

01.10.2010 Chirurgeninnen

Mutterschutz JA – Berufsverbot NEIN

A. Bühnen



Gesetzliche Regelungen aktualisieren zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Nach jahrzehntelangen Vorarbeiten, insbesondere durch die in der Berufspolitik tätigen Ärztinnen, ist nun aufgrund des zunehmend bedrohlichen Ärzte- und Ärztinnenmangels allseits das Interesse und Bemühen groß, die als unattraktiv erlebten Arbeits-

und Rahmenbedingungen generell zu verbessern und insbesondere auch die Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit aktiv zu fördern. Bereits auf dem Deutschen Ärztetag 1989 wurde der Beschluss gefasst, dass Anteile der Weiterbildung auch in Teilzeit absolviert werden dürfen und ein Tagesordnungspunkt des Deutschen Ärztetages 2002 lautete „Ärztinnen: Zukunftsperspektive für die Medizin“ (1).

Tarifrechtlicher Rahmen

Der Katalog der Problembereiche ist umfangreich und jedes einzelne berufliche Hindernis muss gesondert analysiert und beseitigt werden. Angesichts von 60 Prozent weiblichen Berufseinsteigern in die kurative Medizin gilt es insbesondere auch, die mutterschutzbezogenen Barrieren im beruflichen Alltag sowohl von schwangeren und stillenden Ärztinnen in Klinik und Praxis als auch von Medizinstudentinnen zu identifizieren, zu evaluieren und sachgerecht zu reduzieren.

Das Mutterschutzgesetz (MuSchG) von 1952 für erwerbstätige angestellte werdende und stillende Mütter stellt einerseits eine wichtige soziale Errungenschaft dar, die grundsätzlich keinesfalls zulasten dieser Frauen reduziert werden darf. Andererseits ist es eine Tatsache, dass weder niedergelassene Chirurgeninnen noch Medizinstudentinnen – auch nicht während des PJ – durch die Gesetzgebung geschützt werden. Diese Bindung an eine im tarifrechtlichen Rahmen geregelte Tätigkeit wirft die Frage auf, ob es sich in der Praxis nicht eher vorrangig um eine „Arbeitgeberabsicherungsgesetzgebung“ handelt.

Die Mutterschutzgesetzgebung

Die im nebenstehenden Kasten aufgeführten Aussagen von Müttern und Chefärzten können beispielhaft die Situation veranschaulichen. Sie zeigen, worum es bei diesem Thema im Berufsalltag konkret geht. Das Mutterschutzgesetz und speziell die Mutterschutzrichtlinienverordnungen haben große Auswirkungen auf den ärztlichen Arbeitsalltag. Einerseits für die betroffenen Ärztinnen selbst: Insbesondere während der Weiterbildung können die Beschäftigungsverbote bewirken, dass z. B. der Weiterbildungs-Katalog nicht während der Regelzeit erfüllt werden kann. Die gesetzlichen Mutterschutzzeiten – sechs Wochen vor dem errechneten Entbindungstermin und obligat acht Wochen nach der Geburt eines Einzelkindes und zwölf Wochen nach Früh- und Mehrlingsgeburt – werden darüber hinaus generell nicht auf die Weiterbildungszeiten angerechnet, was sonst bei längeren Krankschreibungen z. B. wegen Unfällen durchaus nicht immer so gehandhabt wird.

Andererseits sind auch die Kolleginnen und Kollegen stark betroffen: Sie haben u. a. die Nachtdienste der schwangeren oder stillenden Kollegin mit zu übernehmen. Nicht zuletzt beschreiben die Mutterschutzrichtlinienverordnungen die Pflichten der Abteilungsleitung: Information der zuständigen Behörde unverzüglich nach Bekanntgabe der Schwangerschaft (§ 5 Abs.1 und § 19 MuSchG), sowie Gestaltung des Arbeitsplatzes, so dass Leben und Gesundheit von Mutter und Kind durch die berufliche Tätigkeit nicht gefährdet werden (§ 2 MuSchG). Bei vorsätzlicher oder fahrlässiger Zuwiderhandlung u. a. hinsichtlich der Beschäftigungsverbote kann eine Ordnungswidrigkeit oder eine Straftat vorliegen und mit Geldbuße oder Freiheitsstrafe geahndet werden.

