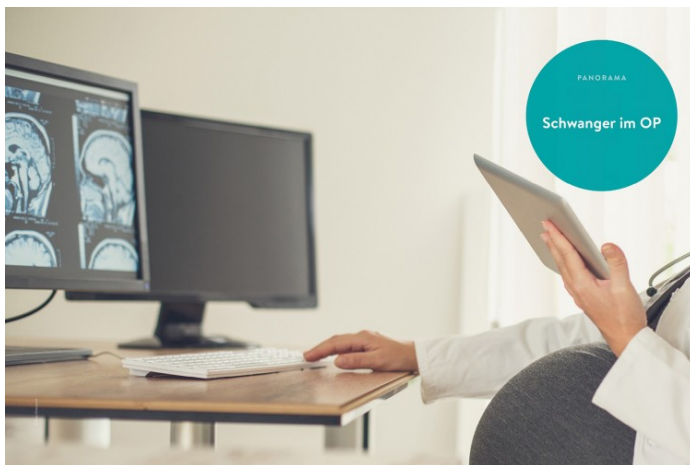


01.11.2019 **Chirurginnen**

Schwanger im OP – Erfahrungsbericht der Einführung eines Leitfaden-gestützten Konzeptes

J. Gaedcke



In der Veröffentlichung der aktuellen BDC-Umfrage zum **Operieren in der Schwangerschaft** von Fritze-Büttner et al. haben die befragten Ärztinnen drei wesentliche Beweggründe genannt, die sie dazu bewogen, in der Schwangerschaft zu operieren: Kollegialität, Teamgeist und – vor allem – Freude am Operieren. Diese Gründe sind auch für nicht-schwangere Chirurginnen und Chirurgen gut nachvollziehbar, da die Tätigkeit im Operationssaal das Kernelement unseres Berufs darstellt. Gut 60 Prozent der an der Umfrage teilnehmenden Kolleginnen gaben an, bereits in der Schwangerschaft

operiert zu haben. Dennoch ist die Hürde, den Einsatz Schwangerer im OP flächendeckend und standortunabhängig zu ermöglichen, auch nach Änderung des Mutterschutzgesetzes, noch immer vorhanden. Oftmals handelt es sich bei dem Einsatz im OP um reine Einzelfallentscheidungen und nur an wenigen Kliniken gibt es für die schwangeren Mitarbeiterinnen transparente Konzepte zum Einsatz im OP.

Im Folgenden berichten wir daher über die Etablierung eines Konzeptes zum Ermöglichen eines Einsatzes schwangerer Kolleginnen im OP an einer Universitätsklinik, speziell in der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, und unsere bisherigen Erfahrungen in Göttingen.

Der von den Ärztinnen in der Aus- und Weiterbildung selbst geäußerte Wunsch, auch in der Schwangerschaft weiter operieren zu können, ist aus unserer Sicht die Grundvoraussetzung. In vergleichbarer Weise muss aber auch der Wunsch des Abteilungsdirektors bestehen, ein Konzept zu entwerfen und dieses in der Folge auch umzusetzen. Als dritter, wesentlicher Punkt für die reibungslose Umsetzung im klinischen Alltag ist zudem eine enge und wohlwollende Zusammenarbeit mit dem



Abb. 1: Gebäudekomplex der Universitätsmedizin Göttingen

betriebsärztlichen Dienst notwendig. Die Rolle des betriebsärztlichen Dienstes ist es, auch mit der Gewerbeaufsicht das Anliegen abzustimmen und mögliche Auflagen vor Ort umzusetzen. Alle drei Punkte waren in unserem Fall gegeben, sodass in einer Kooperation mit Frau Dr. Reimers, als Leiterin des betriebsärztlichen Dienstes, der Leitfaden „SOP – Schwanger im OP an der UMG“ erarbeitet wurde.

Für die Etablierung des Leitfadens dienten uns als Anhaltspunkt zunächst die bisher verfügbaren Checklisten und Publikationen (z. B. www.opids.de, Leitfaden famsurg), welche einen guten Überblick über die zu berücksichtigenden Aspekte zum Einsatz schwangerer Ärztinnen im OP geben. Die wesentlichen Auflagen beziehen sich auf den Infektionsschutz der Schwangeren mit dem Schwerpunkt auf eine Vermeidung der Übertragung von HI- und Hepatitis-Viren. Eine präoperative Testung aller Patienten, die von einer schwangeren Mitarbeiterin operiert werden sollen, ist daher unablässig. Dies wurde in unserem Fall durch die ohnehin bestehende generelle Testung aller Patienten unserer Klinik erleichtert. Nach entsprechender Einverständniserklärung aller Patienten, die elektiv in der Klinik operiert werden, werden diese im Rahmen der Routine auf HIV und Hepatitis B und C getestet. Diese Untersuchung wird meist zu Beginn der Aufnahme durchgeführt und liegt so vor Beginn der Operation vor. Zum Ausschluss frisch infizierter Patienten, die sich noch im diagnostischen Nachweisfenster befinden könnten, wird jeweils das individuelle Risiko des Patienten an Hand eines Fragebogens beurteilt. Im Fall eines erhöhten Infektionsrisikos, auch bei (noch) negativem Test-Ergebnis, wird dann von einer Operation durch die Schwangere abgesehen.

