

Gemeinsames Statement von DGCH, DGAI, BDC und BDA zur Wiederaufnahme von elektiven Operationen in deutschen Krankenhäusern

Als Reaktion auf den notwendigen Bettenbedarf für Intensivpflegefälle im Rahmen der Covid-19 Pandemie haben deutschland- und weltweit Krankenhäuser elektive und verschiebbare Eingriffe postponed und hiermit sowohl personelle als auch räumliche Ressourcen für die Behandlung der Covid-19 erkrankten Patienten geschaffen. Da die erste Welle dieser Pandemie wahrscheinlich hinter uns liegt, kommt jetzt die aufgestaute Anzahl der Patienten an chirurgischer und prozeduraler Versorgung auf uns zu und wir müssen uns in gleicher Weise wie beim Shutdown darauf vorbereiten, diesen Patienten in der Versorgung gerecht zu werden. Die Möglichkeiten der Einrichtungen, elektive Operationen wieder aufzunehmen, wird je nach Bundesland und regionalem Krankenhaus unterschiedlich sein. Die DGCH, DGAI, BDC und BDA haben auch in Anlehnung an Publikationen und Verlautbarungen nationaler und internationaler Fachgesellschaften eine Liste von Prinzipien und Überlegungen erstellt, die Ärzten, Pflegepersonal und Krankenhäusern bei der Wiederaufnahme der Versorgung in Operationssälen und allen Verfahrensbereichen, ambulant wie stationär, als Leitfaden dienen können und hierbei vor allen Dingen die Sicherheit von Patienten, Personal und Bevölkerung berücksichtigen soll.

• **Zeitplan für die Wiederaufnahme der elektiven Chirurgie**

Prinzipien und Erwägungen: An erster Stelle steht der Schutz von infizierten und nicht infizierten Patienten und der Arbeitsschutz für das Personal. Nach RKI-Empfehlungen und den Direktiven und Empfehlungen der Politik muss die Rate der neuen COVID-19-Fälle in dem betreffenden Bundesland nachhaltig gesenkt sein. Jedes betreffende Krankenhaus muss über eine ausreichende Anzahl von Betten auf der Intensivstation (ICU) und auf den Pflegestationen verfügen. Die vom Bundesgesundheitsminister vorgeschlagene Aufteilung in 75% NonCOVID und 25% COVID Betten erscheint dabei eine mittelfristig anzustrebende Lösung. Ausreichende persönliche Schutzausrüstungen (PSA), Beatmungsgeräte und -schläuche sowie geschultes Personal müssen in einem Umfang vorhanden sein, um alle Patienten behandeln zu können, ohne auf die für die COVID-19 Krise vorgehaltenen Materialien und Maßnahmen zurückgreifen zu müssen.

Die Einrichtungen sollten vor der Wiederaufnahme der elektiven Chirurgie Folgendes evaluieren und ggf. festlegen:

1. Der Zeitpunkt der Wiederaufnahme der elektiven Eingriffstätigkeit muss mit dem zuständigen Krisenstab auf Landes- und - soweit vorhanden - auf Regionalebene abgesprochen sein und ggf. abteilungsspezifisch erfolgen. Dieser Zeitpunkt hängt ganz wesentlich von der Neuinfektionsrate ab.
2. Folgerichtig müssen wir darauf vorbereitet sein, bei erneutem Anstieg der Infektionszahlen in der Region die sofortige Rückkehr zum Organisationsmodus der ausschließlichen Notfallversorgung zu vollziehen.
3. Die Ressourcen der Einrichtung (ICU-Betten, allgemeine Pflegebetten, PSA, Beatmungsgeräte, Medikamente, Anästhetika, Medizinprodukte) müssen einerseits die Anforderungen, die durch Non-Covid-19 Patienten auftreten und andererseits die zusätzlichen Anforderungen, die durch COVID-Patienten entstehen, erfüllen können.
4. COVID und NON-COVID Bereiche sollten sich räumlich trennen lassen und über eigene Wegeführungen verfügen. Für Verdachtsfälle sollte ein Graubereich definiert werden, in dem Patienten bis zum definitiven Nachweis bzw. Ausschluss untergebracht werden. Hier muss auch ICU-Kapazität vorhanden sein.
5. Es muss eine angemessene Anzahl von geschultem und ausgebildetem Personal für beide Bereiche zur Verfügung stehen, oberstes Gebot ist hierbei Patientensicherheit und Arbeitsschutz des Personals.
6. Ausreichende COVID-19 Test Kapazitäten müssen zur Verfügung stehen:
 - 6.1. Alle Patienten, die für den Eingriff eine Allgemeinnarkose benötigen, müssen präoperativ einem Test unterzogen werden. Der Zeitrahmen der Testdurchführung muss dem jeweils gültigen RKI-Standard (z.Zt. nicht älter als 3-5 Tage) entsprechen. Das Einverständnis des Patienten zur Durchführung

