



24. April 2020

# COVID-19

## Empfehlungen der DGAV e.V.

### Wiederaufnahme des Routinebetriebes

Die Aufnahme des (operativen) Routinebetriebes wird je nach aktueller infektionsbedingter Klinikbelastung schrittweise erfolgen.

Dabei steigt das Risiko für nosokomiale Infektionscluster mit zunehmender Infektionsrate in der Bevölkerung. Damit verbunden ist ein Infektionsrisiko für Mitpatienten, aber auch Klinikpersonal.

Das Resultat dieser Überlegungen muss sein, dass nicht nur der Notfall, sondern auch jeder elektive Patient bei Betreten der Klinik ein Screening durchläuft. Dies gilt für ambulante, wie auch für stationäre Patienten.

Unter Screening ist in diesem Zusammenhang eine Evaluierung der Patienten mit Hilfe von Indexfragen sowie der Körpertemperaturmessung gemeint.

Hierfür bieten sich sogenannte Checkpoints an: Der Zutritt zur Klinik ist nur an einem oder wenigen definierten Punkten möglich.

---

### Checkpoint bei Klinikeintritt

Nur Patienten erhalten Zutritt, in besonderen Fällen (z.B. ambulante Behandlung oder Kinder) mit Begleitperson. Besucher werden nach wie vor abgewiesen.

- Der Grund für den Klinikeintritt (ambulante Abklärung/Therapie bzw. stationäre Behandlung) wird erfasst.
- (Personalisierter) Fragebogen für Patienten mit den Indexfragen (assistiertes Ausfüllen zur Prozessbeschleunigung)
  - Haben Sie grippeähnliche Symptome ?
  - Haben Sie neu aufgetretenen Husten ?



- Haben Sie neu aufgetretene Luftnot ?
- Hatten Sie in den letzten 7 Tagen Kontakt zu einem bestätigten COVID-19 Patienten ?

- Die aktuelle Temperatur wird gemessen.
- Jeder Patient, der die Klinik betritt, erhält einen Mund-Nasen-Schutz, den er auch permanent tragen soll.

Falls eine der o. a. Fragen mit „ja“ beantwortet wird oder Patienten eine Temperatur  $>37,8$  Grad C aufweisen, müssen die Betroffenen abgesondert und isoliert werden

- falls möglich dann ambulante Therapie durch Hausarzt
- ansonsten stationäre Behandlung direkt auf Isolier- bzw. Quarantänestation

---

## Ambulanz

Um Kontaktzeiten und damit Infektionsrisiken zu reduzieren, wird ein Patient nicht früher als 20 Minuten vor seinem geplanten Termin in die Klinik eingelassen.

Im ambulanten Wartebereich sind die nötigen Warteplätze so gestaltet, dass ca. 1,5m Abstand zwischen den Wartenden eingehalten werden kann.

Die Anzahl der einbestellten Patienten wird auf die Kapazität des Wartebereichs inklusive der Behandlungsräume begrenzt.

Dabei ist eine Abstimmung der Wartebereiche in miteinander verzahnten Klinikeinheiten sehr wichtig (Prästationäre Aufnahme, Prämedikation, Sonographie, Endoskopie etc.). Patientenakkumulationen zu Stoßzeiten müssen vermieden werden.

---

## Stationäre Aufnahme

Solange kein wirksamer Impfstoff zur Verfügung steht, werden wellenförmige Infektionsverläufe und unterschiedliche Infektionshäufigkeiten in der Bevölkerung zu erwarten sein. Solange werden COVID-19 Kranke zum Alltagsbild unserer Kliniken gehören.



Neben einem Isolationsbereich für COVID-19 Kranke, wird es daher Stationen für COVID-19-positive (aber COVID-19-asymptomatische) Patienten, die aus anderen Indikationen einer Krankenhausbehandlung bedürfen, geben und auch Stationen COVID-negativer Patienten geführt werden müssen.

Inwieweit diese Differenzierung und Abgrenzung innerhalb einer Fachabteilung abgeleistet wird oder auf interdisziplinär organisieren Einheiten, bleibt den Gegebenheiten vor Ort und nicht zuletzt der Klinikgröße überlassen.

