

Chirurgie 2026 · 97:623–628
<https://doi.org/10.1007/s00104-026-02501-5>
 Eingegangen: 16. März 2026
 Angenommen: 1. April 2026
 Online publiziert: 6. Mai 2026
 © The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2026

Redaktion
 C.-T. Germer, Würzburg



Ambulantes Operieren – Patientenselektion und perioperative Sicherheit

Christian Deindl^{1,2}

¹ Bundesverband Ambulantes Operieren, Berlin, Deutschland

² Aktionsbündnis Patientensicherheit, Berlin, Deutschland

In diesem Beitrag

- Ambulantes Operieren als Chance für das Gesundheitssystem
- Ambulantes Operieren aus ökonomischer und gesundheitspolitischer Perspektive
- Besonderheiten des ambulanten Operierens aus fachärztlicher Sicht
- Vorteile und Grenzen für patientensicheres ambulantes Operieren
- Was bedeutet Patientensicherheit beim ambulanten Operieren
- Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren
- Präoperatives Risikoscreening und Patientenselektion steigern die Patientensicherheit
- Auswahlkriterien zum ambulanten Operieren

Zusammenfassung

Seit über 30 Jahren ist in Deutschland ambulantes Operieren im vorgegebenen diagnostischen Umfang und bei risikoadjustierter Indikationsstellung an zugelassenen ambulant-operativen Standorten patientensicher etabliert. Im Rahmen der Ambulantisierungsstrategie der Bundesregierung werden Operationsspektrum und Eingriffszahlen zunehmen. Diese Entwicklung erfordert ein besonderes Augenmerk auf die Einhaltung patientensicherheitsrelevanter Behandlungsstandards und die überfällige Implementierung von sektorenunabhängigen Qualitätssicherungsindikatoren. Patientenzufriedenheit und v. a. Patientensicherheit sind bei ambulanten, in der Regel elektiven Eingriffen ein besonders wichtiges Prüfkriterium der Ergebnisqualität.

Schlüsselwörter

Risikofaktoren · Perioperative Qualitätssicherung · AQS1-Patientensicherheitsfragebogen · Ambulantisierungsstrategie · Behandlungsstandards

Ambulantes Operieren als Chance für das Gesundheitssystem

Dreißig Jahre ambulantes Operieren lassen auf hinreichende Entwicklungs- und Konsolidierungsphasen zurückblicken [11, 13, 38]. Aus dem IGES-Gutachten zum Paragraphen 115 b, SGB V geht hervor, dass im Zeitraum 1996 bis 2020 über 100 Mio. ambulante Eingriffe durchgeführt wurden [1]. Seit einer Dekade herrscht Stagnation, sodass der Anteil an ambulanten Eingriffen weiter unter dem internationalen Durchschnitt liegt, während bei vergleichbaren Eingriffen unter stationären Bedingungen das Gegenteil der Fall ist [3, 12, 24]. Seit der Verabschiedung des Paragraphen 115 f, SGB V bestehen erstmals realistische Chancen, durch eine sektorengleiche Vergütung für ambulante Eingriffe und Narkosen die bisherigen Sektorengrenzen zu überwinden und damit die Erwartungen an ein technisch und personell hoch entwickeltes, aber organisatorisch hinter

seinen Möglichkeiten zurückliegendes Gesundheitssystem und seine Leistungsfähigkeit zu erfüllen [17, 25, 36].

Das politische Bekenntnis zur Ambulantisierung und zum ambulanten Operieren darf nicht erneut, wie 1993 bei der Implementierung des Paragraphen 115 b im SGB V geschehen, nur im zeitnahen Einsparen von finanziellen und personellen Ressourcen bestehen [15]. Vielmehr müssen deren zielgerichteter und bedarfsgerechter Einsatz sowie die bestmögliche Patientensicherheit im Fokus stehen. Bisherige Versuche, Gesundheitskosten als Gesamtes senken zu wollen bei wachsenden Bedarfen und steigenden Qualitätskosten, sind bisher stets gescheitert und haben stabile Versorgungsstrukturen wie das ambulante Operieren an seiner kontinuierlichen Weiterentwicklung massiv gehindert und den dauersubventionierten stationären Bereich an die Grenze seiner Finanzierbarkeit gebracht [21, 26]. Im Zusammenführen von bisher vorwiegend aus



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

ökonomischer Notwendigkeit stationär erbrachter Leistungen mit den gewachsenen ambulanten Leistungserbringungsstrukturen liegt ein großes Reformpotenzial [18, 22]. Bisher stationär erbrachte Operationen verlieren nichts an ihrer fachlichen und ökonomischen Hochwertigkeit, wenn sie in unter gleichbleibenden Qualitäts- und Sicherheitsbedingungen ambulant durchgeführt werden [4, 21, 37].

