

Stille Helden

Catrin Barnsteiner

OP-Schwestern kennen 50 Operationen auswendig. Ihre Ausbildung dauert sieben Jahre. Und ohne sie wären Chirurgen hilflos. Doch Anerkennung ernten sie selten.

Evelyn Starkiewicz, Pflegedienstleiterin an der Berliner Charité, kann so leicht eigentlich nichts mehr überraschen. Aber wenn sie von der jüngsten Stellenausschreibung der Klinik für eine OP-Schwester erzählt, klingt sie ratlos: Das Arbeitsamt hat darauf mit Bewerbungen von Stewardessen geantwortet.

Was bedeutet es für einen Beruf, wenn offenbar nicht mal das Arbeitsamt genau weiß, was man dafür können muss? Stellt sich die Welt da draußen eine OP-Schwester vor wie eine Stewardess, mit einem Wägelchen, aber besseren Lateinkenntnissen und einer hässlicheren Uniform?

Evelyn Starkiewicz ahnt, dass es auch an diesem Ort liegen muss. An seiner Abgeschlossenheit und daran, dass ihn die meisten von uns niemals anders erreichen als bewusstlos. Mit einem OP-Saal im Berlin des 21. Jahrhunderts öffnet sich dem Besucher eine so fremde Welt, als sei er Charles Darwin und beträte zum ersten Mal die Galapagos-Inseln: ein Reich voll seltsamer Gewächse, die zwar so ähnlich aussehen wie jene, die er kennt - die aber so hoch spezialisiert sind, das sie sich anderswo kaum durchsetzen würden. Hier hängen Lampengriffe von der Decke, die man einzeln abschraubt, sterilisiert und wieder anschraubt, damit sich der Operateur keine Keime holt, wenn er das Licht zurechtrückt. Es gibt Haken, die nur dazu da sind, Organe zur Seite zu schieben. Und dann die Kompressen, die aussehen wie jene, die auch die Apotheke verkauft - bis auf diesen eingewebten blauen Faden. Der leuchtet auf einem Röntgenbild. Falls der Chirurg mal eine Komresse in einem Bauch vergisst.

So ähnlich wie mit den Lampengriffen und den Kompressen ist es mit den Menschen hier: Hat man zwar schon mal gesehen, aber ein bisschen anders als draußen sind sie schon. Sabine Schroeder, 34, OP-Schwester in der Kinderchirurgie der Charité, sagt: Es stimme schon, man gelte im Rest der Klinik als etwas eigenartig. Sie hat gerade Pause, und sie sagt noch eine Menge anderer Sachen, aber man kann leider nicht richtig zuhören, weil es irritiert, wenn jemand in ein Wurstbrot beißt und nicht die Gelegenheit nutzt, sich endlich die sterile Haube vom Kopf zu reißen. Aber das macht keine ihrer Kolleginnen im Aufenthalts-

raum. Zu viel Eitelkeit ist unpraktisch und auch ein bisschen lästig in einem Beruf, in dem man die meiste Zeit sowieso nur die Augen der anderen sieht.

Den Chirurgen und die Anästhesisten lernt der Patient kennen, wenn Operation und Narkose besprochen werden. Aber die OP-Schwester? Ohne TV-Serien könnten wir nicht einmal beschwören, dass es sie tatsächlich gibt. Denn nie hatten wir als Patient mit ihr mehr als einen letzten verschwommenen Blickkontakt, bevor die Augen zufielen. Und im Gegensatz zum Chirurgen wird der Patient sie später nicht wiedersehen.

Früher war es in vielen Krankenhäusern üblich, dass die OP-Schwestern Patienten bei der Vorab-Visite kennenlernen - aber dafür ist schon lange keine Zeit mehr. Allerdings könne es "auch von Vorteil für meine Arbeit sein, wenn ich einen gewissen emotionalen Abstand habe", sagt Helene Jaehnke, OP-Schwester und Pflegerische Operations-Koordinatorin im Virchow-Klinikum der Charité. Nur wenn jemand stirbt während der OP, dann hilft es auch nicht, dass man nicht mehr von ihm wusste als das, was in der Akte stand. In vielen Krankenhäusern wird dann versucht, die nächste Operation zu verschieben, damit Ärzte, Anästhesisten und Schwestern gemeinsam darüber reden können, was passiert ist.

Tatsächlich kommt es selten vor, dass ein Patient im OP stirbt. Sehr viel seltener, als uns Serien das glauben machen, höchstens alle paar Jahre einmal, sagen OP-Schwestern. Wenn man alles tut, kann man offenbar fast immer so viel tun, dass es der Patient zumindest auf die Intensivstation schafft. Die ist ein paar Türen weiter. Und was dort passiert, ist eine andere Geschichte.

