

*Klinik für Anästhesie und Operative Intensivmedizin der Universitätsklinik Bonn
Ausgabe Nr. 19 – Quartal I/25*

KA NEWSLETTER



ORGAN SPENDE

*... & Transplantation:
eine Übersicht der klinikinternen Standards am UKB*

Themenstrecke 2025

Liebe Kolleg*innen,
Mitarbeiter*innen und Pfleger*innen,
liebes KAI-Team,

im März haben das Symposium Kinderanästhesie Aktuell und im Februar die Westdeutschen Anästhesietage unter maßgeblicher Beteiligung der KAI stattgefunden. Ich möchte mich bei allen Beteiligten für die Unterstützung bedanken, die zum Erfolg der Veranstaltungen geführt haben. Dies hat eine tolle Außenwirkung für die KAI. Die Westdeutschen Anästhesietage werden auch 2026 und 2027 auf dem Venusberg stattfinden.

In diesem Newsletter erwartet Sie aktuelles aus den Sektionen Kinderanästhesie, Operative Intensivmedizin und Schmerztherapie. Des Weiteren freue ich mich über die Serie zur Organspende. Zudem erfahren Sie über das für die KAI wichtige interprofessionelle BITAF-Training. Ganz herzlich

möchte ich mich an allen Beteiligten bedanken, allen voran Frau Dr. Bullerkotte und Frau Müller, die dazu beigetragen haben, dass die BD-Zimmer (1. Dienst, 4. Dienst, VNA, FIB-ICU, OA- und KVC-Dienst) von Grund auf renoviert werden konnten. Zum Abschluss möchte ich noch für die KAI-Refreshertage 2026 in Balderschwang werben. Die Refreshertage dieses Jahr waren ein toller Erfolg, siehe Beitrag!



Viel Freude bei der Lektüre!

Mark Coburn
Direktor der Klinik für Anesthesiologie und Operative Intensivmedizin

P.S.:

Ganz herzlich möchte ich mich bei dem Redaktionsteam des KAI-Newsletters bedanken, dass mit viel Motivation und Inspiration den Newsletter ermöglicht hat. Gerne nehmen wir Ihre Anregungen und Kritikpunkte für den nächsten Newsletter auf (kai.newsletter@ukbonn.de). Zudem sind alle Kolleg*innen eingeladen, aktiv bei der Gestaltung des Newsletters mitzuwirken. Die Deadline für den nächsten Newsletter ist der 1. Juni 2025.

Inhalt

INHALT	3
KAI IN ZAHLEN	5
Kinderanästhesie 2022 bis 2024 – Ein Rückblick in Zahlen.....	5
ANÄSTHESIE UND OP	7
Präoperative Evaluation von Patient*innen, die Zeugen Jehovas sind	7
Der besondere Fall zum Lernen	13
Kinderanästhesie	15
INTENSIVMEDIZIN	18
Therapie-Schema Andexanet alfa.....	18
ICU- Wiki	21
Der besondere intensivmedizinische Fall zum Lernen	22
ORGANSPENDE	26
1. Quartal: Zahlen, Fakten & Öffentlichkeitsarbeit	27
Organspende und Transplantation in Zahlen: UKB-Daten für das Gesamtjahr 2024	27
Was kann jeder Einzelne von euch tun?	30
NOTFALLMEDIZIN	32
Fortbildungstermine Notfallmedizin Q 1 und Q 2 2025	32
SCHMERZMEDIZIN	34
Weiterbildungsangebot Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“	34
FORSCHUNG UND LEHRE	35
Zweite erfolgreiche Durchführung des BITAF-Trainings an unserer Klinik.....	35
Ein Ultraschallgerät findet ein neues Zuhause in der Lehre	37
PERSONALIA	39

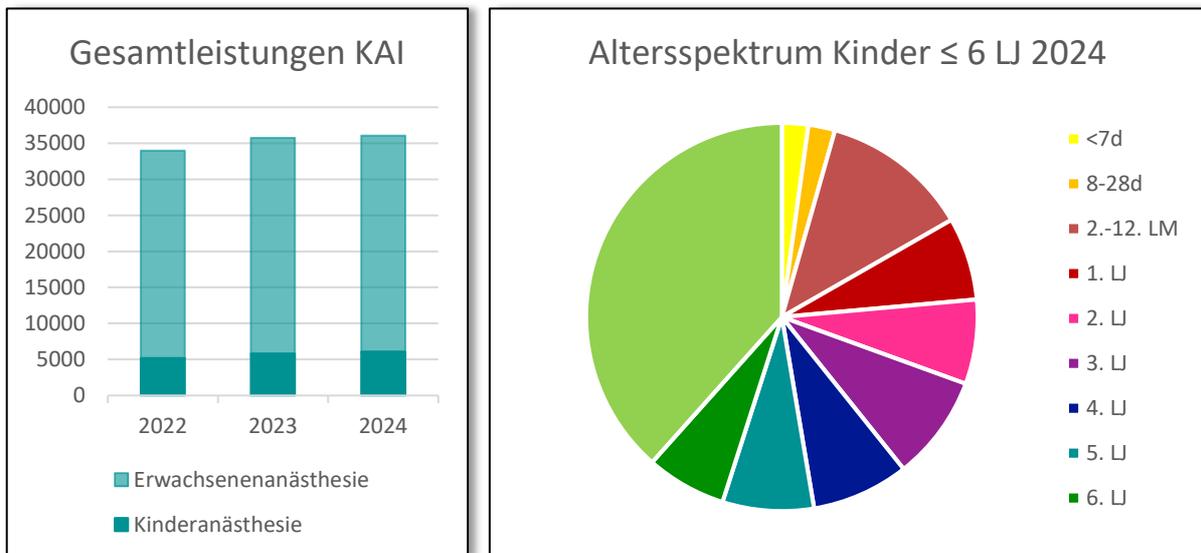
Nachruf Klaus Ringelstein.....	39
Neue ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (seit Januar 2025)	40
Vorstellung neuer Oberärzt*innen	44
Vorstellung neuer Fachärzt*innen:.....	44
Personalabgänge:.....	45
SONSTIGES.....	46
Dynamik des Dienstplanes und Nachbesetzung von Diensten	46
Renovierung der Bereitschaftsdienstzimmer	47
Westdeutsche Anästhesietage 2025 am UK Bonn	48
Die ersten interprofessionellen KAI-Refreshertage 2025 in Balderschwang	49
Termine & Impressum.....	50

KAI in Zahlen

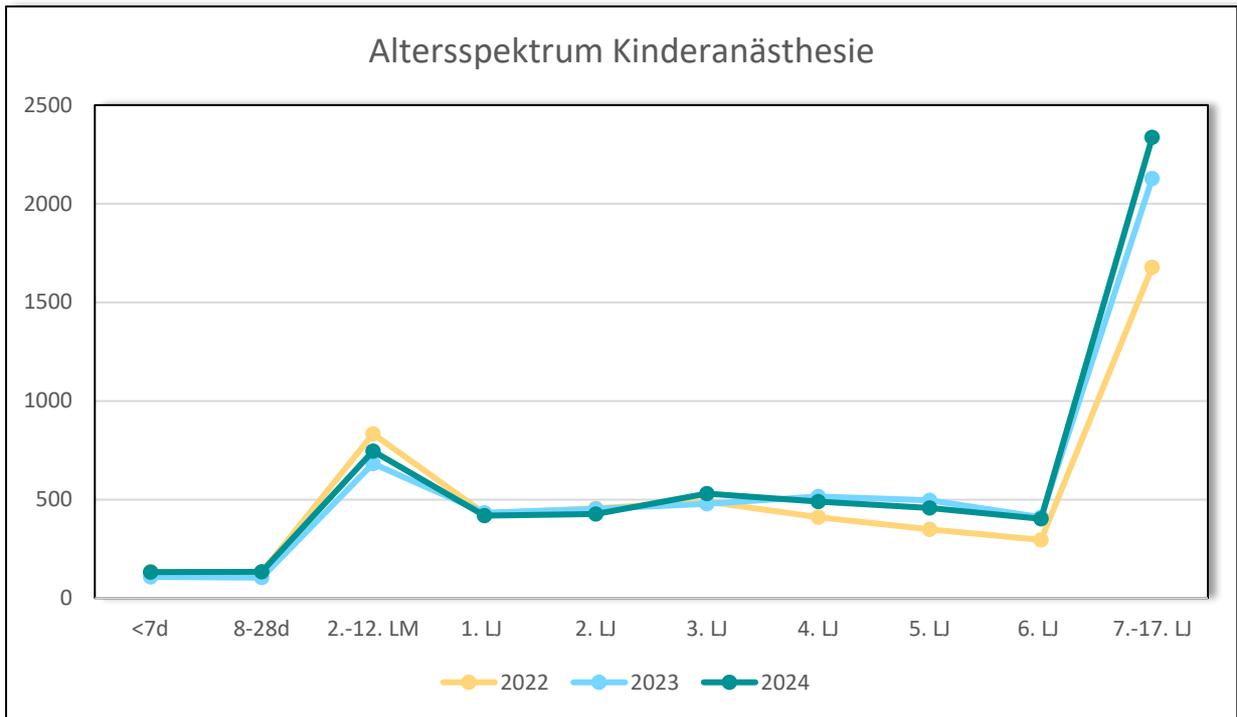
Kinderanästhesie 2022 bis 2024 – Ein Rückblick in Zahlen

von Josie Grabert

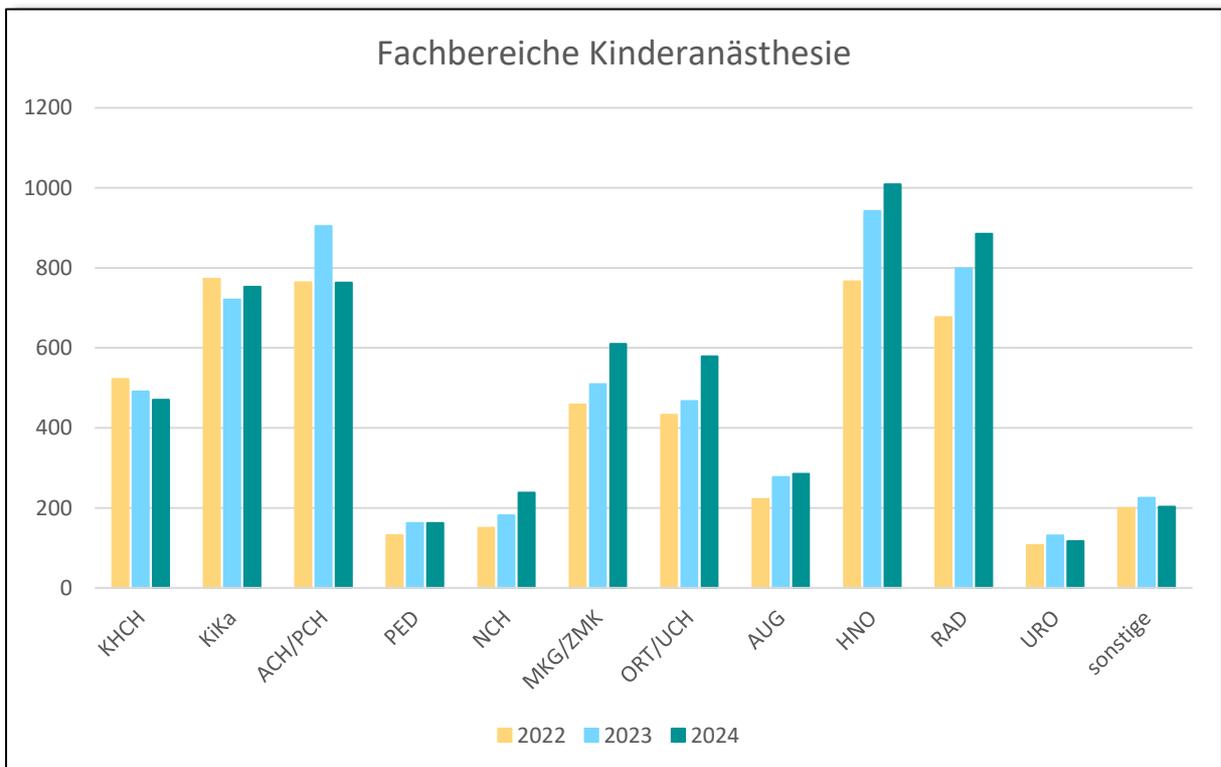
Im letzten Kalenderjahr hat die KAI 36.044 Anästhesieleistungen erbracht, wovon 6074 auf Kinder bis zum Erreichen des 18. Lebensjahres entfielen. Mit 16,9% ist der Anteil der Kinderanästhesie in den letzten drei Jahren konstant hoch geblieben. Der älteste Patient 2024 war stolze 101 Jahre alt (und wurde in der Urologie durch uns sediert)!



Das Altersspektrum 2024 verteilt sich mit 72% auf Kinder im Vorschulalter. Etwas mehr als ein Drittel, genau 2388 Kinder, waren bis zum vollendeten 3. Lebensjahr in unserer Betreuung. 132 Kinder wurden vor dem 7. Lebenstag und 134 Kinder vor dem 28. Lebenstag anästhesiologisch betreut. Statistisch betrachtet ist das jeden dritten Tag ein Kind, das noch keine Woche alt ist! Es wurden im letzten Jahr 14 Kinder am Tag ihrer Geburt durch uns betreut, und das durchweg in der Kinderkardiologie.



Die behandelnden Fachbereiche erstrecken sich über das gesamte Spektrum. Während die Eingriffe in der Kinderkardiologie stabil sind, gibt es einen leichten Rückgang in der Kinderherzchirurgie. Die Eingriffe in der Kinderchirurgie und Pädiatrie sind im Wesentlichen konstant, die Anzahl der Eingriffe in der HNO, MKG/Zahnheilkunde, Orthopädie und Radiologie sind durchweg steigend.



Anästhesie und OP

Präoperative Evaluation von Patient*innen, die Zeugen Jehovas sind

von Josie Grabert

Die Zeugen Jehovas sind eine christliche Glaubensgemeinschaft, die bei vielen für die Ablehnung von Fremdblutprodukten bekannt ist. Patient*innen, die Zeugen Jehovas sind, bringen in der Regel eine schriftliche Verfügung mit, die dies ausdrückt. Je nach vorliegender Verfügung ist für uns als transfundierende Ärzt*innen allerdings nicht immer klar, welche Interventionen im Rahmen einer relevanten Blutung im individuellen Behandlungsfall akzeptiert werden.