Beispielhafte Situationen und Aussagen von Müttern und Chefärzten, die den Berufsalltag illustrieren

„Sofort, nachdem ich meine Schwangerschaft dem Chefarzt mitgeteilt hatte, bekam ich von der Betriebsärztin ein generelles OP- und Intensivstations-Verbot. So wurden mir als Ärztin während der Arbeitszeit die fachliche Kompetenz und die Eigenverantwortung für mich selbst und mein ungeborenes Kind abgesprochen. Monatelang hatte ich dann die unbeliebte Bürokratie und die Stationsarbeit zu erledigen; meinen Weiterbildungskatalog konnte ich „vergessen“. Seit der Rückkehr aus dem Mutterschutz in eine Teilzeitstelle werde ich weiterhin mit Routinetätigkeiten vollgeschüttet und nur ganz selten für eine OP eingeteilt. Es scheint mir aussichtslos, so meine Weiterbildung zur Chirurgin beenden zu können.“

„Als eine weitere meiner höchst engagierten Assistenzärztinnen nach Meldung ihrer Schwangerschaft von der Betriebsärztin alle für sie interessanten Tätigkeiten verboten bekam, war auch ich selbst als Chefarzt organisatorisch gesehen ziemlich beeinträchtigt durch diese rigiden Beschäftigungsverbote. Im wenige Kilometer entfernten Krankenhaus im anderen Bundesland wird alles ganz anders gehandhabt.“

„Ich war froh, als ich mit den Auflagen der Betriebsärztin im Rücken zum Chef gehen konnte. Ich weiß nicht, ob ich es sonst geschafft hätte, mich gegen seine Forderungen und die der Verwaltung zu wehren, dass ich aufgrund der schlechten Stellenbesetzung doch Dienste machen und im OP assistieren soll.“

„Aufgrund des MuSchG durfte ich nicht mehr in den OP. Dafür hatte ich das Diensthandy – teilweise alleine. Die Konsequenz: Ich war für 2 Stationen, den Kreißsaal, die Aufnahme und die Ambulanz zuständig. Für mich war das körperlich und psychisch wesentlich anstrengender als die geregelte Tätigkeit im OP.“

„Das MuSchG ist altmodisch, da es die werdende Mutter komplett entmündigt. Ich habe dieses als absolut diskriminierend empfunden. Zur Folge hat dies meist, dass eine Schwangerschaft beim Arbeitgeber nicht angezeigt wird – was ein wesentlich höheres Risiko in sich bergen kann.“

Initiative zur sachgerechten Anpassung der Schutzmaßnahmen

Beim diesjährigen 127. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie fand am 20. April 2010 eine Sitzung zum Thema „Mutterschutz JA – Berufsverbot NEIN“ aus unterschiedlichen Perspektiven statt. In dieser „Pilotveranstaltung“ gab die Autorin, die gleichzeitig die Initiatorin der Diskussion um die Anpassung ist, einen „Überblick und Problemaufriss“. Die derzeitige Umsetzung der Mutterschutzgesetzgebung in Deutschland wird seitens der betroffenen Ärztinnen zunehmend als Hindernis in der Berufsausübung und Karriere erlebt. Es gilt, sie sachgerecht, bei Erhalt der Schutzfunktion, zu modernisieren.

Der Deutsche Ärztetag hat bereits 2004 auf Initiative der „Ärztinnen-Gremien“ der Bundesärztekammer den Beschluss „Bildung einer Bund-Länder-Kommission zur Modernisierung der Mutterschutzgesetzgebung dringend erforderlich“ gefasst (2). Das im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) erstellte „Gutachten zum Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland“ der Rambøll Management GmbH identifizierte aufgrund der Studienergebnisse diverse Handlungsfelder und empfahl u. a. folgende Maßnahmen: „Durch die Anpassung von gesetzlichen Bestimmungen hinsichtlich der Beurteilungsgrundlagen für die Schädlichkeitseinstufung von Arbeitsbedingungen an den aktuellen Stand der Technik kann auch werdenden und/oder stillenden Müttern die qualifizierte Weiterarbeit ermöglicht werden.“ (3)

Schwangerschaften sollten nicht generell pathologisiert werden

Zum zentralen Thema „Mutterschutzrechtliche Beschäftigungsverbote“ stellte die zuständige Referatsleiterin im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin, Ministerialrätin Jutta Struck aus rechtlicher Sicht die generellen und individuellen mutterschutzrechtlichen Beschäftigungsverbote mit dem Fazit vor: So viel Mutterschutz wie zum Schutz der (werdenden) Mutter und des Kindes erforderlich, um eine Gefährdung zu vermeiden und so wenig Mutterschutz wie verantwortbar möglich im Hinblick darauf, eine Diskriminierung der Frauen zu verhindern.

