

Ophthalmologie 2025 · 122:107–116
<https://doi.org/10.1007/s00347-024-02160-z>
 Angenommen: 2. Dezember 2024
 Online publiziert: 27. Januar 2025
 © The Author(s), under exclusive licence to
 Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2025



Operieren in der Augenheilkunde während der Schwangerschaft

Katrin Gekeler¹ · Viktoria C. Brücher² · Anja Liekfeld³ · Maya Niethard⁴

¹ Augenklinik, Klinikum der Landeshauptstadt Stuttgart gKAöR, Stuttgart, Deutschland

² Klinik für Augenheilkunde, Universitätsklinik Münster, Münster, Deutschland

³ Klinik für Augenheilkunde, Ernst von Bergmann GmbH, Potsdam, Deutschland

⁴ Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Regensburg, Regensburg, Deutschland

In diesem Beitrag

- Mitteilung der Schwangerschaft
- Ausschuss für Mutterschutz
- Unverantwortbare Gefährdung
- Gefährdungsbeurteilung
Anlassunabhängige Gefährdungsbeurteilung · Anlassbezogene/individuelle Gefährdungsbeurteilung
- Schutzmaßnahmen
Priorität der Schutzmaßnahmen
- Meldung an die Aufsichtsbehörde
- Gefährdungen in der Augenheilkunde
Nacht- und Mehrarbeit · Gefährdung durch Infektionen · Gefahrstoffe · Glaukomchirurgie mit Mitomycin C und 5-Fluorouracil · Intravitreale operative Medikamentengabe · Gefährdung durch ionisierende Strahlen · Gefährdung durch mechanische Einflüsse und körperliche Belastungen
- Ärztliches Beschäftigungsverbot
- Betriebliches Beschäftigungsverbot
- Rolle der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte
- Kosten
- Haftung
- Benachteiligung
- Diskussion

Zusammenfassung

Das neue 2018 erlassene Mutterschutzgesetz (MuSchG) soll schwangeren Mitarbeiterinnen ermöglichen, ihre Arbeit auszuführen, die schwangere Mitarbeiterin und das Kind schützen sowie Benachteiligungen entgegenwirken. Immer wieder wird ein Verbot operativer Tätigkeiten oder gar ein Beschäftigungsverbot ausgesprochen, obwohl das Gesetz zunächst die Umgestaltung des Arbeitsplatzes durch den Arbeitgeber vorschreibt, um der schwangeren Mitarbeiterin die Fortführung ihrer Tätigkeit zu ermöglichen. In vielen Fällen werden solche Verbote ohne die gesetzlich vorgeschriebene Gefährdungsbeurteilung ausgesprochen, was eine verbotene Diskriminierung darstellt. In der Augenheilkunde bestehen aufgrund der sitzenden Tätigkeit und der kurzen Operationszeiten vergleichsweise gute Bedingungen, um schwangeren Ärztinnen die Fortführung ihrer operativen Tätigkeit zu ermöglichen. Die Abläufe nach Meldung der Schwangerschaft durch eine Mitarbeiterin sowie einige Neuerungen im MuSchG werden erläutert. Gefährdungen in der Augenheilkunde wie Infektionsrisiken und der Umgang mit Gefahrstoffen (z. B. Mitomycin C oder 5-Fluorouracil) werden detailliert besprochen. Auch der potenzielle Umgang mit Anti-VEGF (vascular endothelial growth factor)-Medikamenten bei intravitrealen Injektionen und die Risiken durch Nadelstichverletzungen in Bezug auf humanes Immundefizienzvirus (HIV) und Hepatitis C werden thematisiert. Die nicht diskriminierende Förderung und Unterstützung von Ärztinnen in der Schwangerschaft ist nicht nur gesetzlich vorgeschrieben, sondern in Zeiten des Ärztemangels auch gesellschaftlich, organisatorisch und wirtschaftlich geboten. Hierzu gehört nicht nur das Ermöglichen operativer Tätigkeiten während der Schwangerschaft, sondern auch eine nicht diskriminierende Planung des Wiedereinstiegs, um die Aus- und Fortbildung von Frauen während und nach der Schwangerschaft zu fördern.

Schlüsselwörter

Fächerübergreifendes Konsensuspapier · Mutterschutz · Frauenförderung · Gefährdungsbeurteilung · Diskriminierung



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Am 01.01.2018 trat das neue Mutterschutzgesetz (MuSchG) [1] in Kraft; die lange erwarteten Neuerungen gerieten jedoch durch die Pandemie mit SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2) in den Hintergrund. Das alte Gesetz von 1952 war nicht nur durch das erwähnte explizite Verbot von Maschinen mit Fußantrieb und dem Schälen von Holz für Schwangere aus der Zeit gefallen. Vor allem die restriktive Formulierung des ehemaligen § 4 (1): „Werdende Mütter

dürfen (...) nicht mit Arbeiten beschäftigt werden, bei denen sie schädlichen Einwirkungen ... ausgesetzt sind“ [2], führte im ärztlichen Bereich dazu, dass nach Bekanntgabe der Schwangerschaft Chirurgen fast ausnahmslos verboten wurde, ihrer Kerntätigkeit nachzugehen. Die Auferlegung patientenferner Tätigkeiten, das Aussprechen von Operationsverboten oder ein komplettes Beschäftigungsverbot war übliche Praxis. Demgegenüber standen die möglichst lange Verheimlichung

der Schwangerschaft oder illegale Absprachen zwischen schwangerer Mitarbeiterin und Vorgesetzten. Dabei wurde übersehen, dass schon im alten MuSchG zunächst die Umgestaltung des Arbeitsplatzes vor das Beschäftigungsverbot gestellt wurde. Im Jahr 2015 riefen Dr. Maya Niethard und Dr. Stefanie Donner die Initiative OPidS (Operieren in der Schwangerschaft) ins Leben und zeigten in ihrem Positionspapier Möglichkeiten auf, konform mit dem MuSchG auch in der Schwangerschaft zu operieren (www.opids.de). Klarheit über die tatsächliche Umsetzung des MuSchG erbrachte eine von mehreren medizinischen Organisationen (Marburger Bund, OPidS, Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie, Deutscher Ärztinnenbund, Verein leitender Krankenhauärztinnen und -ärzte e. V., Die Chirurginnen e. V.) im Jahr 2023 durchgeführte Umfrage [3] unter schwangeren Ärztinnen: 56 % der schwangeren Ärztinnen hatten im Jahr 2022 Bedenken, ihre Schwangerschaft zu melden. Der häufigste Grund hierfür war die Furcht vor einer Einschränkung der Weiterbildung, einem Operations- oder Tätigkeitsverbot. Während der Pandemie wurde den befragten in der Chirurgie tätigen Ärztinnen in 51 % der Fälle ein betriebliches Beschäftigungsverbot erteilt. Diese hohe Zahl hat sich auch in 2022 noch nicht deutlich verändert, hier wurde in 48 % ein betriebliches Beschäftigungsverbot erteilt [3]. Nach Inkrafttreten des neuen MuSchG und der damit einhergehenden Einrichtung des Ausschusses für Mutterschutz (Af-Mu) wäre anzunehmen gewesen, dass die Zahlen des Operationsverbotes zurückgehen würden, jedoch zeigt sich in der Befragung der schwangeren Ärztinnen ein gegenteiliges Bild. In den Jahren 2016 bis 2017 durften 57 %, im Jahr 2022 sogar 79 % der schwangeren Ärztinnen keine operativen Eingriffe durchführen. Um klarzustellen, unter welchen Bedingungen das Operieren in der Schwangerschaft möglich ist, gab die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie am 10.09.2024 das fächerübergreifende Konsensuspapier „Operative Tätigkeiten in Schwangerschaft und Stillzeit“ heraus [4]. Insgesamt 18 chirurgische Fachgesellschaften sowie die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG) sind darin vertreten. Das Papier erläutert die Rahmenbedingungen und führt die Opera-

tionen und Eingriffe auf, die schwangere Ärztinnen unter Einhaltung von Schutzmaßnahmen durchführen können. Die Eingriffe wurden jeweils von der fachspezifischen wissenschaftlichen Fachgesellschaft freigegeben.