Ambulantes Operieren aus ökonomischer und gesundheitspolitischer Perspektive

Laut ZI hätten bereits 1990 ca. 45 % der im Krankenhaus durchgeführten Operationen ambulant erbracht werden können, was einer 10%igen Reduktion der Krankenhausfälle und einem GKV-Einsparpotenzial in Höhe von 4 Mrd. DM entsprochen hätte [10]. Im Jahr 2010 legten P. Oberender und Mitarbeiter in einem vom Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO) in Auftrag gegebenen wissenschaftlichen Gutachten dar, dass die Ambulantisierung der 25 häufigsten fakultativ stationär erbrachten Eingriffe die GKV-Ausgaben um bis zu 500 Mio. € jährlich entlasten würde [7, 33]. Neue Perspektiven eröffnen sich für das ambulante Operieren erstmals wieder im Zuge der durch das MDK-Reformgesetz (2019) angedachten Ambulantisierung von bisher fakultativ und deshalb mit erheblichem Prüfaufwand verbundenen stationär erbrachten und seit 2024 im neuen umfangreicheren AOP-Katalog zusammengefassten Eingriffen und Interventionen [16]. Vor dem Hintergrund einer Reduzierung von Klinikstandorten und einer betriebswirtschaftlich ungeklärten sektorengleichen Gesamtvergütung ambulanter Eingriffe und Narkosen droht zwischenzeitlich das bisher als patientensicher geltende ambulante Operieren in ein gesundheitspolitisches Hochrisikoexperiment abzugleiten, wenn das BMG ambulante OP-Zahlen um 1 Mio. pro Jahr anheben und Eingriffe an der Schilddrüse als problemlos zu ambulantisieren deklarieren lässt [2]. Als Argument werden das Vereinte Königreich herangezogen, und sein patientensicherheitsorientiertes Verständnis von ambulant wird mit dessen überholter deutscher Definiti-

on gleichgesetzt. In Wahrheit können ambulant operierte Patient:innen in UK bis zu 23 h postoperativ überwacht und dann erst in die häusliche Genesung entlassen werden, während laut SGB V ambulant operierte Patient:innen die Nacht vor und nach einer Operation zu Hause verbringen müssen. Damit würde das bekannte postoperative Nachblutungsrisiko bei Schilddrüsenengriffen von 1–2 % innerhalb der ersten 24 h auch den kritischen Zeitraum nach Entlassung betreffen [34]. Ein solches unkalkulierbares wie lebensbedrohliches Risiko ist aus fachärztlicher Sicht unverantwortlich und muss mit aller Deutlichkeit verneint und von Patient:innen ferngehalten werden. Der AOP-Katalog mag ambulant durchzuführende operative Prozeduren vorgeben, die präoperative Diagnose- und Indikationsstellung sowie Risikoabschätzung unterliegen weiterhin ausnahmslos der fachärztlichen Verantwortung und therapeutischen Entscheidungskompetenz. Ökonomische Einflussnahmen müssen unterbleiben, denn auch beim ambulanten Operieren muss der Gesetzgeber sich den Vorgaben des Grundgesetzes und dem Grundrecht auf Unversehrtheit verpflichtet fühlen. Daseinsfürsorge in Form von Rechtsverordnungen und Leistungskatalogen darf nicht zur Gefahr für Leib und Leben werden [27].

Besonderheiten des ambulanten Operierens aus fachärztlicher Sicht

Ambulantes Operieren vereint fachärztliche Kompetenz und perioperative Qualität aus einer Hand [32]. Dieser ambitionierte Anspruch beinhaltet die sorgfältige präoperative Untersuchung, Diagnose- und Indikationsstellung, das detaillierte und dokumentierte Aufklärungsgespräch, die Durchführung des ambulanten Eingriffes, das postoperative Erläutern des Operationsverlaufes und des weiteren Verhaltens, die obligatorische Entlassungsuntersuchung am OP-Tag sowie klare Regelungen für postoperative Erreichbarkeit und Nachsorge inklusive Schmerztherapie. Es empfehlen sich Telefonvisiten am Abend des OP-Tages und ggf. Nachfragen an den ersten postoperativen Tagen. Diese ganzheitliche Versorgung und Betreuung gelingen am besten im Sinn einer interpro-

