Bundesqualitätsleitlinie Präoperative Diagnostik - Leitlinienreport

Im Auftrag der Bundesgesundheitskommission

Ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH

BIQG
Bundesinstitut für Qualität
im Gesundheitswesen

Bundesqualitätsleitlinie Präoperative Diagnostik – Leitlinienreport

Im Auftrag der Bundesgesundheitskommission

BIQG
Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT

Bundesqualitätsleitlinie zur integrierten Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten für die präoperative Diagnostik bei elektiven Eingriffen – Leitlinienreport

Dokumentation des Entwicklungsprozesses

Alexander Eisenmann
Peter Matousek
Petra Winkler

Projektassistenz:
Julia Biermeier
Manuela Hauptmann

Wien, im Dezember 2011
Im Auftrag der Bundesgesundheitskommission

Zl. III/4576

Der Umwelt zuliebe:
Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier
ohne optische Aufheller hergestellt.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis III

Abkürzungsverzeichnis IV

1 Einleitung 1
1.1 Bundesqualitätsleitlinien 1
1.2 Bundesqualitätsleitlinie Präoperative Diagnostik 2

2 Auftrag und Finanzierung 3

3 Zeitlicher Projektablauf 4

4 Leitliniengruppe 5
4.1 Allgemeines 5
4.2 Sitzungen 6
4.2.1 1. Sitzung am 7. März 2011 6
4.2.2 2. Sitzung am 13. April 2011 6
4.2.3 3. Sitzung am 16. Mai 2011 7
4.2.4 4. Sitzung am 12. Oktober 2011 7

5 Entwicklung und Erstellung 8
5.1 Prozessablauf der inhaltlichen Erstellung 8
5.2 Ist-Analyse 9
5.3 Evidenz 9
5.4 Quellleitlinie 11
5.5 Interne Konsultation 12
5.6 Öffentliche Konsultation 12
5.7 Externe Begutachtung 13
5.8 BQLL PRÄOP 14

6 Verbreitung und Implementierung 15
6.1 Verbreitung 15
6.2 Implementierung 15

7 Evaluierung 16

8 Patientenbeteiligung 17

9 Dokumente 18

10 Wissenschaftliche Unabhängigkeit und Interessenoffenlegung 19

Literaturverzeichnis zu Kapitel 5.3 20

Anhang.....23

Teil 1: Protokoll der 1. LL-Gruppen-Sitzung

Teil 2: Protokoll der 2. LL-Gruppen-Sitzung

Teil 3: Protokoll der 3. LL-Gruppen-Sitzung

Teil 4: Protokoll der 4. LL-Gruppen-Sitzung

Teil 5: Interne Konsultation - Stellungnahmen Tabelle

Teil 6: Öffentliche Konsultation - Stellungnahmen Tabelle

Teil 7: Externe Begutachtung - Stellungnahme (Prof. Dr. Spies)

Teil 8: Externe Begutachtung - Stellungnahme (Prof. Dr. Kopp)

Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BGK	Bundesgesundheitskommission
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BQLL	Bundesqualitätsleitlinie/n
BQRL	Bundesqualitätsrichtlinie/n
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
UAG	Unterarbeitsgruppe

© GÖG/BIQG 2012, Report Präoperative Diagnostik

1 Einleitung

Gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz (BGBl. I Nr. 179/2004) unterstützt die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit die Entwicklung von Qualitätsstandards[1] für die Erbringung bestimmter Gesundheitsdienstleistungen. Diese Qualitätsstandards können als Bundesqualitätsleitlinie (BQLL) empfohlen oder als Bundesqualitätsrichtlinie (BQRL) in Form einer Verordnung erlassen werden.

Bei der Entwicklung einer BQLL (auf Basis von BGBl. I Nr. 179/2004, § 2 Z 14, § 4 Abs 2) wird methodisch auf die „Metaleitlinie – Methode zur Entwicklung und Evaluierung von Bundesqualitätsleitlinien" zurückgegriffen
(s. http://www.goeg.at/de/Bereich/Dokumente_ML.html).

1.1 Bundesqualitätsleitlinien

Ziel von Bundesqualitätsleitlinien ist der patientenorientierte, reibungs- und lückenlose Behandlungsablauf an den Nahtstellen im Gesundheitssystem, um die Kontinuität der Versorgung qualitativ zu sichern.

Dabei stellen BQLL keine starren Vorschriften dar, sondern sind als Handlungs- und Entscheidungsgrundlage in der Patientenversorgung zu verstehen. Sie empfehlen erprobte und wirksame Instrumente und Vorgehensweisen, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann und eventuell muss. Gleichzeitig müssen die gesetzlichen Rahmenbedingungen eingehalten werden.

Der sehr weit gefasste Geltungsbereich der Metaleitlinie hat zur Folge, dass nicht alle Vorgaben bei der Entwicklung von konkreten BQLL bzw. BQRL vollständig anwendbar sind. Abweichungen sollen jedenfalls begründet und dokumentiert werden.

Folgende übergeordnete Metaleitlinienziele sind auch bei der Entwicklung einer BQLL bzw. BQRL zu berücksichtigen:

» Erhöhen der Patientensicherheit,
» Erhöhen der Patientenzufriedenheit,
» optimierte Patientenversorgung,
» Darstellen der Versorgungsebenen,

---

[1] Unter Qualitätsstandards werden „…beschreibbare Regelmäßigkeiten bzw. Vorgaben hinsichtlich Ausstattung, Verfahren oder Verhalten" verstanden (Gesundheitsqualitätsgesetz, BGBl. I Nr. 179/2004).

» Prozessstandardisierung, -optimierung und -transparenz,
» Optimieren der Ergebnisqualität (Messbarkeit soweit verfügbar),
» integratives Darstellen der Rollen und Verantwortungen aller involvierten Akteure,
» Erhöhen der Sicherheit der Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen,
» Erhöhen der Zufriedenheit der die Gesundheitsdienstleistungen erbringenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Zu diesen übergeordneten Zielen der Metaleitline werden themenspezifische Ziele zur jeweiligen BQLL abgeleitet.

1.2 Bundesqualitätsleitlinie Präoperative Diagnostik

Die vorliegende BQLL zur präoperativen Diagnostik (in weiterer Folge wird im Text der Kurztitel »BQLL PRÄOP« verwendet) wurde auf Basis der Empfehlungen der Metaleitlinie entwickelt und von der Gesundheit Österreich / Geschäftsbereich BIQG (GÖG/BIQG) koordiniert. Abweichungen sind im vorliegenden Leitlinienreport begründet und dokumentiert.

Die BQLL PRÄOP selbst setzt sich sowohl aus den Kerninhalten einer medizinischen Quellleitlinie (der jeweils letzten Fassung) als auch aus Informationen und Empfehlungen zu den organisatorischen Rahmenbedingungen zusammen. Die gesamte BQLL PRÄOP basiert auf der jeweiligen verfügbaren Evidenz, wobei über die medizinische Quellleitlinie mehr und höherwertige Evidenz vorhanden ist als über Versorgungsgrundsätze. Bei den in der Leitlinie dargestellten Empfehlungen über Versorgungsstrukturen und Versorgungsebenen konnte oft nur auf den geringsten Evidenzgrad bei der Erstellung der Leitlinie zurückgegriffen werden (Erfahrungen aus Pilotprojekten bzw. Meinungen von Expertinnen und Experten).

Die BQLL PRÄOP richtet sich an alle Gesundheitsdienstleister, die in die von der BQLL beschriebenen Kernprozesse involviert bzw. auch von diesen tangiert sind, egal ob diese in stationären oder ambulanten Einrichtungen des Gesundheitswesens tätig sind. Die Rahmenvorgaben der BQLL betreffen sämtliche Strukturen, Prozesse und Ergebnisse, insbesondere an den Nahtstellen der betroffenen Einrichtungen im österreichischen Gesundheitssystem. Gleichzeitig wird gemäß Auftrag der Bundesgesundheitskommission für die Umsetzbarkeit genügend Freiraum hinsichtlich nationaler, lokaler und sektoraler Spezifika gelassen.

© GÖG/BIQG 2012, Report Präoperative Diagnostik

2 Auftrag und Finanzierung

In der 16. Sitzung der Bundesgesundheitskommission am 26. November 2010 wurde vereinbart, dass als medizinische Quellleitline die „Leitlinie präoperative Patientenevaluierung“ der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) zur BQLL PRÄOP heranzuziehen ist. Des Weiteren wurde festgehalten, dass Organisations- und Finanzierungsregelungen nicht Gegenstand einer zukünftigen BQLL PRÄOP sind, sondern abhängig von den gegebenen Strukturen länderweise festzulegen sein werden.

Die GÖG/BIQG wurde Anfang März 2011 mit den Grundlagenarbeiten, der Vorbereitung und Organisation der Leitliniengruppensitzungen (LLG-Sitzungen), der Entwicklung einer BQLL PRÄOP sowie mit der Berichtslegung zur BQLL beauftragt.

Die Evidenzbasierung der Kernempfehlungen der medizinischen Quellleitlinie „Leitlinie präoperative Patientenevaluierung“ oblag der ÖGARI als Verfasserin. Die inhaltliche und methodische Qualitätssicherung der Quellleitleitlinie und die Dokumentation der durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie die Finanzierung erfolgten ebenfalls durch die ÖGARI.

3 Zeitlicher Projektablauf

Der genaue zeitliche Ablauf ist nachfolgender Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 3.1:
Zeitlicher Projektablauf

	2011	
Projektschritte	**Beginn**	**Ende**
Literaturrecherche und Erstellung der Arbeitsgrundlage	Februar	
Ist-Analyse	Februar	
Nominierungsprozess Leitliniengruppe	Februar	
1. Leitliniengruppensitzung (Erstentwurf)	7. März	
2. Leitliniengruppensitzung (Zweitentwurf)	13. April	
Aussendung eines Drittentwurfs	21. April	
Aussendung der Rohfassung zur internen Begutachtung	4. Mai	
Interne Begutachtung durch die in der LLG vertretenen Organisationen	4. Mai	14. Mai
3. Leitliniengruppensitzung	16. Mai	
Einarbeitung der Sitzungsergebnisse	bis 23. Mai	
Akkordierung der überarbeiteten Rohfassung durch die LLG (außer med. Quellleitlinie) mittels Umlaufbeschluss	bis 25. Mai	
Unterarbeitsgruppe Qualität	25. Mai	
Vorliegen der evidenzbasierten und überarbeiteten medizinischen Quellleitlinie	30. Mai	
Arbeitsgruppe für Strukturveränderungen	10. Juni	
Beschluss Bundesgesundheitskommission	1. Juli	
Öffentliche Konsultation	Juli/August/September	
Externe Begutachtung	September	
Einarbeitung der Stellungnahmen	Oktober	
4. Leitliniengruppensitzung	12. Oktober	
Akkordierung der endgültigen Fassung durch die LLG (außer med. Quellleitlinie) mittels Umlaufbeschluss	bis 19. Oktober	
Unterarbeitsgruppe Qualität	19. Oktober	
Arbeitsgruppe für Strukturveränderungen	4. November	
Endgültige Fassung der medizinischen Quellleitlinie (überarbeitet auf Basis der externen Begutachtung)	25. November	
Bundesgesundheitskommission	25. November	
Fertigstellung des Reports	November/Dezember	
Veröffentlichung der Bundesqualitätsleitlinie und des Reports durch das Bundesministerium für Gesundheit	geplant für 2012	

Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG

© GÖG/BIQG 2012, Report Präoperative Diagnostik

4 Leitliniengruppe

4.1 Allgemeines

Die Bundesqualitätsleitlinie wurde von einer multidisziplinären Expertengruppe aus folgenden Organisationen erstellt:

» Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB),
» Bundesländer (Salzburg, Burgenland, Wien),
» Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI),
» Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM),
» Österreichische Ärztekammer (ÖÄK),
» Österreichische Gesellschaft für Innere Medizin (ÖGIM),
» Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter (BVA).

