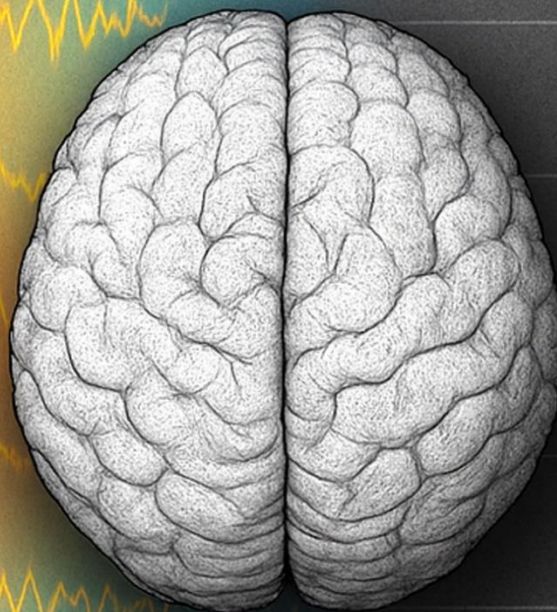




NEWSLETTER



Themenstrecke 2025
Organspende & Transplantation – Teil 2

Hirntoddiagnostik & Verabschiedung von ICU

Inhalt

INHALT	2
IN MEMORIAM.....	5
KAI IN ZAHLEN.....	6
Publikationsleistung 2024 in Zahlen.....	6
ANÄSTHESIE UND OP.....	7
Umzug der ELKI-Prämed in den Erweiterungsbau.....	7
Der besondere Fall zum Lernen	8
Kinderanästhesie	10
ORGANSPENDE	11
2. Quartal: vor der Organspende: Hirntoddiagnostik & Verabschiedung von ICU	12
1. Irreversibler Hirnfunktionsausfall (IHA).....	13
2. Verabschiedung von ICU	21
NOTFALLMEDIZIN	23
Fortbildungstermine Notfallmedizin Q 2 und Q 3 2025	23
Frühjahrs-Notarztkurs in Bonn erfolgreich abgeschlossen	25
Neues BGA-Gerät für Intensivverlegungen	27
FORSCHUNG UND LEHRE.....	28
Publikations-Highlight	28
How to Lehre	29
PERSONALIA	35
Neue ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (seit April 2025)	35
Vorstellung neuer Fachärzt*innen:.....	38
Personalabgänge:.....	38
SONSTIGES.....	39

Aktueller Stand FTX-Tag:	39
Reisebericht Ghana	39
Neuigkeiten der Assistentensprecher*innen.....	41
Termine & Impressum.....	45

Liebe Kolleg*innen,

Mitarbeiter*innen und Pfleger*innen,

liebes KAI-Team,

ein großer Erfolg war die Jahrestagung des Wissenschaftlichen Arbeitskreises Kinderanästhesie am 23. Und 24. Mai in Bonn unter der wissenschaftlichen Leitung von Christiane Beck, Katharina Röhrer und Freddy Schindler. 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.

In diesem Newsletter erwartet Sie aktuelles aus den Rubriken Anästhesie und OP, Notfallmedizin, Forschung und Lehre und Personalia. Des Weiteren wird die Serie zur Organspende mit den Schwerpunkten irreversibler Hirnfunktionsausfall und Verabschiedung von der ICU fortgeführt.



Viel Freude bei der Lektüre!

Mark Coburn

Direktor der Klinik für Anästhesiologie 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. September 2025.

In Memoriam

Wir trauern um unseren Kollegen

Dr. med. Marco Baderschneider

* 29. August 1975

† 9. Mai 2025

Die Erschütterung und Betroffenheit sind groß darüber, dass unser geschätzter Kollege Dr. Marco Baderschneider plötzlich und unerwartet von uns gegangen ist. Wir verlieren einen sehr engagierten, kollegialen Arzt, der mit unseren Patienten und unserer Klinik sehr verbunden war.

In tiefster Trauer und Verbundenheit gehen unser Mitgefühl und unsere Gedanken an seine Familie und Freunde.

Prof. Dr. Mark Coburn, PD Dr. Ana Kowark und Dr. Pascal Kowark

Im Namen des gesamten Teams der Klinik für
Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin des
Universitätsklinikums Bonn.

Wir möchten an dieser Stelle noch einmal darauf hinweisen, dass das Kondolenzbuch für Marco noch bis Ende Juni im Sekretariat bei Frau Müller ausliegt. Die Familie von Marco bedankt sich für die Spendenaktion der KAI und bittet mit dem Betrag das Bündnis gegen Depression Bonn/Rhein-Sieg e.V. zu unterstützen.

KAI in Zahlen

Publikationsleistung 2024 in Zahlen

zusammengestellt von Stilla Frede

Erfasste Publikationen für EvaLuna aus 2024 (Zahlen 2023 in Klammern)

Gesamtpublikationen:	103 (88)
Impact:	608 (560)
Erstautoren/ Letztautoren:	38 (39)
Co-Autorenschaften:	65 (49)

Erfassungskriterien: Publikation ist im Web of Science gelistet und 2024 erschienen (Stand: 27.03.2024).

Anästhesie und OP

Umzug der ELKI-Prämed in den Erweiterungsbau

von Jan Menzenbach und Tobias Hilbert

Um die Abläufe der Präoperativen Evaluation der Patient*innen von Kinderanästhesie und Geburtshilfe verbessern zu können, ist die ELKI-Prämedikationsambulanz Anfang Juni in das Erdgeschoss des Zentrums für Frauen- und Kinderheilkunde (Gebäude B31 / „Erweiterungsbau“) umgezogen.

Dort vor Ort haben wir die Möglichkeit, einen Arbeitsplatz an der Anmeldung (Raum EG/A/018) mit einer MFA zur Vorbereitung der Aufklärungsgespräche durch Anmeldung, Prüfung der Konsilanforderung, Aufnahme in ORBIS und im PDMS sowie Anamneseerhebung mittels Tablets zu besetzen.

Der ärztliche Arbeitsplatz (Raum EG/A/031) verfügt über einen Wartebereich mit Aufrufsystem (aus ORBIS heraus).

Die Ausstattung des Arbeitsplatzes wurde dem Standard der Anästhesieambulanz angepasst, so dass die gewohnten Arbeitsabläufe inklusive Benutzung der Tablets erfolgen können.



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

Kontrollierte Hypotension zum Aneurysma-Clipping

Eine 63 Jahre alte Patientin wird nach neurovaskulärem Konferenzbeschluss zum Clipping eines intrakraniellen Aneurysmas vorgestellt. Es liegt ein 6x8mm messendes Aneurysma am linken Carotis-T vor.

Die anästhesiologische Evaluation ergibt eine Patientin Klasse III nach ASA bei unzureichend eingestelltem arteriellen Hypertonus, sowie COPD und ehemaligem Nikotinabusus. Kardiale Vorerkrankungen waren nicht bekannt, das präoperative Troponin-T sowie pro-BNP waren normwertig.

In Rücksprache mit dem Operateur wurde bei fragilem Aneurysma ein Rapid Ventricular Pacing geplant, um das Rupturrisiko beim Platzieren des Clips zu reduzieren. Dazu wurde in der Einleitung neben den üblichen Zugängen (Tubus, Arterienkatheter, ZVK, PVK, DK) eine Schleuse rechts jugulär gelegt. Um intraoperativ die kontrollierte Hypotension zum Clipping zu erreichen wurde das Rapid Ventricular Pacing mit einer Frequenz von 200 / min begonnen. Nach erfolgreicher Platzierung des Clips wurde das Rapid Ventricular Pacing nach etwa 60 Sekunden beendet, aber die Patientin verblieb im Kammerflimmern.

Es wurde umgehend mit Herzdruckmassage begonnen. Nach Anbringen von Defibrillations-Patches wurde 3x defibriert, nach additiver Gabe von Amiodaron konnte nach etwa 10 Minuten ein stabiler ROSC erreicht werden. Während des weiteren OP-Verlaufs war die Patientin unter niedrig dosierter Katecholamintherapie hämodynamisch stabil und konnte im Aufwachraum extubiert werden.

Postoperativ war die Patientin ohne neurologisches Defizit, die Angiographie zeigte ein gutes chirurgisches Ergebnis. Am 4. postoperativen Tag fiel eine neue motorische Aphasie auf, die durch Vasospasmen erklärt und mit kontrollierter Hypertension therapiert wurde. Die Patientin wurde am 21. postoperativen Tag mit noch milder Aphasie, jedoch sonst ohne Residuen, in die Häuslichkeit entlassen.

Wo lag das Problem?

Die Patientin ist nach erfolgreichem Rapid Ventricular Pacing nicht mehr in den Sinusrhythmus zurückgekehrt. Es bestand Kreislaufstillstand bei Kammerflimmern.

Wie wurde das Problem gehandelt?

Der zuständige Oberarzt war bereits vor Ort. Es wurde umgehend mit der manuellen Herzdruckmassage begonnen. Nachdem Defibrillations-Patches geklebt waren, wurde defibrilliert. Um eine überschießende Blutdruckreaktion zu vermeiden, wurden nur 0,5mg Adrenalin gegeben. Unter diesen Maßnahmen konnte nach etwa 10 Minuten ein stabiler ROSC etabliert werden.

Wie lässt sich das Problem vermeiden?

Rapid Ventricular Pacing ist ein Verfahren zur kontrollierten Hypotension, um bestimmte Prozeduren zu ermöglichen oder risikoärmer zu machen. Dazu zählen zum Beispiel die kathetergestützten Klappenimplantationen, aber auch das Clipping von cerebralen Aneurysmen. Stimulationsfrequenzen von 100 /min – 220 / min und Längen zwischen 30 und 90 Sekunden sind beschrieben. Klassische Komplikationen des Verfahrens sind Herzrhythmusstörungen. Üblicherweise werden deshalb präemptiv Defibrillator-Patches angebracht. Im vorgestellten Fall war dies nicht erfolgt und hat somit zu Zeitverzögerung geführt.

Retrospektiv wurde das Rapid Ventricular Pacing in üblicher Weise ausgeführt.. In der postoperativen kardiologischen Mitbeurteilung ergab sich kein wegweisender Befund. Eine präoperative kardiologische Mitbeurteilung ist bei Patient*innen ohne klinischen Anlass nicht regelhaft notwendig. In diesem Fall wurde ein kardiales Risiko-Screening durchgeführt das unauffällig war.

Insgesamt sind Reanimationen im neurochirurgischen OP dadurch prekär, dass die Patient*innen in der Regel in der Mayfield-Klemme eingespannt sind. Sowohl durch die mechanische Reanimation als auch die Defibrillation kann es durch die Fixierung des Kopfes zu Ausrissen der Mayfield-Klemme, Kalottenfrakturen aber auch HWS-Schäden kommen. Im Zweifelsfall hat aber natürlich die Aufrechterhaltung des Kreislaufs Vorrang.

