

Postoperative und organisatorische Abläufe

Postoperative Überwachung sowie ambulante und stationäre Prozessabläufe.

- [Postoperative Überwachung](#)
- [Ablauf im Umgang mit Patienten bei ambulanten Operationen](#)
- [Ablauf im Umgang mit Patienten bei stationären Operationen](#)

Postoperative Überwachung

Definition

- Postoperative Überwachung bezeichnet die kontinuierliche und strukturierte Beobachtung und Betreuung von Patienten nach einer Narkose oder Regionalanästhesie im Aufwachraum bzw. auf der Überwachungsstation
- Ziel ist es, mögliche Komplikationen frühzeitig zu erkennen und entsprechend zu handeln, um die Patientensicherheit zu gewährleisten

Ziel

- Sicherstellung der Patientensicherheit nach operativen Eingriffen
- Früherkennung und Behandlung postoperativer Komplikationen
- Unterstützung einer stabilen Erholung aus der Anästhesie

Zweck

- Standardisierung der Überwachung gemäß aktuellen Leitlinien (z. B. DGAI, BDA)
- Einheitliches Vorgehen bei postoperativer Betreuung
- Einhaltung gesetzlicher und fachlicher Standards

Zuständigkeiten

- Anästhesieärzte - Medizinische Leitung, Entscheidung über

“ Interventionen, Freigabe zur Verlegung/ Entlassung

- ATA/ Pflege AWR - Durchführung der Überwachung, Dokumentation,

“ Erstmaßnahmen bei Komplikationen

- OP-/ Stationspersonal - Unterstützung bei Übergabe und Transport
- Alle Beteiligten - Sofortige Kommunikation besonderer

“ Vorkommnisse an den zuständigen Arzt

Grundsätze der Überwachung

Unabhängig von der Dauer und der Schwere des Eingriffs oder der erfolgten Narkosetechnik verbringt der Patient die ersten Stunden im Aufwachraum. Eine Ausnahme bilden intensivpflichtige Patienten, diese werden nach der Operation bzw. der Narkose auf direktem Weg auf die Intensivstation gebracht. Durch die kontinuierliche Überwachung können im Aufwachraum mögliche Komplikationen frühzeitig erkannt und behandelt werden. Dabei spielt für die Dauer und Intensität der Überwachung in der ersten postoperativen Phase das Alter des Patienten, Vorerkrankungen und präoperativ erkannte Risikofaktoren eine wesentliche Rolle. Der Patient kann nach Rücksprache mit dem Anästhesisten erst dann verlegt werden:

- Wenn die Schutzreflexe sicher vorhanden sind
- Keine unmittelbaren Komplikationen seitens Atmung oder Kreislauf mehr zu erwarten sind
- Besonderheit: ambulante OP, Entlassung der Patienten evtl. Direkt aus dem AWR nach Klinikstandard

Klinische Beobachtung	Sehen • Atmung des Patienten, z.B. Thoraxbewegungen • Hautfarbe, z.B. Zyanose, Anämie, Urtikaria • Blutungen, z.B. Drainagen, durchgebluteter Verband • Bewusstsein, z.B. Blickkontakt, Reaktionen des Patienten Hören • Atmung z.B. Stridor, zurückgefallene Zunge, Spastik, Verschleimung der Atemwege • Bewusstsein, z.B. Reaktion auf Ansprache Tasten • Pulsqualität, Herzrhythmus • Hautbeschaffenheit und -Temperatur -> Schwitzen, kaltschweißig Riechen • Narkosemittelüberhang von volatilen Anästhetika
-----------------------	---

Kreislauf

- Puls, Blutdruck und Sauerstoffsättigung über Monitor kontinuierlich überwachen, dabei Alarmgrenzen eher eng einstellen
- EKG-Monitoring: Tachykardie kann auf einen Volumenmangel oder auf Schmerzen hinweisen
- Extrasystolen bzw. Arrhythmien können ein Hinweis auf Elektrolytstörungen sein
- Patienten mit bekannter koronarer Herzerkrankung sind besonders auf Zeichen einer Angina pectoris zu überwachen -> Schmerzen, EKG-Veränderungen