Die Augenheilkunde unterscheidet sich von den anderen operativen Fächern durch sitzende Tätigkeit, kurze Operationszeiten, ein übersichtliches Operationsfeld sowie eine hohe Anzahl elektiver Eingriffe. Die Augenheilkunde ist daher sehr gut geeignet, schwangeren Augenchirurginnen die Weiterführung ihrer Tätigkeit zu ermöglichen.

Mitteilung der Schwangerschaft

Laut MuSchG [1] soll die schwangere Mitarbeiterin ihrem Arbeitgeber die Schwan-

gerschaft melden, sobald sie davon weiß. Als Soll-Vorschrift ist dieser frühe Zeitpunkt also nicht zwingend vorgegeben [5]. In der oben genannten Umfrage unter schwangeren Ärztinnen war der häufigste Meldezeitpunkt der 3. Schwangerschaftsmonat [3]. In Kliniken wird der „Arbeitgeber“ nicht von den Vorgesetzten, sondern in der Regel durch die Personalabteilung vertreten. Jedoch stellt der Verband der Universitätsklinika Deutschlands klar, dass „personalverantwortliche Vorgesetzte primär für die Einhaltung der Bestimmungen des MuSchG verantwortlich sind“ [6]. Vorgesetzte können also nicht die Meldung zurückhalten oder ignorieren, sondern sind zur Einhaltung des MuSchG verpflichtet wie auch der Arbeitgeber. Es genügt die Mitteilung durch die schwangere Mitarbeiterin oder einen Boten. Ein schriftlicher

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Nachweis der Schwangerschaft ist nicht vorgeschrieben, kann jedoch vom Arbeitgeber eingefordert werden [5].

Ausschuss für Mutterschutz

Im MuSchG ist die Einrichtung des Ausschusses für Mutterschutz (AfMu) (§ 30 MuSchG) verankert, der dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) zugeordnet ist. Der AfMu kann Regeln nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Gefährdung der Schwangeren aufstellen, wie es z. B. in der COVID-19-Pandemie notwendig war. Auf der Website des Ausschusses können diese Regeln und Empfehlungen in der jeweils aktuellen gültigen Fassung eingesehen werden (<https://www.ausschuss-fuer-mutterschutz.de>).

Unverantwortbare Gefährdung

Durften laut altem MuSchG schwangere Mitarbeiterinnen „keinen schädlichen Einflüssen“ [2] ausgesetzt sein, darf laut neuem MuSchG die Schwangere keiner „unverantwortbaren Gefährdung“ [1] ausgesetzt werden.

„Eine Gefährdung ist unverantwortbar, wenn die Eintrittswahrscheinlichkeit einer Gesundheitsbeeinträchtigung angesichts der zu erwartenden Schwere des möglichen Gesundheitsschadens nicht hinnehmbar ist. Eine unverantwortbare Gefährdung gilt als ausgeschlossen, wenn der Arbeitgeber alle Vorgaben einhält, die aller Wahrscheinlichkeit nach dazu führen, dass die Gesundheit einer schwangeren oder stillenden Frau oder ihres Kindes

durch die Bedingungen am Arbeitsplatz nicht beeinträchtigt wird.“ [7]

Gefährdungsbeurteilung

Anlassunabhängige Gefährdungsbeurteilung

So wie auch für nichtschwangere und männliche Mitarbeitende nach dem Arbeitsschutzgesetz Gefährdungen für Tätigkeiten systematisch ermittelt und beurteilt werden müssen, ist dies auch im Hinblick auf eine Gefährdung von schwangeren Mitarbeiterinnen vorgeschrieben; auch dann, wenn keine Frau oder schwangere Mitarbeiterin beschäftigt wird. Hier soll eine grundsätzliche Beurteilung aller Gefährdungen an allen Arbeitsplätzen erfolgen (§ 10 Absatz 1 MuSchG) [1], und die daraus folgenden Schutzmaßnahmen sollen aufgeführt werden. Auf diese Weise können bei Bekanntwerden einer Schwangerschaft rasch geeignete Schutzmaßnahmen eingeleitet werden und ein vorläufiges betriebliches Beschäftigungsverbot kann vermieden werden [5].

Anlassbezogene/individuelle Gefährdungsbeurteilung

Nach der Mitteilung der Schwangerschaft durch eine Mitarbeiterin ist die anlassbezogene oder individuelle Gefährdungsbeurteilung durchzuführen (§ 10 Absatz 2 MuSchG) [1]. Der Arbeitgeber ermittelt und beurteilt hierin die Gefährdungen für die Tätigkeiten dieser schwangeren Mitarbeiterin. Die Arbeitsplatzgefährdungen einer Ärztin in Weiterbildung im ersten Jahr können sich von denen einer fortgeschrittenen Netzhaut- oder Orbitachirurgin deutlich unterscheiden.

Schutzmaßnahmen

Der Arbeitgeber ist laut MuSchG verpflichtet, notwendige Schutzmaßnahmen einzuleiten – die schwangere Mitarbeiterin kann weder darauf verzichten, noch bedürfen sie der Zustimmung der schwangeren Mitarbeiterin [5]. Diese Schutzmaßnahmen muss der Arbeitgeber in einem Gespräch mit der Schwangeren darlegen und schriftlich dokumentieren [5].

Hier steht eine Anzeige.



Priorität der Schutzmaßnahmen

Bei den Schutzmaßnahmen ist nach § 9 Absatz 1 MuSchG [1] zu beachten, dass Nachteile durch die Schwangerschaft vermieden oder, falls nicht möglich, auszugleichen sind.

Nach § 13 Absatz 1 MuSchG [1] hat der Arbeitgeber die Arbeitsbedingungen der schwangeren Mitarbeiterin umzugestalten. Ist dies nachweislich nicht möglich oder nicht zumutbar, kann ein Arbeitsplatzwechsel notwendig sein. Der AfMu erläutert hierzu: „Eine Unzumutbarkeit für den Arbeitgeber bei der Durchführung von Schutzmaßnahmen kann durch einen unverhältnismäßigen Aufwand entstehen, der unter Verwendung der Kriterien der Geeignetheit, der Erforderlichkeit sowie der Angemessenheit der Maßnahmen zu dokumentieren ist.“ [7] Der Arbeitsplatzwechsel wiederum muss für die schwangere Mitarbeiterin zumutbar sein und darf keine Benachteiligung darstellen. Nur wenn diese beiden Alternativen nachweislich unmöglich sind, darf die Mitarbeiterin nicht weiter beschäftigt werden und ein betriebliches Beschäftigungsverbot ausgesprochen werden. – In der Praxis dürfte dies in der Augenheilkunde kaum vorkommen.

