

Qualität sichern beim ambulanten Operieren: Realität versus Anspruch

C. Brucker

**Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Klinikum Nürnberg**



Sektoren im deutschen Gesundheitswesen

- Seit 1931 Sektorentrennung
 - » Stationärer Krankenhaussektor (§ 107 SGB V)
 - » Vertragsärztlicher Sektor (Arztpraxen und Medizinische Versorgungszentren) (§ 95 Abs. 1 SGB V)
 - » Im Vergleich zu den meisten anderen Ländern besonders stark von einander getrennt.
- Im Laufe der Jahrzehnte relativiert:
 - ... 1993 AOP, vor-/nachstationär
 - ... 2004 MVZ
 - ... 2024 Hybrid-DRG
 - ...
- Die Ambulantisierung wird von Politik und Krankenkassen vorangetrieben



Definition/Gesetzeslage ambulante Operationen

- Ambulante Operationen sind chirurgische Eingriffe ohne eine anschließende Übernachtung (Hospitalisation)
 - » Leistungserbringung entweder
 - in der Praxis oder
 - im Krankenhaus
 - » Das Recht auf freie Arztwahl gilt auch für ambulante Operationen

- §115b SGB V
 - » GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vereinbaren
 - Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe ([AOP-Katalog](#))
 - einheitliche ([sektorengleiche](#)) Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte

Ambulante Operationen / Hybrid-DRG

- Ambulante Operationen
 - » 2024 Leistungsbereich Operationen am Ovar
manche Operationen an der Brust
Sentinel-Lymphonodektomie Axilla

- Hybrid-DRG: Entlassung am gleichen Tag oder am Folgetag
 - » 2024 Leistungsbereich Operationen am Ovar
 - » 2025 Mammachirurgie: Brusterhaltende Eingriffe

Hybrid-DRG 2026 – Vorabinformation

Für 2026 umfasst der Hybrid-DRG-Katalog 69 Hybrid-DRG mit insgesamt 904 OPS-Kodes. Neu ist außerdem, dass Hybrid-DRG nun auch Behandlungen mit bis zu zwei Verweildauertagen umfassen. Leistungen, für die im aG-DRG-Katalog Zusatzentgelte vorgesehen sind, schließen eine Eingruppierung in die Hybrid-DRG aus.

<https://www.dkgev.de/themen/finanzierung-leistungskataloge/spezielle-sektorengleiche-verguetung-hybrid-drg/>

Hybrid-DRG Leistungskatalog Gynäkologie 2026 (Auszug)

hybrid-drg-leistungskatalog-2026.xlsx - Excel										
Datei Start Einfügen Seitenlayout Formeln Daten Überprüfen Ansicht Was möchten Sie tun?										
Einfügen Ausschneiden Kopieren Format übertragen Zwischenablage										
Schriftart Aptos Narrow 11 A A F K U										
Ausrichtung Textumbruch Verbinden und zentrieren										
Zahl Standard % 000 0,00 0,0										
Formatvorlagen Bedingte Formatierung Als Tabelle Zellenformatvorlagen										
Zellen Einfügen Löschen Format										
Bearbeiten AutoSumme Füllbereich Löschen Sortieren und Filtern Suchen und Auswählen										
A2	1-265.4									
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
1	OPS 202	OPS-Bezeichnung 2026								
496	5-681.91	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome mit ausgedehnter Naht des Myometriums: Vaginal, laparoskopisch assistiert								
497	5-681.92	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome mit ausgedehnter Naht des Myometriums: Endoskopisch (laparoskopisch)								
498	5-681.93	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome mit ausgedehnter Naht des Myometriums: Hysteroskopisch								
499	5-681.96	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome mit ausgedehnter Naht des Myometriums: Vaginal								
500	5-681.9x	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome mit ausgedehnter Naht des Myometriums: Sonstige								
501	5-683.01	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal								
502	5-683.0x	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Sonstige								
503	5-683.x1	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Sonstige: Vaginal								
504	5-683.xx	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Sonstige: Sonstige								
505	5-683.y	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: N.n.bez.								
506	5-692.02	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien: Exzision: Endoskopisch (laparoskopisch)								
507	5-692.0x	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien: Exzision: Sonstige								
508	5-692.12	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien: Destruktion: Endoskopisch (laparoskopisch)								
509	5-692.1x	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien: Destruktion: Sonstige								
510	5-692.x2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien: Sonstige: Endoskopisch (laparoskopisch)								
511	5-692.xx	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien: Sonstige: Sonstige								
512	5-692.y	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien: N.n.bez.								
513	5-695.xx	Rekonstruktion des Uterus: Sonstige: Sonstige								
514	5-695.y	Rekonstruktion des Uterus: N.n.bez.								
515	5-699.x	Andere Operationen an Uterus und Parametrien: Sonstige								
516	5-705.x	Konstruktion und Rekonstruktion der Vagina: Sonstige								
517	5-705.y	Konstruktion und Rekonstruktion der Vagina: N.n.bez.								