### Stationsmodule

- Aufnahmeeinheit (Holding Area) für stationäre Patienten. Warten auf Abstrich-Ergebnis
- COVID-Verdacht Station (Patienten mit Barriere-Pflege)
- Station für COVID-positive Patienten (Barrierepflege, Isolierstation): Je nach führender klinischer Symptomatik
  - internistische (COVID-Kranke)
  - oder z.B. chirurgische Fachabteilung (Kranke, die auch COVID-positiv sind)
- Station für Patienten ohne COVID-19 Erkrankung
- Intensivstation/Intermediate Care
  - COVID-19 Isolierung
  - COVID-19 negativer Bereich

### Screening Virusnachweis

Inwieweit es zwingend notwendig ist, alle stationären Patienten bei Aufnahme mit einem Rachenabstrich zu untersuchen, ist aktuell nicht abschließend geklärt. Es hängt nicht zuletzt vom Erkrankungsrisiko der Region (Prävalenz), aber auch von der Verfügbarkeit der Testverfahren ab.

Es soll nochmals betont werden, dass man sich letztlich nicht auf sicherem Boden, sondern nur in der Abwägung verschiedener Wahrscheinlichkeiten bzw. Risiken bewegt. Ein einziger Patientencluster im Haus kann im ungünstigsten Fall jedoch eine ganze Klinik lahmlegen.

Erste Publikationen deuten zudem daraufhin, dass COVID-19 Patienten in der Inkubationsphase einen deutlich schlechteren Verlauf haben, wenn sie operiert werden müssen (EClinicalMedicine 000 (2020) 100331). Daher ist für eine gute präoperative Risikostratifizierung des Eingriffs und damit auch für eine korrekte Aufklärung eine entsprechende präoperative aktuelle Statuserhebung zu empfehlen.



Allerdings steht bis dato kein verlässlicher Antikörper-Screening-Test für die klinische Routine zur Verfügung. Daher erfolgt die Evaluation der Patienten nach wie vor auf Basis eines Rachenabstrichs oder eines Sputumtests (Cave Aerosolbildung).

(Bei klinischem Verdacht einer Infektion, sollte immer isoliert werden: Quarantäne. Zur Diagnostik hat sich dann das Thorax-CT bewährt).

### Vorgehen:

- Alle Patienten werden am Tag vor der OP stationär aufgenommen, um die präoperative Abstrich-Testung zu gewährleisten.
- Alle stationär aufgenommenen Patienten erhalten am Aufnahmetag eine COVID-19 Testung (Rachenabstrich).
- Solange, bis das Testergebnis vorliegt, werden diese Patienten in einer **Aufnahmeeinheit (Holding-Area)** gesammelt. Die Patienten und alle Angestellten tragen MNS. Da diese Patienten klinisch unauffällig sind, finden keine weiteren Isolationsmaßnahmen statt.
  - Bei negativem Abstrich können die Patienten dann auf die einzelne Fachstationen übernommen werden.
  - Bei positivem Abstrich muss entschieden werden, ob der Patient entlassen wird, oder ob die geplante Maßnahme trotz der COVID-19 Infektion erfolgen soll.
- Bekanntermaßen COVID-19-positive Patienten, die operiert werden **müssen**, werden generell auf einer Isolierstation betreut.

Besonders Patienten aus Pflege- und Altenheimen stellen eine eigene Risikoklientel dar. Diese sollten in jedem Fall (Notfall- und Elektivpatienten) einen Abstrich erhalten und bis zum Vorliegen des Abstrichergebnisses kohortiert werden.

---

### Belegungssteuerung

Die Steuerung der Stationsbelegung folgt primär nicht dem Bettenkontingent, sondern der möglichen Kapazität in den Funktionseinheiten. Demzufolge wird die Zahl der täglich einbestellten Patienten sowohl der chirurgischen Fächer als auch der interventionellen Einheiten (Endoskopie, Katheterlabor, Radiologie etc.) an der täglichen Kapazität der Funktionseinheiten angepasst.

Ein plötzlicher erneuter Anstieg von COVID-19 Erkrankten sollte in die Gesamtbelegungsplanung eingehen.



