Alle SOPs müssen auf die individuellen Vorgaben und Ressourcen der Kliniken angepasst werden. Dieser Entwurf dient als Hilfestellung.

1. Zweck der Verfahrensanweisung (SOP)

Die Verfahrensanweisung regelt die Versorgung von erwachsenen Patient*innen im stationären Kontext zur Vorbereitung von elektiven und akuten Operationen.

2. Geltungsbereich

Medizinisches Personal im gesamter Klinikbereich, außer Pädiatrie.

3. Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten

Die examinierten Pflegenden überwachen die prä- und postoperative Überwachung der Patient*innen, die eine akute oder elektive OP erhalten.

4. Besonderheiten

Bei Patient*innen mit einem DMT1 **soll** präoperativ immer das Diabetesteam einbezogen werden.
Bei Patient*innen mit einer vorbestehenden Insulintherapie (insbesondere DMT1 und DMT3) **niemals** Insulin pausieren oder absetzen **ohne** Rücksprache mit dem Diabetesteam (Gefahr einer diabetischen Ketoazidose besteht).
Inkretinbasierte Therapie mit GLP1/GIP-Rezeptor-Agonisten (hier zur Verdeutlichung Präparate aus der Klinik nennen, die Anwendung finden!!!) sollte möglichst eine Woche vor elektiver OP pausiert werden. Ist das nicht erfolgt/möglich, Information an die Anästhesie geben (erhöhte Aspirationsgefahr).

5. Vorgehensweise

	Patienten mit Typ-1-Diabetes/Typ-2-Diabetes, mit Insulin behandelt.	Patienten mit Typ-2-Diabetes mit lebensstilmodifizierenden Maßnahmen/OAD.
Präoperativ	Am Vortag: Insulin wie üblich. (Bei Anwendung eines Basalinsulins, das einmal wöchentlich verabreicht wird, vorab Absprache mit Diabetesteam erforderlich). Bei DMT 2 und Kombination Insulin plus OAD: keine OADs	SGLT2-Hemmer 3–4 Tage vor der OP und Metformin spätestens am OP-Tag absetzen. Alle anderen OAD nach der letzten Mahlzeit absetzen

	geben. Bei DMT1 Insulinperfusor erwägen	Wurde GLP1 noch am OP-Vortag injiziert – Info an Anästhesie
Am OP-Tag	Bisherige Basalinsulintherapie fortsetzen, ggf. situative Korrektur mit kurzwirksamem Insulin	keine OAD geben
Auf Station	7:00 Uhr Blutglukosekontrolle. Kurzwirksames Insulin nach Korrekturschema subkutan.	7:00 Uhr Blutglukosekontrolle. Kurzwirksames Insulin nach Korrekturschema subkutan
Im OP oder auf Station	Blutglukosekontrollen stündlich und jeweils kurzwirksames Insulin nach Korrekturschema s. c./i. v.: 10:00; 13:00; 17:00 Uhr	Blutglukosekontrollen stündlich und jeweils kurzwirksames Insulin nach Korrekturschema s. c./i. v.: 10:00; 13:00; 17:00 Uhr
Wenn abends keine Nahrungsaufnahme möglich ist	Basalinsulintherapie fortsetzen. Blutglukosekontrollen und jeweils kurzwirksames Insulin nach Korrekturschema s. c./i. v.: 22:00; 3:00 Uhr. Am Folgetag häusliche Therapie wieder aufnehmen	Blutglukosekontrollen und jeweils kurzwirksames Insulin nach Korrekturschema s. c./ i.v.: 22:00; 3:00 Uhr. Am Folgetag häusliche Therapie wieder aufnehmen
Wenn abends Nahrungsaufnahme möglich ist	Häusliche Therapie wieder aufnehmen	Häusliche Therapie wieder aufnehmen. Metformin erst wieder nach 48 h beginnen (normale Nahrungsaufnahme mind. über 1000 kcal), wenn Nierenfunktion stabil und innerhalb der Zulassung für Metformin

Beachte: Anästhesie: Hypoxirisiko beachten, ggf. Metformin bis 48 Stunden **vor** OP pausieren.

6. Hintergrundinformationen

Erhöhte perioperative Mortalität bei Menschen mit Diabetes mellitus

Bis zu 50 % erhöht durch Folge- und Begleiterkrankungen sowie akute Stoffwechselveränderungen (DMT1 besteht hohes Risiko einer diabetischen Ketoazidose).	Risiken: Hypoglykämie (durch präoperative Nüchternphasen oder glukosesenkende Medikamente), Hyperglykämie (durch Stresshormone), diabetische Ketoazidose (DKA).

Faktoren, die Risiken zusätzlich erhöhen:

Kardiovaskuläre Instabilität, Gastroparese durch autonome Neuropathie.	Infektionen und Wundheilungsstörungen.

Empfehlungen zur Risikominderung:

Standardisiertes und dokumentiertes Vorgehen für perioperative Diabetesbehandlung.	Betreuung durch diabetesgeschulte Pflegekräfte.
Frühzeitige Einbindung in die OP-Planung.	Präoperative anästhesiologische Visite zur Identifikation von Hochrisikopatienten.

HbA1c-Werte:

Hohe präoperative HbA1c-Werte verschlechtern die OP-Ergebnisse.	Ziel: idealweise unter 7.0% (53 mmol/mol) jedoch mindestens HbA1c < 8,0 % (64 mmol/mol) vor elektiven Eingriffen.

Perioperative Blutglukoseziele:

100–180 mg/dl (5,6–10,0 mmol/l) ab 4 Stunden vor OP.	Bei Blutglukosewerten > 300 mg/dl (> 16,7 mmol/l) Verschiebung elektiver Eingriffe empfohlen.

Weitere Maßnahmen:

Minimierung der Nahrungskarenzzeit.	Subkutane Insulingabe nur bei kleinen und kurzen Eingriffen.
Größere Eingriffe erfordern individuelle Insulin- und Glukosezufuhr.	

Beachte: Bei DMT1 und DMT3 c sollte Insulingabe ggf. über Insulinperfusor i.v. erfolgen. Lange OPs können zur Abkühlung der Kerntemperatur führen und damit die s.c. Insulinresorption verändern.

Literatur: Praxisempfehlung Diabetes im Krankenhaus Diabetol Stoffwechs 2025; 20: S428–S442 DOI 10.1055/a-2592-9700, ISSN 1861-9002

Inkraftsetzung

Erstellt	Geprüft auf Richtigkeit, Inhalt und Einhaltung der Dokumentationsrichtlinien	Freigabe und Inkraftsetzung
Datum, Ort	*Datum, Ort*	*Datum, Ort*
Name des Erstellenden *(Name der Abteilung)*	*Name des Prüfenden* *(Name der Abteilung)*	*Name des Freigebenden* *(Name der Abteilung)*
Versions Nummer:		
Nächste Überprüfung:		

©Arbeitsgemeinschaft Geriatrie und **Pflege**: Batz, Feuring, Harms, Lenden, Pripakis, Schöning, Schmidt, Schuetz, Uhlig, Vlajić.