fessionellen und interdisziplinären Teamleistung. Ambulantes Operieren erfordert und fördert die persönliche fachärztliche und pflegerische Expertise anhand von Behandlungsschwerpunkten, schlan-ken Strukturen und standardisierten Prozessen mit geringerer Fehleranfälligkeit sowie Arbeiten in stabilen OP- und Anästhesieteams. Ambulante OP-Standorte und deren Strukturen verstehen sich als lernende Systeme und unterliegen einem kontinuierlicher Verbesserungsprozess. Patientensicherheitsrelevante Tools wie Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Zertifizierung lassen sich praxisnah und mit der notwendigen Akzeptanz implementieren, und damit lässt sich höchstmögliche Transparenz bei der Behandlungsqualität und der Patientensicherheit erzielen [23]. Hervorzuheben sind in diesem Kontext der AQS1-Patientensicherheitsfragebogen und seine versorgungswissenschaftliche Relevanz [6, 14].

Vorteile und Grenzen für patientensicheres ambulantes Operierens

Ein herausstechendes Kriterium des ambulanten Operierens für Patient:innen besteht in der Gewissheit, von Fachärzt:innen ihres Vertrauens operiert und narkotisiert zu werden [19]. Diagnostik und Indikationsstellung sowie Operation bzw. Narkose und postoperative Betreuung liegen in deren persönlicher Verantwortung. Durch den medizin- und operationstechnischen Fortschritt in Kombination mit perioperativen Schmerzkonzepten lassen sich auch minimalinvasiv bzw. arthroskopisch komplexere Eingriffe ambulant durchführen. Darüber hinaus ist die psychische Belastung geringer als bei einem Klinikaufenthalt und die postoperative Genesung im häuslichen Umfeld unkomplizierter. Die Zufriedenheitswerte und das Sicherheitsgefühl ambulant operierter Patient:innen liegen eingriffs- und altersunabhängig bei weit über 90 % [30, 31]. Ambulante Eingriffe sind auf diesem Qualitäts- und Sicherheitslevel nicht mehr, wie fälschlicherweise immer noch angenommen, deutlich günstiger als stationär durchgeführte Operationen zu erbringen, da die Ansprüche an Sicherheits- und Qualitätsstandards wie z. B. bei Hygiene und Mitarbei-

ter:innenqualifikation und somit die Kosten für die Struktur- und Prozessqualität deutlich angestiegen sind und einer ähnlichen Dynamik unterliegen wie im Krankenhaussektor [5, 8, 20, 28, 39].

Ökonomische Aspekte dürfen niemals zu fahrlässigen Entscheidungen, wie am Beispiel Schilddrüsenchirurgie gezeigt, führen und mit Sparmaßnahmen die Patientensicherheit bzw. die wirtschaftliche Existenz von ambulanten OP-Standorten gefährden. Auch wenn immer mehr Operationen ambulant durchführbar sind, muss jeweils individuell entschieden werden, ob die erforderliche Operation unter ambulanten oder stationären Voraussetzungen erfolgen soll. Dieser Entscheidungsprozess orientiert sich immer an patientensicherheitsrelevanten Kriterien. Digitalisierung und KI sind dabei Unterstützungsprozesse und ersetzen nicht die persönliche fachärztliche und pflegerische Sorgfalt und Empathie.

Was bedeutet Patientensicherheit beim ambulanten Operieren

Patientensicherheit ist weltweit eines der vorrangigsten Ziele in der gesundheitlichen Versorgung und bei allen an der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens beteiligten Akteur:innen. Das Grundgesetz garantiert als unverhandelbare Menschenrechte die Würde und Unversehrtheit aller Bürgerinnen und Bürger und somit auch von Patient:innen während eines gesamten Behandlungsverlaufes. Damit wird Patientensicherheit zur Leitplanke im Gesundheitssystem, ohne bisher im SGB V bzw. BGB als solche namentlich verankert zu sein. Zur Patientensicherheit gehört im Krankheitsfall das Recht auf eine sichere, transparente und verständlich kommunizierte Diagnose und Therapie inklusive unterschiedlicher ambulanter oder stationärer Behandlungsoptionen im Sinne von „shared decision making“ (SDM).