---

## Priorisierungsvorschlag bei begrenzter OP-Kapazität

Notfalleingriff: immer

Elektiveingriff mit möglicher Priorisierung

1. Malignom-Patienten mit vital bedrohlicher Erkrankung
  - Malignom-Patienten im Rahmen eines neoadjuvanten Therapiekonzeptes
  - Malignom-Patienten mit raschem Progressrisiko
  - Malignom-Patienten ohne sinnvolle alternative kurative Therapieoption
  - Hochsuspekte Tumorerkrankung unklarer Dignität
2. Nichtmalignom-Patienten mit potentiell vital bedrohlichem Verlauf
3. Nichtmalignom/Malignom-Patienten mit hohem Risiko der Erkrankungsverschlechterung ohne OP
4. Nichtmalignom-Patienten mit Risiko eines erneuten Erkrankungsschubes
5. Nichtmalignom-Patienten im stabilen Setting ohne alternative Therapieoption
6. Nichtmalignom-Patienten ohne große Einschränkung der Lebensqualität



[3. Rundschreiben vom 9. April 2020]

## **Meldepflichten**

---

### **namentliche Meldung gem. Arztmeldepflicht (§ 6 IfSG)**

- V.a. COVID-19
- V.a. COVID-19 bestätigt sich nicht
- Stationäre Aufnahme wegen COVID-19 eines bereits ambulant positiv getesteten Patienten
- Entlassung eines COVID-19-Patienten
- Tod an COVID-19

---

### **namentliche Meldung bei Erregernachweis (Labormeldepflicht § 7 IfSG)**

#### **Meldung an die Krankenhaushygiene**

##### **Erreger**

- Coronavirus SARS-CoV-2
- zoonotisches, behülltes RNA-Virus aus der Familie der Coronaviridae
- verursacht die Lungenerkrankung COVID-19
- Überlebenszeit auf Oberflächen (Tenazität), in Abhängigkeit von Einflussfaktoren wie Umgebungstemperatur und Luftfeuchtigkeit, bis zu 6 Tagen

##### **Inkubationszeit**

- 2 - 14 Tage

##### **Infektiöses Material**

- respiratorische Sekrete
- Das Virus ist am Anfang in den oberen Luftwegen und später in den tieferen Lungenabschnitten in hoher Konzentration nachzuweisen.
- Eine Übertragung über Blut oder Stuhl ist bis dato nicht berichtet.

##### **Übertragung**

- insbesondere bei engem (z.B. häuslichem oder medizinisch pflegerischem) ungeschütztem Kontakt
- zwischen Menschen
- vor allem über respiratorische Sekrete
  - in erster Linie Tröpfcheninfektion (z.B. Husten, Niesen)
    - Konjunktiven als mögliche Eintrittspforte beschrieben



- bei bestimmten medizinischen / zahnmedizinischen Maßnahmen, die mit Aerosolbildung einhergehen (z.B. Bronchoskopie oder Intubation)
- fraglich indirekt über kontaminierte Hände/ Gegenstände/ Flächen (Kontaktinfektion)

### **Schutzmaßnahmen**

- Maßnahmen der Basishygiene
  - konsequente Umsetzung der Händehygiene
  - ausreichend Abstand zu anderen Menschen (mind. 1,5 m) halten
  - Beachtung der Husten-/Niesetikette

### **Erweiterte, über die Basishygiene hinausgehende Schutzmaßnahmen**

---

#### **Ambulanz/ZNA**

- Lenkung bzw. Separierung der Patienten mit V.a. Coronavirus-Infektion/COVID-19
- Patienten trägt, sofern er es toleriert, einen Mund-Nasen-Schutz.

---

#### **Räumliche Unterbringung**

- Isolierzimmer (sofern vorhanden mit Vorraum/Schleuse)
  - Kennzeichnung des Zimmers:
    - Hinweisschild: **Hygieneschutzmaßnahmen**
  - Kohortenisolierung möglich
- Wenn sich weitere Personen als der Patient/die Patienten im Zimmer aufhalten, sollte/n der Patient/die Patienten möglichst einen MNS tragen.

---

#### **Personal**

- Zur Versorgung von COVID-19-Patienten darf nur geschultes Personal eingesetzt werden, welches möglichst von der Versorgung anderer Patienten freizustellen ist.
- Die Anzahl der Kontaktpersonen ist zu begrenzen.
- Bündelung ärztlicher und pflegerischer Maßnahmen, damit möglichst wenige Personen möglichst selten das Patientenzimmer betreten müssen.
- Beobachtung des Gesundheitszustandes des eingesetzten Personals

---

#### **Persönliche Schutzausrüstung (PSA)**

- **Einmalhandschuhe – Ressourcen schonender Gebrauch**
  - Desinfektion entsprechend den 5 Indikationen der WHO



