

Erwägungen zur Durchführung und Qualitätssicherung ambulanter Operationen im HNO-Bereich in Deutschland

Considerations for the Performance and Quality Assurance of Outpatient Surgery in Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery in Germany

Autoren

Jan Löhler¹, Wolfgang Delank², Stefan Drumm³, Martin Jäckel⁴, Denise Lundershausen⁵, Robert Mlynski⁶, Nicole Rotter⁷, Kerstin Zeise⁸, Orlando Guntinas-Lichius^{9, 10}, Thomas Deitmer¹⁰

Institute

- 1 Wissenschaftliches Institut für angewandte HNO-Heilkunde (WIAHNO), Bad Bramstedt
- 2 Hals-Nasen-Ohren-Klinik, Klinikum Ludwigshafen, Ludwigshafen
- 3 Gemeinschaftspraxis für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Adendorf
- 4 HNO-Klinik, Helios Kliniken, Schwerin
- 5 HNO Praxis, Erfurt
- 6 Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie „Otto Körner“, Universitätsmedizin Rostock, Rostock
- 7 Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie, Universitätsklinikum Mannheim, Mannheim
- 8 HNO Gemeinschaftspraxis Berlin
- 9 HNO-Klinik, Universitätsklinikum Jena, Jena
- 10 Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie, Bonn

Schlüsselwörter

Ambulante Operation, Stationäre Operation, Ambulante Leistung, Stationäre Leistung, Sektoren, HNO-Heilkunde

Key words

outpatient surgery, inpatient surgery, outpatient service, inpatient service, sectors, otorhinolaryngology

online publiziert 18.10.2022

Bibliografie

Laryngo-Rhino-Otol 2022; 101: 866–875

DOI 10.1055/a-1946-1458

ISSN 0935-8943

© 2022, Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Thomas Deitmer
Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, e. V., Friedrich-Wilhelm-Str. 2, D-53113 Bonn, Deutschland
Tel.: +49/2 28/9 23 92 20

Fax: +49/2 28/92 39 22 10

thomas.deitmer@hno.org

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund Die deutsche Gesundheitspolitik hat eine Ausweitung ambulanter Operationen und Verfahren propagiert und die Diskussion darüber eingeleitet. Die HNO-Heilkunde bietet Möglichkeiten, derzeit stationär durchgeführte Eingriffe ambulant zu erbringen.

Methoden Die Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie und der Deutsche Berufsverband der HNO-Ärzte haben Arbeitsgruppen ins Leben gerufen, die die HNO-fachlichen Aspekte der Leistungsverlagerungen in den ambulanten Bereich beurteilen und bewerten sollen. Die Arbeitsgruppen bekamen den Auftrag dabei organisatorische, strukturelle und personelle Definitionen der Qualitätssicherung zu erarbeiten und zu berücksichtigen.

Empfehlung Es wurden ausführlich Tatbestände bestimmt, die eine ambulante Operation im HNO-Fachgebiet ausschließen. Grundlage bildeten hierbei sowohl operationsbedingte als auch patientenbedingte Tatbestände. Schließlich wurden Operationen benannt, die als ambulante Operationen durchgeführt werden können.

Diskussion Es erfolgte eine HNO-fachliche Bewertung. Voraussetzung für eine Ambulantisierung ist eine Neuordnung der Vergütung. Das bisherige DRG- und EBM-System bieten hierzu keinen befriedigenden Rahmen, der EBM ermöglicht keine wirtschaftliche Erbringung operativer Eingriffe im HNO-Bereich. Die Entwicklung eines adäquaten Finanzierungsmodells ist für einen Erfolg der Umsetzung genauso zwingend erforderlich wie die Integration und Finanzierung der HNO-ärztlichen Weiterbildung.

ABSTRACT

Background German health policy has propagated an expansion of outpatient surgeries and procedures and initiated the discussion about this. Otorhinolaryngology, head and neck surgery offers opportunities to provide currently inpatient procedures on an outpatient basis.

Methods The German Society of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery, and the German Professional Association of

Otorhinolaryngologists established working groups to assess and evaluate the ENT-specific aspects of shifting services to the outpatient setting. The working groups were given the task of developing and considering organizational, structural and personnel definitions of quality assurance.

Recommendation Facts were determined in detail, which exclude an ambulatory operation in the ENT-specialty. This was based on both surgery-related and patient-related facts. Finally, operations were named which can be performed as outpatient operations.

Discussion An evaluation was performed from the ENT specialist's perspective. A prerequisite for outpatient treatment is a reorganization of remuneration. The current DRG and EBM system do not provide a satisfactory framework for this, and the EBM does not allow for the economic provision of surgical interventions in otorhinolaryngology, head and neck surgery. The development of an appropriate financing model is as imperative for a successful implementation as the integration and financing of further training of ENT physicians.

Präambel

Aufgrund ökonomischer Erfordernisse, Problemen der Personalverfügbarkeit und dem hieraus entstandenen Wunsch nach einer ambulanten Erbringung von Leistungen bei Ärzten und Patienten, hat die deutsche Gesundheitspolitik eine Ausweitung ambulanter Operationen und Verfahren propagiert und entsprechende Aktivitäten eingeleitet.

Da im Bereich der HNO-Heilkunde erhebliche Potenziale gesehen werden, vormals stationär durchgeführte Eingriffe ambulant zu erbringen, haben die Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie und der Deutsche Berufsverband der HNO-Ärzte Arbeitsgruppen ins Leben gerufen, die die fachlichen Aspekte einer „Ambulantisierung“ beurteilen und bewerten sollen. Hiermit sind auch organisatorische, strukturelle und personelle Definitionen der Qualitätssicherung zu erarbeiten.

Auftrag an eine Arbeitsgruppe war es, Bedingungen, Begleitumstände, Kontextfaktoren oder Hinderungsgründe zu ermitteln, unter denen eine Operation nicht ambulant durchgeführt werden kann. Eine weitere Arbeitsgruppe stellte Überlegungen zusammen, welche Eingriffe unter günstigen individuellen Umständen als ambulant durchführbar anzusehen seien, bzw. welche nicht. Hierfür wurden wissenschaftlich begründbare Argumente, aber auch die fachliche Expertise der Gruppenmitglieder eingebracht.

Folgende Definition wurde für diese Betrachtungen verabredet:

Definition nicht-ambulant/nicht-intersektoral: Patient/-in bleibt über Nacht in der behandelnden Einrichtung bzw. in der assoziierten Klinik.

Intersektoral: Der Begriff ist noch nicht in der Versorgung hinreichend definiert. Die Arbeitsgruppen interpretieren den Begriff als eine innovative, medizinische Versorgungsstruktur, welche durch Kooperation der „Sektoren“ (ambulant/stationär) in den Ebenen der Organisation, Patientenauswahl, Erbringung und Qualitätssicherung gekennzeichnet ist. In einem intersektoralen Versorgungszentrum wäre u. a. die Durchführung von HNO-Operationen sowie die postoperative Versorgung denkbar. In solchen intersektoralen OP-Zentren wären HNO-Ärztinnen und -Ärzte mit entsprechender Qualifikation aus dem klinischen und niedergelassenen Bereich, die z. B. in kooperierenden Netzwerken organisiert sind, tätig. Die tatsächliche Ausgestaltung und Definition des Begriffs muß den Ergebnissen von Modellversuchen vorbehalten bleiben. Hierzu sollten zu gegebener Zeit auch die Vertretungen der Patienten und der Pflege einbezogen werden. Die Weiterent-

wicklung dieser Darstellung bedarf geeigneter Studien, die die entsprechenden Modellprojekte begleiten.

