

Fächerüber-
greifender

Dr. med. Andrea Kreuder

Dr. med. Maya Niethard

Prof. Dr. med. habil. Doreen Richardt, LL.M.

Operative Tätigkeiten in Schwanger- schaft und Stillzeit.

Prof. Dr. Dr. med. Sabine Wicker

PD Dr. med. Barbara Puhahn-Schmeiser

Marianne Weg

Konsens in
der Chirurgie

Fächerübergreifender Konsens in der Chirurgie

Operative Tätigkeiten in Schwangerschaft und Stillzeit

AUTORINNEN

Dr. med. Andrea Kreuder

Ärztin in Weiterbildung für
Gynäkologie/Geburtshilfe,
Kliniken des Main-Taunus-Kreises Bad Soden,
stellv. Leiterin Initiative OPidS

Dr. med. Maya Niethard

Leitende Oberärztin Klinik für Tumororthopädie,
Helios Klinikum Berlin-Buch,
Leiterin Initiative OPidS

Prof. Dr. med. habil. Doreen Richardt, LL.M.

Fachärztin für Herzchirurgie,
Fachärztin für Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein, Mitbegründerin FamSurg

Prof. Dr. Dr. med. Sabine Wicker

Fachärztin für Arbeitsmedizin,
Leiterin des Betriebsärztlichen Dienstes
Universitätsklinikum Frankfurt

PD Dr. med. Barbara Puhahn-Schmeiser

Fachärztin für Neurochirurgie,
Universitätsklinik Freiburg,
Vizepräsidentin Deutscher Ärztinnenbund e.V.

Marianne Weg

langjährige Leiterin einer obersten Arbeitsschutz-
behörde, im Deutschen Juristinnenbund Expertin
für das Thema Mutterschutz



1 EINLEITUNG	6
2 MUTTERSCHUTZ BASICS	10
ARBEITSZEITRAHMEN FÜR SCHWANGERE UND FÜR STILLENDE MÜTTER	10
SCHUTZFRISTEN VOR UND NACH DER GEBURT: FREISTELLUNG MIT MUTTERSCHAFTSGELD	10
GEFÄHRDUNGSBEURTEILUNG: ALLGEMEIN-ANLASSUNABHÄNGIG UND ANLASSBEZOGEN BEI SCHWANGERSCHAFT	11
DIE „UNVERANTWORTBARE GEFÄHRDUNG“	11
SCHUTZMASSNAHMEN	14
BETRIEBLICHES BESCHÄFTIGUNGSVERBOT VS. ÄRZTLICHES BESCHÄFTIGUNGSVERBOT	14
I ÄRZTLICHES BESCHÄFTIGUNGSVERBOT	15
II BETRIEBLICHES BESCHÄFTIGUNGSVERBOT	15
3 STRAHLENSCHUTZ	16
4 INFektionSSCHUTZ	16
I INFEKTIONSERREGER	17
II INFEKTIONSRIKIO BEI OPERATIVER TÄTIGKEIT DURCH BLUTÜBERTRAGBARE ERREGER	18
5 NARKOSEFÜHRUNG	20
6 POSITIVLISTEN FÜR MÖGLICHE OPERATIONEN (FACHSPEZIFISCH)	22
I DERMATOLOGIE	23
II GEFÄSSCHIRURGIE	24
III GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE	26
IV HERZCHIRURGIE	27
V HALS-NASEN-OHREN-HEILKUNDE	28
VI KINDERCHIRURGIE	30
VII MUND-KIEFER-GESICHTSCHIRURGIE	34
VIII NEUROCHIRURGIE	38
IX OPHTHALMOCHIRURGIE	39
X ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE	40
XI PLASTISCHE, REKONSTRUKTIVE UND ÄSTHETISCHE CHIRURGIE	42
XII THORAXCHIRURGIE	43
XIII UROLOGIE	44
XIV VISZERALCHIRURGIE	45
QUELLEN	46
ÜBER DIE AUTORINNEN	48
IMPRESSUM	50

1 / Einleitung

Die Praxis des betrieblichen Mutterschutzes war traditionell eher „fürsorglich-aussperrend“ – und diese Grundhaltung wirkt vielfach auch heute noch fort. Mit dem reformierten Mutterschutzgesetz, das 2018 in Kraft trat, wurde jedoch ausdrücklich eine doppelte Zielsetzung verankert:

— **der Schutz der Gesundheit der Frau und ihres Kindes am Arbeits-, Ausbildungs- und Studienplatz während der Schwangerschaft, nach der Geburt und in der Stillzeit**

— **und die (Um)Gestaltung der Arbeitsbedingungen in einer Art und Weise, die die Fortsetzung der Beschäftigung oder Ausbildung ermöglicht und einer Benachteiligung entgegenwirkt.**

Nach dem Motto „sicher ist sicher“ werden in vielen Kliniken im Falle einer Schwangerschaft pauschale betriebliche Beschäftigungsverbote ausgesprochen - oftmals ohne nachvollziehbare Begründung und mit weitreichenden individuellen und sozioökonomischen Konsequenzen. Für die Schwangeren verlängert sich ihre Weiterbildungszeit und sie erreichen Karrierestufen deutlich später. Die Kliniken verlieren andererseits in Zeiten von beständig zunehmendem Fachkräftemangel gut ausgebildete Ärztinnen; viel Wissen und Potenzial bleiben ungenutzt bzw. werden nicht weiterentwickelt. Ärztinnen, die tagtäglich für ihre Patient:innen und mit diesen zusammen schwerwiegende Entscheidungen treffen, wird die Kompetenz abgesprochen, für sich selbst und das Kind gut zu entscheiden. Sie und ihre Vorgesetzten müssen oftmals die Unterstützung vermissen, die eigentlich Aufgabe der für den Arbeits- und Mutterschutz Verantwortlichen ist: Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen und Umsetzung notwendiger Schutzmaßnahmen, damit keine Risiken verbleiben, die eine unverantwortbare Gefährdung von Mutter und Kind darstellen würden.

Für wirksamen Mutterschutz in der Klinik und Praxis besteht somit Handlungsbedarf. In besonderer Weise gilt dies vor allem für die Tätigkeiten im OP. Unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ist daher ein fächerübergreifender Konsens mit Positivlisten aller vierzehn chirurgischen Fachgesellschaften erarbeitet worden. Diese Positivlisten zählen auf, welche operativen Eingriffe die Fachgesellschaften aufgrund ihrer

genauen Kenntnis der operativen Tätigkeit und aller Arbeitsbedingungen als in einer Schwangerschaft unbedenklich durchführbar bewerten.

Das ersetzt nicht die gesetzliche Pflicht der Arbeitgeber:innen,

- einerseits bereits vorausschauend im Rahmen der allgemeinen Gefährdungsbeurteilung zu prüfen, welche Gefährdungsfaktoren im Falle einer Schwangerschaft Relevanz besitzen können,
- andererseits bei der konkreten Anzeige einer Schwangerschaft die individuelle Gefährdungsbeurteilung für den konkreten Arbeitsplatz und die Tätigkeit durchzuführen und mit Schutzmaßnahmen eine unverantwortbare Gefährdung zu vermeiden.

Die Arbeitgeber:innen sind für den Arbeitsschutz und Mutterschutz verantwortlich. Sie können dabei Aufgaben an Fachkräfte für Arbeitssicherheit, den betriebsärztlichen Dienst oder einen externen Präventionsdienstleister delegieren.

Das Ziel der Positivlisten ist es, konkrete, praxisgestützte Denkanstöße zu liefern, damit in der Klinik der Mutterschutz so praktiziert und weiterentwickelt wird, dass schwangeren Ärztinnen die Weiterbeschäftigung und das Operieren in der Schwangerschaft ermöglicht und erleichtert wird und pauschale betriebliche Beschäftigungsverbote verhindert werden. Sie sind auch ein Beitrag zum Leitbild des „kommunikativen Mutterschutzes“, d.h. dazu, dass Schwangerschaft und Mutterschaft selbstverständliche Themen im Klinikalltag werden

und dass eine schwangeren- und stillfreundliche Arbeitsgestaltung und Arbeitskultur als ganz normale betriebliche Aufgabe gelebt wird. Diese Listen sind nicht abschließend. Guter Mutterschutz kann nur individuell in Zusammenarbeit mit der Schwangeren / Stillenden umgesetzt werden. Dazu sollten der Ausbildungsstand und die bereits erlernte Routine der Schwangeren bei operativen Eingriffen (learning curve) berücksichtigt werden.

Der Konsens richtet sich daher an alle Personen, die schwanger sind oder werden wollen, an Chefärzt:innen und Personalverantwortliche sowie an Arbeitgeber:innen mit ihren zuständigen Fachkräften für Arbeitssicherheit, Betriebsmedizin sowie an Hygiene- und Strahlenschutzbeauftragte. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie gibt diese im Konsens erarbeiteten und verabschiedeten Positivlisten zugleich den für Arbeitsschutz und Mutterschutz zuständigen obersten Landesbehörden sowie den zuständigen Berufsgenossenschaften zur Kenntnis. Sie würde es begrüßen, wenn diese aus der Erfahrung sowie wissenschaftlicher Evidenz vorliegenden Erkenntnisse auch bei deren Handeln mit einbezogen würden.



→ MUTTERSCHUTZGESETZ

2 / Mutterschutz Basics

ARBEITSZEITRAHMEN FÜR SCHWANGERE UND FÜR STILLENDE MÜTTER

Das MuSchG sieht vor, dass für die Beschäftigung schwangerer und stillender Mitarbeiterinnen folgende Anpassungen des Arbeitsplatzes und der Arbeitszeiten eingehalten werden:

- ◆ Maximale Arbeitszeit von 8,5 Stunden pro Tag oder 90 Stunden pro Doppelwoche
- ◆ Ununterbrochene Ruhezeit von 11 Stunden nach absolvierter Arbeitszeit
- ◆ Keine Arbeit zwischen 20 und 6 Uhr, bei Zustimmung der Schwangeren mit Antrag bei der Aufsichtsbehörde Arbeit bis 22 Uhr möglich
- ◆ Keine Beschäftigung an Sonn- und Feiertagen, nur auf ausdrücklichen Wunsch der Mitarbeiterin
- ◆ Freistellung von der Arbeit für Stillpausen in den ersten 12 Monaten nach Entbindung für mindestens 30 Minuten zweimal am Tag oder 1 Stunde pro Tag
- ◆ Auch auf Stillpausen für ältere Kinder muss Rücksicht genommen werden, diese gelten allerdings als unbezahlte Pause und sind ohne Anspruch auf Entgeltzahlung
- ◆ Bei Tätigkeit über 8 Stunden pro Tag müssen Stillpausen von zweimal 45 Minuten pro Tag bzw. einmal 90 Minuten pro Tag gewährt werden
- ◆ Bereitstellung eines geschützten, stillfreundlichen Raumes

SCHUTZFRISTEN VOR UND NACH DER GEBURT: FREISTELLUNG MIT MUTTERSCHAFTSGELD

Vor der Entbindung

- ◆ Eine Schwangere darf sechs Wochen vor dem errechneten Entbindungstermin nicht mehr beschäftigt werden. Hat sie jedoch den ausdrücklichen Wunsch einer Weiterbeschäftigung in dieser Frist, so darf sie mit ärztlicher Unbedenklichkeitsbescheinigung arbeiten. Ihren Wunsch kann sie jederzeit zurücknehmen.