Sektorengleiche Vergütung

 [Mitglieder](#) > [Abrechnung](#) > [Hybrid-DRG](#)

HYBRID-DRG

Spezielle sektorengleiche Vergütung

Mit der bundesweiten Einführung der speziellen sektorengleichen Vergütung **sollen ambulant durchführbare Operationen gefördert und Krankenhausstrukturen entlastet werden**. Für eine Auswahl von Leistungen, die bislang überwiegend stationär durchgeführt werden, erfolgt eine spezielle sektorengleiche Vergütung.

Die Leistungen werden über eine Fallpauschale, sogenannte Hybrid-DRG, vergütet – unabhängig davon, ob sie ambulant oder stationär erbracht werden. Die Fallpauschale umfasst alle im Rahmen eines Falles erbrachten Leistungen aller am Eingriff beteiligter Ärzte (inkl. Sachkosten). Die entsprechenden Leistungen wurden aus dem Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationärsersetzender Eingriffe und stationärsersetzender Behandlungen gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus (AOP-Katalog) ausgewählt.

 [Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung \(HYBRID-DRG-V\)](#)
[Link aufrufen](#)



Beauftragung der KVB mit der Abrechnung

Die KVB kann ab sofort mit der Abrechnung von Hybrid-DRG beauftragt werden.

So einfach funktioniert die Beauftragung:

- Vertrag (Beauftragungsvereinbarung) in zweifacher Ausfertigung mit aktuellem Datum und Unterschrift versehen
- Beide Vertragsexemplare an die KVB postalisch versenden:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
CoC Qualitätssicherung
Hybrid-DRG
Eisenheimerstraße 39
80687 München



Abrechnung



Abrechnung über "Meine KVB"



Vergütung

Regelungen zur Vergütung

Vergütung

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) –
Krankenhausabrechnungsprüfung durch MD

Hybrid-DRG: einheitliche sektorengleiche Vergütung für
Leistungen, die ambulant oder stationär erbracht werden können.

- **AOP: ambulante Logik (wie MVZ), AOP-Katalog**
- **AOP-Erlös:** Es kommen Erlöse für Sachkosten (Implantate, Med.) und Anästhesie hinzu.
- **Hybrid-DRG: stationäre Logik, „Hybrid-Katalog“**
Hybrid-DRG Leistungskatalog
<https://www.dkgev.de/themen/finanzierung-leistungskataloge/spezielle-sektorengleiche-verguetung-hybrid-drg/>
- **Hybrid-Erlös:** Gesamtleistung pauschal (inklusive Material und Anästhesie)



Finanzierung des ambulanten Operierens

➤ Bundesgesetze als politische Vorgabe

Medizinische oder umsetzungstechnische Fragen spielen keine nennenswerte Rolle

➤ Vertragspartner auf Bundesebene gestalten aus *)



➤ AOP und Hybrid-DRG werden **aus dem ambulanten Sektor finanziert**

*) bei Nichteinigung erfolgt Ersatzvornahme durch das Bundesgesundheitsministerium