Dies wurde uns im Rahmen einer sekundären Sectio mit atoner Blutung nochmals bewusst. Trotz vorliegender Verfügung und ansprechbarer Patientin bestand eine große Unsicherheit, welche Gerinnungspräparate die Patientin tatsächlich akzeptiert.

Um diese Unsicherheit zu minimieren und eine optimale Versorgung zu ermöglichen, hat die KAI, in Absprache mit Mitgliedern des Krankenhaus-Verbindungskomitees der Zeugen Jehovas, eine interne Checkliste erstellt. Auf dieser sind die gängigen Blut- und Gerinnungsprodukte sowie blutsparende Maßnahmen aufgelistet und der speziellen Nomenklatur der Glaubensgemeinschaft zugeordnet. Ziel ist, dass alle elektiven, erwachsenen Patient*innen, die Zeugen Jehovas sind, auf dieser Liste akzeptierte Präparate kennzeichnen.

Die Checkliste ist im myQM (Anästhesieambulanz) hinterlegt. Die ausgefüllte und unterschriebene Checkliste soll im Orbis eingescannt und unter dem Reiter „0404“ mit dem Vermerk „Einwilligung Blutprodukte Zeugen Jehovas“ hinterlegt werden.

Diese Checkliste gilt explizit und ausschließlich für erwachsene Zeugen Jehovas. Für Kinder von Zeugen Jehovas, die anästhesiologisch betreut werden, existiert eine eigene und kürzlich aktualisierte SOP. Die SOP findet sich im myQM im Unterordner „Kinderanästhesie allgemein“. Hier obliegt die Entscheidung über die Gabe von Fremdblutprodukten den Eltern des Kindes, sofern sie nicht das Kindeswohl gefährdet. Bei vitaler Indikation gilt der rechtfertigende Notstand, der eine Transfusion durch die behandelnden Ärzt*innen zulässig macht. Dieses wird im neuen Einwilligungsformular „Einwilligung Kinderanästhesie Zeugen Jehovas“ mit den Eltern besprochen und schriftlich fixiert. Auch dieses Formular wird als eingelestes Dokument unter „0404 Einwilligung Blutprodukte Zeugen Jehovas“ im Orbis gespeichert.

Für alle Patient*innen gilt das Recht der Inakzeptanz von medizinischen Maßnahmen. Wie bei allen anderen medizinischen Maßnahmen auch, stellt es eine Körperverletzung dar, wenn keine Einwilligung vorliegt, so auch für Transfusionen. Diese Entscheidung obliegt unseren erwachsenen Patient*innen und ist für uns bindend. Die neue Checkliste dient der sicheren

Dokumentation dieser Entscheidung. Bei minderjährigen Patient*innen steht das Kindeswohl an erster Stelle, wofür die gesonderte Einwilligung vorliegt.

Für Fragen stehen Josie Grabert, Freddy Schindler, Jan Menzenbach und Tobias Hilbert zur Verfügung. Im Folgenden sind die neuen Einwilligungen zur Ansicht.



Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Fallnummer _____

Straße, PLZ, Ort _____

Krankenversicherung _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist ein operativer Eingriff geplant, der möglicherweise mit relevantem Blutverlust einhergehen kann. Bei zu niedrigem Gehalt roter Blutkörperchen (Erythrozyten) und den darin enthaltenen Sauerstoffträgern (Hämoglobin) kann es zu einer Beeinträchtigung des Kreislaufs mit erniedrigtem Blutdruck sowie Unterversorgung wichtiger Organe kommen (Herz, Gehirn, Nieren). Bei einer Blutung gehen zudem Gerinnungsfaktoren verloren, so dass die Bildung von Blutgerinnseln eingeschränkt sein kann. Bei starker Blutung kann dies lebensbedrohliche Folgen haben oder sogar zum Tod führen.

Um akute und langfristige Organschäden zu vermeiden und die Blutgerinnung zu unterstützen, ist die Gabe von Blut, Blutbestandteilen und Gerinnungsprodukten angezeigt.

In unserer Klinik werden dazu verschiedene Produkte und Verfahren vorgehalten. Bitte kreuzen Sie bei jeder Option Ihre persönliche Entscheidung auf der zweiten Seite an. Zum besseren Verständnis sind die Blutprodukte und Gerinnungsfaktoren zusätzlich in der Terminologie der Glaubensgemeinschaft gekennzeichnet.

Ich bin mir bei Ablehnung von Blut und Blutbestandteilen der möglichen langfristigen Konsequenzen (Tod, körperliche/geistige Beeinträchtigung, bleibende Organschäden) bewusst. Ich hatte ausreichend Gelegenheit in einem persönlichen Gespräch alle Fragen zu beantworten.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in

Unterschrift Ärztin/Arzt
Anästhesienummer

Hauptbestandteile	Erythrozytenkonzentrat Aufbereitete, gereinigte, menschliche rote Blutkörperchen.	<input type="checkbox"/> Ich stimme der Gabe zu. <input type="checkbox"/> Ich lehne die Gabe ab.
	Gefrorenes Frischplasma Aufbereitetes, gereinigtes, menschliches Blutplasma, enthält Gerinnungsfaktoren.	<input type="checkbox"/> Ich stimme der Gabe zu. <input type="checkbox"/> Ich lehne die Gabe ab.
	Thrombozytenkonzentrat Aufbereitete, gereinigte, menschliche Blutplättchen.	<input type="checkbox"/> Ich stimme der Gabe zu. <input type="checkbox"/> Ich lehne die Gabe ab.
Vollblut	Eigenblutspende Spende von eigenem Blut 4-8 Wochen vor der Operation. Aufbereitung und Lagerung (max. 49 Tage) in der Blutbank.	<input type="checkbox"/> Ich stimme der Spende zu. <input type="checkbox"/> Ich lehne die Spende ab.
Plasmafraktionen	Gerinnungsfaktoren (Fibrinogen, PPSB, Faktor 7, Faktor 13) Aufgereinigte einzelne Gerinnungsfaktoren in Pulverform zur Auflösung. Aus menschlichem Blut gewonnen.	<input type="checkbox"/> Ich stimme der Gabe zu. <input type="checkbox"/> Ich lehne die Gabe ab.
	Immunglobuline Aufgereinigte Antikörper, die aus menschlichem Blut gewonnen werden. Anwendung bei Autoimmunerkrankungen z.B. im Rahmen einer sog. Blutwäsche.	<input type="checkbox"/> Ich stimme der Gabe zu. <input type="checkbox"/> Ich lehne die Gabe ab.
	Albumin Bluteiweiß, das u.a. zur Wiederherstellung und Aufrechterhaltung des Blutvolumens im Körper genutzt wird. Gewonnen aus menschlichem Blutplasma.	<input type="checkbox"/> Ich stimme der Gabe zu. <input type="checkbox"/> Ich lehne die Gabe ab.
	Fibrin Operations-Klebstoff zur örtlichen Blutstillung während der Operation. Gewonnen aus menschlichem Blut.	<input type="checkbox"/> Ich stimme der Gabe zu. <input type="checkbox"/> Ich lehne die Gabe ab.
maschinelle Verfahren	Cell Salvage (maschinelle Autotransfusion) Verfahren, bei dem das eigene Wundblut während der OP aufgefangen und aufgereinigt wird und die darin enthaltenen roten Blutkörperchen unmittelbar per Infusion zurückgegeben werden. Keine Zwischenlagerung außerhalb des OP-Saals, kein Fremdblut.	<input type="checkbox"/> Ich stimme der Nutzung zu. <input type="checkbox"/> Ich lehne die Nutzung ab.
	Herz-Lungen-Maschine / ECMO Maschinelle Verfahren zur Unterstützung oder Ersatz von Lungen- und / oder Herzfunktion. Das Blut wird außerhalb des Körpers mit Sauerstoff versorgt, von CO ₂ bereinigt, und in den Körper zurückgegeben. Das Blut bleibt im System, es kommt kein Fremdblut zum Einsatz.	<input type="checkbox"/> Ich stimme der Nutzung zu. <input type="checkbox"/> Ich lehne die Nutzung ab.
	Dialyse Maschinelle Blutwäsche bei vorübergehender oder dauerhafter unzureichender Nierenfunktion. Das Blut bleibt im System, es kommt kein Fremdblut zum Einsatz.	<input type="checkbox"/> Ich stimme der Nutzung zu. <input type="checkbox"/> Ich lehne die Nutzung ab.
Medikamente	Tranexamsäure Medikament, das die Blutgerinnung unterstützt. Künstlich hergestellt, enthält keine menschlichen Blutbestandteile.	<input type="checkbox"/> Ich stimme der Gabe zu. <input type="checkbox"/> Ich lehne die Gabe ab.
	Eisenpräparate Synthetisch hergestellte Eisenpräparate, die die körpereigene Bildung roter Blutkörperchen unterstützen (einsetzende Wirkung erst nach Wochen). Enthält keine menschlichen Blutbestandteile.	<input type="checkbox"/> Ich stimme der Gabe zu. <input type="checkbox"/> Ich lehne die Gabe ab.
	Erythropoetin Im Menschen vorkommendes Hormon, das die Bildung roter Blutkörperchen anregt (einsetzende Wirkung nach Wochen). Wird gentechnisch in tierischen Zellen hergestellt, enthält keine Blutbestandteile.	<input type="checkbox"/> Ich stimme der Gabe zu. <input type="checkbox"/> Ich lehne die Gabe ab.



Verhalten bei der eventuellen Anwendung von Bluttransfusionen bei minderjährigen Kindern von Zeugen Jehovas

Name der/des Sorgeberechtigten

Name der/des aufklärenden Anästhesisten/in

Patientenetikett

1. Der/Die Sorgeberechtigte informiert den/die Anästhesist/in, dass er/sie Zeuge Jehovas ist und die Anwendung von Blutprodukten bei ihrem Kind ablehnt. Der/die Anästhesist/in respektiert diese Einstellung des/der Sorgeberechtigten. Dies wird im Anästhesieprotokoll deutlich vermerkt, um alle Anästhesist/innen von diesem Tatbestand in Kenntnis zu setzen.
2. Wenn der/die Anästhesist/in bei einer elektiven Behandlung, die nicht lebensnotwendig ist, eine Anwendung von Blutprodukten evtl. für notwendig erachtet, kann der/die Sorgeberechtigte/r die Behandlung ablehnen.
3. Wenn der/die Anästhesist/in in einem dringenden Fall eine Anwendung von Blutprodukten als unvermeidlich ansieht, benachrichtigt er davon den/die Sorgeberechtigten und erläutert das Unvermeidliche der Situation. Die Sorgeberechtigten nehmen Kontakt mit dem Krankenhausverbindungskomitee der Zeugen Jehovas auf. Ein gerichtlicher Ersatz der Einwilligung der Eltern in eine Bluttransfusion kann in den meisten Fällen unterbleiben.
4. Sollte in einem seltenen Fall während der Behandlung ein unvorhersehbarer Notfall eintreten, wird das Ärzteteam dennoch sein Möglichstes tun, die von dem/der Sorgeberechtigten ausgesprochene Ablehnung von Blutprodukten anzuerkennen und sein/ihr Kind ohne Blutprodukte zu behandeln. Befindet es der/die behandelnde Anästhesist/in in einer solchen Situation zur Rettung des Lebens des Kindes jedoch als unvermeidlich, sofort Blut zu geben, so ist er trotz der von dem/der Sorgeberechtigten ausgesprochenen Ablehnung nach den gesetzlichen Bestimmungen dazu berechtigt.

Datum

Anästhesist/in

Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin

Universitätsklinikum Bonn

Direktor: Prof. Dr. med. Mark Coburn

Sektionsleitung Kinderanästhesiologie: Prof. Dr. med. Ehrenfried Schindler



Universitätsklinikum Bonn – Venusberg-Campus 1 – 53127 Bonn



Ich/wir haben das Obige gelesen und verstanden.

Meine / unsere Unterschrift soll nur als Bestätigung meiner / unserer Kenntnis von dem betrachtet werden, was die gesetzlichen Bestimmungen für einen Notfall vorsehen. Die Unterschrift sollte keinesfalls als Erlaubnis für eine Bluttransfusion angesehen werden und auch nicht als Verzicht auf mein / unser gesetzliches Recht auf Entscheidung und Überwachung, welche medizinische Behandlung das Kind erhält oder nicht.

Sorgeberechtigte/r

Verhältnis zum Kind

Sorgeberechtigte/r

Verhältnis zum Kind

Datum

Zeuge

Der besondere Fall zum Lernen

Liebes KAI-Team,

Komplikationen und Fehler passieren und sind menschlich. Wichtig ist, dass man selbst und im Idealfall wir alle daraus lernen: wie ist es dazu gekommen, was kann das nächste Mal besser werden?

Dafür ist diese Rubrik gedacht: für die anonyme Darstellung von Fällen und was wir daraus gemacht haben. Wer auch einen lehrreichen oder eben komplikativen Fall erlebt hat – bitte sagt Bescheid, damit wir alle davon lernen können!

Josefin Grabert

Sedierung im Neuro-MRT

Zur pädaudiologischen Diagnostik waren bei einem 3 Jahre alten Mädchen eine MRT, CT und BERA terminiert. Das Mädchen wog 15kg und hatte neben einer progredienten Schwerhörigkeit keine Vorerkrankungen.

In der Vorbereitung wurde durch die Anästhesie-Pflege berichtet, dass das MRT-fähige Perfusorsystem defekt und nicht betriebsbereit war. Da zur geplanten reinen Propofol-Sedierung ein Perfusor notwendig war, wurde durch die Pflege vorgeschlagen, einen üblichen Braun Space Perfusor zu verwenden, der am Ende der Patientenliege unter der Matratze positioniert würde. So wäre man bei schon länger defektem MRT-fähigem Perfusor häufiger problemlos verfahren. Die verantwortliche Anästhesistin hatte dieses Konzept zwar hinterfragt, schlussendlich jedoch der erfahrenen Anästhesiepflege zugestimmt.

Nach problemloser Einleitung und Etablierung der Propofol-Sedierung begann der Scan im MRT. Mit Beginn der Untersuchung wurde der im Raum befindliche Perfusor durch das Magnetfeld zur Gantry gezogen. Die Sequenz wurde daraufhin unterbrochen. Das Mädchen blieb dabei unverletzt, da der Perfusor die Matratze umgeknickt hatte und so eine schützende Schicht bestand. Zur Fortführung der Sedierung und des MRTs wurde der Perfusor jetzt unterhalb des MRT-Tisches mit einem breiten Klettband fixiert und das MRT so ohne weitere Unterbrechungen fortgeführt.