Narkose

Eine weitere Voraussetzung zum Operieren in der Schwangerschaft ist die Narkoseführung unter Ausschluss von Inhalationsgasen und alleiniger Anwendung total intravenöser Anästhesie (TIVA). Nach entsprechender Absprache mit den Kollegen der Anästhesiologie fanden wir auch hier einen unkomplizierten Modus, in dem die Anmeldung der Narkoseform im Rahmen der Routine bei der OP-Anmeldung angegeben wird. Da auch auf Seiten der Anästhesiologie vermehrt schwangere Mitarbeiterinnen im OP eingesetzt werden, ergibt sich hier auch die Möglichkeit, die Auflagen für beide Disziplinen zu erfüllen.

Da die Anwendung einer TIVA gewisse Einschränkungen in Abhängigkeit des Eingriffes mit sich bringt, wird ersichtlich, dass nicht alle Eingriffe in der Viszeralchirurgie gleichermaßen gut geeignet sind, von schwangeren Kolleginnen durchgeführt zu werden. Entsprechend wurden „unübersichtliche“ oder Notfall-Eingriffe sowie Operationen mit der Anwendung von ionisierenden Strahlen (z. B. Port-Implantation) von vornherein ausgeschlossen. Dies erleichtert die Einführung des Konzeptes in der Viszeralchirurgie im Vergleich zur Unfallchirurgie/Orthopädie. Durch die zusätzlich verpflichtende Anwendung einer Rauchgasabsaugung wurde in der praktischen Umsetzung rasch deutlich, dass insbesondere bei laparoskopischen Eingriffen zahlreiche Auflagen besser erfüllt werden können, als bei vergleichbaren offenen Operationen. Nicht zuletzt auch, weil diese phasenweise das Sitzen der schwangeren Assistentin ermöglichen.

Operationsdauer und Vertretung

Mit der Erfüllung weiterer Auflagen, wie begrenzter Operationsdauer und der Möglichkeit jederzeit vom Operationstisch abtreten zu können, wurde uns bei der Umsetzung auch klar, dass die formal richtige Umsetzung eines Konzeptes für das Operieren in der Schwangerschaft für Nicht-Fachärztinnen wesentlich einfacher ist als für Fachärztinnen, die eigenverantwortlich operieren. Die Einplanung eines zu jedem Zeitpunkt verfügbaren Vertreters für

die Schwangere ist von vorneherein nahezu problemlos möglich, sofern zusätzlich ein Facharzt/eine Fachärztin am Tisch steht.

Gewerbeaufsichtsamt

Für die Umsetzung sind natürlich noch weitere Punkte, wie z. B. ein entsprechender Selbstschutz oder der spezielle Umgang mit Formalin zu bedenken. Diese sind jedoch gut zu regeln und werden durch die Zusammenarbeit mit dem betriebsärztlichen Dienst deutlich erleichtert. Maßgeblich entscheidend zur letztlichen Umsetzung des Konzeptes war eine über den betriebsärztlichen Dienst organisierte Vor-Ort-Begehung mit dem Vertreter des Gewerbeaufsichtsamtes. Durch die Demonstration der praktischen Umsetzung unter Berücksichtigung aller Auflagen konnten auch zunächst bestehenden Bedenken des Gewerbeaufsichtsamtes weitestgehend ausgeräumt werden.

Personalabteilung

In der weiteren Umsetzung wurde dann auch offensichtlich, dass auch eine Absprache mit der Personalabteilung notwendig ist. Nach Bekanntgabe der Schwangerschaft hat die formale Durchführung der Meldung der Schwangerschaft an den betriebsärztlichen Dienst zu erfolgen und erst nach der Beurteilung des Gefährdungspotenzials durch den Abteilungsleiter kann über den möglichen Einsatz der Schwangeren im OP entschieden werden. Daher ist eine zeitnahe Bearbeitung der Unterlagen notwendig, um zu verhindern, dass zahlreiche, „beschwerdefreie“ Wochen der Schwangerschaft ungenutzt verstreichen.

