AMBULANT 16.06.2026

Was braucht man wirklich für die Vorbereitung einer ambulanten OP?

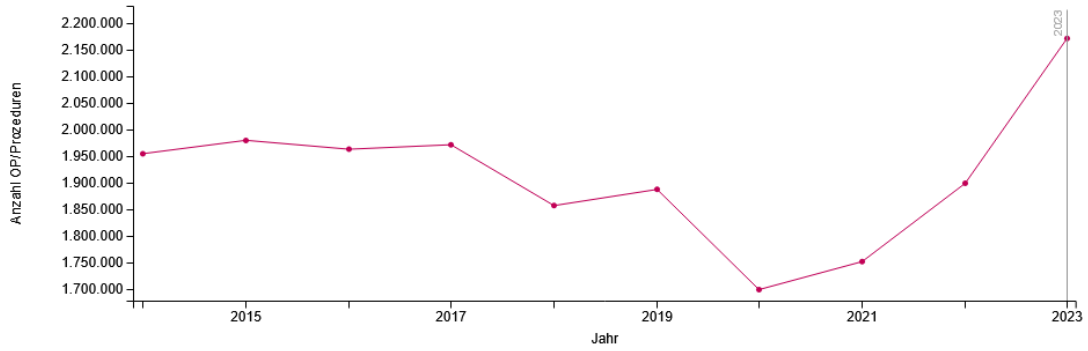


Extrakt des Vortrags von Dirk Farghal zur BDC-Sitzung “How I do it: Standardoperationen nach Leitlinie oder nach Erfahrungswerten?”

AOP-Katalog, H-DRGs und MD-Gesetz, der politische Wille als auch der rasante medizinische Fortschritt lassen die Möglichkeiten und Zahlen ambulanter Operationen, Eingriffe und Therapien rasant steigen. Dies bedingt daher auch die Überprüfung der Begleitmaßnahmen dieser Entwicklung. In diesem Artikel legen wir den Fokus auf die Präoperative Vorbereitung.

Die Erweiterung des Kataloges ambulant zu erbringender Eingriffe nach §115b, am 01.01.2026 aktualisiert, die Einführung der Hybrid-DRG mit seit diesem Jahr mit 904 OPS-Codes und das MD (Medizinischer Dienst) Gesetz von 01.01.2020 und der zunehmende Wunsch der Patienten/Innen verschärfen den Druck auf alle Beteiligten, insbesondere für die Kliniken zur Ambulantisierung. So wurden im Jahr 2024 2.500.000 ambulante Operationen nach §115b abgerechnet (1). Die Tabelle der KBV verdeutlichet den Anstieg im Bereich der Fälle nach §115b.

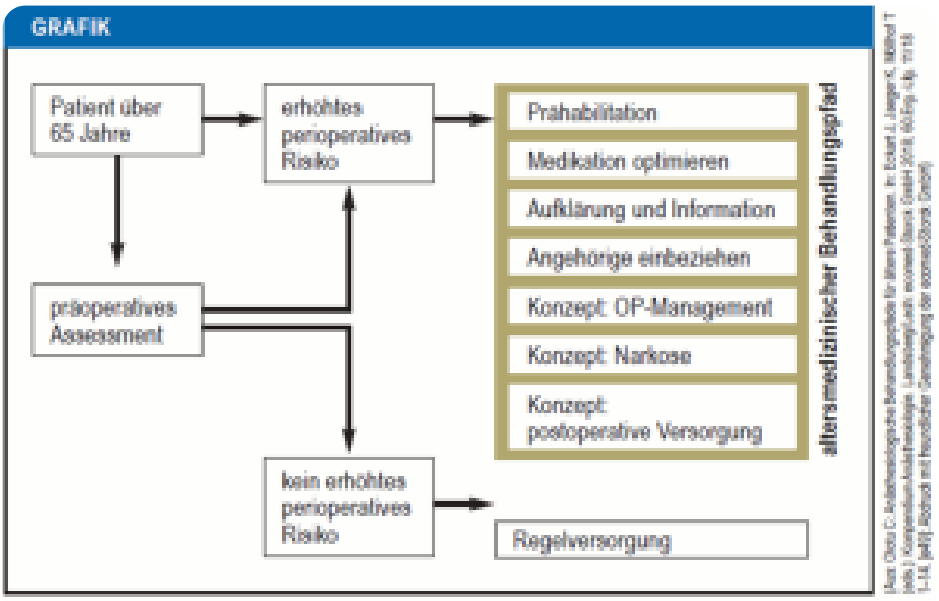
Entwicklung der Ambulanten Operationen nach §115b seit 2014 (GENESIS-Online, Tabellenbereich 23141), Destatis) KBV



Die Zahl der H-DRG-Fälle soll bis 2028 auf 2.000.000 Fälle, neben den Ambulanten Operationen nach §115b, steigen. Daher haben sich der BDC, BDA, DGAI, DGIM und DGCH auf eine Empfehlung zur präoperativen Vorbereitung bei ambulanten Operationen geeinigt.