Die ideale Operation ist die, in der kein Wort gesprochen wird

Eine erfahrene OP-Schwester hat etwa 50 Operationen im Kopf - denn das Wichtigste ist, eine OP und die Gedanken des Chirurgen lesen zu können. Zu ahnen, was er gleich brauchen wird, ohne dass er danach fragen muss, scheint eine Frage des beruflichen Ehrgeizes zu sein. Die Schwester muss nicht nur die Operationsmethode auswendig kennen, sondern auch die Eigenheiten des Operateurs, welche Fadenstärken er bevorzugt und welchen Nadelhalter. Von einer idealen Operation können Schwestern anschließend schwärmen wie von einer Sinfonie in einem Konzertsaal. Eine fast geräuschlose Sinfonie, denn eine

ideale Operation ist es, wenn der Chirurg nur wortlos die Hand zur Seite halten muss und schon in die richtige Schere schlüpfen kann, weil die OP-Schwester vorher wusste, welche die richtige Schere sein wird. Zumal wegen der Hygienevorschriften im OP so wenig wie möglich gesprochen werden sollte - und für deren Einhaltung ist die OP-Schwester verantwortlich.

Es ist die OP-Schwester, die das Sieb mit den Instrumenten heranschleppt, es aufbaut, dem Chirurgen in Kittel und Handschuhe hilft, ihm den Schweiß abtupft und die Instrumente sorgfältig an den richtigen Ort zurücklegt. Es sind immer zwei OP-Schwestern im Saal: Eine, die sogenannte unsterile Schwester, öffnet beispielsweise unsterile Verpackungen. Die sterile Schwester steht gegenüber dem Operateur und reicht die Instrumente. Manchmal muss sie stundenlang stehen, auch zwischen Operationen, wenn der Saal hergerichtet wird: Stühle können nicht so einfach sterilisiert werden wie Lampengriffe, und im Weg stünden sie auch. Also gibt es keine.

Allein das Wort OP-Saal! Ein Saal ist etwas Großes. Es sollten Freitreppen hineinpassen, Kronleuchter, zumindest Menschenmassen. Dabei ist ein OP oft nicht größer als ein Wohnzimmer. Doch der Name suggeriert: Hier geschieht Großes. Der OP ist neben der Intensivstation die teuerste Einheit des Krankenhauses, und das ist es, was die angehende OP-Schwester in der ersten Woche ihrer Ausbildung lernt: Eine Operation, in der es zu Wartezeiten kommt, weil die Schwester den Bohrer vergessen hat, weil der Patient noch nicht schläft, weil der Assistent den falschen Faden benutzt, kann je Minute zehn Euro kosten.

Die Hierarchie hat hier viel stärker überdauert als auf den Stationen, die Emanzipation hat sich in gewisser Weise von der Schleuse abhalten lassen. Man braucht ein besonderes Selbstbewusstsein, um dort zu arbeiten. Es kann ein bis zwei Jahre dauern, ein so dickes Fell zu entwickeln, dass man nicht mehr alles persönlich nimmt. Wer öfter mit Herzchirurgen und Neurologen zu tun hat, heißt es, brauche länger. Unfallchirurgen gelten im besten Fall als handfest, im schlechteren als ziemlich ruppig, und Kinderchirurgen sind meist höflich und außergewöhnlich penibel.

Die OP-Schwester Birgit Kramer*, 28, die in einem kleinen Krankenhaus in Hessen arbeitet, fragt sich oft, warum es in ihrem Beruf immer nur darum gehe, reibungslos zu funktionieren. "Und warum dürfen Chirurgen exzentrisch sein - aber wir nie?" Das Problem ist auch, dass es so schwer ist, den richtigen Zeitpunkt zu erwischen, um dem Chirurgen zu sagen, dass man sich ungerecht behandelt fühlt. Wenn gerade die Aorta platzt, ist jedenfalls nicht der richtige Zeitpunkt. Und nach der OP ist es zu spät. Denn dann beginnt eine neue. Schwester Birgit wird wohl bald aufhö-

ren als OP-Schwester. Wenn sie ihr Abitur nachgeholt hat, will sie studieren. Nicht unbedingt Medizin.

Es ist selten geworden, dass Chirurgen, die unter Druck stehen oder einfach cholerisch sind, Instrumente absichtlich auf den Boden fallen lassen, damit die Schwester neue, sterile holen muss. Aber es kommt vor. Die subtilere Form, Macht zu demonstrieren, ist, absichtlich zu spät zur OP zu kommen.