Die Abwägung sei im Einzelfall schwierig, aber angesichts der hohen Rechtsgüter „Leben“ und „Gesundheit“ sei eine Gefährdungsvermeidung unabdingbar. Referatsleiterin Struck stellt klar, dass im Mutterschutzgesetz konkret nichts von einem Verbot, im OP tätig zu sein, steht.

Dr. Uta Ochmann, Oberärztin, Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial-, Umweltmedizin, Ludwigs-Maximilians-Universität München, referiert aus arbeitsmedizinischer Sicht zu „Mutterschutz – Möglichkeiten einer individuellen Umsetzung“ mit dem Fazit: „Auf der Gratwanderung zwischen ärztlicher Tätigkeit und Mutterschutz bietet sich als pragmatische Lösung die individuelle Gefährdungsbeurteilung und Erstellung einer Positivliste für jede schwangere Ärztin an.“

In der Diskussion betonte sie gegenüber unzufriedenen Chirurginnen jedoch auch: „Das Glück, ein Kind zu bekommen, lohnt auch ggf. ein Zurückstecken.“ Unter dem Motto „Ich bin schwanger und operiere trotzdem – alles klar?“ stand das von Privatdozentin Dr. Bettina Toth, leitende Oberärztin, gynäkologische Endokrinologie und Fertilitätsstörungen, Universität Heidelberg, erarbeitete Referat. Als Frauenärztin ist sie einerseits ärztlich verantwortliche Ansprechpartnerin für Schwangere, andererseits wird ihr als angestellter Ärztin selbst vorgeschrieben, was sie anlässlich der eigenen Schwangerschaft zu tun und lassen habe.

Als Konsequenz ihrer persönlichen Einstellung stellt sie ihren unterschiedlichen Umgang mit ihren eigenen beiden Schwangerschaften vor:

- Erste Schwangerschaft 2004 als Fachärztin in der Schwerpunktweiterbildung: Nach Bekanntgabe der Schwangerschaft durfte sie nahezu keine operative Tätigkeit mehr ausüben.
- Zweite Schwangerschaft 2009/10 als leitende Oberärztin: Bis 1 Monat vor der Entbindung operierte sie und zeigte ihre Schwangerschaft erst eine Woche vor der Entbindung an.
- Ihr persönliches Fazit lautet, Schwangerschaften sollten nicht generell pathologisiert, sondern individuelle Entscheidungen und die Einschätzung der eigenen Stärken und Grenzen akzeptiert werden und die weitere Karriereplanung sollte gemeinsam mit den Vorgesetzten über die Schwangerschaft und Elternzeit hinaus abgesprochen werden können. Die intensive Forschung zur Re-Evaluation bisheriger Daten und Gewinnung von neuen Ergebnissen sei dringend indiziert.

Kritische Überprüfung des Gesetzes

Mit Dr. Holger Herzing, Chefarzt der chirurgischen Abteilung im Kreiskrankenhaus St. Anna Höchststadt a. d. Aisch des Landkreises Erlangen-Höchststadt, erlebten die Sitzungsteilnehmerinnen und Sitzungsteilnehmer einen Prototypen des modernen Chefarztes, der in einem so genannten „Kleinen Haus“ das alltägliche Patientenaufkommen mit einer überschaubaren Anzahl an Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen verantwortlich bewältigt.

Im Fazit seines Vortrages „Mutterschutz aus der Sicht eines Chefarztes“ forderte er mehrere Konsequenzen: Eine kritische Überprüfung des Gesetzes, das er als Chefarzt verpflichtend einhalten muss, Sensibilisierung der männlichen Kollegen, Förderung der operativen Tätigkeit während der „nichtschwangeren Phase“ und eine an das Gesetz besser angepasste Weiterbildungsordnung. Professor Dr. Hartwig Bauer, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, DGCH, konnte aus Termingründen keinen Vortrag halten, formulierte jedoch für die DGCH eine mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, DGGG, abgestimmte Stellungnahme (s. Homepage DGCH). Eine ausführlichere Darstellung der Sitzungsinhalte findet sich in den Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (4).

Stärkere gesellschaftliche Anerkennung von Schwangerschaft und Mutterschutz

Unabhängig vom Umgang mit dem Mutterschutzgesetz während der Weiterbildung angestellter Ärztinnen zeigen diverse Beispiele, dass Benachteiligungen auch für Ärztinnen in Führungspositionen und Niedergelassene entstehen können. Deutschland gehört mit einer Geburtenrate von 1,38 Kindern pro Frau weltweit zu den Schlusslichtern. Dies ist allerdings kein spezifisches Problem im Gesundheitswesen, sondern ein gesamtgesellschaftliches Phänomen, wie einem Interview mit dem Chef-Personalberater von Kienbaum, Timo Kracht, in der „Zeit“ vom 02.09.2010 zu entnehmen ist (s. Kasten unten).