Meldung an die Aufsichtsbehörde

Der Arbeitgeber hat die Aufsichtsbehörde unverzüglich zu benachrichtigen, nachdem die Schwangerschaft mitgeteilt wurde. Welche Aufsichtsbehörde zuständig ist, lässt sich auf der Seite des BMFSFJ einsehen [8].

Entgegen der landläufigen Meinung erteilt die Aufsichtsbehörde keine „Erlaubnis“, auf die gewartet werden muss. So wurden schon Mitarbeiterinnen nicht weiter beschäftigt, um auf die Antwort der Aufsichtsbehörde zu warten. Hat der Arbeitgeber die individuelle Gefährdungsbeurteilung erstellt und die notwendigen Schutzmaßnahmen eingeleitet, kann die schwangere Mitarbeiterin unter diesen Bedingungen weiter beschäftigt werden. Laut MuSchG § 29 Absatz 3 kann die Aufsichtsbehörde in „Einzelfällen die erforderlichen Maßnahmen anordnen, die der Arbeitgeber zur Erfüllung derjenigen Pflichten zu treffen hat“ [1].

Gefährdungen in der Augenheilkunde

Nacht- und Mehrarbeit

Generell gilt für schwangere Mitarbeiterinnen ein Nachtarbeitsverbot zwischen 20:00 und 6:00 Uhr. Die Beschäftigung von 20:00 bis 22:00 Uhr bedarf der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde. Nach 22:00 Uhr darf eine schwangere Mitarbeiterin nicht beschäftigt werden. Die schwangere Ärztin darf nicht mehr als 8,5 h pro Tag beschäftigt werden und nicht mehr als 90 h in der Doppelwoche. Es ist eine Nachtruhe von 11 h zu gewährleisten [1].

An Sonn- und Feiertagen kann die schwangere Ärztin beschäftigt werden, wenn sie sich ausdrücklich dazu bereit erklärt, ein Ersatzruhetag gewährt wird und sie nicht durch Alleinarbeit gefährdet ist.

Gefährdung durch Infektionen

Der AfMu hat ein Hintergrundpapier zur Relevanz von Infektionserregern in Deutschland aus Sicht des Mutterschutzes herausgegeben [9]. In diesem wird zu allen schwangerschaftsrelevanten Erkrankungen Stellung bezogen; für SARS-CoV-2 ist eine eigene Empfehlung herausgegeben worden [10].

Um die mögliche Gefährdung durch Infektionen zu beurteilen, sind der Impf- und Serostatus der schwangeren Ärztin und der Übertragungsweg entscheidend. Im Gesundheitswesen ist von einem kompletten Impfschutz der schwangeren Mitarbeiterin gegen impfpräventable Erkrankungen auszugehen [11]. Dieser ist im Einzelnen nachzuweisen. Im Folgenden wird daher nicht auf die impfpräventablen Erkrankungen eingegangen.

Über das Blut übertragbare Erkrankungen (humanes Immundefizienzvirus, Hepatitis C)

Die Serokonversionsrate nach einer Nadelstichverletzung bei einem HIV(humanes Immundefizienzvirus)-positiven Patienten im europäischen Raum liegt bei 0,3 % und bei einem mit Hepatitis C infizierten Patienten bei 0,41 %. [12]. Da 95 % der HIV-Infizierten mit der hochaktiven antiviralen

Therapie (HAART) behandelt werden und bei erfolgreicher Therapie als nichtinfektiös gelten, ist das Infektionsrisiko deutlich geringer. Bei Hepatitis C bewirkt die antivirale Therapie eine Eliminierung des Virus aus dem Organismus [9]. Generell stellt der AfMu fest: „Für blutübertragene Biostoffe wie Hepatitis B-, Hepatitis C- und humane Immundefizienzviren gilt, dass bei Einhaltung der erforderlichen Schutzmaßnahmen das berufliche Infektionsrisiko sehr gering ist und nicht über das allgemeine Infektionsrisiko in der Bevölkerung hinausgeht.“ [9] Diese allgemeinen Schutzmaßnahmen umfassen Schutzhandschuhe, Schutzkittel, Schutzbrille und Mund-Nasen-Schutz [13]. „Deswegen sollen Verbote der Beschäftigung aufgrund von Infektionsrisiken für Schwangere auch in operativen Bereichen durch eine individuelle Gefährdungsbeurteilung sehr sorgfältig abgewogen werden.“ [9] Die ohnehin niedrige Gefährdung durch HIV und Hepatitis C kann auf ein verantwortbares Risiko minimiert werden, wenn bei den zu operierenden Patientinnen und Patienten präoperativ eine serologische Untersuchung auf Hepatitis C und HIV erfolgt [12].

Aerogene Übertragung/ Tröpfchenübertragung und Schmierinfektion

Die Pandemie mit SARS-CoV-2 lenkte die Aufmerksamkeit auf einen wirksamen Infektionsschutz bei aerogener bzw. Tröpfchenübertragung. Zu Beginn der Pandemie kursierten Tragezeiten und Verbote für FFP2-Masken für schwangere Mitarbeiterinnen. Auch hierzu gibt es eine Empfehlung des AfMu. „Das Tragen einer FFP2-Maske ist ein wirksamer Infektionsschutz auch für schwangere Frauen und ist bei leichten und mittelschweren körperlichen Tätigkeiten keine Belastung im Sinne § 11 Abs. 5 Nr. 7 MuSchG, da das Tragen das Herz-Kreislaufsystem nicht beansprucht.“ [10] Zuerst müssen jedoch räumliche und organisatorische Schutzmaßnahmen getroffen werden.

Die größte Gefährdung für die schwangere Mitarbeiterin stellen im klinischen Alltag Infektionen mit dem Zytomegalievirus (CMV) oder Parvovirus B19 dar, da beide derzeit nicht impfpräventabel sind und oft durch asymptomatische Kinder un-

ter 6 Jahren übertragen werden [9]. Auch wenn meist eine Infektion durch außerberufliche Exposition erfolgt [9], darf eine schwangere Mitarbeiterin keiner unverantwortbaren Gefährdung ausgesetzt werden.

Tröpfcheninfektionen mit Parvovirus B19 bis zur 20. Schwangerschaftswoche können zu einer fetalen Anämie führen [9]. Eine Untersuchung von Kindern unter 6 Jahren sollte bei negativem Serostatus bis zur 21. Schwangerschaftswoche nicht erfolgen.