Rechtlich betrachtet kommt in diesem Fall hinzu, dass die Patientin anästhesiologisch nicht über die Durchführung des Rapid Ventricular Pacing aufgeklärt wurde. Dies muss natürlich erfolgen, insbesondere mit der Komplikation von Herzrhythmusstörungen bis zur Reanimation.

Kinderanästhesie

Jahrestagung des Wissenschaftlichen Arbeitskreises Kinderanästhesie

von Josie Grabert

Am 23. und 24. Mai fand in Bonn die Jahrestagung des WAKKA statt, unter wissenschaftlicher Leitung von Christiane Beck, Katharina Röher und Freddy Schindler. Die Vor-Ort-Organisation im Universitätsclub Bonn wurde durch Patrick Jakobs, Mareike Ringwald und Patricia Lück gemeistert. Mit einer Rekordteilnehmerzahl von etwa 150 Gästen war die Veranstaltung vollständig ausgebucht.

Zum Rahmenprogramm gehörten ein begeistert aufgenommener Besuch mit Blick hinter die Kulissen bei Orgelbau Klais sowie ein Get-Together im Rhein-Pavillon. Die Stimmung war entspannt und ausgelassen, die Diskussionen während des wissenschaftlichen Programms sehr angeregt. Die in diesem Jahr neu eingeführten WAKKA-Ehrenmitgliedschaften wurden an Martin und Benedikta Jöhr unter großem Applaus verliehen.





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

2. Quartal: vor der Organspende: Hirntoddiagnostik & Verabschiedung von ICU

von Linda Adler, Felix Lehmann und Martin Söhle

Organe dürfen nur entnommen werden, wenn die verstorbene Person zu Lebzeiten einer Organspende zugestimmt hat. Die Zustimmung kann zum Beispiel auf einem Organspendeausweis, im Organspende-Register oder in einer Patientenverfügung festgehalten werden. Ist im Todesfall der Wille der verstorbenen Person nicht bekannt, werden die Angehörigen nach einer Entscheidung im Sinne des Verstorbenen gefragt, können aber auch eine Entscheidung nach den eigenen Wertvorstellungen abgeben.

Voraussetzung für eine Organspende ist der **Hirntod**, also der irreversible Ausfall der gesamten Funktionen von Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm (**irreversibler Hirnfunktionsausfall (IHA)**). Der IHA ist die Folge einer schweren Hirnschädigung, beispielsweise in der Folge einer Hirnblutung oder eines schweren Schädel-Hirn-Traumas.

Stellt man intensivmedizinisch in einer solchen Situation eine Beatmung und ausreichende Energiezufuhr sicher, kann der normalerweise natürlich einsetzende Sterbeprozess des restlichen Organismus unterbrochen werden. In dieser Situation spricht man von einer organprotektiven Therapie, die für den Spender keinen medizinischen Nutzen hat, aber eine Transplantation möglich macht. Heutzutage transplantierbare Organe sind: Lunge, Leber, Nieren, Herz, Pankreas und Darm.

Anders als Organe sind Gewebe in der Regel weniger stoffwechselaktiv und daher auch längere Zeit nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand vital und transplantabel. Abhängig von der Art des Gewebes ist eine Spende bis zu 72 Stunden nach Eintritt des Herz-Kreislauf-Stillstands möglich. Transplantierbare Gewebe sind: Augenhornhaut, Herzklappen, Blutgefäße, Haut, Amnion, Knochen- und Weichteile, Inselzellen und Stammzellen.

Entscheidend für eine Organspende sind der Gesundheitszustand der verstorbenen Person und der Zustand ihrer Organe. Deswegen ist das Alter zunächst keine Kontraindikation für eine Spende. Es muss ausgeschlossen sein, dass eine absolute Kontraindikation mit vitaler Bedrohung des Empfängers vorliegt. Dies ist z.B. bei nicht sanierter Sepsis mit multiresistenten Erregern, nicht behandelbaren Infektionen, nicht kurativ behandeltem Malignom (mit Ausnahme von Haut- und primären Hirntumoren), HIV-Erkrankungen und florider Tuberkulose der Fall.

Ob sich Organe für eine Transplantation eignen, entscheiden Transplantationsmediziner nach Sichtung aller Befunde in jedem Fall einzeln.

1. Irreversibler Hirnfunktionsausfall (IHA)

Dieser Newsletter-Artikel soll einen informativen Überblick über den IHA und dessen Diagnostik geben. Wir empfehlen an dieser Stelle den sehr ausführlichen Artikel über IHA im ICU-Wiki. (Zugang zum ICU-Wiki siehe Newsletter Ausgabe 19 / Quartal I 2025)

1.1. Feststellung des IHA

Befunde, die für die Entwicklung oder den Eintritt eines irreversiblen Hirnfunktionsausfalls sprechen können, sind u. a.:

- die nicht pharmakologisch verursachte Erweiterung und Lichtstarre der Pupillen
- das nicht pharmakologisch verursachte Erlöschen der Hirnstammreflexe
- die fehlende Reaktion beim endotrachealen Absaugen
- das nicht durch Relaxierung verursachte Erlöschen einer Spastik oder das Auftreten einer Muskelhypotonie
- ein Ausfall der Temperaturregulation mit Hypothermie
- eine Polyurie in Folge eines zentralen Diabetes insipidus
- ein plötzlicher, deutlicher Blutdruckanstieg bei gleichzeitiger Bradykardie (Cushing-Reflex)
- ein therapieresistenter Anstieg des intrakraniellen Druckes
- Ausfall der Spontanatmung

Liegt der begründete Verdacht vor, dass bei einer Person die gesamten Hirnfunktionen ausgefallen sind, wird der Transplantationsbeauftragte umgehend informiert (Tel.: 10310) und die organprotektive Therapie eingeleitet.

Innerhalb des UKB benutzen wir den selbst entwickelten **HEW-Score** zur Kommunikation. Der HEW-Score, wobei die einzelnen Buchstaben für **Hirnfunktionsausfall/ Eignung/ Wille** stehen, ist ein einfaches System, um jeder denkbaren Konstellation dieser drei Kategorien, die mit Punktwerten von 1 bis 3 bewertet werden, einen eindeutigen Code zuzuordnen.

HEW-Score = $\alpha \cdot 100 + \beta \cdot 10 + \gamma$ Meldung an DSO, wenn HEW-Score > 213						
IHA	α Medizinische Eignung	β	Organspendewille	γ	HEW-Score	Meldung an DSO
A HEW-Score 311-333	festgestellt	keine KI	Zustimmung	3	333	ja
			ungeklärt	2	332	ja
			Ablehnung	1	331	ja
		unklar	Zustimmung	3	323	ja
			ungeklärt	2	322	ja
			Ablehnung	1	321	ja
		KI bekannt	Zustimmung	3	313	ja
			ungeklärt	2	312	ja
			Ablehnung	1	311	ja
B HEW-Score 211-233	erwartet/vermutet	keine KI	Zustimmung	3	233	ja
			ungeklärt	2	232	ja
			Ablehnung	1	231	ja
		unklar	Zustimmung	3	223	ja
			ungeklärt	2	222	ja
			Ablehnung	1	221	ja
		KI bekannt	Zustimmung	3	213	nein
			ungeklärt	2	212	nein
			Ablehnung	1	211	nein
C HEW-Score 111-133	nicht feststellbar	keine KI	Zustimmung	3	133	nein
			ungeklärt	2	132	nein
			Ablehnung	1	131	nein
		unklar	Zustimmung	3	123	nein
			ungeklärt	2	122	nein
			Ablehnung	1	121	nein
		KI bekannt	Zustimmung	3	113	nein
			ungeklärt	2	112	nein
			Ablehnung	1	111	nein

Die Transplantationsbeauftragten melden einen potenziellen Organspender ab einem Score > 213 der DSO. Selbst wenn keine Spende zustande kommt, sollen diese einheitlichen Daten dabei helfen besser analysieren zu können, warum in Deutschland die Spenderzahlen anhaltend so niedrig sind.

Zusammen mit den Transplantationsbeauftragten der restlichen Universitätsklinika in NRW haben wir uns auf diesen einheitlichen Standard geeinigt. (<https://doi.org/10.1007/s00063-024-01237-6>)

Ein Tool zur Ermittlung des jeweiligen HEW-Scores, findet man im ICU-Wiki bei den SOPs der NICU unter dem Reiter IHA Diagnostik.

1.2. Spendererkennung

Grundlage für die Identifikation potentieller Organspender ist die Richtlinie der Bundesärztekammer (BÄK) zur Spenderidentifikation. Hierin ist grundsätzlich geregelt, dass wenn der irreversible Hirnfunktionsausfall unmittelbar bevorsteht oder als bereits eingetreten vermutet wird, das Therapieziel und damit die Indikation zu einer intensivmedizinischen Therapie im Einklang mit dem Patientenwillen überprüft werden **muss**.

Ein Organspendewunsch des Patienten **muss** frühzeitig erkundet werden, spätestens vor Einleitung therapiebegrenzender Maßnahmen. Patienten können – wenn sie eine Organspende nicht ausgeschlossen haben – grundsätzlich unabhängig vom Lebensalter als Organspender in Betracht kommen.

Solange eine Organspende nicht ausgeschlossen ist, **müssen** intensivmedizinische Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Organfunktionen erfolgen.

Zudem ergibt sich aus §4 Abs. 1 S. 1 TPG eine Verpflichtung zur Abfrage des Organspenderegisters. Dies ist an allen KAS-Rechnern in den Schockräumen des INZ/NNZ möglich. Erforderlich ist ein eHBA und eine Freigabe dieses Ausweises im Organspenderegister. Diese kann durch die Transplantationsbeauftragten der UKB erstellt werden. Kontaktiert hierzu gerne einen aus dem Team.

Diese Abfrage ist auch bei schriftlich vorliegendem Willen verpflichtend, da ja überprüft werden muss, ob im Register nicht ein neuerer Eintrag existiert, der dann Gültigkeit hätte.