Katalog der zeitnah umzusetzenden Maßnahmen

Aus berufspolitischer Sicht ergeben sich viele Forderungen. Im Wesentlichen sind das folgende:

- Sammeln und Evaluieren der persönlichen Erfahrungen aller Beteiligten mit der Auslegung, Umsetzung und den Konsequenzen der Mutterschutzrichtlinienverordnungen,
- Neubewertung der vorliegenden wissenschaftlichen Studien, Anstoß neuer Forschungen – arbeitsmedizinische und betriebsmedizinische Versorgungsforschung – und Einbeziehung neuer technischer Entwicklungen und Schutzvorrichtungen, um aktuelle Gefährdungsbeurteilungen zu implementieren,
- Einbeziehung weiterer betroffener Berufsgruppen – Pflegekräfte, medizinische Fachangestellte, Hebammen etc. – und aller zuständigen Gewerkschaften,
- Ausweitung des Mutterschutzes auch auf freiberuflich tätige Ärztinnen und auf Medizinstudentinnen – Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigungen, Universitäten und Landesministerien,
- Orientierung an europäischer Rechtssprechung,
- Aufforderung der Bundesregierung, den Koalitionsvereinbarungen auch Taten folgen zu lassen, eine Bund-Länder-Kommission einzuberufen und die Mutterschutzgesetzgebung sachgerecht und möglichst länderübergreifend einheitlich zu aktualisieren. Auch unter volkswirtschaftlichen Aspekten wären 100.000 bis 200.000 Euro Ausbildungskosten fehlinvestiert, wenn Schwangere vom Tag der offiziell angezeigten Schwangerschaft bis nach der Elternzeit auf dem Abstellgleis stehen oder gar aus der kurativen Medizin aussteigen,
- finanzielle Entlastung der Betriebe mit hohem Anteil weiblicher Beschäftigter z. B. durch einen Ausgleichsfond vergleichbar mit der Umlageregulation U2 (Aufwendungsausgleichsgesetz) und ggf. Aufbau eines finanziell geförderten Pools entsprechend der „mobilen Einsatzreserven“ im Schuldienst,
- verstärkte Fortbildung für Betriebsärztinnen und Betriebsärzte bezüglich des Umgangs mit den Mutterschutzrichtlinienverordnungen, der sowohl dem Gesetz Genüge tut als auch die individuellen Bedürfnisse der betroffenen Schwangeren und Stillenden und die Bedingungen des spezifischen Arbeitsplatzes berücksichtigt,
- den seitens der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, BGW, zusammen mit dem Berufsverband deutscher Pathologen erstellten „Leitfaden zur Gefährdungsbeurteilung in Pathologien bei Tätigkeiten mit chemischen und biologischen Stoffen unter besonderer Berücksichtigung des Mutterschutzes“ als Vorbild für weitere spezifische Handreichungen nutzen,
- Erstellung einer weitestmöglichen Positivliste mit geeigneten Schutz- und Vorsichtsmaßnahmen gemeinsam mit jeder schwangeren Ärztin statt pauschaler Blockade der beruflichen Tätigkeit und Karriere für angestellte Frauen im Gesundheitswesen; gegebenenfalls zusätzlich zu Negativ- und Positivlisten auch Auflistung von chirurgischen Tätigkeiten, die bei Nutzung geeigneter Sicherheitsstandards doch erlaubt werden können,
- Aufruf der chirurgischen Fachgesellschaften und Berufsverbände an leitende Chefärztinnen und Chefärzte sowie Oberärztinnen und Oberärzte, im Sinne einer Selbstverpflichtung die

Schutzfunktion der Mutterschutzgesetzgebung ausnahmslos anzuerkennen und in keinem Fall schwangere oder stillende Ärztinnen unter Druck zu setzen, dass sie „freiwillig“ in Bereichen und zu Zeiten tätig sind, in der diese ihre und die Gesundheit ihres (ungeborenen) Kindes als potentiell beeinträchtigt ansehen oder diesbezügliche persönliche Bedenken und Ängste haben,