Schmierinfektionen mit CMV stellen v. a. im ersten Trimenon, aber auch über die gesamte Dauer der Schwangerschaft ein hohes Risiko für den Feten dar [14]. Die Empfehlung des Regierungspräsidiums Baden-Württemberg zu Infektionen in der Schwangerschaft bezieht sich auf die Betreuung (Wickeln, Füttern) von Kindern unter 3 bzw. 6 Jahren [15]. Kinder unter 3 Jahren dürfen nicht von schwangeren Mitarbeiterinnen betreut werden, über 3 Jahre gelten Hygienemaßnahmen und eine Aufklärung über den Übertragungsweg (Stuhl, Urin, Speichel) [15]. Das RKI empfiehlt: „Für beruflich exponierte seronegative Schwangere mit engem Kontakt zu Kleinkindern (wie z. B. bei medizinischem Personal und bei Erzieherinnen) ist es sehr wichtig, dass eine konsequente, sorgfältige Händehygiene durchgeführt wird, um die Wahrscheinlichkeit einer Virusübertragung so gering wie möglich zu halten.“ [14]

Es ist zu prüfen, ob bei einer augenärztlichen Untersuchung das Infektionsrisiko mit Maske, Schutzausrüstung sowie Händehygiene auf ein verantwortbares Maß gesenkt werden kann. Hierzu gibt es derzeit keine Empfehlungen.

Bakterielle und parasitäre Erkrankungen

Eine Infektion mit *Treponema pallidum*, *Listeria monocytogenes*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* und *Toxoplasma gondii* ist durch eine augenärztliche Untersuchung nicht vorstellbar. Eine unverantwortbare Gefährdung besteht aus Sicht der Autorinnen nicht.

Gefahrstoffe

Inhalationsnarkotika fallen herstellerseitig unter die Gefahrstoffe, obwohl für Desfluran, Sevofluran und Isofluran bisher keine reproduktionstoxischen Eigenschaften festgestellt werden konnten [16]. In der Augenheilkunde wird in der Regel eine totale intravenöse Anästhesie (TIVA) im operativen Setting bevorzugt, sodass die Gefährdung durch Narkosegase einfach ausgeschlossen wird. Die Priorisierung einer TIVA ist nach Ausschluss einer Gefährdung für den Patienten aus Sicht der Autorinnen für den Arbeitgeber zumutbar.

In der Augenheilkunde werden häufig Mitomycin C, 5-Fluorouracil, Bevacizumab eingesetzt. Da diese Stoffe unter die Gefahrstoffe mit teratogenem Potenzial oder Risiko fallen [17], kann ein Umgang mit diesen Stoffen für die schwangere Ärztin eine potenzielle Gefährdung darstellen.

Bei Ranibizumab und Brolucizumab wird in der Fachinformation aufgrund des Wirkmechanismus eine theoretische Gefahr für den Feten bei Anwendung genannt. Aflibercept sollte laut Fachinformation bei Schwangeren nur angewendet werden, wenn der Vorteil das Risiko für den Feten überwiegt. In der Fachinformation von Faricimab findet sich kein Hinweis in Bezug auf schwangere Patientinnen.

Glaukomchirurgie mit Mitomycin C und 5-Fluorouracil

Mitomycin C (MMC) 98 % hat eine Durchbruchzeit des Handschuhmaterials von >480 min [17]. Bei doppelten Indikatorhandschuhen und Handhabung mit der Pinzette, bei einer Konzentration von 0,02–0,05 % ist eine Aufnahme von MMC über die Haut bei der Anwendung in der Glaukomchirurgie kaum vorstellbar.

Das Gleiche gilt für 5-Fluorouracil (5-FU). Auch hier gibt es keinen Hautkontakt mit dem Medikament. Da 5-FU meist postoperativ appliziert wird, könnte diese Anwendung auch delegiert werden. 5-FU wird auch topisch bei Infektionen mit humanen Papillomviren im weiblichen Genitaltrakt angewendet. Es kam in 5 Fällen zu einer Behandlung im Genitaltrakt mit 5-FU bei noch unbekannter Schwangerschaft. Alle 5 Kinder kamen gesund zu Welt [18].

Das theoretische Risiko im Umgang mit zytotoxischen Materialien wurde von Gilani et al. beleuchtet. Schwangeren Mitarbeiterinnen im Gesundheitsbereich wird empfohlen, in den ersten 84 Tagen der Schwangerschaft keinen Umgang mit zytotoxischen Substanzen zu haben, danach sollte bei Umgang eine persönliche Schutzausrüstung getragen werden [19].

Leider ist die Gefährdung durch diese beiden Substanzen bei der Handhabung in der Augenheilkunde nicht geklärt. Studien am Menschen zur teratogenen Wirkung von 5-FU und MMC bei Hautkontakt oder Umgang fehlen und sind ethisch wohl nicht vertretbar. In der Befragung unter schwangeren Ärztinnen wurde in diesem sensiblen Zeitraum ein Großteil der Schwangerschaften nicht gemeldet, der häufigste Meldezeitpunkt war der 3. Schwangerschaftsmonat [3]. Eine Befragung ehemals schwangerer Augenärztinnen zum Umgang mit 5-FU und MMC würde hier mehr Klarheit schaffen.

Intravitreale operative Medikamentengabe

Eine Sonderstellung nimmt die intravitreale operative Medikamentengabe (IVOM) von den oben genannten Anti-VEGF (vascular endothelial growth factor)-Medikamenten ein. Hier wird ein stechendes Instrument verwendet, und es handelt sich um Gefahrstoffe.

In einem vom Bundesverband Deutsche Ophthalmochirurgie e.V. (BDOC) in Auftrag gegebenen Gutachten wurde eine theoretische inhalative Aufnahme beim Entlüften der Spritzen nicht sicher ausgeschlossen [20]. Bei schwangeren Kaninchen zeigte sich eine teratogene Wirkung nach intravitrealer Anti-VEGF-Gabe, während bei schwangeren Cynomolgus-Affen keine Fehlbildungen beobachtet wurden, jedoch ein Abortrisiko nicht ausgeschlossen werden konnte [21]. Bei schwangeren Patientinnen mit schwerer diabetischer Retinopathie wird in Einzelfällen sogar eine Therapie mit Anti-VEGF durchgeführt: Bei 228 durchgeführten Injektionen in Frankreich zeigte sich in dieser Patientengruppe ein erhöhtes Abortrisiko im Vergleich zur gesunden Allgemeinbevölkerung. Die AutorInnen der Studie fanden keinen statistisch signifikanten

Unterschied zu der Gruppe der intravitrealen Steroidinjektionen, sodass die AutorInnen trotz kleiner Patientinnenzahl von einem erhöhtem Abortrisiko aufgrund der Grunderkrankung ausgehen und nicht aufgrund der injizierten Substanzen [22].

Da das MuSchG nicht für Selbstständige [3] und Arbeitnehmerinnen die Schwangerschaft meist erst im dritten Monat mitteilen [3], ist davon auszugehen, dass in den letzten Jahren intravitreale Medikamentenapplikationen durch schwangere Ärztinnen in der Frühschwangerschaft durchgeführt worden sind, ohne dass negative Auswirkungen bekannt geworden wären. Hier würde eine Umfrage unter ehemals schwangeren Augenärztinnen ebenfalls mehr Klarheit schaffen.