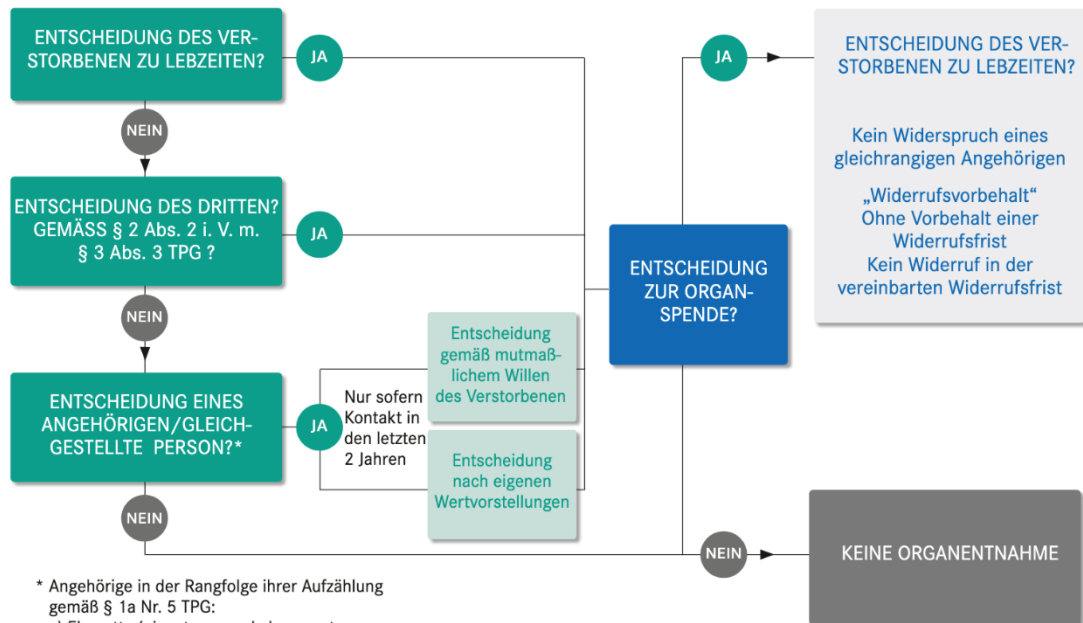
1.3. Therapiezielfindung

Der Wille zur Organspende hat wesentlichen Einfluss auf weitere Entscheidungen und Therapiezielsetzungen. Deshalb muss zeitnah der Wille zur Organspende erkundet und erste orientierende Gespräche mit den Patientenvertretern geführt werden. Zu diesen Gesprächen sollten die Transplantationsbeauftragten hinzugezogen werden.

Eine zu Lebzeiten getroffene Entscheidung des Verstorbenen (schriftlich oder mündlich) ist zunächst einmal bindend. Liegt eine schriftliche Einwilligung vor, werden die Angehörigen über eine Organspende informiert. Jugendliche können ab dem 16. Lebensjahr einer Organspende zustimmen, ab dem 14. Lebensjahr einer Organspende widersprechen. Liegt keine Entscheidung vor, sind die Angehörigen zu befragen. Die Angehörigen entscheiden nach dem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen. Ist dieser nicht ermittelbar, erfolgt eine Entscheidung nach Wertvorstellungen der Angehörigen. Ablauf, Inhalt, Ergebnis sowie beteiligte Personen sind vom gesprächsführenden Arzt aufzuzeichnen – es besteht eine Dokumentationspflicht auf dem Formular der DSO (siehe ICU-Wiki).

Über die Möglichkeit einer Gewebespende ist im Rahmen der Einwilligung zur Organspende mit aufzuklären.

§ 11 Abs. 1a Nr. 3 TPG zur Überprüfung der Einzelheiten der Einwilligung des Spenders nach § 3 TPG oder der Zustimmung anderer Personen nach § 4 TPG



1.4. Vorbereitung der Organspende

Wird einer Organspende zugestimmt, folgen konsequente organprotektive Intensivmaßnahmen beim Organspender. Diese Therapie ist umgehend entsprechend der im PDMS hinterlegten Checkliste (PDMS – Patient – Anamnese – IHA Checkliste) durchzuführen:

Checkliste bei irreversiblen Hirnfunktionsausfall (IHA)

Checkliste IHA Diagnostik

Organprotektive Therapie

Formulare (unter www.dso.de)

☐ Anamnesebogen

☐ Körperliche Untersuchung

☐ Angehörigengesprächsbogen

Basale Therapieziele

☐ Normothermie (> 35°, CAVE keine zentrale Thermoregulation)

☐ Normovolämie (CAVE Diabetes insipidus)

☐ Normotonie (MAD > 70mmHg)

Verlegung/Aufnahme bei IHA (PDF)

Verlegung Verstorbenen (Wiki)

Kommt ein IHA in Betracht, bitte Kontaktaufnahme mit:

1. Transplantationsbeauftragter UKB (Rufweiterleitung auf Handy):

1.5. Ablauf der IHA-Diagnostik

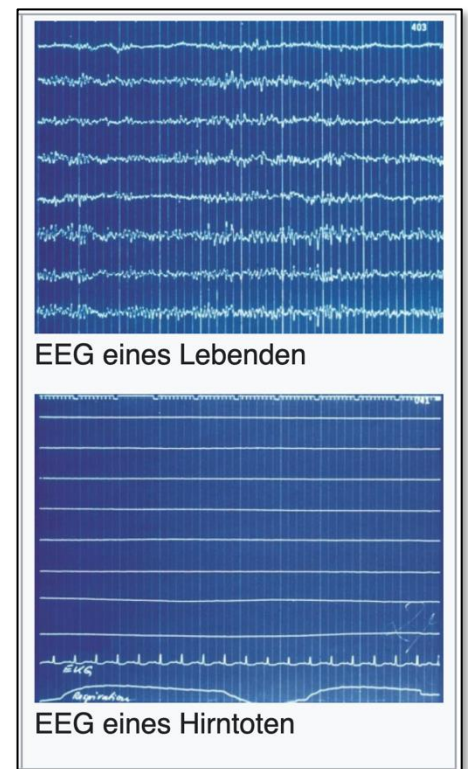
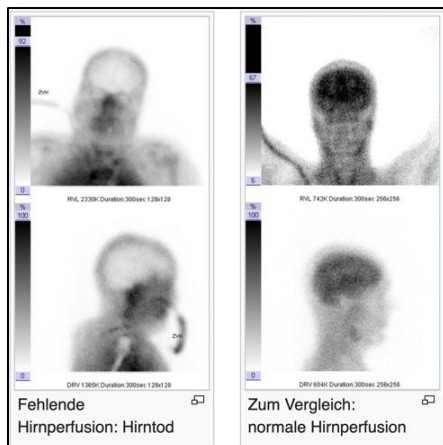
Die Feststellung des IHA erfolgt nach der Richtlinie der Bundesärztekammer (BÄK):

1. Prüfen der Voraussetzungen: Vorliegen einer primären oder sekundären Hirnschädigung mit hochgradigem Verdacht auf einen intrazerebralen Perfusionsstillstand sowie Ausschluss reversibler Ursachen
2. Klinik (Koma, Areflexie, Ausfall der Spontanatmung)
3. Nachweis der Irreversibilität

Die diagnostischen Voraussetzungen sowie die klinischen und ergänzenden apparativen Untersuchungsbefunde müssen mit Datum und Uhrzeit sowie den Namen der untersuchenden Ärzte auf dem Protokollbogen der BÄK dokumentiert werden.

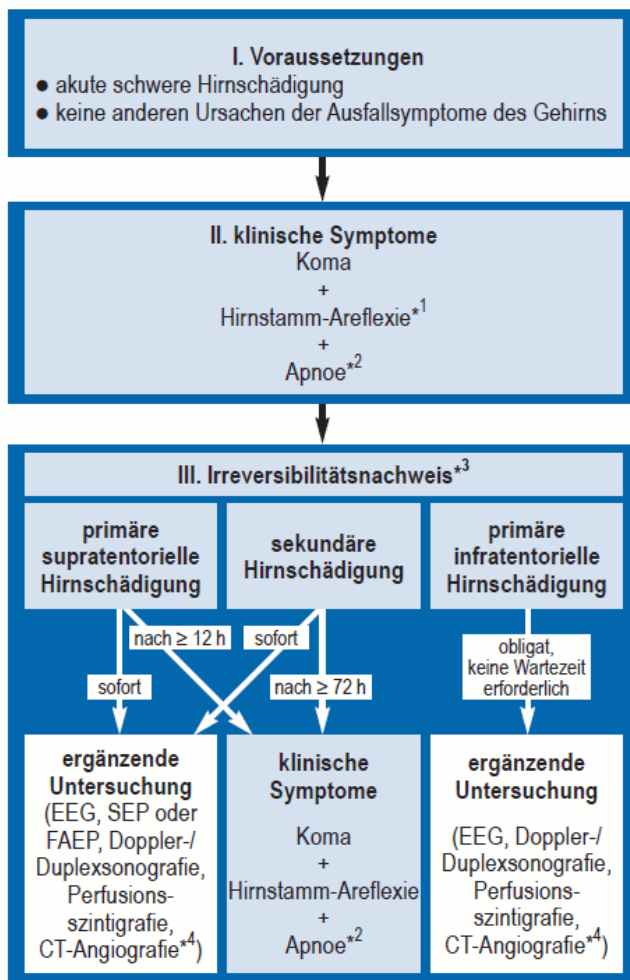
Die abschließende Feststellung des IHA muss immer durch zwei Ärzte dokumentiert werden. Für die Todesfeststellung sind die Unterschriften beider Ärzte auf dem abschließenden Protokollbogen zu leisten. Als Todeszeitpunkt gilt das Ende der zweiten klinischen Untersuchung bzw. das Ende der apparativen Zusatzdiagnostik.

Unabhängig vom Protokoll zur Dokumentation des IHA muss eine amtliche Todesbescheinigung (Leichenschauschein) ausgefüllt werden. In diesem Falle ist unter „sichere Zeichen des Todes“ das Feld „Hirntod“ anzukreuzen.