des Tests sollte eingeholt werden. Alternativ kann bei entsprechender Indikation eine CT-Untersuchung des Thorax durchgeführt werden.

6.2. Testergebnisse sollten spätestens nach 24 Stunden zur Verfügung stehen.

7. Krankenhäuser müssen durch evidenzbasierte Infektionspräventionstechniken, Zugangskontrolle, Arbeitsabläufe und Distanzierungsprozesse eine sichere Umgebung schaffen, in der elektive Operationen durchgeführt werden können.
8. Wenn Unsicherheit über den COVID-19-Status von Patienten besteht, sollte dem Operationsteam eine für die klinischen Aufgaben geeignete PSA zur Verfügung gestellt werden. Bis zur Klärung verbleiben diese Patienten in einem gesonderten Graubereich.
9. Es müssen klare Richtlinien über den Umgang mit COVID19-positiven Mitarbeitern, "Person under investigation" (PUI) und PUI-Patienten entwickelt sein.

- **Persönliche Schutzausrüstung**

Prinzipien und Erwägungen: Einrichtungen können elektive chirurgische Eingriffe erst dann wiederaufnehmen, wenn sie über angemessene Quantität und Qualität von PSA und medizinischem Verbrauchsmaterial verfügen, das der Anzahl und Art der durchzuführenden Eingriffe entspricht. Die Richtlinien der Einrichtung für PSA sollten Folgendes beinhalten:

1. Angemessenheit der verfügbaren PSA, einschließlich der für eine mögliche zweite Welle von COVID-19-Fällen erforderlichen Vorräte.
2. Schulung des Personals in Bezug auf PSA und deren ordnungsgemäße Verwendung gemäß den evidenzbasierten Pflege- und Hygienestandards.
3. Für die sparsame sowie erweiterte Verwendung oder Wiederverwendung von PSA gibt es Empfehlungen des RKI.

- **Fallpriorisierung und Zeitplanung**

Prinzipien und Erwägungen: Die Einrichtungen sollten ein Gremium für die Festlegung von Prioritäten einrichten, das sich mindestens aus Führungskräften aus den Bereichen Chirurgie, Anästhesiologie, Infektiologie und Pflege zusammensetzt, um eine den Patientenbedürfnissen entsprechende Strategie für die Priorisierung zu entwickeln. Die Strategieentscheidungen des Gremiums für die Festlegung von Prioritäten sollten Folgendes berücksichtigen:

1. Berücksichtigung der von den chirurgischen Fachgesellschaften erarbeiteten Prioritätslisten. (z.B. Empfehlungen der DGAV)
2. Liste der zuvor abgesagten und verschobenen Fälle.
3. Objektive Prioritätsbewertung (z.B. MeNTS-Instrument).
4. Priorisierung von Eingriffen, deren Hinausschiebung potentiellen Schaden erzeugt (maligne Tumoren, Organtransplantationen, Herz, Gefäße, Trauma).
5. Strategie für die Zuteilung der Tages-"OP-/Prozedurenzeit" entsprechend der Priorisierung.
6. Identifizierung der Verfügbarkeit von notwendigem Personal.
7. Strategie für die stufenweise Öffnung von Operationssälen in Abhängigkeit der aktuellen COVID-Belastung des Klinikums.
8. Ermittlung des Kapazitätsziels vor der Wiederaufnahme (z. B. 25% vs. 50% vs 75%).
9. Strategie zur Erhöhung der Verfügbarkeit von "OP-/Prozedurenzeit" (z.B. durch vorübergehenden Verzicht auf Teachingeingriffe).
10. Sicherstellen einer angemessenen Verfügbarkeit von stationären Krankenhausbetten und Intensivbetten sowie Beatmungsgeräten einschließlich der notwendigen Personalressourcen für die zu erwartende postoperative Versorgung.