Die Gefährdung der schwangeren Mitarbeiterin durch die Handhabung von Anti-VEGF bei einer IVOM scheint eher theoretischer Natur zu sein, und es bleibt sehr fraglich, ob hier eine unverantwortbare Gefährdung vorliegt.

Da ein stechendes Instrument verwendet wird, müsste laut Empfehlung des AfMU [9] und des Konsensuspapiers [4] eine Testung auf HIV und Hepatitis C erfolgen. Die Altersverteilung bei Hepatitis C und HIV ist jedoch umgekehrt zur der altersbedingten Makuladegeneration (AMD). Die Prävalenz eines frühen Stadiums einer AMD lag in der Altersgruppe 40 bis 44 Jahre in den USA bei 2 %, die Prävalenz eines späten Stadiums bei 0,2 % [23], erst ab einem Alter von 65 nimmt die Prävalenz deutlich zu. Bei HIV macht die Gruppe der Patienten über 65 nur 2 % aller HIV-Infizierten aus [24]. Im Jahr 2023 waren laut Robert Koch-Institut (RKI) 92 % der HIV-Infektionen diagnostiziert, 99 % erhielten eine antivirale Therapie, davon war in 96 % das Virus nicht mehr im Blut nachweisbar [25]. Das RKI stuft den Tränenfilm von HIV-Infizierten Patientinnen und Patienten als nicht infektiös ein, da die Viruslast zu gering ist. Im Tränenfilm von unbehandelten HIV-Infizierten Patientinnen und Patienten konnten 13,096 copies/ml nachgewiesen werden [26]. Auch im Glaskörper lässt sich zwar Virus-RNA (Ribonukleinsäure) nachweisen, aber selbst bei an AIDS (acquired immune deficiency syndrome) erkrankten PatientInnen wurden nur 84,930 copies/ml im Glaskörper gefunden [26]. Bei einer Vi-

ruslast unter der Nachweisgrenze (derzeit 20 copies/ml) im Blut gelten HIV-Infizierte Patienten und Patientinnen als nicht mehr infektiös [13]. Die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer HIV-Infektion in der Patientengruppe der über 65-Jährigen ist gering, eine nicht diagnostizierte AIDS-Erkrankung kaum vorstellbar. Selbst bei einer nicht diagnostizierten AIDS-Erkrankung ist die Wahrscheinlichkeit, bei einer IVOM eine genügend hohe Viruslast von HIV an der Kanüle zu haben, extrem gering. Die Prävalenz von Hepatitis C in den USA bei Patienten über 60 liegt laut Center of Disease Control (CDC) in 2022 bei 0,9/100.000 [27]. Deutschland ist mit einer Prävalenz von 0,3/100.000 ein Niedrigprävalenzland, und auch hier ist die Inzidenz in der Altersgruppe 30 bis 39 am höchsten [28]. Hepatitis-C-RNA ließ sich nur in einem Fallbericht mit Hornhautulkus im Tränenfilm in niedriger Kopienzahl nachweisen, bei Patienten ohne Hornhauterkrankungen ließ sich keine Virus-RNA nachweisen [29]. Zieht man dann die Übertragungsrate nach Stichverletzung in Betracht [12], scheint das Risiko einer Infektion mit HIV oder Hepatitis C unwahrscheinlich. Die Verabreichung einer IVOM ist darüber hinaus keine komplexe Prozedur. Blutgefäße werden vermieden, die Spritze wird nach 1-maliger Injektion sofort verworfen. Ob bei der Verabreichung einer IVOM eine unverantwortbare Gefährdung durch die Infektion mit HIV und Hepatitis C vorliegt, bleibt fraglich.

Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es jedoch keine Stellungnahme, ob intravitreale Medikamentenapplikationen durch schwangere Ärztinnen eine unverantwortbare Gefährdung darstellen. Sie wird daher in der Regel ausgeschlossen.

Gefährdung durch ionisierende Strahlen

In der Augenheilkunde werden sehr selten ionisierende Strahlen eingesetzt. Lediglich das Aufnähen eines Strahlenträgers in der Tumorchirurgie stellt eine Gefährdung dar und sollte durch schwangere Ärztinnen nicht durchgeführt und auch nicht assistiert werden.

Gefährdung durch mechanische Einflüsse und körperliche Belastungen

Gefährdungen durch mechanische Einflüsse oder Zwangshaltungen fallen in der Augenheilkunde nicht an. Die schwangere Ärztin darf keine Lagerungstätigkeiten durchführen, da Heben und Tragen von regelmäßig 5 kg und gelegentlich 10 kg nicht erlaubt sind.

Ärztliches Beschäftigungsverbot

Ein ärztliches Beschäftigungsverbot ist medizinisch durch den Gesundheitszustand der schwangeren Mitarbeiterin begründet; es wird durch eine die schwangere Mitarbeiterin behandelnde Ärztin oder einen Arzt attestiert. Weder die schwangere Mitarbeiterin noch der Arbeitgeber kann sich darüber hinwegsetzen (MuSchG § 16).

Betriebliches Beschäftigungsverbot

Ein betriebliches Beschäftigungsverbot wird vom Arbeitgeber ausgesprochen. Es kann nur dann ausgesprochen werden, wenn zuvor die festgestellten Gefährdungen durch geeignete Schutzmaßnahmen nicht beseitigt oder auf ein verantwortbares Maß gesenkt werden konnten und kein zumutbarer Arbeitsplatz zur Verfügung gestellt werden kann.

Die oben genannte Reihenfolge ist im MuSchG klar geregelt (MuSchG § 13). Unmittelbar ein betriebliches Beschäftigungsverbot auszusprechen stellt daher einen Verstoß gegen das MuSchG dar und ist als Diskriminierung zu werten [30].

Rolle der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte

Laut § 9 Absatz 5 MuSchG [5] kann der Arbeitgeber fachkundige Personen schriftlich damit beauftragen, ihm obliegende Aufgaben in eigener Verantwortung wahrzunehmen. Die Rolle der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte ist zwar unterstützend [5], jedoch sind diese meistens damit beauftragt, eine Gefährdungsbeurteilung durchzuführen. Weder kann eine Augenärztin Gefährdungen und den eventuell eintretenden gesundheitli-

chen Schaden vollumfänglich abschätzen noch eine Betriebsmedizinerin das Risiko einer Stichverletzung bei einer Augenoperation. Empfehlenswert ist daher, die Gefährdungsbeurteilung gemeinsam mit der Betriebsärztin oder dem Betriebsarzt durchzuführen. Hier können auch die Stellungnahmen und Empfehlungen des AfMu herangezogen werden, sodass aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse einfließen können.

Kosten

§ 9 Absatz 2 MuSchG regelt: „Der Arbeitgeber hat die Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass Gefährdungen einer schwangeren oder stillenden Frau oder ihres Kindes möglichst vermieden werden und eine unverantwortbare Gefährdung ausgeschlossen wird.“ § 9 Absatz 6 stellt klar: „Kosten für Maßnahmen nach diesem Gesetz darf der Arbeitgeber nicht den Personen auferlegen, die bei ihm beschäftigt sind.“ [5]

Die Kosten für die Umgestaltungen, Schutzausrüstung und Blutentnahmen trägt somit der Arbeitgeber.