Nach der Entbindung

- ◆ Die Mutterschutzfrist endet bei reif geborenen Einlingen ($\geq 37+0$ SSW) acht Wochen nach der Entbindung.
- ◆ Bei Mehrlingen und Frühgeburten ($\leq 36+6$ SSW) verlängert sich die nachgeburtliche Mutterschutzfrist auf zwölf Wochen.
- ◆ Wird vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch ärztlich festgestellt, beläuft sich die Mutterschutzfrist ebenfalls auf zwölf Wochen.
- ◆ Eine Beschäftigung in der Mutterschutzfrist nach der Entbindung ist ohne Ausnahme untersagt.

GEFÄHRDUNGSBEURTEILUNG: ALLGEMEIN-ANLASSUNABHÄNGIG UND ANLASSBEZOGEN BEI SCHWANGERSCHAFT

Allgemeine Gefährdungsbeurteilung mit Integration der Mutterschutzaspekte

Alle Betriebe sind nach dem Arbeitsschutzgesetz verpflichtet, eine allgemeine Gefährdungsbeurteilung zu erstellen. In diesem Rahmen müssen auch mögliche Gefährdungen für eine Schwangere und das Kind am Arbeitsplatz präventiv mit überprüft sowie mögliche Schutzmaßnahmen definiert werden – dies auch dann, wenn in dem Bereich gegenwärtig keine Person arbeitet, die schwanger ist oder werden könnte. Über die Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung sind die Beschäftigten zu informieren. Diese anlassunabhängige Gefährdungsbeurteilung ist regelmäßig zu aktualisieren.

Individuelle anlassbezogene Gefährdungsbeurteilung

Auf Basis dieser bestehenden allgemeinen Gefährdungsbeurteilungen haben Arbeitgeber:innen für eine konkrete Mitarbeiterin, die ihre Schwangerschaft anzeigt, eine individuelle Gefährdungsbeurteilung zu erstellen. Dabei geht es darum, die bereits bestehende Tätigkeitsanalyse für die schwangere Mitarbeiterin neu zu bewerten und herauszuarbeiten, welche Schutzmaßnahmen in diesem konkreten Fall für sie vorgesehen sind. Die individuelle Gefährdungsbeurteilung soll im Verlauf der Schwangerschaft neu analysiert werden, falls sich die körperlichen, medizinischen oder umgebenden Arbeitsplatzbedingungen oder die operative Tätigkeit ändern.

DIE „UNVERANTWORTBARE GEFÄHRDUNG“

Was als „unverantwortbare Gefährdung“ einzustufen ist, beschreiben das Mutterschutzgesetz und auch die Mutterschutz-Regel zur Gefährdungsbeurteilung, die der Ausschuss für Mutterschutz 2023 aufgestellt hat, nur sehr grundsätzlich und abstrakt. Das verursacht Verständnisprobleme in der Praxis und führt sehr oft zu quasi „vorauselenden“ betrieblichen Beschäftigungsverboten.



→ MUTTERSCHUTZ-REGEL
„GEFÄHRDUNGSBEURTEILUNG“

In nichtjuristische Worte gekleidet, geht es um nicht mehr und nicht weniger als um eine verantwortungsvolle Vorgehensweise und Abwägung, wie sie auch sonst Gute Arbeitsschutzpraxis ist und an jedem Arbeitsplatz, für alle Beschäftigten und besonders auch für vulnerable Gruppen gilt.

Für den Mutterschutz bedeutet das konkret die folgenden Schritte:

- ◆ die allgemeine und die anlassbezogene Gefährdungsbeurteilung rechtzeitig und unter Beachtung schwangerschafts- und stillrelevanter Aspekte durchzuführen
- ◆ auch schon anlassunabhängig besondere Risiken durch Präventionsmaßnahmen abzubauen
- ◆ Schutzmaßnahmen im Dialog mit der Schwangeren zu prüfen und umzusetzen
- ◆ danach etwaige verbleibende Risiken auf Grundlage aller verfügbaren Erkenntnisse und Erfahrungen zu prüfen und zu bewerten

Eine Gefährdungsbeurteilung ist nicht mit dem Feststellen von Gefährdungen abgeschlossen. Entscheidender Part ist vielmehr, die festgestellten Gefährdungen durch Schutzmaßnahmen zu beseitigen oder zu reduzieren.

Es kann sein, dass trotz Durchführung der Schutzmaßnahmen weiterhin gravierende oder sehr wahrscheinlich auftretende Gesundheitsschäden zu befürchten wären. Dann wird die Bewertung ergeben, dass eine „unverantwortbare Gefährdung“ vorliegt, der nicht abgeholfen werden kann. In diesem Fall wird für diese Tätigkeit oder unter diesen konkreten Arbeitsbedingungen ein betriebliches Beschäftigungsverbot unvermeidbar sein. Sollte die Anpassung des Arbeitsumfeldes nicht möglich sein, kann eine Freistellung wegen unverantwortbarer Gefährdung auch für Anteile der wöchentlichen Beschäftigungszeit oder für einen vorübergehenden Zeitraum der Schwangerschaft ausgesprochen werden (= teilweises Beschäftigungsverbot).

Nicht vom Mutterschutzgesetz und der Mutterschutzregel zur Gefährdungsbeurteilung gedeckt ist dagegen eine betriebliche Vorgehensweise, ohne diese Prozess-Schritte die Schwangere mit einem betrieblichen Beschäftigungsverbot von ihrer bisherigen Tätigkeit auszuschließen. Anlassunabhängige und individuelle anlassbezogene Gefährdungsbeurteilung sind zwingend durchzuführen, ein Unterlassen dieser Prozessschritte ist ein Organisationsverschulden.

Auch für die Umsetzung an einen anderen Arbeitsplatz außerhalb des OPs gilt entsprechend, dass eine Gefährdungsbeurteilung sowie Prüfung und Umsetzung von Schutzmaßnahmen vorausgehen muss. Wird diese unterlassen und ein Arbeitsplatz zugewiesen, der für Weiterbildung und

berufliche Entwicklungsmöglichkeiten weniger geeignet ist, kann die Vermutung einer Benachteiligung aufgrund des Geschlechts naheliegen.

SCHUTZMASSNAHMEN

Die Rangfolge der Schutzmaßnahmen beim Mutterschutz folgt den generellen Vorgehensweisen im Arbeitsschutz:

1. Umgestaltung des Arbeitsplatzes gemäß dem „STOP“-Prinzip:
 - ◆ Substitution zur Vermeidung von Risikofaktoren, z.B. von gefährlichen Stoffen
 - ◆ Technische Lösungen für Risikoabbau und Reduzierung von Belastungen, z.B. Absaugungen, Belüftungstechnik (laminar air flow), geschlossene Narkosesysteme, multidirektional einstellbare OP-Tische
 - ◆ Organisatorische Maßnahmen, z.B. OP-Programm entsprechend planen, elektive Eingriffe
 - ◆ Personenbezogene Maßnahmen, z.B. eine Ablösung der schwangeren Operateurin oder unterstützende Hilfe bei körperlich schweren Tätigkeiten einplanen / sicherstellen, Bereitstellung einer persönlichen Schutzausrüstung (PSA; z. B. Indikatorhandschuhe, Schutzvisier, (FFP2)-Masken)

Auch die Versetzung an einen anderen Arbeitsplatz, was i.d.R. bedeutet „außerhalb des OPs“, ist eine mögliche personenbezogene Maßnahme: Die Arbeitgeber:innen sind verpflichtet nachzuweisen, dass eine Umgestaltung für die bisherige operative Tätigkeit nicht möglich oder aus Arbeitgeber:in-Sicht (z.B. wegen hoher Kosten) unzumutbar ist

2. Betriebliches Beschäftigungsverbot als „ultima ratio“: Arbeitgeber:innen müssen alle unter 1. genannten Schutzmaßnahmen tatsächlich geprüft und in die Wege geleitet haben. Nur wenn trotzdem Belastungen und Risikofaktoren im Ausmaß einer „unverantwortbaren Gefährdung“ verbleiben, ist ein betriebliches Beschäftigungsverbot gerechtfertigt
3. Die Umsetzung der Schutzmaßnahmen und die Anpassung des Arbeitsplatzes sollen im Dialog mit der Schwangeren/Stillenden erfolgen. Arbeitgeber:innen müssen das Ergebnis des Gesprächs schriftlich dokumentieren.

BETRIEBLICHES BESCHÄFTIGUNGSVERBOT VS. ÄRZTLICHES BESCHÄFTIGUNGSVERBOT

Die Weiterbeschäftigung einer schwangeren oder stillenden Mitarbeiterin ohne gesundheitliche Gefährdung für sie und ihr Kind ist erklärtes Ziel des MuSchG. Dennoch kann es Gründe geben, warum ein Beschäftigungsverbot unumgänglich ist. Dabei können auch teilweise und zeitweise

befristete Beschäftigungsverbote ausgesprochen werden, die sich nicht über die Dauer der gesamten Schwangerschaft erstrecken. Hier gilt es, zwischen einem ärztlichen und einem betrieblichen Beschäftigungsverbot zu unterscheiden.

I Ärztliches Beschäftigungsverbot

Eine schwangere oder stillende Kollegin kann einem ärztlichen Beschäftigungsverbot unterliegen. Dieses ist medizinisch durch den Gesundheitszustand der Schwangeren begründet und umfasst ggfs. auch psychosoziale Faktoren. Es wird von einer approbierten Ärztin oder einem approbierten Arzt, meist dem zuständigen Frauenarzt oder der zuständigen Frauenärztin, aber auch von anderen ärztlichen Kolleg:innen (z.B. Allgemeinmedizin) festgestellt und bescheinigt. Neben medizinischen Komplikationen während der Schwangerschaft können auch psychosoziale Faktoren Gründe für ein ärztliches Beschäftigungsverbot darstellen. Ausstellende Ärzte und Ärztinnen sollen die Umstände am Arbeitsplatz beschreiben, die das Beschäftigungsverbot auslösen, um den Arbeitgeber:innen die Möglichkeit zu geben, dies abzuwenden.