» Qualität und Patientensicherheit beim ambulanten Operieren haben ihren ökonomisch berechtigten Preis

Wie die Erfahrung zeigt, bedeuten steigende Ausgaben nicht selbstredend gleichzeitig mehr Sicherheit für Patient:innen und

Mitarbeitende [18]. Das Hauptaugenmerk muss in allen Bereichen auf der Einhaltung von bewährten Standards und Leitlinien liegen, um Qualitätsschwankungen und Fehler zu vermeiden sowie Ressourcen besser zu nutzen. Ambulant vor stationär kann unter diesen Voraussetzungen Risiken minimieren und Ressourcen schonen, darf aber im Umkehrschluss nicht selbst vermeidbare Zusatzrisiken und deren Folgekosten verursachen [35]. Qualität und Patientensicherheit beim ambulanten Operieren haben ihren ökonomisch berechtigten Preis und sind nicht beliebig reduzierbar!

Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren

Die gesetzliche Pflicht dazu einschließlich der regelmäßigen Qualitätsdokumentation besteht seit 2005 für Kliniken und seit 2007 auch in ambulant operierenden Praxen, ambulanten OP-Zentren, MVZ und Praxiskliniken. Ambulantes Operieren bedeutet eine sinn- und nutzenstiftende Verdichtung der Arbeitsabläufe ohne Überforderung durch Struktur- oder Prozessdefizite bei bestmöglicher Patientensicherheit. Dieser Anspruch erfordert bereits im Vorfeld, sprich in der Planungs- und Transformationsphase, ein klares bauliches und personelles Konzept darüber, wer später wann wo was und warum machen wird und wie Strukturqualität die Prozessqualität nachhaltig unterstützen wird. Entsprechende Zielvorgaben und Verantwortlichkeiten müssen auch beim ambulanten Operieren von der ärztlichen und nicht-ärztlichen Führungsebene kommuniziert und vorgelebt werden, was bei geringeren Teamstärken und langfristig kooperierenden Teamstrukturen konsequenter umzusetzen ist als z. B. in größer dimensionierten Klinikstrukturen. Das ursprüngliche medizinische Qualitätsmodell aus Strukturpotenzialen sowie Prozessen und Ergebnissen umfasst inzwischen Wissens-, Risiko- und Fehlermanagement.

Auf ambulant operierende Standorte übertragen tragen folgende Tools zur Patientensicherheit bei: Benennung konkreter Qualitätsziele, regelmäßige Selbstbewertungen, Regelungen von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten, standar-

disierte Prozess- und Ablaufbeschreibungen, der Einsatz von Checklisten wie Team-Time-Out, Schnittstellen-, Komplikations-, Notfall-, Hygiene- und Schmerzmanagement sowie Maßnahmen zur Arzneimitteltherapiesicherheit. Aus „Fehlermeldungen“ durch befragte Patient:innen können Qualitäts- und Sicherheitsdefizite benannt und durch Verbesserungsmaßnahmen gezielt abgestellt werden [23].

Präoperatives Risikoscreening und Patientenselektion steigern die Patientensicherheit

Das ambulant-operative Behandlungsspektrum hat sich an patientensicherheitsrelevanten Begleiterkrankungen und Kontextfaktoren zu orientieren. Patientenselektion beim ambulanten Operieren erfolgt auf Basis medizinischer, sozialer, standort- und personalbezogener Kriterien, um das Risiko von Komplikationen zu minimieren und eine sichere Entlassung sowie einen sicheren postoperativen Heilungsverlauf zu gewährleisten. Neben der medizinischen Bewertung des Allgemeinzustandes unter Berücksichtigung des Lebensalters nach den bekannten ASA-Kategorien sind die Einhaltung der Nüchternheit und das Fehlen von absoluten Kontraindikationen wie Nicht-Nüchternheit, Adipositas per magna, Sprachbarrieren, fehlende Begleitpersonen bzw. Erziehungsberechtigte bei Minderjährigen zu berücksichtigen. Relative Kontraindikationen werden einer patientenindividuellen Risikobewertung durch Operateur:in und Anästhesist:in unterzogen, so bei Adipositas Grad 2, betagten Patient:innen, symptomatischem Reflux oder chronischen Erkrankungen. Soziale und organisatorische Voraussetzungen betreffen verantwortliche Begleit- und Betreuungspersonen, häusliche Infrastruktur und wohnliches Umfeld sowie die Compliance von Patient:innen. Politik und Selbstverwaltung können Kataloge für ambulant durchführbare Operationen vorlegen, doch die patient:innenindividuelle Indikationsstellung und präoperative Patientenselektion müssen aus Gründen der Patientensicherheit weiter ausschließlich und alternativlos eine fachärztliche Entscheidung bleiben.