Der weitere Verlauf gestaltete sich ereignislos, das Mädchen wurde sediert zur BERA verlegt und konnte nach unauffälliger Sedierung ambulant entlassen werden.

Wo lag das Problem?

Im vorliegenden Fall wurde ein nicht geeignetes und für das MRT nicht zugelassenes Gerät im MRT verwendet. Auch wenn das MRT gerade keine Sequenz aufzeichnet, ist das Magnetfeld stets aktiv. Ferromagnetische Gegenstände können im Magnetfeld zum Projektil werden und stellen eine potentielle Gefahr für Patient*innen und Personal dar. Unabhängig davon ist es fraglich,

welche Auswirkungen das Magnetfeld auf Elektrik und korrekte Funktionsweise des Perfusors hat.

Retrospektiv stellte sich heraus, dass ein zweiter MRT-fähiger Perfusor verfügbar gewesen wäre. Dies war in der Situation jedoch nicht bekannt, da über das defekte Gerät weder auf oberärztlicher noch leitend-pflegerischer Seite gesprochen wurde. Interessanterweise hatte auch die MTRA keine Einwände zum Perfusor im MRT.

Wie wurde das Problem gehandelt?

Mit Dislokation des Perfusors wurde umgehend die Sequenz unterbrochen und damit das Magnetfeld reduziert. Da das Mädchen nicht unmittelbar gefährdet war, war ein Not-Aus des MRTs nicht indiziert. Um die Sedierung aufrecht zu erhalten, wurde der gleiche Perfusor verwendet, lediglich in anderer Fixierungsart.

Wie lässt sich das Problem vermeiden?

Im MRT-Raum dürfen ausschließlich und ausnahmslos MRT-fähige Geräte verwendet werden. Die KAI benutzt das MRidium Perfusorsystem (CordaMed), das am Patienten im MRT verbleibt und über eine per Funk verbundene Konsole im Kontrollraum gesteuert wird. Damit können zwei Perfusorspritzen bedient werden.



Im ELKI-MRT ist darüber hinaus die Braun SpaceStation MRI verfügbar. In diesen speziell abgeschirmten Schrank können bis zu vier BraunSpace-Perfusoren verlastet und in einem Abstand >1,5m zum Gerät gebracht werden. Eine Steuerung aus dem Kontrollraum ist hierbei nicht möglich.

Sollten beide Optionen nicht verfügbar sein, aber eine Sedierung unabdingbar, ist die Anwesenheit des Anästhesisten im MRT zur manuellen Bolusapplikation möglich. Zwar ist die kontinuierliche Medikamentenapplikation zur Sedierung zu bevorzugen, in Abwägung zur Patientensicherheit ist die Bolusapplikation jedoch eine probate Alternative.

Kinderanästhesie

SOP zu Altersgrenzen bei ambulanten Prozeduren

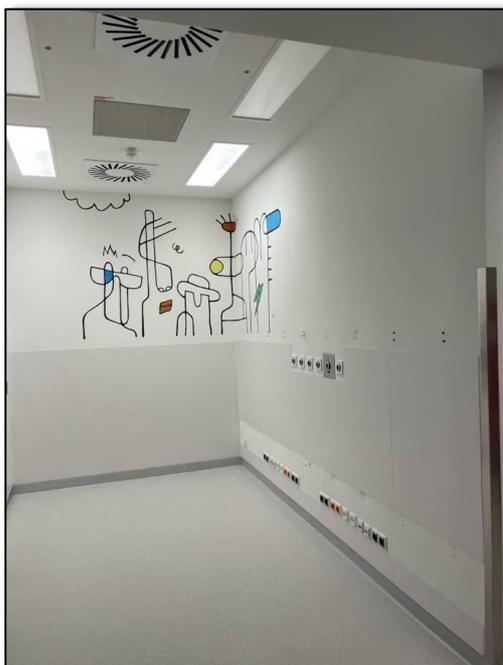
von Josie Grabert

Wir behandeln Kinder aller Altersklassen für verschiedenste Eingriffe und diagnostische Verfahren. Die Entwicklung zu ambulanten Eingriffen ist zunehmend und geht mit einer hohen Eltern- und auch Patientenzufriedenheit einher. Bisher haben wir es so vereinbart, dass Kinder unter 6 Monaten nicht ambulant geführt wurden, unabhängig vom Eingriff. Diese Altersgrenze ist jedoch arbiträr und nicht durch wissenschaftliche Leitlinien oder Empfehlungen begründet. Hinzu kommen sehr praktische Überlegungen: die Bettensituation ist wie überall begrenzt und stationäre Aufnahmen müssen gegenüber dem MD gut begründet sein.

Daher hat die Kinderanästhesie der KAI eine neue SOP verfasst und neue Altersgrenzen festgelegt. Grundsätzlich können gesunde Kinder ab dem 1. Lebensstag nach Sedierungen und Kinder ab dem 3. Lebensmonat nach Narkose ambulant geführt werden. Ausgenommen davon sind Kinder vor dem 1. Lebensjahr, die an den Atemwegen operiert werden. Für alle gilt ein fieberhafter Atemwegsinfekt als absolute Kontraindikation zum ambulanten Verfahren. Relative Kontraindikationen beziehen sich auf Vorerkrankungen, aber auch auf Sedierungsablauf und das soziale Gefüge. Alle Details finden sich ab sofort in myQM im Ordner Kinderanästhesie Allgemein unter „Altersgrenzen bei ambulanten Prozeduren“.

Neugestaltung der Einleitungen im ELKI

Im Februar wurden die Einleitungen der Säle 2 und 3 im ELKI renoviert. Analog zur Unterwasserwelt aus Schleuse und Aufwachraum wurden durch Highlitz Bonn beide Einleitungen zu Aquarien umgestaltet, die sicherlich nicht nur unsere kleinen PatientInnen begeistern! Wer selbst einmal abtauchen will, ist herzlich im ELKI willkommen!



Fortbildungen Kinderanästhesie – man lernt nie aus

Am 07. und 08. März fand in Köln Mülheim das Symposium Kinderanästhesie aktuell statt. Das seit Jahren etablierte Format wurde auch diesmal durch unsere Kinderanästhesie mit ausgerichtet und insbesondere durch mehrere unserer Kolleg*innen im Workshop zur Kaudalanästhesie vertreten.

Wer seinen Fortbildungsurlaub für das Jahr noch nicht verplant hat und sich kinderanästhesiologisch fortbilden möchte, dem seien folgende Veranstaltungen ans Herz gelegt:

Jahrestagung des Wissenschaftlichen Arbeitskreises Kinderanästhesie (WAKKA)

23. & 24. Mai 2025 im Universitätsclub Bonn

Die Vor-Ort-Organisation findet durch Patrick Jakobs und Mareike Ringwald statt – das gibt für uns zwar keine Preisnachlässe, aber viele bekannte Gesichter :)

<https://www.ak-kinderanaesthesie.de/dokumente-fuer-alle/veranstaltungen/203-37-jahrestagung-des-wakka/file.html>

Repetitorium Kinderanästhesie

28.-31. Mai 2025 in Stimpfach-Rechenberg

Ein seit Jahren bewährtes Fortbildungsformat, weitere Infos unter <https://skaga-ev.de/products/kirep2025>

Bonner Kinderanästhesietag

Unsere klinikeigene Fortbildung rund um Kinderanästhesie gibt es dieses Jahr gleich doppelt: 20.05.25 und 18.11.25! Save the date!

Celler Symposium für Kinderanästhesie und Kindernotfallmedizin

27.-29. November 2025 im Congress Union Celle

Dieses Jahr zum letzten Mal in diesem Format, ab 2026 gibt es als Zusammenschluss von Celle, Stuttgart und Köln anstelle von zwei Kongressen im Jahr den KIDS – Kinderanästhesiologie Deutschland.

PALS-Kurse

Finden in regelmäßigem Abstand im Marienhospital Bonn (also um die Ecke) statt. Der Kurs dauert 2 Tage und wird durch das Kindernotfallteam NRW ausgerichtet.

<https://kindernotfallteam-bonn.de/pals-kurs/>

Wer keine Fortbildungstage mehr hat, sich aber gern bei Kaffee und Kuchen fortbildet, ist bei unseren **Weiterbildungsvorlesungen jeden zweiten Donnerstag** in der BelEtage goldrichtig. Sie sind immer einen Besuch wert, und die kinderanästhesiologischen Themen sind für den 10.07.2025 und 30.10.2025 geplant!

Intensivmedizin

Therapie-Schema Andexanet alfa

von Felix Lehmann

Die folgende SOP gilt für **intrakranielle Blutungen unter Antikoagulation** mit den Faktor-Xa-Inhibitoren **Apixaban, Rivaroxaban** (beide on-label) und **Edoxaban** (off-label).



Es existieren zwei mögliche Dosierungen in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der letzten Einnahme.

Ist der Zeitpunkt nicht bekannt, erfolgt die Dosierung wie bei <8 Stunden.

Ist die letzte Dosis nicht bekannt, wird die höhere Dosis angenommen.

Dosierung und Verabreichung

In den Notfalldepots des NNZ wird *Andexanet alfa* vorgehalten. Eine Ampulle (200mg) wird in 20ml Aqua a. i. rekonstituiert, die resultierende Lösung wird dann pur verwendet. Eine Anti-Xa-Spiegelkontrolle nach Infusionsende soll nicht erfolgen. Eine Kombination mit PPSB wird nicht empfohlen.

Dosierungsschemata:

Low Dose Andexanet alfa

	Bolus	Volumen	Laufrate	Laufzeit	Vials
Bolus	400mg	40ml	180ml/h	13,3 Min	2
Kontinuierliche Gabe	480mg	48ml	24ml/h	120 Min	3

High Dose Andexanet alfa

	Bolus	Volumen	Laufrate	Laufzeit	Vials
Bolus	800mg	2x 40ml	180ml/h	26,6 Min	4
Kontinuierliche Gabe	960mg	2x 48ml	48ml/h	120 Min	5

Einleitung

Die Verordnung von Faktor-Xa-Inhibitoren zur oralen Antikoagulation (Apixaban, Rivaroxaban, Edoxaban) hat in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Grund hierfür ist das günstige Nutzen-Risiko-Profil sowie der Wegfall des Monitorings von Gerinnungsparametern. Aufgrund der demographischen Entwicklung mit steigendem Alter der Bevölkerung ist zu erwarten, dass zukünftig noch mehr Patient*innen eine orale Antikoagulation einnehmen. Die schwerwiegendsten Komplikationen bei der Einnahme von oralen Antikoagulantien sind kritische Blutungen, wobei gastrointestinale und intrakranielle Blutungen am häufigsten auftreten. Diese SOP bezieht sich ausschließlich auf intrakranielle Blutungen. Sie wurde im interdisziplinären Konsens zwischen den behandlungsführenden Kliniken für Neurologie und Neurochirurgie sowie der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin, der Abteilung für Klinische Akut- und Notfallmedizin sowie des Instituts für Experimentelle Hämatologie und Transfusionsmedizin erstellt. Die Anwendung erstreckt sich auf alle Fachkliniken und Funktionseinheiten des Neuro-

Zentrums des UKB. In den Notfalldepots des NNZ werden insgesamt 18 Vials *Andexanet alfa* bevorratet (ausreichend für zwei Gaben der hohen Dosierung).

Indikation

1. Einnahme eines Faktor-Xa-Inhibitors innerhalb der letzten 15 Stunden (Nutzung bei Apixaban und Rivaroxaban on-label, bei Edoxaban off-label)
2. Radiologisch gesicherte intrakranielle Blutung, die potentiell lebensbedrohlich ist und/oder einer sofortigen neurochirurgischen Intervention bedarf, sodass eine Aufhebung der Antikoagulation erforderlich ist. Dies trifft vor allem auf folgende Konstellationen zu:
 - a. Parenchymatöse intrazerebrale Blutungen (ICB) zwischen 0,5 ml und 60 ml, die konservativ behandelt werden (>60 ml: individuelle Therapie-entscheidung)
 - Symptombeginn ≤ 6 Stunden vor der cCT/cMRT-Diagnostik, bei unbekanntem Symptombeginn individuelle Therapieentscheidung
 - GCS ≥ 7 zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung
 - Vermutete Lebenserwartung länger als ein Monat
 - b. Jegliche ICB mit der Indikation für eine notfallmäßige neurochirurgische Intervention (z.B. Evakuierung, dekompresive Hemikraniektomie)
 - c. Traumatische intrakranielle Blutungen (akutes subdurales Hämatom, epidurales Hämatom) mit der Indikation für eine notfallmäßige neurochirurgische Intervention (Kraniotomie und Evakuierung, dekompresive Hemikraniektomie)
 - d. Aneurysmatische Subarachnoidalblutung (SAB) mit oder ohne ICB- Komponente mit der Indikation für eine notfallmäßige neurochirurgische Versorgung der Blutungsquelle (Clipping)

Kontraindikationen

1. Bei thrombotischen oder thromboembolischen Ereignissen innerhalb der letzten zwei Wochen, individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung:
 - a. Venöse Thrombose/Lungenembolie: so restriktiv wie möglich
 - b. Myokardinfarkt/ Hirninfarkt/ TIA/ akutes Koronarsyndrom/ arterielle Embolien: Gabe möglich, aber schnelle Wiederaufnahme der Antikoagulation im Verlauf
2. Bekannte Allergie gegen *Andexanet alfa*
3. Sicherheit und Wirksamkeit bei Kindern und Jugendlichen nicht erwiesen: in diesem Fall individuelle Therapieentscheidung