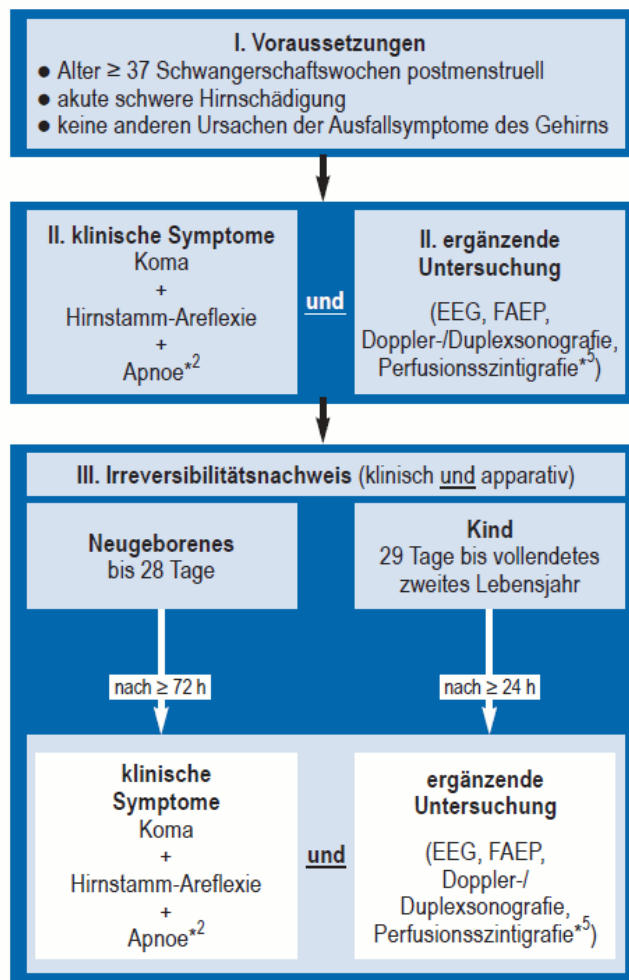


GRAFIK

Diagnostik des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls ab Beginn des dritten Lebensjahres



Diagnostik des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr



Drerstufiges Schema zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (1)

- ^{*1} wenn nicht alle klinischen Ausfallsymptome geprüft werden können, ist eine ergänzende apparative Untersuchung erforderlich
- ^{*2} wenn der Apnoe-Test nicht durchgeführt werden kann oder bei Ausgangs- $p_a\text{CO}_2$ über 45 mmHg, ist der Funktionsausfall des Hirnstamms zusätzlich durch den Nachweis des zerebralen Zirkulationsstillstandes zu belegen
- ^{*3} zum Vorgehen bei kombinierten Hirnschädigungen siehe Abschnitt 3 der Richtlinie
- ^{*4} siehe Anmerkung 9 der Richtlinie (CT-Angiografie erst ab dem vollendeten 18. Lebensjahr validiert)
- ^{*5} siehe Anmerkungen 6 und 9 der Richtlinie (Perfusionsszintigrafie ist nach der zweiten klinischen Untersuchung nach der vorgesehenen Wartezeit erforderlich)

CT, Computertomografie; EEG, Elektroenzephalografie; FAEP, frühe akustisch evozierte Potenziale; SEP, somatosensibel evozierte Potenziale

Dtsch Arztebl Int 2018; 115: 675-81; DOI: 10.3238/arztebl.2018.0675

1.6. Qualifikationsanforderungen an die untersuchenden Ärzte

Die klinische Untersuchung zur Feststellung des IHA erfolgt durch zwei unabhängige Untersucher mit der in der BÄK Leitlinie geforderten Qualifikation:

- Facharztanerkennung
- Mehrjährige Erfahrung in der Intensivbehandlung von Patienten mit schweren Hirnschädigungen
- Je Untersuchungsgang muss ein FA für Neurologie oder Neurochirurgie beteiligt sein
- Bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr muss ein FA für Kinder- und Jugendmedizin beteiligt sein
- Die Befundung der CTA zur Feststellung des Perfusionsstillstands muss durch einen FA für Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie erfolgen
- Die Befundung der Perfusionsszintigraphie muss von einem Facharzt für Nuklearmedizin erfolgen

1.7. Abschluss der IHA-Diagnostik

Wurde der IHA nachgewiesen und ist der Patient ein potentieller Organspender, erfolgt eine frühestmögliche Spendermeldung an die DSO (Tel.: 0800 3311330). Über diesen Kontakt werden medizinische und juristische Voraussetzungen einer Organspende geklärt. Bei nicht natürlichen Todesursachen (Unfall, Vergiftungen, Gewalteinwirkung, Suizid) informiert der behandelnde Arzt die Kriminalpolizei, die dann die Staatsanwaltschaft informiert. Die Freigabe zur Organentnahme fällt in die Zuständigkeit der Staatsanwaltschaft des Ortes, an dem der Tod eingetreten/festgestellt worden ist.

Mit dem Todeszeitpunkt wird der Patient als verstorben im KAS entlassen und als Organspendefall neu aufgenommen. Mit der neuen Fallnummer wird nun der Verstorbene im PDMS neu aufgenommen (siehe Anleitung im PDMS: Patient – Anamnese – IHA Checkliste – Verlegung/Aufnahme bei IHA).

Für eine lückenlose medizinische Dokumentation und aus organisatorischen Gründen muss die Verlegung und Neuaufnahme sofort im Anschluss der Todesfeststellung erfolgen.

The screenshot shows the 'Checkliste bei irreversiblen Hirnfunktionsausfall (IHA)' interface. Three red boxes with numbers 1, 2, and 3 highlight specific areas:

- Box 1:** Points to the top navigation bar, specifically the 'IHA-Checkliste' tab.
- Box 2:** Points to the 'SBAR' tab in the top navigation bar.
- Box 3:** Points to the 'Verlegung/Aufnahme bei IHA (PDF)' and 'Verlegung Verstorbener (Wiki)' links in the right-hand sidebar.

The main content area is divided into two columns:

- Checkliste IHA Diagnostik:** Includes a section for 'Formulare (unter www.dso.de)' with checkboxes for 'Anamnesebogen', 'Körperliche Untersuchung', and 'Angehörigengesprächsbogen'.
- Organprotektive Therapie:** Includes a section for 'Basale Therapieziele' with checkboxes for 'Normothermie (> 35°, CAVE keine zentrale Thermoregulation)', 'Normovolämie (CAVE Diabetes insipidus)', and 'Normotonie (MAD > 70mmHg)'.

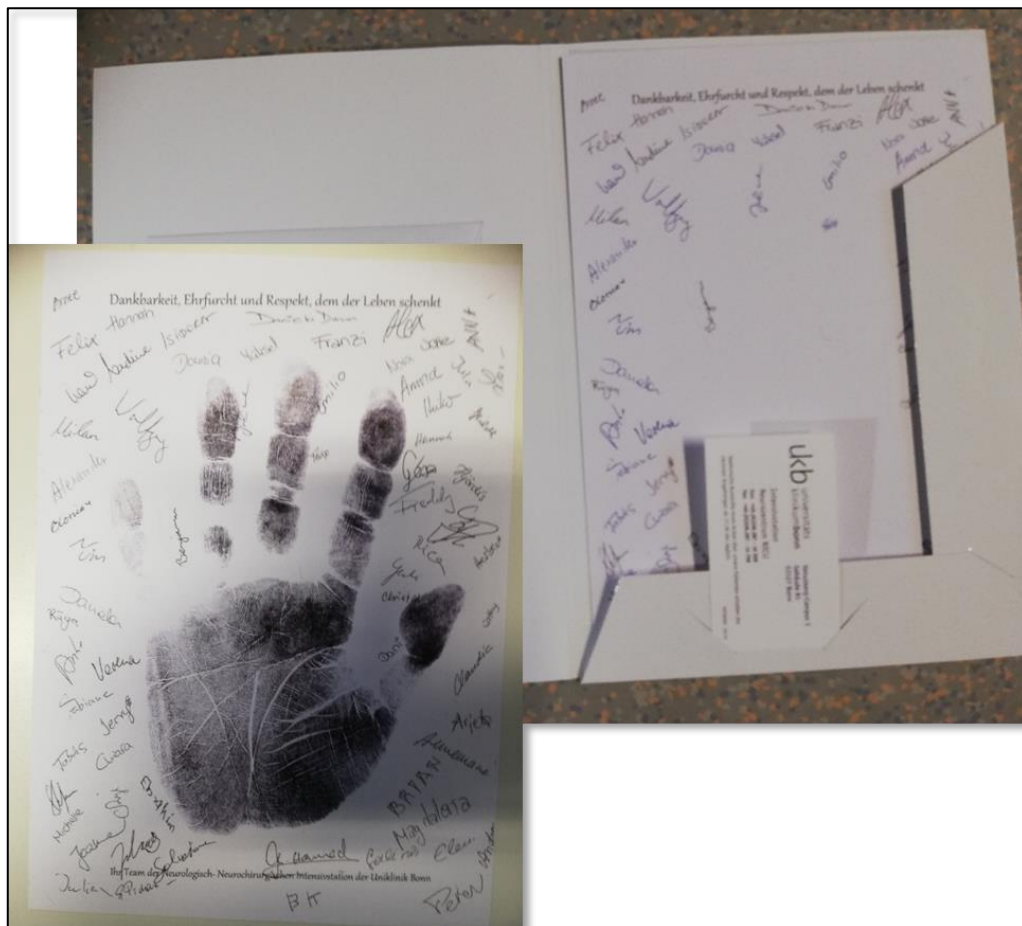
At the bottom right, there is a box with the text: 'Kommt ein IHA in Betracht, bitte Kontaktaufnahme mit: 1. Transplantationsbeauftragter UKB (Befunderteilnahme auf Wunsch)'.

1.8. Untersuchungen zur Vorbereitung einer Organspende und organprotektive Therapie

Auf allen Intensivstationen des UKB wird ein vorbereiteter Ordner vorgehalten. In diesem Ordner sind alle Untersuchungs- und Anamnesebögen, die im Rahmen einer Organspende notwendig sind, sortiert abgelegt. Durch das Stationsteam sind zunächst einmal alle Bögen, die in dem Ordner enthalten sind, auszufüllen. Einer der Transplantationsbeauftragten wird diesen Prozess in jedem Fall begleiten, da es in vielen Fällen auch Abweichungen gibt.

1.9. Abschluss einer Organspende

Nach einer realisierten Organspende ist es ausdrücklich erwünscht, den Angehörigen das Abschiednehmen von ihrem Verstorbenen zu ermöglichen. Offene Besuchszeiten, Rooming-in sowie fortlaufende Gesprächsangebote gehören dabei genauso zum Angebot wie die auf NICU speziell hierfür angefertigten Mappen, mit denen eine Haarsträhne sowie ein Handabdruck des Spenders mit allen Unterschriften des NICU-Teams als Zeichen der Wertschätzung an die Angehörigen übergeben wird.



2. Verabschiedung von ICU

Eine Organspende stellt eine in besonderem Maße altruistische Tat dar. Durch die Spende der eigenen Organe schenkt man den Empfängern im besten Fall viele weitere Lebensjahre. Insbesondere in Deutschland besteht seit Jahren ein Trend zu immer weniger Organspenden. Die individuelle Entscheidung seine Organe nach dem Tod anderen Menschen zu geben ist daher stark zu würdigen. In den vergangenen Jahren hat sich daher auf der NICU eine gewisse Tradition entwickelt die Organspender im Rahmen eines kurzen gemeinsamen „Innehaltens“ von der Station zu verabschieden.

Dabei hat sich gezeigt, dass dieser kurze Moment für alle Beteiligten - das Team des UKB aber auch für die Angehörigen - eine gute Möglichkeit bietet, einen persönlichen Endpunkt in der Begleitung des Organspenders zu finden.



Die Angehörigen dürfen den Spender auf Wunsch bei der Verlegung in den OP begleiten und der Einschleusung beiwohnen.