"Chirurgen haben schon einen eigenen Charakter", seufzt Jörg Ansorg. "Man muss in gewisser Weise Einzelkämpfer sein. Aber bei manchen ist das Gutsherrendenken tatsächlich noch ziemlich ausgeprägt." Er ist Geschäftsführer des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen. Und hat ein Programm entwickelt, das "Professionelle Kommunikation für Ärzte" heißt. Die Nachfrage läuft schleppend. Der Druck aus den Verwaltungen wird indes auch für die Chirurgen größer: immer mehr Operationen in immer kürzerer Zeit, die Verantwortung wächst. Es fehlt der Nachwuchs, wie bei den OP-Schwestern.

Die Ausbildung zur Fachkrankenschwester für OP-Pflege dauert sieben Jahre: Drei Jahre bis zur Krankenschwester, dann zwei Jahre Praxis, dann zwei Jahre Fachausbildung, dann gibt es für eine Schwester Ende 20 im Monat 2400 Euro brutto, ein junger Assistenzarzt in der Chirurgie bekommt 3300 Euro. Mit traditioneller Pflege, sagen OP-Schwestern, habe dieser Beruf nicht mehr viel zu tun. Die Technik zu verstehen wird dagegen immer wichtiger: Vor 30 Jahren gab es in den OP-Sälen kaum mehr als elektrische Messer zum Veröden der Gefäße. Heute stehen hier Computer, Kameras, Monitore, Videorekorder zum Aufnehmen von Operationen, CO₂-Insufflatoren und Endoskopie-Türme. Es gehört zur Aufgabe der Schwester, vor einer OP alle Geräte zu kontrollieren. Um indes eine Herz-Lungen-Maschine bedienen zu können, braucht sie eine eigene Ausbildung.

Nicht jede Krankenschwester, die die weiterführende Fachausbildung zur OP-Schwester machen will, darf das auch. Zu knapp besetzt sind heute die Stationen. Theoretisch könnte eine OP-Schwester zwar nach der Ausbildung wieder auf der Station eingesetzt werden - wenn sie das möchte. Nur: Keiner kann sich an einen solchen Fall erinnern. Viele, so scheint es, haben nach ein paar Jahren als Krankenschwester auf den Stationen die OP-Ausbildung als Ausweg entdeckt.

Die Frage ist nicht, was eine OP-Schwester kann, sondern was sie darf

Ellen Willke*, die in Süddeutschland in einer Klinik arbeitet, kann sich nicht vorstellen, wieder zurück auf ihre alte Station zu gehen. "Drei Jahre Ausbildung - und für was?"

Dass ich Pillen und Essen verteile! " Wenn sie dagegen von ihrer Arbeit in der Unfallchirurgie erzählt, klingt sie so begeistert wie ein Schreiner, der seine Meisterstücke präsentiert. Die Knie, die zu navigieren sind, und die Matti-Russe-Plastik bei einer Kahnbeinfraktur. Heute, an ihrem freien Tag, wird sie zu Hause noch ein CD-Regal zusammenbauen, das wird nicht lange dauern, sagt sie: "Eine OP-Schwester kann mit Schrauben umgehen."

Aber die Frage ist nicht nur, was eine OP-Schwester kann sondern vor allem, was sie darf. Ein Beispiel: Wenn OP-Schwester Ellen zehn Minuten zuschaut, wie sich zwei junge Assistenzärzte mit einem Oberarmbruch abmühen, fragt sie, ob sie helfen könne, und tut es auch. Wenn sie darf. Aber eigentlich darf sie es nicht. Wegen der Haftung. In kleineren Krankenhäusern schneidet die OP-Schwester auch mal den Faden für den Operateur ab. Aber eigentlich darf sie das nicht. Inzwischen gibt es auch deutsche Gerichtsurteile darüber, ob eine OP-Schwester einen Haken halten darf. Darf sie? Ja, wenn der Chirurg persönlich die Aufgabe an sie delegiert. Muss sie den Haken halten? Nein.

Bleibt die Frage, was sie eigentlich will - und ob es das ist, was sie kann. Nicht viele reden offen darüber, wie frustrierend es auf die Dauer sein kann, so viel wissen zu müssen - aber nie danach gefragt zu werden. Ein bisschen sei das wie früher, in der Schule, erzählt eine Schwester: Man könnte fast ständig die Hand heben, weil man die Antwort weiß - aber es ist auch klar, dass man nie drankommt.

Fragt man Ellen Willke*, ob sie das könnte, eine Wunde nähen zum Beispiel oder eine Schraube entfernen, lacht sie zuerst und sagt dann, als sie versteht, dass die Frage ernst gemeint ist: "Natürlich! " Aber sie will das gar nicht, ein schlechter Chirurg sein. Sie findet, sie hat wirklich genug zu tun. "Nur ein bisschen mehr Anerkennung für das, was ich tue - das wäre schön."

* Name geändert

Quelle: Brand eins
(<http://www.brandeins.de/archiv/2007/koennen/stille-helden.html>)