- bei sichtbarer Kontamination Handschuhwechsel
- Einmalhandschuhe ablegen:
  - beim Verlassen des Zimmers, wenn ein nächstes COVID-19-Zimmer (ohne Ablage von FFP-Maske/Schutzbrille) aufgesucht wird.
  - nach dem Ablegen von FFP-Maske/Schutzbrille, wenn kein weiteres COVID-19-Zimmer in Folge aufgesucht wird.
- Schutzkittel (Mehrfachverwendung Zimmer-bezogen)
  - Umgang mit benutzten Schutzkitteln:
    - Schleuse: mit der kontaminierten Außenseite nach innen (zur Schleuse hin) aufhängen
    - Isolierzimmer (Ausgangsbereich): mit der kontaminierten Außenseite nach außen (zur Wand) aufhängen
  - Kohortenisolierung: bei engem Patientenkontakt wird patientenbezogen eine Einmalschürze darüber getragen.
  - Stoffschutzkittel werden am Arbeitsende im Patientenzimmer in den Wäschesack abgeworfen.
- Augenschutz/Schutzbrille
- dicht anliegender MNS bzw. FFP-Atemschutzmaske (mind. FFP2)
  - FFP-Atemschutzmaske
    - bei Aerosolexposition (z.B. ausgeprägter Husten und Patient kann keinen MNS tragen)
    - bei Maßnahmen direkt am Patienten, wenn dieser keinen MNS tragen kann.
    - bei der Bronchoskopie
    - bei der Intubation
    - beim Umlagern von Verstorbenen

---

## Kontaktpatienten

- Möglichst entlassen oder in frischem Bett in anderes Zimmer verlegen und dort bis zum Ende der Inkubationszeit (= 14 d nach dem letzten Kontakt zum Indexpatienten) kohortieren - Quarantäne.
- Bei asymptomatischen Kontaktpersonen ist keine PCR-Diagnostik indiziert!

---

## Transport des Patienten

- Transporte möglichst einschränken; Zielbereich vorab informieren
- Transport als Einzeltransport
- Pflegepersonal übergibt den Patienten an den Transportdienst
  - Patient trägt einen Mund-Nasen-Schutz.
  - Transportpersonal trägt Schutzkittel, Handschuhe, MNS.
  - Personal der Funktionsabteilung trägt Schutzkittel, Handschuhe, MNS bzw. je nach Expositionsrisiko FFP-Maske und Schutzbrille.





- Der Kontakt zu anderen Patienten oder Besuchern ist zu vermeiden
- Untersuchungen/ Eingriffe möglichst an letzter Stelle im Programmablauf vorsehen
- Unmittelbar nach den Maßnahmen in der Zieleinrichtung/ nach dem Transport sind die Kontaktflächen und das Transportmittel zu desinfizieren.
- Bei externen Transporten muss der Krankentransportdienst vorab informiert werden.

---

## Abfall

- Nicht flüssige Abfälle aus der Behandlung von COVID-19-Patienten stellen kein besonderes Infektionsrisiko dar und sind in aller Regel dem Restmüll zuzuordnen.
- Der Müllsack muss im Isolierzimmer gut verschlossen werden.

---

## Besucherregelungen (Je nach Intensität der Pandemie, sollten Besucher aus der Klinik ferngehalten werden)

- Besuche auf ein Minimum beschränken und zeitlich begrenzen
- Besucher sind zu den erforderlichen Schutzmaßnahmen zu unterweisen:
  - mindestens 1,5 m Abstand zum Patienten einhalten
  - Schutzkittel
  - dicht anliegender Mund-Nasen-Schutz

---

## Dauer der Maßnahmen – Entlassung in die häusliche Isolierung

- klinische Besserung, die basierend auf ärztlicher Einzelfallbeurteilung eine ambulante Weiterbetreuung erlaubt
- Voraussetzung bzgl. Umfeld erfüllt; Absprache mit dem zuständigen Gesundheitsamt
- Der Patient erhält Info und muss auf die 14tägige Dauer hingewiesen werden (mündlich und schriftlich).

---

## Umgang mit Verstorbenen

- Bei einer COVID-19 Todesursache muss der Verstorbene als kontagiös bewertet werden.
  - Auf der Todesbescheinigung ist auf die Infektionsgefahr hinzuweisen.
- Grundsätzlich müssen beim Umgang mit COVID-19 Verstorbenen die Maßnahmen der Basishygiene eingehalten werden.
- Der Leichnam ist direkt vom Bett in einen Leichensack zu verbringen; Mitarbeiter in PSA.
- Der verschlossene Leichensack muss außen wischdesinfiziert werden.
  - Anschließend Transport zur Kühlkammer (ohne PSA)
  - Trage anschließend wischdesinfizieren
- Rituelle Waschungen sind zu vermeiden.