Die Auswahl der Organisationen erfolgte in Abstimmung mit der Auftraggeberin. Alle Bundesländer, die bereits Erfahrungen mit der Umsetzung von Projekten einer systemischen präoperativen Diagnostik hatten (EDV-Programm: PROP), waren in der Gruppe vertreten. Die Leitliniengruppe wurde so klein wie möglich gehalten, um den knappen Zeitplan einhalten zu können.

Die jeweiligen Organisationen wurden schriftlich eingeladen, eine Vertreterin / einen Vertreter in die Leitliniengruppe zu entsenden und auch eine Stellvertreterin / einen Stellvertreter zu nominieren. Die nominierten Personen sollten mit dem Thema „Leitlinien“ vertraut sein. Die Auftraggeberin war durch eine nominierte Person des BMG vertreten, die an allen LLG-Sitzungen teilnahm.

In der ersten konstituierenden Sitzung am 7. März 2011 wurde die Repräsentativität der Leitliniengruppe geprüft und für gut befunden. Es wurde beschlossen, dass weitere relevante Berufsgruppen im Anlassfall hinzugezogen werden könnten.

Zwischenzeitlich wurde überlegt, die Fachgruppe für Med. und Chem. Labordiagnostik in die LLG aufzunehmen. Dies wurde seitens der Auftraggeberin abgelehnt, da die Labormediziner im Entscheidungsprozess, welche Laborparameter in der präoperativen Diagnostik erforderlich sind, nicht primär verantwortlich sind. In der Sitzung der zweiten LLG wurde diese Entscheidung zur Kenntnis genommen (siehe Protokoll).

Seit der zweiten Leitliniengruppensitzung am 13. April 2011 nahm ein Facharzt für Chirurgie mit Erfahrung in der Anwendung des EDV-Programms „PROP“ im Krankenhaus als Vertreter der ÖÄK an den Sitzungen teil. Dafür übernahm der bisherige

Vertreter der ÖÄK, ein niedergelassener Arzt für Allgemeinmedizin, der durch seine Teilnahme am Salzburger Pilotprojekt ebenfalls Erfahrung mit „PROP“ hatte, zusätzlich die Vertretung der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM). Damit konnte die Expertise der Arbeitsgruppe erhöht werden. Auch diese Vorgangsweise wurde in der zweiten LLG Sitzung akkordiert (siehe Protokoll).

Insgesamt fanden im Zeitraum von März bis Mai 2011 drei Treffen der Leitliniengruppe statt. Ziel dieser Leitliniengruppensitzungen war die Konsensfindung zu den Inhalten und die Dokumentation der erzielten Ergebnisse, um einen Entwurf der BQLL PRÄOP den nachfolgenden Konsultationsverfahren unterziehen zu können.

Nachdem alle Stellungnahmen sowohl aus der öffentlichen als auch der externen Expertenbegutachtung vorlagen, wurde Anfang Oktober eine vierte Sitzung abgehalten. Dabei wurden alle eingelangten Stellungnahmen diskutiert und ggf. überarbeitet, sodass für die Sitzung der Unterarbeitsgruppe Qualität am 19. Oktober eine endgültige Fassung vorgelegt werden konnte.

4.2 Sitzungen

Die Ergebnisprotokolle der Leitliniengruppensitzungen sind dem Anhang zu entnehmen.

4.2.1 1. Sitzung am 7. März 2011

Inhalt

» Vorstellung und Inhalt des Projektauftrages
» Vorstellung des Projektablauf
» Vorstellung, Diskussion über den im Vorfeld ausgeschickten Erstentwurf der GÖG/BIQG
» Erarbeitung eines Zweitentwurfs
» Organisatorisches und Allfälliges

4.2.2 2. Sitzung am 13. April 2011

Inhalt

» Abstimmung des Protokolls der letzten Sitzung
» Diskussion über die Erweiterung der LLG

© GÖG/BIQG 2012, Report Präoperative Diagnostik

» Vorstellung und Diskussion über den im Vorfeld ausgeschickten und überarbeiteten Zweitentwurf; Einigung über Korrekturen
» Vorstellung von allgemeinen Inhalten der Kapitel 5 (Verbreitung) und 6 (Evaluierung) mit Diskussion der Maßnahmen und Messgrößen
» Organisatorisches und Allfälliges

4.2.3 3. Sitzung am 16. Mai 2011

Inhalt

» Abstimmung des Protokolls der letzten Sitzung
» Vorstellung und Diskussion der Stellungnahmen aus der „internen Konsultation“ zur Rohfassung der BQLL (ohne Anhang) über den im Vorfeld ausgeschickten und überarbeiteten Zweitentwurf; Einigung über die Korrekturen
» Vorstellung und Diskussion aus der „internen Konsultation“ betreffend den Anhang
» Beschluss zur Annahme der BQLL, allerdings ohne Anhang (d. h. ohne med. Quellleitlinie) und zur Weiterleitung an die UAG Qualität
» Weitere Vorgehensweise

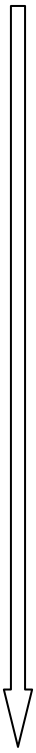
4.2.4 4. Sitzung am 12. Oktober 2011

» Annahme des Protokolls der letzten Sitzung
» Diskussion der Stellungnahmen der externen Gutachterinnen
» Kategorisierung der Stellungnahmen aus der öffentlichen Konsultation nach Zuständigkeit für die Bearbeitung (ÖGARI, BMG, LL-Gruppe, GÖG/BIQG)
» Diskussion (inkl. Einarbeitung) der Stellungnahmen aus der öffentlichen Konsultation, die die LL-Gruppe betreffen
» Diskussion der Stellungnahmen der internen Konsultation
» PROP, weitere Vorgangsweise
» Weiterer Projektablauf

5 Entwicklung und Erstellung

5.1 Prozessablauf der inhaltlichen Erstellung

Abbildung 5.1:
Prozess der inhaltlichen Abstimmung



Erarbeitung eines Entwurfs als Diskussionsgrundlage durch die GÖG/BIQG

Konsensfindung bzw. Meinungsaustausch zu den Inhalten und offenen/unklaren Punkten in Form einer durch die GÖG/BIQG moderierten Diskussion der Leitliniengruppenmitglieder

Aufbereitung der Diskussionsergebnisse, Erstellung und Übermittlung einer überarbeiteten Version durch die GÖG/BIQG

Möglichkeit der Stellungnahmen zu den Ergebnissen durch die Mitglieder der Leitliniengruppe

Konsensfindung zu den Inhalten und offenen/unklaren Punkten in Form einer moderierten Diskussion

Erarbeitung eines Entwurfs

Konsensfindung

Dokumentation aller Arbeitsschritte und Ergebnisse in den Protokollen und deren Anlagen sowie im vorliegenden Leitlinienreport durch die GÖG/BIQG

Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG

In den Leitliniengruppensitzungen wurden die von der GÖG/BIQG erarbeiteten und vorab ausgesandten Entwürfe der Bundesqualitätsleitlinie von der GÖG/BIQG vorgestellt. Nach Diskussion und Konsensfindung konnten inhaltliche Änderungen direkt in den Sitzungen durchgeführt werden. Ansonsten wurde auf Basis der Diskussionen von der GÖG/BIQG ein neuer Vorschlag ausgearbeitet, der bei der nächsten Sitzung oder im Rundlauf akkordiert wurde. Mit diesem Prozedere wurde im Konsens eine Rohfassung zur Vorlage für die Sitzung der Bundesgesundheitskommission (BGK) am 1. Juli 2011 erstellt.

© GÖG/BIQG 2012, Report Präoperative Diagnostik

Nach Annahme der Rohfassung und Beschluss der BGK vom 1. Juli 2011 konnte die Rohfassung einer öffentlichen Begutachtung unterzogen werden (siehe Abschnitt 8.6). Gleichzeitig wurde die Rohfassung auch von zwei unabhängigen externen Expertinnen aus Deutschland begutachtet (siehe Abschnitt 8.7). Nach Berücksichtigung aller Stellungnahmen und Einarbeitung von relevanten Änderungen konnte der UAG Qualität am 19. Oktober 2011 eine endgültige Version der BQLL PRÄOP vorgelegt werden.

Nach deren Zustimmung wurde die Leitlinie der Arbeitsgruppe für Strukturveränderungen vorgelegt. Erst nach deren Akkordierung wurde am 25. November 2011 die BQLL PRÄOP der Bundesgesundheitskommission zur Beschlussfassung vorgelegt.

Die BQLL PRÄOP wurde mit einer Gegenstimme (der Österreichischen Ärztekammer) beschlossen. Die Beschlussfassung der BGK vom 25. November 2011 lautete wie folgt:

„Die Bundesgesundheitskommission nimmt die Inhalte dieser Bundesqualitätsleitlinie zur integrierten Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten für die präoperative Diagnostik bei elektiven Eingriffen zur Kenntnis und beschließt die österreichweite Anwendung. Es wird ausdrücklich klargestellt, dass – wie in den BGK-Beschlüssen vom 22. Juni 2009 und vom 26. November 2010 vereinbart – Organisations- und Finanzierungsregelungen kein Gegenstand dieser Bundesqualitätsleitlinie sind und abhängig von den gegebenen Strukturen länderweise festzulegen sein werden."

5.2 Ist-Analyse

Vor dem Beginn der BQLL-Entwicklung wurden von der GÖG/BIQG Projekte bzw. Berichte analysiert, die standardisierte Vorgaben einer Umsetzung der präoperativen Diagnostik zum Thema hatten. Die Ergebnisse dieser Ist-Analyse wurden zusammengefasst und in den Inhalt des Erstentwurfs der BQLL PRÄOP übernommen.

In der ersten Sitzung wurden die Ergebnisse der Analysen diskutiert und deren Aufnahme in die Leitlinie akkordiert.

5.3 Evidenz

Die GÖG/BIQG führte eine systematische Suche nach nationalen und internationalen Leitlinien für „präoperative Diagnostik" durch. Hierzu wurde im Zeitraum vom 20. bis 25. Februar 2011 in folgenden Datenbanken bzw. auf folgenden Websites recherchiert:

» Guideline International Network (GIN),

» Deutsches Leitlinienportal (leitlinien.de),
» COCHRANE Library,
» Centre für Reviews and Dissemination (CDR),
» DIMDI,
» EMBASE,
» MEDLINE (via Pubmed),
» Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin,
» European Board of Anaesthesiology (EBA),
» Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI),
» Canadian Anesthesiologists' Society (CAS),
» Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA),
» Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland (AAGBI),
» American Society of Anesthesiologists (ASA),
» Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (SGAR),
» Google Scholar.

Folgende Suchbegriffe wurden verwendet: präoperativ UND/ODER (Diagnostik ODER Evaluierung ODER Anamnese) bzw. (preoperative OR pre-operative OR preanesthesia) AND/OR (diagnosis OR diagnostic OR evaluation OR assessment OR testing OR tests OR screening).

Die Recherche wurde auf Leitlinien eingegrenzt, die seit dem Jahr 2000 publiziert bzw. aktualisiert wurden und in englischer oder deutscher Sprache erschienen sind. Leitlinien, die sich auf eng umschriebene Einzelaspekte der präoperativen Diagnostik beziehen (z. B. NATA Guidelines 2011. Detection, evaluation, and management of preoperative anaemia in the elective orthopaedic surgical patient), wurden vom Suchergebnis ausgeschlossen. Die systematische Recherche wurde durch eine Handsuche ergänzt (Durchsicht von Referenzlisten, Durchsicht von Webseiten internationaler Gesundheitsbehörden etc.). Folgende Leitlinien konnten anhand der systematischen Recherche und der ergänzenden Handsuche identifiziert werden (alphabetische Reihung; detaillierte Quellenangaben siehe Anhang):

» AAGBI – The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. 2010. Preoperative Assessment and Patient Preparation – The Role of the Anaesthetist (2). Safety Guideline.

» ACC/AHA – American College of Cardiology/American Heart Association. Update 2007. Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery.

» ACR – American College of Radiology. 2008 (Update). Appropriateness Criteria routine admission and preoperative chest radiography. Guideline.