II Betriebliches Beschäftigungsverbot

Ein betriebliches Beschäftigungsverbot leitet sich ab aus den Risikofaktoren der Tätigkeit und der Arbeitsbedingungen und wird von der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber ausgesprochen, wenn die Gefährdungsbeurteilung zum Ergebnis führt, dass eine „unverantwortbare Gefährdung“ der Gesundheit der Schwangeren und ihres Kindes vorliegt und dass diese nicht durch geeignete Schutzmaßnahmen beseitigt oder auf ein verantwortbares Maß gemindert werden können. Vorher müssen jedoch alle Schutzmaßnahmen ausgeschöpft werden. Erst wenn dies nicht zumutbar oder möglich ist und eine unverantwortbare Gefährdung verbleibt, ist als ultima ratio ein betriebliches Beschäftigungsverbot auszusprechen. In diesem Fall erhält die freigestellte Schwangere Mutterschutzlohn.

Arbeitgeber:innen haben insbesondere (aber nicht nur) den Katalog des § 11 MuSchG zu beachten, nach denen bestimmte Arbeitsbedingungen für Schwangere und Stillende nach den gesetzlichen Vorschriften auf ihre Gefährdung zu überprüfen sind. Dies sind mit Relevanz für Kliniken überwiegend Tätigkeiten mit Gefahrstoffen, ionisierender Strahlung, Biostoffen, Heben und Tragen. Einzelne Tätigkeiten sind für Schwangere explizit verboten (z.B. Akkordarbeit). Sie betreffen jedoch andere Branchen als das Gesundheitswesen.

3 / Strahlenschutz

Im gebärfähigen Alter sowie in der Schwangerschaft bestehen Grenzwerte für die Exposition gegenüber Strahlung, die nicht überschritten werden dürfen. Für das gebärfähige Alter liegt der Grenzwert bei 2 mSv in einem Monat, in der Schwangerschaft bei 1 mSv für die gesamte Dauer der Schwangerschaft. Für die Messung der Exposition sollte daher jede Schwangere ein zusätzliches Dosimeter auf Uterushöhe tragen, das wöchentlich ausgelesen werden muss. Auch jede Frau im gebärfähigen Alter hat Anspruch auf ein zweites auslesbares Dosimeter. Bei Tätigkeiten im Kontrollbereich muss die Schwangere festgelegte Schutzmaßnahmen einhalten und sollte, wann immer möglich, den Kontrollbereich verlassen. Einzuhalten sind Abstände zur Definition des Kontrollbereichs können in der Regel den technischen Informationen des verwendeten Gerätes entnommen werden.

Der Umgang mit offenen Radionukliden mit der Möglichkeit einer Inkorporation, ist in Schwangerschaft und Stillzeit nicht möglich.



→ WEITERE DETAILS DER
STRAHLENSCHUTZVERORDNUNG

4 / Infektionsschutz

Generell erfolgt die Beurteilung des Infektionsschutzes am Arbeitsplatz unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben und Empfehlungen (u.a.: Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV), Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO), Ständige Impfkommission (STIKO), technische Regeln für biologische Arbeitsstoffe (TRBA 250), Biostoffverordnung (BioStoffV), Labordiagnostik schwangerschaftsrelevanter Virusinfektionen S2k-Leitlinie.

Um das Infektionsrisiko für einen Erreger abschätzen zu können, ist es wichtig, den Übertragungsweg verschiedener Erreger zu kennen. Eine Übertragung kann aerogen bzw. durch Tröpfchen, fäkal-oral, über Schmierkontakt oder parenteral erfolgen. Das Infektionsrisiko variiert u. a. entsprechend der Erregerlast (z. B. Viruslast bei HIV). Die Erreger können direkt durch Patient:innen- und Personalkontakt, oder indirekt durch Kontakt mit Untersuchungsproben, kontaminierten Oberflächen und Gegenständen übertragen werden.

Die Impfeempfehlungen der STIKO beim Robert Koch-Institut (RKI) sollten bereits bei Einstellung und erneut vor Eintritt einer Schwangerschaft berücksichtigt werden, auch auf die speziell in der Schwangerschaft empfohlenen Impfungen (Influenza, Pertussis) sollte hingewiesen werden. Gegebenenfalls sollte mit Beginn der Arbeitstätigkeit eine entsprechende Grundimmunisierung oder Auffrischimpfung durchgeführt werden. Im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge wird empfohlen, die Immunitätslage gegenüber besonders relevanten Krankheitserregern festzustellen.

Zum Infektionsschutz von Schwangeren sollte daher ein ausreichender Impfschutz gegen die impfpräventablen Krankheiten bestehen und die nach Gefährdungsbeurteilung festgelegte persönliche Schutzausrüstung (PSA) getragen werden.

Geltende Empfehlungen und Maßnahmen beim Umgang mit potenziell infektiösen Sekreten oder Materialien müssen eingehalten werden.

Eine gegebenenfalls vorliegende Seronegativität der schwangeren Ärztin gegenüber einem oder mehreren Erregern sollte in der individuellen Gefährdungsbeurteilung des Arbeitsplatzes berücksichtigt werden. Ein etwaiges Beschäftigungsverbot sollte daher nicht pauschal erfolgen, sondern anhand der bestehenden wissenschaftlichen Evidenz.

I INFEKTIONSERREGER

Der Ausschuss für Mutterschutz (AfMu) des Bundesministeriums für Soziales, Familien und Jugend hat 2022 ein Hintergrundpapier zu „Information zur Relevanz von Infektionserregern in Deutschland aus Sicht des Mutterschutzes“ veröffentlicht. Diesem sind im Detail die möglichen Auswirkungen einer Infektion mit einem Erreger – auch SARS-CoV-2 – auf Mutter und Kind sowie Epidemiologie und Präventionsmaßnahmen zu entnehmen. Ergänzend dazu findet sich auf der Website des AfMu ein FAQ zu „Mutterschutz bei luftgetragenen Infektionserregern“.



→ **HINTERGRUNDPAPIER ZU SCHWANGERSCHAFTS-RELEVANTEN INFEKTIONSERREGERN (2023)**



→ **„MUTTERSCHUTZ BEI LUFTGETRAGENEN INFEKTIONSERREGERN“**

II INFEKTIONSRISSIKO BEI OPERATIVER TÄTIGKEIT DURCH BLUTÜBERTRAGBARE ERREGER

Die operative Tätigkeit in den unterschiedlichen chirurgischen Fachdisziplinen birgt ein potenzielles Risiko der Übertragung des Hepatitis-B-Virus (HBV), Hepatitis-C-Virus (HCV) und des humanen Immundefizienz-Virus (HIV). Ein besonderes Infektionsrisiko für die blutübertragbaren Erreger ergibt sich durch Nadelstichverletzungen (NSV: Stich-, Schnitt- oder ähnliche Verletzungen bzw. Kontakt mit Schleimhaut oder nicht-intakter Haut). Nach Schätzungen der „Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz“ kommt es in Europa jedes Jahr zu schätzungsweise 1 Million Nadelstichverletzungen (NSV).

Bei gleichbleibender Zahl der Meldungen von NSV konnte ein deutlicher Rückgang der als arbeitsbedingt anerkannten Fälle von Hepatitis B und Hepatitis C auf niedrige einstellige Werte bei Beschäftigten im Gesundheitsbereich gezeigt werden (Nienhaus et al. 2022). Im Zeitraum 2016 bis 2020 wurden von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung 64 Fälle mit Hepatitis B, 86 Fälle mit Hepatitis C und 13 Fälle mit HIV als Berufskrankheit anerkannt. Deswegen sollen Einschränkungen oder gar Verbote der Beschäftigung aufgrund von Infektionsrisiken für Schwangere auch in operativen Bereichen durch eine individuelle Gefährdungsbeurteilung sehr sorgfältig abgewogen werden.

Bei dem impfpräventablen HBV-Erreger ist ein suffizienter HBV-Immunschutz Grundvoraussetzung für eine chirurgische Tätigkeit. Sollte eine werdende Mutter weiter chirurgisch tätig sein wollen, so steht man vor dem Problem, dass es bei den nicht-impfpräventablen Erregern HCV und HIV u.U. nach einer NSV zu einer Übertragung auf die Schwangere und mitunter das Ungeborene kommen kann. Sollte es zu einer Erregertransmission/-exposition kommen, sind ggfs. Einschränkungen bei der Hepatitis-C-Virus (HCV)-Therapie und ggfs. Änderungen der HIV-Postexpo-

sitionsprohylaxe (PEP) zu erwarten. Das Risiko, eine HCV-Infektion nach NSV mit HCV-kontaminierten Material zu entwickeln, ist allerdings im Durchschnitt kleiner als 1% und beträgt bei europäischen Patient:innen ca. 0,42%. Die Serokonversionsrate nach NSV wird bei HIV auf unter 0,3% geschätzt und liegt bei Anwendung einer HIV-PEP noch niedriger. Von chronisch infizierten Hepatitis B-, Hepatitis C- und HIV-Patienten geht dadurch ein immer geringer werdendes Infektionsrisiko aus. Zusätzlich zur Anpassung des OP-Umfeldes kann durch folgende Maßnahmen das Übertragungsrisiko von HCV und HIV auf ein vertretbares Minimum reduziert werden:

- ◆ Präoperatives Patient:innen-Screening auf Hepatitis-C-Antikörper und HIV-Antikörper mit Negativitätsnachweis
- ◆ Durchführung rein elektiver Eingriffe
- ◆ Einsatz von stichsicheren Instrumenten zur Reduktion des Risikos einer NSV, da wo es möglich ist
- ◆ Verringerung der Rate an potenziellen Blutkontakten durch das Tragen eines Schutzvisiers bzw. einer Schutzbrille sowie doppelter (Indikator-)Handschuhe

Das präoperative Patientenscreening (HCV, HIV) – obwohl kontrovers diskutiert – wird von vielen Kliniken bereits routinemäßig bei größeren Eingriffen zum Schutz des Personals und der Patienten durchgeführt. Es kann gut im Alltag integriert werden und ist für Elektiveingriffe am Folgetag verfügbar. Die für die HIV-Testung erforderliche schriftliche Zustimmung des Patienten kann zusammen mit der Einverständniserklärung zum elektiven Eingriff erfolgen.

Eine Ausnahme stellt hier die Kinderchirurgie dar. Laut Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) kann bei unauffälliger Infektionsanamnese einer gesunden Mutter von einem Screening auf HIV und Hepatitis C abgesehen werden. Hier sind die üblichen Schutz- und Hygienemaßnahmen ausreichend.

5 /

Narkoseführung

Narkosegase oder Inhalationsnarkotika zählen zu den Gefahrenstoffen. Im Rahmen des Arbeitsschutzes sind die festgelegten Arbeitsplatzgrenzwerte (AGW) einzuhalten. Für die in Deutschland in der Praxis eingesetzten gängigen Inhalationsnarkotika gibt es jedoch keine zurzeit untersuchten Grenzwerte. Allerdings liegen solche Grenzwerte im skandinavischen Raum vor. Derzeit wird geprüft, ob es möglich ist, diese Grenzwerte auch in Deutschland anzuwenden.