Alternative

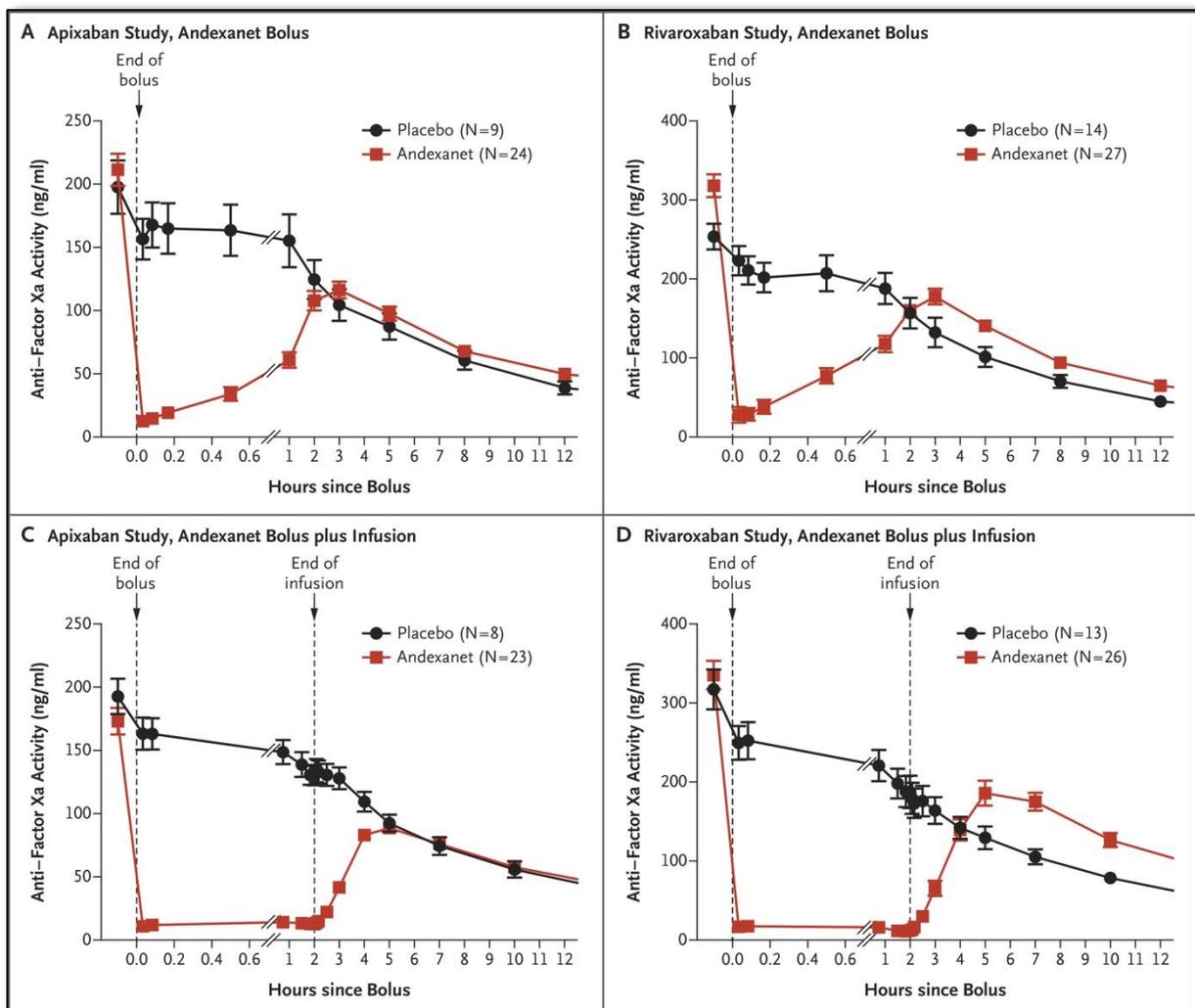
Sind die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt oder liegen Kontraindikationen für die Gabe von *Andexanet alfa* vor, kann alternativ eine Therapie mit PPSB (50 IE/kg Körpergewicht) erfolgen. Im Vergleich zu *Andexanet alfa* geht die Gabe von PPSB mit einem geringeren Risiko thrombotischer Komplikationen einher.

CAVE

- Die Therapie mit *Andexanet alfa* erfolgt nur bei gesicherter Indikation (s.o.)
- Die Indikationsstellung erfolgt durch Oberärzt*innen der behandelnden Fachabteilung
- Aufgrund der o.g. fachspezifischen Indikationen erfolgt die Indikationsstellung ausschließlich durch die Neurologie/Neurochirurgie
- Keine Anti-Xa-Spiegelkontrolle nach Infusionsende von *Andexanet alfa*, da falsch hohe Anti Xa-Spiegel suggeriert werden
- Die Kombination von PPSB und *Andexanet alfa* wird nicht empfohlen
- Dosis und Zeitpunkt der Gabe sind in der elektronischen Patientenakte zu dokumentieren (Arztbrief/Notfallprotokoll, Dekurs)

Hintergrund

Die ANNEXA-I-Studie zeigte für Anti-FXa-behandelte Patient*innen eine bessere Hämatom-Kontrolle nach *Andexanet alfa*-Gabe im Vergleich zur Standard-Behandlung (größtenteils mit PPSB-Gabe), allerdings auf Kosten einer höheren Rate thrombotischer Komplikationen ¹⁾. Basierend auf diesen Daten ist die korrekt indizierte *Andexanet alfa*-Gabe in die aktuelle Leitlinie der DGN aufgenommen worden ²⁾. *Andexanet alfa* ist rekombinanter humaner FXa, allerdings ohne enzymatische Aktivität. Es ist also nicht koagulatorisch wirksam, sondern bindet FXa-Inhibitoren und hebt dadurch ihre Wirkung auf. Die Pharmakokinetik von *Andexanet alfa* erfordert eine Gabe als Bolus mit nachfolgender Dauergabe, wie anhand des Surrogat-Parameters „Anti-Xa-Spiegel“ verdeutlicht wird ³⁾:



- 1) <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2313040>
- 2) <https://dgn.org/leitlinie/behandlung-von-spontanen-intrazerebralen-blutungen>
- 3) https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/ondexxya-epar-product-information_en.pdf

ICU- Wiki

von Felix Lehmann

Diese SOP, aber auch das gesamte ICU Manual und noch viele andere aus unserer Sicht hilfreiche kleine Dinge für den intensivmedizinischen Alltag, sind auch im ICU-Wiki zu finden. Das Wiki stellt eine sich stetig wachsende und aktualisierende Sammlung dar, die uns alle im klinischen Alltag unterstützen soll.

Unsere SOPs finden sich selbstredend alle in aktueller Form im offiziellen myQM-System. Dies ist und bleibt auch der primäre und offizielle Publikationsweg. Im Wiki versuchen wir diese Inhalte zusätzlich in einer modernen Weise noch nutzbarer zu machen.

Um das Wiki zu öffnen einfach die Internetseite <https://opz-icu.de> besuchen.

Mit folgenden Login-Credentials kann man sich anmelden:

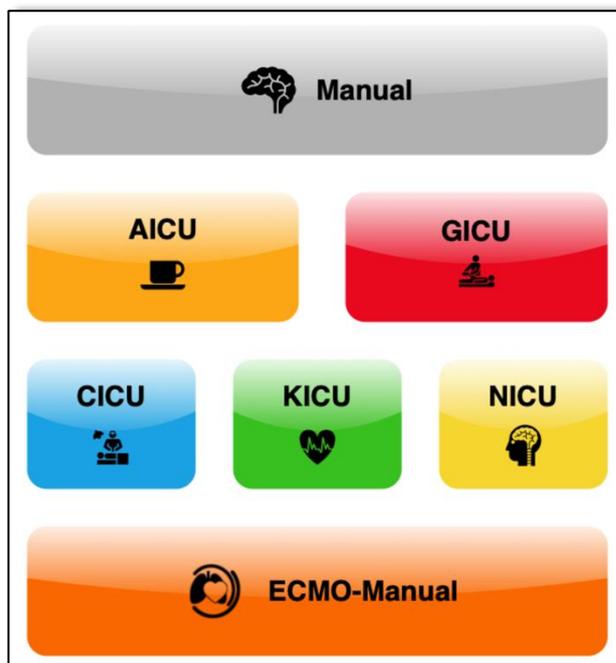
User: icu-user
 Passwort: soweit-algerien-affäre

In regelmäßigen Abständen ändern wir dieses Passwort. Das wird natürlich mit viel zeitlichem Vorlauf im Wiki mitgeteilt. Solltet ihr das aber mal nicht mitbekommen haben, können euch die ICU-Oberärzte das aktuelle Passwort sicher verraten.

Wenn man sich beispielsweise auf dem Smartphone diese Seite als Shortcut auf den Homebildschirm legt und bei der ersten Anmeldung den Haken bei „angemeldet bleiben“ setzt, fühlt sich das Wiki auch noch ein wenig mehr nach einer App an.

Viel Spaß beim Ausprobieren!

Wer Lust hat, sich zu beteiligen - weil ein Wiki ja gerade von der Arbeit vieler profitiert - der kann sich gerne bei den ICU-Oberärzten melden und wir zeigen euch dann wie.



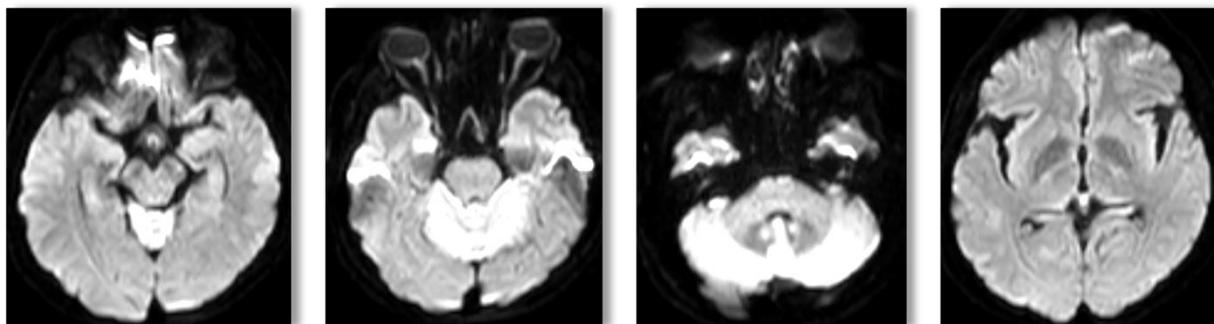
Der besondere intensivmedizinische Fall zum Lernen

Weller, Zeyen, Ehrentraut, Zimmermann, Lehmann

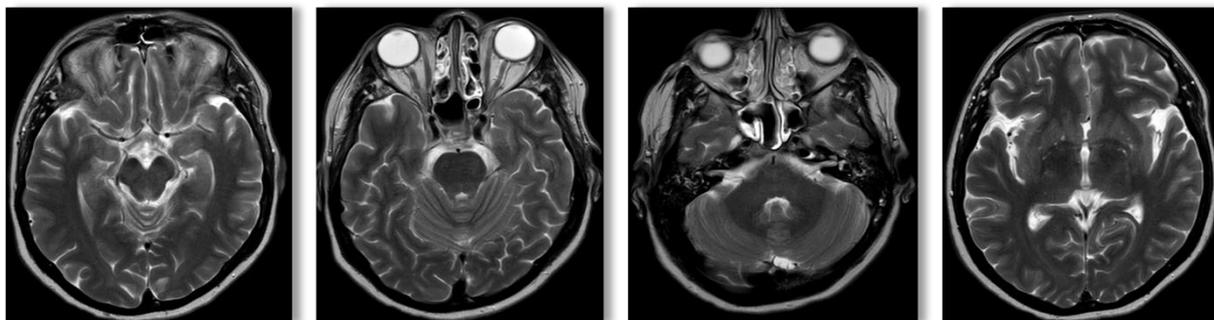
Intoxikationen stellen eine diagnostische und therapeutische Herausforderung in der Neurointensivmedizin dar.

Wir präsentieren den Fallbericht einer Patientin, die sich nach einer Koloskopie mit unspezifischen gastrointestinalen Beschwerden vorstellte und innerhalb weniger Tage ein akutes Nierenversagen entwickelte. Bei zunehmender Vigilanzminderung erfolgte die Verlegung in unser Zentrum und es präsentierte sich eine komatöse Patientin mit schlaffer Tetraplegie und Hirnstammareflexie, lediglich im Apnoe-Test war ein residueller Atemantrieb mit 1-2 Atemhüben/ Minute nachweisbar. CT-morphologisch ließ sich ein mildes Hirnödem nachweisen.

cMRT in der DWI Wichtung



cMRT in der T2 Wichtung



Bereits im zuweisenden Krankenhaus war aufgrund des akuten Nierenversagens eine intermittierende Hämodialyse begonnen worden. Hier wurde nach einer Nierenbiopsie mit schwerer Tubulusnekrose zunächst von einer Kollagen Typ IV assoziierten Nephropathie, DD hypertensiven Nephropathie ausgegangen.

In der erweiterten Anamnese über den Ehemann fand sich eine vorübergehende Einnahme von Lampenöl und Schwarzkümmelöl in präventiver Intention aus einer unbestimmten Angst vor einer Krebserkrankung. Beide Ehepartner hatten über den Zeitraum von mehreren Wochen auf Anraten eines albanischen Naturheilers jeweils morgens einen Löffel, sowohl des Lampenöls als auch des Schwarzkümmelöls eingenommen.

Cancer patients pin hopes on Albanian 'petroleum gas'



“Studies of the neutralisation that this solution does to cancer cells have not been conducted in Albania but in Serbia as a result of their physicians collaborating with German counterparts ... and studies still continue,” the leaflet adds.

While the leaflet stops short of claiming the product actually cures cancer, it says that in Albania the product is used for stomach problems, lung diseases, prostate problems and skin diseases. However, it does not reveal the exact location where the liquid comes from, creating more mystery around it.

Some locals who are aware of the trade in the product tell different stories about its origin and date it to different eras.

A local source told BIRN that the village where the petroleum comes from is called Burizane, which lies a few kilometres outside Kruja.

“It is a water source mixed with sulphur and as a result takes on the features of kerosene. In the 1980s, geology engineers drilled in the area while trying to find natural resources. So, as a result, natural gas and sulphur have been mixed, creating a special solution,” the local told BIRN.

The Albanian health authorities do not seem overly bothered by the sale of the ‘petroleum gas’ in Kruja, although rumours of the trade have long circulated.

BIRN tried to ask the Director of Public Health in Kruja, Edmond Daci, about the product. His only response was to say: “I don’t have any official information about the issue.”

However, BIRN has discovered the product does not appear to be licensed by the National Agency of Drugs and Medical Devices, AKBPM. The agency is responsible for analysing, registering, checking and inspecting the pharmaceutical sector. However, they could not explain to BIRN whether the product is legal or not. The Ministry of Health had not responded to BIRN’s questions over the legality of the product by the time of publication.

After providing information on the product bought by BIRN, AKBPM officials later confirmed they have no records of any product like it on their register.