© GÖG/BIQG 2012, Report Präoperative Diagnostik

» ASA – American Society of Anesthesiologists. Practice advisory for preanesthesia evaluation: a report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. Anesthesiology 2002; 96(2), 485–96.

» Chee YL et al. Guidelines on the assessment of bleeding risk prior to surgery or invasive procedures. British Committee for Standards in Haematology. British Journal of Haematology. 2008; 140(5):496–504.

» DGAI – Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, DGIM – Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin und DGCH – Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. 2010. Präoperative Evaluation erwachsener Patienten vor elektiven, nicht kardiochirurgischen Eingriffen. Gemeinsame Empfehlung.

» ESC – European Society of Cardiology and ESA – European Society of Anaesthesiology. 2009. Guidelines for pre-operative cardiac risk assessment and perioperative cardiac management in non-cardiac surgery.

» ICSI – Institute for Clinical Systems Improvement. 2010 (Ninth Edition). Preoperative evaluation.

» NHS – National Institute für Clinical Excellence. 2003. Preoperative Tests. The use of routine preoperative tests for elective surgery. Evidence, Methods, Guidance.

» ÖGARI – Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin. 2008. Leitlinie präoperative Patientenevaluierung.

» Pfanner G et al. Preoperative evaluation of the bleeding history. Recommendations of the working group on perioperative coagulation of the Austrian Society for Anaesthesia, Resuscitation and Intensive Care. Anaesthesist 2007; 56:604–11.

» SIGN – Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2008. Antibiotic prophylaxis in surgery. A national clinical guideline.

5.4 Quellleitlinie

Zum Zeitpunkt der Auftragserteilung war die „Leitlinie präoperative Patientenevaluierung“ der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) die aktuellste und mit dem absehbar höchsten Evidenzgrad ausgewiesene Leitlinie, die gleichzeitig auch alle medizinischen Bereiche der präoperativen Befundung umfasste. Daher wurde die „ÖGARI-Leitlinie“ vom Auftraggeber als Quellleitline für die BQLL PRÄOP ausgewählt.

5.5 Interne Konsultation

Im Rahmen der Entwicklung der BQLL PRÄOP wurde eine interne Konsultation in allen Organisationen, die in der Leitliniengruppe vertreten waren, durchgeführt. Diese dauerte von 4. bis 14. Mai 2011. Alle Rückmeldungen wurden in einer Stellungnahmetabelle zusammengefasst und der Leitliniengruppe übermittelt (siehe Anhang). Relevante Anmerkungen aus den Rückmeldungen wurden in den Entwurf der BQLL eingearbeitet. Die Abstimmung des Entwurfs und letzte Änderungsvorschläge erfolgten am 16. Mai 2011 in der dritten Leitliniensitzung und sind im Protokoll dokumentiert.

Nach Einarbeitung der Sitzungsergebnisse wurde am 23. Mai 2011 die Rohfassung fertiggestellt und den Mitgliedern zur endgültigen Abnahme übermittelt.

Da jene Fassung der medizinischen Quellleitlinie, die als Quellleitlinie der BQLL dient, zum Zeitpunkt der internen Begutachtung noch nicht vorlag, wurde lediglich die Rohfassung der BQLL (ohne medizinische Quellleitlinie) von der Leitliniengruppe akkordiert. Die Leitliniengruppenmitglieder beschlossen im Konsens, dass die interne Konsultation zur medizinischen Quellleitlinie im Rahmen der öffentlichen Konsultation stattfinden soll.

Daraufhin wurde am 25. Mai 2011 die Rohfasssung der BQLL PRÄOP in der UAG Qualität vorgestellt. Nach Annahme und Weiterleitung der Rohfassung an die Arbeitsgruppe für Strukturveränderungen konnte nach Akkordierung die Rohfassung zur Beschlussfassung der Bundesgesundheitskommission vorgelegt werden.

5.6 Öffentliche Konsultation

Am 1. Juli 2011 beschloss die Bundesgesundheitskommission eine öffentliche Konsultation der BQLL PRÄOP. Diese wurde von der GÖG/BIQG durchgeführt. Sie fand von 15. Juli bis 9. September 2011 statt, wobei die Leitlinie (inklusive der systematischen Literatursuche zur Evidenz der medizinischen Quellleitlinie) auf der Homepage der GÖG veröffentlicht wurde. Gleichzeitig wurden sowohl alle Stakeholder als auch alle primär betroffenen medizinischen Fachgesellschaften im österreichischen Gesundheitswesen von der GÖG per E-Mail angeschrieben und um Stellungnahme ersucht. Grundsätzlich konnte jede Person unter Offenlegung der Identität und etwaiger Interessenkonflikte mit Hilfe eines standardisierten Formulars eine Stellungnahme abgeben.

Anfang September ersuchten einige Organisationen um eine Fristverlängerung zur Abgabe ihrer Stellungnahmen. Sie wurde bis Ende September gewährt.

© GÖG/BIQG 2012, Report Präoperative Diagnostik

Die GÖG/BIQG stellte der Leitliniengruppe eine Synopse aller eingelangten Stellungnahmen zur Verfügung. Die vorgebrachten Argumente wurden von der GÖG/BIQG in drei Gruppen eingeteilt, je nachdem, welche Organisation für die Bearbeitung und Kommentierung zuständig war. Alle Stellungnahmen, die die organisatorischen Umsetzungen, die Finanzierung oder die medizinische Quellleitlinie betroffen haben, waren vom Auftraggeber bzw. der ÖGARI zu kommentieren und bearbeiten. Alle Rückmeldungen, die sich auf redaktionelle Änderungen bezogen, waren von der GÖG/BIQG zu bearbeiten.

In der 4. Leitliniengruppe am 12. Oktober 2011 wurde die Synopse als und grundsätzliche Arbeitsaufteilung zur Bearbeitung der Stellungnahmen akkordiert. Gleichzeitig wurden Vorschläge gemacht, inwieweit inhaltliche Änderungen an der Leitlinie vorzunehmen oder wie Stellungnahmen zu beantworten seien, falls diese keine Berücksichtigung finden sollen. Anschließend wurden bis 19. Oktober 2011 die von der GÖG/BIQG erarbeiteten Änderungsvorschläge von der Leitliniengruppe in einem Umlaufverfahren beschlossen. Somit konnte eine konsentierte endgültige Fassung der BQLL PRÄOP an die UAG Qualität übermittelt werden.

5.7 Externe Begutachtung

Um rasch eine Stellungnahme von interessenunabhängigen Fachexpertinnen/Fachexperten zu erhalten, wurde im Konsens entschieden, Expertinnen/Experten aus dem Ausland mit der Begutachtung zu beauftragen. Aufgrund der Struktur der BQLL PRÄOP ergab sich, dass die Leitlinie sowohl methodisch als auch inhaltlich zu beurteilen ist. Folgende zwei Fachexpertinnen aus Deutschland konnten Anfang September von der GÖG/BIQG dafür beauftragt werden:

» Frau Prof. Dr. Ina B. Kopp (AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement in Marburg) für die Begutachtung der methodischen Erstellung der BQLL,
» Frau Univ.-Prof. Dr. C. Spies (Klinikdirektorin der Universitätsklinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt operative Intensivmedizin der Berliner Charité) für die Begutachtung der medizinischen Quellleitlinie.

Die Stellungnahmen der beiden Expertinnen wurden ebenfalls in der 4. Sitzung der Leitliniengruppe diskutiert (siehe Anhang). Dabei wurde entschieden, welche Argumente von Frau Prof. Dr. Ina B. Kopp in der BQLL PRÄOP noch zu berücksichtigen sind. Die daraufhin von der GÖG/BIQG erarbeiteten Änderungsvorschläge wurden von der Leitliniengruppe, ebenfalls bis 19. Oktober 2011, im bereits oben angeführten Umlaufverfahren beschlossen.

Des Weiteren wurde in der 4. Sitzung beschlossen, dass die Stellungnahme von Frau Univ.-Prof. Dr. C. Spies von der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie,

Reanimation und Intensivmedizin bearbeitet wird. Eventuelle notwendige Änderungen der medizinischen Quellleitlinien wären von der ÖGARI durchzuführen.

5.8 BQLL PRÄOP

Die BQLL PRÄOP ist folgendermaßen gegliedert:

1 Einleitung
- 1.1 Ist-Analyse
- 1.1.1 Aktivitäten in Österreich
- 1.2 Quellleitlinie und Evidenzbasierung
- 1.3 Adressatinnen/Adressaten und Anwendungsbereiche
- 1.4 Ausgenommen von der BQLL PRÄOP

2 Ziele der BQLL PRÄOP

3 Patientenorientierte, nahtstellenübergreifende Versorgung
- 3.1 Versorgungsebenen
- 3.2 Versorgungspartner
- 3.3 Rolle von Angehörigen und privaten Betreuungspersonen
- 3.4 Versorgungsprozess der präoperativen Diagnostik
- 3.5 Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Versorgungspartner und Darstellung der Nahtstellen
- 3.5.1 Versorgung im niedergelassenen Bereich
- 3.5.2 Versorgung im stationären Bereich

4 Erkannte Problemfelder

5 Informationsmaterialien und Anlaufstellen

6 Gültigkeitsdauer und Aktualisierung
- 6.1 Gültigkeitsdauer
- 6.2 Aktualisierung

Anhang (Leitliniengruppenmitglieder, med. Quellleitlinie)

© GÖG/BIQG 2012, Report Präoperative Diagnostik

6 Verbreitung und Implementierung

6.1 Verbreitung

Zeitpunkt: Gleichzeitig mit der Veröffentlichung der BQLL PRÄOP ist auch deren Bekanntheitsgrad zu erhöhen.

Verantwortlichkeit: Verantwortlich innerhalb ihres Wirkungskreises sind alle Organisationen, die in der Bundesgesundheitskommission vertreten sind, sowie zusätzlich jene Organisationen bzw. medizinischen Fachgruppen, die in der Leitliniengruppe vertreten waren.

Verbreitungsforen:

» Informationsveranstaltungen, Pressekonferenzen
» Präsentationen auf relevanten Fachtagungen, Konferenzen und Kongressen im Gesundheitsbereich
» Relevante ärztliche Aus- und Fortbildungsveranstaltungen

Verbreitungsmedien:

» Schriftliche Aussendungen:
Presseaussendungen, Verständigungen per E-Mail, Newsletter
» Veröffentlichung in der Fachpresse
» Veröffentlichung über Internet/Homepages
» Mündliche Verbreitungen: Pressegespräche und Interviews im Gesundheitsbereich

6.2 Implementierung

Aufgrund des Beschlusses der Bundesgesundheitskommission liegt die Verantwortung und Organisation der Umsetzung bei den Ländern bzw. bei den jeweiligen Gesundheitsfonds.

7 Evaluierung

Grundsätze: Die Evaluation ist besonders unter Berücksichtigung der Aspekte Nützlichkeit, Machbarkeit, Unabhängigkeit und Genauigkeit durchzuführen. Die Evaluation hat bundesweit einheitlich und möglichst repräsentativ zu sein.

Finanzierung: Der Auftraggeber der BQLL PRÄOP hat Sorge zu tragen, dass die Wirksamkeit der Leitlinie evaluiert wird.

Zeitpunkt: Die Evaluierung sollte frühestens nach einer einjährigen und spätestens nach einer zweijährigen bundesweiten Implementierungsphase begonnen werden.

Die genauen Inhalte und die Vorgangsweise der Evaluation sind erst zum Zeitpunkt der Auftragserteilung durch den Auftraggeber festzulegen. Nachfolgende Ziele dienen, unter Berücksichtigung der o. a. Grundsätze, als Orientierungshilfe bei der Beauftragung:

Ziele:

» Evaluierung des Ist-Stands vor Beginn der Etablierung der BQLL PRÄOP (als Ausgangspunkt für eventuelle Vergleiche)
» Evaluation des Bekanntheitsgrads (des EDV-Programms PROP)
» Welche Maßnahmen zur Verbreitung des Bekanntheitsgrades der BQLL wurden gesetzt?
» Implementierungsgrad (des EDV-Programms PROP)
» Akzeptanz- bzw. Anwendungsgrad (des EDV-Programs PROP)
» Veränderung der Patientenversorgung (Veränderung der Patientenwege, der Liegedauer etc.)
» Medizinische Auswirkungen
» Finanzielle Auswirkungen (Einsparungen, Kostenverschiebungen)

Teil der Evaluation sollte auch eine Erhebung sein von

» Gründen der Nicht-Anwendung,
» Problemen bei der Implementierung,
» Vorschlägen zur Steigerung des Anwendungsgrads.