Eine zentrale Rolle kommt dem Hausarzt zu. Die genaue Anamnese und körperliche Untersuchung sind die Grundlage der Operationsvorbereitung. Gerade unsere alternde Bevölkerung stellt uns vor Herausforderungen. Insbesondere für unsere chirurgischen Fächer kann ein entsprechendes präoperatives Assessment die postoperativen Komplikationen und die Rekonvaleszenz verbessern. Um den Aufwand zu reduzieren und dabei das Risiko weiter zu minimieren ist ein strukturiertes Vorgehen notwendig. Dieses sollte bei Patienten über 65 Jahren geprüft werden. Hierzu gehört der Ausschluss einer Anämie und deren Therapie, die Medikationsanalyse

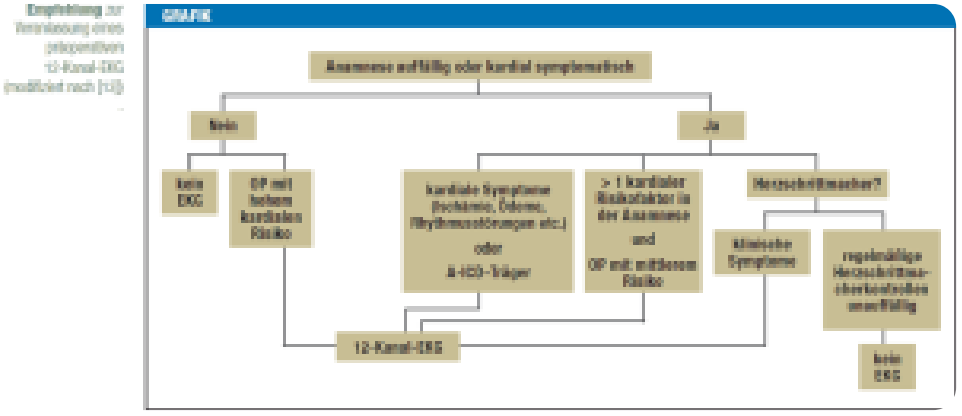
und Optimierung. Der bundeseinheitliche Medikationsplan, auch in der ePA sollte Standard sein. Eine Mangelernährung sollte ausgeschlossen werden und mittels proteinreicher, hochkalorischer Trinknahrung behandelt werden. Eine Evaluierung des Sturzrisikos und deren Prophylaxe und die Erhebung des kognitiven Status sind Teil für eine Prärehabilitation. Ebenso sind die Beratung zur Patientenverfügung und Betreuungspersonen zu fordern (2).



Pragmatischer Ansatz zur perioperativen Versorgung älterer Patienten

12-Kanal-EKG

Es soll ein 12-Kanal-EKG angefordert werden bei positiver kardialer Anamnese oder Symptomatik, bei einer OP mit hohem kardialem Risiko, bei A-ICD Patienten, bei Patienten mit Ischämie, Ödemen und Rhythmusstörungen, bei einem kardialen Risikofaktor und einem mittleren OP-Risiko und bei symptomatischen Herzschrittmacherpatienten. Daraus folgt, dass bei asymptomatischen und anamnestisch blanden Patienten sowie Herzschrittmacherpatienten in regelmäßiger Schrittmacherkontrolle kein EKG gefordert wird (3).