Notfallmedizin

Fortbildungstermine Notfallmedizin Q 2 und Q 3 2025

- **Dienstag 24. Juni 2025**

Einführungsveranstaltung Verlegeärztdienst

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 25. Juni 2025**

Fortbildung Notarzt - Fortbildung

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 9. Juli 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 6. August 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 27. August 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 3. September 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

Frühjahrs-Notarztkurs in Bonn erfolgreich abgeschlossen

von Christian Struchold und Ulli Heister

Zum 46. Mal haben wir im März für die Ärztekammer Nordrhein (Ärztliche Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung) in Bonn einen **Kurs „Allgemeine und spezielle Notfallmedizin“ (Notarztkurs)** angeboten.

Der 8-tägige Kurs ist Voraussetzung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin und wird gemeinsam von der Stadt Bonn (Feuerwehr und Rettungsdienst) und der KAI durchgeführt. Von den 20 Teilnehmenden kamen 8 Kolleg*innen vom UKB.

Unter Leitung von Dr. Heister (ÄLRD) und Dr. Bartsch (früherer stv. ÄLRD) wurden im Ausbildungszentrum und auf dem Übungsgelände der Berufsfeuerwehr Bonn alle relevanten Inhalte in Theorie und Praxis gem. dem bundeseinheitlichen Musterkursbuch Notfallmedizin vermittelt. Besonders durch die Nähe zur Feuerwehr und zum Rettungsdienst auf einer Feuer- und Rettungswache im Realbetrieb wurden die Kursteilnehmenden von Anfang an praxisnah eingebunden und auf die spätere Tätigkeit als Notärztin und Notarzt eingestimmt.

Der Kurs beinhaltet alle relevanten Themen der Notfallmedizin und umfasst neben theoretischen Inhalten, Skills-Stationen mit Übungen am Phantom sowie praktische Szenarien. Diese umfassen Groß-Übungen einer Drehleiterrettung aus einem brennenden Wohngebäude, technischer Rettung aus dem verunfallten Fahrzeug, Reanimation im Rettungswagen oder einem Massenanfall von Verletzten. Auch aktuelle Themen wie präklinischer Ultraschall, Umgang mit Palliativsituationen und Sterbenden, psychosoziale Notfälle und Gewalt gegen Rettungskräfte wurden vermittelt.





Neben diversen anderen Fortbildungsformaten findet der Notarztkurs in Bonn üblicherweise zweimal im Jahr (Frühjahr und Herbst) statt. Der nächste Bonner Kurs ist vom **25.10. bis 01.11.2025**. Die Anmeldung erfolgt ausschließlich über die Ärztekammer. Für die Wochentage können FBU-Tage beantragt werden und die Kursgebühren für Ärztinnen und Ärzte der KAI werden vom UKB getragen.

Weitere Informationen sind im Terminflyer Notarztdienst unter „Kurs Arzt im Rettungsdienst“ über den QR Code abrufbar.



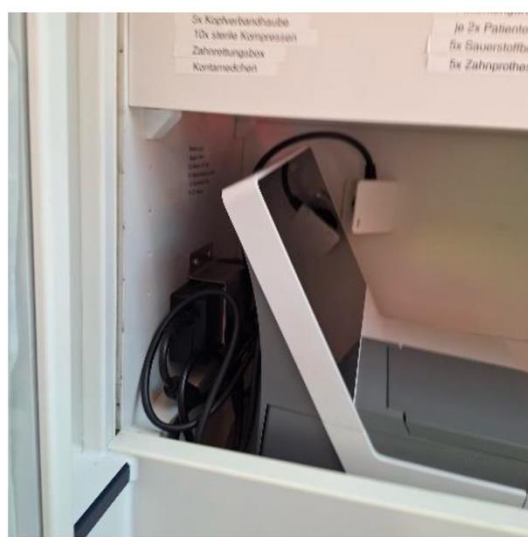
Neues BGA-Gerät für Intensivverlegungen

von Ulli Heister

Ab sofort ist ein mobiles BGA-Gerät (*EDAN i20*) auf dem Bonner Intensivtransportwagen (4-ITW-1) verlastet. Dieses Fahrzeug ist werktags tagsüber im INZ stationiert und fährt in der restlichen Zeit von der Rettungswache in Bonn-Duisdorf aus.

Hiermit kann indikationsbezogen die BGA-Messung fast aller wichtiger Laborwerte (einschl. COHb) einer Blutgasanalyse erfolgen. Dies ist insbesondere bei Intensiv- und Ferntransporten von beatmeten Patient*innen von Relevanz und verbessert die Patientensicherheit. Einzig die Messung des Glucose- und Laktatwertes kann aktuell noch nicht erfolgen. Firmenseitig wird die Möglichkeit hierzu erst ab Anfang des nächsten Jahres verfügbar sein. Sobald dies der Fall ist, wird die Nachrüstung noch durchgeführt.

Das Gerät ist auf dem 4-ITW-1 im linken Schrankfach hinter der Rollschublade fest angebracht, die Benutzung ist nur bei stehendem Fahrzeug erlaubt. Nähere Einzelheiten können der im Fahrzeug hinterlegten Kurzanleitung entnommen werden.



Forschung und Lehre

Publikations-Highlight

von Christian Bode

Nukleinsäuren als Auslöser kritischer Erkrankungen – Update zur zytosolischen Nukleinsäuresensorik



In einer aktuellen Übersichtsarbeit, veröffentlicht im Fachjournal *Signal Transduction and Targeted Therapy* (Impact Factor 40,8), beleuchten Dr. Rachel Chen, Dr. Lennart Wild und Prof. Dr. Christian Bode die zentrale Rolle der zytosolischen Nukleinsäuresensorik bei der Entstehung schwerer Erkrankungen und diskutieren vielversprechende therapeutische Ansätze.

Alarmierende Überreaktion des Immunsystems

Zytosolische Nukleinsäuresensoren wie cGAS, RIG-I und TLR9 sind essenzielle Bestandteile der angeborenen Immunabwehr und erkennen fremde genetische Informationen, etwa bei viralen oder bakteriellen Infektionen. In kritischen Krankheitsverläufen – etwa bei Sepsis, akutem Atemnotsyndrom (ARDS) oder Multiorganversagen – kann die Aktivierung dieser Sensoren jedoch überschießend ausfallen. Die Folge: eine massive Entzündungsreaktion, die körpereigene Gewebe und Organe angreift und die Prognose der Patienten erheblich verschlechtert.

Gezielte Therapie statt überschießender Immunantwort

Der Artikel betont die dringende Notwendigkeit, diese Immunreaktionen gezielt zu modulieren. Besonders im Fokus stehen therapeutische Inhibitoren, die selektiv die Aktivität von Nukleinsäuresensoren hemmen, ohne die schützende Funktion des Immunsystems zu beeinträchtigen. Solche zielgerichteten Eingriffe könnten neue Behandlungsoptionen für schwer verlaufende Erkrankungen eröffnen und insbesondere die Entwicklung lebensbedrohlicher Komplikationen wie Multiorganversagen verhindern.

Fazit: Ein neues Kapitel in der Intensivmedizin

Die zytosolische Nukleinsäuresensorik stellt einen entscheidenden Mechanismus in der Pathophysiologie kritischer Erkrankungen dar. Ein vertieftes Verständnis dieser Prozesse eröffnet innovative therapeutische Wege – mit dem Potenzial, das Überleben und die Lebensqualität schwerkranker Patienten deutlich zu verbessern.

Publikation

Chen Z, Behrendt R, Wild L, Schlee M, Bode C. Cytosolic nucleic acid sensing as driver of critical illness: mechanisms and advances in therapy. *Signal Transduction and Targeted Therapy*. 2025 Mar 19;10(1):72. PubMed: 40102400

How to Lehre

von Linda Gosejacob und Rica Philippi

Unsere Tätigkeitsbeschreibung an einer Uniklinik enthält die viel zitierte Trias „Patientenversorgung, Forschung und Lehre“. Immer wieder wird gefragt, wie und wo man sich in der Lehre engagieren könne und welche Kurse wir eigentlich organisieren und durchführen. Hier geben wir einen kleinen Überblick:



eLearning

Sämtliche Kurse werden mittels eLearning auf „eCampus“ begleitet. Hier finden Studierende Materialien zur Vor- und Nachbereitung und Dozierende entsprechende Unterlagen und Anleitungen. Letztere sind für die Studierenden natürlich nicht einsehbar...

Deswegen ist ein eCampus-Zugang super, super wichtig. Alle Mitarbeiter*innen haben zu Beginn ihrer Tätigkeit eine Uni ID (...@uni-bonn.de) erhalten. Hiermit erfolgt der Login auf eCampus und der Zugriff auf die entsprechenden Gruppen. Wer keinen Zugriff auf „seinen/ihren“ Kurs hat, melde sich bitte – die Freischaltung für die einzelnen Kurse erfolgt meist händisch. Sollte die Uni-ID abhandengekommen sein, bitte an die IT wenden.

Skillcube

Seit einigen Semestern benutzen wir in den meisten Kursen Skillcubes zur Simulation von Szenarien, die dadurch realitätsnäher werden: Bei den Skillcubes handelt es sich um Simulatoren des Zoll-Monitorings, das wir alle aus dem klinischen Alltag kennen. Die Dozierenden können über ein Tablet die Vitalparameter einstellen und verändern, die Studierenden müssen die Parameter „am Patienten / der Puppe“ erheben – ein mündlicher Austausch „Ich würde jetzt einen Sättigungsclip dranmachen – wie ist die Sättigung?“ – „Ja – gut! Die Sättigung ist 95%“ entfällt damit. Entsprechende Schulungsmaterialien sind auf eCampus hinterlegt und können durch Dozierende dort abgerufen werden (https://ecampus.uni-bonn.de/goto_ecampus_fold_3677869.html).



Vorklinik

In der Vorklinik betreuen wir seit einigen Semestern den für das Physikum obligatorischen **1. Hilfe Kurs**. Alternativ kann dieser weiterhin z.B. über Hilfsorganisationen absolviert werden. Hier erlernen die Studierenden die Grundlagen der Ersten Hilfe und der kardiopulmonalen Reanimation. Der Kurs beinhaltet sowohl theoretische Grundlagen als auch praktische Übungen (Rettungsgriff, stabile Seitenlage, Reanimation mit/ohne AED, interaktive Übung zu ABCDE, Verbände...). Unterstützt wird der Kurs von studentischen Hilfskräften des SkillsLab, die sich mit der Technik und den Räumlichkeiten im SkillsLab auskennen. Außerdem nett: der Kurs beinhaltet eine einstündige Mittagspause, in der ihr in die Mensa oder die DZNE-Kantine gehen könnt. Die Studierenden freuen sich sehr, während der sehr theorielastigen Vorklinik endlich etwas klinisch-praktisches zu lernen und selbst durchführen zu können, daher ist die Kursatmosphäre angenehm und die Studierenden sehr motiviert. Der 1. Hilfe Kurs eignet sich ideal für den Einstieg als Dozent*in in die studentische Lehre, da die Inhalte nur wenig in die Tiefe gehen und der Kurs

einem strukturierten Ablauf folgt, nach dem man sich richten kann. Schon mit einigen Monaten Berufserfahrung könnt ihr hier mit einsteigen. Wenn ihr schon eine Ausbildung im Rettungsdienst oder in der (Intensiv-) Pflege gemacht habt ggf. auch schon früher. Die Einarbeitung richtet sich nach Euren Vorerfahrungen in der Lehre. Wer schon Erfahrungen im Studentenunterricht hat und es sich zutraut kann nach einer kurzen Einweisung schon direkt einen Kurs übernehmen, es besteht aber auch die Möglichkeit vorher als Einarbeitung zu einem Kurs dazuzukommen. Wenn ihr Interesse habt: meldet Euch, wir senden Euch die Präsentation und alle anderen Infos zu, und ihr könnt entscheiden, ob ihr direkt loslegen oder erst einen Tag lang hospitieren wollt.