Methoden: Die Evaluierung sollte aus einem quantitativen Teil (Datenauswertungen aus den Leistungsabrechnungen der betroffenen Organisationseinheiten) und einem qualitativen Teil bestehen (Querschnittsbefragungen, Experteninterviews).

© GÖG/BIQG 2012, Report Präoperative Diagnostik

8 Patientenbeteiligung

Die gemäß Metaleitlinie erforderliche Erweiterung der Leitliniengruppe um eine Patientenvertretung wurde in der zweiten Sitzung diskutiert. Da die Entwicklung einer eigenen Patientenleitlinie zu einem späteren Zeitraum (nach Veröffentlichung der BQLL PRÄOP) angedacht ist, wurde entschieden, eine Vertreterin / einen Vertreter auch erst zu diesem Zeitpunkt offiziell zu nominieren. Zwischenzeitlich wird die Patientenanwaltschaft über wesentliche Projektfortschritte der BQLL informell auf dem Laufenden gehalten.

9 Dokumente

Die BQLL PRÄOP enthält die aus dem hier beschriebenen Erstellungsprozess hervorgegangenen Ergebnisse. Der vorliegende Leitlinienreport beschreibt den Erstellungsprozess in seinem Verlauf. Die wesentlichen Dokumente, die während der Erstelllung verfasst wurden, befinden sich im Anhang des vorliegenden Reports. Alle anderen Dokumente können bei der GÖG/BIQG angefordert werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit und die Gesundheit Österreich GmbH veröffentlichen sowohl die Bundesqualitätsleitlinie als auch den Report auf ihren Websites.

© GÖG/BIQG 2012, Report Präoperative Diagnostik

10 Wissenschaftliche Unabhängigkeit und Interessenoffenlegung

In der Auswahl der BQLL-Ersteller/innen wurde auf deren wissenschaftliche Unabhängigkeit geachtet. Alle Mitglieder der Leitliniengruppe unterzeichneten zu Beginn des Projekts das Dokument „Interessenoffenlegung – Erklärung von möglichen Interessenkonflikten“. Die einzelnen Interessenoffenlegungen der Leitliniengruppenmitglieder liegen der GÖG/BIQG vor. Da keine Teilnehmerin / kein Teilnehmer einen relevanten Interessenkonflikt angab, war keine Intervention seitens der Leitliniengruppe erforderlich.

Von den zwei externen Begutachterinnen wurde ebenfalls eine Interessenoffenlegung abgegeben, auch hier ergab sich kein Konflikt. Alle Originalunterlagen liegen in der GÖG/BIQG zur Einsicht auf.

Literaturverzeichnis zu Kapitel 5.3

AAGBI – The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland (2010): Pre-operative Assessment and Patient Preparation – The Role of the Anaesthetist (2). Safety Guideline. London. www.aagbi.org

ACC/AHA – American College of Cardiology/American Heart Association (2007, Update): Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery. Dallas, Texas. www.americanheart.org

ACR – American College of Radiology (2008, Update): Appropriateness Criteria routine admission and preoperative chest radiography. Guideline. www.guideline.gov

AGREE Collaboration (2001): Checkliste zur Qualitätsbeurteilung von Leitlinien (AGREE-Instrument) – Deutschsprachige Version. Ärztliche Zentralstelle Qualitäts-sicherung; Köln –Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, Bern

ASA – American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation (2002): Practice advisory for preanesthesia evaluation: a report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology* 96(2), 485-96

Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt (2010): Leistungskatalog Bundesarbeits-gemeinschaft Freie Wohlfahrt (BAG)

Chee YL et al. (2008): Guidelines on the assessment of bleeding risk prior to surgery or invasive procedures. British Committee for Standards in Haematology. British Journal of Haematology 140(5):496-504

DGAI – Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, DGIM – Deut-sche Gesellschaft für Innere Medizin und DGCH – Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (2010): Präoperative Evaluation erwachsener Patienten vor elektiven, nicht kardiochi-rurgischen Eingriffen. Gemeinsame Empfehlung. *Anästhesie & Intensivmedizin* 51: 788-797

ESC – European Society of Cardiology and ESA – European Society of Anaesthesiology (2009): Guidelines for pre-operative cardiac risk assessment and perioperative cardiac management in non-cardiac surgery. *European Journal of Anaesthesiology* 27:92-137

ICSI – Institute for Clinical Systems Improvement (2010, Ninth Edition): Preoperative evaluation. www.icsi.org

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2008): Überlegungen zu einer wettbewerbsorientierten Neustrukturierung der Versorgungsebenen

NHS - National Institute für Clinical Excellence (2003): Preoperative Tests. The use of routine preoperative tests for elective surgery. Evidence, Methods, Guidance. Developed by the National Collaborating Centre for Acute Care, London, UK.

ÖGARI - Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin. Arbeitsgruppe „Präoperative Evaluierung" (2008): Leitlinie präoperative Patientenevaluierung. www.oegari.at

Pfanner G et al. (2007): Preoperative evaluation of the bleeding history. Recommendations of the working group on perioperative coagulation of the Austrian Society for Anaesthesia, Resuscitation and Intensive Care. Anaesthesist 56:604-11

SIGN - Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2008): Antibiotic prophylaxis in surgery. A national clinical guideline.

Anhang

Teil 1: Protokoll der 1. LL-Gruppen-Sitzung

Teil 2: Protokoll der 2. LL-Gruppen-Sitzung

Teil 3: Protokoll der 3. LL-Gruppen-Sitzung

Teil 4: Protokoll der 4. LL-Gruppen-Sitzung

Teil 5: Interne Konsultation – Stellungnahmen Tabelle

Teil 6: Öffentliche Konsultation – Stellungnahmen Tabelle

Teil 7: Externe Begutachtung – Stellungnahme (Prof. Dr. Spies)

Teil 8: Externe Begutachtung – Stellungnahme (Prof. Dr. Kopp)

Teil 1

Protokoll der 1. LL-Gruppen-Sitzung 7. März 2011

Bundesqualitätsleitlinie Präoperative Diagnostik

Protokoll

Montag, 07. März 2011, 12:30 - 17:00 Uhr
BIQG

TEILNEHMER/INNEN
» Mag. Sonja Draxler
» Dr. Brigitte Ettl
» Dr. Vinzenz Huber
» Dr. Astrid Knopp
» Univ. Doz. Dr. Sibylle Kozek-Langenecker, MBA
» Mag. Rita Offenberger
» Dr. Otto Rafetseder
» Dr. Irmgard Schiller-Frühwirth, MPH
» Dr. Beate Stolzlechner
» Dr. Silvia Türk, MBA
» Dr. Hans Walek
TEILNEHMER/INNEN GÖG
» Dr. Alexander Eisenmann
» Margit Getlinger
» Dr. Peter Matousek
ENTSCHULDIGT
» Dr. Lothar Fiedler
» Dr. Johannes Koinig

1 Begrüßung durch Frau Dr. Türk, MBA

Einführung in die Thematik und Erklärung der Rahmenbedingungen (keine inhaltliche Diskussion über die ÖGARI-LL, Finanzierungs- sowie organisatorische Umsetzungsfragen stehen gemäß BGK-Beschluss nicht zur Diskussion)

2 PP-Präsentation durch Herr Dr. Matousek

Genauere Darstellung der Ausgangssituation, des Ziels der Sitzung, der Projektorganisation und des Projektablaufs.

Die Vertretung aus Salzburg (Salzburger Gesundheitsfonds) gibt Bedenken an, dass es durch eine Empfehlung in Form einer BQLL zu keinen großen Änderungen der Patientenströme kommen wird. Dies könnte nur über geeignete Finanzierungsanreize erreicht werden. Eine entsprechende Regelung müsste bundesweit gelten.

Die Österreichische Ärztekammer betont, dass eine BQRL abgelehnt wird. Für die ÖÄK kommt nur eine BQLL in Betracht, auch gibt es bei einer BQLL weniger Bedenken Seitens des Datenschutzes.

Die Vertretung aus Burgenland (BURGEF) berichtet, dass derzeit der Arzt für Allgemeinmedizin in der präoperativen Diagnostik nicht so eingebunden ist wie in Salzburg. Dementsprechend gibt es im Burgenland auch keine zusätzliche Finanzierung für die Leistung des Allgemeinmediziners im Rahmen der präoperativen Diagnostik.

Die Vertretung des BMG teilt mit, dass die Finanzierung in der Arbeitsgruppe „Finanzierung Gesundheit“ gesondert besprochen wird. Das Ergebnis wird anschließend an die Arbeitsgruppe für Strukturveränderungen berichtet.

Die Vertretung der ÖGARI begrüßt die Umsetzung der ÖGARI-LL mittels einer BQLL. Die BQLL kann eine Veränderung des Prozesses bei der präoperativen Diagnostik unterstützen. Sie ist Beginn einer längeren Entwicklung, welche Zeit zur Etablierung benötigen wird. Die Einbindung des Arztes für Allgemeinmedizin hat in jenen Fällen eine Berechtigung, wo für den Patienten der primäre Weg in den intramuralen Bereich nicht zumutbar bzw. sinnvoll ist.

Die Vertretung des BMG sieht es als Aufgabe der ÖGARI an, die LL in den entsprechenden wissenschaftlichen Gremien vorzustellen und zu bewerben.

3 Vorstellung und Diskussion des Erstentwurfs

Der Erstentwurf dient lediglich als Diskussionsgrundlage. Der Aufbau und das Korsett werden durch die bereits in Ausarbeitung befindlichen anderen BQLL weitgehend festgelegt und sind durch die Meta-LL vorgegeben. Die konkreten Inhalte der Kapitel sind von der LL-Gruppe im Konsens zu erarbeiten. Gemeinsam mit der BQLL erfolgt auch die Veröffentlichung des LL-Reports.

Inhaltliche Diskussion des gesamten Erstentwurfs.

Für folgende Punkte konnte in der Sitzung noch kein Konsens erreicht werden, diese werden daher in der zweiten LL-Gruppensitzung nochmals zur Diskussion gestellt:

» Soll bzw. welcher BGK Beschluss ist in die Einleitung aufzunehmen?
» Kapitel 1.3: Sind die Krankenanstaltenträger ebenfalls Adressaten der BQLL?
» Tabelle 3.2 und 3.3

Folgende Punkte konnten auf Grund der Zeitressourcen nicht ausführlich diskutiert werden.

» Tabelle 6.1 und Tabelle 7.1

Folgende Punkte konnten auf Grund der Zeitressourcen noch nicht diskutiert werden.

» Kapitel 4 und 5

4 Abklärung der weiteren Vorgangsweise

Die Ergebnisse der Sitzung werden vom BIQG in den Erstentwurf im Überarbeitungsmodus eingearbeitet. Sowohl das Protokoll wie auch der überarbeitete Erstentwurf werden bis 11. März 2011 an alle Mitglieder der LL-Gruppe verschickt.

Bis 21. März 2011 erfolgen die Stellungnahmen der LL-Gruppenmitglieder über den überarbeiteten Erstentwurf in schriftlicher Form an das BIQG. Besonders gewünscht sind inhaltliche Vorschläge zu den Kapiteln 4 (Konzept zur Verbreitung) und 5 (Konzept zur Evaluierung).

Die Einarbeitung der Stellungnahmen, eventuelle Ergänzungen der Kapiteln 4 und 5 und die Übermittlung des Zweitentwurfs erfolgt bis spätestens eine Woche vor der nächsten Sitzung durch das BIQG.