Voraussetzung für eine Ambulantisierung ist eine Neuordnung der Vergütung. Das bisherige DRG- und EBM-System bieten hierzu keinen befriedigenden Rahmen, der EBM ermöglicht keine wirtschaftliche Erbringung operativer Eingriffe im HNO-Bereich. Um eine vergütungsmotivierte Entscheidung bei der intersektoralen Behandlung von Patienten zu vermeiden, darf diese letztlich nicht davon abhängig sein, ob die Operation in einem ambulanten oder stationären Setting durchgeführt wird. Insgesamt wäre die Entwicklung eines attraktiven Finanzierungsmodells, ggf. mit einer entsprechenden Anschubfinanzierung, für einen Erfolg zwingend erforderlich. Zudem muss die Frage, wie die ärztliche Weiterbildung unter den neuen Bedingungen organisiert und finanziert wird, geklärt werden [1].

Wegen der Neuartigkeit einer intersektoralen Versorgung finden sich in der Literatur keine konkreten Hinweise für entsprechende Leitlinien. Gleichwohl existieren (meist retrospektive) Publikationen aus westlichen Ländern, in denen Komplikationen bzw. Wiederaufnahmeraten und -gründe bei der ambulanten operativen Versorgung von Patienten untersucht wurden. Diese sind Grundlage der folgenden Darstellung. Dabei sind sich die Arbeitsgruppen bewusst, dass die Ergebnisse dieser Studien wegen der Unterschiede in den nationalen Gesundheitswesen und operativen Traditionen nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragen werden können. Größenordnungsmäßig bewegen sich die Wiederaufnahmeraten nach ambulanten Eingriffen im mittleren einstelligen Prozentbereich [2]. Alle vorliegenden Studien setzten eine entsprechende Patientenselektion voraus. Dieser Selektionsbias führt dazu, dass bei der Betrachtung von ambulanten und stationären Studienarmen die Komplikationsrate in den stationären Armen jeweils höher ist, was klare Folge einer erfolgreichen und sorgfältigen Selektion ist.

Es gibt wissenschaftliche Evidenz und internationale Erfahrung, dass risikobehaftete oder komplexe Eingriffe sicherer vollzogen werden können, wenn sie in einem ambulanten OP-Zentrum in oder direkt an einer stationären Einrichtung mit einer fachgleichen Hauptabteilung organisiert werden [3, 4]. Hierfür wird derzeit der Begriff „klinisch-ambulant“ oft benutzt.

Auch wenn die Arbeitsgruppen zur Klärung der Fragestellung intensiv nach Literaturquellen gesucht haben, handelt es sich bei der vorliegenden Darstellung nicht um eine systematische Übersichtsarbeit im wissenschaftlichen Sinne. Auf Publikationen ähnlichen Inhaltes sei verwiesen [4]. Sie versteht sich als stichwortarti-

ge wissenschaftlich begründete Orientierungshilfe und ist weder vollständig noch abschließend noch zwingend. Die Ergebnisse stellen ein gemeinsam verfasstes, wissenschaftlich begründetes Statement der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. und des Deutschen Berufsverbandes der HNO-Ärzte e. V. zu dem Themenkomplex dar. Die Evidenz der Aussagen ist nach Möglichkeit durch vorliegende Studien begründet, ergänzt durch die fachliche Expertise der Arbeitsgruppen-Mitglieder. Manche der genannten individuellen Umstände müssen in ihrer Ausprägung definiert werden, um zu klären, unter welcher Ausprägung Bedenken gegen eine ambulante Durchführung erhoben werden. So wäre festzulegen, was z. B. unter einem instabilen Hypertonus zu verstehen ist. Für eine reproduzierbare Verwendung im Alltag müssen die Punkte für die ex-ante-Entscheidung und ihre Nachvollziehbarkeit operationalisiert werden können. Im individuellen Einzelfall kann, soll und muss im Hinblick auf die spezielle Situation der operierten Patienten auf der Basis einer ärztlichen Entscheidung hiervon abgewichen werden.

Aus den Ausführungen lassen sich keine haftungsrechtlichen Konsequenzen ableiten. Die Zuordnung eines spezifischen medizinischen Falles zu einer ambulanten oder stationären Erbringung ergibt sich allein aus der ärztlichen Verantwortung der betreuenden und handelnden Ärzte (Operateur und ggf. Anästhesist). Gerade nach Operationen im HNO-Bereich (Atemweg, Speiseweg) müssen vitale Funktionen überprüft, verfolgt und bewertet und evtl. durch Behandlungsmodifikation gesichert werden.

Die hier vorliegende Gedankensammlung bezieht sich auf die medizinisch begründbare Abgrenzung zwischen ambulante und stationärem Operieren. Ein Score-System zu entwickeln, welches ggf. vorliegende Umstände beachten könnte, ist schwierig [5], wäre aber sinnvoll: Ein Patient, der in einem Parameter den „Grenzwert“ überschreitet, wird nicht ambulant operiert; ein Patient, der in 5 Parametern soeben unter dem Grenzwert läge, würde ambulant operiert, obwohl er 5 latente Risiken kumuliert.

Nachfolgend werden als Ergebnisse der Arbeit beider Arbeitsgruppen erst die Umstände aufgeführt, die eine ambulante Operation ausschließen, und dann die Operationen benannt, die ambulant durchführbar sein könnten.

Bemerkung

Allein wegen der besseren Lesbarkeit des Textes wird bei geschlechter-spezifischen Bezeichnungen jeweils die männliche Form allein verwendet; hierdurch soll keine Herabsetzung von Personen mit anderer Geschlechtszugehörigkeit entstehen.

Tatbestände, die eine ambulante Operation ausschließen

Die Tatbestände werden in verschiedene Kategorien klassifiziert:

- Tatbestände, die sich durch die Operation ergeben
- Tatbestände, die sich aus der medizinischen oder sozialen Situation des Patienten ergeben.

Die Darstellung in ► **Tab. 1** dient der Übersicht, detaillierte Ausführungen finden sich im folgenden Text.

Operationsbedingte Tatbestände

Operations-/Schnitt-Naht-Zeit

Die Frage der Schnitt-Naht-Zeiten in Bezug auf ambulantes Operieren wird in der Literatur unterschiedlich diskutiert [4]. Es liegt nahe, dass die Operations- bzw. auch die Narkosedauer ein Risiko-Einflussfaktor ist. In der Literatur finden sich Hinweise, dass die OP-Zeit einen Einfluss auf das Risiko einer Wiederaufnahme hat. Die Angaben hierzu sind allerdings nicht einheitlich. Als Schwellenwerte werden Zeiten ab etwa 75 Minuten ($\pm 45'$) genannt [2]. Eine andere Publikation beschreibt einen (allerdings selten erreichten) Grenzwert von 150 Minuten bei Operationen der Nasennebenhöhlen [11]. Auch finden sich Hinweise auf 90 bzw. 80 Minuten [10, 12, 13]. Wieder andere sehen bereits bei 30 Minuten eine Schwelle [14]. Jakobsson et al. beschreiben, dass prinzipiell längere OP-Zeiten zu häufigeren Wiederaufnahmen führten [15].