Atmung

- Falls keine operative Kontraindikation besteht, Oberkörper leicht erhöht positionieren
- Sauerstoff über Nasensonde oder Sauerstoffbrille zuführen, in der Regel 2-4l/Min., bei mehr als 6l/Min. Maske verwenden
- SaO₂-Wert sowie Atemfrequenz (ggf. Atemkurve) über Monitor kontinuierlich überwachen
- Thoraxbewegungen und Atemtiefe können ein Hinweis auf Schnatmung sein
- Stridor bei Komplikationen des Laryngospasmus -> Maßnahmen bei Hinweis auf Anästhetikarebound

Bewusstseinslage

- **Wachzustand:** Der Patient kommt Aufforderungen korrekt nach. Er ist zu seiner Person, örtlich und zeitlich orientiert
- **Somnolenz:** Der Patient ist schlaftrunken. Er kann leicht erweckt werden, schläft aber wieder ein, wenn man ihn in Ruhe lässt
- **Sopor:** Nur auf lautes Zurufen versucht sich der Patient kurz zu orientieren. Auf Schmerzreize reagiert er mit gezielten Abwehrbewegungen. Er ist aber unfähig jeglicher spontanen Aktivität
- **Koma:** Der Patient ist bewusstlos und auch durch Schmerzreize nicht erweckbar

Temperatur

- Temperatur nach größeren, längeren Eingriffen und bei Patienten mit erhöhtem Risiko einer Malignen Hyperthermie kontinuierlich kontrollieren
- Die meisten Patienten sind unterkühlt
- Patienten mit warmen Tüchern oder mittels Wärmetherapie erwärmen

Wasserhaushalt

- Urinausscheidung beobachten: Katheter- oder Spontanurin
- Auf korrekte Lage und Abfluss des Katheters achten
- Katheterurin je nach Operation halbstündlich bis stündlich kontrollieren
- Ggf. ZVD messen
- Volumengabe nach ärztlicher Anordnung

Verlegung aus dem Aufwachraum

- Der Patient ist wach und orientiert
- Kardiopulmonal stabil
- Hat keine Schmerzen (NRS > 3)
- Hat kein PONV bzw. erfolgreich therapiertes PONV
- Hat etwas getrunken
- Patient weist keine Nachblutungen auf (Drainagen, Verband)
- Ist frei von unerwarteten Paresen

Ablauf im Umgang mit Patienten bei ambulanten Operationen

Anmeldung und Dokumentenkontrolle

- Patient meldet sich an der Rezeption des AOZ.
- Kontrolle aller relevanten Unterlagen durch das Personal:
- Checkliste Anästhesie
- Anästhesie-Vorgesprächsbogen
- Narkose-Aufklärungsbogen / Narkoseprotokoll
- Entlassungsbogen für ambulante Patienten
- OP-Aufklärung durch den jeweiligen Operateur

Vorbereitung des Patienten

- Patient zieht sich in OP-Bekleidung um (Nachthemd, Haube, Unterwäsche)
- Persönliche Gegenstände werden in einem zugewiesenen Spind verschlossen (Schlüssel bleibt beim Pflegepersonal)
- Zuweisung einer OP-Liege
- Überprüfung der Patienten-Checkliste und des Narkoseprotokolls
- Identitätskontrolle (Name, Geburtsdatum, Größe, Gewicht)
- Abfrage der Nüchternheit und eventueller Allergien

Venenzugang und Transport in den OP-Saal

- Anlage eines peripheren venösen Zugangs
- Patient wird mit der OP-Liege in den OP-Saal gefahren

Übernahme durch das Anästhesie-Team

- Abholung durch Anästhesiepflege des OP-Saals
- Gemeinsame Patientenvorstellung mit dem Anästhesisten

Operation und Rücktransport

- Nach Beendigung der OP: Rücktransport des Patienten in den Aufwachraum.
- Überwachung für mindestens 30 Minuten:

- Vitalparameter
- Schmerzen
- Übelkeit
- Vigilanz
- Bei Bedarf Monitoring und Gabe von Analgetika.

Nachsorge und Übergabe

- Bei stabilem und schmerzfreiem Zustand: Übergabe ins AOZ.
- Weiterbetreuung mit Beobachtung, Angebot von Getränken etc.
- Telefonische Information der Angehörigen über die Abholzeit.