Der Arbeitgeber ist verpflichtet, sich an die detaillierten Vorschriften der technischen Regeln für Gefahrstoffe (TRGS) zu halten, um Überschreitungen der AGW weitestgehend auszuschließen. Voraussetzung sind leckagearme Narkosesysteme einschließlich der Schnittstellen zu den tiefen Atemwegen des Patienten. Durch eine intravenöse Narkoseinduktion und den Verzicht auf Maskennarkosen wird das Risiko der Arbeitsplatzexposition für Schwangere weiter minimiert. Zur Risikoreduktion tragen zudem die bautechnisch geforderten Raumausstattungen wie z.B. laminar airflow in OP-Sälen bei. In Aufwächrräumen mit Klimatisierung besteht bei den modernen volatilen Anästhetika und adäquater technischer Raumausstattung in der Regel keine Gefahr erhöhter Belastung.

Ein Papier zu entsprechenden Empfehlungen und vorzunehmenden Maßnahmen für die verantwortbare Beschäftigung schwangerer Frauen im OP-Bereich bei Einsatz von volatilen Anästhetika ist durch den Ausschuss für Mutterschutz in Vorbereitung.

Bis zur abschließenden Klärung kann am Arbeitsplatz OP durch einen Verzicht auf den Einsatz von Narkosegasen ein sicherer Arbeitsplatz geschaffen werden. Dazu erfolgen die Eingriffe entweder in einer totalen intravenösen Anästhesie (TIVA) oder einer Lokal-/Regionalanästhesie. Der BDA hat zum Arbeitsplatz für schwangere/stillende Ärztinnen Anfang 2024 ein ausführliches Update veröffentlicht.



→ **ARBEITSPLATZ FÜR SCHWANGERE/STILLENDE
ÄRZTINNEN IN DER ANÄSTHESIOLOGIE, SCHMERZ-
THERAPIE, INTENSIV- UND PALLIATIVMEDIZIN –
UPDATE 2024**

6

Positivlisten für mögliche Tätigkeiten

FACHSPEZIFISCH

Die Positivlisten haben Empfehlungscharakter und sollen eine Orientierungshilfe für alle Beteiligten darstellen.

Sie ersetzen nicht die Prüfung und Empfehlung durch die zuständige Aufsichtsbehörde. Die Erfahrung zeigt allerdings, dass bei Beachtung der Vorgaben der Positivlisten, in den meisten Bundesländern keine Bedenken der zuständigen Aufsichtsbehörden gegen den Einsatz der Schwangeren bestehen.

I Dermatologie

OPERATIONEN AN CUTIS UND SUBCUTIS

- ◆ Einbringen von Fremdmaterial
- ◆ Lokale Exzision von erkranktem Gewebe
- ◆ Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe
- ◆ Chirurgische Wundtoilette (Wunddebridement) mit Entfernung von erkranktem Gewebe
- ◆ Inzisionen an Haut und Unterhaut
- ◆ Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion inkl. freie Hauttransplantationen und Lappenplastiken
- ◆ Revision einer Hautplastik
- ◆ Entfernung oberflächlicher Hautschichten mittels Kürretage, Dermabrasio, Laser, Kryochirurgie, physikalisch-destruktiver Therapieverfahren
- ◆ Liposuktion

TUMORCHIRURGIE

- ◆ Exzision und Wiederherstellung d. Haut (s.o.)
- ◆ (Sentinel-) Lymphknotenexstirpation

EINGRIFFE AN HAUTANHANGSGEBILDEN

- ◆ Korrektur von Aknenarben mittels Laserablation, Dermabrasion, Exzisionen und Stanzelevationen, Stanztransplantationen
- ◆ Dermashaving, Dermabrasion und elektrochirurgische Abtragung bei Rhinophym
- ◆ Nagelextraktion, partielle Nagelmatrixresektion
- ◆ Operative Eingriffe bei Hyperhidrose

- ◆ Haartransplantationen (konventionelle Stanztransplantation, Mini- und Micrografts, Reduktionsplastiken)

PHLEBOLOGIE

- ◆ Stichinzision bei Thrombophlebitis
- ◆ Venenoperationen bei chronisch venöser Insuffizienz (Ligatur, Stripping, Crossectomie, Seitenastexhärese, Phlebektomie, Perforantesdurchtrennung)
- ◆ Operative Versorgung venöser Ulzera (Braun-Hautpfropfung, Reverdin Plastik, Briefmarkenplastik, Meshgraft)

PROKTOLOGIE

- ◆ Mariskenexzision
- ◆ Entfernung hypertropher Analpapillen
- ◆ Operative Eingriffe bei Hämorrhoiden

EINGRIFFE DER ÄSTHETISCH OPERATIVEN DERMATOLOGIE

- ◆ Narbenkorrekturen, Korrekturenverbesserungen
- ◆ Dermabrasionen
- ◆ Physiko-chemische Dermablationen
- ◆ Plastische Operationen an Lippe, Mundwinkel, Nase und Ohr
- ◆ Straffungsoperationen am Gesicht

AUTOR:IN
Dr. med. Carina Harzheim



II Gefäßchirurgie

PHLEBOLOGISCHE CHIRURGIE UND OPERATIONEN AM LYMPHSYSTEM

- ◆ Varizen-Stripping
- ◆ Perforatorligaturen
- ◆ Seitenastexhairese
- ◆ endovenöse Verfahren
- ◆ Sklerosierungsverfahren
- ◆ Lasertherapie
- ◆ operative Versorgung von Lymphfisteln
- ◆ operative Versorgung bei postthrombotischem Syndrom
- ◆ Venenentnahme

ANLAGE UND KORREKTUREN VON GETUNNELTEN ZENTRALVENÖSEN KATHETERN UND PORTSYSTEMEN

- ◆ Shunt-Anlagen
- ◆ Shuntrevisionen
- ◆ Implantation von Demerskathetern, Portsystemen, Peritonealdialysekatheters (CAPD)
- ◆ Explantation von Demerskathetern, Portsystemen, Peritonealdialysekatheters (CAPD)

OPERATIVES WUNDMANAGEMENT

- ◆ chirurgisches Débridement
- ◆ Mesh-Graft-Deckung/ Spalthauttransplantation
- ◆ Anlage und Wechsel von Vakuumverbänden
- ◆ operative Ulkusbehandlung einschließlich Defektdeckung
- ◆ operative Behandlung des diabetischen Fußsyndroms
- ◆ lokale Lappenplastiken
- ◆ sekundärer Wundverschluss

GLIEDMASSEN- UND GRENZZONENAMPUTATIONEN

- ◆ Minoramputationen
- ◆ Majoramputationen

REVASKULARISIERENDE UND REKONSTRUIERENDE EINGRIFFE AN ARTERIEN UND VENEN

- ◆ an supraaortalen Arterien und Venen
- ◆ Eversionsendarteriektomie bzw. Thrombendarteriektomie mit Patchplastik der A. carotis interna, Interponat der A. carotis interna
- ◆ Thrombendarteriektomien, Patchplastiken bzw. Interponate an brachialen, thorakalen, aortalen, visceralen und iliakalen Gefäßen
- ◆ Bypasschirurgie (carotido-carotidial, carotido-subclavial, vertebral, brachial, axillo-(bi)femoral, aortofemoral, femoro-popliteal, femoro-crural, cruro-pedal)
- ◆ aortale Rohrprothese, aortale Y-Prothese
- ◆ Debranching cervikal, thorakal, abdominal
- ◆ Embolektomien
- ◆ Hybrid-/ endovaskuläre Eingriffe wie TEVAR, EVAR, PTA, Stentimplantation (ggfs. je nach Strahlenbelastung als Teileingriff)

SEPTISCHE GEFÄSSCHIRURGIE

- ◆ Gefäßersatz mit autologen, allogenen und xenogenen Gefäßersatzmaterialien (thorako-) abdominal und peripher

CHIRURGIE VASKULÄRER MALFORMATION UND GEBIETSBEZOGENER TUMOREN

- ◆ endovaskulär
- ◆ operativ
- ◆ lasergestützt

AUTOR:INNEN

- 1 Prof. Dr. med. habil. Doreen Richardt, LL.M.
- 2 Dr. med. Ursula Elisabeth Maria Werra
- 3 PD Dr. med. Carola Marie Hoffmann-Wieker
- 4 Christiane Stuplich



III Gynäkologie und Geburtshilfe

OPERATIVE EINGRIFFE, WELCHE IM SITZEN DURCHFÜHRT WERDEN

- ◆ Hysteroskopie / operative Hysteroskopie / Resektoskopie (Polypen, Myome, Septen)
- ◆ Kürettege / Saugkürettage
- ◆ Marsupialisation
- ◆ Konisation / Laserexzisionen an Vulva / Vagina / Zervix
- ◆ Follikelpunktion / Embryotransfer
- ◆ Lasern von Papillomen (mit Maske und Absaugung / Lüftung)

GEBURTSHILFE

- ◆ Legen einer Cerclage
- ◆ TMV (totaler Muttermundverschluss)
- ◆ primäre Sectio bei erwartbar guten OP-Bedingungen (also bspw. keine Adipositas per magna, keine Plazenta percreta...)