Haftung

Immer wieder stellt sich die Frage der Haftung. Im Konsenspapier der Kardiologie unter Mitarbeit von Prof. Dr. Katja Nebe von der Juristischen und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Halle-Wittenberg wird klargestellt:

„Arbeitgeber oder andere Arbeitschutzverantwortliche haften nur bei Vorsatz oder sorgfaltswidrigem Verhalten. Wer also die Pflichten des Mutterschutzgesetzes einhält und vor allem die Gefährdungen beurteilt (im Wege der anlasslosen und dann auch im Wege der individuellen, anlassbezogenen Gefährdungsbeurteilung), die Risikoabwägung vornimmt, die notwendigen Anpassungen ermittelt und darüber informiert und bei Bedarf überprüft und anpasst, der handelt nicht sorgfaltswidrig.“ [30] „Bei verantwortbarer Weiterbeschäftigung gelten dieselben Regelungen wie bei nichtschwangeren Arbeitnehmern. Kommt es trotz der gebotenen Sorgfalt und Einhaltung der Schutzmaßnahmen durch die Schwangere bzw. den Arbeitgeber

zum Schadensfall, tritt eine Schadenersatzpflicht nicht ein, denn diese verlangt einen Pflichtenverstoß. Geht die Gesundheitsschädigung gar auf einen Unfall bzw. eine Berufskrankheit zurück, dann kommt die Unfallversicherung des Arbeitgebers wie auch bei anderen Arbeits- bzw. Wegeunfällen und Berufskrankheiten zum Tragen, vergleiche auch § 12 SGB VII.“ [30]

Benachteiligung

Schon im ersten Paragraphen wird das Ziel des MuSchG klargestellt: Die schwangere Mitarbeiterin und das Kind sollen geschützt und der schwangeren Mitarbeiterin soll das Arbeiten ermöglicht werden, und es soll Benachteiligungen entgegengewirkt werden. In § 9 Absatz 1 wird dies noch konkretisiert: „Nachteile

aufgrund der Schwangerschaft, der Entbindung oder der Stillzeit sollen vermieden oder ausgeglichen werden.“ [5]

In der Regel werden die Gehaltseinbußen durch Dienstausschluss ausgeglichen. Die eigentliche Benachteiligung entsteht jedoch, wenn einer Chirurgin das Operieren oder gar das Arbeiten verboten wird, sowohl direkt finanziell als auch in der weiteren Karriere. In den operativen Fächern verschiebt sich durch ein betriebliches Beschäftigungsverbot die Facharztreihe. Am Beispiel einer Fachärztin im öffentlichen Dienst nach der Entgelttabelle TV-Ärzte VKA [31] wäre das für ein halbes Jahr eine Gesamtsumme von 1091,82 € brutto. Rechnet man jedoch die Verzögerung aller Stufen bis zur Oberärztin im 3. Jahr, summiert sich die Benachteiligung auf 20.498,52 € brutto. Da die operative Ausbildung in der

Hier steht eine Anzeige.



Augenheilkunde oft erst am Ende der Weiterbildungszeit, nach der Facharztprüfung oder gar nach der Habilitation erfolgt, fällt sie oft in die Lebensphase der Familienplanung. Bei Operationsverbot mitten in der operativen Ausbildung ist die Rückkehr in den Operationssaal nach der Elternzeit oft erschwert. In der Augenheilkunde besteht ein großer Unterschied in der Vergütung chirurgischer und nichtchirurgischer Leistungen. Durch eine fehlende chirurgische Ausbildung entsteht eine finanzielle Benachteiligung. Diese Benachteiligung ist kaum in Zahlen zu konkretisieren, jedoch sicherlich relevant und damit nicht hinnehmbar. Um diese Benachteiligung auszugleichen, sind die Planung des Wiedereinstieges und eine entsprechende Förderung erforderlich. Operieren am Simulator, an Kunstaugen und in Operationskursen wäre ein deutliches Signal.

Diskussion

Das MuSchG soll die werdende Mutter und das Kind schützen – sowohl vor gesundheitlichen Risiken als auch vor Benachteiligung. Die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber haben die Pflicht, eine allgemeine und eine anlassbezogene individuelle Gefährdungsanalyse durchzuführen und die Gefährdung auf ein verantwortbares Maß zu reduzieren. Erst wenn dies nicht möglich ist, kann ein zumutbarer Arbeitsplatzwechsel erwogen werden. Ein betriebliches Beschäftigungsverbot muss als Ultima Ratio gesehen werden. Aus der Umfrage schwangerer Ärztinnen ging hervor, dass in 38 % der Fälle keine anlassunabhängige und in 34 % keine anlassbezogene Gefährdungsbeurteilung durchgeführt wurde, obwohl dies im MuSchG vorgegeben ist. In den Fällen, in denen eine anlassunabhängige Gefährdungsbeurteilung vorgelegen hat, wurde daraus in 46 % ein betriebliches Beschäftigungsverbot und in 35 % eine Einschränkung oder gar ein Operationsverbot angeordnet, hier wäre zu prüfen, ob nicht eine Diskriminierung vorgelegen hat. Prof. Katja Nebe erklärt: „Das Gesetz sagt gerade nicht, dass nur der das Beschäftigungsverbot Aussprechende verantwortlich handele. Ganz im Gegenteil ist die pauschale und ohne sachkundige Gefährdungsbeurteilung entschiedene Freistellung eine verbotene Diskriminierung,

wie der EuGH ebenfalls schon mehrfach entschieden hat.“ [30]

» Ein betriebliches Beschäftigungsverbot muss als Ultima Ratio gesehen werden

In Fallberichten auf der Website OPidS, in Leserbriefen des Marburger Bundes und Erfahrungen der Autorinnen zeigt sich diese Diskriminierung im Verhalten und in den klar formulierten Aussagen der Vorgesetzten zum baldigen Karriereende aufgrund des Mutterseins. Eine schwangere Ärztin wurde beispielsweise gebeten, die Forschungstätigkeit auch abzugeben. In einem anderen Fall wurde der schwangeren Ärztin auferlegt, die TIVA bei der Anästhesie bei jeder Operation neu einzufordern, was in ca. 40 % der Fälle verweigert wurde. Einer Mitarbeiterin wurde ein Anwesenheitsverbot in Operationsräumen erteilt, da dort öfter als in anderen Bereichen nass gewischt würde und die schwangere Mitarbeiterin ausrutschen könne. In einem Fall hat der Personalrat seinen Zuständigkeitsbereich überschritten und nach Begehung und Gefährdungsbeurteilung die Aufsichtsbehörde schriftlich kontaktiert, um das Operieren einer schwangeren Mitarbeiterin zu verhindern. All diese Fälle entsprechen nicht dem im MuSchG vorgeschriebenen Vorgehen.

