



BDNC

Berufsverband
der deutschen Neurochirurgie e.V.



DGNC

Deutsche Gesellschaft
für Neurochirurgie

Jena, 09.10.2023

Operieren in der Schwangerschaft – eine Positivliste für die Neurochirurgie

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der Anlage übersenden wir Ihnen die von der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) und vom Berufsverband der Deutschen Neurochirurgie (BDNC) konsentiert und veröffentlichte Leitlinie, die sog. „Positivliste“ zu den Rahmenbedingungen, unter denen schwangere Ärztinnen neurochirurgische Operationen in Einklang mit dem Mutterschutzgesetz von 2018 durchführen können.

Diese Positivliste soll eine Handreichung für die Landesbehörden und kommunalen Behörden, die Ärztekammern, Fachgesellschaften und Verbände sowie für betriebsärztliche Einrichtungen sein, um die Prüfung der Voraussetzungen zu erleichtern und zeitnah entsprechende positive Bescheide auf zuverlässiger fachlicher Grundlage erteilen zu können.

Prof. Dr. V. Rohde, Göttingen
Präsident der DGNC

Dr. Dr. M. Conzen, Bielefeld
Präsident des BDNC

Prof. Dr. H. Clusmann, Aachen
Vizepräsident der DGNC

Prof. Dr. P. Vajkoczy, Berlin
Vizepräsident des BDNC

Geschäftsstelle
c/o Conventus Congress-management & Marketing GmbH
Carl-Pulfrich-Straße 1
07745 Jena
Telefon: 03641 31 16-460
Telefax: 03641 31 16-240
E-Mail: gs@dgnc.de; gs@bdnc.de
Internet: www.dgnc.de; www.bdnc.de

Leitlinie zur operativen Tätigkeit während der Schwangerschaft für die Neurochirurgie in der Bundesrepublik Deutschland

Stand 01.10.2023

Die Bedingungen zur Fortführung einer operativen Tätigkeit während der Schwangerschaft sind weltweit nicht einheitlich geregelt. Die Regelungen hierzu sind zum Teil konträr. So wird in einigen Ländern das Selbstbestimmungsrecht der werdenden Mutter betont (jedoch zum Teil unter Inkaufnahme von Risiken während der Schwangerschaft, da Schutzmaßnahmen entweder nicht vorhanden oder gesellschaftlich nicht akzeptiert sind), in anderen Ländern wird der maximale Schutz des ungeborenen Kindes priorisiert (ohne eine realistische Risikoabwägung zu treffen und ohne das Einverständnis der werdenden Mutter). Beide Extremvarianten bieten keine optimale Güterabwägung zwischen mütterlichem Selbstbestimmungsrecht und Schutz der Schwangeren und des ungeborenen Kindes. Selbst wenn die Kritik der Betroffenen bisher kaum die starren rechtlichen Strukturen ändern konnte, scheint sich nun spätestens durch den wachsenden Frauenanteil im Bereich des Nachwuchses das Bewusstsein zu entwickeln, dass eine pragmatische und vernünftige Regelung unabhängig von Partikularinteressen oder diffusen Ängsten notwendig ist.

In Deutschland regelt das Mutterschutzgesetz (MuSchG), zuletzt im Jahre 2018 novelliert, die beruflichen Rahmenbedingungen der Schwangeren. Der Mutterschutz fand 1878 erstmals Eingang in die deutsche Gesetzgebung (Beschäftigungsverbot für Fabrikarbeiterinnen bis drei Wochen nach der Geburt, s. Quellensammlung zur Geschichte der deutschen Sozialpolitik 1867 bis 1914, Band 3: Arbeiterschutz). Nach der Machtübernahme der Nationalsozialisten wurden 1942 zahlreiche Bestimmungen zum Mutterschutz eingeführt, die u.a. propagandistischen Zwecken („deutscher Mutterkultmythos“) und der Sicherung des militärischen Nachwuchses dienten. Die Originalfassung des deutschen MuSchG aus 1952 wurde von 410 Abgeordneten (davon 30 Frauen) verabschiedet.

Die Neufassung von 2018 sollte eine individuellere Arbeitsplatzbewertung ermöglichen und konsequent einer beruflichen Benachteiligung aufgrund einer Schwangerschaft entgegenwirken, hat bisher aber im Alltag für die schwangeren Chirurginnen keine durchgreifende Änderung erreichen können.

Eine aktuelle Umfrage aus 2022 unter den weiblichen Mitgliedern der Neurochirurgischen Gesellschaften (Rücklaufquote: 43% der weiblichen DGNC und BDNC Mitglieder) berichtet, dass **95% der Neurochirurginnen in ihrer Schwangerschaft den Wunsch hatten, weiter operativ tätig zu sein** (Vortrag DGNC 2022; Schwanger in der Neurochirurgie: Ergebnisse einer nationalen Umfrage; Conzen-Dilger, Hakvoort, Clusmann, Höllig). Die Umsetzung gelang jedoch nur in der Minderheit der Fälle: insgesamt konnten 58% entweder überhaupt nicht

operieren oder wurden nach offizieller Meldung an den Betriebsarzt mit einem OP-Verbot belegt. Dabei scheinen die Überarbeitungen des Mutterschutzgesetzes (MuSchG) mit zunehmender Bürokratisierung keinen positiven Effekt unter dem Gesichtspunkt der weiteren OP-Tätigkeit zu haben.

Ein Widerspruchsverfahren gegen das betriebliche OP-Verbot, das mit über 80% weit vor einem OP-Verbot aus gesundheitlichen Gründen (12,5%) ausgesprochen wurde, war bei allen Teilnehmerinnen der Umfrage gescheitert.