Ambulantisierung in Europa

IGES

271

A1 Internationaler Vergleich Tagesfall-Operationen

Tabelle 51: Anteil der Eintagesfälle bei ausgewählten Operationen im internationalen Vergleich, 2019

kind of surgery	Germany	Germany	Austria	Denmark	Switzerland	United Kingdom
	Total procedures per 100 000 population	% performed as day cases				
Cataract surgery *	1.061,8	83,2	87,9	96,2	88,2	99,1
Transluminal coronary angioplasty	419,5	1,0	2,6	22,2	21,7	31,4
Hysterectomy (females)	239,8	0,0	0,0	57,7	1,2	2,1
Laparoscopic cholecystectomy	204,6	0,0	0,7	55,3	5,1	51,0
Partial excision of mammary gland (females)	193,9	0,4	3,4	88,3	8,2	77,8
Transurethral prostatectomy (males)	182,1	0,0	0,1	25,0	0,8	9,5
Laparoscopic repair of Inguinal hernia	138,7	0,2	5,6	88,6	26,8	77,4
Laparoscopic appendectomy	121,8	0,0	0,0	12,6	0,3	2,6
Total mastectomy	65,5	0,0	0,0	45,6	4,1	21,2

Quelle: IGES auf Basis von Daten der OECD

Anmerkung: Die bevölkerungsbezogene Häufigkeit der Operationen weicht in den Vergleichsländern teilweise deutlich von der in Deutschland ab. Vergleichbarkeit der Tagesfall-Anteile aufgrund unterschiedlicher Zählweisen und Abgrenzungen eingeschränkt.

* Die Angaben zu Katarakt-Operationen enthalten auch die ambulant durchgeführten Fälle (in Deutschland: 82,8%). Ambulante Fälle gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus sind nicht enthalten.

IGES-GUTACHTEN NACH § 115B ABS 1A SGBV

IGES

Gutachten nach
§ 115b Abs. 1a SGB V



IGES-Gutachten nach §115b Abs 1a SGB V

Entscheidung über amb./stat. Leistungserbringung

» International:

- immer behandelnde(r) Ärztin/Arzt

» Deutschland

- Verpflichtender Katalog
- Abrechnungsprüfung durch Krankenkassen/durch MD
- Das gibt es international nirgends!



Internationale Leitlinien



ELSEVIER



Review article

Enhanced Recovery after Surgery in Gynecology: A Review of the Literature

Stacey A. Scheib, MD, May Thomasee, MD, and Jamaan L. Kenner, MD

From the Department of Obstetrics and Gynecology, Louisiana State University Health Sciences Center, New Orleans, Louisiana (all authors).

INTERNATIONAL JOURNAL OF
GYNECOLOGICAL CANCER

Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations—2019 update

Gregg Nelson,¹ Jamie Bakkum-Gamez,² Eleftheria Kalogera,³ Gretchen Glaser,⁴ Alon Altman,⁵ Larissa A Meyer,⁶ Jolyn S Taylor,⁷ Maria Iniesta,⁶ Javier Lasala,⁸ Gabriel Mena,⁸ Michael Scott,⁹ Chelsia Gillis,¹⁰ Kevin Elias,¹¹ Lena Wijk,¹² Jeffrey Huang,¹³ Jonas Nygren,¹⁴ Olle Ljungqvist,¹⁵ Pedro T Ramirez,¹⁶ Sean C Dowdy¹⁷

Anaesthesia 2019, 74, 778–792

doi:10.1111/anae.14639

Guidelines

Guidelines for day-case surgery 2019

Guidelines from the Association of Anaesthetists and the British Association of Day Surgery

C. R. Bailey,¹ M. Ahuja,² K. Bartholomew,³ S. Bew,⁴ L. Forbes,⁵ A. Lipp,⁶ J. Montgomery,⁷ K. Russon,⁸ O. Potparic⁹ and M. Stocker¹⁰



ELSEVIER



Special Article

Enhanced Recovery and Surgical Optimization Protocol for Minimally Invasive Gynecologic Surgery: An AAGL White Paper

Rebecca Stone, MD, MS, Erin Carey, MD, Amanda N. Fader, MD, Jocelyn Fitzgerald, MD, Lee Hammons, MD, Alysha Nensi, MD, Amy J. Park, MD, Stephanie Ricci, MD, Rick Rosenfield, MD, Stacey Scheib, MD, and Erica Weston, MD