Klinik

Im klinischen Abschnitt des Studiums sehen wir die Studierenden des ersten oder zweiten klinischen Semesters im Rahmen des „**GKU Notfallmedizin**“. GKU steht hierbei für Grundlagenkurs klinische Untersuchung. Der Kurs findet freitagnachmittags statt und dauert pro Gruppe 1,5 Stunden. Die Studierenden sollen sich mit eCampus vorbereiten. Vor Ort im SkillsLab resümieren wir in der Gruppe das ABCDE-Schema nochmal kurz und üben dieses anhand von standardisierten Szenarien an einer Simulationspuppe mit Skillqube. Am Ende des Semesters durchlaufen die Studierenden eine praktische OSCE ohne Notenvergabe, stattdessen gibt es mündliches Feedback durch die Prüfenden.

Die meisten Lehrveranstaltungen unserer Klinik finden im 4. klinischen Semester statt:

- Vorlesungen: Anästhesie und Intensivmedizin, Schmerzmedizin
- Praktische Kurse: Blockpraktikum, QB Notfallmedizin
- Seminar: QB Schmerzmedizin

Vorlesung: Anästhesie und Intensivmedizin, Schmerzmedizin

Die Vorlesung wird hauptsächlich von Professor*innen gehalten, die Lehrverpflichtungen am UKB haben, oder von unseren Oberärzt*innen sowie sehr erfahrenen wissenschaftlich tätigen Kolleg*innen. Für den Einstieg in die Lehre eignet sich die Vorlesung also nicht, sehr wohl aber eignen sich die Vorlesungsmitschnitte auf eCampus für Berufseinsteiger zur Auffrischung des Examenswissens.

Blockpraktikum

Als Dozierende im Blockpraktikum verbringen wir die erste Woche gemeinsam mit den Studierenden im SkillsLab und besprechen von organisatorischen Dingen, der Prämedikation, Airwaymanagement und Invasivitäten bis hin zur Simulation von Einleitungssituationen im Simulations-OP so ziemlich alles, was das Anästhesisten-Herz täglich beschäftigt.

Blockpraktikum Anästhesiologie - SkillsLab-Wochenplan						
	Montag 08:00 - 13:00 h	Dienstag 07:20 - 13:00 h		Mittwoch 08:00 - 13:00 h		Donnerstag 08:00 - 13:00 h
Gruppe	A & B	A	B	A	B	A & B
	Vorstellungsrunde Kurzpräsentation KAI/Organisation Anästhesieaufklärungsgespräch Familiarisierung mit dem Simulator/Basismonitoring Quiz 12:00 - 13:00 h Intensivmedizin-Seminar (KH Düren) Plenum Raum 1 (Smartboard)	Live-Streaming: Kardiochirurgische Narkoseeinleitung Plenum (07:20 h), Raum 1 (Smartboard)		Impulsvortrag CRM Key-Feature-Fälle Plenum (08:00 h), Raum 1 (Smartboard)		Simulation Narkoseeinleitung Reflektion Feedback-Runde Plenum Simulations-OP Raum 2 (Smartboard)
		Atemwegs- Management Halbplenum Raum 1 (Smartboard)	Gefäßzugänge, Regionalanästhesie, MiBi/Hygiene Halbplenum Raum 2 (Smartboard)	Gefäßzugänge, Regionalanästhesie, MiBi/Hygiene Halbplenum Raum 1 (Smartboard)	Atemwegs- Management Halbplenum Patientenzimmer (Flip)	
		2 Dozierende				1 Dozierender/Dozierende

Da die Kursinhalte der ersten Blockpraktikumswoche schon relativ komplex werden, sollte man selbst die theoretischen und praktischen Grundlagen der Anästhesie gut beherrschen, um hier zu lehren. Man sollte verschiedene Narkoseverfahren in verschiedenen Abteilungen der KAI kennengelernt haben, also schon mehrere Rotationen hinter sich haben. Es ist allerdings NICHT nötig schon durch alle OP-Bereiche rotiert zu sein. Idealerweise hat man außerdem schon etwas Erfahrung in der Lehre, entweder in anderen Kursen bei uns oder an anderen Kliniken. Neue Dozentinnen und Dozenten werden eingearbeitet, indem sie zunächst zusätzlich zum Kurs dazukommen, bevor sie eigenständig einen Kurs leiten. Die Vorbereitung seitens der Studierenden erfolgt asynchron nach dem Flipped Classroom-Konzept mit Materialien auf eCampus.

In der zweiten Woche begleiten uns die Studierenden in den verschiedenen OP-Bereichen in einem 1:1-Setting und freuen sich über Hands-on sowie Vertiefung und praktische Anwendung des bisher Gelernten. Hier könnt ihr in jedem Stadium eurer Weiterbildung Wissen und Erfahrungen weitergeben. Dafür müsst Ihr Euch nirgendwo melden, ihr werdet automatisch im OP auf die Studierenden treffen, die vom Lehre-Team auf die OP-Bereiche verteilt werden. Auf eCampus steht das ausführliche Konzept sowie eine Liste an Lernzielen zur Verfügung. Ebenso ist auf der Rückseite der Laufzettel der Studierenden eine kleine Liste mit Beispielen, was die Studierenden in dieser Woche lernen oder durchführen sollen. Beides darf jederzeit zum „Spicken“ oder als „Inspirationshilfe“ zu Rate gezogen werden, wenn jemandem im OP die Themen und Ideen ausgehen. Zum Abschluss des Blockpraktikums absolvieren die Studierenden die FÜL-Prüfung (fächerübergreifende mündliche Prüfung gemeinsam mit den Fächern Orthopädie, Urologie und Chirurgie).

QB Notfallmedizin

Der Querschnittsbereich Notfallmedizin befasst sich mit verschiedenen Organsystemen und entsprechenden Notfallszenarien und wird von mehreren Fachdisziplinen betreut. Die KAI ist für die Kursteile *Erwachsenen-CPR*, *kardiologische Notfälle* und *Polytrauma* (Theorievortrag) zuständig. Die Kursteile der anderen Kliniken sind pädiatrische CPR, Polytrauma (praktisch), Abdomen, Dyspnoe und Schockraumbildgebung. Analog zum GKU Notfallmedizin besteht der Kern dieses Kurses aus Mini-Simulationen von Notfällen. Es erfolgt keine Präsentation für die Termine „Erwachsenen CPR“, „Dyspnoe“ und „Thoraxschmerz“, sondern wieder eine asynchrone Vorbereitung mit Materialien auf eCampus. Durch das Flipped Classroom Konzept steht mehr Zeit für die praktische Anwendung und Vertiefung zur Verfügung. Als Abschlussprüfung gibt es hier wieder eine OSCE, diesmal benotet. Da im OP kardiologische Notfälle und Reanimationen zum Glück nur selten vorkommen, sollten Dozentinnen und Dozenten in diesem Kurs idealerweise die Intensiv- oder Notarzttrotation absolviert haben.

QB Schmerzmedizin

Das Seminar des Querschnittsbereichs Schmerzmedizin findet gemeinsam mit den Kolleg*innen aus der Klinischen Pharmakologie und der Klinik für Psychosomatik statt. Dozierende haben entweder die Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerzmedizin oder befinden sich in der Ausbildung dazu. Am Ende des Semesters findet eine schriftliche, tablet- oder computerbasierte Abschlussklausur statt.

Wahlfächer

Ein neuerer Kurs ist das Wahlfach „Klinische Forschung in der Anästhesie“, den die Studierenden während der Zeit in der Vorklinik belegen können. Hier sammeln die Studierenden im Studienteam von Maria Wittmann eine Woche Erfahrungen in der Klinischen Forschung. Dies hilft dann auch später bei der Entscheidung für eine Doktorarbeit.

Weiterhin besteht die Möglichkeit Nachhaltigkeit in der Anästhesiologie als Wahlfach zu belegen, nähere Informationen können diesbezüglich bei Pascal Siegert eingeholt werden.

Nach dem 4. Klinischen Semester haben sehr interessierte Studierende die Möglichkeit ein Wahlfach bei uns zu absolvieren. Dies ist in den Einzelbereichen Anästhesie, Intensivmedizin oder Schmerzmedizin möglich. Die Wahlfächer finden eine Woche ganztags oder zwei Wochen halbtags statt. Hier werden die Teilnehmenden einem unserer Kolleg*innen fest zugeteilt. Am Ende der Zeit müssen die Studierenden benotet werden. Dies geschieht ohne eine formelle Prüfung, es werden stattdessen die allgemeine Performance beurteilt und zwischendurch immer mal ein paar fachliche Fragen erörtert. Diese Studierenden, die sich bereits explizit für unser Fach interessieren, sind natürlich prädestinierte zukünftige PJler und ggf. sogar zukünftige Kolleg*innen.

PJ

Die Studierenden, die mit dem Gedanken spielen, in die Anästhesiologie zu gehen, wählen dieses Fach auch vielfach für ihr PJ. PJler in unserer Abteilung verbringen 4 Monate bei uns und rotieren in verschiedene Bereiche – gemäß ihren Wünschen. Hier ist es unser Ziel, dass die PJs am Ende des Tertials selbständig unter Supervision eine einfache Narkose durchführen können. Deshalb

ist es hier wünschenswert, den PJ-Studierenden möglichst viele Tätigkeiten anzuvertrauen, die dann unter Supervision selbständig durchgeführt werden. Je besser wir unsere PJs ausbilden, desto fitter sind dann die Kolleg*innen am ersten Arbeitstag.