Diskussion und Einigung über den Zweitentwurf in der nächsten Sitzung der Leitliniengruppe. Diese findet am Mittwoch, den 6. April 2011 von 11 – 16 Uhr in der GÖG statt.

Zl. III/5639-?/11

Wien, am 10. März 2011
Matousek

Teil 2

Protokoll der 2. LL-Gruppen-Sitzung 13. April 2011

2. Sitzung der Leitliniengruppe Präoperative Diagnostik

Protokoll

Mittwoch, 13. April 2011, 11–16 Uhr
Gesundheit Österreich, Mezzanin

TEILNEHMER/INNEN
» Mag. Sonja Draxler, BURGEF
» Dr. Brigitte Ettl, ÖÄK
» Dr. Lothar Fiedler, ÖGIM
» Dr. Mario Földy, MA 24 – Gesundheitsplanung
» Dr. Vinzenz Huber, BVA
» Dr. Astrid Knopp, HVB
» Prim. Univ.-Doz. Dr. Sibylle Kozek- Langenecker, ÖGARI
» Dr. Michael Lang, ÖÄK
» Dr. Josef Lohninger, ÖGAM
» Dr. Otto Rafetseder, MA 24 – Gesundheitsplanung
» Dr. Irmgard Schiller-Frühwirth, HVB
» Dr. Silvia Türk, BMG
TEILNEHMER/INNEN GÖG
» Dr. Peter Matousek
» Dr. Alexander Eisenmann
» DI Petra Winkler
» Margit Getlinger
ENTSCHULDIGT
» Mag. Rita Offenberger
» Dr. Johannes Koinig

1 Begrüßung

Matousek begrüßt die Teilnehmer der Leitliniengruppe und lädt zuerst die vier neuen Teilnehmer ein, sich vorzustellen. Fiedler ist niedergelassener Facharzt für Innere Medizin und vertritt die Österreichische Gesellschaft für Innere Medizin. Földy ist Allgemeinmediziner und Projektleiter des Reformpool-Projekts PROP in der MA 24 in Wien. Lohninger ist Allgemeinmediziner und vertritt die Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM), Lang ist Facharzt für Chirurgie und vertritt die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) (sieht Punkt 3).

Nach der Vorstellungsrunde wird über den Fahrtkostenersatz informiert, um eine Interessensoffenlegung gebeten und der Tagesablauf vorgestellt.

2 Annahme des Protokolls der ersten Sitzung

Schiller-Frühwirth merkt zum Protokoll der ersten Sitzung an, dass der Hauptverband den Auftrag der BGK so verstanden hat, dass in dieser BQLL keine organisatorischen Aspekte bearbeitet werden sollen. Dies betrifft vor allem die sogenannte „abgestufte Patientenversorgung", mit der der Hauptverband nicht einverstanden ist. Matousek erklärt dazu, dass in dieser BQLL Versorgungsprozesse beschreibend dargestellt, jedoch keine Vorgaben über bestimmte Patientenversorgungen gemacht werden. Huber ergänzt in diesem Zusammenhang, dass die „freie Arztwahl" für die Patientin / den Patienten durch die BQLL unberührt bleibt. Knopp merkt kritisch an, dass in der BQLL keine Ziele formuliert sind, sondern nur beschrieben wird, was die BQLL nicht bezweckt. Die Ziele sollten im vorliegenden Protokoll bzw. in der Zweitversion der BQLL ergänzt werden (vgl. dazu Kapitel 2 in der BQLL). Huber weist noch darauf hin, dass er und Stolzlechner fälschlicherweise unter Gesundheitsfonds Salzburg zusammengefasst wurden und ersucht um Korrektur, da er die BVA vertritt. Unter Berücksichtigung der genannten Punkte wurde das Protokoll einstimmig angenommen.

3 Sonstiges

Matousek weist auf Anträge zur Aufnahme in die Leitliniengruppe hin und erklärt die Hintergründe der Zusammensetzung der Gruppe.

Der Auftraggeber BGK hat bestimmt, welche Organisationen primär an der ersten Sitzung der Leitliniengruppe teilnehmen und wie viele Vertreter anwesend sein sollen. In Hinblick auf den Organisations- und Abstimmungsaufwand wurde die Anzahl der

Teilnehmer/Vertreter vom Auftraggeber bewusst klein gehalten. Es wurde bestimmt, dass die Fachgesellschaft für Innere Medizin, die Fachgesellschaft für Anästhesie, die Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin und die Österreichische Ärztekammer jeweils durch eine Person vertreten sein sollen. Da die Interessen der Allgemeinmediziner auch mit einer gleichzeitigen Nominierung durch die ÖAK gewahrt sind, wurde ursprünglich akzeptiert, dass die ÖÄK zwei Vertretungen nominieren kann. Auf Grund des Antrags der ÖÄK, eine/n Vertreter/in der Fachgesellschaft für Chirurgie aufzunehmen, nimmt nun Lohninger, im Gegensatz zur ersten Sitzung, nicht als Vertreter der ÖÄK, sonder als eigener Vertreter der ÖGAM, an der Sitzung teil. Lang ersetzt Lohninger in seiner vorherigen Position als Vertreter der ÖÄK.

Darüber hinaus einigte sich die Leitlininengruppe darauf, dass die Patientenvertretung erst bei der Erstellung der Patientenleitlinie einbezogen werden soll. Türk hat hierzu bereits mit Dr. Bachinger (Patientenanwältesprecher) Kontakt aufgenommen. Es wird vereinbart, dass Dr. Bachinger über die Leitlinienarbeit laufend informiert wird.

Auch die Fachgesellschaft für Medizinische und Chemische Labordiagnostik (Labormedizin) ersuchte um Aufnahme in die Leitlininengruppe. Da in dieser BQLL aber nur die primär betroffenen Fachgruppen angesprochen werden, wurde dieses Ansuchen vom Auftraggeber abgelehnt.

Türk berichtet über den derzeitigen Stand von PROP und über die Evidenzbasierung der Quellleitlinie. Die ÖGARI hat die Medizinische Quellleitlinie überarbeitet und das Ergebnis der systematischen Literaturrecherche zur Evidenzbasierung der ÖGARI-Leitlinie liegt mittlerweile vor. Die überarbeitete Quellleitlinie wird ehestmöglich an die Leitliniengruppe versendet. Diesbezüglich verweist Türk erneut darauf, dass die fachlich-inhaltliche Diskussion der Quellleitlinie keine Aufgabe der Leitliniengruppe ist. Türk teilt mit, dass die BGK das EDV-Programm PROP finanzieren und den Bundesländern zur Verfügung stellen werden wird; der entsprechende formelle Beschluss allerdings noch ausständig ist.

4 Diskussion und Abstimmung des Zweitentwurfs

Der ausgesandte Zweitentwurf wird diskutiert und mit Beamer werden vor Ort akkordierte Änderungen vorgenommen. Diese Änderungen sind im beiliegenden Dokument grau hinterlegt und Teil des vorliegenden Protokolls.

Auf Grund der fortgeschrittenen Zeit bittet Matousek die Teilnehmer, insbesondere die einzelnen Fachbereiche, die Inhalte der Tabellen auf den Seiten 17-19 für ihre jeweilige Organisation genau zu überprüfen und ersucht um die Übermittlung von Anmerkungen bzw. Stellungnahmen.

5 Diskussion über mögliche Inhalte der Kapitel 5 und 6 (Verbreitung und Evaluierung) des Zweitentwurfs

Matousek präsentiert Vorschläge über mögliche Inhalte und bittet die Mitglieder um weitere Beiträge für die Kapitel 5 und 6.

6 Weitere Vorgehensweise

Die GÖG wird den überarbeiteten Zweitentwurf (Drittentwurf) inklusive dem Protokoll allen Teilnehmern zusenden. Bis zum 28. April 2011 sollen Stellungnahmen und etwaige Änderungsvorschläge übermittelt werden. Am 2. Mai 2011 wird die GÖG eine Version an die LL-Mitglieder versenden, wobei es für die Mitglieder der LL-Gruppe wichtig ist, dass diese Version auch die „neue" ÖGARI-LL enthält. Trotzdem ist über die Inhalte der medizinischen Quellleitlinie (ÖGARI) laut Türk nicht Stellung zu beziehen, da diese in einem eigenen wissenschaftlichen Gremium diskutiert wurden. Die LL-Mitglieder mögen zum vorliegenden Drittentwurf innerhalb von zwei Wochen in ihrer jeweiligen Organisation Rückmeldungen einholen. Ziel ist die Bearbeitung der Rückmeldungen aus den Organisationen bei der nächsten LL-Sitzung am 16. Mai 2011.

Die nächste Sitzung findet am Montag, den 16. Mai 2011, von 12.30 bis 16.00 Uhr im Sitzungszimmer U1 im Untergeschoss der GÖG statt (dasselbe Sitzungszimmer wie bei der 1. Sitzung der LL-Gruppe). Inhalte dieser Sitzung sind:

» Diskussion/Einarbeitung der Rückmeldungen aus den Organisationen
» Erarbeitung der LL-Version: für die öffentliche Konsultation und für die Vorlage bei der Sitzung der UA Qualität am 25. Mai 2011 (Voraussetzung dafür ist die Integration der medizinischen Quellleitlinie der ÖGARI in die BQLL PRÄOP und der BGK-Beschluss bezüglich des Ankaufs und des Zur-Verfügung-Stellens von PROP, da dies in der BQLL PROP textlich zu berücksichtigen ist)

Wien, am 20. April 2011

Peter Matousek

Teil 3

Protokoll der 3. LL-Gruppen-Sitzung 16. Mai 2011

3. Leitliniengruppensitzung Präoperative Diagnostik

Ergebnisprotokoll

Montag, 16. Mai 2011, 12.30 – 16.00 Uhr
GÖG/BIQG, Sitzungszimmer Untergeschoß 1

TEILNEHMER/INNEN
» Mag. Sonja Draxler, BURGEF
» Dr. Mario Földy in Vertretung Dr. Otto Rafetseder, MA 24
» Dr. Vinzenz Huber, BVA
» Dr. Astrid Knopp, HVB
» Prim. Univ.-Doz. Dr. Sibylle Kozek-Langenecker MBA, ÖGARI
» Dr. Michael Lang, ÖÄK
» Dr. Josef Lohninger, ÖGAM
» Mag. Rita Offenberger, ÖÄK
» Dr. Beate Stolzlechner, SAGES
» Dr. Silvia Türk, BMG
TEILNEHMER/INNEN GÖG
» Dr. Peter Matousek, GÖG/BIQG
» Dr. Alexander Eisenmann, GÖG/BIQG
» Margit Getlinger, GÖG
» Mag. Petra Winkler, GÖG/BIQG
ENTSCHULDIGT
» Dir. Dr. Brigitte Ettl, ÖÄK
» Dr. Lothar Fiedler, ÖGIM
» Dr. Irmgard Schiller-Frühwirth MPH, HVB

Einleitung und Darstellung der Tagesordnung
Matousek begrüßt die Leitliniengruppe und bedankt sich für die gute Zusammenarbeit. Er weist darauf hin, dass er Grundsatzdiskussionen in der heutigen Sitzung vermeiden möchte und bittet diesbezüglich um Disziplin. Anschließend stellt Matousek die Tagesordnungspunkte vor und ersucht die Teilnehmer/innen auf eine strikte inhaltliche Trennung zwischen den Punkten 2 und 3 zu achten. Matousek verweist darauf, dass jene Stellungnahmen (im Rahmen der internen Begutachtung der Rohfassung der BQLL PRÄOP), die erst nach dem 12. Mai 2011 an die GÖG übermittelt wurden, nicht mehr vor der heutigen Sitzung an die Teilnehmer/innen weitergeleitet wurden. Diese Stellungnahmen wurden jedoch in der Sitzung als Tischvorlage an die Teilnehmer/innen verteilt. Matousek ersucht die Teilnehmer/innen diese Stellungnahmen in der Sitzungspause nach Möglichkeit durchzulesen und sich einen Überblick zu verschaffen. Hauptziel dieser Sitzung ist die Beschlussfassung einer konsultationsfähigen Fassung der BQLL für die BGK.