UROGYNÄKOLOGIE

- ◆ Vaginale Beckenboden / Scheidenplastiken
- ◆ Vaginale Netzchirurgie (CAVE: Sichtverhältnisse!)
- ◆ Vaginale Hysterektomie
- ◆ Bandeinlage (TOT/TVT)

MAMMACHIRURGIE

- ◆ kleinere mammachirurgische Eingriffe (Entfernung Zysten, Fibroadenome etc.)
- ◆ alle Brusterhaltenden Operationen mit SLNE (NUK+ SPIO) / axillärer Dissektion
- ◆ Verschiedene Techniken der Mastektomie
- ◆ Operative Verfahren der Mammarekonstruktion

LAPAROSKOPISCHE EINGRIFFE

- ◆ Diagnostische Laparoskopie
- ◆ Chromopertubation - Sterilisatio
- ◆ Extrauterin gravidität - Zystenexstirpation
- ◆ Adnexektomie
- ◆ Endometrioseentfernung
- ◆ Hysterektomie
- ◆ Urogynäkologische Eingriffe (bspw. Netze, Bänder)

LAPAROTOMIE

- ◆ Hysterektomie
- ◆ Myomenukleation
- ◆ Adnexektomie

AUTOR:INNEN

- 1 Lara Becker
- 2 Dr. med. Nora Kießling
- 3 Dr. iur. Albrecht Wienke
- 4 Kim-Victoria Seibert



IV Herzchirurgie

KORONARCHIRURGIE

- ◆ Bypassoperationen (ACVB, TAR, OPCAB, MIDCAB)

KLAPPEN-/ SEPTEN- ODER AORTENEINGRIFFE MIT HERZ-LUNGEN-MASCHINE (MEDIANE STERNOTOMIE ODER MIC)

- ◆ Isolierte/r Aortenklappenersatz/-rekonstruktion
- ◆ Isolierte/r Mitralklappenrekonstruktion/-ersatz
- ◆ Suprakoronarer Ascendensersatz
- ◆ ASD Verschluss
- ◆ LA Tumorentfernung
- ◆ Kombinationseingriffe, die voraussichtlich bis zu 4 Stunden dauern (z.B. 1 Klappe + 1 Bypass)
- ◆ Teilschritte von komplexeren Operationen

OPERATIONEN OHNE HERZLUNGENMASCHINE

- ◆ LVAD Implantation
- ◆ Re-Thorakotomien
- ◆ Eingriffe an den Leistengefäßen z.B. ECMO Explantation
- ◆ ICD oder Schrittmacher-aggregatwechsel
- ◆ Aseptische Wundeingriffe

AUTOR:IN

- Prof. Dr. med. Sabine Bleiziffer



V Hals-Nasen-Ohren- Heilkunde

EINGRIFFE AN NASE, NASENNEBEN- HÖHLEN UND ORBITA

- ◆ Nase (Nasenbeinaufrichtung, Septumplastik, Septumabszess und -hämatomentlastung, Septumperforationsverschluss, Septorhinoplastik, Rhinoplastik, Nasenmuscheleingriffe, Fremdkörperentfernung, Behandlung kongenitaler Nasenfisteln und Nasenzysten)
- ◆ Nasennebenhöhlen (endonasal-endoskopische Nasennebenhöhlenchirurgie, transfaziale Stirnhöhlenoperation, laterale Rhinotomie, Midfacial Degloving)
- ◆ Endoskopische und transfaziale Orbitadekompression
- ◆ Reposition einer Orbitaboden- und Jochbeinfraktur
- ◆ Endonasale Dakryozystorhinostomie
- ◆ Endonasale Chirurgie bei Choanalatresie

EINGRIFFE AN NASOPHARYNX, MUNDHÖHLE UND OROPHARYNX

- ◆ Adenotomie
- ◆ Tonsillotomie, Tonsillektomie
- ◆ Uvulopalatopharyngoplastik
- ◆ Radiofrequenzablation*
- ◆ Resektion von Tumoren der Mundhöhle und des Oropharynx
- ◆ Kombiniert transorale, transzervikale Oropharynxteilresektion (zzgl. Rekonstruktion mittels mikrovaskulär anastomosierter freier Lappenplastik)

EINGRIFFE AN LARYNX, HYPOPHARYNX UND TRACHEA

- ◆ Mikrolaryngoskopien und Panendoskopien
- ◆ Transorale lasermikrochirurgische endolaryngeale und hypopharyngeale Eingriffe*
- ◆ (Mikroskopische) erweiternde und rekonstruktive Chirurgie von Larynx und Trachea (zzgl. Stimmlippenmedialisierung von innen und von außen, Glottiserweiterung, Behandlung einer spasmodischen Dysphonie oder einer Trachealstenose)
- ◆ Elektive Tracheostomie, Tracheostomaverschluss
- ◆ Transorale und transzervikale Zenker-Divertikeloperation
- ◆ Transzervikale Larynxteilresektion, Laryngektomie
- ◆ Kombiniert transorale, transzervikale Hypopharynxteilresektion (zzgl. Rekonstruktion auch mittels mikrovaskulär anastomosierter freier Lappenplastik)

EINGRIFFE AN HALS UND ÖSOPHAGUS

- ◆ Lymphknotenexstirpation
- ◆ Transzervikale Exstirpation von Halszysten/-fisteln, äußeren Laryngozyelen
- ◆ Neck dissection
- ◆ Schilddrüsenchirurgie

EINGRIFFE AN SPEICHELDRÜSEN

- ◆ Sialendoskopie
- ◆ Biopsie der großen und kleinen Speicheldrüsen
- ◆ Gangschlitzung, Marsupialisation, Steinextraktion Whartongang
- ◆ Submandibulektomie
- ◆ Parotidektomie

EINGRIFFE AM OHR

- ◆ Parazentese/Paukendrainage
- ◆ Ohrmuscheloperationen/Gehörgangsoperationen
- ◆ Operationen von Aurikularanhängen, Fistelchirurgie
- ◆ Mittelohrchirurgie/Tympanoplastiken
- ◆ Mastoidektomie (außer bei akuter Mastoiditis)
- ◆ Implantierbare Hörsysteme inkl. Cochlea-Implantaten
- ◆ Otobasischirurgie

FUNKTIONELL-ÄSTHETISCHE EINGRIFFE AN GESICHT UND HAUT

- ◆ Hauttumorresektion
- ◆ Plastische Rekonstruktion von Hautdefekten
- ◆ Reanimation des gelähmten Gesichtes (statisch, dynamisch, freie Lappenplastik zzgl. Oberlidgewichtimplantation, Faden-Facelift, Nervenrekonstruktionen)

*(unter Berücksichtigung der in Ziff. 8.1.2 der TRGS 525 und TRBA 250 (Ziff. 4.2.10 i.V.m. Anhang 7) genannten Schutzmaßnahmen (z.B. suffiziente Absaugvorrichtung, Tragen von FFP2 oder FFP3-Masken))

AUTOR:INNEN

- 1 PD Dr. med. Shachi Jenny Sharma
- 2 Prof. Dr. med. Nicole Rotter
- 3 Dr. Denise Lundershausen
- 4 Anna Messerschmid
- 5 Dr. med. Andrea Kreuder
- 6 Dr. med. Jan Hagemann
- 7 Prof. Dr. med. habil. Jan Löhler
- 8 Prof. Dr. med. Thomas Deitmer
- 9 Prof. Dr. med. Chia-Jung Busch



VI Kinderchirurgie

KOPF, HALS

- ◆ Zungenbändchendurchtrennung
- ◆ Exstirpation von Dermoidzysten
- ◆ Exzision kleiner Hauttumoren
- ◆ Abszessspaltung
- ◆ einfache Wundversorgung
- ◆ präauriculäre Fisteln und Anhänge
- ◆ LK-Biopsie, -exstirpation
- ◆ Exzision Halszyste (median)
- ◆ Exzision Halsfistel (lateral)
- ◆ Hydrozephaluschirurgie
(Vorsichtsmaßnahmen bei Einsatz von Röntgenstrahlung beachten!)
- ◆ Tracheostoma

BRUSTWAND UND BRUSTHÖHLE

- ◆ Entfernung von Hauttumoren (z.B. Atherome), Granulomen, Fisteln und Zysten der Thoraxwand
- ◆ Entfernung überzähliger Brustwarzen
- ◆ Anlage Thoraxdrainage (AUSNAHME: Notfalleingriff)
- ◆ Thorakotomie
- ◆ diagnostische VATS
- ◆ Lungenbiopsie (VATS/ offen)
- ◆ Lungenteilresektion (VATS/ offen)
- ◆ Resektion Lungensequester
- ◆ Resektion bronchogene Zyste
- ◆ Tumorbiopsie/ -resektion
- ◆ Zwerchfellhernienverschluss

- ◆ Minimalinvasive Trichterbrustkorrektur
- ◆ Minimalinvasive Kielbrustkorrektur
- ◆ Bügelentfernung nach minimalinvasiver Trichter-/Kielbrustkorrektur
- ◆ Ravitch-Operation
- ◆ Thoraxwandrekonstruktion bei Thoraxwanddefekt
- ◆ Gynäkomastie
- ◆ tracheoösophageale Fistel, Anastomose Ösophagusatresie
- ◆ Magenhochzug

UROLOGIE

- ◆ Zirkumzision
- ◆ Anlage suprapubischer Katheter
- ◆ Labiencynechiolyse
- ◆ Präputiolyse
- ◆ Hydrocelenresektion
- ◆ Meatotomie
- ◆ diagnostische Zystoskopie
- ◆ Hydatidenentfernung
- ◆ Funikulolyse, Orchidopexie
- ◆ laparoskopische Varicocelelndissektion
- ◆ laparoskopische Hodensuche
- ◆ Orchiektomie (geplant)/ Implantation Hodenprothese
- ◆ Unterspritzung VUR
- ◆ Hypospadiekorrektur
- ◆ Urethralklappeninzision
- ◆ Ureterocelenlasierung

- ◆ Vesikostoma
- ◆ Implantation PD-Katheter
- ◆ Anlage perkutane Nephrostomie
- ◆ Ureterostomie
- ◆ Nephrektomie/ Heminephrektomie (lap./ offen)
- ◆ Nierenbeckenplastik (lap./ offen)
- ◆ Ureterneueinpflanzung

BAUCHWAND UND BAUCHHÖHLE

- ◆ Leistenhernienverschluss (lap./ offen)
- ◆ Nabelherniotomie
- ◆ Verschluss epigastrischer Hernie
- ◆ Rektoskopie
- ◆ Polypabtragung
- ◆ Spaltung einer perinealen Fistel (submukös)
- ◆ diagnostische ÖGD inkl. Ballondilatation bei Stenosen, FK-Entfernung, Einlage Impedanzsonde, Wechsel PEG-Platte auf Button
- ◆ offene Rektumbiopsie
- ◆ Diagnostische Laparoskopie/ Laparotomie
- ◆ Appendektomie (lap./ offen)
- ◆ Gastrostomie-Anlage (lap./ offen/ endoskopisch)
- ◆ Gastrostoma-Verschluss
- ◆ Desinvagination (lap./ offen)
- ◆ Ileostomaanlage
- ◆ Ileostomarückverlagerung
- ◆ Entfernung Meckel Divertikel

- ◆ Dünndarmteilresektion und -anastomose
- ◆ Dickdarmteilresektion und -anastomose
- ◆ Entfernung Ductus omphalomesentericus
- ◆ laparoskopische Colonbiopsien
- ◆ Pyloromyotomie (lap./ offen)
- ◆ Cholezystektomie (lap./ offen)
- ◆ Gastro-/Coloskopien inkl. Biopsien
- ◆ Kolostomarückverlagerung
- ◆ Ileo-/Penastomaanlage
- ◆ Verschluss Gastroschisis, Omphalocele
- ◆ Pankreas anulare, Dünndarmatresie
- ◆ PSARP
- ◆ Durchzugs-Operation
- ◆ Zwerchfellhernie
- ◆ Splenektomie
- ◆ Funduplicatio (lap./ offen)
- ◆ Leberkeilresektion
- ◆ Kasai-OP

STÜTZ- UND BEWEGUNGSSYSTEM

- ◆ Warzenexstirpation
- ◆ Wundversorgung
- ◆ Abszessspaltung
- ◆ Naevusexzision
- ◆ Punktion Kniegelenk
- ◆ Biopsien Haut/Muskel/Unterhaut
- ◆ Heifetz/Emmert-Plastik
- ◆ Ganglionexstirpation Handgelenk dorsal
- ◆ Ringbandsplaltung

- ◆ Sinus pilonidalis
- ◆ Verschluss Spina bifida

FRAKTURVERSORGUNG (VORSICHTSMASSNAHMEN BEI EINSATZ VON RÖNTGENSTRAHLUNG BEACHTEN!)