Es ist zu beachten, dass die reale OP-Zeit von der projektierten OP-Zeit abweichen kann und hierdurch ein Patient entgegen einer Planung doch stationär weiterbetreut werden müsste. Gleiches kann sich durch intraoperative Komplikationen ergeben. Eine stationäre Weiterbetreuung bei unerwartet längerer OP-Zeit oder eintretenden Komplikationen muss dann niederschwellig möglich sein. Der Sonderfall einer Ausbildungsoperation mit Weiterbildungsassistenten und dadurch verlängerter OP-Zeit muss bedacht werden. (Hier ergibt sich auch eine Finanzierungsfrage für Weiterbildungs-Operationen).

Operationsausmaß

- Ein Operationsausmaß ist bei vielen Operationen voraussehbar jedoch nicht gut definierbar, da es abhängig von der Anatomie und der zu behandelnden Pathologie ist. Hier ergeben sich gelegentlich neue Beurteilungen während der Operation. Leider bilden sich Operationsausmaße in OPS-Codes bisweilen kaum ab. So wird oftmals formuliert: „Excision von Gewebe“, ohne dass hier Ausmaße oder Volumina genannt sind.
 - In der Literatur finden sich Hinweise, dass Eingriffe am Hals von außen sowie bei Nasennebenhöhlenoperationen zu einer häufigeren Wiederaufnahme geführt haben [11, 13, 14, 16]. Bei Halseingriffen sind vermehrt Komplikationen zu erwarten, wenn unterhalb der oberflächlichen Halsfaszie operiert wird.
- Die Darstellung und/oder denkbare Verletzung wichtiger Strukturen bedingen ein höheres postoperatives Komplikationsrisiko, welches sich mit einer Latenz manifestieren kann und deshalb gezielt und sachkundig überwacht werden muss.
 - Nerven mit relevanten funktionellen Ausfällen (z. B. N. recurrens; Atem- und Sprechfunktion, Horner-Syndrom; Kompressions-Nachblutungssymptome, N. vagus; Larynx- und Schluckfunktion, N. hypoglossus; Sprech-, Kau- und Schluckfunktion, N. facialis; Ästhetik, Lagophthalmus, Nahrungsaufnahme)
 - große Blutgefäße (z. B. Darstellung der Halsgefäßscheide und der direkten ACE-Äste) bedingen ein erhöhtes arterielles Nachblutungsrisiko

► **Tab. 1** Tabellarische Darstellung der Tatbestände/Hinderungsgründe im Zusammenhang mit ambulanten Operationen im HNO-Bereich.

| Operationsbedingte Tatbestände | | |
|---------------------------------------|--|---|
| | OP-Zeit, Narkosezeit | siehe Kommentar unten |
| | OP-Ausmaße | Sind in OPS-Codes oft nicht abbildbar, aber fraglos risikosteigernd |
| | Darstellung kritischer Strukturen | |
| | | Nn. recurrens, hypoglossus, vagus |
| | | Große Blutgefäße, ACC, ACE, Hauptäste, ACI |
| | | Zungengrund, Atemwegsrisiko |
| | | Larynx, Atemwegsengestelle |
| | | Ductus thoracicus |
| | | Hör- und Vestibularorgan |
| | | Schädelbasis, Liquorfistel |
| | | Orbita |
| | | Pleura |
| | Läsion funktionell wichtiger Organe | |
| | | Schilddrüse |
| | | Nebenschilddrüsen |
| | | Hypophyse |
| | Blutungen, Blutverlust | |
| | | Gerinnungsstörungen |
| | | (Redon-)Drainage |
| | | Tamponade der Atemwege |
| | Amb. nicht therapierbare Infektion | |
| | | Präoperativ bekannt |
| | | Intraoperativ diagnostizierter Eiter |
| | Dysphagie | |
| | | Strukturell oder schmerzbedingt |
| | Schmerzen | |
| | | Kontrolliertes Schmerzmanagement erforderlich |
| | Übelkeit, Erbrechen | |
| | | Kontrolliertes Nahrungs- und Flüssigkeitsmanagement, PONV-Prophylaxe, -Therapie |
| | Ungeplanter Eingriff, Notfalleingriff | |
| | | Planung der Patientensicherheit |
| Patientenbedingte Tatbestände | | |
| | Allgemeinmed./internistische Tatbestände | |
| | | Anämie, niedriger Hb-Wert |
| | | Instabiler, schwieriger i. v.-Zugang, Notfall |
| | | Instabiler Hypertonus |
| | | Instabiler Diabetes |
| | | BMI > 30 [6] |
| | | ASA > oder = 3 [7, 8] |
| | | Besondere Allergien |
| | | Intraoperativer Blasenkatheter |
| | | OSAS |

► Tab. 1 (Fortsetzung)

| | |
|---|--|
| | Keine Nutzung eines CPAP-Gerätes post-op möglich |
| | Verlängerte AWR-Zeit |
| | Fieber > 37,5 °C |
| Neurologisch-psychiatrische Tatbestände | |
| | Ausgeprägte somatoforme Störungen |
| | Ausgeprägte psychiatrische Störungen |
| | Drogen-/Alkoholabusus |
| Geriatrische Tatbestände | |
| | Frailty, Gebrechlichkeit, Sturzrisiko |
| | Demenz |
| Soziale Tatbestände [9, 10] | |
| | OP-Zentrum-Heimtdistanz/Fahrzeit |
| | Lebensalter < 2 Lebensjahre |
| | Keine kompetente Betreuung 24 h |
| | Professionelle Hilfsbedürftigkeit |
| | Keine Sprachkenntnisse deutsch, keine sichere Telefonkommunikation |
| | Kein Telefon und PKW-Transport, ÖPNV nicht hinreichend |
| | Patient lehnt amb. OP ab |
| | Keine fachärztliche Nachbetreuung |

