

Ambulantes Operieren im Krankenhaus ist möglich! Teil4: Baulich-strukturelle Voraussetzungen



Im Zuge der fortschreitenden Ambulantisierung stehen die Krankenhäuser vor der Aufgabe, angeschlossene OP-Zentren zu errichten, wenn nicht bereits geschehen. Dies bringt umfängliche Herausforderungen sowohl für Klinikbetreiber als auch für künftig ambulant arbeitende Chirurginnen und Chirurgen mit sich.

In der Reihe „**Ambulantes Operieren im Krankenhaus ist möglich!**“ wird Vorstandsmitglied Dr. Ralf Schmitz auf alle Aspekte der Ambulantisierung an Krankenhäusern eingehen und wertvolle Tipps für die Umsetzung geben. Schmitz ist seit Januar 2000 als Vertragsarzt in Kiel niedergelassen und hat 2006 das MVZ Chirurgie mitgegründet. Mit der Unfallchirurgischen Klinik des UKSH Campus Kiel steht er in enger Kooperation.

Folge 4: Baulich-strukturelle Voraussetzungen

Die über allem stehende Empfehlung bezüglich des ambulanten Operierens im Krankenhaus lautet: auf keinen Fall im Zentral-OP! Warum ist das so?

Der zentrale Krankenhaus-OP ist, wie der Name schon sagt, der Mittelpunkt einer stationären chirurgischen Klinik, idealerweise mit Anbindung an die Intensivstation, die Normalstationen und den Schockraum der Notfall-Ambulanz. Damit ist dieser optimiert für die Belange der stationären Versorgung. Für das ambulante Operieren werden diese Strukturen aber nicht benötigt, würden die Abläufe verlangsamen und hätten sogar das Potential, gut etablierte stationäre Prozesse negativ zu beeinflussen. So ist die Kapazität der Fahrstühle und Wartebereiche in aller Regel nicht für schnelle Eingriffe mit hoher Fluktuation und zusätzlich begleitende Angehörige ausgelegt.

Für den wirtschaftlichen Betrieb eines ambulanten OP-Zentrums aber ist es essenziell, dass innerhalb kurzer Zeit ein hoher Durchsatz an operativen Eingriffen erfolgen muss. Dies erklärt sich schon allein durch die kurz kalkulierten ärztlichen Zeiten des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), also der Grundlage der Vergütung von ambulanten Operationen. In diesen kalkulierten Zeiteinheiten sind im Übrigen nicht nur die Schnitt-Nacht-Zeiten, sondern auch die Wechselzeiten berücksichtigt. Beispielhaft sei die arthroskopische Innenmeniskusteilresektion genannt, ein häufig vorkommender Eingriff, der im EBM mit der Endziffer 2 bewertet ist. Hinterlegt ist diesem Eingriff damit eine Operationszeit von maximal 30 Minuten. Auch wenn der Eingriff mal etwas schwieriger ist, wird dies regelhaft nicht in der Vergütung berücksichtigt. Dies mag die ökonomische Notwendigkeit schneller und strukturierter Abläufe erklären.

Hinzu kommt noch ein weiteres Spezifikum, dass bei stationär durchgeführten Eingriffen keine Rolle spielt. Nach ambulanten Operationen ist es zwingend erforderlich, dass Angehörige nach Entlassung aus dem OP-Zentrum die Versorgung übernehmen. Und dies wiederum beginnt nicht erst mit der Entlassung, sondern unmittelbar nach der Operation – also schon im Aufwachraum. In der Regel ist die Aufwacheinheit in ambulanten OP-Zentren aufgeteilt in einen medizinisch dominierten Bereich und in einen weiteren, wo die Angehörigen bereits eingebunden werden. Dies umfasst z. B. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme der mitgebrachten Speisen und Getränke. So

erfahren die den Patienten begleitenden Personen quasi nebenbei, was operativ gemacht wurde und sind beim ärztlichen oder pflegerischen Entlassungsgespräch anwesend. Oftmals können diese dann im Laufe des Tages dem Patienten noch wichtige Informationen geben, die dieser als Folge der Narkose nicht aufgenommen oder vergessen hat.

Die unabdingbare Anwesenheit von Angehörigen aber wiederum bedeutet, dass der Zu- und Abfluss aus dem Auswachraum mindestens doppelt so stark frequentiert sein wird im Vergleich zum stationären Setting. Jeder Fahrstuhl und jeder verwinkelte Flur birgt das Risiko diesen Verkehrsfluss massiv zu stören.

Daher sollte ein ambulantes Operationszentrum eben nicht im zentralen Gebäude, sondern allenfalls am Krankenhaus angedockt sein. Es sollte im Idealfall ebenerdig zu erreichen sein, ausreichende Parkplätze sind notwendig und eine fußläufige Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel wäre wünschenswert. Werden diese Überlegungen planerisch berücksichtigt steht einem reibungslosen Ablauf von ambulanten Operationen nichts mehr im Wege.

Ausblick Folge 5: Gestaltung ambulantes Operieren – Geräte

Schmitz R: Ambulantes Operieren im Krankenhaus ist möglich. Teil 4. *Passion Chirurgie*. 2026 Oktober; 16(10): Artikel 04_05.

Autor:in des Artikels



Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Referatsleiter Niedergelassene Chirurgen
MVZ Chirurgie Kiel
Schönberger Str. 11
24148 Kiel

 [Kontakt](#)