- ◆ Geschlossene / offene Reposition
+/- Osteosynthese gelenknahe Fraktur
obere Extremität
- ◆ Geschlossene / offene Reposition
+/- Osteosynthese Schafffraktur
obere Extremität
- ◆ Geschlossene / offene Reposition
+/- Osteosynthese gelenknahe Fraktur
untere Extremität
- ◆ Geschlossene / offene Reposition
+/- Osteosynthese Schafffraktur
untere Extremität

GEFÄSS-, NERVEN- UND LYMPHSYSTEM

- ◆ Broviak-/Portexplantation
- ◆ Vena sectio

PLASTISCHE CHIRURGIE

- ◆ Narbenkorrekturen
- ◆ Verbandwechsel Verbrennung/
Verbrühung inkl. Nekrektomie
- ◆ Lasertherapie Narben / Hämangiome /
Naevus flammeus
- ◆ Kryotherapie
- ◆ Medical Needling
- ◆ Wundversorgungen inkl. VAC-Therapie,
Defektheilung
- ◆ Meshgraft-Transplantationen
- ◆ VY-, Z-Plastik
- ◆ Exzision Fingeranhängsel
- ◆ Hauttransplantation
- ◆ Syndaktylietrennung

AUTOR:INNEN
1 PD Dr. med. Steffi Mayer
2 Dr. med. Caroline Fortmann



VII

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

DENTOALVEOLÄRE OPERATIONEN

- ◆ Zahnextraktion
- ◆ Operative Zahnentfernungen/
Osteotomie von Zähnen
- ◆ Kieferorthopädische Freilegung
von Zähnen
- ◆ Wurzelspitzenresektion
- ◆ Hemisektion/Wurzelamputation
- ◆ Zahntransplantation
- ◆ Plastische Deckung MAV
- ◆ Gingivektomie
- ◆ Zystektomie (mit/ohne Augmentation
z.B. Beckenkammpongiosa)
- ◆ Zystostomie

PRÄPROTHETISCHE OPERATIONEN

- ◆ Exzision Zungen-/Lippen-/Wangenbänd-
chen (wenn keine Maskennarkose)
- ◆ Vestibulumplastik Ober-/Unterkiefer
- ◆ Entnahme Haut-/Schleimhauttransplantate
- ◆ Zungenplastik/Zungenlösung
- ◆ Modellierende Osteoplastik
- ◆ Kieferkammaugmentation
Ober-/Unterkiefer
- ◆ Sinuslift
- ◆ Entnahme von Beckenkammknochen/
spongiosa
- ◆ Schlotterkammexzision/Entfernung
Lappenfibrome

- ◆ Mundbodensenkung
- ◆ Entfernung von Exostosen, Torus palatinus,
Torus mandibulae
- ◆ Implantation/Freilegung Implantate
Ober-/Unterkiefer
- ◆ Implantatentfernung

DYSGNATHIECHIRURGIE

- ◆ Segmentosteotomie Ober-/Unterkiefer
- ◆ Sagittale Spaltung/Unterkieferverlagerung
(Gummiligaturen, ggf. Drahtligaturen
durch 2. Operateur:in/Assistenz)
- ◆ Le Fort I/II/III Osteotomie/Oberkiefer-
verlagerung (Gummiligaturen,
ggf. Drahtligaturen durch
2. Operateur:in/Assistenz)
- ◆ chirurgisch unterstützte Gaumen-
nahterweiterung / transversale
Oberkieferdistraktion
- ◆ Mittelgesichtsdistraktion in den
Le-Fort-Ebenen
- ◆ Unterkieferdistraktion
- ◆ Genioplastik
- ◆ Modellierende Osteotomie extraoral
- ◆ Metallentfernung nach
kieferorthopädischen Operationen

KIEFERGELENKOPERATIONEN

- ◆ Kiefergelenksarthroskopie/-lavage
- ◆ Diskusrepositionierungsoperation
- ◆ Arthroplastik/Ankyloseoperation
- ◆ Hohe Kondylektomie
- ◆ Abtragung Tuberculum articulare
- ◆ Resektion des Proc. muscularis
- ◆ Kiefergelenkrekonstruktion
mit Endoprothese

TRAUMATOLOGIE

(KEINE NOTFALLEINGRIFFE)

- ◆ Osteosynthese Unterkiefer Collum
von i.o./e.o.
- ◆ Osteosynthese Unterkiefer (sofern
Serologie vorliegt z.B. ältere/
pathologische Frakturen)
- ◆ Osteosynthese Mittelgesicht und
Sinus frontalis
- ◆ Orbitabodenrevision
- ◆ Hakenzugreposition
- ◆ Reposition und Schienung einer
Nasenbeinfraktur
- ◆ Metallentfernung nach Traumaversorgung

OPERATIONEN AN PERIPHEREN GESICHTSNERVEN

- ◆ Nervdekompression/Neurolyse
- ◆ Nervverlagerung
- ◆ Nervnaht
- ◆ Nervtransplantation
- ◆ Konservative Parotidektomie

SEPTISCHE CHIRURGIE

- ◆ Sinuskopie
- ◆ Kieferhöhlenoperation/basale
Kieferhöhlenrevision (mit/ohne
Fensterung unterer Nasengang)
- ◆ Entfernung eines Speichelsteins
- ◆ Plastik eines Speicheldrüsen-
ausführungsganges
- ◆ Entfernung einer Speicheldrüsen-
retentionszyste
- ◆ Speicheldrüsenexstirpation
- ◆ Fistellexzision
- ◆ Sequestrektomie/Dekortikation

TUMOROPERATIONEN

- ◆ Probeexzision/Exzisionsbiopsie
extraoral/intraoral
- ◆ Resektion/Nachresektion Hauttumore
(mit/ohne plastische Rekonstruktion)
- ◆ Lippenteilresektionen (mit/ohne
plastische Rekonstruktion)

- ◆ Nasenteilresektionen (mit/ohne plastische Rekonstruktion)
- ◆ Ohrteilresektionen (mit/ohne plastische Rekonstruktion)
- ◆ Laterale Orbitotomie
- ◆ Exenteratio orbitae
- ◆ Oberkieferteilresektion, Zungen-, Mundboden-, Unterkieferteilresektion
- ◆ Lymphknotenexstirpation
- ◆ Submandibuläre Ausräumung/Supraomohyoidale Ausräumung/Neck dissection
- ◆ Metallentfernung nach Tumorchirurgie

INGRIFFE DER PLASTISCHEN UND WIEDERHERSTELLUNGSSCHIRURGIE

- ◆ Entnahme eines Vollhaut-/Spalthauttransplantates, freie Hauttransplantation
- ◆ Lokale Hautlappenplastik/gestielte Nahlappenplastik
- ◆ Gestielte Fernlappenplastik
- ◆ Entnahme eines freien, gefäßgestielten Haut-/Muskel-/Knochentransplantats
- ◆ Defektrekonstruktion durch Einnähen eines freien, gefäßgestielten Haut-/Muskel-/Knochentransplantats
- ◆ Mikrovaskuläre Anastomose
- ◆ Entnahme sonstiger Knochen/Knorpeltransplantate
- ◆ Osteoplastik

- ◆ Implantation/Explantation eines Hautexpanders
- ◆ Chirurgische Narbenkorrektur
- ◆ Laserbehandlung oberflächlich intra-/extraoral (Vaskuläre Malformationen, Narben, Xanthelasma etc.)
- ◆ Rhinoplastik/Nasenrekonstruktion
- ◆ Tarsorrhaphie
- ◆ Blepharoplastik
- ◆ Facelifting
- ◆ Lippenplastik
- ◆ Zungenplastik/Zungenlösung
- ◆ Otopexie
- ◆ Cranioplastik
- ◆ Extraorale Implantate zur epithetischen Versorgung

OPERATIONEN BEI KRANIOFAZIALEN FEHLBILDUNGEN

- ◆ Operativer Verschluss einer Lippenspalte (LKG)
- ◆ Operativer Verschluss einer medianen/lateralen Lippenspalte
- ◆ Operativer Hartgaumenverschluss
- ◆ Operativer Weichgaumenverschluss
- ◆ Velopharyngoplastik
- ◆ Kieferspaltosteoplastik mit Beckenkammknochen

- ◆ Korrektur einer spaltbedingten Nasendeformität
- ◆ Epikanthuskorrektur
- ◆ Frontoorbitales Advancement
- ◆ Hypertelorismuskorrektur
- ◆ Entfernung laterale/mediane Halszyste
- ◆ Entfernung cervikofaziales Teratom

SONSTIGE EINGRIFFE DER MKG-CHIRURGIE

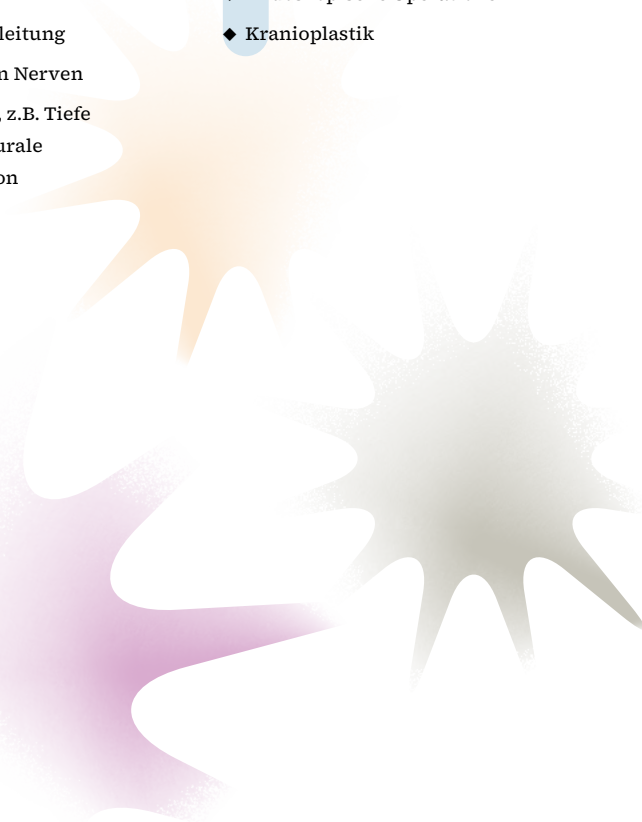
- ◆ Tracheotomie (sofern keine Gasnarkose)
- ◆ Verschluss Tracheostoma
- ◆ Arterien-/Venenfreilegung und -unterbindung
- ◆ Botox-Injektion (Stichsicheres System)
- ◆ Fremdkörperentfernung intra-/extraoral (sofern geplant und Serologie vorliegt)