---

## Schlussdesinfektion

- SDB-ST1

## OP-Betrieb unter COVID-19

COVID-19 wird per Tröpfcheninfektion übertragen. Das Virus ist am Anfang in den oberen Luftwegen und später in den tieferen Lungenabschnitten in hoher Konzentration nachzuweisen. Eine Übertragung über Blut oder Stuhl ist bis dato nicht berichtet (s.o.)

Daher besteht ein Infektionsrisiko bei Maßnahmen bzw. Manipulationen oder Operationen an Lunge bzw. den Atemwegen, dabei ist auch ein besonderer Schutz notwendig.

Über eine Viruskonzentration in der Abdominalhöhle mit Infektionsrisiko ist ebensowenig bekannt, wie über Viruskonzentration in Knochen oder Weichteilen.

**Ein intubierter Patient mit Filter am Tubus stellt kein Infektionsrisiko für das OP-Personal dar, sofern der Tubus nicht diskonnektiert wird und solange der Patient relaxiert ist.**

Eventuelle tracheobronchiale Absaugmaßnahmen müssen während der OP angekündigt oder in einem geschlossenen System durchgeführt werden. Das OP-Team am Tisch hat dann die Möglichkeit, den Saal für den kurzen Moment zu verlassen.

Die Wirkung des Filters am Tubus ist größer als der Effekt einer FFP 2 Maske.

Analogieschlüsse zu Hepatitis- oder Papillomaviren sind nicht gerechtfertigt. Dies betrifft sowohl den Übertragungsweg als auch theoretische Kanzerogenität (HPV) und erst recht anzuwendende Schutzmaßnahmen.

Bei Verwendung von Elektroenergydevices im Rahmen einer konventionellen offenen Operation erscheint eine Absaugungseinrichtung am Instrument, bzw. Handgriff sinnvoll (z.B. Absaugung direkt am Handstück), zumal dies ohne großen Aufwand realisiert werden kann. Eine nachweisbare Evidenz über die Notwendigkeit bezüglich der COVID-19 Infektion liegt allerdings nicht vor.

Grundsätzlich sollte ein OP-Trakt den Basisanforderungen, wie Laminar-Air-flow etc. verfügen.

**Besonderheit: Die derzeitige Situation in Deutschland ist leider, wie in anderen Ländern auch, durch einen nicht unerheblichen Mangel an Material (MNS, FFP 2 und 3 Masken, Schutzkittel, SARS CoV 19 Test-Kits) und nicht zuletzt auch Personal gekennzeichnet.**



Die getroffenen Maßnahmen zum Schutz der Patienten und des eigenen Personals müssen daher höchstmögliche Effizienz (maximal mögliche Wirkung bei geringst-notwendigen Aufwand) mit den notwendigen Sicherheitsbestrebungen vereinen.

Eine routinemäßige präoperative Testung aller Patienten (ohne klinischen Verdacht einer COVID-19 Infektion) erscheint derzeit nicht zwingend erforderlich, sofern alle anderen RKI-empfohlenen Schutzmaßnahmen eingehalten werden.

---

### Szenario 1: Normal-Patient, kein COVID-Verdacht oder intubierter Patient ohne COVID-Verdacht

- Patient trägt MNS von Station bis in den OP
- Anästhesie-Team
  - Regionalanästhesie oder Intubation im Saal
    - anwesend ausschließlich dafür benötigtes Anästhesie-Personal
    - Intubation
      - mit FFP2 Masken
- OP-Team:
  - Lagerung und Durchführung des Eingriffs unter MNS
  - Ressourcen schonendes Vorgehen:
    - Kittelwechsel etc. auf Notwendiges beschränken
    - keine kurzfristigen Personalwechsel während der OP

---

### Szenario 2: Patient mit Spontan-Atmung COVID-19 Verdacht oder COVID-19 Diagnose bestätigt

- Patient trägt MNS von Station bis in den OP
- Patient wechselt vom Bett direkt auf den OP-Tisch, falls eigenständig möglich.
- Möglichst keine langen Transportwege im OP-Trakt
- OP-Saal räumen (nur benötigte Materialien im Saal)
- Anästhesie-Team
  - Regionalanästhesie oder Intubation im Saal
    - anwesend ausschließlich dafür benötigtes Anästhesie-Personal