- Zungengrund (Blutungsrisiken wie bei Tonsillektomie, jedoch schwieriger zu managen, da ein „schwieriger Atemweg“ mit Intubationsproblemen durch die Zungengrundraumforderung oder aufsitzende Koagel entstehen kann)
- Larynx, als die relevante Engstelle im Atemweg. Hier können auch geringe Schwellungsausmaße atemdynamisch Probleme erzeugen, dieses insbesondere in der schwelungsgeneigten Supraglottis bzw. der Subglottis als bekannt engster Stelle des Atemweges bei Kindern.
- Lymphsystem, Ductus thoracicus (z. B. die Darstellung der kaudalen Halsgefäßscheide, vorwiegend linksseitig können Leckagen mit Raumforderungen durch Chylus entstehen, die durch Schwellungen oder die Sekretart in der Drainage auffallen müssen. Es drohen hämatomartige Schwellungen und allgemeine Protein-Defizite, die unmittelbarer Behandlung bedürfen.)
- Hör- und Vestibularorgan. Bleibende Funktionsausfälle, ein enges Monitoring auf eintretende Komplikationen ist relevant, da solche Sinnesstörungen bei früher Erkennung aussichtsreicher behandelbar sind.
- Schädelbasis mit Dura (Liquorffistel, intrakranielle Blutung, Meningitis). Solche Komplikationen entstehen teils mit zeitlicher Latenz oder werden dann erst bei kundiger und gezielter Überwachung diagnostiziert.
- Orbita (Visusminderung oder -verlust). Durch Infektionen oder Hämatombildungen in der Orbita nach Orbitachirurgie, aber viel häufiger durch Nasennebenhöhlenchirurgie erfordern schnelle Reaktionen, da mit zunehmendem intraorbitalen Druck eine anfangs reversible, aber schnell irreversible Sehstörung entsteht. Notfallmaßnahmen wie eine laterale Kanthotomie sind dann kurzfristig erforderlich.
- Pleura (Pneumothorax, Chylothorax, Hämatothorax). Bei Halsoperationen im Level V kann es zu Pleuraverletzungen kommen, die vital bedrohlich werden können. Eine antizipierende fachkundige Beobachtung ist wichtig.
- Ausfall/Entfernung wichtiger Organe mit entsprechendem Funktionsverlust
 - Schilddrüse, Nebenschilddrüsen, klinische und labortechnische Überwachung auf Kalzium- und Phosphatstoffwechsel sowie endokrine Defizite der Schilddrüse
 - Hypophyse, klinische und labortechnische Überwachung bei Schädelbasiseingriffen
- Blutungsrisiken (ggf. in Abhängigkeit von der internistischen Situation) [17]
 - Blutverlust (cave Nachverdünnung): Siehe Kommentar zum präoperativen Hämoglobin-Labor
 - Gerinnungsstörungen bedingen ein erhöhtes Blutungsrisiko und sind für die Eignung zu ambulanten Eingriffen kritisch und individuell und operationsbezogen zu werten.
 - Hereditäre Blutungsneigungen jeglicher Genese, auch thrombozytär und vaskulär
 - Patienten mit medikamentöser Gerinnungshemmung (auch Bridging-Patienten)
 - intraoperativ unerwartet starke Blutungsneigung muss eine Option zur stationären Weiterbetreuung ermöglichen

- der Zustand und die Wirksamkeit einer Gerinnungshemmung kann bei etlichen neuen oralen Antikoagulantien (NOAK) labortechnisch nicht oder nur sehr aufwendig bestimmt werden, sodass eine Risikoabschätzung schwierig ist.
- **Empfehlung:** Es existieren evaluierte Fragebögen zur Blutgerinnung, z. B.
 - DGAI (Dt. Gesell. f. Anästhesiologie und Intensivmedizin) (2012) [18]
 - DGHNO-KHC (Dt. Gesell. f. HNO-Heilk., Kopf- und Hals-Chirurgie) (2005) [19]
 - ÖGARI (Österr. Gesell. f. Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin) (2018) [20]
- Vorhandensein einer Redon- oder sonstigen Drainage, nach Vorabtests und mündlichen Mitteilungen aus der Studie bei Parotidektomie ist das Nachblutungsrisiko nicht von der Anwendung einer (Redon-)Drainage abhängig [21, 22]. Die Anwendung einer Drainage erfolgt typischerweise nach Vorselektion der Patienten und des Eingriffes durch den Operateur und signalisiert, dass mit zu drainierenden Nachblutungen gerechnet werden muss. Ein Fehlen einer Drainage erlaubt jedoch keinen Rückschluss darauf, dass auf eine stationäre Überwachung verzichtet werden kann. Zudem erfordert besonders eine Vakuumdrainage, aber auch eine unterdrucklose Drainage, eine fachkundige Beobachtung, die in häuslicher Umgebung nicht vorausgesetzt werden kann. Hämatom- oder Sekretschwellung im Halsbereich sind wegen der Nähe zu Atem- und Speisewegen kritischer als im Bereich von Extremitäten, an denen Drainage durchaus ambulant führbar sind.
- Tamponade im Atem und Speiseweg kann abgleiten und als Fremdkörper massive Atem- und Schluckstörungen erzeugen. Todesfälle durch aspirierte Tamponaden sind bekannt (Nasen- und Nasennebenhöhlentamponade, Tamponade in Epipharynx, Oro- und Hypopharynx oder Mundraum). Eine Tamponade birgt per se nach der Literatur [13] ein erhöhtes Risiko für eine Wiederaufnahme nach einer OP.
- ambulant nicht-beherrschbare Infektionen können auch nicht ambulant operativ therapiert werden, da eine i. v.-Therapie und enge Überwachung notwendig ist. Es gilt gerade im Kopfhals-Bereich eine Progression in Richtung einer Sepsis frühzeitig zu erkennen und schnell und entschlossen zu therapieren (Beispiel: Lemierre-Syndrom)
 - präoperativ bekannt (außer umschriebene kutane Prozesse)
 - intraoperativ entdeckt (sichtbarer Eiter) muss zur weiteren stationären Überwachung führen.
- Postoperativer Schluckschmerz bei Operationen an oder in der Nähe der Speisewege können zu einem Flüssigkeits- und Kaloriendefizit führen. Hier muss ein postoperatives individuelles Schmerzmanagement erfolgen und in seiner Effizienz überwacht werden, um solche Defizite zu vermeiden.
- Postoperative Übelkeit und Erbrechen (PONV) mit Flüssigkeits- und Kaloriendefizit sowie Elektrolytverschiebungen können besonders bei jüngeren Patienten als Folge einer Anästhesie entstehen, obwohl eine PONV-Prophylaxe betrieben wird. Wie auch bei postoperativem Schluckschmerz muss ggf. eine an-

tiemetische Behandlung, u. U. mit intravenöser Substitution erfolgen können.