Dt Ärzteblatt Int 2014;111:437-46;DOI:10.3238/arztebl.2014.0437

Patientinnen und Patienten ohne kardiovaskuläre Begleiterkrankungen oder Risikofaktoren

Patientinnen und Patienten, die keine Zeichen, Symptome oder Anamnese für kardiovaskuläre Erkrankungen oder Risiken haben, können bei niedrigem oder mittlerem eingriffsbezogenem Risiko ohne weitere präoperative Risikoeinschätzung anästhesiologisch behandelt werden. Vor Operationen mit hohem eingriffsbezogenem Risiko kann bei Patientinnen und Patienten über 45 Jahre die Anfertigung eines EKG und die Bestimmung von kardialen Biomarkern erwogen werden. Patientinnen und Patienten ohne Zeichen oder Symptome einer kardiovaskulären Risikoerkrankung, aber mit einer familiären Disposition für das Auftreten von Kardiomyopathien sollen bereits präoperativ ein EKG und eine echokardiographische Diagnostik erhalten.

Präoperatives Labor

Routinemäßige oder durch das Alter bedingte Laboruntersuchungen sind nicht sinnvoll. Grund dafür ist, dass es eine hohe Prävalenz auffälliger Laborwerte gibt, welche jedoch für das perioperative Risiko nicht relevant sind und hohe Kosten verursachen. Mit zunehmendem Alter sind von der Norm abweichende Laborwerte häufiger. Es konnte bei geriatrischen Patienten (70-100 Jahre alt) kein Zusammenhang zwischen der Prävalenz auffälliger Laborwerte und einen schlechteren Behandlungsergebnis gefunden werden. Die gängigen Gerinnungslaborwerte sind, insbesondere wegen der NOK´s, einer standardisierten Blutungsanamnese unterlegen. Eine laborchemische Gerinnungsdiagnostik sollte nur bei entsprechender Medikamentenanamnese oder einer positiven Blutungsanamnese erfolgen. Diese Strategie wurde durch die Ergebnisse bei 11.804 neurochirurgischen Patienten bekräftigt (4).

Von dieser Regelung ausgeschlossen sind laborchemische Bestimmungen, die indiziert sind, aufgrund möglicher klinisch relevanter Beeinträchtigung der Homöostase durch diagnostische oder therapeutische Maßnahmen (zum Beispiel Bestimmung des Kaliums nach präoperativer Darmspülung) in der präoperativen Phase, aufgrund der bestehenden chirurgischen Indikation (zum Beispiel bei erwartetem hohem Blutverlust), zur Kontrolle potenzieller Nebenwirkungen von Medikamenten (zum Beispiel Veränderungen des Kreatininwerts oder der Lebertransaminasen unter Antibiotikatherapie), bei Vorliegen schwerer Organdysfunktionen (zum Beispiel Niereninsuffizienz) (4).

TABELLE 3

Empfohlener Standard für Laborparameter bei Vorkrankungen bestimmter Organsysteme (mod. nach [13])

	Verdacht auf Erkrankung von			
Parameter	**Herz/Lunge**	**Leber**	**Niere**	**Blut**
Hämoglobin	+	+	+	+
Leukozyten				+
Thrombozyten		+		+
Natrium, Kalium	+	+	+	+
Kreatinin	+	+	+	+
ASAT, Bilirubin, aPTT, INR		+		

ASAT, Aspartat-Aminotransferase; aPTT, aktivierte, partielle Thromboplastinzeit; INR, International Normalized Ratio

https://www.aerzteblatt.de/archiv/inhalt?heftid=5742

Somit kommt der ausführlichen Anamnese und klinischen Untersuchung ein sehr wichtiger Stellenwert zu. Sie sind die Grundlage für die Indikationsstellung zur Operation und Therapie und auch zur notwendigen Operationsvorbereitung. Hilfreich sind hier standardisierte Anamnese- und Befundbögen. Solche sollten in jedem OM-System einer Praxis und Klinik vorhanden sein.

Dirk Farghal

Stellv. Regionalvertreter Bayern, stellv. Vorsitzender Referat der niedergelassenen Chirurgen/Innen, Leiter der AG BeKo und angestellte Ärzte/Innen in der Niederlassung

1. https://www.aerzteblatt.de/news/fallzahlen-in-der-ambulanten-versorgung-zeigen-nach-oben-5f38e387-4f13-4b64-9798-13fe7cf9b1edie der medizinische Fortschritt führen zu einer deutlichen Zunahme ambulanter Operationen, Therapien und Behandlungen.
2. Dtsch Arztebl Int 2019;116:63-9;DOI:10.3238/arztebl.2019.0063
3. Dtsch Arztebl Int 2014;111:437-46;DOI:10.3238/arztebl.2014.0437
4. https://www.aerzteblatt.de/archiv/inhalt?heftid=5742