- Intubation
  - mit FFP2 Masken
  - Video-guided
- OP-Team:
  - Lagerung und Durchführung des Eingriffs unter MNS, Schutzbrille bzw. Visier zum generellen Schutz vor Kontamination bzw. Kontakt mit Körpersekret
  - Kein unnötiger Personenverkehr im Saal
  - keine Fremdpersonen
  - Türen bleiben geschlossen
- OP-Ende:
- Chirurgie-Team
  - Entsorgung der Schutzkittel und Handschuhe im Saal, Schutzbrille zur Wischdesinfektion
  - Verlassen des Saales
- Anästhesie-Team (FFP 2 -Maske)
  - Ausleiten/Extubation im Saal
- Patient
  - trägt MNS
  - wird aus dem Saal direkt auf Station transportiert

---

### Szenario 3: Patient kommt intubiert von ITS, COVID-19 Verdacht oder COVID-19 Diagnose bestätigt

- Anästhesieteam (FFP2):
  - übernimmt Patient an Schleuse
  - Umlagerung mit Schutzkittel direkt auf den OP-Tisch
  - Transport in den OP-Saal
  - Anschluss an Beatmungsgerät im OP
- OP-Team:
  - Lagerung und Durchführung des Eingriffs unter MNS, Schutzbrille bzw. Visier zum generellen Schutz vor Kontamination bzw. Kontakt mit Körpersekret
  - Kein unnötiger Personenverkehr im Saal, keine Fremdpersonen
  - Türen bleiben geschlossen



- OP-Ende:
- Chirurgie-Team:
  - Entsorgung der Schutzkittel und Handschuhe im Saal, Schutzbrille zur Wischdesinfektion
  - Verlassen des OP-Saales
- Anästhesieteam (FFP2-Maske):
  - bringt Pat. auf ITS

---

### Sonderfälle:

- Umlagerung vor/während der OP notwendig:
  - Risiko: Tubusdiskonnektion:
    - Lagerungsteam benötigt FFP2-Maske
- Eingriffe am Kopf-Halsbereich und Thorax
- Risiko der Eröffnung der Atemwege/Nasennebenhöhlen während der OP (z.B. HNO, Thorax- und Neurochirurgie):
  - OP Team benötigt FFP2-Maske

---

### Laparoskopie:

Stellenwert der Laparoskopie noch ungeklärt, bis dato bestehen keine Hinweise für COVID-19 Infektionen aus Pneumoperitoneum der Bauchhöhle. Daher gibt es derzeit keinen Anlass, laparoskopische Eingriffe zu vermeiden.

Wenn Verwendung der Laparoskopie:

- Fixierung der Trokare per Naht an der Bauchwand,
- Verwendung von Rauchgasabsaugung bzw. geeigneter Filter direkt am Trokar bei Desufflation
- Vorherige Absaugung des Pneumoperitoneums am Ende der OP
- Entfernung der Trokare erst nach Desufflation

Unter diesen Bedingungen erscheint die Laparoskopie zumindest sicherer als alle anderen Operationsverfahren.

## Operationsindikation

Die Indikation zu einer Operation ist unabhängig einer COVID-19 Infektion immer basiert auf Erkrankungstyp und -schwere des betroffenen Patienten.

Bei begrenzter Kapazität und Ressource sollten daher nur dringliche Eingriffe durchgeführt werden. Siehe hierzu Indikationsempfehlung der DGAV:

- **Krebspatienten, unabhängig vom Organ**
- **Endokrine Erkrankungen:**
  - **nicht konservativ zu behandelnde Schilddrüsenüberfunktion**
  - **Trachea einengende Schilddrüsenvergrößerungen**
  - **hormonbildende Tumore der Nebenniere, Pankreas**
  - **Phäochromozytom**
- **Hernien mit Inkarzeration oder Verdacht**
- **Perforationen Hohlorgane**
- **GI-Blutungen**
- **Ileus**
- **akutes Abdomen**
- **Pankreatitis**
- **Akute Galle**
- **Akute Appendizitis**
- **Toxische Colitis Ulcerosa bzw. Morbus Crohn**
- **Organtransplantation/-explantation**
- **Abszessspaltung**

[siehe Rundschreiben der DGAV vom 21.03.2020]