Es gibt hingegen auch Vorgesetzte, die ihre schwangere Mitarbeiterin fördern wollen und die Risiken mit der schwangeren Mitarbeiterin absprechen, jedoch keine Gefährdungsbeurteilung durchführen. Absprachen, Verheimlichungen oder eine schriftliche „Risikoübernahme“ durch die schwangere Ärztin sind nicht konform mit dem MuSchG, es kann sich sogar um eine vorsätzliche Gefährdung der Schwangeren handeln (mit entsprechenden Rechtsfolgen). Hier macht sich nicht die schwangere Mitarbeiterin strafbar, sondern die oder der Vorgesetzte. Seit der Initiative OPidS scheinen Vorgesetzte immer häufiger daran interessiert, sowohl konform mit dem Mutterschutzgesetz zu handeln als auch ihre schwangeren Mitarbeiterinnen zu fördern.

Die alleinige Gefährdungsbeurteilung durch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte scheint derzeit noch eine große Hürde zu sein. Es muss für jeden Fach-

bereich eine anlassbezogene individuelle Gefährdungsbeurteilung durchgeführt werden. Oft sind Betriebsmedizinerinnen und Betriebsmedizinern die Details unterschiedlicher chirurgischer Eingriffe in den unterschiedlichen chirurgischen Fachdisziplinen nicht bekannt. Hier sollen das „Fächerübergreifende Konsensuspapier zu operativen Tätigkeiten in Schwangerschaft und Stillzeit“ unter Herausgeberschaft der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sowie die Empfehlungen und Regeln des AfMu mehr Klarheit schaffen.

Ein bisher ungelöstes Problem stellt die IVOM-Therapie im klinischen-angestellten Setting nach EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) dar. Diese unterliegt der höchstpersönlichen Leistungserbringung [32] und muss zwingend von der zugelassenen oder (im Rahmen der Klinik-tätigkeit) ermächtigten Ärztin höchstpersönlich durchgeführt werden. Die Gefahrstoffverordnung und das MuSchG lassen dies jedoch nicht zu. Die Ärztin darf jedoch nur bei Abwesenheit vertreten werden (<https://www.kvbawue.de/praxis/niederlassung/vertreter>). Eine Vertretung alleine für die einzelne EBM-Leistung der IVOM ist nicht möglich. Eine Verschiebung der IVOM könnte jedoch für Patientinnen und Patienten einen unwiederbringlichen Visusverlust bedeuten. Die schwangere Mitarbeiterin kann hier entweder Patientinnen und Patienten gefährden, gegen die bisherigen Regeln des MuSchG verstoßen oder die höchstpersönliche Leistungserbringung nicht erfüllen.

In der Augenheilkunde stellen möglicherweise die IVOM-Verträge einen Ausweg dar, sodass Kolleginnen und Kollegen die Injektion übernehmen können. Auch Selbstständige unterliegen nicht dem MuSchG. Da, wie vorher dargelegt, die Gefährdung durch die IVOM-Medikamente als Gefahrstoffe höchst fraglich ist und das Infektionsrisiko aus Sicht der Autorinnen bei einer IVOM als verantwortbar einzustufen ist, wäre eine Stellungnahme der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft unter den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen zur IVOM-Therapie durch schwangere Mitarbeiterinnen wünschenswert. In der jetzigen Situation liegt nach Ansicht der Autorinnen eine strukturelle Diskriminierung vor.

Hier gibt es dringenden Nachbesserungsbedarf, der nur durch die kassenärztlichen Vereinigungen geleistet werden kann.

Beschäftigt man sich erstmalig mit dem MuSchG und dem AfMU mag der Organisationsaufwand zunächst sehr hoch erscheinen. Jedoch ist mit etwas Erfahrung und organisatorischer Kreativität sehr viel und vieles sehr rasch möglich. Denn entweder der Patient ist auf HIV und Hepatitis C getestet, was in der Erfahrung der Autorinnen leicht organisierbar ist, oder die schwangere Mitarbeiterin arbeitet nicht mit schneidenden und stechenden Instrumenten. Auch Teilschritte von Operationen können ohne eine Gefährdung der schwangeren Mitarbeiterin durchgeführt werden. So kann eine schwangere Netzhautchirurgin die Trokare durch eine jüngere Kollegin setzen lassen. Eine erfahrene Kataraktchirurgin kann weiterhin jüngere Chirurginnen ausbilden und erst nach dem Tunnelschnitt und den Parazentesen an den Tisch treten. Umgekehrt kann eine schwangere Kollegin alle Schritte der Kataraktoperation oder Netzhautoperation lernen, bei denen keine schneidenden und stechenden Instrumente verwendet werden. Der Aufwand, der bei der ersten schwangeren Ärztin betrieben wird, ist bei der zweiten schwangeren Ärztin schon Routine. Die Mühe lohnt sich, denn die Anzahl schwangerer Ärztinnen wird zunehmen, da schon heute deutlich mehr Frauen als Männer Medizin studieren. Im Jahr 1999 hat sich das Geschlechterverhältnis das erste Mal gedreht, und der Anteil der weiblichen Studierenden nimmt stetig zu. Im Jahr 2023 war der Anteil der Medizinstudentinnen unter den Studierenden bei 64,6% [33]. Es ist nicht nur ein Verstoß gegen das MuSchG, gut ausgebildete Ärztinnen bei Schwangerschaft von der operativen Ausbildung oder gar ihrer eigentlichen Arbeit auszuschließen, sondern in Zeiten des Ärztemangels [34] auch nicht sinnvoll. Fördern Sie Ihre schwangere Ärztin weiter im Operationssaal, und Sie bekommen eine loyale motivierte Chirurgin.

Fazit für die Praxis

- Das neue 2018 erlassene Mutterschutzgesetz (MuSchG) soll schwangeren Mitarbeiterinnen ermöglichen, ihre Arbeit auszuführen, die schwangere Mitarbeiterin und

Surgery in ophthalmology during pregnancy

The new Maternity Protection Act (MuSchG) enacted in 2018, is intended to enable pregnant employees to carry out their work, to protect the pregnant employee and the child and to counteract discrimination. Nevertheless, a ban on surgical activities or even a ban on employment is often issued, although the law first requires the workplace to be reorganized to enable the pregnant employee to continue working. In many cases, such bans are issued without the legally required risk assessment, which constitutes prohibited discrimination. In ophthalmology, the sedentary nature of the work and the short operating times mean that conditions are comparatively favorable to enable pregnant doctors to continue their surgical work. The procedures following notification of pregnancy by a member of staff as well as some innovations in the MuSchG are explained. Hazards in ophthalmology, such as infection risks and the handling of hazardous substances (e.g., mitomycin C or 5-fluorouracil) are discussed in detail. The potential handling of anti-vascular endothelial growth factor (VEGF) drugs in intravitreal injections and the risks of needlestick injuries in relation to human immunodeficiency virus (HIV) and hepatitis C are also discussed. The nondiscriminatory requirements and support of female doctors during pregnancy are not only required by law but are also socially, organizationally and economically necessary in times of a shortage of doctors. This includes not only enabling surgical activities during pregnancy but also nondiscriminatory planning of the return to work in order to promote the training and further education of women during and after pregnancy.

Keywords

Interdisciplinary consensus paper · Maternity protection · Advancement of women · Hazard assessment · Discrimination

arbeiterin und das Kind schützen sowie Benachteiligungen entgegenwirken.