Patientenbedingte Tatbestände

„soziale“ Umstände

- Entfernung Wohnort – ambulantes OP-Zentrum: Da die faktische, aber auch juristische Verantwortung für das postoperative Wohlergehen zumindest nach derzeitigem AOP-Vertrag absehbar auch weiterhin bei dem Arzt liegt, der die Operation indiziert bzw. durchführt, muss die Frage der Erreichbarkeit einer kompetenten Nothilfe in der postoperativen Phase individuell mit dem Patienten/Sorgeberechtigten geklärt sein. Die Nothilfe sollte in der Einrichtung erfolgen, in der die ambulante Operation erfolgt ist, da der Patient die Wege zur Hilfe kennt und die Informationen dort verfügbar sind. Andere erreichbare, ersatzweise Stellen einer Nothilfe müssen über den individuellen Patienten zumindest mit einem Arztbrief informiert sein, der übersandt oder im Netz verfügbar ist oder den der Patient überbringen kann. Adresse und realistische Wege der Erreichbarkeit (erreichbare Telefonnummern!) müssen dem Patienten bei Entlassung mitgeteilt sein. Die zeitliche Erreichbarkeit einer Nothilfe wird in der Rechtsprechung mit 20 bis 30 Minuten – je nach Fachgebiet – angegeben. Im Fachgebiet der HNO-Heilkunde wird man wegen potenziell tödlich verlaufenden Nachblutungen eher von einer kürzeren Erreichbarkeit (max. 20 Minuten) ausgehen müssen. Hierzu gibt es keine Evidenz aus Studien. Die Möglichkeit von Patienten-Hotels an Kliniken wie z. B. in den USA ist in Deutschland kaum vorhanden.
- Lebensalter in Abhängigkeit von den anderen Faktoren, wie einem Abschätzungsinstrument zur Gebrechlichkeit (Frailty-Score), oder bei Kindern unter 2. LJ.
- Soziale Faktoren, folgende Bedingungen müssen für eine sichere Abwicklung einer ambulanten Operation gesichert sein:
 - Betreuung (bei Blutungsrisiko und Kindern durch 2 Personen, eine fährt, eine kümmert sich um Kind/Patienten) muss für min. 24 h sichergestellt sein.
 - Plausibilisierte Kompetenz in Patientenbetreuung durch die Aufsichtsperson
 - Hilfsbedürftigkeit erfordert eine individuelle Organisation, wenn überhaupt eine ambulante Operation durchgeführt werden sollte.
 - Sprachkenntnisse sind für die Erreichbarkeit einer Nothilfe entscheidend (telefonisch sichere Kommunikation erforderlich)
 - Telefon und Pkw müssen verfügbar sein, ein ÖPNV-Transport ist im Notfall keine Option
 - Wenn eine ambulante Operation patientenseitig abgelehnt wird, darf sie mangels Einwilligung nicht ambulant durchgeführt werden. Die grundsätzlich indizierte Operation muss dann entweder – bei elektiven Eingriffen – zurückgestellt werden, bis der Patient die Kostenübernahme für eine stationäre Durchführung der Operation bei seiner Krankenkasse geklärt hat. Oder der Patient besteht ohne Rücksprache mit seiner Krankenversicherung auf der stationären Durchführung der Operation. Diese kann dann unter sta-

tionären Bedingungen erfolgen. Die entstehenden Mehrkosten gegenüber einer ambulanten Operation trägt dann der Patient, wenn er zuvor vom behandelnden Arzt in Textform auf die Kostenfolgen hingewiesen worden ist, vgl. § 630c Abs. 3 BGB.

- Möglichkeit einer (täglichen) postoperativen fachärztlichen Kontrolle

Internistische Kontraindikationen

Folgende allgemeinmedizinisch-internistischen Hinderungsgründe für eine ambulante Operation werden gesehen:

- bekanntes niedriges Ausgangs-Hb: hier existiert eine komplexe Studienlage [17]
- **Empfehlung:**
 - Kinder: Gerinnungsanamnesebogen i. d. R. ausreichend bei erwartbar niedrigem Blutverlust
 - Erwachsene: im Zweifel präoperatives Blutbild bestimmen (in Abhängigkeit vom potenziellen Blutverlust)
- schwierige Venenverhältnisse können Nothilfe erheblich verzögern, da eine Entlassung mit i. v.-Zugang nicht verantwortbar ist.
- instabiler Hypertonus (muss definitorisch präzisiert werden)
- instabiler Diabetes (muss definitorisch präzisiert werden)
- BMI ≥ 30 kg m²,
 - ab BMI > 30 kg m² ambulante Operation grundsätzlich kritisch, bei erhöhtem BMI grundsätzlich OP-abhängige Abwägung, siehe auch schlafbezogene Atmungsstörungen
- Narkoserisiken (diese müssen anästhesiologisch mit beurteilt werden)
 - ASA ≥ 3
 - bekannte starke allergische Reaktionen
 - ggf. intraoperativer Blasenkatheter
 - oSAS: individuelle Abhängigkeit vom Einstellungsgrad und weiteren internistischen Risiken (vgl. Positionspapier Rösslein et al., 2015 [7, 8])
 - eine postoperative Nutzbarkeit des cPAP-Gerätes zur Behandlung eines OSAS muss sichergestellt sein (bei Nasentamponade nicht möglich). Ansonsten besteht ein deutlich erhöhter Überwachungsbedarf, insbesondere bei Operationen, bei denen postoperativ eine eingeschränkte Nasenatmung, wenn auch nur temporär besteht.
 - verlängerte Zeit im AWR (anästhesiologische Entscheidung im laufenden Prozess muss ein Umschalten auf stationäre Betreuung ermöglichen)
- Fieber $\geq 37,5$ °C rektal

Neurologisch-psychiatrische Kontraindikationen

Folgende neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen machen eine ambulante Operation in aller Regel unmöglich:

- Ausgeprägte somatoforme Störungen schränken die Eigeneinschätzung massiv ein.
- Ausgeprägte psychiatrische Erkrankungen können Nothilfe stark erschweren
- Drogen-/Alkoholabusus
- Geriatrische Einschränkungen
 - z. B. Frailty-Index

- z. B. Demenz

Benennung von Operationen, die als ambulante Operationen durchgeführt werden können

Vorbemerkung

Der Arbeitsauftrag an die Arbeitsgruppe „Ambulante Operationen“ wurde wie folgt festgelegt:

- Auflistung von Eingriffen und Verfahren, die über die Regelungen des derzeitigen AOP-Kataloges hinaus für eine ambulante Erbringung unter Beachtung von sonstigen Tatbeständen/Kontextfaktoren/Hinderungsgründen (siehe oben) geeignet sein können.
- Die Erbringung erfolgt als ambulantes Verfahren, was bedeutet, dass der Patient nicht in der Klinik übernachtet und überwacht wird; ein mehrstündiger Aufenthalt nach dem Verfahren ist möglich.
- Es soll zunächst keine Liste entsprechender OPS-Codes, sondern eine frei formulierte Auflistung erfolgen, wobei medizinisch-fachliche Überlegungen notiert werden.

Die Aufstellung ordnet die Operationen ausschließlich nach dem Risiko potenziell lebensbedrohlicher Komplikationen dem ambulanten bzw. stationären Bereich zu. Wichtig ist aber, dass die Beurteilung des individuell sehr heterogenen Lokalbefundes in die Entscheidung ambulant/stationär mit einbezogen wird, und zwar unabhängig von den definierten „Hinderungsgründen“. Beispiel: Eine vermehrte Blutsekretion nach Nasenseptumkorrektur muss die stationäre Behandlung ermöglichen, auch wenn es nicht gleich eine echte „Nachblutung“ ist und keine Hinderungsgründe gemäß der Liste „Tatbestände“ vorliegen.

Da etliche OPS-Codes lediglich „Excision oder auch Destruktion von Gewebe“ bezeichnen, ohne dass eine Größenangabe erfolgt, schlägt die Arbeitsgruppe eine Größenorientierung nach dem Vorbild der TNM-Klassifikation vor. Hierbei könnten ggf. auch anatomische und funktionelle Einheiten z. B. in der Beschreibung von Hautflächen im Kopf-Hals-Bereich berücksichtigt werden. Es ist bekannt, dass eine Größendefinition u. U. von der pathologisch-histologischen Aufarbeitung abhängig ist (Schrumpfungstendenz in der Aufarbeitung). Maßgebend sollte die intraoperative Größendefinition mit klaren Maßangaben sein, die evtl. auch mit Maßstab fotodokumentiert werden kann.