Auswahlkriterien zum ambulanten Operieren

Nicht jede Operation ist für die ambulante Durchführung geeignet und zugelassen, weshalb eine Auswahl an Eingriffen getroffen und im AOP-Katalog zusammengefasst wird. Damit entfällt keineswegs die individuell und gemeinsam von Operateur:innen und Anästhesist:innen sowie Patient:innen zu treffende Entscheidung, ob und, wenn ja, in welchem Setting eine Operation stattfinden wird. Dabei gilt es, im präoperativen Gespräch verschiedene Aspekte der Patientensicherheit abzuklären. Keinesfalls dürfen abrechnungstechnische oder gesundheitspolitische Erwartungen Dritter in diesen Entscheidungsprozess eingreifen. Demzufolge sind folgende Kriterien zu beachten [9, 14]:

1. Eignen sich neben der Eingriffsart mögliche Belastungen und postoperative Folgen für Patient:innen zur ambulanten Durchführung? Sind postoperativ zeitnah Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme möglich und sind Eingriff und Narkose nur mit minimalen Risiken einer Nachblutung, postoperativer Atmungsprobleme und eines erhöhten postoperativen Pflegebedarfs vergesellschaftet?
2. Eignen sich Patient:innen unter sozialen und medizinischen Aspekten für eine ambulante Operation? Die Auswahl sollte sich dabei v. a. am Allgemeinzustand und nicht nur am Alter orientieren. So müssen Patient:innen körperlich und seelisch stabil sein (ASA I/II). Extremes Übergewicht ist ein Ausschlusskriterium. Bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Asthma oder gut eingestellter Hypertonie (ASA III) ist im Vorfeld eine präoperative anästhesiologische Konsultation ebenso erforderlich wie die Bereitschaft von Patient:innenseite, sich ambulant operieren zu lassen, und die Einsicht in den geplanten Eingriff und dessen Nachsorge. Nicht zu unterschätzende Risikofaktoren sind präoperativ unerkannte Gerinnungsprobleme und (Eisenmangel-)Anämien.
Besonderheiten im Kindesalter: ambulante Operationen sind bei Säuglingen mit normalem Geburtstermin frühestens ab dem 3. Lebensmonat

durchführbar; bei jüngeren Säuglingen bzw. Frühgeborenen vor der 37. Schwangerschaftswoche frühestens 60 Wochen nach der Geburt und nur mit kinderanästhesiologischem Plazet [29].

3. Eignen sich Standort und Ausstattung für ambulantes Operieren und dessen Eingriffsspektrum? Räumlichkeiten und Equipment sollten u. a. den Empfehlungen der DGAI zur Arbeitsplatzausstattung entsprechen [9]. Ferner erleichtern Parkmöglichkeiten den Heimtransport der Patient:innen; es müssen im Bedarfsfall Rollstühle verfügbar sein sowie eine zuverlässige Anbindung an stationäre Aufnahmebereiche, wenn dies die perioperative Situation erfordert, z. B. bei instabilem postoperativem AZ oder unerwarteten Zwischenfällen, die eine Entlassung in den häuslichen Bereich verbieten und eine verlängerte postoperative Beobachtung verlangen.
4. Der Anspruch an die Personalqualifikationen entspricht dem stationären Setting. Ein *Conditio sine qua non* sind erfahrene Operateur:innen und Anästhesist:innen, der Facharztstandard muss gewahrt sein. Ebenso muss erfahrenes und qualifiziertes Pflege-, Anästhesie- und OP-Personal ausreichend zur Verfügung stehen.
5. Bei der Patientenerfassung sind Aufklärung und Einwilligung bezüglich des Eingriffes und möglicher Folgen und Komplikationen hervorzuheben. Es gilt, die Leitlinien für die anästhesiologische Voruntersuchung sowie für die unmittelbare postoperative Überwachung zu berücksichtigen. Darüber hinaus sind Anweisungen wie hinsichtlich notwendiger präoperativer Voruntersuchungen, des Nüchternheitsgebotes in schriftlicher und mündlicher Form sowie über Besonderheiten zum Verlauf und Verhalten nach der Operation zu geben. Am OP-Tag müssen präoperative Befunde ärztlicher Untersuchungen, die unterschriebene Einwilligungserklärung und nachgewiesene Aufklärung über mögliche Komplikationen vorliegen. Patient:innen müssen vor und nach der Operation sowohl mündlich als auch schriftlich davor auf ihre postoperativ

eingeschränkte Fahrtauglichkeit und Geschäftsfähigkeit innerhalb der ersten 24 h hingewiesen werden.