Die „Zulassung“ der Schwangeren im Operationssaal erfolgt je nach Ausbildungsstand für bestimmte Eingriffe und kann jederzeit durch die Schwangere selbst oder bei gesundheitlichen Bedenken auch durch den Betriebsarzt rückgängig gemacht werden. Nach unserer bisherigen Erfahrung hat die Möglichkeit des Einsatzes im Operationssaal nicht dazu geführt, dass die schwangeren Mitarbeiterinnen sich und das ungeborene Kind größeren Risiken ausgesetzt haben, sondern vielmehr war durch die standardisierten Abläufe und die Information aller beteiligten Disziplinen und Professionen eine größtmögliche Risikominimierung und Rücksichtnahme auf den Zustand der Schwangeren möglich.

Akzeptanz innerhalb der Klinik

Zuletzt sind aus unserer Sicht noch zwei wesentliche Punkte zu nennen, die sich vor allem auf die Akzeptanz der Umsetzung des Konzeptes in der Klinik selbst beziehen. Es wird je nach Abteilungsschwerpunkt schnell ersichtlich, dass die Zahl der Eingriffe in Abhängigkeit des Ausbildungsstadiums der Operateurin überschaubar ist. Rasch kann dies zu einer scheinbaren Bevorzugung schwangerer Mitarbeiterinnen führen. Dies zu kanalisieren und in der Abteilung verständlich zu machen, ist wiederum Aufgabe des Abteilungsdirektors, sodass wie eingangs gesagt, der Wunsch nach einer Etablierung eines entsprechenden Konzeptes auch von ihm bzw. ihr bestehen muss. Gleichzeitig sollte – bei all der Euphorie über die zunehmende Umsetzung der Möglichkeit in der Schwangerschaft operieren zu können – auch im Bewusstsein bleiben, dass das Operieren in der Schwangerschaft stets auf freiwilliger Basis erfolgen sollte und dass sich schwangere Mitarbeiterinnen auch allein durch die Möglichkeit des Einsatzes im Operationssaal unter Druck gesetzt fühlen können. Auch hier ist es im Wesentlichen die Aufgabe des Abteilungsleiters, diese Freiwilligkeit immer wieder in den Vordergrund zu stellen und in einem persönlichen Gespräch mögliche Sorgen der Schwangeren zu erfassen.



» Interview

Premiere vom Leitfaden „Schwanger im OP“ an der UMG – Interview mit Frau Dr. Azizian

Frau Dr. Azizian hat den Leitfaden zuerst ausprobiert, es folgt ein kurzes Interview als Ergänzung zu Professor Gaedckes Artikel. Das Interview führte Julia Weilbach vom BDC.

BDC: Frau Dr. Azizian, Sie arbeiten schon einige Jahre in der Chirurgie der Uni-Klinik Göttingen. Dann wurden Sie schwanger, aber zum Glück war es kein Problem, weiter zu operieren. Wie war das denn als Sie Ihren Nachwuchs in der Klinik angekündigt haben?

Azizian: Ich hatte wirklich Glück! Vor der Geburt meiner Tochter im Herbst 2017 konnte ich mit dem neuen Leitfaden der UMG weiterhin operieren. Bevor ich meine Schwangerschaft bekanntgegeben habe, war schon ein Leitfaden in Arbeit – also es wurde damit angefangen, mit Herrn Professor Gaedcke einen Leitfaden zu erarbeiten. Ich konnte mich dann in der weiteren Entwicklung einbringen. Gemeinsam mit dem Betriebsarzt haben wir z. B. geschaut, was möglich ist und was nicht. Wir sind quasi gemeinsam durch die „Nadelöhre“ gegangen. Seitdem waren wir insgesamt vier Kolleginnen, die mit dem Leitfaden während ihrer Schwangerschaft weiter operieren konnten. Es konnten dann alle nach mir anhand der Bedingungen, die wir zusammengestellt haben, schwanger operieren, natürlich nur, wenn diejenige das wollte! Aber bisher wollte das tatsächlich jede an unserer Klinik.

BDC: Sie betonen, dass nur diejenigen weiter operieren sollten, die es auch wollen. Sehen Sie Probleme darin, dass sich Kolleginnen durch die Möglichkeiten genötigt fühlen?

Azizian: Nein, das glaube ich nicht. Bei uns im Haus würde nie jemand die Nase rümpfen, wenn man eben nicht mehr operieren möchte wegen der Schwangerschaft. Und ich glaube auch, dass das wenige Kolleginnen betrifft. Wenn ich das so sagen kann, liegt es ja quasi in der Natur des chirurgischen Assistenten, operieren zu wollen. Natürlich nicht, wenn man sich körperlich nicht dazu in der Lage fühlt – jede Schwangerschaft ist schließlich anders. Bei mir war das ja gegen Ende auch der Fall. Als ich körperlich an meine Grenzen kam, war für mich klar, dass ich nicht mehr in den OP gehöre. Und das war dann auch für alle okay! Wie das allerdings in kleineren Häusern mit anderen Personalvoraussetzungen ist, kann ich nicht einschätzen.