Im Folgenden werden zu den Regionen und Tätigkeitsfeldern der HNO-Heilkunde medizinisch-fachliche Überlegungen zusammengestellt, ohne dass zum jetzigen Zeitpunkt eine Zuordnung auf den OPS-Katalog erfolgt.

Ohrmuschel

Biopsien und Excisionen von der Ohrmuschel können ambulant durchgeführt werden. Leider gibt der OPS-Katalog eine Angabe zur Größe vor allen Dingen bei Excisionen nicht her. Ähnliche Klassifikationen sind für Excisionen an der Haut (siehe unten) zu entwickeln. Bei erreichtem Knorpel kann der Eingriff ambulant erfol-

gen, eine engmaschige Überwachung auf Infektionszeichen ist immer unerlässlich. Als Obergrenze ambulanter Eingriffe wäre auch bei Teilresektionen der Ohrmuschel eine Excision von etwa einem Drittel der Ohrmuschel oder eine Fläche von 2×2 cm anzugeben. Angesichts der Vaskularisation der Ohrmuschel sind perforierende, 3-schichtige Resektionen risikobehaftet und sollten genauer Überwachung unterliegen, die nur stationär durchführbar ist. Wenn im Rahmen mikrographischer Chirurgie Wundbetten offenbleiben oder temporär gedeckt werden, besteht ebenfalls ein erhöhtes Infektionsrisiko in häuslicher Umgebung. Die mikrographische Chirurgie wird besonders an ästhetisch und funktionell kritischen Regionen angewandt, wo Infektionen missliche ästhetische Ergebnisse bedingen können.

Knochenverankerungen für Epithesen und Knochenleitungshörgeräte ohne weitere plastische Maßnahmen können ambulant durchgeführt werden.

Operationen bei abstehendem Ohr können ambulant erfolgen. Operationen bei umfassenderen Ohrmuscheldysplasien müssen wegen Komplexität stationär überwacht werden, da Lappenbildungen und Transplantationen sicher überwacht werden müssen. Dysplasie-Operationen sind selten. Da die Operationszeiten u. U. länger sein können, ist der zeitliche Verlauf einer notwendigen Narkose mit zu beachten; dieses besonders bei beiderseitiger Operation und bei Kindern.

Gehörgang

Operationen an den Weichteilen des äußeren Gehörganges können ambulant erfolgen. Knochenmaßnahmen (Bohrernutzung) können erfolgen, wenn die Dimensionen eines regelrechten Gehörganges nicht überschritten werden. Dysplasien und komplette Atresien sowie Maßnahmen mit Lappenbildungen oder Transplantationen sollen wegen der kritischen Überwachung stationär erfolgen.

Mittelohr

Myringoplastiken und Tympanoplastiken sollen im Regelfall stationär erfolgen, da Störungen an dem Sinnesorgan Ohr oder dem N. facialis in einer sachkundigen und fortlaufenden Kontrolle frühzeitig erkannt und behandelt werden müssen.

Die Tympanotomie bei plötzlicher massiver Hörstörung (Hörsturz) kann ambulant erfolgen. Problematisch kann sein, dass eine zeitgleiche antiödematöse Infusionstherapie mit hochdosiertem Cortison erfolgt. (Dieses ist stark von der Organisation der Nachsorge etc. abhängig.)

Bei Bohrarbeiten an der Otobasis besteht die Gefahr der Dura-Verletzung, akzidenteller Innenohreröffnung mit ausgeprägter Hörstörung und Schwindel sowie Facialisläsion. Hierfür ist stationäre Überwachung wichtig, um solche Komplikationen frühzeitig zu erkennen. Bei diffizilen Ohr-Operationen kann die Narkose- und OP-Dauer begrenzend sein.

Operationen mit geplanter Eröffnung des Innenohres (auch Stapes) sollen stationär erfolgen, da nach solchen Operationen eine nicht untypische Komplikation der Schwindel ist. Dieser sollte frühzeitig erkannt werden, um zu reagieren. Schwindel in der häuslichen Umgebung bedingt Sturzrisiko.

Innenohr/Schädelbasiseingriffe

Diese Eingriffe müssen stationär erfolgen, somit auch Cochlea-Implantate und aktive Mittelohr-Implantate (Labyrinthitisgefahr, Liquorrhoe, Meningitis, intrakranielle Blutungen) Auch die Bone-bridge-Technik muss stationär erfolgen, da oftmals breitflächig Sinus oder Dura freigelegt werden.

Gesicht

Biopsien und kleine Excisionen können ambulant erfolgen, eine Größendefinition muss erfolgen (s. o.).

Ebenso können Lappenplastiken ambulant erfolgen, wenn die Ausmaße unterhalb einer zu definierenden Größenschwelle bleiben und eine stabile Lappenernährung gesichert erscheint.

Lidchirurgie: kann ambulant erfolgen.

Isolierte Weichteilverletzungen sind je nach Umfang, Lokalisation (Nähe zu Auge/Lid?), Tiefe (Kutis? Subkutis? Muskulatur?), Struktur (Riss/Quetsch/Biss/Perforierend) ambulant oder stationär durchzuführen, wobei Funktionserhalt und Ästhetik und Vermeidung von Infektionen entscheidend sind.

Statische Verfahren der Fazialchirurgie können ambulant erfolgen, wenn die Ausmaße ästhetische Einheiten nicht überschreiten.

Mittelgesichtsfrakturen, Orbitafrakturen

Geschlossene Repositionen können ambulant (also z. B. Nasenreposition oder Jochbeinhakenreposition) erfolgen. Offene Repositionen erfolgen stationär zur Überwachung des Visus und ggf. unmittelbarer Revisionsmöglichkeit und des Infektionsstatus

Nase

Nasenseptum-Operationen könnten ambulant erfolgen, aber abhängig von der Notwendigkeit einer Tamponade, die eine ambulante Erbringung in Frage stellen kann (BMI, OSAS-Verstärkung etc.). Biopsien und kleine Excisionen und Resektionen in und an der Nase können ambulant erfolgen. Hier muss eine Größenschwelle definiert werden.

Nasen-Muschelchirurgie kann ambulant erfolgen, sofern ohne Tamponade machbar (siehe oben).

Eine Septorhinoplastik erfolgt stationär. Umschriebene Eingriffe an einzelnen Knorpeln der äußeren Nase können ggf. ambulant erbracht werden. Mit rhinoplastischen Osteotomien erfolgt ein stationäres Verfahren wegen auch sekundär eintretender Lidödeme, höherer Blutungsgefahr und der Gefahr, das funktionelle und ästhetische Ergebnis zu gefährden.

Septumdefektverschlüsse mit Lappenbildungen und freien Knorpeltransplantaten müssen stationär zur Überwachung erfolgen, ein alloplastischer Defektverschluss (sog. Septumknopf) kann ambulant eingepasst werden.

Kleinere Septumhämatome/Abszesse ohne größere (traumatische) Begleitverletzungen könnten evtl. ambulant versorgt werden. Bei Notwendigkeit einer antibiotischen i. v.-Begleittherapie oder weitergehender Versorgung mit Septumkorrektur ist bei infizierten Verhältnissen eine stationäre Überwachung empfohlen (Meningitis, Sepsis, Sinusvenenthrombose etc.) DacryoCysto

RhinoStomie (DCRS) endonasal oder extranasal: in Abhängigkeit von Tatbeständen fakultativ ambulant möglich.