6. Ein wichtiges Qualitätskriterium bei Entlassung verlangt, dass diese grundsätzlich von Operateur:innen und Narkoseärzt:innen vorgenommen wird, dass Patient:innen sich in stabilem, wachem und möglichst schmerzfreiem Zustand befinden, ihre Orientierung uneingeschränkt und ihre Mobilität in ausreichendem Umfang gegeben ist, Übelkeit, Erbrechen oder Benommenheit allenfalls minimal ausgeprägt sind und das Trinken von Flüssigkeit ohne Erbrechen möglich ist. Minimale Blut- bzw. Sekretmengen sind tolerabel, ein Harnverhalt nicht. Die verantwortliche erwachsene Begleitperson muss beim Entlassungsgespräch zugegen sein, ebenso muss die häusliche Betreuung in den ersten 24 h nach dem Eingriff sicher und kompetent gegeben sein. Stabile Kommunikationswege sind ebenso wichtig wie häusliche Mindeststandards. Patientensicherheitsrelevante Aspekte beim ambulanten Operieren sind genaue und verständliche Instruktionen zur Nachsorge nach Narkose und Operation, damit bei Bedarf Entscheidungen zum Wohl und zur Sicherheit der Patient:innen getroffen werden. Sie müssen deshalb Patient:innen und deren Begleitpersonen schriftlich und mündlich übermittelt werden, ebenso Kontaktadressen für Notfälle, eine eingriffsadaptierte Schmerztherapie und bei Bedarf eine dauerhafte Medikamentengabe. Telefonische Nachfragen nach dem Eingriff müssen bis zur ersten postoperativen Kontrolluntersuchung möglich sein.

Fazit für die Praxis

- Durch kontinuierliche Verbesserungen zeichnet sich ambulantes Operieren durch schlanke Strukturen und (inter)professionelle Teamarbeit aus.
- Durch ambulantes Operieren können mittel- bis langfristig Einsparpotenziale generiert werden.
- Aus Sicht der Patient:innen zählen v. a. fachärztliche Kernkompetenzen, die Behandlungsqualität und daraus resultie-

rend Patientensicherheit und Patienten-zufriedenheit.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Christian Deindl, MBA

Aktionsbündnis Patientensicherheit
Alte Jakobstr. 81, 10179 Berlin, Deutschland
kontakt@deindl.org

Förderung. Der Autor versichert weder öffentliche noch private Fördermittel erhalten zu haben.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. C. Deindl gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden vom Autor keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