- entsprechende Fortbildung und Selbstverpflichtung auch für die Verwaltungsleiter in Krankenhäusern erreichen,
- seitens der Ärztekammern Erarbeitung einer Liste relevanter Weiterbildungsinhalte u. a. aus dem so genannter Paragraphenteil A, die auch während Schwangerschaft und Stillzeit ohne Gefährdung erbracht werden können,
- Klarstellung, dass die WB-Ermächtigung bedeutet: 1. Auch schwangeren Ärztinnen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften ermöglichen, ihren WB-Katalog zu vervollständigen, z. B. Erlernen der Sonographie, 2. schwangere Ärztinnen nicht nur ungeliebte Routine erledigen lassen und 3. sie nach dem Wiedereinstieg möglichst bevorzugt die während des Mutterschutzes verbotenen Operationen „nachholen“ lassen.

Hinzu kommende Forderungen seitens der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Klinikverbände sind die Umstellung des gesamten Arbeitsbereiches auf stichsichere Systeme und die Sicherstellung von Vertretungen durch neue überbetriebliche Kooperationen wie Bildung von Vertretungspools und Jobrotation.

Beteiligung am weiteren (berufs-)politischen Prozess zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Im Zusammenhang mit dem Ärztinnen- und Ärztemangel hat sich aktuell ein „Politisches Fenster“ geöffnet. Die Regierungskoalition hatte in ihren Vereinbarungen vom Herbst 2009 formuliert: „Die in den Gesundheits- und Pflegeberufen Tätigen leisten einen wichtigen Beitrag für unser Gemeinwesen. Sie verdienen unseren Respekt und Anerkennung. Die Attraktivität dieser Berufe muss auch im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbessert werden.“

Dieser Ankündigung hat das Bundesministerium für Gesundheit inzwischen Taten folgen lassen und erstmals am 13. Juli 2010 unter Federführung der parlamentarischen Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz eingeladen zum Runden Tisch „Vereinbarkeit von Beruf und Familie in Klinik und Praxis und in der Pflege“. In Arbeitsgruppen sollen nun schwerpunktmäßig Verbesserungsmöglichkeiten bezüglich der „Weiterbildung“ und der „Mutterschutzgesetzgebung“ fokussiert werden.

Auszug aus einem Interview mit Timo Kracht, Chef-Personalberater von Kienbaum aus „Die Zeit“ vom 02. September 2010 Zeit: Kinder sind das Karrierehindernis?

Kracht: Kinder als solche nicht, eher das Mutterdasein – die Betonung liegt hier auf „-dasein“. Kinder sind zunächst einmal eine Bereicherung. Die Karrierehindernisse sind unternehmensintern und gesellschaftlich begründet. Dass Frauen, die für eine Zeit aus dem Marathonlauf der Führungskarriere aussteigen, vom Radarschirm der Führungskräfte verschwinden und ihre Familienarbeit beruflich kaum angerechnet wird, ist auf innovationsschwache, behäbige, triste Unternehmensrealitäten zurückzuführen. Natürlich ist es ein Problem, dass Unternehmen Frauen bei der Beförderungsplanung gar nicht berücksichtigen, wenn sie im Mutterschutz sind. In der Phase nehmen männliche Konkurrenten die nächste Stufe und der Karriereweg der Rückkehrerinnen ist begrenzt oder gar versperrt.“

Erstellung klinikinterner Leitfäden

Für eine zukünftige möglichst betroffenen- und problemgerechte Anpassung und Umsetzung der Mutterschutzrichtlinienverordnungen allgemein und speziell während der Aus- und Weiterbildung wäre es sehr zielführend, wenn in jeder chirurgischen Abteilung ein spezifisches und transparentes Procedere erarbeitet und kommuniziert wird. Hierzu soll für den BDC ein Muster-Leitfaden erarbeitet werden. Mögliche Fragestellungen sind:

1. Wie kann im Einklang mit der Gesetzgebung die weitere klinische Tätigkeit auch bei Vorliegen einer Schwangerschaft und in der Stillphase möglichst so geregelt werden, dass diese Ärztin selbstbestimmt weiter berufstätig sein kann?
2. Positiv-Liste: Welche Weiterbildungsinhalte können in dieser Abteilung mit diesem Patientengut auch von einer schwangeren Ärztin gefahrenarm geleistet werden; Erstellung in Zusammenarbeit mit dem Betriebsarzt?

Autor des Artikels



Dr. med. Astrid Bühren

Praxis für Psychosomatik und Psychotherapie Murnau am
Staffelsee

Ehrenpräsidentin Deutscher Ärztinnenbund