- **Die Phasen der Versorgung**

- 1. Phase I: Präoperativ - ambulant**

- 1.1. Abklärung des Infektionsstatus
- 1.2. Berücksichtigung des individuellen Eingriffsrisikos.
- 1.3. Abklärung der Bereitschaft des Patienten zur Operation durch präoperative Telefon bzw. telemedizinische Dienste.
- 1.4. Aufklärung der Patienten über das potentiell erhöhte nosokomiale Infektionsrisiko durch COVID-19 und die damit verbundene erhöhte Krankenhausletalität.
- 1.5. Festlegung des Zeitpunktes der Neubewertung des Gesundheitszustands des Patienten bei Verschiebung des elektiven Eingriffs
- 1.6. Besondere Aufmerksamkeit und Neubewertung sind erforderlich, wenn der Patient eine mit COVID 19 assoziierte Pneumonie durchgemacht hatte.
- 1.7. Eine aktuelle Anamnese und eine körperliche Untersuchung innerhalb eines festzusetzenden Zeitpunkts ist für alle verschobenen Patienten erforderlich. Dabei muss überprüft werden, ob sich der Gesundheitszustand des Patienten zwischenzeitlich wesentlich verändert hat.
- 1.8. Face-to-Face-Komponenten der präoperativen Abklärung können am Tag des Eingriffs geplant werden, insbesondere bei Patienten ohne relevante Risikofaktoren.
- 1.9. Hierzu müssen geschlossene Ambulanzen wieder schrittweise geöffnet werden.
- 1.10. Beurteilung der Notwendigkeit eines Aufenthalts in einer Einrichtung für postakute Pflege (PAC) und Absprache vor dem Eingriff (z.B. Rehabilitation, Einrichtung für qualifizierte Pflege).
- 1.11. Prüfung der Kontaktdaten mittels „Corona-App“ bei freiwilliger Zustimmung des Patienten.

- 2. Phase II: Unmittelbare präoperative Phase - stationär**

- 2.1. Revision der Checklisten für Team time out, Pflege, Anästhesie und Chirurgie bezüglich COVID-19.
- 2.2. Klinische Abklärung des Infektionsstatus

- 3. Phase III: Intraoperativ für Patienten im Graubereich**

- 3.1. Reduktion des Personals im Raum während der In- und Extubation auf die unbedingt notwendige Anzahl
- 3.2. Verwendung von PSA für das Personal

- 4. Phase IV: Postoperativ**

- 4.1. Standardisierte Übergabe- und Pflegeprotokolle optimieren die Effizienz der Aufenthaltsdauer und verringern Komplikationen (z.B. ERAS).

- 5. Phase V: Entlassmanagement**

- 5.1. Ziel ist der kürzest mögliche Krankenhausaufenthalt
- 5.2. Evaluation der Sicherheit der Nachsorge-Einrichtungen (COVID-19, nicht COVID-19-konforme Themen)
- 5.3. Wenn immer möglich, sollten Patienten in die heimische Umgebung und nicht in ein Pflegeheim entlassen werden, da in diesen Einrichtungen höhere Raten von COVID-19 Infektionen auftreten können.

- **Regelmäßige Datenanalyse**

Prinzipien und Erwägungen: Die Einrichtungen sollten die Richtlinien und Verfahren auf der Grundlage von COVID-19-bezogenen Daten, Ressourcen, Tests und anderen klinischen Informationen regelmäßig neu bewerten und neu einstufen. Es sollten relevante Einrichtungsdaten gesammelt und evaluiert werden, ergänzt durch Daten von örtlichen Behörden und Regierungsbehörden, soweit verfügbar:

1. COVID-19-Daten (Tests, Positivbefunde, Verfügbarkeit von stationären und Intensivbetten, intubierte, OP-/Prozedurfälle, neue Fälle, Todesfälle, Positivbefunde von medizinischem Personal, Standort, Nachverfolgung, Isolierung und Quarantänevorschriften).
2. Verfügbarkeit von Einrichtungsbetten, PSA, Intensivtherapiebetten, Beatmungsgeräten.
3. Metriken zur Qualität der Versorgung (30 Tage Letalität, Komplikationen, Wiederaufnahme, Fehler, Beinaheunfälle, andere - insbesondere im Zusammenhang mit erhöhtem Volumen).
4. Möglichkeit zum CIRS.