- Albrecht M, Mansky T, Sander M, Schiffhorst G (2022) Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V. https://www.iges.com/kunden/gesundheitsforschungsergebnisse/2022/aop-katalog/index_ger.html. Accessed 6.5.2022
- Albrecht M (2024) Warum ambulante Endokrine Chirurgie kommen muss und wie das voraussichtlich vergütet werden wird. In: Die Zukunft vorbereiten: Ambulante Endokrine Chirurgie. 42. Jahrestagung der CAEK, 07. und 08.11. 2024, Stuttgart
- Abschlussbericht Wissenschaftliches Institut der AOK (2018) QSR-Verfahren - Entwicklung des Leistungsberichts Verschluss einer Leistenhernie, S. 34, Tab. 10, Berlin. <https://www.aok.de/pp/lexikon/ambulantes-operieren/>. Accessed 15.11.2023
- Ärztlicher Nachrichtendienst (2023) Barmer-Auswertung - Jede fünfte Klinik-OP in Schleswig-Holstein auch ambulant möglich. <https://www.aend.de/article/225737>. Accessed 17.11.2023
- AWMF online - Empfehlungen Krankenhaushygiene: Hygieneanforderungen beim ambulanten Operieren 13 https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/leitlinien/ak-kh-awmf/029-014l_S1_Hygieneanforderungen_ambulantes_Operieren_2019.pdf zugegriffen 14.11.2023
- Bäcker K (2016) AQS1-Patientensicherheitsfragebogen: Qualitätsdokumentation, Langzeitergebnisse und Versorgungsforschung. In: Deindl C (ed) Manual Ambulantes Operieren – Techniken, perioperative Verfahren und Management. De Gruyter, Berlin, Boston, pp 149–161
- Baierlein J, Priestersbach A (2016) Gesundheitsökonomische Betrachtungen des ambulanten Operierens Einsparpotenziale durch ambulantes Operieren. In: Deindl C (ed) Manual Ambulantes Operieren – Techniken, perioperative Verfahren und Management. De Gruyter, Berlin, Boston, pp 472–478
- Bayerisches Landesamt für Lebensmittelsicherheit und Gesundheit (LGL Bayern) Einrichtungen Ambulantes Operieren: Hygiene in Einrichtungen für ambulantes Operieren <https://www.lgl.bayern.de/gesundheits/hygiene/zugegriffen:13.11.2023>
- Beck G, Becke K, Biermann E, Deja M, Hofer H, Iber T, Komar H, Mertens E, Prien T, Scheppers A, Sorgatz H, Strauß J, van Alken H, Vescia F (2013) Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin e.V. und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. Mindestanforderungen an den anästhesiologischen Arbeitsplatz 2013. Anästh Intensivmed 54:39–42
- Brenner G (1994) Zur aktuellen Situation des Ambulanten Operierens in der Arztpraxis. In: Graf-Baumann T, Hirsch G, Weißbauer W, Welter HF (eds) Ambulantes Operieren - Medizin - rechtliche Aspekte. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, pp 1–14
- Brökelmann JD (1993) Prinzipien des ambulanten Operierens. In: Ambulantes Operieren – Der neue Weg in der Gynäkologie. Springer, Berlin, Heidelberg, pp 11–11
- Brökelmann JD (2015) Ambulantes Operieren International – Erfahrungen aus 20 Jahren. <https://www.bdc.de/ambulantes-operieren-international-erfahrungen-aus-20-jahren/>. Accessed 10.5.2022
- Brökelmann JD (2016) Einführung und Exkurs in die historische Entwicklung des ambulanten Operierens in Deutschland – Status quo im internationalen Vergleich. In: Deindl C (ed) Manual Ambulantes Operieren – Techniken, perioperative Verfahren und Management. De Gruyter, Berlin, Boston, pp 3–11
- Brökelmann JD, Rüggeberg J, Bäcker K, Mayr R (2007) Klinisch relevante Qualitätsindikatoren. Ambulantes Operieren 3(2007):151–152
- Bundesgesetzblatt (1992) Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) 2285–2286. http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzger_BGB&jumpTo=bgbl192s2266.pdf. Accessed 10.5.2022
- Bundesgesetzblatt (2019) Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) Teil I. https://www.iges.com/kunden/gesundheitsforschungsergebnisse/2022/aopkatalog/index_ger.html. Accessed 10.5.2022
- Bundesgesetzblatt (2023) Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung) vom 19. Dezember 2023 Teil I 2023 Ausgegeben zu Bonn am 21. Dezember 2023 Nr. 380. <https://www.recht.bund.de/eli/bund/bgbl-1/2023/380>. Accessed 11.3.2026
- Busse R, Ganten D, Huster S et al (2016) Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem: 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e.V. – Nationale Akademie der Wissenschaften, Halle (Saale). https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/Leo_Diskussion_Medizin_und_Oekonomie_2016.pdf. Accessed 10.5.2022
- Candidus WA (2016) Bedeutung und Stellenwert des ambulanten Operierens aus Sicht der betroffenen Bürger, Patienten und Versicherten. In: Deindl C (ed) Manual Ambulantes Operieren – Techniken, perioperative Verfahren und Management. De Gruyter, Berlin, Boston, pp 162–165
- Deindl C (2016) Hygienestandards: Gemeinsame Aufgabe von Ordnungspolitik, Kostenträgern und Ärzten. In: Deindl C (ed) Manual Ambulantes Operieren – Techniken, perioperative Verfahren und Management, vol 2016. De Gruyter, Berlin, Boston, pp 77–82
- Deindl C (2016) Kritische Anmerkungen zur allgemeinen gesundheitspolitischen Entwicklung und den Folgen für ambulantes Operieren. Ökonomie und Qualität in der ambulanten Chirurgie. In: Deindl C (ed) Manual Ambulantes Operieren – Techniken, perioperative Verfahren und Management. De Gruyter, Berlin, Boston, pp 483–495
- Deindl C, Neumann A (2022) Die Zukunft des ambulanten Operierens. Die Urologie 61:829–838
- Deindl C, Woischke R (2016) Qualitätsmanagement (QM), Qualitätssicherung (QS) und Zertifizierung: Patientensicherheit beim ambulanten Operieren. In: Deindl C (ed) Manual Ambulantes Operieren – Techniken, perioperative Verfahren und Management. De Gruyter, Berlin, Boston, pp 119–141
- Destatis (2017) 7 % aller Krankenhausbehandlungen sind ambulante Operationen. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2017/PD17_13_p002.html. Accessed 6.5.2022
- Dittrich S (2022) Hybrid-DRG Thüringen – Neue Wege im Gesundheitswesen. <https://www.kma-online.de/unternehmen/dgiv/news/detail/hybrid-drg-thueringen-neue-wege-entstehen-beim-gehen-dgiv-47568>. Accessed 17.11.2023
- Graf von der Schulenberg JM (2006) Reformnotwendigkeit und Reformbedarf: Wo stehen die Leuchttürme? In: Rebscher H (ed) Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung. Economica, Heidelberg, pp 127–140
- Hinsch M (2016) Patientensicherheit in der Chirurgie – Wo Ärzte von der Luftfahrt profitieren können. In: Deindl C (ed) Manual Ambulantes Operieren – Techniken, perioperative Verfahren und Management. De Gruyter, Berlin, Boston, pp 165–171
- Hoch V (2016) Aktuelle Hygienestandards beim ambulanten Operieren: Gesetze, Richtlinien und Empfehlungen. In: Deindl C (ed) Manual Ambulantes Operieren – Techniken, perioperative Verfahren und Management. De Gruyter, Berlin, Boston, pp 55–62
- Hofmann U (2016) Besonderheiten der ambulanten Kinderanästhesie. In: Deindl C (ed) Manual Ambulantes Operieren – Techniken, perioperative Verfahren und Management. De Gruyter, Berlin, Boston, pp 98–111
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2010) Qualitätsmaßnahme Ambulante Operationen Ergebnisse zur Patientenzufriedenheit und zum postoperativen Patientenverlauf bei ambulanten Operationen. https://www.kbv.de/media/sp/beilage_Ambulantes_Operieren.pdf. Accessed 17.11.2023
- Neumann A, Bäcker K (2015) Qualitätssicherung ambulantes Operieren. Dtsch Arztebl 112(25):A-1132/B-944/C-916
- Neumann A (2022) Ambulantes Operieren Stand und Perspektiven. Gynakol Prax 49:127–132
- Oberender P (2010) Ökonomische Betrachtungen des ambulanten Operierens. Gutachten, Stand: 09.04.2010. Oberender & Partner. Unternehmensberatung im Gesundheitswesen, Bayreuth. (Created 9.4.2010)
- Ott J (2009) Die Nachblutung nach Schilddrüsenoperation – interdisziplinäres Management einer kritischen Komplikation. Eine Analyse von 519 Nachblutungen an 30.142 konsekutiven