AUTOR:INNEN
 Dr. med. Caroline Fedder
 Dr. med. Caroline Galon
 Dr. med. Dr. med. dent. Johanna Wrede



VIII Neurochirurgie

- ◆ Kraniale Eingriffe zur Tumorresektion oder Biopsieentnahme
- ◆ Kraniale Eingriffe zur Versorgung vaskulärer Pathologien
- ◆ Kraniale Eingriffe zur Entlastung von Blutungen
- ◆ Eingriffe zur Liquorableitung
- ◆ Eingriffe an peripheren Nerven
- ◆ Funktionelle Eingriffe, z.B. Tiefe Hirnstimulation, epidurale Rückenmarkstimulation
- ◆ Wirbelsäulenoperationen (ohne mehrfache intraoperative Durchleuchtung), Entfernung spinaler Tumore
- ◆ Materialentfernungen
- ◆ Endoskopische Operationen
- ◆ Kranioplastik



AUTOR:INNEN

- 1 PD Dr. med. Barbara Puhahn-Schmeiser
- 2 PD Dr. med. Anke Höllig
- 3 Dr. med. Catharina Conzen-Dilger
- 4 Karlijn Hakvoort
- 5 Prof. Dr. med. Naureen Keric
- 6 Prof. Dr. med. Dorothee Mielke



IX Ophthalmochirurgie

OPERATIONEN AN TRÄNENDRÜSE UND TRÄNENWEGEN

- ◆ Alle Operationen sind möglich.

OPERATIONEN AN DEN AUGENLIDERN

- ◆ Alle Operationen sind möglich.
- ◆ Aufgrund der ungenügenden Datenlage ist die Handhabung von Botulinumtoxin nicht möglich.

OPERATIONEN AN DEN AUGENMUSKELN

- ◆ Alle Operationen sind möglich.
- ◆ Aufgrund der ungenügenden Datenlage ist die Handhabung von Botulinumtoxin nicht möglich.

OPERATIONEN AN DER KONJUNKTIVA

- ◆ Alle Operationen sind möglich.
- ◆ Keine Verwendung von Fibrosehemmern, wie MMC und 5-Fluoruracil.

OPERATIONEN AN DER KORNEA

- ◆ Alle Operationen sind möglich.
- ◆ Keine Verwendung von MMC.

OPERATIONEN AN IRIS, CORPUS CILIARE, VORDERER AUGENKAMMER UND SKLERA

- ◆ Alle Operationen OHNE Verwendung von Fibrosehemmern, wie MMC und 5-Fluoruracil, sowie Anti-VEGF-Medikamenten möglich.

OPERATIONEN AN DER LINSE

- ◆ Alle Operationen sind möglich.

OPERATIONEN AN RETINA, CHOROIDEA UND CORPUS VITREUM

- ◆ Alle Operationen OHNE Verwendung von Anti-VEGF-Medikamenten sind möglich.
- ◆ Injektion von Medikamenten in den hinteren Augenabschnitt: lediglich die Gabe von Ozurdex oder Triamcinolon denkbar. Da bei dieser Prozedur ein Patient:innenscreening auf HIV und HCV organisatorisch schwierig ist, ist diese Operation im Alltag nicht durchzuführen.

OPERATIONEN AN ORBITA UND AUGAPFEL

- ◆ Orbitachirurgische Eingriffe sind nur ohne Durchleuchtung möglich.
- ◆ Primäre Rekonstruktion des Augapfels.

AUTOR:INNEN

- 1 Prof. Dr. med. Katrin Gekeler FEBO
- 2 Prof. Dr. med. Anja Liekfeld FEBO



X Orthopädie und Unfallchirurgie

OPERATIONEN AN KÖRPERHÖHLEN (OHNE NOTFALLCHARAKTER)

- ◆ Tracheotomie (sofern keine Gasnarkose)
- ◆ Thoraxdrainagen
- ◆ Thorakotomien

ARTHROSKOPISCHE GELENKEINGRIFFE

- ◆ Gelenkspülung
- ◆ Refixierende Nähte (Meniskus/Labrum/
Diskus/Rotatorenmanschette)
- ◆ Kreuzbandersatzplastik
- ◆ Knorpel-/Knochenglättung
- ◆ Synovektomie

WEICHTEILOPERATIONEN AN DEN EXTREMITÄTEN/RUMPF/WIRBELSÄULE

- ◆ Hämatomausräumung
- ◆ Fremdkörperentfernung
- ◆ Arterien-/Venenfreilegung,
-unterbindung und -naht
- ◆ Nervendekompression, -transposition,
-naht, -transplantation
- ◆ Sehnentransposition, -naht,
-transplantation
- ◆ Muskeltransposition, -naht,
-transplantation (z.B. Rotatorenmanschette)
- ◆ Spaltung und Resektion von Sehnen und
Bändern (z.B. Karpaltunnel/Ringband/
Dupuytren)

- ◆ Weichteiltumorresektionen
- ◆ Gestielte Fernlappenplastik
- ◆ Zysten-/Ganglienentfernung
- ◆ Lymphknotenexstirpation
- ◆ Synovektomien
- ◆ Entnahme von Hauttransplantaten/
Mesh-Graft
- ◆ Wechsel von Vakuumverbänden
- ◆ Sekundärer Wundverschluss
- ◆ Botox-Injektion (Stichsicheres System)

KNOCHENOPERATIONEN AN DEN EXTREMITÄTEN/RUMPF/WIRBELSÄULE

- ◆ Entfernung von Exostosen
- ◆ Abtragung von Osteophyten
- ◆ Entnahme und Transplantation von
Beckenkammknochen-/spongiosa
- ◆ Materialentfernung (Implantat/
Osteosynthese)
- ◆ Korrekturosteotomien inkl. Osteosynthese
- ◆ Knochentumorresektionen

OPERATIONEN AN DER WIRBELSÄULE

- ◆ Bandscheibenoperation
- ◆ Dekompressionen
- ◆ Spondylodesen, ggf. Teilschritte

ENDOPROTHETISCHE OPERATIONEN (UNTER BERÜCKSICHTIGUNG DER KÖRPERLICHEN VERFASSUNG DER SCHWANGEREN)

- ◆ Aseptische TEP an der oberen Extremität,
(z.B. Schulter, Ellenbogen, Handgelenk, Hand)
- ◆ Aseptische TEP an der unteren Extremität,
(z.B. Hüfte, Knie, OSG, Fuß)
- ◆ Aseptischer TEP-Ausbau
- ◆ Aseptischer TEP-Wiedereinbau
- ◆ Revisionsendoprothetik < 4h

FRAKTURVERSORGUNG AN DEN EXTREMITÄTEN/RUMPF/WIRBELSÄULE (OHNE NOTFALLCHARAKTER)

(CAVE: Kann nur durchgeführt werden, wenn die Schwangere den Kontrollbereich zur intraoperativen Durchleuchtung verlassen kann, ggf. Teilschritte der OP)

- ◆ Osteosynthese an den kurzen
Röhrenknochen
- ◆ Navigierte Osteosynthese
(ohne Durchleuchtung, z.B. Wirbelsäule)
- ◆ Nagelosteosynthese d. langen Röhrenknochen
- ◆ Plattenosteosynthese der langen
Röhrenknochen

AUTOR:INNEN
1 Dr. med. Maya Niethard
2 Dr. med. Lisa Rosch



XI Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie

REKONSTRUKTION

- ◆ Mikrochirurgische Gefäßanastomosen
- ◆ Hebung und Anschluss freier mikrovaskulär angeschlossener Lappenplastiken
- ◆ Motorische Ersatzplastiken
- ◆ Gefäßgestielte Lappenplastiken
- ◆ Lokale Lappenplastiken
- ◆ Hauttransplantationen
- ◆ Brustrekonstruktion mit Expander/Implantat oder Eigengewebe
- ◆ Sekundäre Narbenkorrekturen nach Verbrennungen
- ◆ Anlage und Wechsel von Vacuumverbänden
- ◆ prophylaktische Mastektomie
- ◆ Inzisionsbiopsie
- ◆ Implantation/Explantation Hautexpander

ÄSTHETIK & POSTBARIATRISCHE CHIRURGIE

- ◆ Augenlidkorrekturen
- ◆ Ohrmuschelkorrekturen
- ◆ Mammareduktionsplastiken
- ◆ Mastopexien
- ◆ Augmentationen (Eigenfett/Implantate)
- ◆ Operative Korrektur der Gynäkomastie
- ◆ Abdominoplastiken

- ◆ Oberarm- und Oberschenkelstraffungen
- ◆ Gesichts- und Halsstraffungen
- ◆ Liposuktion
- ◆ Rhinoplastik

HANDCHIRURGIE

- ◆ Dupuytren'sche Kontrakturen unterschiedlicher Schweregrade
- ◆ Ringbandsplastiken
- ◆ Resektion von Ganglien sowie Synovialitis
- ◆ Strecksehnen-Naht
- ◆ Beugesehnen-Naht
- ◆ Bandersatzplastik einschließlich Bandnaht
- ◆ Tenolyse/Tenodese
- ◆ Sehnenrekonstruktion

NERVENCHIRURGIE

- ◆ Nervendekompressionen
- ◆ Primäre Nervenkoaptation
- ◆ Nerventransplantation
- ◆ Nervenverlagerung

AUTOR:INNEN
Prof. Dr. med. Dimitra Kotsougiani-Fischer



XII Thoraxchirurgie

ANATOMISCHE RESEKTION

- ◆ offen
- ◆ VATS/RATS

NICHT ANATOMISCHE RESEKTION

- ◆ offen
- ◆ VATS/RATS

METASTASENRESEKTION

- ◆ offen
- ◆ VATS/RATS

- ◆ Mediastinoskopie
- ◆ Thymektomie
- ◆ Rippen-, Brustwandresektion, Thorakostomaanlage
- ◆ Evakuierung Hämatothorax
- ◆ Empyemdestruktion
- ◆ Pleurektomie
- ◆ Lungentransplantation
- ◆ Tracheotomie
- ◆ Trichter-/Kielbrustoperation
- ◆ Sympathikusclipping/Sympathektomie
- ◆ Zwerchfellraffung

AUTOR:INNEN
1 Dr. med. Dr. rer. med. Isabella Metelmann
2 Dr. med. Laura V. Klotz, PhD, MHBA