Entlassungsvorbereitung

- Erstellung des Entlassungsbogens bei Erreichen der geforderten Scores (z.B. Aldrete-Score oder PADSS).
- Erneute Überprüfung des Zustands: stabil, schmerzfrei, mobil.
- Entfernung des venösen Zugangs.
- Unterstützung beim Ankleiden, falls notwendig.

Entlassung

- Kurzes Abschlussgespräch mit dem Operateur.
- Übergabe relevanter Informationen und Unterlagen an den Patienten
- Entlassung in die häusliche Umgebung.
- Patientenakte ins Fach des Medizincontrollings legen

Ablauf im Umgang mit Patienten bei stationären Operationen

Koordination & Abruf

- Das Anästhesieteam im Saal meldet den nächsten Patienten beim Aufwachraum an.
- Der Aufwachraum ruft die Station an und bestellt den Patienten und stimmt ggf. mit der Station die Abholung eines anderen Patienten ab, um unnötige Wege zu vermeiden
- Das Stationspersonal bringt den Patienten in den Vorbereitungsraum des Aufwachraums und übergibt ihn persönlich.

Vorbereitung im Aufwachraum

- Übernahme durch AWR-Pflege inkl. Dokumenten- und Identitätskontrolle
- Checkliste Anästhesie wird vollständig abgearbeitet
- Name, Geburtsdatum, Größe, Gewicht
- Welcher Eingriff ist geplant ggf. Seitenangabe
- Abfrage Nüchternheit, Allergien, Vorerkrankungen, Implantate, Hilfsmittel
- Vorhandensein aller relevanten Materialien (Bildgebung, Hilfsmittel, BH)
- Markierung des OP-Gebietes mittels Kreuzes falls möglich
- Anlage eines venösen Zugangs
- Frühsichtung des Patienten durch Anästhesiepflege aus dem Saal noch während laufender OP, um Besonderheiten rechtzeitig zu erkennen
- Vorstellung des Anästhesisten beim Patienten

Transport in den OP -Saal

- Gemeinsamer Transport durch Anästhesisten und Anästhesiepflege.
- Umlagerung des Patienten auf den OP-Tisch mit Sicherungsgurt.
- Anschluss des Standardmonitorings:
 - EKG
 - Blutdruck
 - Pulsoxymetrie
 - Ggf. BIS- Monitoring

Narkoseeinleitung

- Präoxygenierung über Maske.
- Anschluss Infusion/ Perfusoren
- Gabe von Hypnotikum, Analgetikum, ggf. Relaxans.
- Atemwegssicherung (Larynxmaske oder Intubation).
- Einstellung der Beatmung und laufende Kontrolle durch das Anästhesieteam.
- Anästhesist führt Team-Time-Out mit Operateur und OP-Pflege durch

Intraoperative Phase

- Kontinuierliche Überwachung aller Vitalparameter
- Dokumentation des Narkoseverlaufs
- Gabe von Medikamenten nach Bedarf (z. B. Antibiotika, Kreislaufstabilisatoren, Schmerzmittel)
- Enge Absprache mit Operateur und OP-Team
- Anästhesist führt Team-Sign-Out durch mit Operateur und OP-Pflege

Ausleitung und Verlegung in den Aufwachraum

- Einleitung der Ausleitung nach OP-Ende.
- Entfernung von Tubus oder Larynxmaske bei stabilen Vitalparametern.
- Umlagerung auf Patientenbett mit Rollbrett (Anästhesie, OP-Pflege, Operateur).
- Transport in den Aufwachraum

Betreuung im Aufwachraum

- Überwachung durch AWR-Pflege für mindestens 30 Minuten
- Monitoring: Blutdruck, Puls, Sauerstoffsättigung
- Schmerztherapie nach Plan.
- Die AWR-Pflege bleibt im Aufwachraum und verlässt diesen nicht, solange Patienten betreut werden
- Die Benutzung privater Handys im Aufwachraum ist nicht gestattet
- Entlassung aus dem Aufwachraum erfolgt nach Rücksprache mit dem Anästhesisten.

Rückverlegung auf Station

- Aufwachraum ruft Station an, sobald Patient entlassungsfähig ist.
- Abholung durch Stationspersonal.
- Qualifizierte Übergabe mit Informationen zu:
 - Narkoseverlauf
 - Schmerztherapie
 - Drainagen, Spülungen, Katheter
 - Besonderheiten / Komplikationen
- Dokumentation der Rückverlegung