Hier ein kleiner **Überblick**, ab welchem Ausbildungsstand ihr euch in welcher Lehrveranstaltung sinnvoll einbringen könnt. Die Tabelle ist aber nur eine sehr grobe Richtschnur von der natürlich abgewichen werden kann, insbesondere, wenn ihr Vorerfahrungen aus anderen Kliniken/Ausbildungen mitbringt. Wenn Ihr Lust habt Euch an der Lehre zu beteiligen, aber nicht wisst wohin ihr am besten passt: meldet Euch einfach, wir finden den richtigen Kurs für euch.

Lehrveranstaltung	Persönliche Voraussetzung als Dozent/ Dozentin	Benötigte minimale Berufserfahrung
Erste-Hilfe Kurs	Kenntnisse im Bereich 1. Hilfe/ BLS oder Bereitschaft, sich diese für den Kurs anzueignen	Wenige Monate
GKU Notfallmedizin	Fähigkeit eine strukturierte Untersuchung nach dem ABCDE-Schema durchzuführen	Wenige Monate
Blockpraktikum	Gute Kenntnisse in der Narkoseführung in verschiedenen Abteilungen der KAI	1 Jahr
QB Notfallmedizin	Fähigkeit zur Durchführung des ACLS und zur Diagnose/ Behandlung kardiologischer Notfälle	Intensiv- und/oder Notarztrotation
QB Schmerzmedizin	Profunde Kenntnisse in der Schmerzmedizin auch außerhalb des perioperativen Settings	Facharzt in Weiterbildung zur ZB spezielle Schmerzmedizin
Vorlesung Anästhesie und Intensivmedizin, Schmerzmedizin	Spezielle Kenntnisse in bestimmten Teilbereichen des Fachgebiets	

Meldet Euch gerne bei uns, wenn Ihr Euch an der Lehre beteiligen möchtet. Darüber hinaus freuen wir uns immer über Feedback – zur Organisation und den Inhalten.

Wer ist für was zuständig?

Erste Hilfe – **Linda Gosejacob**

GKU Notfallmedizin - **Rica Philippi**

Vorlesungen – **Maria Wittmann**

QB Schmerz – **Monika Bullerkotte / Pascal Kowark**

BP – **Gregor Massoth / Achilles Delis**

QB Notfall – **Achilles Delis / Andreas Schumacher / Gregor Massoth**

Wahlfächer – **Maria Wittmann**

PJ – **Gregor Massoth / Maria Wittmann / Achilles Delis**

eCampus – **Rica Philippi / Linda Gosejacob**

Personalia

Neue ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (seit April 2025)

Ilnura Bespayeva

bei uns seit: 01-04-2025 (CHI)



Studium in: Leipzig
Berufserfahrung: Herzchirurgie (Freiburg),
Anästhesie (Pavlodar (KAZ))

Friederike Derz

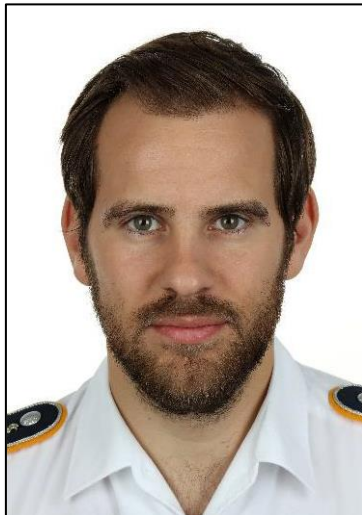
bei uns seit: 01-04-2025 (Ortho)



Studium in: Marburg
Berufserfahrung: Innere Medizin (Bonn)
Hobbies: Bouldern, Wandern

Andreas Deschler

bei uns seit: 01-04-2025 (NCH)



Studium in: Hamburg
Berufserfahrung: Chirurgie, Urologie,
Anästhesie (Koblenz), Fliegerarzt
Hobbies: Rudern, Biken, Fliegen

Dr. Nils Dieckmann

bei uns seit: 01-04-2025 (AUG)



Studium in: Essen
Berufserfahrung: Innere Medizin /
Onkologie (Essen)
Hobbies: Rennrad

Yonah Layer

bei uns seit: 01-04-2025 (MKG)



Studium in: Bonn

Hobbies: Rudern, Schwimmen

Dr. Alina Michael

bei uns seit: 01-04-2025 (ICU)



Studium in: Köln, Hannover

Berufserfahrung: Anästhesie (Hildesheim,
Köln (FÄ))

Hobbies: Reisen

Dr. Raunaq Miah

bei uns seit: 01-04-2025 (ICU)



Studium in: Essen

Berufserfahrung: Neurologie, Anästhesie
(Essen)

Hobbies: Rennrad, Kampfsport

Simon Simons

bei uns seit: 01-04-2025 (UFK)



Studium in: Bonn

Berufserfahrung: Notfallsanitäter

Hobbies: Rudern

Anne Wickborn

bei uns seit: 01-04-2025 (ZAO)



Studium in: Aachen
Hobbies: Reisen, Backen

Hannah Stadelmann

bei uns seit: 01-05-2025 (Ortho)



Studium in: Debrecen (HUN)
Hobbies: Sport

Yannick Mußmann

bei uns seit: 01-05-2025 (ZAO)



Studium in: Mainz
Berufserfahrung: Notfallsanitäter
Hobbies: Ski, Segeln, Laufen

Phil Wittenbrink

bei uns seit: 01-05-2025 (ICU)



Studium in: Köln
Berufserfahrung: Anästhesie (Köln (FA))
Hobbies: Rennrad, Reisen

Dr. Jan Wawrzinek
bei uns seit: 01-06-2025 (NCH)



Studium in: Witten/Herdecke
Berufserfahrung: Anästhesie (Bonn)

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

Vorstellung neuer Fachärzt*innen:

Daniel Beel

Stefan Boskovic

Dr. Dishalen Cudian

Andrea Hoffmann

Christine Kösters

Maximilian Kruse

Dr. Isabelle Osberghaus

Wir gratulieren herzlich zur erfolgreich abgelegten Facharzt-Prüfung!

Personalabgänge:

Daniel Beel

Hanna Schröder

Stefanie Seidensticker

Lucca Husemann

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

Sonstiges

Aktueller Stand FTX-Tag:

von Sven Klaschik und Tobias Hilbert

Die Regelungen zu Diensten an Feiertagen laut Tarifvertrag war in den vergangenen Monaten ein wiederkehrendes Thema. Die Umsetzung des sog. FTX-Tages wird weiterhin zwischen Verwaltung und wissenschaftlichem Personalrat verhandelt, eine entsprechende Vorgabe, wie diesbezüglich zu verfahren ist, liegt der KAI daher bis dato nicht vor. Erst nach einer Einigung zwischen dem UKB als Arbeitgeber und dem wissPR kann die dann gefundene Lösung in unserer Klinik umgesetzt werden.

Für den 9. Juli ist eine Mittwochsfortbildung mit Herrn Feise (GB1, Arbeitszeitmanagement) geplant, hier können dann auch offene Fragen an die Verwaltung gestellt werden. Für sonstige diesbezügliche Anfragen verweisen wir ebenfalls an den wissPR bzw. den GB1.

Reisebericht Ghana

von Patricia Lück

Wie jede größere Auslandsreise erforderte auch unser Aufenthalt in Ghana eine sorgfältige Planung – dieses Mal jedoch unter dem besonderen Zeitdruck von nur drei Wochen.

Vorbereitung und Anreise

Zunächst stand die Beantragung eines Visums bei der ghanaischen Botschaft in Berlin an. Zusätzlich mussten mehrere Impfungen organisiert werden: Die Gelbfieberimpfung ist obligatorisch, da ohne deren Nachweis keine Einreise nach Ghana möglich ist. Darüber hinaus wurden Impfungen gegen Tollwut, Meningokokken und Typhus sowie die Einnahme einer Malariaprophylaxe empfohlen, da in allen Regionen des Landes ein erhöhtes Infektionsrisiko besteht.

Für unser Projekt am Cape Coast Teaching Hospital führten wir verschiedene Materialien mit: sechs Reanimationspuppen, einen Notfallrucksack inkl. AED sowie weitere Trainingsutensilien. Die Anreise erfolgte über Frankfurt und Amsterdam nach Accra, der Hauptstadt Ghanas. Bereits bei der Ankunft am Abend war die tropische Hitze deutlich spürbar – ein erster Vorgeschmack auf das Klima der kommenden Tage. Unser endgültiges Ziel, Cape Coast, liegt rund drei Stunden entfernt an der Küste des Golfs von Guinea und ist die Hauptstadt der Central Region mit etwa 170.000 Einwohnern.

Einsatz im Cape Coast Teaching Hospital

Nach einer holprigen Fahrt über größtenteils unbefestigte Straßen erreichten wir am nächsten Morgen das Cape Coast Teaching Hospital – eines der größten nicht privaten Krankenhäuser Ghanas. Die Einrichtung versorgt ein Einzugsgebiet von rund 300.000 Menschen, verfügt über 400 Betten, davon zwölf auf der Intensivstation, sowie vier Dialyseplätze. Als Lehrkrankenhaus bildet es sowohl Medizinstudierende als auch Pflegekräfte aus und spielt eine zentrale Rolle im regionalen Gesundheitssystem.

Beeindruckend war vor allem das hohe Engagement des medizinischen Personals, das unter schwierigen Bedingungen arbeitet. Zugleich wurden uns die strukturellen Herausforderungen des ghanaischen Gesundheitssystems deutlich vor Augen geführt: Eine medizinische Versorgung ist häufig nur für Versicherte oder zahlungsfähige Patienten möglich – für viele bleibt sie unerschwinglich, mit mitunter tragischen Konsequenzen.

Train-the-Trainer-Programm

Im Rahmen unseres dreitägigen Einsatzes schulten wir insgesamt 40 Teilnehmende in Basic Life Support (BLS) und bildeten im Sinne eines “Train-the-Trainer”-Konzepts Multiplikatoren aus, die künftig eigenständig BLS-Kurse vor Ort anbieten können. Das Projekt wurde von der Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit (GIZ) initiiert und unterstützt die nachhaltige Verankerung notfallmedizinischer Kompetenzen.

Kultureller Austausch und Ausblick

Nach drei intensiven, erfolgreichen Trainingstagen blieb ein Tag zur freien Gestaltung, den wir gemeinsam mit unseren ghanaischen Kollegen aus der Unfallchirurgie verbrachten. Der Tag begann mit einer Wanderung über Hängebrücken im Regenwald, gefolgt von einer Stadtführung durch Cape Coast und einem gemeinsamen Abendessen am Strand.

Nach einer Woche in Ghana traten wir voller neuer Eindrücke die Heimreise an – müde und mit der Gewissheit, dass die Arbeit vor Ort weitergeht. Da das Projekt den Anfang einer langfristigen Kooperation einleiten soll, sind weitere Folgeprojekte in Planung. Der Bedarf ist vielfältig, dennoch steht als nächstes die Weiterentwicklung der innerklinischen Notfallkompetenzen im Fokus. Hier soll die Implementierung eines innerklinischen Notfallteams, sowie ein Neugeborenenreanimationstraining für Hebammen unterstützt werden.