XIII Urologie

ENDOUROLOGIE

- ◆ Transurethrale Resektionen/Enukleationen der Blase/Prostata inkl. Steinentfernung
- ◆ ESWL (sonographische Steineinstellung)
- ◆ Einlage/Wechsel von Harnleiterschienen/Nephrostomien (bevorzugt sonographisch geführt)
- ◆ Endourologische Steintherapie und Diagnostik inkl. Lasertherapie

OFFENE OPERATIONEN

- ◆ Operationen am äußeren Genitale
- ◆ Inguinale Operation

RETROPERITONEALE UND ABDOMINELLE OPERATIONEN

- ◆ Laparoskopisch oder roboterassistierte Eingriffe im kleinen Becken, der Prostata, der Blase, der Harnleiter und den Nieren

AUTOR:IN:
Dr. med. Hannah Arnold



XIV Viszeralchirurgie

LAPAROSKOPISCHE EINGRIFFE:

- ◆ Diagnostische Laparoskopie
- ◆ Probeexzisionen
- ◆ Fundoplikatio
- ◆ Cholezystektomie
- ◆ Appendektomien
- ◆ Leistenhernienversorgung
- ◆ Magen-/Sigma-/Rektumresektionen unter 4 Stunden
- ◆ Assistenz bei laparoskopischen Volleingriffen

PROKTOLOGISCHE EINGRIFFE

- ◆ Hämorrhoiden
- ◆ Fisteln
- ◆ Abszesse
- ◆ Transanale Vollwandresektionen
- ◆ Diagnostische Rektoskopie/Koloskopie/Sigmoideoskopie

KONVENTIONELLE EINGRIFFE (< 4 STUNDEN)

- ◆ Tumoren der Körperoberfläche
- ◆ Portim-/explantation, Demersim-/explantation
- ◆ Hernien
- ◆ Stomaanlage/-rückverlagerung
- ◆ Cholezystektomie
- ◆ Hemikolektomie rechts/links
- ◆ Rektumresektion
- ◆ Magenresektion
- ◆ Leberteilresektion
- ◆ Pankreaslinksresektion
- ◆ Dünndarmresektionen
- ◆ Doppel-Bypässe
- ◆ Teileingriffe bei medianen Laparotomien
- ◆ Bauchdeckenverschluss
- ◆ Gastroenterostomie
- ◆ Darmanastomosen
- ◆ Tracheostomaanlage
- ◆ Strumaresektionen
- ◆ Teileingriffe bei großen viszeralchirurgischen Eingriffen
- ◆ PEG-Anlagen
- ◆ Lymphknotenexstirpationen
- ◆ Weichteilchirurgie

AUTOR:INNEN
1 Prof. Dr. med. habil. Doreen Richardt, LL.M.
2 Dr. med. Stefanie Schierholz
3 Dr. phil. Sarah Prediger
4 Dr. med. Anna Gottschlich



ÜBER DIE AUTORINNEN



Dr. med. Andrea Kreuder ist Ärztin in Weiterbildung für Gynäkologie und Geburtshilfe in Bad Soden am Taunus und hat vier Kinder. Seit einigen Jahren engagiert sie sich in der fächerübergreifenden Initiative OPidS bei „Die Chirurgeninnen e.V.“ für die Umsetzung eines modernen Mutterschutzes und ist zudem in einen Arbeitskreis des Ausschusses für Mutterschutz beim BMFSFJ berufen.



Dr. med. Maya Niethard ist Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie und Mutter von zwei Kindern. Sie arbeitet als leitende Oberärztin in der Klinik für Tumororthopädie im Helios Klinikum Berlin-Buch. Als Gründerin der Initiative OPidS und berufenes Mitglied eines Arbeitskreis des Ausschusses für Mutterschutz beim BMFSFJ engagiert sie sich seit ihrer Schwangerschaft 2014 für einen zeitgemäßen Schutz von schwangeren Chirurgeninnen.



Prof. Dr. med. habil. Doreen Richardt, LL.M. ist Fachärztin für Herzchirurgie und für Gefäßchirurgie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck. Seit vielen Jahren engagiert sie sich im Projekt FamSurg und OPidS. Außerdem ist sie Vorsitzende des Weiterbildungsausschusses und Vizepräsidentin der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Sie versucht auch auf Bundesebene, die Bedingungen in der Weiterbildungsphase und nach Erreichen der Facharztqualifikation insbesondere für Frauen zu verbessern. Sie ist Mutter von sechs Kindern.



Prof. Dr. Dr. med. Sabine Wicker ist Fachärztin für Arbeitsmedizin und Leiterin des Betriebsärztlichen Dienstes des Universitätsklinikums Frankfurt. 2009 habilitierte sie für das Fach Arbeitsmedizin mit dem Titel: „Nosokomiale Virusinfektionen bei Mitarbeitern im Gesundheitsdienst: Eine arbeitsmedizinische, infektionsepidemiologische und virologische Analyse zu Ursachen und Möglichkeiten der Prävention“.



PD Dr. Barbara Puhahn-Schmeiser ist Fachärztin für Neurochirurgie an der Universitätsklinik Freiburg. Als Vizepräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes und Mitglied des Hauptausschusses Mutterschutz beim BMFSFJ engagiert sie sich für eine evidenzbasierte und gleichzeitig klinisch-medizinisch sinnvolle Umsetzung der Beurteilungskriterien für schwangere Ärztinnen. Sie hat vier Kinder.



Marianne Weg ist freie Wissenschaftlerin und Expertin des Deutschen Juristinnenbundes (djb) für das Thema Mutterschutz, u.a. mit Stellungnahmen zur Weiterentwicklung des Mutterschutzrechts bei Anhörungen im Bundestagsausschuss. Vor ihrem Eintritt in den Ruhestand hat sie im Hessischen Sozialministerium die Abteilung Arbeitsschutz mit der Zuständigkeit als Oberste Landesbehörde geleitet. Seit 2019 gehört sie als Expertin in einem Arbeitskreis des Ausschusses für Mutterschutz an.

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Juli 2024 wurde die Broschüre „Fächerübergreifender Konsens in der Chirurgie: Operative Tätigkeiten in Schwangerschaft und Stillzeit“ erstmals gemeinsam und interdisziplinär für alle chirurgischen Fachgesellschaften unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie herausgegeben.

Um den Einfluss dieses wichtigen Meilensteins auf den Alltag von Chirurgeninnen und Chirurgen in Deutschland zu untersuchen, bitten wir Sie um Ihre Teilnahme an einer kurzen Umfrage zum Status quo der Arbeitsbedingungen von schwangeren Chirurgeninnen und zwar aus Sicht der leitenden Ärztinnen, der Betriebsmediziner:innen und der Chirurgeninnen selbst.

Gemeinsam können wir die Arbeitsbedingungen für alle verbessern.

Wir bedanken uns für Ihre Teilnahme!
Team OPidS

Wissenschaftliche Leitung Umfrage
PD Dr. med. Steffi Mayer
Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie
Universitätsklinikum Leipzig
steffi.mayer@medizin.uni-leipzig.de



IMPRESSUM

Herausgeberin



Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
Luisenstraße 58/59 | 10117 Berlin
Tel.: +49 30 288-76290 | Fax: +49 30 288-76299
E-Mail: info@dgch.de | www: <http://www.dgch.de>
Vertreten durch:
Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen, Generalsekretär.

Unterstützer:innen

die beteiligten Fachgesellschaften (rechts)



die Initiative „OPiS“ der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie



FamSurg des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH), Prof. Dr. med. habil. Doreen Richardt, LL.M..



Die Chirurginnen e.V.



Deutscher
Ärztinnenbund

Deutscher Ärztinnenbund e.V.

Umsetzung und Produktion

Gestaltung: Das Gute Ding UG, Düsseldorf

Druck: Druckstudio GmbH, Prof.-Oehler-Straße 10, 40589 Düsseldorf

Dieses Buch wurde nach den höchsten Anforderungen der Nachhaltigkeit klimaneutral produziert: Das Druckstudio setzt zu 100% auf Ökostrom und ist unter anderem nach dem höchsten Umweltstandard EMAS sowie den internationalen Standards ISO 14001, ISO 9001 und ISO 12647 zertifiziert. Gedruckt wurde mit alkoholfreien, veganen und mineralölfreien Farben auf FSC®-zertifiziertem Papier.

Copyright und allgemeine Hinweise

Alle Inhalte dieses Werkes, insbesondere Texte, Fotos und Illustrationen, sind urheberrechtlich geschützt. Die Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und jede Art der Verwertung außerhalb der Schranken des Urheberrechtes bedürfen der schriftlichen Zustimmung der jeweiligen Urheber:innen. Sollten Sie Inhalte verwenden wollen, wenden Sie sich bitte an die Autorinnen. Wer gegen das Urheberrecht verstößt, macht sich strafbar und muss mit einer kostenpflichtigen Abmahnung und Forderungen auf Schadensersatz rechnen.

Die Autor:innen übernehmen keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

Copyright Foto

Prof. Dr. med. Chia-Jung Busch: Manuela Janke
Dr. med. Carina Harzheim: Inga Geiser
Prof. Dr. med. habil. Jan Löhler: axentis / Lopata
Dr. med. Lisa Rosch: SLÄK/FOTOGRAFISCH

Die Positivlisten sind geistiges Eigentum der jeweiligen Fachgesellschaft und unterliegen dem Urheberrechtsschutz:



Dermatologie
Deutsche Dermatologische Gesellschaft e.V. <https://derma.de/>



Gefäßchirurgie
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V.
<https://www.gefaesschirurgie.de/>



Gynäkologie / Geburtshilfe
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.
<https://www.dggg.de/>



Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.
<https://www.hno.org/>



HNO
Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V.
<https://www.hno-aerzte.de/>



Herzchirurgie
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie e.V.
<https://www.dgthg.de/>



Kinderchirurgie
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.
<https://www.dgkch.de/>



Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V.
<https://dgmkg.de/>



Neurochirurgie
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie e.V. <https://www.dgnc.de/>
Berufsverband Deutsche Neurochirurgie e. V. <https://bdnc.de/>



Ophthalmochirurgie
Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft e.V. <https://www.dog.org/>



Orthopädie und Unfallchirurgie
Deutsche Gesellschaft für orthopädische Chirurgie <https://dgoc.de/>



Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie <https://www.dgu-online.de/>
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU)
<https://dgou.de/>



Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie
Deutsche Gesellschaft für Plastische,
Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie e.V.
<https://www.dgpraec.de/>



Thoraxchirurgie
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V. <https://dgt-online.de/>



Urologie
Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.
<https://www.urologenportal.de/index.html>



Viszeralchirurgie
Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V.
<https://www.dgav.de/>

OPIDS.DE

1. Auflage, 2024