From the Department of Gynecology and Obstetrics, Johns Hopkins School of Medicine, Baltimore, Maryland (Drs. Stone, Fader, and Weston), Department of Obstetrics and Gynecology, University of North Carolina, Chapel Hill, North Carolina (Dr. Carey), Department of Obstetrics and Gynecology, University of Pittsburgh, Pittsburgh, Pennsylvania (Dr. Fitzgerald), Allegheny Women's Health, Pittsburgh, Pennsylvania (Dr. Hammons), Department of Obstetrics and Gynecology, St. Michael's Hospital, Toronto, Ontario, Canada (Dr. Nensi), Department of Obstetrics and Gynecology, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio (Drs. Park and Ricci), Pearl Women's Center, Portland, Oregon (Dr. Rosenfield), and Department of Obstetrics and Gynecology, Tulane University, New Orleans, Louisiana (Dr. Scheib)

Verfahren 9 QS MC	Mammachirurgie	-	länderbezogen	sektorspezifisch	Krankenhaus
Verfahren 10 QS GYN-OP	Gynäkologische Operationen	-	länderbezogen	sektorspezifisch	Krankenhaus

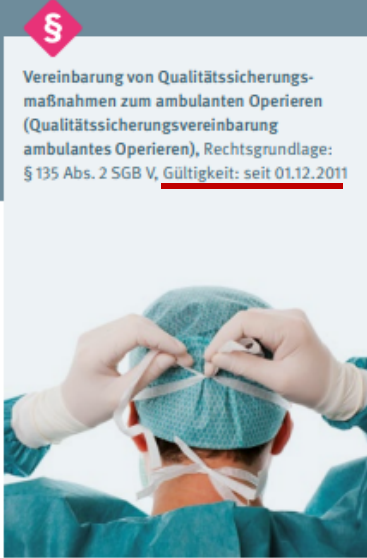
QS bei ambulanten Operationen



AMBULANTES OPERIEREN

33.629 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung der Ärztin oder des Arztes; Vorgaben zu organisatorischen, baulichen, apparate-technischen und hygienischen Voraussetzungen
KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
FREQUENZREGELUNG: für Leistungsbereiche Koloskopie und invasive Kardiologie analog Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V; weitere Regelungen möglich
KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: wenn Operateur oder Operateurin und behandelnder/nachbehandelnder Arzt oder Ärztin nicht identisch sind, muss eine Kooperation erfolgen
PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung



Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
4)																		
GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	4.572	5.615	2.359	903	446	957	2.431	486	3.090	3.147	1.370	488	1.179	746	1.129	654	3.320	32.892
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	4.829	5.692	2.300	890	434	1.159	2.479	472	3.245	3.247	1.382	496	1.073	751	1157	645	3.378	33.629
beschiedene Anträge ²⁾	535	1.353	117	122	61	218	510	31	496	402	186	41	112	68	112	45	680	5.089
– davon Genehmigungen	532	1.310	117	122	61	218	510	31	495	402	186	41	112	68	112	45	680	5.042
– davon Ablehnungen	3	43	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	47
Praxisbegehungen gemäß § 7 Abs. 4	0	0	21	0	0	0	0	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	45
– davon ohne Beanstandungen			14					24										38
– davon mit Beanstandungen			7					0										7
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	1	176	135	73	216	k.A.	45	208	302	174	33	19	63	84	54	466	2.049

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Genehmigungen werden praxisbezogen erteilt.

QS bei ambulanten Operationen

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren

(Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren)

	Inhalt	
vom 28.11.2011	Abschnitt A Allgemeine Bestimmungen	3
	§ 1 Ziel und Inhalt	3
	§ 2 Genehmigung	3
	Abschnitt B Genehmigungsvoraussetzungen	4
	§ 3 Fachliche Befähigung	4
	§ 4 Organisatorische Voraussetzungen	4
	§ 5 Hygienische Voraussetzungen	5
	§ 6 Räumliche und apparativ-technische Voraussetzungen	5
	Abschnitt C Verfahren	10
	§ 7 Genehmigungsverfahren	10
	Abschnitt D Schlussbestimmungen	11
	§ 8 Übergangsregelung, Inkrafttreten	11
	Protokollnotiz	11
	Anlage	12

- ambulante Operationen
 - » keine QS nach DeQS-RL
- Hybrid-DRG
 - » QS nach DeQS-RL
 - in Krankenhäusern bei gynäkologischen Operationen wie bei stationärer OP
 - Außerhalb von Krankenhäusern derzeit **keine QS**



S3 Leitlinie benigne Erkrankungen des Uterus

Leitlinienprogramm

Deutsche Gesellschaft für
Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)

Österreichische Gesellschaft für
Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG)

Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG)

Diagnostik und Therapie von benignen Erkrankungen
des Uterus

AWMF-Registernummer

015-093

Leitlinienklasse

S3

Stand

03.05.2025

Version

1.0

Diagnostik und Therapie von benignen Erkrankungen des Uterus

6

4.1.3 Interventionelle Verfahren	90
4.1.3.1 Embolisation der Aa. Uterinae	90
4.1.3.2 MR-gesteuerter hochfokussierter Ultraschall zur Myombehandlung	93
4.2 ORGANENTFERNENDE THERAPIEVERFAHREN	94
4.3 OPERATIVE PLANUNG	103
4.3.1 perioperatives Management	103
4.3.2 präoperative Vorbereitung	103
4.3.3 Lagerung	106
4.3.4 Aufklärung und Einwilligung zur Operation	107
4.3.5 postoperatives Vorgehen	109
4.4 KOMPLIKATIONEN	111
4.4.1 Zu 1.	112
4.4.2 Zu 2.	112
4.4.3 Zu 3.	112
4.4.3.1 Erfolgsraten bei Deszensus-Operationen mit oder ohne Hysterektomie	112
4.4.3.2 Komplikationen bei der Hysterektomie im Rahmen der Deszensuschirurgie	113
4.5 VERSORGUNGSSTRUKTUREN FÜR FRAUEN MIT BENIGNEN ERKRANKUNGEN DES UTERUS	115
5 DIAGNOSTIK UND THERAPIE BENIGNER ERKRANKUNGEN DER GEBÄRMUTTER	124
5.1 POLYP DES WEIBLICHEN GENITALTRAKTS (N84)	124
5.2 LEIOMYOM DES UTERUS (D25)	134
5.2.1 Diagnostik	134

Ziel:

- Schutz der Patientin
- Sicherung der Versorgungsqualität

**gynécologie
suisse**

OEGGG

GG

© Leitlinienprogramm der DGGG, OEGGG und SGGG

Statements S3 LL:

Voraussetzungen zur ambulanten Durchführung komplexer gynäkologischer Eingriffe

Voraussetzungen

Evidenzbasierte Empfehlung 4.E27		
Evidenzgrad 2b	Empfehlungsgrad B	Konsensusstärke 93%
Zur Wahrung der Patientinnensicherheit sollte die Voraussetzungen für die kurzstationäre (NDD) oder ambulante Durchführung (SDD) komplexer gynäkologischer Eingriffe* von den zuständigen medizinischen Leistungserbringern exakt definiert werden.		
*Endometrioseresektion, Myomenukulation, komplexe hysteroskopische Operation, Beckenbodenrekonstruktion, Hysterektomie		
Literatur: [190–192]		

Evidenzbasierte Empfehlung 4.E28		
Evidenzgrad 5, EK, Grade hoch	Empfehlungsgrad A	Konsensusstärke 100%
Die Entscheidung über die ambulante oder stationäre Erbringung der operativen Leistung bei komplexen gynäkologischen Eingriffen soll durch den behandelnden Arzt / die behandelnde Ärztin erfolgen in gemeinsamer informierter Entscheidungsfindung mit der Patientin, nicht durch einen externen Kontrollmechanismus.		
Literatur: [197]		

Die Wahrung der Patientinnensicherheit soll als oberste Priorität bei der Wahl der Versorgungsstruktur zur Durchführung eines komplexen gynäkologischen Eingriffes / einer Hysterektomie berücksichtigt werden.

OPS-Bezeichnung 2026	
Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome mit ausgedehnter Naht des Myometriums: Vaginal, laparosc	
Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome mit ausgedehnter Naht des Myometriums: Endoskopisch (	
Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome mit ausgedehnter Naht des Myometriums: Hysteroskopisc	
Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome mit ausgedehnter Naht des Myometriums: Vaginal	
Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal	
Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Sonstige	
Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Sonstige: Vaginal	
Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Sonstige: Sonstige	
Uterusexstirpation [Hysterektomie]: N.n.bez.	

