



**BDNC**

Berufsverband  
Deutscher Neurochirurgen e.V.

Geschäftsstelle • c/o Conventus GmbH • Carl-Pulfrich-Straße 1 • 07745 Jena



**DGNC**

Deutsche Gesellschaft  
für Neurochirurgie

An die Mitglieder der DGNC und des BDNC

25.03.2020

Die Vorstände der DGNC und des BDNC schließen sich der folgenden  
Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie an und definieren im  
Anschluss die **nicht-elektiven Eingriffe des Neurochirurgischen Fachgebiets**

*Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zur Verschiebung  
planbarer Operationen in der COVID 19 Pandemie Krise*

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) unterstützt alle Bemühungen, die  
Ausweitung der Virus- Infektionen zu verzögern, um genügend Ressourcen unseres  
Gesundheitssystems zur Behandlung der schweren Krankheitsverläufe zur  
Verfügung stellen zu können.

Hierzu dienen

1. Die Aufteilung der stationären und ggfs. ambulanten Einrichtungen und des  
Personals in COVID und NON-COVID Behandlungseinheiten, entsprechend den  
Empfehlungen des RKI. Hierzu gehört die sorgfältige Identifizierung von jeweils  
geeignetem Personal unter besonderer Berücksichtigung des individuellen Risikos.
2. Die befristete Verschiebung planbarer Operationen nach dem Willen von Bundes-  
und Landesbehörden, um genügend Intensiv-Betten und Beatmungsplätze für  
schwere Corona-Fälle vorzuhalten und eine Triage wie derzeit in Italien oder  
Spanien zu vermeiden. Hierdurch können auch personelle Ressourcen freigesetzt  
und damit zur Verfügung gestellt werden.

Beide Maßnahmen stellen die Chirurgie und ihre leitenden Ärzte vor erhebliche  
Herausforderungen. Schnell ist die Frage aufgekommen, welche Operationen und  
welche Einrichtungen besonders von den Verschiebungen betroffen sind bzw. wie  
lange man solche Eingriffe medizinisch vertretbar verschieben kann?

Die Notfallbehandlung ist und darf hiervon nicht betroffen sein.

Wie lange planbare Operationen verschoben werden können, hängt von der  
zugrundeliegenden Diagnose und der auszuführenden Operation ab. Dies ist bei  
der Fächer- und Indikationsvielfalt im Gebiet Chirurgie generell nicht zu beantworten  
und kann von wenigen Tagen bis zu mehreren Monaten betragen.

Allerdings sollte das Sterblichkeitsrisiko der Verschiebung eines Eingriffes nicht  
höher sein als das einer schweren krankenhauspflichtigen COVID 19- Erkrankung.

#### **Geschäftsstelle**

c/o Conventus Congress-  
management & Marketing GmbH  
Carl-Pulfrich-Straße 1  
07745 Jena

Telefon: 03641 31 16-460/465

Telefax: 03641 31 16-240

E-Mail: [gs@dgnc.de](mailto:gs@dgnc.de)

[gs@bdnc.de](mailto:gs@bdnc.de)

Internet: [www.dgnc.de](http://www.dgnc.de)  
[www.bdnc.de](http://www.bdnc.de)

Es ist nicht möglich, die Eilbedürftigkeit bzw. Verschiebbarkeit eines chirurgischen Eingriffs allein an der Frage der fehlenden Lebensgefahr oder einem Organverlust zu definieren.

Während einige Fälle auf lange Sicht verschoben werden können, ist die Mehrheit der Fälle durch die Progression der zugrundeliegenden Erkrankung (Karzinome, Organversagen, Gefäßkrankheiten, Auftreten von Komplikationen einer Krankheit oder eines Unfalls) charakterisiert. Das Ausmaß und der Zeitrahmen dieser Progression sind krankheitsspezifisch. Auch kann das zeitlich prolongierte Bestehen einer Krankheitssituation zu einem irreversiblen Dauerschaden führen. Die Terminplanung einer Operation ist demnach oft zeitkritisch und beruht auf mehreren Kriterien, die teilweise in den Empfehlungen der einzelnen chirurgischen Fachgesellschaften niedergelegt sind.