- **COVID-bezogene Sicherheit und Risikominderung einer zweiten Welle**

Prinzipien und Erwägungen: Die Einrichtungen müssen eine Politik der räumlichen Distanzierung für Personal, Patienten und Patientenbesucher in auch nicht gesperrten Bereichen der Einrichtung haben und umsetzen, die den aktuellen lokalen und nationalen Empfehlungen für die Isolationspraxis entspricht. Dies sollte beinhalten:

- 1.1. Die jeweils aktuellen lokalen und nationalen Empfehlungen.
- 1.2. Nur eine Begleitperson, die den Patienten zur Aufnahme begleitet.
- 1.3. Keine Besucher, außer bei Palliativpatienten.
- 1.4. Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes (MNS) im Krankenhausbereich.
- 1.5. Zugangskontrollen zum Krankenhaus.

- **Weitere Punkte im Zusammenhang mit COVID-19, die einer Klärung bedürfen.**

1. Wohlbefinden des Personals: Hilfen zum Abbau von posttraumatischem Stress, Abbau von während der ersten Welle aufgelaufenen Überstunden, Regulierung der Arbeitszeiten, Gewährung der vereinbarten Urlaubszeiten, ggf. Arbeitseinsatz von Praktikanten und Studenten.
2. Zentralisierung der COVID-19 Fälle, insbesondere ICU mit Beatmung.
3. Durchführung der bedside Lehre und Einsatz von PJ-Studenten.
4. Patientennachrichten und Kommunikation.
5. Personalmeldungen und Kommunikation.
6. Update der Hygienepläne, z.B. Reinigung von Anästhesiegeräten, die bei COVID-19 Patienten zum Einsatz gekommen sind.

Viele der oben genannten Empfehlungen sind Bestandteil etablierter chirurgischer und anästhesiologischer Behandlungsstandards. Sie wurden um die spezifischen Aspekte erweitert, die erforderlich sind, um in Zeiten einer Pandemie die Behandlung der davon betroffenen Patienten und von Patienten mit anderen Erkrankungen gleichermaßen sicher und effektiv zu gestalten. Hierfür müssen für noch lange Zeit in einer Einrichtung de facto zwei verschiedene Krankenhäuser organisiert werden, ohne dass sich die Wege von Patienten und dem hierfür zuständigen Personal kreuzen. Das Vertrauen der Patienten in die Sicherheit eines Krankenhausaufenthaltes muss auch in der Krise erhalten bleiben.

Schlussfolgerungen:

- Das Ziel dieser Empfehlungen ist die Reduktion der wartenden Patientenzahlen mit aufgeschobenen operativen Eingriffen und die Organisation des Überganges in einen geordneten parallelen Regelbetrieb mit COVID- und NON-COVID-Patienten.
- Hierbei muss für beide Patientengruppen und das Personal eine hohe Sicherheit angestrebt werden.
- Unterschiedliche Infektionsraten in den einzelnen Bundesländern erfordern quantitativ ein modifiziertes Vorgehen.

- Für Patienten mit elektiven Eingriffen ist ein obligater Virustest zu fordern, es sei denn, es wurde eine CT-Untersuchung des Thorax als indiziert angesehen und durchgeführt.
- Aktuell sind alle Patienten über ein potentiell höheres Infektionsrisiko mit COVID-19 aufzuklären.
- Bei begrenzten Ressourcen erfolgt die Patientenauswahl durch ein interdisziplinäres/-professionelles Gremium.
- Bei einem Anstieg der Infektionsraten ist eine sofortige Umstellung auf restriktivere Patientenversorgung erforderlich. Dies sollte überall bei „wohl dosierter“ Öffnung der bisherigen Vorgaben möglich sein.

Mit kollegialen Empfehlungen

Prof.Dr.med. Thomas Schmitz-Rixen
Präsident DGCH

Prof.Dr.med. Rolf Rossaint
Präsident DGAI

Prof.Dr.med.Dr.h.c. Hans-Joachim Meyer
Präsident BDC

Prof.Dr.med. Götz Geldner
Präsident BDA