“Our institution has not received any requests to analyse or register this product,” an AKBPM spokeswoman told BIRN.

In cases where a product marketed as medicinal is not licensed, AKBPM

officials state “citizens have to know that there is a risk if the drug is not controlled and stamped by the agency (AKBPM).”

AKBPM told BIRN they invite locals to identify where products are being sold without the agency stamp and said they intend to conduct tests to verify the solution.

TESTIMONIES

It seems that ‘petroleum gas’ is better known among citizens of other Balkan states - mainly Montenegro and Serbia - than Albanians, as many make the long journey to Kruja to buy it.

However, it is hard to assess whether the solution has been effective since patients report different effects after taking it, while some have not been patient enough to give the ‘petroleum cure’ time.

It should be noted that BIRN has been unable to analyse the exact contents of ‘petroleum gas’ and has not yet heard of any complaints about adverse side-effects.

Zoran Pejović, 54, comes from the Montenegrin town of Nikšić. He says he is just one of many Montenegrins who have travelled to Kruje to buy natural unrefined petroleum.

After he was diagnosed with lung cancer he tried, together with conventional oncological therapy in hospital, many natural remedies that might offer a “miracle cure”.

“That’s how I heard of kerosene from Albania. A few of my acquaintances were taking it for months and claimed that they were feeling better,” Pejović told BIRN.

Two months ago he travelled to Albania and in one local pharmacy had purchased a bottle of petroleum for €25.

“As I was told, I was drinking a tablespoon first thing in the morning. But after a few today I quit, it tasted like hell, I couldn’t stand it. Maybe I will continue,” Pejović said.

Some websites have advertised ‘petroleum gas’ as legal to sell in some countries in Europe, though some people told BIRN buying it from Kruja meant buying a more natural product.

Others, purely for convenience, have chosen to buy it outside Albania. Vera Andrejević, 59, is from Belgrade and was diagnosed with breast cancer in June 2015. She believes she has made significant medical progress since using petroleum oil as a medicinal treatment.

“I’m extremely satisfied. My bone results are better and my breast carci-

noma has not ‘progressed’. Also, in my everyday life, I’m feeling much better,” Vera said.

The first time she heard about ‘petroleum gas’ is from other patients in the hospital. After losing hope in traditional medicines, she was curious to try some alternatives.

Vera has been using petroleum oil since November last year, when she discovered she could buy it in Novi Sad, the capital city of Serbia’s northern province of Vojvodina.

However, the pharmacy where Vera bought it does not have permission to sell the product, BIRN has learned.

“I heard that there are some in Albania and also in Novi Pazar (a town in south-west Serbia), but later on I found out I can buy it in Novi Sad,” she says.

“I have been using it for 40 days and then I took a break. I made two rounds of it already.”

Vera acknowledges her doctors are not aware she is using it but insists the solution ‘helps me and I will continue with my ‘petroleum oil therapy’.

Dušica Tomović and Saša Dragajić contributed to this text.

Während der Mann komplett asymptomatisch war, zeigte seine Frau oben beschriebene schwerste Ausfallsymptome, so dass aus klinischer Sicht zunächst keine Verknüpfung mit der Einnahme hergestellt wurde.

Nach Übernahme in die UKB wurde differentialdiagnostisch neben einer septischen Enzephalopathie eine infektiöse Enzephalopathie/Meningoenzephalitis in Betracht gezogen. Die Liquoranalytik ergab eine gemischtzellige Pleozytose (160/μl) eine Eiweißerhöhung (1.34 g/l), Glucose-Erhöhung (158 mg/dl bei Serumglucose 183 mg/dl) und Lactat-Erhöhung (27.5 mg/dl). In der Erregerdiagnostik zeigte sich ein schwach positiver EBV-Titer. Die bestehende Antibiose mit Piperacillin/Tazobactam wurde daher auf Ceftriaxon, Ampicillin und Aciclovir geändert. Zusätzlich wurde der Verdacht auf eine akute Porphyrie abgeklärt, der sich im weiteren Behandlungsverlauf nicht bestätigte. Bei nicht auszuschließender immunvermittelter Neuropathie wurde polypragmatisch zusätzlich mit einer therapeutischen Plasmapherese begonnen. Da sich im Verlauf von 4 Behandlungen jedoch keine Symptomverbesserung zeigt wurde diese wieder abgebrochen.

Zum Ausschluss einer metabolisch/toxischen Enzephalopathie/Neuropathie wurde der Ehemann gebeten, die zuvor eingenommenen Öle mitzubringen, um eine toxikologische Untersuchung einzuleiten.

Anamnestisch hatten die Eheleute sich online eine Flasche Lampenöl der Marke „Devil’s Barbecue“ gekauft. Das Sicherheitsdatenblatt des Herstellers, das für dieses Produkt online eingesehen wurde, wies als Hauptbestandteil, wie vom Namen her zu erwarten, ein Petroleumgemisch mit charakteristischem Geruch aus.

SICHERHEITSDATENBLATT	
[gemäß 1907/2006/EC (REACH) und 453/2010/EC]	
ABSCHNITT 1: BEZEICHNUNG DES STOFFS BZW. DES GEMISCHS UND DES UNTERNEHMENS	
1.1 Produktidentifikator	
Handelsname:	DEVIL’S BARBEQUE LAMPENÖL
Chemische Name:	Kohlenwasserstoffe C10 - C13 n-Alkane, iso-Alkane, Cycloalkane, <2% Aromaten
EG-Nummer:	918-317-6
Registrierungsnummer:	01-2119474196-32-0000
1.2 Relevante identifizierte Verwendungen des Stoffs oder Gemischs und Verwendungen, von denen abgeraten wird	
ABSCHNITT 9: PHYSIKALISCHE UND CHEMISCHE EIGENSCHAFTEN	
9.1 Angaben zu den grundlegenden physikalischen und chemischen Eigenschaften	
Aggregatzustand/Form:	Flüssigkeit
Farbe:	farblos
Geruch:	charakteristisch, Kohlenwasserstoffgeruch
Geruchsschwelle:	nicht bestimmt
pH-Wert:	nicht anwendbar
Schmelzpunkt/Gefrierpunkt:	< -20°C
Siedebeginn und Siedebereich:	170°C-260°C
Flammpunkt:	> 61°C



Die Flasche, die der Ehemann schließlich mitbrachte, enthielt eine klare Flüssigkeit, die jedoch geruchlos war. Das Etikett wies weiterhin den Inhalt als „Lampenöl“ aus. Die direkte telefonische Nachfrage beim Hersteller ergab jedoch, dass es zu einer Rezepturumstellung gekommen war. Das aktuelle Sicherheitsdatenblatt wies nun als Hauptbestandteil nicht mehr Kohlenwasserstoffe sondern Diethylenglykol aus.

	SICHERHEITSDATENBLATT gemäß Verordnung (EG) Nr. 1907/2006 (REACH), geändert mit 2020/878/EU	Datum der Erstellung: 09.06.2022
	DEVIL’S BARBEQUE LAMPENÖL	Version:1.0 Seite 1 von7

ABSCHNITT 1: Bezeichnung des Stoffs beziehungsweise des Gemischs und des Unternehmens

1.1 Produktidentifikator

Handelsname: **DEVIL’S BARBEQUE LAMPENÖL**
 Name des Stoffs: 2,2'-Oxydiethanol; Diethylenglykol
 Index Nr: 603-140-00-6
 EG Nr: 203-872-2
 CAS Nr: 111-46-6
 REACH-Registrierungsnummer: 01-2119457857-21-XXXX

ABSCHNITT 9: Physikalische und chemische Eigenschaften

9.1 Angaben zu den grundlegenden physikalischen und chemischen Eigenschaften

Aggregatzustand	Flüssigkeit
Farbe	Farblos
Geruch	Nahezu geruchlos
Schmelzpunkt/Gefrierpunkt	-6,5°C
Siedepunkt oder Siedebeginn und Siedebereich	249,9°C

Diethylenglykol führt neben unspezifischen Vergiftungssymptomen, wie Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Diarrhö, Kopfschmerzen, Schwindel und Somnolenz auch zu einer akuten Nierenschädigung im Sinne einer schweren Tubulusnekrose und – im Unterschied zur häufigeren Ethylenglykolintoxikation – sekundär zu generalisierten Neuropathien mit vornehmlich kranialer Betonung, wie sie unserem Fall auch in schwerster Form vorlagen.

In der Vergangenheit ist es bereits mehrfach zu meist gehäuft auftretenden Intoxikationen gekommen (1937: „Massengill-Katastrophe“ – mind. 76 Kinder starben an den Folgen der Intoxikation; 1972: Sedativum „Pronap“ – 7 Kinder starben an den Folgen der Intoxikation)

Therapeutisch steht auch heutzutage die hochdosierte Gabe von Ethanol oder Fomepizol in der Akuttherapie zur Verfügung. Hier besteht die Wirkung in erster Linie darin, der Alkoholdehydrogenase genügend Substrat zur Verfügung zu stellen, um die Bildung der toxischen Metabolite des Glykols zu verhindern.

Da die Intoxikation im Falle unserer Patientin bereits Wochen zurücklag, bestand diese Therapieoption zum Zeitpunkt der Diagnose nicht mehr. Die weiteren Maßnahmen waren daher auf eine rein symptomatische Behandlung ausgerichtet. Es erfolgte daher die Anlage einer Tracheotomie, die CRRT wurde fortgesetzt und das Weaning vom Respirator begann adaptiert an die muskuläre und pulmonale Leistungsfähigkeit der Patientin.

Ca. 3 Wochen nach Beginn der Therapie in der UKB zeigte sich spontan eine erste Besserung der Pupillo- und Okulomotorik. Im längerfristigen Verlauf (6 Monate) kam es auch zu einer erheblichen Besserung der sensiblen und motorischen Defizite. Letztlich konnte die Patientin erfolgreich dekanüliert werden und zeigte noch eine mittelgradige, distal betonte Tetraparese. Die Niereninsuffizienz persistierte, so dass weiterhin eine intermittierende Dialyse notwendig blieb.



Organspende

Dieses Thema geht jeden etwas an, weil es potenziell jeden von uns betreffen kann. Jeder Mensch könnte irgendwann in seinem Leben auf ein Spenderorgan angewiesen sein, oder aufgrund einer schweren Krankheit oder eines Unfalls zu einem potenziellen Organspender werden. Zudem ist die Entscheidung zur Organspende eine wichtige gesellschaftliche Frage, die das Leben und die Gesundheit vieler Menschen beeinflusst. Darüber hinaus ist es ein Thema, das ethische, rechtliche und persönliche Implikationen mit sich bringt. Indem wir uns mit der Organspende auseinandersetzen, können wir nicht nur unser eigenes Leben, sondern auch das Leben anderer Menschen positiv beeinflussen. Es ist wichtig, informiert zu sein und sich Gedanken darüber zu machen, wie wir in dieser Angelegenheit handeln möchten.

Als Klinikmitarbeiter*innen treffen wir regelmäßig auf Patient*innen, die auf ein Organ warten oder bereits erhalten haben oder auf Angehörige, die für ein Familienmitglied über eine potenzielle Organspende entscheiden müssen. Deshalb möchten wir die kommenden Newsletter-Ausgaben des Jahres 2025 dem Thema Organspende und Transplantation und den damit verbundenen klinikinternen Standards widmen.

Themenübersicht:

Quartal I/25: Zahlen, Fakten & Öffentlichkeitsarbeit

Quartal II/25: vor der Organspende: Hirntoddiagnostik & Verabschiedung von ICU

Quartal III/25: Prämedikation & Narkose bei Organspende & Transplantation

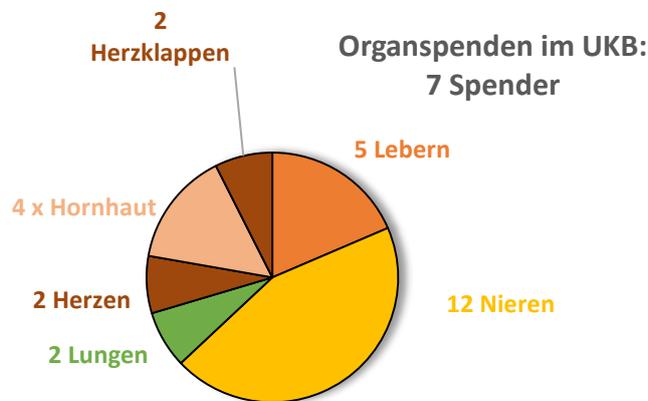
Quartal IV/25: nach der Organspende: Verabschiedung aus dem OP, ICU-Therapie nach Tx

1. Quartal: Zahlen, Fakten & Öffentlichkeitsarbeit

von Linda Adler, Felix Lehmann und Martin Söhle

Prof. Martin Söhle, PD Felix Lehmann, PD Johannes Weller, Dr. Patrick Jacobs, Juliane Langer und Andrea Mondon sind die Transplantationsbeauftragten des UKB. Als solche begleiten sie die Angehörigen von Patient*innen, die eine schwere Hirnschädigung erlitten haben und bei denen eine mögliche Organspende im Raum steht, beantworten die Fragen, die sich in einer solchen Ausnahmesituation meist ergeben. Aber auch den Teams, die die betroffenen Patient*innen auf den Intensivstationen betreuen, stehen sie mit Rat und Tat zur Seite.