Die Entscheidung, zeitnah zu operieren oder ggfs. den Eingriff zu verschieben, kann deshalb nur von einem Facharzt des jeweiligen chirurgischen Fachgebiets getroffen werden, um das Risiko der Verschiebung des operativen Eingriffs im individuellen Fall zu berücksichtigen.

Das Risiko für den einzelnen Patienten manifestiert sich einerseits durch das realistische Risiko des Eingriffs auch unter den veränderten Bedingungen des Gesundheitssystems und andererseits durch das individuelle Risiko der Verschiebung des Eingriffs, auch unter der Erwartung, dass in 6-8 Wochen ggfs. deutlich günstigere Bedingungen vorliegen könnten. Diese Bedingungen müssen in kurzfristigen Abständen evaluiert werden, um einen Wechsel in der Risiko - Nutzen Betrachtung rechtzeitig zu erkennen und die Entscheidung zur Verschiebung ggfs. zu revidieren.

Die DGCH wird die Pandemie- Situation und die Folgen für das Gesundheitssystem sorgfältig verfolgen und Ihnen auch mit weiteren Empfehlungen zur Seite stehen.

Wir bedanken uns für Ihre Einsatzbereitschaft in diesen Krisenzeiten und wünschen Ihnen, Ihren Angehörigen und Ihren Teams alles Gute.

Schützen Sie sich und bleiben Sie gesund!

---

Die Vorstände von DGNC und BDNC definieren im Folgenden die wesentlichen **nicht-elektiven** Eingriffe aus den verschiedenen Teilbereichen. Diese Liste gilt als Handlungsempfehlung und muss gegebenenfalls ergänzt werden, sie ist mit dem Past-Präsidenten der DWG abgestimmt. Im Einzelfall muss ein neurochirurgischer Facharzt den vorgesehenen Eingriff als nicht-elektiv festlegen.

### **Neuroonkologie**

- Maligne hirneigene Tumoren
- Metastasen jeglichen Primärtumors
- Benigne oder niedrig-maligne Tumore mit relevanter Parenchymkompression oder zunehmenden neurologischen Defiziten
- Hypophysentumore bei Hirnnervenausfällen, Sehstörungen oder konservativ nicht zu kontrollierende endokrinologische Fehlfunktion (siehe besondere Vorkehrungen /Stanford-Protokoll)

### **Neurovaskulär**

- Subarachnoidalblutung
- Maligner Schlaganfall
- Raumfordernde Intracerebrale Hämatome
- Geblutete Arterio-Venöse-Malformationen
- Höhergradige Durale AV Fisteln
- Rekanalisierung/Revaskularisierung bei funktionell relevantem Gefäßverschluss
- Instabile Aneurysmen

## **Wirbelsäule**

- Intraspinale Pathologien mit Rückenmarkskompression
- Degenerative Wirbelsäulenerkrankungen mit akuten motorischen/vegetativen Neurodefiziten
- Progrediente cervicale / thorakale Myelopathie
- Wirbelkörperfrakturen mit therapierefraktären starken Schmerzen, Instabilität und/oder Myelonkompression
- Wirbelsäulenmetastasen und –primärtumore mit therapierefraktären starken Schmerzen, Instabilität und/oder Myelonkompression
- Infektionen der Wirbelsäule mit Abszessbildung, Instabilität und/oder Myelonkompression

## **Kinderneurochirurgie**

- Myelomeningozele

## **Funktionelle Neurochirurgie**

- Konservativ nicht zu beherrschende Schmerzsyndrome (Neuralgien, Neuropathien)
- Batterieerschöpfung
- Infektionen

## **Hydrocephalus**

- Progrediente Intrakranielle Druckerhöhung mit Symptomatik
- Erosion/Infektion

## **Schädel-Hirn-Trauma**

- Akutes Schädelhirntrauma mit SDH/EDH
- Nicht konservativ zu beherrschende intrakranielle Drucksituation
- Chronisch subdurales Hämatom mit neurologischer Symptomatik

## **Periphere Nerven**

- Akute Verletzungen mit Re-adaptation
- Transplantationen im zeitkritischen Fenster
- Benigne Nerventumore mit motorischen/vegetativen Ausfällen
- Verdacht auf maligne Nerventumore