Um dem Wunsch der in Deutschland tätigen Neurochirurginnen gerecht zu werden, legen wir hier eine mit dem aktuellen Mutterschutzgesetz konformen **Leitlinie zur operativen Tätigkeit während der Schwangerschaft** vor:

Erforderliche Anpassung des Arbeitsplatzes und der Arbeitsabläufe bei Schwangeren in der Neurochirurgie entsprechend des MuSchG (in der Version von 2018)

I. Anpassung stationärer Tätigkeit / allgemeine Voraussetzungen

a. Allgemein

- Bei ausreichender Immunität der Arbeitnehmerin für Masern, Mumps, Röteln und Varizellen ist der Einsatz bei Arbeiten mit Patientenkontakt möglich.
- Kontakt mit pädiatrischen Patienten nur bei Immunität gegen Parvovirus B19.
- Invasive Tätigkeiten (Blutentnahmen/venösen und art. Zugängen, Nahtmaterial, Drainagenzug etc.) bei Patienten mit bekanntem Infektionsstatus (negativ für Hepatitis/HIV, keine infektiösen Wunden o.ä.)
- Kein Kontakt mit Patienten, die Zytostatika erhalten
- Keine Notfallversorgung
- Kein Einsatz bei Tätigkeiten, bei denen der Kontrollbereich von ionisierender und nicht-ionisierender Strahlung betreten werden muss.
- Allgemeine Maßnahmen zur Hygiene und Infektionsprophylaxe wie das Tragen von Handschuhen, Schutzbrillen, Mundschutz, das Verwenden von stichsicheren Instrumenten und Kanülen

b. Fachspezifisch

- Lumbalpunktionen
- Punktion Shuntventil

- Lokale Wundrevisionen

II. Anpassung operativer Tätigkeit

a. Allgemein

- Einsatz bei Operationen mit nachweislich auf HIV und Hepatitis C negativen Patienten, nachgewiesene Immunität der schwangeren Ärztin gegen Hepatitis B
- Elektiveingriffe, keine Notfalloperationen, keine Eingriffe bei infektiösen Erkrankungen
- Operationen im Stehen sind bis zum 5. Schwangerschaftsmonat für max. 4h möglich
- Sitzgelegenheit während der Operation bereithalten
- Keine Beteiligung an Lagerungsmaßnahmen von Patienten zur OP-Vorbereitung durch die Schwangere
- Anästhesie mit geschlossenen Narkose-Systemen, kein Einsatz von Narkosegasen
- Ionisierende Strahlung: Verlassen des OP Saales durch die Schwangere, wenn ein mobiles Röntgengerät (C-Bogen) zum Einsatz kommt. Hier ist zu beachten, dass der Operationssaal gemäß Strahlenschutzverordnung nur für den Zeitraum des Einsatzes von Röntgenstrahlen als Kontrollbereich gilt. Ein deaktivierter C-Bogen (umgelegter Schlüssel) macht den Operationssaal nicht zum Kontrollbereich und der Operationssaal muss nur für die Dauer des Röntgengeräteinsatzes verlassen werden. Außerdem kann die Schwangere auf ihren ausdrücklichen Wunsch und mit Zustimmung des Strahlenschutzbeauftragten im Kontrollbereich verbleiben, wenn sie ein wöchentlich abzulesendes Dosimeter auf Uterushöhe unter ihrer Röntgenschürze trägt, und der besondere Dosiswert (entsprechend § 31a Abs. 4 Satz 2 RöV) von 1 mSv über die gesamte Schwangerschaft nicht überschritten wird. Als Äquivalenzdosis des ungeborenen Kindes gilt die Organdosis der Gebärmutter der schwangeren Frau (s. RöV).
- Gewährleistung eines Ersatzes, falls die OP aufgrund akuter Probleme unterbrochen werden muss: Neurochirurgische OPs werden i.d.R. im Team durchgeführt, sodass eine kurzfristige Übernahme möglich ist; im Rahmen elektiver OPs steht zudem weiteres Personal zur Verfügung.
- Einhalten allgemeiner Maßnahmen zur Arbeitssicherheit wie das Tragen von doppelten (Indikator-) Handschuhe und Schutzbrillen sowie das Absaugen von Koagulationsrauch

a. Fachspezifisch

Operationen, deren Durchführung für schwangere Neurochirurginnen möglich ist:

- Kraniale Eingriffe zur Tumorresektion oder Biopsie
- 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
- Wirbelsäulenoperationen (ohne mehrfache intraoperative Durchleuchtung s.o.), Entfernung spinaler Tumore
- Materialentfernungen
- Endoskopische Operationen
- Kranioplastik

Folgende Operationen/Maßnahmen sind in Anlehnung an die bekannten Vorgaben nicht zu empfehlen:

- Notfalleingriffe ohne präoperatives Patientenscreening
- Längere Wirbelsäulenoperationen unter Durchleuchtung oder mit Notwendigkeit zur direkten manuellen Benutzung scharfer Instrumente ohne direkte Sichtkontrolle (z.B. Pfriem)
- Operationen an infektiösen Patienten

Erarbeitet im Ressort I der Neurochirurgischen Akademie (NCA, Leitung: Prof. Dr. F. Ringel) in Kooperation mit der Kommission für Frauen in der Neurochirurgie (DGNC, Leitung: PD Dr. M. T. Forster) durch (in alphabetischer Reihenfolge):

- Catharina Conzen-Dilger
- Karlijn Hakvoort
- Anke Höllig
- Naureen Keric
- Dorothee Mielke
- Barbara Puhahn-Schmeiser