Organspende und Transplantation in Zahlen: UKB-Daten für das Gesamtjahr 2024



Im Jahr 2024 wurden am UKB insgesamt 39 Organe transplantiert:

- 20 OLTx (Lebertransplantationen)
- 19 NTx (Nierentransplantationen – Lebendspende & postmortale Spende)

Daten Deutschland pro Jahr:

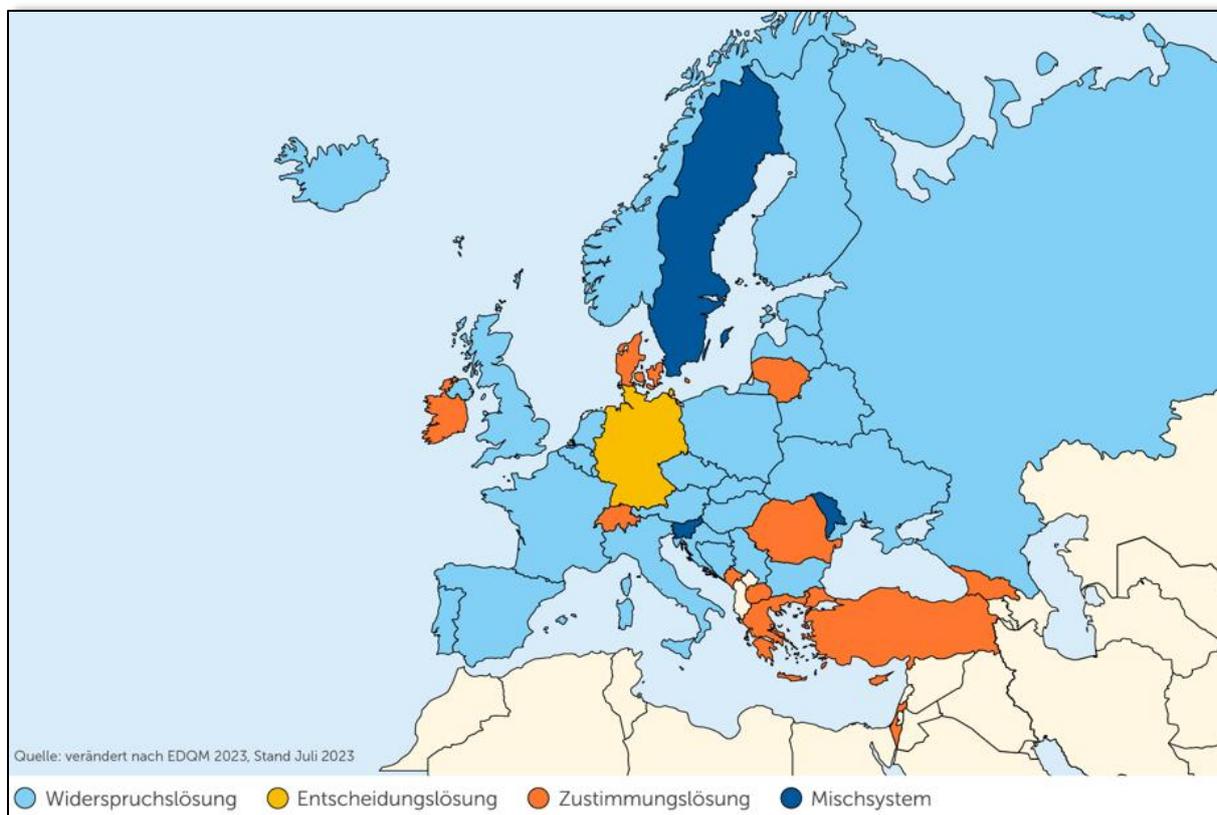
- Ca. 950-980 Organspenden im Jahr (Zahlen in den letzten Jahren ungefähr gleichbleibend)
- Bei Entnahme von je zwei bis drei Organen pro Spende → ca. 2700 bis 2800 gespendete Organe /Jahr
- Die Niere ist dabei das am häufigsten transplantierte Organ

Mit Blick auf andere Länder sind die Zahlen in Deutschland nahezu die niedrigsten in ganz Europa, doch woran liegt das?

In Deutschland wird die postmortale Organ- und Gewebespende über die **Entscheidungslösung** geregelt. Sie ist eine Abwandlung der Zustimmungslösung. Das heißt: Die Entnahme von Organen und Geweben nach dem Tod ist nur zulässig, wenn die verstorbene Person dem zu Lebzeiten oder stellvertretend die Angehörigen zugestimmt haben. Die Auseinandersetzung mit dem Thema

Organspende und damit auch die Beschäftigung mit dem eigenen Tod macht vielen Menschen Angst und ist deshalb in unserer Gesellschaft immer noch stark tabuisiert. Das wiederum führt dazu, dass immer noch viel zu Wenige sich zu Lebzeiten aktiv mit dem Thema beschäftigen, eine Entscheidung diesbezüglich treffen und diese dann auch dokumentieren und bestenfalls mit ihren Angehörigen kommunizieren.

Die Organ- und Gewebespende ist in anderen Ländern unterschiedlich geregelt:



- **Zustimmungslösung:** Bei der Zustimmungslösung können nur dann Organe und Gewebe entnommen werden, wenn die verstorbene Person zu Lebzeiten einer Organspende zugestimmt hat. Liegt keine Zustimmung vor, dürfen keine Organe oder Gewebe entnommen werden. Es gibt dabei keinen Zwang, eine Entscheidung zu treffen. Eine reine Zustimmungslösung gibt es innerhalb des Eurotransplant-Verbunds nicht. In diesen Ländern gilt die sogenannte erweiterte Zustimmungslösung. Das heißt: Falls keine Dokumentation der Entscheidung der verstorbenen Person vorliegt, werden die nächsten Angehörigen oder Bevollmächtigten im Fall der Fälle gebeten, im Sinn der verstorbenen Person über eine Organ- und Gewebespende zu entscheiden.
- **Entscheidungslösung:** Sie stellt eine Abwandlung der erweiterten Zustimmungslösung dar. Hier sollen die Bürgerinnen und Bürger regelmäßig mit neutralen und ergebnisoffenen Informationen versorgt werden, damit sie eine sichere Entscheidung für oder gegen die Organ- und Gewebespende treffen können.
- **Widerspruchslösung:** Hat die verstorbene Person einer Organspende zu Lebzeiten nicht ausdrücklich widersprochen, zum Beispiel in einem Widerspruchsregister, können Organe zur Transplantation entnommen werden. In einigen Ländern haben die Angehörigen das Recht, einer Organentnahme bei der verstorbenen Person zu widersprechen, sollte keine Entscheidung der verstorbenen Person vorliegen.
- **Mischsystem:** Hier werden Elemente aus der Zustimmungslösung und der Widerspruchslösung kombiniert.

Die Transplantationsbeauftragten initiieren immer wieder Aktionen zur Aufklärung und Information über Organspende. So war Prof. Söhle am 02. Januar 2025 Gast bei Dr. Weigls MedNight, dem Videopodcast mit der Uniklinik Bonn.



Hier spricht er ausführlich darüber, wie z.B. eine Organspende abläuft, was für eine Hirntoddiagnostik notwendig ist und wie seiner Meinung nach die Ängste der Menschen bezüglich dieses Themas abgebaut werden können. Allein im Januar wurde der Podcast ca. 35.000 Mal aufgerufen.

Hier findet ihr den Videopodcast z.B.:

Spotify: <https://open.spotify.com/show/0vOMlinxuSAuQScCNka329>

YouTube: <https://youtu.be/p-AIQFrlqPY>



Im Dezember haben Juliane Langer, Martin Söhle, Felix Lehmann und Andrea Mondon (in fotografischer Reihenfolge) die Aktion „Entscheidungswunder“ im Rahmen der WDR2-Weihnachtswunder-Aktion ins Leben gerufen. Hierbei handelte es sich um eine gemeinsame Informations-Aktion der Uniklinika NRW und des Netzwerk Organspende NRW e.V.. Vom 13. bis 18. Dezember rollte das Mobil OsCar über die Weihnachtsmärkte in NRW. Ziel war es Interessierten die Möglichkeit zu geben, sich vollumfassend über das Thema Organspende zu informieren, Fragen zu stellen, einen Spenderausweis auszufüllen und/oder sich ins Organspenderegister einzutragen. Gleichzeitig unterstützte die Aktion die Spendenkampagne von WDR2 zugunsten von Menschen in Not. Insgesamt wurden bei der Aktion von WDR2 14,4 Millionen € für den guten Zweck gesammelt.

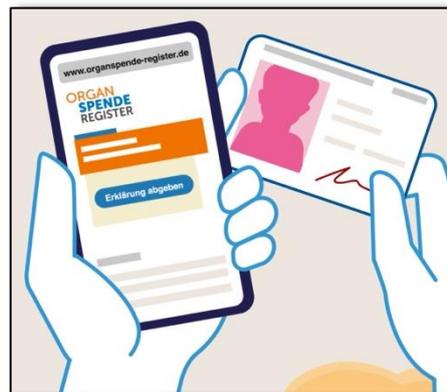
Was kann jeder Einzelne von euch tun?

Überlasse deine Entscheidung nicht deinen Angehörigen sondern triff sie selbst!

Nutze die Möglichkeit neben einer bloßen Zustimmung oder Ablehnung deine individuellen Wünsche diesbezüglich zu fixieren.

Fülle einen Organspendeausweis aus oder registriere dich im Organspenderegister:

<https://organspende-register.de/>



Zwar wird in Deutschland angenommen, dass eine insgesamt hohe Spendenbereitschaft besteht. Hierzu wird in der Regel auf Umfragedaten der BzGa verwiesen. Auf die Frage: „Man kann ja Organ- und Gewebespende werden, wenn man sich bereit erklärt, nach dem Tod seine Organe, z. B. für Nieren-, Leber- oder Herzverpflanzungen oder seine Gewebe zur Verfügung zu stellen. Was halten Sie generell von Organ- und Gewebespende? Stehen Sie dem eher positiv oder eher negativ gegenüber?“ antworteten 84% der Befragten „eher positiv“. Im klinischen Alltag erleben wir allerdings, dass dies nicht gleichzeitig bedeutet das auch in irgendeiner Form dokumentiert zu haben. In einer kürzlich veröffentlichten eigenen Arbeit der Transplantationsbeauftragten der UKB (Deutsches Ärzteblatt International | Dtsch Arztebl Int 2023; 120: 133–4) konnte gezeigt werden, dass unter den Patient*innen, die ihre Entscheidung bezüglich einer Organspende dokumentiert hatten auch eine ähnlich hohe Zustimmungsrates bestand (70%). Fehlte aber die Dokumentation, fiel diese bereits auf 33% ab. Mussten die Angehörigen aufgrund ihrer eigenen Wertvorstellungen entscheiden ergab sich sogar nur noch eine Zustimmungsrates von 10%. Eine Organspende wurde also fast immer abgelehnt.

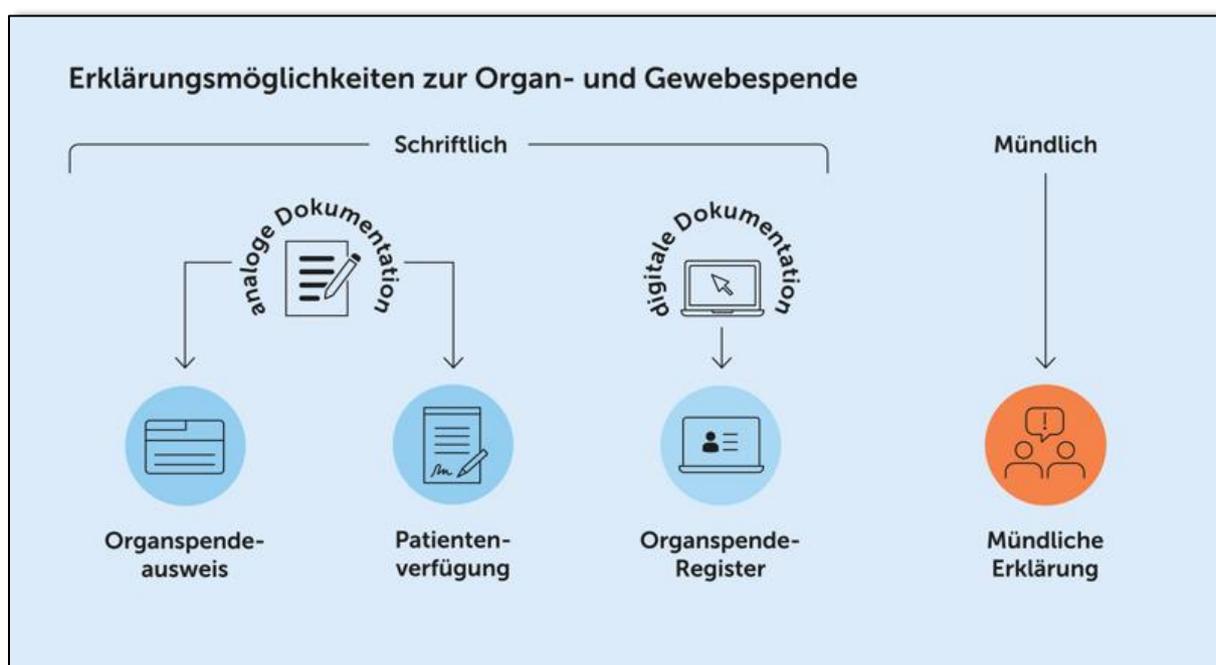
Gerade deshalb ist es in diesem Themengebiet von unschätzbarem Wert bereits zu Lebzeiten (irgend)eine Entscheidung zu treffen. Womöglich ändert man seine Meinung über die Jahre auch immer wieder. Die eigene Familie in einer Situation absoluter emotionaler Überlastung diese Entscheidung treffen zu lassen, ist mit Sicherheit der schlechteste Weg.

Ein in Deutschland neuer Weg seine Entscheidung zu dokumentieren ist das Organspenderegister. Die Transplantationsbeauftragten und von ihnen benannte Personen müssen auf der Basis des Transplantationsgesetzes vor der Beendigung der Therapie eines potentiellen Organspenders dieses Register abfragen. Selbst wenn also kein Ausweis oder sonstige Dokumente vorliegen sollten, kann an dieser Stelle sehr sicher die eigene Entscheidung hinterlegt werden und auch gefunden werden.

Das Organspenderegister in Kürze:

- der Eintrag ist freiwillig und kostenlos
- er kann jederzeit geändert oder gelöscht werden
- sichere Identifikation über Personalausweis mit Online-Funktion & Ausweis-App sowie Krankenversicherungsnummer

- die Registerdaten sind nicht öffentlich einsehbar und vor dem Zugriff unbefugter Dritter geschützt
- der Abruf der Erklärung durch entsprechend berechtigtes medizinisches Personal des Krankenhauses ist nur nach deren vorheriger Registrierung und Identifizierung möglich
- Auf die Erklärung hat nur man selbst und im Ernstfall berechnigte Ärzte / Transplantationsbeauftragte Zugriff
- der Organspendeausweis bleibt gültig. Organspendeausweis, Patientenverfügung oder andere schriftliche Erklärungen können weiterhin neben dem Organspende-Register für die Dokumentation der Entscheidung genutzt werden. Liegen mehrere Dokumente vor, so gilt immer das jüngste.



Du möchtest mehr über das Thema erfahren?

Dann nimm doch an einer der Fortbildungsveranstaltungen in diesem Jahr teil!