1 Annahme Protokoll

Da zum ausgesendeten Protokoll der letzten Sitzung von den Teilnehmerinnen / Teilnehmern keine Rückmeldungen bei der GÖG eingelangt sind und auch auf die Nachfrage von Matousek im Rahmen der Sitzung keine Rückmeldungen abgegeben wurden, wird das Protokoll der letzten Sitzung angenommen.

2 Diskussion BQLL (ohne Anhang)

Matousek gibt bekannt, dass die rechtzeitig eingelangten Stellungnahmen der Teilnehmer/innen in die Rohfassung der BQLL eingearbeitet wurden und dass die Rohfassung lektoriert wurde. Vom Lektorat wurden nur geringfügige sprachliche, jedoch keine inhaltlichen Veränderungen vorgenommen. Die am ehesten relevanten Änderungen aufgrund der Stellungnahmen bzw. durch das Lektorat (Tabelle 2.1: Ärztliche Versorgungsebenen, Tabelle 2.2: Ärztliche Versorgungsebenen in der präoperativen Diagnostik, Abbildung 2.1: Darstellung des Versorgungsprozesses) wurden direkt in der Sitzung mit den Teilnehmer/innen besprochen und abgestimmt.

Türk berichtet über die von ihr eingeholten juristischen Informationen bezüglich der Informationspflicht des Patienten (Kapitel 3.3) und der Angehörigenvollmacht (Kapitel 3.5). Türk sagt zu, die diesbezüglichen Ausarbeitungen schriftlich ehestmöglich an das BIQG zu übermitteln.

Diese Ergänzungen/Änderungen werden anschließend in die Rohfassung eingearbeitet, mit dem Protokoll zur heutigen Sitzung mitgeschickt und sollen in einem Umlaufbeschluss von der Leitliniengruppe bis zur nächsten UAG Qualität (25. Mai 2011) beschlossen werden.

3 Diskussion Anhang

Matousek informiert darüber, dass ohne Rücksprache mit dem Auftraggeber die „alte" ÖGARI-Leitlinie von der Homepage für die interne Konsultation mit versendet wurde.

Der akkordierte Zeitplan hatte vorgesehen, dass die ÖGARI-Leitlinie im Rahmen der internen Konsultation methodisch bewertet wird. Trotz wiederholter Erinnerungen ist keine „neue" ÖGARI-Leitlinie bei der GÖG/BIQG eingelangt. Die interne Konsultation, die laut Zeitplan Voraussetzung für LLG-Sitzung und UAG Qualität bildete, benötigte aber eine verbindliche ÖGARI-Leitlinie. Um den vorgesehenen Ablauf der Sitzungen zu ermöglichen, wurde also behelfsmäßig die zum damaligen Zeitpunkt jüngste Fassung der ÖGARI-Leitlinie versandt, die öffentlich zugänglich war (ÖGARI-Website; in der BQLL wurden Quelle und Datum des Downloads ausgewiesen).

Matousek nennt jene Institutionen, die Stellungnahmen zur medizinischen Quellleitlinie („ÖGARI-Leitlinie") abgegeben haben. Er berichtet, dass sich ein Teil dieser Stellungnahmen auf mögliche methodische Defizite der Quellleitlinie – gemessen an international gültigen Qualitätsstandards – bezieht. Hauptkritikpunkt ist die derzeit fehlende „direkte" Evidenzbasierung der Empfehlungen in der Quellleitlinie. Allerdings ist die Evidenz bezüglich der Effektivität präoperativer Untersuchungen in einem separaten Dokument dargestellt (Johansson et al., PMU Salzburg;) und als Anhang bereits Teil der BQLL. Fachlich-inhaltliche Aspekte der Quellleitlinie waren – wie vereinbart – nicht Gegenstand der Stellungnahmen.

Türk und Kozek geben bekannt, dass am 18. Mai 2011 die abschließende Sitzung der wissenschaftlichen Gesellschaften in Begleitung des BMG stattfinden wird.

Kozek ersucht daher hinsichtlich etwaiger Ergänzungen in der „ÖGARI-Leitlinie" noch um etwas Zeit und kündigt an, dass bis 23.05.2011 jene Version der „ÖGARI-Leitlinie" an das BMG übermitteln wird, die als Quellleitlinie der BQLL PRÄOP verwendet wird.

Mehrere Stellungnahmen sowie der Großteil der Teilnehmer/innen der Leitliniengruppe verweisen darauf, dass ein Beschluss zu einem konsultationsfähigen Entwurf zur BQLL ohne medizinische Quellleitlinie nicht erfolgen kann.

4 Diskussion Stellungnahmen

Matousek erklärt, dass in den Stellungnahmen auch auf die Notwendigkeit zur Regelung der Umsetzung, der Finanzierung sowie zum Datenschutz verwiesen wurde. Diese Bereiche sind im Kapitel 4 der BQLL („Mögliche Problemfelder") ebenfalls genannt. Türk stellt klar, dass Fragen zur Umsetzung und zur Finanzierung der BQLL dezidiert vom Auftrag der Bundesgesundheitskommission ausgenommen wurden. Das BIQG wird den entsprechenden Organisationen auf ihre Stellungnahmen in diesem Sinne antworten.

Die Stellungnahmen werden als Teil des Leitlinienreports (Anhang) veröffentlicht.

5 Beschlussfassung für BGK

Aufgrund der unter Punkt 3 dieses Protokolls dargestellten Ausgangslage, konnte eine Beschlussfassung der Leitliniengruppe für einen konsultationsfähigen Entwurf nur für die BQLL ohne Anhang (d.h. ohne medizinische Quellleitlinie) erfolgen.

Die Ergänzungen zur Informationspflicht des Patienten (Kapitel 3.3) und zur Angehörigenvollmacht (Kapitel 3.5) sollen in einem Umlaufbeschluss von der Leitliniengruppe beschlossen werden.

6 Weitere Vorgangsweisen

Matousek informiert, dass der Leitlinienreport noch zu erstellen ist. Wobei neben der Abstimmung des Leitlinienreports auch noch inhaltliche Arbeiten durchzuführen sind, für die eine Mitarbeit der Leitliniengruppe erforderlich ist.

Türk stellt klar, dass vor der Sitzung der BGK (1. Juli 2011) weitere Arbeiten der Leitliniengruppe nicht sinnvoll sind und dass der Beschluss der BGK vor einer neuerlichen Sitzung der Leitliniengruppe abzuwarten ist. Türk wird die Leitliniengruppe über die Ergebnisse der Sitzung der BGK informieren. In Hinblick auf die Ferienzeit während der Sommermonate könnte eine etwaige Leitliniengruppensitzung Anfang September 2011 erfolgen.

Das Projekt BQLL PRÄOP wird vom BMG im Rahmen der nächsten UAG Qualität (25.6.2011) vorgestellt.

Die noch ausständige interne Konsultation zur medizinischen Quellleitlinie wird im Rahmen der öffentlichen Begutachtung stattfinden.

Peter Matousek

Teil 4

Protokoll der 4. LL-Gruppen-Sitzung 12. Oktober 2011

4. Leitliniengruppensitzung Präoperative Diagnostik

Ergebnisprotokoll

Mittwoch, 12. Oktober 2011, 13.00 – 17.00 Uhr
GÖG/BIQG, Sitzungszimmer Mezzanin

TEILNEHMER/INNEN
» Mag. Sonja Draxler, BURGEF
» Dir. Dr. Brigitte Ettl, ÖÄK
» Dr. Lothar Fiedler, ÖGIM
» Dr. Mario Földy in Vertretung Dr. Otto Rafetseder, MA 24
» Dr. Vinzenz Huber, BVA
» Prim. Univ.-Doz. Dr. Sibylle Kozek-Langenecker MBA, ÖGARI
» Mag. Rita Offenberger, ÖÄK
» Dr. Beate Stolzlechner, SAGES
» Dr. Silvia Türk, BMG
TEILNEHMER/INNEN GÖG
» Dr. Peter Matousek, GÖG/BIQG
» Dr. Alexander Eisenmann, GÖG/BIQG
» Mag. Petra Winkler, GÖG/BIQG
ENTSCHULDIGT
» Dr. Johannes Koinig, LGF Steiermark
» Dr. Astrid Knopp, HVB
» Dr. Michael Lang, ÖÄK
» Dr. Josef Lohninger, ÖGAM
» Dr. Irmgard Schiller-Frühwirth MPH, HVB

1 Annahme Protokoll

Das Protokoll der letzten Sitzung wird angenommen.

2 Diskussion der Stellungnahmen der externen Gutachterinnen

Die beiden Stellungnahmen der externen Gutachterinnen sind zeitlich sehr knapp eingelangt (entgegen der Vereinbarung erst am Vormittag desselben Tages) und werden weitgehend ohne Vorbereitung diskutiert.

1. Stellungnahme von Univ.-Prof. Dr. Spies, in Kooperation mit einer Mitarbeiterin (Universitätsklinik für Anästhesiologie an der Charité Berlin) zum fachlichen Aspekt der BQLL:

Die BQLL ist grundsätzlich sehr gut gelungen, die wenigen Anmerkungen betreffen die Quellleitlinie und nicht die Leitliniengruppe. Sie werden von der ÖGARI bearbeitet (in der Quellleitlinie geändert oder kommentiert).

2. Stellungnahme von Prof. Dr. Ina B. Kopp (AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement) zur methodischen Qualität der BQLL:

Folgende Punkte aus der Stellungnahme münden in einer Adaptierung der BQLL:

- Klarere Darstellung des Verhältnisses der BQLL und der Quellleitlinie. Die GÖG wird einen Querbezug bei den Zielen einfügen.
- Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Die berufliche Herkunft der LL-Mitglieder wird ergänzt, um aufzuzeigen, dass sehr wohl ein Vertreter / eine Vertreterin der Chirurgie beteiligt war.
- Die Nennung der beteiligten Organisationen auf dem Titelblatt und im Anhang 1 wird abgeglichen.
- Die Organisationen werden ausgeschrieben (wiewohl es ein Abkürzungsverzeichnis gibt).
- Eine Beschreibung des Verfahrens zur Einladung der Interessengruppen wird ergänzt.
- Die Begründung der Auswahl der ÖGARI-LL wird ergänzt (aktuellste Version in Österreich)

Andere Aspekte des Gutachtens beziehen sich auf die Metaleitlinie bzw. haben ihren Ursprung in der Metaleitlinie, beispielsweise was die Platzierung des Evaluierungskonzepts betrifft (ist in Österreich Teil des Reports). Sie haben deshalb keine Änderungsbedarf für die vorliegende BQLL Präoperative Diagnostik, sondern werden in die Diskussion um die Überarbeitung der Metaleitlinie Eingang finden.

Die restlichen Argumente wurden diskutiert, es wurde aber kein Handlungsbedarf zur Berücksichtigung in der vorliegenden BQLL abgeleitet.

3 Weitere Vorgangsweise bzgl. PROP

Türk informiert die Leitliniengruppe, dass mehrere Gespräche zwischen der Fachhochschule URSTEIN mit EDV-Technikern stattgefunden haben bzgl. der österreichweiten Ausrollung von PROP. Das Vorhaben ist sehr komplex, weil PROP in der heutigen Form EDV-technisch nicht auf 30.000 Ärzte ausgelegt ist, und weil jedes Bundesland andere Anforderungen hat. Auch die zahlreichen verschiedenen Schnittstellen stellen eine große Herausforderung dar. Bedingungen für das BMG sind die intra- und extramurale Anwendbarkeit und die Evaluierbarkeit. Von den Technikern wurden vier Vorschläge (hinsichtlich Technik, Ablauf, Kosten etc) ausgearbeitet. Es hat sich eine favorisierte Variante herauskristallisiert, die am Abend desselben Tages zwischen BMG und drei Ländervertretern diskutiert wird. Türk möchte hinsichtlich eines möglichen Ergebnisses nichts vorwegnehmen.