- Schilddrüsenoperationen. Dissertation an der Medizinischen Universität Wien
35. Schlingensiepen I (2017) Patientensicherheit. Fehler führen zu enormen Folgekosten. <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Fehler-fuehren-zu-enormen-Folgekosten-300143.html>. Accessed 21.11.2023
 36. Schreyögg J, Milstein R (2021) Identifizierung einer initialen Auswahl von Leistungsbereichen für eine sektorengleiche Vergütung. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit, Bonn
 37. Vescia F (2008) Vergütung ambulant und stationär durchgeführter Operationen in Bayern. Angleichung an die Fallpauschalen der DRG erstrebenswert. *Ambul Oper* 4(2008):186–186
 38. Wilhelm K (1994) Ambulantes Operieren am Krankenhaus. In: Graf-Baumann T, Hirsch G, Weißauer W, Welter HF (eds) *Ambulantes Operieren - Medizinrechtliche Aspekte*. Springer Verlag, Berlin Heidelberg New York, pp 15–24
 39. Woischke R (2016) Hygienezuschlag beim ambulanten Operieren und die zugrundeliegende Kostenanalyse. In: Deindl C (ed) *Manual Ambulantes Operieren - Techniken, perioperative Verfahren und Management*. de Gruyter, Berlin, Boston, pp 63–76

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

Outpatient surgery—Patient selection and perioperative safety

For more than 30 years outpatient surgery has been established in Germany in a patient-safe manner at approved outpatient surgery locations in the specified diagnostic scope and with risk-adjusted indications. As part of the Federal Government's outpatient strategy, the range of operations and the number of interventions will increase. This development requires special attention to compliance with patient safety-relevant treatment standards and the overdue implementation of sector-independent quality assurance indicators. Patient satisfaction and, above all, patient safety are particularly important test criteria for the quality of results in outpatient, usually elective procedures.

Keywords

Risk factors · Perioperative quality assurance · AQS1 patient safety questionnaire · Outpatient strategy · Treatment standards