„Irreversibler Hirnfunktionsausfall & Organspende“

Wann: Teil 1 27.10.25; Teil 2 17.03. & 03.11.25 jeweils 14:30-16 Uhr

Dozent: Prof. Martin Söhle

Teilnehmeranzahl: max. 15

Kosten: gebührenfrei

Veranstaltungsort: UKB

Anmeldung übers Intranet / CPE

Notfallmedizin

Fortbildungstermine Notfallmedizin Q 1 und Q 2 2025

- **Mittwoch 19. März 2025**

Einweisung MPG

Ort: ABZ FW 2 Bonn

Zeit: 8 – 12 Uhr Einweisung Geräte RD Bonn

12 – 14 Uhr Einweisung Cevas, digitale Patientendatenerfassung

14 – 16 Uhr Einweisung Geräte RD RSK

Anmeldung: erforderlich,

Bemerkung: Pflichtveranstaltung für neue Notärzt*innen, Verlegenotärzt*innen

- **Dienstag 25. März 2025**

Einführungsveranstaltung Verlegearzttdienst

Ort: UKB (INZ)

Zeit: 16:00 - 18:00 Uhr Dauer: 2 Zeitstunden

Inhalte: Ablauf von Sekundär- und Intensivverlegungen,
interne und externe Verlegungen, Dokumentation

Teilnehmer: neue Verlegeärzt*innen

Anmeldung: erforderlich

Bemerkung: Pflichtveranstaltung für neue Verlegenotärzt*innen

- **Mittwoch 9. April 2025**

Fortbildung Notarzt - Fallkonferenz

Ort: Ausbildungszentrum der Berufsfeuerwehr, Maarstr. 8-10,
Bonn-Beuel

Zeit: 18:00 – 20:30 Uhr (2,5 Zeitstunden)

Inhalte: aktuelle Themen aus der Notfallmedizin, Informationen des Trägers,
Fallkonferenzen

Teilnehmer: Notärzt*innen und NEF-Fahrer

Anmeldung: nicht erforderlich

Bemerkung: von der ÄK Nordrhein anerkannt (Fortbildungspunkte)

Kursleitung: Dr. U. Heister / Dr. A. Viehöfer

- **Mittwoch 16. April 2025**

Einweisung MPG

Ort: ABZ FW 2 Bonn

Zeit: 8 – 12 Uhr Einweisung Geräte RD Bonn

12 – 14 Uhr Einweisung Cevas, digitale Patientendatenerfassung

14 – 16 Uhr Einweisung Geräte RD RSK

Anmeldung: erforderlich,

Bemerkung: Pflichtveranstaltung für neue Notärzt*innen, Verlegenotärzt*innen

- **Freitag 9. Mai und Samstag 10. Mai 2025**

Einführungsveranstaltung Notarztdienst

Ort: Feuerwache 2, ABZ

Zeit: 09:00 – 18:00 Uhr

Inhalte: RettG NRW, RD Bedarfsplan, Invasive Maßnahmen, Bestückung NEF, Leichenschau, PsychKG, MANV

Teilnehmer: neue Notärzte*innen

Anmeldung erforderlich

Bemerkung: Pflichtveranstaltung für neue Notärzte*innen in Bonn und im RSK

- **Mittwoch 14. Mai 2025**

Einweisung MPG

Ort: ABZ, FW 2 Bonn

Zeit: 8 – 12 Uhr Einweisung Geräte RD Bonn

12 – 14 Uhr Einweisung Cevas, digitale Patientendatenerfassung

14 – 16 Uhr Einweisung Geräte RD RSK

Anmeldung: erforderlich,

Bemerkung: Pflichtveranstaltung für neue Notärzt*innen, Verlegenotärzt*innen

- **Mittwoch 11. Juni 2025**

Einweisung MPG

Ort: ABZ FW 2 Bonn

Zeit: 8 – 12 Uhr Einweisung Geräte RD Bonn

12 – 14 Uhr Einweisung Cevas, digitale Patientendatenerfassung

14 – 16 Uhr Einweisung Geräte RD RSK

Anmeldung: erforderlich,

Bemerkung: Pflichtveranstaltung für neue Notärzt*innen, Verlegenotärzt*innen

Schmerzmedizin

Weiterbildungsangebot Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“

von Pascal Kowark

In den letzten 20 Jahren haben sich die Erkenntnisse in der Schmerzmedizin kontinuierlich erweitert.

Gestützt durch Neuroimaging-Verfahren ist deutlich geworden, dass chronischer Schmerz nur mehrdimensional im Kontext eines biopsychosozialen Modells im Zusammenspiel mit neuronalen Anpassungsvorgängen verstanden werden kann. Während akutem Schmerz eine überlebenswichtige Funktion zukommt, ist chronischer Schmerz oft dysfunktional.

Chronische Schmerzen betreffen etwa 20 Prozent der europäischen Bevölkerung mit steigender Tendenz. In Bezug auf Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit ist chronischer Schmerz ein größerer Risikofaktor als traditionelle Faktoren wie Übergewicht, Alkoholkonsum und Rauchen. Mit derzeit ca. 1400 klinisch tätigen spezialisierten Schmerztherapeut*innen in Deutschland ist die Versorgung unzureichend.

Als 4. Säule der AINS bietet die Sektion Schmerzmedizin in der KAI für Fachärzt*innen die Möglichkeit, die Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerzmedizin“ zu erlangen. Voraussetzung hierfür ist neben einer Facharztbezeichnung ein 80 stündiger Kurs nach dem Weiterbildungs-Curriculum „Spezielle Schmerzmedizin“ der Ärztekammer sowie eine 12-monatige Vollzeittätigkeit in einer entsprechend ermächtigten Weiterbildungseinrichtung. In der KAI kann die Weiterbildung Fachärzt*innen angeboten werden, die bereits über die Zusatzweiterbildung Intensivmedizin verfügen. Das Bestehen der abschließenden Prüfung vor der Ärztekammer berechtigt zum Führen der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerzmedizin“.

Im Rahmen der Weiterbildungsrotation besteht die Möglichkeit eine Vielzahl seltener und häufiger Schmerzerkrankungen, sowie alle gängigen konservativen und invasiven Behandlungsverfahren, eingebettet in ein multimodales Konzept kennenzulernen.

Interessierte Kolleg*innen können sich gerne an die Weiterbildungsbeauftragten oder direkt an das Team der Sektion Schmerzmedizin wenden (email: pascal.kowark@ukbonn.de).

Forschung und Lehre

Zweite erfolgreiche Durchführung des BITAF-Trainings an unserer Klinik

von Stephanie Timpe, Andreas Jurkscheit, Gregor Massoth und Daniel Beel

Im Dezember 2024 veranstalteten die KAI und das Bildungszentrum für Pflegeberufe des Universitätsklinikums Bonn (UKB) zum zweiten Mal das Bonner interprofessionelle Teamtraining Anästhesie und Eachpflege (BITAF).

Das innovative Trainingskonzept für Assistenzärzt*innen im ersten Weiterbildungsjahr und Pflegefachkräften in der Weiterbildung Intensivpflege und Anästhesie, das erstmals im letzten Jahr implementiert wurde, hat erneut zeigen können, wie simulationsbasierte Trainings die interprofessionelle Zusammenarbeit nachhaltig verbessern können.

Engagierte Teilnehmende und positive Resonanz

Die Veranstaltung stieß auf großes Interesse: 6 Assistenzärzt*innen der KAI und 14 Pflegefachkräften aus der Weiterbildung Intensivpflege und Anästhesie des Ausbildungszentrums für Pflegeberufe (UKB, LVR-Klinik, Johanniter-/Waldkrankenhaus) nahmen teil.

Unter der Leitung des Trainerteams wurden praxisnahe Szenarien durchgeführt, welche die Kommunikation, Entscheidungsfindung und Teamarbeit in klinischen Situationen simulierten.

Bereits während des Trainings zeigte sich die hohe Motivation und das Engagement der Teilnehmenden. Die Simulationen wurden von den Teilnehmenden als realistisch und herausfordernd beschrieben, was die subjektiven Lerneffekte verstärkte. Begleitet wurde das Training von einer positiven und konzentrierten Atmosphäre.

Durch die Medienabteilung des UKB begleitet, konnten wir auf Social-Media, wie auch im Intranet des UKB, positives Feedback erzielen.

Ausblick

Wir begleiteten und evaluierten das Trainingsprogramm erneut durch Prä- und Post-Kurs-Fragebögen. Die erste Auswertung der Fragebögen zeigt Verbesserungen im Verständnis der eigenen Rolle im Team sowie in der interprofessionellen Zusammenarbeit der Teilnehmenden. Im Verlauf des Jahres werden die Evaluationsdaten ausgewertet, um weitere Erkenntnisse über die nachhaltigen Effekte des Trainings zu gewinnen.

Unser großes Dankeschön gilt allen, die zu dieser Veranstaltung beigetragen haben – insbesondere den Teilnehmenden, die mit ihrem Engagement und ihrer Offenheit den Erfolg möglich gemacht haben.

Wir freuen uns schon auf die nächste Runde des BITAF-Trainings und laden alle Interessierten ein, dabei zu sein und von diesem einzigartigen Konzept zu profitieren!

Die Stimmung und Motivation des Trainings spiegeln sich in den angehängten Impressionen wider.

Euer BITAF-Team



Ein Ultraschallgerät findet ein neues Zuhause in der Lehre

aus: UKB Mittendrin: Ausgabe 4. März 2025

Nachhaltigkeit, interdisziplinäre Zusammenarbeit und Praxisnähe – all das vereint ein besonderes Geschenk der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin des UKB an das Anatomische Institut am UKB: Ein ausgemustertes Sonographie-Gerät, das zuvor in der Augenklinik genutzt wurde, wird künftig in der Lehre eingesetzt. Zum ersten Mal steht den Studierenden im Anatomiekurs ein eigenes Sonographie-Gerät zur Verfügung – eine Bereicherung, die völlig neue Möglichkeiten für praxisorientiertes Lernen schafft.

„Bislang waren wir bei diesem Thema auf ausgedruckte Ultraschallbilder und Theorie beschränkt“, erklärt Prof. Stefanie Kürten, Geschäftsführende Direktorin des Anatomischen Instituts am UKB. „Dank dieses Geräts wird die Lehre deutlich praxisnäher. Die Studierenden können nun selbst Hand anlegen und ihre anatomischen Kenntnisse direkt mit modernen Diagnoseverfahren verknüpfen.“ Besonders in Kursen wie der makroskopischen Anatomie oder Neuroanatomie entstehen so innovative Lehrkonzepte, etwa für Untersuchungen im Kopf-Hals-Bereich.



Nachhaltigkeit und Vernetzung als Schlüssel

Das Besondere an diesem Projekt: Das Sonographie-Gerät ist nicht neu. Es wurde von der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin an das Anatomische Institut weitergegeben, nachdem es in der Augenklinik durch ein anderes Modell ersetzt wurde. Statt das Gerät endgültig auszumustern, prüfte die Klinikleitung zunächst, ob es in einer anderen Abteilung des UKB weiterverwendet werden könnte. Schließlich fiel die Entscheidung, es der Lehre zu überlassen.

„Für uns ist das ein hervorragendes Beispiel dafür, wie man nachhaltig und verantwortungsvoll mit medizinischen Geräten umgehen kann, die an anderer Stelle nicht mehr benötigt werden“, betont Dr. Gregor Massoth, Oberarzt der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin des UKB. „Das Gerät erhält so ein zweites Leben, und die Studierenden profitieren enorm davon.“

Ein erster Schritt zu mehr Zusammenarbeit

Für das Anatomische Institut ist das Sonographie-Gerät nicht nur eine praktische Bereicherung, sondern auch ein Symbol für eine vielversprechende Entwicklung: „Wir würden uns sehr freuen, wenn künftig noch weitere ausrangierte Geräte oder Instrumente aus den Kliniken zu uns finden würden“, erklärt Prof. Kürten. „Fast 500 angehende Medizinerinnen und Mediziner profitieren in jedem Semester von unserer Ausbildung – solche Ressourcen sind daher extrem wertvoll.“ Auch OP-Besteck oder andere nicht mehr genutzte Geräte könnten den Unterricht entscheidend bereichern und dazu beitragen, den Studierenden eine praxisnahe Ausbildung auf höchstem Niveau bereits im ersten Studienabschnitt zu ermöglichen.

Personalia

Nachruf Klaus Ringelstein

In tiefer Trauer nehmen wir Abschied von unserem langjährigen Mitarbeiter

Klaus Ringelstein

der am 23.1.2025 gestorben ist. Klaus Ringelstein hat über mehrere Jahrzehnte als pflegerische Stationsleitung auf den operativen Intensivstationen der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin gearbeitet. Seine Begeisterung für die Intensivmedizin hat viele pflegerische und ärztliche Berufswege geprägt.

Wir werden Klaus Ringelstein stets als konstruktiven, zugewandten und offenen Kollegen in Erinnerung behalten.