- Das Gesetz schreibt die Umgestaltung des Arbeitsplatzes durch den Arbeitgeber vor, um der schwangeren Mitarbeiterin die Fortführung ihrer Tätigkeit zu ermöglichen.
- Die Augenheilkunde unterscheidet sich von den anderen operativen Fächern durch sitzende Tätigkeit, kurze Operationszeiten, ein übersichtliches Operationsfeld sowie eine hohe Anzahl elektiver Eingriffe. Sie ist daher sehr gut geeignet, schwangeren Augenchirurginnen die Weiterführung ihrer Tätigkeit zu ermöglichen.
- Die nicht diskriminierende Förderung und Unterstützung von Ärztinnen in der Schwangerschaft ist nicht nur gesetzlich vorgeschrieben, sondern in Zeiten des Ärztemangels auch gesellschaftlich, organisatorisch und wirtschaftlich geboten.

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. Katrin Gekeler, FEBO

Augenklinik, Klinikum der Landeshauptstadt Stuttgart gKAöR
Kriegsbergstr. 60, 70174 Stuttgart, Deutschland
k.gekeler@klinikum-stuttgart.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. K. Gekeler, V.C. Brücher, A. Liekfeld und M. Niethard geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autorinnen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. https://www.gesetze-im-internet.de/muschg_2018/
2. https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl152005.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl152005.pdf%27%5D__1727552435672
3. <https://www.opids.de/aktuelles/news/detail/karriereknick-durch-schwangerschaft-junge-aerztinnen-unter-druck>
4. https://dog.org/wp-content/uploads/sites/11/2024/09/operative_Taetigkeiten_in_Schwangerschaft_und_Stillzeit.pdf
5. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/121856/45191141061faf4a836181bbf42cb830/leitfadenzum-mutterschutz-informationen-fuer-arbeitgeberinnen-und-arbeitgeber-data.pdf>
6. https://www.vdbw.de/fileadmin/user_upload/24-04-11_RS_10_Anlage_1_VUD-Handreichung_fuer_Vorgesetzte_von_Schwangeren.pdf
7. https://www.ausschuss-fuer-mutterschutz.de/fileadmin/content/Dokumente/MuSchR_10.1_01_Gefahrungsbeurteilung_.pdf
8. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/familie/familienleistungen/aufsichtsbehoerden-fuer-mutterschutz-und-kuendigungsschutz-informationen-der-laender-73648>
9. https://www.ausschuss-fuer-mutterschutz.de/fileadmin/content/Dokumente/MuSchH_01-2022_Information_zur_Relevanz_von_Infektionserregern_in_Deutschland_aus_Sicht_des_Mutterschutzes.pdf
10. https://www.ausschuss-fuer-mutterschutz.de/fileadmin/content/Dokumente/Empfehlung_AfMu_SARS-CoV.pdf
11. (2021) Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 64(5):636–642
12. Wicker S et al (2012) Blood-borne infections and the pregnant health care worker. Risks and preventive measures. Chirurg 83(2):136–142
13. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HIV_AIDS.html
14. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Zytomegalievirus.html#doc4738494bodyText11
15. <https://rp.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/RP-Internet/Themenportal/Wirtschaft/Mutter-schutz/Documents/Mutterinfektionskrankheiten.pdf>
16. <https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/service/medien-arbeitshilfen/medien-center/agg-gefahrstoffe/sicheres-arbeiten-mit-anaesthesiegasen-22290>
17. <https://www.bgw-online.de/resource/blob/18280/27da4e7b82017231f1383b3dca8d475c/bgw09-19-001-arzneistoffliste-inkl-einleitung-data.pdf>
18. Le Van L et al (1991) Accidental use of low-dose 5-fluorouracil in pregnancy. J Reprod Med 36(12):872–874
19. Gilani S, Giridharan S (2014) Is it safe for pregnant health-care professionals to handle cytotoxic drugs? A review of the literature and recommendations. Ecancermedicalscience 8:418
20. https://bdoc.info/dl/aktuelles_rechtsgutachten.pdf
21. Gallagher K et al (2024) The use of anti-VEGF agents in pregnancy. Eye 38(9):1614–1615
22. Ghezala BI et al (2022) Association between Obstetric Complications and Intravitreal Anti-Vascular Endothelial Growth Factor Agents or Intravitreal Corticosteroids. J Pers Med 12(9)
23. Rein DB et al (2022) Prevalence of Age-Related Macular Degeneration in the US in 2019. JAMA Ophthalmol 140(12):1202–1208
24. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/156509>
25. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2024/Ausgaben/28_24.pdf?__blob=publicationFile
26. Peng CH et al (2005) Detection of HIV RNA levels in intraocular and cerebrospinal fluids in patients with AIDS-related cryptococcosis. Ophthalmologica 219(2):101–106
27. <https://www.cdc.gov/hepatitis/statistics/2022surveillance/hepatitis-c.htm>
28. Dudareva S et al (2022) Epidemiologie der Virushepatitiden A bis E in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz 65(2):149–158
29. Wenkel H, Krist D, Korn K (2001) Detection of hepatitis C virus RNA in tear film of a patient with recurrent peripheral corneal ulcers. Klin Monbl Augenheilkd 218(6):459–462
30. Güder G et al (2024) Schwangerschaft und Mutterschutz in der Kardiologie und in der Kinder- und Jugendkardiologie. Die Kardiologie 18(2):200–212
31. https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/tarifvertraege/2023-08/Entgelttabellen_1.%20Juli%202023%20bis%2030.%20Juni%202024.pdf
32. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/Empfehlungen_Persoenele_Leistungserbringung.pdf
33. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Tabellen/Irbil05.html#242500>
34. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/225635/Aerztemangel-Schlechte-Aussichten>

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.



DOG-Podcasts - Themen übers Auge für's Ohr

Der DOG-Podcast informiert über aktuelle Entwicklungen zu wechselnden Themen aus der Augenheilkunde.

Der DOG-Podcast „Augenheilkunde – ein Fach mit Zukunft“ wurde neu aufgelegt. Ab sofort stellen die Sektionen und Arbeitsgemeinschaften der DOG aktuelle Themen aus ihrem Bereich vor. Jede Folge beinhaltet Themen aus der translationalen Wissenschaft, aus dem Bereich klinischer Studien und aus neuen Anwendungen oder Pathologien im jeweiligen Themengebiet der Sektion oder AG.

Sie haben Interesse, mit Ihrer Sektion oder Arbeitsgemeinschaft eine Folge des DOG-Podcast Augenheilkunde zu gestalten? Dann melden Sie sich gerne bei Frau Mele aus der Geschäftsstelle.

Staffel 2, Folge 1:

Neues aus der Ophthalmologie

In der ersten Folge im neuen Format informiert die Sektion DOG-Ophthalmologische Onkologie zu aktuellen Entwicklungen, beispielsweise zur Flüssigbiopsie in der Diagnostik von Augentumoren oder neuesten Registerstudien.

DOG-Podcast Augenheilkunde



Der Podcast ist auf allen gängigen Plattformen (Spotify, Apple Podcasts, Google Podcasts, Deezer und als RSS-Feed) unter DOG-Podcast Augenheilkunde sowie hier zu finden:

<https://www.dog.org/aktuell/dog-podcasts-themen-uebers-auge-fuers-ohr/>