Draxler ersucht, insbesondere auch den zeitlichen Horizont der Ausrollung zu besprechen, denn in den burgenländischen Krankenhäusern wird derzeit PROP angewendet, doch die Berechtigung dazu läuft Ende des Jahres 2011 ab.

Földy berichtet, dass PROP in Wien im Rahmen eines Reformpoolprojekts nur intramural verwendet wird und für Wiener Anforderungen bereits adaptiert wurde. Das Befundblatt ist nämlich im pdf-Format speicherbar (das ist Voraussetzung für die elektronische Patientenakte). Außerdem steht auf dem Befundblatt die zugrunde gelegte Version der ÖGARI-Leitlinie.

Türk schätzt, dass es innerhalb eines halben Jahres möglich (ab dem Zeitpunkt der Beschlussfassung) sein müsste, PROP operativ umzusetzen.

4 Kategorisierung der Stellungnahmen aus der öffentlichen Konsultation

Im Dokument mit allen Stellungnahmen aus der öffentlichen Konsultation wird der Kategorisierungsvorschlag der GÖG verifiziert (rot = betrifft nicht die LL-Gruppe, sondern den Auftraggeber oder die ÖGARI; orange = die LL-Gruppe entscheidet, ob aufgrund der Stellungnahme Änderungsbedarf in der BQLL besteht; grün = formale Anmerkung, die von der GÖG ohne Diskussion in der LL-Gruppe bearbeitet wird). Für die letztendlich orange markierten Stellungnahmen entscheidet die LL-Gruppe über den Änderungsbedarf in der BQLL. Die GÖG wird die beschlossenen Änderungen in der

aktuellen BQLL durchführen, farblich markieren und sie der LL-Gruppe übermitteln. Die im Konsens kategorisierte Synopse der Stellungnahmen ist Teil des Protokolls.

Darüber hinaus wird die GÖG alle Stellungnahmen in einer Tabelle (nach dem Vorbild aus der internen Konsultation) zusammenfassen, in der die jeweils Betroffenen (AUftraggeber, ÖGARI, GÖG für die LL-Gruppe) ihre Kommentare einfügen. Diese Tabelle wird nach Abnahme der BQLL-PRÄOP durch die BGK im Report gemeinsam mit der BQLL veröffentlicht werden.

5 Stellungnahmen aus der internen Konsultation

Die noch Anwesenden (Vertreterinnen der Ärztekammer und der ÖGARI) bestätigen, dass aus Ihrer Sicht aus diesen Stellungnahmen kein Änderungsbedarf für die aktuelle BQLL erwächst. Auch den in der Tabelle enthaltenen Kommentaren der GÖG wird zugestimmt. Da auch diese Tabelle Teil des Reports ist, soll sie erst gemeinsam mit dem Report von der LL-Gruppe abgenommen und veröffentlicht werden.

6 Weiteres Procedere

Man einigt sich auf folgende Vorgangsweise: Alle (farblich markierten) Änderungen in der BQLL werden von der GÖG als Vorschlag an die LL-Gruppenmitglieder in den nächsten Tagen versandt und in einem Umlaufverfahren noch vor der nächsten Sitzung der UAG Qualität am 19. Oktober 2011 beschlossen. Rückmeldungen sind daher bis spätestens Dienstag, den 18. Oktober 2011 (Mittag) erforderlich.

Falls aus den vorliegenden Stellungnahmen Änderungsbedarf bei der medizinischen Quellleitlinie besteht, werden diese Änderungen zeitlich so bearbeitet, dass eine Diskussion bzw. Abnahme bei der nächsten AGSV-Sitzung am 4. November 2011 möglich ist. Zum genauen Procedere einigen sich BMG und ÖGARI bilateral.

Die GÖG übermittelt dem Auftraggeber und der UAG Qualität eine Tabelle mit den Stellungnahmen der öffentlichen Konsultation und der externen Gutachterinnen. Jene Punkte, die nicht in den Kompetenzbereich der LL-Gruppe werden kenntlich gemacht.

Wichtige Folgetermine sind:
» 4. November: AGSV
» 25. November: BGK

Es ist keine weitere LL-Gruppensitzung geplant.

Peter Matousek

Teil 5

Interne Konsultation – Stellungnahmen Tabelle

Interne Konsultation – Stellungnahmen Tabelle

Stellungnehmer/in	Organisation/Funktion	Ort, Datum
Prim. Univ. Doz. Dr. Sibylle Kozek-Langenecker	Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin	5. Mai 2011
Dr. Siegfried Preindl	Tiroler Gebietskrankenkasse	9. Mai 2011
Mag. Daniela Saria	Salzburger Gebietskrankenkasse	12. Mai 2011
Prim. Dr. Reinhold Pongratz, MBA	Steiermärkische Gebietskrankenkasse	13. Mai 2011
MR Dr. Walter Dorner	Österreichische Ärztekammer	3. Mai 2011
KAD Dr. Karlheinz Kux	Österreichische Ärztekammer	13. Mai 2011
Dr. Martina Amler	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	16. Mai 2011
Dr. Erich Schmatzberger	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger	16. Mai 2011

Textpassage	Stellungnahme	Anmerkungen/Diskussion in der Leitliniengruppe
Stellungnahme Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin		
Abbildung 3.2	Im Kasten zu „Befundanforderung, Befunderstellung und Befundinterpretation“ auch das Wort Befundkorrektur hinzufügen (z. B. wird ja eine präOP erkannte Anämie bei großer OP durch Eisen/Erypo korrigiert).	„Befundkorrektur“ wurde in der Abbildung 3.2 hinzugefügt
Stellungnahme Tiroler Gebietskrankenkasse		
Allgemeine Anmerkung	Die BQLL ist viel zu lange geraten und stellt mit dem Anhang 3 (system. Review zur Evidenz der Effektivität präoperativer US der PMU Salzburg), der den größten Teil der BQLL einnimmt, keine eigentliche Leitlinie dar, sondern eine Sachverhaltsdarstellung der leider unbefriedigenden Ist-Situation. Der PMU-Review sollte nur in komprimierter, zusammengefasster Form wiedergegeben werden mit Unterstreichung der Tatsache, dass es dzt. de facto keine Evidenz für den Wert der dzt. gebräuchlichen präoperativen US gibt. Vorschlag: „Im Prinzip sollte aus meiner Sicht die gesamte BQLL nach kurzer Darstellung der Ziele und Adressaten sowie der Ist-Situation auf die Wiedergabe der ÖGARI-Leitlinie reduziert werden. So, wie die BQLL dzt. gestaltet ist, befürchte ich, dass sie von niemandem gelesen wird!“	Die endgültige Version der med. Quellleitlinie (Anhang) ist zum Zeitpunkt der Stellungnahme noch nicht vorgelegen. Die diesbezügliche interne Begutachtung wird im Rahmen der öffentlichen Konsultation stattfinden. s.o. s.o.
Stellungnahme Salzburger Gebietskrankenkasse		
Allgemein	Seitens der SGKK gibt es keinen Änderungsbedarf	Zur Kenntnis genommen
Stellungnahme Steiermärkische Gebietskrankenkasse		
Allgemein	Vor Abnahme der BQLL- Präoperative Diagnostik durch die SV ist vor allem die zugrunde liegende medizinische Quellleitlinie auf geforderte Qualitätsstandards zu überprüfen.	Die endgültige Version der med. Quellleitlinie (Anhang) ist zum Zeitpunkt der Stellungnahme noch nicht vorgelegen. Die diesbezügliche interne Begutachtung wird im Rahmen der öffentlichen Konsultation stattfinden.

Fortsetzung nächste Seite

© GÖG/BIQG, PRÄOP 2011

Textpassage	Stellungnahme	Anmerkungen/Diskussion in der Leitliniengruppe
	Stellungnahme Österreichische Ärztekammer	
3.Mai 2011	Ohne med. Quellleitlinie ist keine Beurteilung der BQLL hinsichtlich Metaleitlinienkonformität möglich.	Die endgültige Version der med. Quellleitlinie (Anhang) ist zum Zeitpunkt der Stellungnahme noch nicht vorgelegen. Die diesbezügliche interne Begutachtung wird im Rahmen der öffentlichen Konsultation stattfinden.
3.Mai 2011	Prozess der Diagnostik wird durch PROP vorgegeben. Ist nicht vorgestellt worden.	PROP ist derzeit nicht verbindlich vorgegeben. Deshalb Vorstellung von PROP vorläufig nicht erforderlich.
3.Mai 2011	Finanzierung von PROP und an den Schnittstellen nicht Teil der BQLL	Finanzierungs- und organisatorische Regelungen betreffend die Umsetzung sind gemäß Auftrag nicht Teil der BQLL
3.Mai 2011	Datenschutzrechtliche Fragestellungen (insbesondere bei Anwendung von PROP) nicht erörtert	Wurden als Problemfeld (Tabelle 4.1) definiert
3.Mai 2011	Zweiwöchige Frist zu kurz, endgültige Stellungnahme im Rahmen der öffentlichen Begutachtung	Zur Kenntnis genommen
13. Mai. 2011	Die Österreichische Ärztekammer spricht sich grundsätzlich für eine Empfehlung und Umsetzung verbessernder Maßnahmen zur präoperativen Diagnostik aus und bezieht sich auf die positiven Erfahrungen, die unter Anwendung von PROP in Pilotprojekten in Salzburg auch mit dem niedergelassenen Versorgungssektor gemacht wurden.	Zur Kenntnis genommen
13. Mai. 2011	Zu kurze Zeit für eine Versorgungsleitlinie (BQLL) erschwert die Konsensfindung	Zur Kenntnis genommen
13. Mai. 2011	Ausschluss der Umsetzungsfragen und Finanzierungsfragen sind nicht Metaleitlinienkonform	Zur Kenntnis genommen
13. Mai. 2011	Es fehlt die Einarbeitung der Evidenz in die Quellleitlinie	Die endgültige Version der med. Quellleitlinie (Anhang) ist zum Zeitpunkt der Stellungnahme noch nicht vorgelegen. Die diesbezügliche interne Begutachtung wird im Rahmen der öffentlichen Konsultation stattfinden.
13. Mai. 2011	Empfiehlt eine Entwicklung eines Standards gemäß GQG und nicht einer BQLL	Zur Kenntnis genommen
13. Mai. 2011	Empfiehlt Verhandlungen der entsprechenden Institutionen zur Finanzierung, Honorierung und weiteren Implementierungsvoraussetzungen. Die Finanzierungsmöglichkeit des Bundes sollte den extramuralen Bereich mitberücksichtigen.	Zur Kenntnis genommen