Neuigkeiten der Assistentensprecher*innen

von Maike van der Hoek, Andreas Schumacher und Matthias Lemmer

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

gerne möchten wir Euch über unsere Bemühungen auf dem Laufenden halten, Eure Anliegen vorzubringen und umzusetzen.

(Die Zusammenfassung der letzten Assistenten- & Facharztsprecherkonferenz vom 18.12.24 wurde Euch am 30.01.25 zugesandt und kann auf Anfrage gerne erneut versendet werden.)

Um die aktuelle Stimmungslage unter den Assistenzärztinnen und -ärzten belastbar einzufangen, haben wir Anfang Februar eine Umfrage durchgeführt.

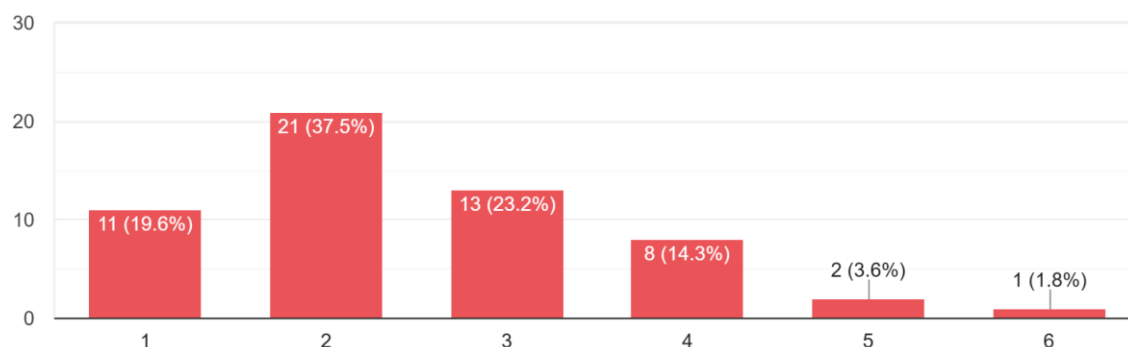
Bei den 56 Teilnehmenden – hauptsächlich aus dem 1. und 4. Jahr – bedanken wir uns herzlich für die rege Teilnahme!

Ergebnisse:

Die durchschnittliche Zufriedenheit (1: sehr zufrieden bis 6: sehr unzufrieden) lag bei **2.4 (OP Ø 2.4, ICU Ø 3.2, Notarztrotation Ø 1.0)**.

In meiner OP-/ICU-/Notarzt-Rotation bin ich aktuell ...

56 responses



Insbesondere das Thema Ausbildung wollten wir evaluieren und stellten deswegen folgende Fragen an Euch:

- Die Zusammenarbeit mit meinen Oberärzt*innen/Fluraufsichten empfinde ich als (1: konstruktiv bis 6: wenig konstruktiv): **Ø 2.4**
- Meine Einarbeitung in die jeweiligen Bereiche (OP/ICU/Notarzt) war/ist angemessen (1: angemessen bis 6: unzureichend): **Ø 3.0**
- Ich habe die Möglichkeit, jederzeit Fragen zu stellen und konstruktive Hilfestellungen angepasst an meinen Ausbildungsstand zu erhalten (1: zufriedenstellend bis 6: unzufriedenstellend): **Ø 2.6**
- Meine fachliche Ausbildung findet in angemessenem Rahmen während der Arbeitszeit statt (1: angemessen bis 6: unzureichend): **Ø 3.2**

Darüber hinaus baten wir Euch folgende Themen zu evaluieren:

- Die Arbeit in der Prämedikation erhielt im Durchschnitt eine Ø 4.0. (1: sehr zufriedenstellend bis 6: verbesserungswürdig)
- Die Lehrorganisation im letzten Semester (WiSe 2024/2025) wurde mit Ø 3.6 bewertet. (1: reibungslos bis 6: unzufriedenstellend)
- Die empfundene Wertschätzung von Seiten der geschäftsführenden Ebene wurde mit Ø 3.5 bewertet. (1: absolut wertgeschätzt bis 6: unzureichend wertgeschätzt)
- Die Kommunikation in unserer Klinik erhielt Ø 3.3 (1: transparent bis 6: unzureichend).

Im Freitextbereich zu positiven und negativen Aspekten Eurer Tätigkeit, sowie Wünschen erhielten wir zudem zahlreiche Antworten und konnten auf dieser Basis folgende, wesentliche Herausforderungen identifizieren: **Einarbeitung, Teaching und Dienstanträge.**

Die Ergebnisse der Umfrage, inkl. möglicher Lösungsansätze, konnten wir am 09.04.25 Prof. Coburn vorbringen und mit ihm besprechen. Auf seinen Vorschlag hin wurden sie zudem von uns am Folgetag in der Oberärztkonferenz präsentiert.

Geplant ist, konkrete Lösungen in eigens dafür geschaffenen Arbeitsgruppen mit teilweise von Prof. Coburn neu benannten Ansprechpartnern zu erarbeiten.

Aus den bisherigen Treffen (Prof. Coburn 09.04.2025, OÄ Bullerkotte 13.05.2025, GOAs 19.05.2025) dürfen wir Euch folgende Rückmeldungen geben.

Die Ergebnisse der Umfrage wurden von der Klinikleitung zur Kenntnis genommen und haben bei den Ansprechpartnern offenbar größtenteils eine kritische Reflexion der benannten Herausforderungen angestoßen.

Mit Hilfe der im vergangenen Jahr umgesetzten Einsehbarkeit in die Abwesenheitskontingente konnte zumindest eine grundlegende Transparenz in die Wahrscheinlichkeit von Antragsbewilligungen geschaffen werden.

Dennoch gestaltet sich das Thema Dienst- und Urlaubsplanung aufgrund noch bestehender Urlaubsansprüche aus der CoViD-Zeit trotz zahlreicher, bearbeiteter Urlaubsanträge in diesem und vergangenen Jahr weiterhin schwierig.

Auf Grund der Herausforderung, freie Valenzen zu finden, könne man die GOAs in dringenden Fällen auch auf Abwesenheiten (Urlaub & FZA) zu den im Abwesenheitskontingenten rot markierten Zeiten persönlich ansprechen.

Um eine schnellere Bearbeitung der Anträge zu erzielen, schlugen wir eine Bearbeitungsfrist von vier Wochen vor. Dieser Wunsch gilt selbstverständlich auch für die Antragsteller mit der Bitte, zeitnah auf eventuelle Rückfragen zu antworten.

Bisher sei es im Übrigen für die Zuständigen technisch nicht möglich Rotationsübergreifend Anträge einzusehen. Eine aktive Erinnerung der Zuständigen in den jeweiligen Rotationen beim Wechsel von/auf ICU sei von Seiten der Antragsteller somit weiterhin notwendig.

Eine Freistellung zu Prüfungen sei Ziel der Geschäftsführung. Hier sei in erster Linie FBU (5 Tage/Jahr) zu beantragen, da dies als Ende der Fortbildung erachtet werde. Bei aufgebrauchtem Kontingent entsprechend Urlaub oder FZA. Zumindest werde jedoch eine vorausschauende Hinterlegung bei der Dienstplanung als "NS" erwartet, andernfalls sei der Prüfling vorerst angehalten, selbst den notwendigen Dienstaustausch zu organisieren.

Eine offizielle Rücksprache mit den Dienstplanern zur Umsetzbarkeit bei unbekanntem Prüfungszeitpunkt steht noch aus.

Eine Prüfungsteilnahme im "ZND" sei nicht im Sinne der Verantwortlichen.

In diesem Zusammenhang haben wir ebenfalls den empfundenen Personalmangel vorgebracht. Für eine hoffentlich zufriedenstellende Lösung für alle Beteiligten werden wir uns in weiteren Treffen einsetzen.

Zum Thema Gleichstellung dürfen wir mitteilen, dass in den Jahren 2022 bis 5/2025 52 Kolleg*innen ihre Facharztprüfung abgelegt haben. Davon waren 34 Männer und 18 Frauen. Neun von ihnen waren zum Zeitpunkt der Facharztprüfung Mütter. Die Erfüllung der Weiterbildungszeit wurde bei den Kolleg*innen, die nicht durch Elternzeit gefehlt haben, in 60 Monaten erreicht. Bei stattgehabter Elternzeit oder einer länger als 6 Wochen anhaltenden Erkrankung wird diese Zeit als Unterbrechung der Weiterbildungszeit gewertet und verlängert diese um den entsprechenden Zeitraum. Auch hier wurden die Weiterbildungszeiten entsprechend der Fehlzeiten zeitgerecht eingehalten.

Nichts desto trotz bleiben empfundene Benachteiligungen ein Anliegen, dem begegnet werden soll. Zum einen bitten deshalb alle Beteiligten die Assistenzärztinnen und -ärzte Ausbildung und Einteilung in die benötigten Eingriffe gegenüber den Oberärzt*innen einzufordern. Das Selbstvertrauen, dies zu tun, steht allen Beschäftigten, gleich welchen Geschlechts und Beschäftigungsgrades, zu!

Auch ist es wichtig, beim Vergleich mit Kolleginnen und Kollegen kongruente Maßstäbe zu setzen, da eine verminderte Arbeitszeit bzw. Unterbrechungen in der Weiterbildung automatisch eine verzögerte Ausbildung im Vergleich zu zeitgleich Eingestellten in Vollzeit bedingt.

In der nächsten Zeit sind weitere Meetings zu den Themen Einarbeitung und Teaching terminiert sowie zur Zufriedenheit in der Prämed und auf ICU geplant. Über die Ergebnisse dieser und weiterer Treffen werden wir selbstverständlich berichten.

Bei Rückfragen zu der Umfrage, unserem Beitrag oder bei anderen Anliegen könnt Ihr Euch gerne an uns wenden!

Eure Assistentensprecher*innen Andreas, Matthias und Maike



What the Health?!

**Ausstellung der
Medizinischen Fakultät Bonn
zeigt, wie unser Lebensstil
die Welt verändert**

Gesund leben und dabei den Planeten schützen? Die Ausstellung „What the Health – Eine Welt. Deine Gesundheit!“ im Museum Koenig Bonn macht genau das zum Thema – anschaulich, interaktiv und mit vielen Aha-Momenten für alle Altersgruppen. Noch **bis zum 26. Oktober 2025** lädt das Gemeinschaftsprojekt der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn und dem Museum Koenig dazu ein, den eigenen Alltag durch eine ganz neue Brille zu betrachten.

Termine & Impressum

Erscheinungstermin der nächsten Ausgabe

15. September 2025 (Redaktionsschluss: 1. September 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