Nasennebenhöhlen

Transnasale/endonasale NNH-Operationen können ambulant erfolgen, wenn Kieferhöhlen- und Siebbein-Operation eindeutig ohne Darstellung der Schädelbasis und der Orbita erfolgen. Dieses ist intraoperativ oft schwierig sicher beurteilbar und Manipulationen an der mittleren Muschel können sich bis an die Schädelbasis mitteilen. Insofern bleiben die Siebbein-Operationen insgesamt mit dem Risiko der Schädelbasisläsion behaftet und sollten stationär erfolgen. Ansonsten besteht die Gefahr der unerkannten Liquorrhoe und intraorbitaler Blutungen.

OPs an Siebbein in Schädelbasis- und Orbitanähe Stirnhöhle, Keilbeinhöhe erfolgen stationär.

Komplette Pansinusoperationen erfolgen stationär wegen intraoperativem Blutverlust und dementsprechend postoperativen Kreislaufproblemen, Übelkeit der Patienten durch PONV auch als Folge von Blutschlucken und intraoperativer „kontrollierter Hypotension“. Jegliche externe NNH-Chirurgie (selten) erfolgt stationär, so auch der midface-degloving Zugang.

Speicheldrüsen

Biopsien und kleine Excisionen können mit einer zu definierenden Größenschwelle ambulant erfolgen.

(Teil-)Parotidektomien und Resektionen der Submandibularis erfolgen stationär, da Blutungen, Hämatome und Raumforderungen Richtung Atemweg bedrohlich werden können. Extrakapsuläre Dissektionen von Parotistumoren können fakultativ ambulant durchführbar sein in Abhängigkeit von der Größe und mit Blick auf begleitende Tatbestände. Diese Empfehlung ist unabhängig davon, ob eine Drainage oder Redon eingelegt wird.

Halsweichteile

Alle Eingriffe am Hals ohne Durchdringung der oberflächlichen Halsfaszie gehen mit den zu beachtenden Größenschwellen aus dem Gesicht als ambulante Operation.

Alle Eingriffe, die unter die oberflächliche Faszie gehen (tiefe Lymphknoten, mediane und laterale Halszysten), sonstige Resektionen oder Operationen vor allem Richtung Halsgefäßscheide, erfolgen stationär. Hier besteht die Gefahr der Nachblutungen, Hämatome, Raumforderungen Richtung Atemweg. Auch dieses Votum ist unabhängig von der Frage, ob eine Drainage/Redon benutzt wurde.

Mundraum und Oro- und Epipharynx, Hypopharynx

Biopsien und kleine Exzision oder Resektionen in den Regionen sind ambulant möglich. Wegen der Nachblutungsgefahr im Atemweg muss über eine flächenmäßige Größe oder Tiefe gesprochen werden, die als Schwelle in Frage käme. Die OPS-Codes sind zu offen definiert und für die Entscheidung ungeeignet. Eine Schwelle ist zu sehen, wenn Mukosa und/oder Submukosa überschritten werden.

Die Tonsillektomie muss ein stationärer Eingriff bleiben wegen der Nachblutungsgefahr, Schmerztherapie und Nahrungsaufnah-

mekontrolle (siehe Leitlinie TE). Fatale Ausgänge werden nach wie vor bekannt [23].

Die Tonsillotomie ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss schon als ambulant durchführbar beurteilt worden [24] und hat ein ca. 10-fach geringeres Nachblutungsrisiko als eine komplette Tonsillektomie. Fatale Fälle nach Tonsillotomie sind jedoch schon bekannt geworden. Problematisch ist, dass eine ausgedehnte intrakapsuläre Tonsillektomie noch als eine Tonsillotomie angesehen wird, aber ein höheres Nachblutungsrisiko birgt, da größere Gefäße kapselnah eröffnet werden. Individuell sollte bei entsprechenden Risiken/Tatbeständen zugunsten einer stationären Therapie entschieden werden.

Die Adenotomie ist ohne Vorliegen von Kontraindikationen ambulant durchführbar. Zungengrundresektionen erfolgen nicht ambulant wegen Blutungsgefahr wie bei Tonsillektomie. Thermoablationen können dort durchaus ambulant erfolgen. Blutungs- und Schwellungskomplikationen am Zungengrund erzeugen einen potenziell „schwierigen Atemweg“ für eine notwendig werdende Intubation.

Eine UPPP (Uvulo-Palato-Pharyngoplastik) ist nicht ambulant durchzuführen wegen Blutungsgefahr wie bei Tonsillektomie und Abgrenzungsproblemen, ob nicht doch ein postoperativ respiratorisches Problem im Sinne eines OSAS nach Narkose und bei Schwellungen entsteht. Reine Uvulakürzungen (ggf. auch in Kombination mit Nasenseptum- und Muschelchirurgie) sind ambulant denkbar. Eine OSAS-Problematik kann durch Narkose und Nasentamponade verstärkt sein.

Peritonsillarabszess: Eine Punktion ist ambulant nur möglich, wenn der AZ (Infektionszeichen, Kieferklemme, Fieber, Schüttelfrost, dolente Halslymphknoten, Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme) das erlaubt! Inzision bei kleinen, oberflächlichen Abszessen und geringem Blutungsrisiko ist ambulant denkbar. Aber: Die Punktion/Inzision führt zu keiner vollständigen Sanierung der Abszeshöhle und erfordert deshalb die parallele, hochdosierte i. v.-Antibiotikatherapie und Sepsisüberwachung stationär sowie ein Nachspreizen oft unter Narkose. Komplikationen im Sinne einer Faszitis/Lemierre-Syndrom sind zu vermeiden, weil durchaus fatale Verläufe bekannt sind.

Larynx

Äußere Larynxchirurgie, onkologische Teilresektionen (incl. „Debulking“ bei exophytischen Tumoren im Zuge der histologischen Sicherung vor der kurativen Therapie), Thyroplastiken etc. erfolgt stationär wegen Blutung, Emphysem, Atemwegsobstruktion.

Endoskopische Maßnahmen hängen von der Größe, Einstellbarkeit und Lokalisation ab: Eine Mikrolaryngoskopie ohne relevante Blutungs- und Schwellungsgefahr kann ambulant erfolgen. Bei diesen Eingriffen muss eine niederschwellige Umwandlung in eine stationäre Überwachung möglich sein.

Tracheotomie auch Re-Tracheotomie oder auch Tracheostomarevision immer stationär wegen Blutung, massivem Emphysemrisiko bis ins Mediastinum und Kanülenmanagement. Ein Tracheostomaverschluss muss wegen Emphysem- und Stridor-gefahr stationär erfolgen!

Endoskopien

Ösophagoskopie und Bronchoskopie nur mit Biopsien können ambulant erfolgen. Divertikel-OP (endoskopisch und transcervikal) erfolgen wegen Mediastinitisgefahr und i. v. Antibiose sowie absehbarer Nährsonde stationär.

Ösophagoskopie nach RT und auch nach onkologischen Voroperationen im Halsbereich erfolgen stationär, da höheres Perforationsrisiko besteht.