BDC: Apropos Personalvoraussetzungen, wie gestaltete sich die Zusammenarbeit mit Ihren Kolleginnen und Kollegen aufgrund der „neuen Umstände“? Gab es genervte Gesichter wegen der besonderen Bedingungen?

Azizian: Die Zusammenarbeit und Unterstützung von der Anästhesie war hervorragend. Da gab es überhaupt keine Probleme. Und unter den chirurgischen Kollegen lief alles problemlos – jedenfalls hat es mich niemand spüren lassen. Wenn man bekannt gibt, schwanger zu sein, wird man sofort von Diensten freigestellt. So war es auch bei mir. Und die Kollegen und Kolleginnen haben ohne „genervtes Gesicht“ ganz selbstverständlich meine Dienste übernommen, was natürlich für die anderen auch eine Mehrbelastung ist! Keiner hat sich beschwert, obwohl ich bei dem Punkt im Vorfeld wirklich Bedenken hatte.

BDC: Hatten Sie denn insgesamt Bedenken, wie es als schwangere Chirurgin für Sie laufen würde? Welcher Zeitpunkt ist der richtige, wie werden Kolleginnen und Kollegen reagieren? Solche Bedenken meine ich.

Azizian: Tatsächlich habe ich schon beim Einstellungsgespräch erzählt, dass ich Kinder bekommen möchte. Daher war von Anfang klar, auf was wir uns „einlassen“. Ich habe mir vor allem Gedanken darübergemacht, ob ich mit der Familienplanung warte, bis ich meinen Facharzt habe oder ob während der Weiterbildung auch ein guter Zeitpunkt ist. Denn in dem Moment, in dem man sagt, dass man schwanger ist, wird man oft für Stationsarbeit „abgestellt“. Was natürlich auch eine wichtige Arbeit ist, wodurch man aber in der Ausbildung als Chirurg nicht weiterkommt. Daher habe ich es mir zweimal überlegt, ob ich besser warte bis ich den Facharzt in der Tasche habe. Ich persönlich wollte nicht so lange warten. Ich habe also in Kauf genommen, dass meine Ausbildung eventuell darunter leiden könnte. Als es dann so weit war und es hieß, dass man Bedingungen schaffen könnte, unter denen ich auch im OP eingesetzt werden kann, habe ich natürlich sofort „Hier!“ geschrien.

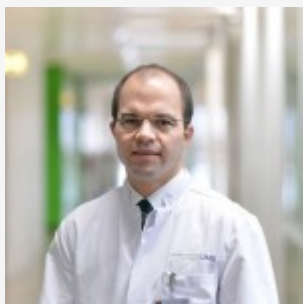
BDC: Welche Vorschläge haben Sie, wie man den Leitfaden noch verbessern könnte?

Azizian: Im Prinzip keine, denn der Leitfaden wurde ständig weiterentwickelt. Aber zum Positiven. Denn als ich ins Rennen gegangen bin, waren die Regeln noch recht streng. Bei mir haben wir z. B. beschlossen, dass ich nur laparoskopische Eingriffe durchführen darf, da es dabei praktisch keine Verletzungsgefahr gab. Die Zugänge musste dann der Assistent setzen, weil ich kein Messer in die Hand nehmen durfte. Jetzt ist man so weit, dass nicht nur laparoskopische Eingriffe durchgeführt werden können, auch oberflächliche Eingriffe, bei denen man immer seine Hände im Sichtfeld hat, sind erlaubt. Ich konnte noch relativ wenige unterschiedliche Eingriffe operieren und habe vor allem laparoskopische Gallenblasenentfernungen und Leistenhernienoperationen übernommen. Das Gute daran war, dass ich die Schwangerschaft dazu nutzen konnte, bei diesen beiden Eingriffen das lernen zu können, was es zu lernen gibt. In der nächsten Schwangerschaft wird es dann also schon mehr OP-Variationen für mich geben ...

Herzlichen Dank für das Interview!

Gaedcke J: Schwanger im OP – Erfahrungsbericht der Einführung eines Leitfaden-gestützten Konzeptes. Passion Chirurgie. 2019 November, 9(11): Artikel 09.

Autor des Artikels



Prof. Dr. med. Jochen Gaedcke

Leitender Oberarzt

Klinik für Allgemein-, Viszeral und Kinderchirurgie

Robert-Koch-Str. 40

37075 Göttingen

[> kontaktieren](#)