**Für die pflegerischen und ärztlichen Mitarbeiter der Sektion
Operative Intensivmedizin**

**Prof. Dr. Mark Coburn und Prof. Dr. Christian Putensen
Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin**

Neue ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (seit Januar 2025)

Niklas Beckmann

bei uns seit: 01-01-2025 (ICU)



Studium in: Bonn
Berufserfahrung: Innere Medizin (UKB)

Nikita Drössel

bei uns seit: 01-01-2025 (AUG)



Studium in: Münster
Hobbies: Fahrrad, Laufen, Bouldern

Theresa Josten

bei uns seit: 01-01-2025 (UFK)



Studium in: München
Berufserfahrung: MTLA (Bonn, Lübeck)

Viktoria Söntgerath

bei uns seit: 01-01-2025 (ZAO)



Studium in: München
Berufserfahrung: Pädiatrie (UKB, FÄ)

Yannick Sottorf

bei uns seit: 01-01-2025 (CHI)



Studium in: Marburg, Bochum
Berufserfahrung: Anästhesie (GKH Bonn)

Helen Lohmar

bei uns seit: 01-02-2025 (MKG)



Studium in: Köln
Hobbies: Tennis, Bouldern, Outdoor

Aleksandr Trigolosov

bei uns seit: 01-01-2025 (HNO)



Studium in: Moskau (RUS)
Berufserfahrung: Kinder- und Jugend-
psychiatrie (Lübben), G&K-Pfleger (Moskau)

Andrea Budimovska

bei uns seit: 01-02-2025 (ZAO)



Studium in: Bonn

Marie-Christine Fey

bei uns seit: 01-02-2025 (AUG)



Studium in: Köln

Hobbies: Laufen, Fahrrad, Fotografie

Solveig Böttke

bei uns seit: 01-02-2025 (UFK)



Studium in: Göttingen, Rostock

Berufserfahrung: Rettungsanitäterin
(Schaumburg)

Hobbies: Cheerleading

Megan Mittag

bei uns seit: 01-02-2025 (Ortho)



Studium in: Köln

Hobbies: Laufen, Fahrrad, Wandern

Dr. Nadia Saleh

bei uns seit: 01-02-2025 (CHI)



Studium in: Homburg

Berufserfahrung: Pädiatrie,
Kinderkardiologie (UKB, FÄ)

Vanessa Ast
bei uns seit: 01-03-2025 (CHI)



Studium in: Homburg
Berufserfahrung: Rettungssanitäterin
(Zweibrücken)
Hobbies: Sport, Vereinsarbeit

Sara Engel
bei uns seit: 01-03-2025 (ZAO)



Studium in: Ulm
Hobbies: Bouldern, Lesen

Dr. (m. u.) Maximilian Edlinger-Stanger bei
uns seit: 01-03-2025 (ELKI)



Studium in: Wien (AUS)
Berufserfahrung: Anästhesie (Wien, FA)
Hobbies: Musik (Bass)

Dr. med. Lukas Schnitzler
bei uns seit: 01-03-2025 (ICU)



Studium in: Aachen
Berufserfahrung: Neurologie (Würselen,
Aachen, FA)
Hobbies: Spielen, Malen

Tobias Zierhut

bei uns seit: 01-03-2025 (Ortho)



Studium in: Heidelberg
Berufserfahrung: Consulting

-
Wir begrüßen alle neuen
Mitarbeiterinnen und
Mitarbeiter ganz herzlich im
Team und wünschen einen
guten Start in der KAI!
-

Vorstellung neuer Oberärzt*innen

Dr. Julia Fischbach
Dr. Josefin Grabert
Dr. Christian Klebach

Wir gratulieren ganz herzlich zur Ernennung!

Vorstellung neuer Fachärzt*innen:

Dr. Linda Adler
Martin Fernandez
Hanna Schröder
Karin Warwas

Wir gratulieren herzlich zur erfolgreich abgelegten Facharzt-Prüfung!

Personalabgänge:

Martin Fernandes

Razi Izghaier

Lia Mareen Taube

PD Dr. Christina Weisheit

Wir danken allen Ehemaligen für ihren Einsatz für die KAI und wünschen alles Gute für die Zukunft!

Sonstiges

Dynamik des Dienstplanes und Nachbesetzung von Diensten

von Tobias Hilbert und Sven Klaschik

Wie jeder weiß, vergeht kein Tag ohne die Suche nach engagierten Kolleginnen und Kollegen, die bereit sind, die sich unablässig im Dienstplan auftuenden Lücken zu schließen. Gerade in Zeiten von Erkältungs- und Krankheitswellen läuft oft schon frühmorgens der Webex-Ticker heiß, um die Dienstmannschaft des Tages bzw. der Woche wieder zu komplettieren. Dazu kommen längerfristige Ausfälle, z.B. durch Unfall oder Operationen.

Die Dynamik des Dienstplans ist enorm hoch. Nicht selten muss der erstellte Plan bereits im Augenblick der Veröffentlichung revidiert werden, und zum Monatsende gleicht kein Dienstplan mehr dem Ursprung. Nach interner Auswertung wurden im vergangenen Jahr **mehr als 1.250 Dienste** (SD, BD, RD) umbesetzt!

Um das hohe Arbeitsaufkommen im Dienstgeschehen möglichst gut zu verteilen, ist eine komplett aufgestellte Dienstmannschaft einschließlich der Rufdienste enorm wichtig. **Wir danken daher einem jeden von Euch** für die immer wieder bereitwillige Übernahme von vakant gewordenen Diensten und für das Verständnis, wenn *kaiorg* wieder mal am Telefon ist. **Ein großer Dank gilt außerdem unseren Sekretariaten**, für die die tägliche Suche nach Freiwilligen einen sehr hohen Aufwand bedeutet!

Gerade deshalb ist es wichtig, bei einem absehbaren krankheitsbedingten Ausfall **frühzeitig Bescheid zu geben**. Dabei hilft es, selbst zu versuchen, einen Ersatz für den eigenen Dienst zu finden. Dies gilt in jedem Fall, sollte ein geplanter Dienst aus anderen, privaten Gründen nicht möglich sein – hier liegt es in der eigenen Verantwortung eines jeden, sich eigenständig z.B. um einen Tausch zu bemühen.

In diesem Zusammenhang sei nochmal daran erinnert, dass bei kurzfristigem bzw. kurzdauerndem Krankheitsausfall **immer bis 13.00 Uhr eine Rückmeldung an *kaiorg* zu erfolgen hat**, wenn man für den nächsten Arbeitstag ebenfalls ausfällt.

Renovierung der Bereitschaftsdienstzimmer

von Monika Bullerkotte und Tobias Hilbert

Nachdem der UKB-Vorstand die Gelder für die Grundsanierung der Bereitschaftsdienstzimmer freigegeben hatte und auf Bitten von Prof. Coburn diese Maßnahme für die Räumlichkeiten der KAI vorgezogen wurde, konnten in den vergangenen Wochen die BD-Zimmer (1. Dienst, 4. Dienst, VNA, FIB-ICU, OA- und KVC-Dienst) von Grund auf renoviert werden. Maßgeblich an der Planung und Umsetzung beteiligt waren Monika Bullerkotte, Melanie Müller und Herr Mundorf sowie Herr Sadeghipour aus dem GB6. Während der mehrere Wochen dauernden Renovierung mussten die Dienstmannschaften zeitweise in andere Räumlichkeiten im Untergeschoss der alten Chirurgie ziehen.

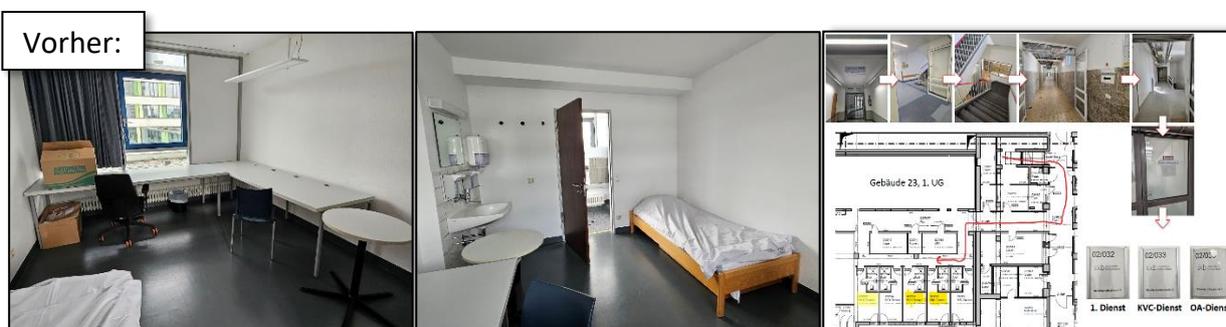


Das BD-Zimmer des 5. Dienstes ist umfassend grundgereinigt worden, Ende März wird das Sofa aus der Bibliothek dort einen neuen Platz finden. Das Zimmer des Schmerzdienstes bekommt Ende März einen neuen Schreibtisch und damit einen guten Bildschirmarbeitsplatz.

Dank des engagierten Einsatzes aller Genannten konnte der enge Zeitplan eingehalten werden. Wir danken allen Beteiligten und Frau Caspari als Abteilungsleiterin des GB6 ganz herzlich!

Bitte die Zimmer stets ordentlich hinterlassen (Betten abziehen, Flaschen, Besteck etc. wegbringen)! Die Reinigungskräfte (in der Belle Etage ist für uns nun Herr Malmi zuständig) sind für die Säuberung der Zimmer, nicht aber für die Ordnung und das Aufräumen zuständig (vorgesehene Kontaktzeit für ein Zimmer: 5 Min.).

Sollte etwas in den Zimmern ersetzt oder repariert werden müssen, dann bitte Info per Mail an Natalie Dahmen, Melanie Müller oder Monika Bullerkotte.



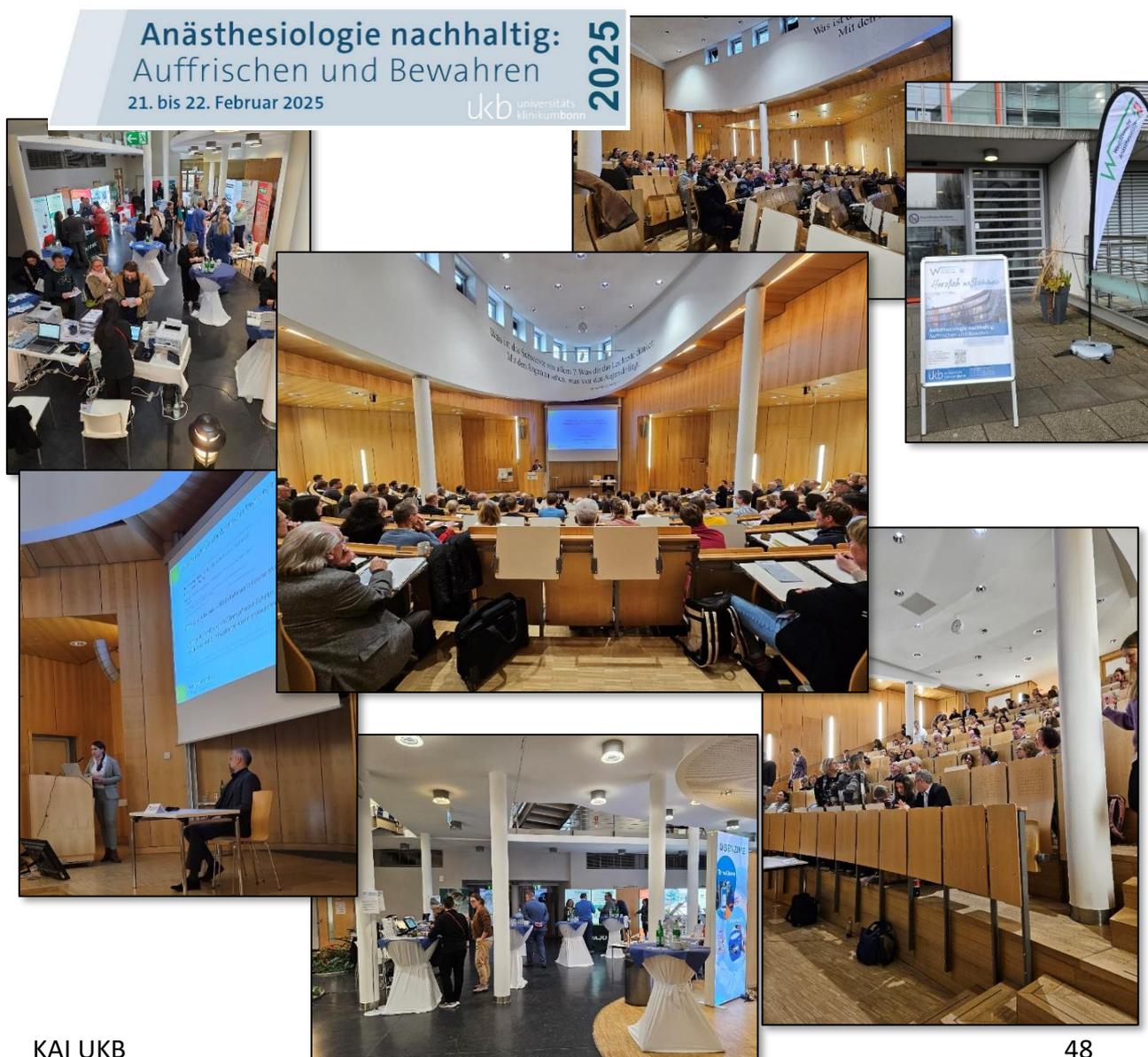
Westdeutsche Anästhesietage 2025 am UKB Bonn

von Tobias Hilbert



Erstmalig fanden am 21. und 22. Februar 2025, maßgeblich ausgerichtet von der KAI, die Westdeutschen Anästhesietage im BMZ I des UKB statt. Im Rahmen einer Neukonzeptionierung der Regionaltagungen sollen diese künftig örtlich hauptsächlich an die Universitätsklinik angebinden werden. In diesem Jahr wurden unter dem Motto: „Anästhesiologie nachhaltig: Auffrischen und Bewahren“ in zwei parallelen Programmsträngen zum einen Hauptsitzungen zu den einzelnen Organsystemen präsentiert (Herz-Kreislauf, Lunge, ZNS, Immunsystem, Gerinnung und Gastrointestinaltrakt). Zum anderen wurden wichtige Updates zu den Themen Kinderanästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Regionalanästhesie, ambulantes Operieren und Pflege geboten. Neben dem wissenschaftlichen Programm und begleitenden Industriesymposien wurde im Foyer des BMZ I auch zum Austausch mit den Industriepartnern des WAT 2025 eingeladen. Auf Initiative der KAI hin erhielten Mitarbeitende einen Rabatt auf die Teilnahmegebühren, zudem wurden unter den Teilnehmenden aus Pflege und Ärzteschaft Freikarten verlost.

Aufgrund der positiven Resonanz der Teilnehmenden und der Industrie und dem wirtschaftlichen Erfolg der WAT am UKB hat das Präsidium der DGAI beschlossen den WAT 2026 und 2027 wieder auf dem Venusberg auszurichten.



Die ersten interprofessionellen KAI-Refreshertage 2025 in Balderschwang



Nächstes Jahr in neuer Hütte - es sind noch Plätze frei für 2026!

Mail an: tobias.hilbert@ukbonn.de

Termine & Impressum

Erscheinungstermin der nächsten Ausgabe

15. Juni 2025 (Redaktionsschluss: 1. Juni 2025)

Impressum

Herausgeber:

Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin Universitätsklinikum Bonn

Verantwortlich:

Dr. Linda Adler, Prof. Dr. Christian Bode, PD Dr. Stefan Ehrentraut, Dr. Josefin Grabert, Prof. Dr. Tobias Hilbert, Prof. Dr. Sven Klaschik, PD Dr. Felix Lehmann, Dr. Rica Philippi, Dr. Jens Poth und Dr. Christian Stark

Titelblatt:

© & Layout: Dr. Linda Adler