Ein Ösophagusfremdkörper, der „unkompliziert“ bei nicht voroperierten/bestrahlten Patienten geborgen werden kann, kann ambulant entfernt werden.

Bronchoskopien bei Stenosen, Tumoren und/oder mit weitergehenden Maßnahmen wie Stents erfolgen stationär.

Ösophagoskopie mit Stimmprothesen^{erste}steinlage erfolgt stationär wegen des perforierenden Eingriffes (Neuanlage der ösophagotrachealen Fistel). Ein Wechsel einer Stimmprothese ohne weitere Manipulationen (z. B. Granulationsabtragung, Biopsien) kann ambulant erfolgen.

Die Sialendoskopie allein diagnostisch mit evtl. Instillationen kann ambulant erfolgen. Mit therapeutischen Maßnahmen z. B. der Steinextraktion, Bougierung stationär wegen Infektionsgefahr und Stauungssialadenitis.

Onkochirurgie

Bis auf kleine Hauttumoren sollen onkochirurgische Eingriffe stationär erfolgen, auch T1-Larynx Tumoren. Eine Resektionsausweitung darf nicht durch den organisatorischen Druck ambulanter Erbringung behindert sein.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Bundesärztekammer. Musterweiterbildungsordnung Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. 2020
- [2] Tewfik MA, Frenkiel S, Gasparini R et al. Factors affecting unanticipated hospital admission following otolaryngologic day surgery. *The Journal of otolaryngology* 2006; 35 (4): 235–241. doi:10.2310/7070.2006.0018
- [3] Bailey CR, Ahuja M, Bartholomew K et al. Guidelines for day-case surgery 2019: Guidelines from the Association of Anaesthetists and the British Association of Day Surgery. *Anaesthesia* 2019; 74 (6): 778–792. doi:10.1111/anae.14639
- [4] Deitmer T, Dietz A, Delank KW et al. Outpatient Surgery in German ENT. *Laryngo-Rhino-Otol* 2021. doi:10.1055/a-1418-9745
- [5] Briner HR, Leunig A, Schlegel C et al. Preoperative risk assessment for ambulatory sinonasal surgery. *European archives of oto-rhino-laryngology: official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS): affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology – Head and Neck Surgery* 2021; 278 (5): 1455–1461. doi:10.1007/s00405-020-06435-4
- [6] Moon TS, Joshi GP. Are morbidly obese patients suitable for ambulatory surgery? *Current opinion in anaesthesiology* 2016; 29 (1): 141–145. doi:10.1097/aco.0000000000000266
- [7] Rösslein M, Bürkle H, Walther A et al. Position Paper: Perioperative Management of Adult Patients with Obstructive Sleep Apnea in ENT Surgery. *Laryngo-Rhino-Otol* 2015; 94 (8): 516–523. doi:10.1055/s-0035-1549926
- [8] Badelt G, Goeters C, Becke-Jakob K et al. German S1 guideline: obstructive sleep apnea in the context of tonsil surgery with or without adenoidectomy in children-perioperative management. *Hno* 2021; 69 (1): 3–13. doi:10.1007/s00106-020-00970-6
- [9] Audet N, Leclerc JE, Iordanescu V. Consensus on ambulatory care among Quebec otolaryngologists. *The Journal of otolaryngology* 1999; 28 (1): 43–48
- [10] Malard O, Michel G, Espalier F. Outpatient management in plastic and reconstructive head and neck surgery in France. *European annals of otorhinolaryngology, head and neck diseases* 2019; 136 (1): 29–32. doi:10.1016/j.anorl.2018.11.003
- [11] Kérimian M, Bastier PL, Réville N et al. Feasibility study of bilateral radical ethmoidectomy in ambulatory surgery. *European annals of otorhinolaryngology, head and neck diseases* 2018; 135 (6): 377–382. doi:10.1016/j.anorl.2018.08.002
- [12] Albaladejo P, Aubrun F, Samama CM et al. The structure, organisation and perioperative management of ambulatory surgery and anaesthesia in France: Methodology of the SFAR-OPERA study. *Anaesthesia, critical care & pain medicine* 2017; 36 (5): 307–312. doi:10.1016/j.accpm.2016.10.002
- [13] Gengler I, Carpentier L, Pasquosoone X et al. Predictors of unanticipated admission within 30 days of outpatient sinonasal surgery. *Rhinology* 2017; 55 (3): 274–280. doi:10.4193/Rhino16.251
- [14] Prokopakis E, Vardouniotis A, Bachert C et al. *Rhinology Future Debates* 2018, a EUFOREA Report. *Rhinology* 2020; 58 (4): 384–393. doi:10.4193/Rhin19.455
- [15] Jakobsson JG. Recovery and discharge criteria after ambulatory anesthesia: can we improve them? *Current opinion in anaesthesiology* 2019; 32 (6): 698–702. doi:10.1097/aco.0000000000000784
- [16] de Gabory L, Serrano E, Lecanu JB et al. French Otorhinolaryngology Society guidelines for day-case nasal surgery. *European annals of otorhinolaryngology, head and neck diseases* 2015; 132 (1): 35–40. doi:10.1016/j.anorl.2014.09.001
- [17] Unal D, Senayli Y, Polat R et al. Peri-operative blood transfusion in elective major surgery: incidence, indications and outcome – an observational multicentre study. *Blood transfusion = Trasfusione del sangue* 2020; 18 (4): 261–279. doi:10.2450/2020.0011-20
- [18] Präoperative Evaluation erwachsener Patienten vor elektiven, nichtkardiologischen Eingriffen. *Der Kardiologe* 2011; 5 (1): 13–26. doi:10.1007/s12181-010-0315-x
- [19] Wenzel A, Königstein M, Hörmann K et al. Using a Standardized Questionnaire for Coagulation Assessment in Children Undergoing Tonsillectomy. *Laryngo-Rhino-Otol* 2017; 96 (5): E2. doi:10.1055/s-0036-1597160
- [20] Pfanner G, Heil S. Empfehlung der Arbeitsgruppe Perioperative Gerinnung der ÖGARI zum Thema: Fragebogen zur Detektion einer Blutungsneigung (Erwachsene und Kinder). 2018
- [21] Sethia R, Freeman T, Mead K et al. Patient-Directed Home Drain Removal in Head and Neck Surgery. *Laryngoscope* 2021; 131 (11): 2471–2477. doi:10.1002/lary.29556
- [22] Grosheva M, Guntinas-Lichius O, Deitmer T et al. Bedeutung der Wunddrainage und der stationären Behandlung bei Operationen von Speicheldrüsentumoren. *Laryngo-Rhino-Otol* 2022; 101 (4): 281–283. doi:10.1055/a-1780-0406
- [23] Windfuhr JP. Tonsillectomy and tonsillotomy. *Hno* 2020; 68 (7): 543–552. doi:10.1007/s00106-020-00884-3
- [24] Windfuhr JP, Sawva K, Dahm JD et al. Tonsillotomy: facts and fiction. *European archives of oto-rhino-laryngology: official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS): affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology – Head and Neck Surgery* 2015; 272 (4): 949–969. doi:10.1007/s00405-014-3010-x