Statements S3 LL:

Verfahrensanweisungen zur Beurteilung der Eignung für AOP

Diagnostik und Therapie von benignen Erkrankungen des Uterus

Grundprinzipien der Therapie

123

Patientinnen mit multiplen Komorbiditäten sind für die kurzstationäre bzw. ambulante Leistungserbringung nicht geeignet. Im Regelfall sollte eine Einschätzung nach ASA 1 oder ASA 2 vorliegen. Ein multidisziplinärer Ansatz mit konsentierten Protokollen für die Patientenbeurteilung, inklusive Ein- und Ausschlusskriterien für die kurzstationäre bzw. ambulante Leistungserbringung ist erforderlich.

Ein- und Ausschlusskriterien Patientin

Evidenzbasierte Empfehlung 4.E29		
Evidenzgrad 2a	Empfehlungsgrad A	Konsensusstärke 100% 13/13 4 Enthaltungen
Interdisziplinäre konsentierte Verfahrensweisungen sollen für die <u>Patientinnenbeurteilung</u> bei komplexen gynäkologischen Eingriffen inklusive Ein- und Ausschlusskriterien für die kurzstationäre bzw. ambulante Leistungserbringung in der operierenden Einrichtung vorliegen. Ebenso sollen interdisziplinäre Verfahrensweisungen für die intra- und postoperative Beurteilung vorliegen, ob ggfls. eine stationäre Weiterbetreuung erforderlich ist.		
Literatur: [192, 197]		

In kollegialer Zusammenarbeit aller beteiligten Fachgruppen, insbesondere Anästhesie und Operateur werden einrichtungsbezogene Protokolle erstellt.

Statements S3 LL:

Organisatorische Kriterien für die Weiterversorgung

Organisatorische Kriterien:

- ➔ Möglichkeit der Erstversorgung in räumlicher Nähe durch mit dem Eingriff und den Komplikationen erfahrendes Fachpersonal, ggf. eines raschen (durch Fachpersonal begleiteten) Transports in eine mit dem Krankheitsbild und der Operation vertraute stationäre Einrichtung
- ➔ Vereinbarungen zwischen operierender ambulanter und ggfls. nachbehandelnder stationärer Einrichtung. Dies beinhaltet auch geregelte Wege z. B. für rechtzeitige Informationsübergabe bezüglich des operativen Eingriffs und der intraoperativ stattgefundenen Besonderheiten
- ➔ Netzwerk

Evidenzbasierte Empfehlung 4.E30		
Evidenzgrad 1a	Empfehlungsgrad A	Konsensusstärke 93%
Zur Durchführung komplexer gynäkologischer Eingriffe im ambulanten Setting sollen Strukturen in enger Abstimmung mit für die potentiell erforderliche stationäre Weiterbehandlung und die Beherrschung auch komplexer Komplikationen qualifizierten Kliniken etabliert werden Entsprechende organisatorische, institutionelle und ggfls. vertragliche Regelungen zwischen der die ambulante Leistung erbringenden Einrichtung und der Klinik sollen existieren.		
Literatur: 190		

Qualitätsindikatoren Gynäkologische Operationen

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Indikatoren und Kennzahlen		
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovaryingriff mit Gewebeentfernung	
Gruppe: Entfernung des Ovars oder der Adnexe		
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	
60685	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	
60686	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	
612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	
52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	

Kriterien für eine mögliche Entlassung am OP-Tag (aus S3 LL)

Chirurgische Kriterien:

- ➔ OP-Ende vor 18 Uhr
- ➔ Keine intraoperativen Komplikationen
- ➔ Kein ungewöhnlicher Blutverlust

Organisatorische Kriterien:

- ➔ Möglichkeit der Erstversorgung in räumlicher Nähe durch mit dem Eingriff und den Komplikationen erfahrenes Fachpersonal, ggf. eines raschen (durch Fachpersonal begleiteten) Transports in eine mit dem Krankheitsbild und der Operation vertraute stationäre Einrichtung

Patientinnenkriterien:

- ➔ Blutdruck, Puls und Atemfrequenz adäquat
- ➔ Sauerstoffsättigung >92%
- ➔ Patientin afebril
- ➔ Wach und angemessen orientiert
- ➔ Ausreichende Schmerzkontrolle mit oraler Medikation (Schmerzintensität VAS $\leq 4/10$)
- ➔ Minimale Übelkeit, kein Erbrechen
- ➔ Selbständiges Gehen möglich
- ➔ Spontanmiktion oder Dauerkatheter in situ



Danke für Ihre Aufmerksamkeit