Fortsetzung nächste Seite

Textpassage	Stellungnahme	Anmerkungen/Diskussion in der Leitliniengruppe
	Stellungnahme Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	
Allgemein	Im Unterschied zum Verordnungsentwurf, der uns im April 2010 zur Stellungnahme vorlag und in dem eine Empfehlung der ÖGARI für die PRÄOP in einer Prä-Anaesthesiologischen Ambulanz abgegeben wurde, wird in der BQLL alles offen gelassen. Im Gegenteil, die Autoren der BQLL sehen diese auch als Instrument einer integrierten, nahtstellenübergreifenden Versorgung. Es wird die Wahlfreiheit des Patienten betont und die niedergelassenen Ärzte werden explizit als Adressaten der BQLL und als Akteure im OP-Freigabeprozess genannt. So stellen die BQLL laut Einleitung keine starren Vorschriften dar, sondern sind als Handlungs- und Entscheidungsgrundlage zu verstehen. In Pkt. 1.3 spricht man von "Handlungs- und Entscheidungshilfe" was noch unverbindlicher ist, zumal in begründeten Fällen abgewichen werden kann bzw. muss.	Die allgemeine Darstellung betreffend die Wahlfreiheit des Patienten ist Ergebnis der Konsensfindung in der Leitliniengruppe. Die Konzeption der BQLL als Handlungs- und Entscheidungshilfe ist metaleitlinienkonform.
Tabelle 4.1	Lediglich im Kapitel 4, Tabelle 4.1 (S .19), "Erkannte Problemfelder" werden die Themen "Finanzierung der Leistung (Anamnese) im niedergelassenen Bereich" und "Klärung inwieweit die präoperative Abklärung Teil des LKF-Pauschales ist" angesprochen. Dazu ist anzumerken, dass in der 1. Zeile "Finanzierung der Leistung im niedergelassenen Bereich" wegen des Grundsatzes "Geld folgt Leistung" auch die Bundesländer ein erforderlicher Partner sind.	Finanzierungs- und organisatorische Regelungen betreffend die Umsetzung sind gemäß Auftrag nicht Teil der BQLL
3.1/3.2	Offen bleibt, welche Versorgungsebenen die Methoden der präoperativen Diagnostik anwenden. Die Allgemeinmediziner und niedergelassenen Fachärzte sollen diagnostische, medizinisch/therapeutische Prozesse durchführen (vgl. Pkt. 3.2 "Versorgungspartner"). Ergänzend dazu sagt Pkt. 3.1, dass die geeignete ärztliche Versorgungsebene in der präoperativen Diagnostik von vielen Faktoren abhängt (z. B. wo wird Operation/Indikation gestellt, sind niedergelassene Ärzte und KA vernetzt,...). Nach den geltenden krankenanstaltenrechtlichen Bestimmungen, der höchstgerichtlichen Judikatur (kausaler Zusammenhang zu OP) und den derzeitigen Finanzierungsregeln müsste der Grundsatz "Geld folgt Leistung" zur Anwendung kommen, wenn die präoperative Diagnostik – wenn auch unter Anwendung der BQLL – im niedergelassenen Bereich erfolgt.	Finanzierungs- und organisatorische Regelungen betreffend die Umsetzung sind gemäß Auftrag nicht Teil der BQLL

Fortsetzung nächste Seite

© GÖG/BIQG, PRÄOP 2011

Textpassage	Stellungnahme	Anmerkungen/Diskussion in der Leitliniengruppe
Kapitel 1	Laut Pkt. 1 (Ist-Analyse/Aktiviväten in Österreich) hat NÖ alle seine Initiativen zur Umsetzung der Leitlinie vorerst verschoben. Diese Aussagen in der Rohfassung vom 4.5.2011 stimmen nicht mit den Aussagen der NÖ Landeskliniken-Holding überein, wonach in allen NÖ Krankenanstalten Anästhesieambulanzen eingerichtet werden und dieses Vorhaben teilweise schon umgesetzt ist. Es ist auch bereits zu Protesten seitens der NÖ Ärztekammer gekommen, weil durch die Errichtung von Anästhesieambulanzen in KA Nachteile für niedergelassene Ärzte befürchtet werden.	Wurde aus der Rohfassung entfernt
Stellungnahme Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger		
Allgemein	Mit Ausnahme des Abschnitts zur Gerinnungsdiagnostik, in der ohne Erläuterung der Skalierung bzw. ob sich die Einteilung auf Evidenz oder Empfehlungsstärke bezieht, Grade angegeben sind, enthält die ÖGARI Leitlinie weiterhin keine Angaben zur Basis ihrer Empfehlungen. Eine Bewertung der methodischen Qualität mittels AGREE durch den Ersteller der Leitlinie ist hinsichtlich der Sinnhaftigkeit kritisch zu hinterfragen; ein Ergebnis dieser Bewertung, wer und zu welchem Zweck und mit welcher Konsequenz diese Bewertung durchgeführt wurde, wäre darzustellen, fehlt aber in der Rohfassung Die Arbeit orientiert sich an einem HTA des englischen National Institute of Clinical Excellence (NICE), der 2003 publiziert wurde. Ein Bezug zur ÖGARI-Leitlinie wird nicht hergestellt. In der vorgelegten Form ist es ohne großen Aufwand nicht möglich zu beurteilen, inwieweit die Ergebnisse des Reviews ÖGARI-Empfehlungen unterstützen oder nicht. Es ist die Frage zu stellen, wofür der Review beauftragt wurde, da sich in der vorgelegten Form die Qualität der ÖGARI-Leitlinie nicht verbessert hat. Vor der Zustimmung zur BQLL-PräOp müssen nicht nur die Inhalte der „organisatorischen" Leitlinie vorliegen, sondern auch die zugrunde liegende medizinische Quellleitlinie und den geforderten Qualitätsstandards entsprechen. Als Minimalanspruch sollte transparent sein, inwieweit sie diesen Qualitätsstandards entspricht.	Die endgültige Version der med. Quellleitlinie (Anhang) ist zum Zeitpunkt der Stellungnahme noch nicht vorgelegen. Die diesbezügliche interne Begutachtung wird im Rahmen der öffentlichen Konsultation stattfinden. s.o. s.o. s.o. s.o.

Fortsetzung nächste Seite

Textpassage	Stellungnahme	Anmerkungen/Diskussion in der Leitliniengruppe
Anhang 3 Evidenz für die Effektivität präoperativer Untersuchungen (PMU)	Kapitel 1 „Zusammenfassung“ leer	Die endgültige Version der med. Quellleitlinie (Anhang) ist zum Zeitpunkt der Stellungnahme noch nicht vorgelegen. Die diesbezügliche interne Begutachtung wird im Rahmen der öffentlichen Konsultation stattfinden.
Adressatinen/ Adressaten/ Anwendungsbereich	Als Adressatinnen/Adressaten werden des Weiteren erwachsene Patientinnen und Patienten erwähnt, eine Leitlinie, die sich primär an Gesundheitsdienstleister aus dem ärztlichen Bereich richtet, ist nicht geeignet Patientinnen und Patienten Informationen zu vermitteln um sie zu einer informierten Entscheidung zu befähigen.	Patientenleitlinie erst zu einem späteren Zeitpunkt geplant

© GÖG/BIQG, PRÄOP 2011

Teil 6

Öffentliche Konsultation – Stellungnahmen Tabelle

Öffentliche Konsultation - Stellungnahmen Tabelle

Textpassage	Stellungnahme	Kommentar
	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz	
Allgemein	*Von Seiten der medizinischen Fachabteilung BMASK IV/8 ergeben sich weder Änderungs- noch Ergänzungsvorschläge. Die mit der Leitlinie verbundene Zielsetzung einer bundesweit einheitlichen und sektorenübergreifenden Anwendung unter dem Aspekt der Patientinnen- und Patientenorientiertheit sowie ökonomischer Gesichtspunkte wird begrüßt.*	zur Kenntnis genommen
	ARGE Patientenanwälte	
Allgemein	*Wir erlauben uns darauf hinzuweisen, dass wir keinen Einwand bzw. auch keine direkte Ergänzung zum Text vorzubringen haben und die vorliegende Bundesqualitätsleitlinie umfassend unterstützen*	zur Kenntnis genommen
	OÖGKK	
Allgemein	*Angaben zur Evaluierung fehlen* Begründung: Laut Metaleitlinie haben Auftraggeber bzw. Antragsteller Sorge zu tragen, dass die Wirksamkeit der Bundesqualitätsleitlinie in jedem Fall evaluiert wird. Literaturhinweis: Metaleitlinie Version 1.0., Kapitel 2.15 S. 17	Evaluation ist Teil des Reports

Fortsetzung nächste Seite

Textpassage	Stellungnahme	Kommentar
	Amt der Oberösterreichischen Landesregierung	
Allgemein	*Zusammenfassend führen wir nachstehend noch einige Punkte an, die vor allem aus medizinischer Sicht noch bedacht werden sollten:* *1. Eine Verordnung zur Anwendung einer LL zur präoperativen Diagnostik ist unserer Meinung nicht durchführbar.* *2. Ein Vollzug der Verordnung ist praktisch nicht möglich. Die Relation Verwaltungsaufwand versus Nutzen sollte objektiv dargelegt werden.* *3. Die LL zeigt weder die möglichen tatsächlichen Abläufe der präoperativen Diagnostik und deren Standardisierung (die unserer Meinung nach das größte Einsparungspotential bietet) auf, noch bietet sie Lösungsvorschläge zum einheitlichen Prozessablauf je Krankheitsbild/geplantem Eingriff.* *4. Es wird keine Rücksicht auf die heterogene Krankenhauslandschaft genommen.* *5. Die Rolle der einzelnen Länder ist nicht definiert.* *6. Es wird keine Rücksicht auf möglicherweise bestehende Abläufe über Nahtstellen hinaus von bestimmten Krankenanstalten und dem extramuralen Bereich genommen.* *7. Die Rollen der hauptverantwortlichen und handelnden Personen (Anästhesist und Operateur) sollten konkret ausgeführt werden.* *8. Eine Arbeitsanweisung zur präop Diagnostik sollte in den jeweiligen Krankenanstalten erarbeitet werden und zuerst das "Micro-Nahtstellen-Management" innerhalb eines Hauses, einer Abteilung, Ambulanz, OP-Saal,..... optimiert werden, bevor die Nahtstellen im eigentlichen Sinn als Problem angesehen werden.* *9. Die Umsetzung von Leitlinien bedingt auch eine Wartung und Pflege entsprechend den medizinischen Fortschritten und der aktuellen Evidenzlage.* *Weiters ist eine rasche Einführung und Anwendung der EDV-Software PROP anzustreben.* *Abschließend erlauben wir uns noch anzuführen, dass durch die vorliegende BQLL von einem der ursprünglichen Hauptziele der präoperativen Diagnostik, der Kosteneinsparung aufgrund konsequenter Vermeidung von Doppelbefundungen, wenig Konkretes übrig zu sein scheint.*	Punkt 1. ,2. ,5. und 9. wird durch Auftraggeber kommentiert Alle übrigen Punkte wurden diskutiert: kein Änderungsbedarf ÖGARI: Ad Punkt 1 und 3: Es handelt sich nicht um eine Verordnung, sondern eine BQLL. Aus medizinischer Sicht erscheint die Anwendung einer Leitlinie im organisatorischen Rahmen einer BQLL durchführbar. In der Quellleitlinie ist die empfohlene individualisierte präoperative Diagnostik dargestellt. Entsprechend der Individualisierung der medizinischen Prozesse und der Heterogenität der organisatorischen Gegebenheiten, kann kein „one-fits-all“ einheitlicher Verlauf definiert werden. Ad Punkt 9: Die Gültigkeitsdauer von 3 Jahren bis zum nächsten Update wurde sogar am Deckblatt der BQLL vermerkt.

© GÖG/BIQG, PRÄOP 2011

Textpassage	Stellungnahme	Kommentar
Wirtschaftskammer Österreich, Fachverband der Gesundheitsbetriebe; Verband der Privatkrankenanstalten Österreichs		
Allgemein	*Der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass durch umfassende präoperative Diagnostik in der derzeit üblichen Form auch Zufallsbefunde erhoben werden, die eine konkrete Behandlung erfordern. Vor dem Hintergrund dieser präventiven Funktion der präoperativen Diagnostik erscheinen vertiefte Überlegungen zu den Auswirkungen der Umsetzung des Entwurfes angezeigt.*	ÖGARI: Zufallsbefunde sind nicht das Ziel der präoperativen Diagnostik. Bezüglich der Erklärungen zum Unterschied zwischen Vorsorgeuntersuchungen und präoperativer Diagnostik wird auf die Stellungnahme zu den Eingaben der ÖÄK verwiesen. Jegliche medizinische Diagnostik soll das notwendige Maß nicht überschreiten, die PatientInnen nicht zusätzlichen Risiken und Belastungen aussetzen (etwa durch weiterführende Abklärungen) und soll dazu geeignet sein, eine Pathologie zu detektieren (z.B. wird die Empfindlichkeit des Lungenröntgen für die Früherkennung eines Bronchuscarcinoms als ungenügend beschrieben).

Fortsetzung nächste Seite

Textpassage	Stellungnahme	Kommentar
	Bundesministerium für Gesundheit	
Allgemein	*Es wird darauf hingewiesen, dass die Inanspruchnahme von niedergelassenen VertragsärztInnen im KV-Recht nicht uneingeschränkt im Belieben der PatientInnen steht. Nach den Krankenordnungen der Krankenversicherungsträger können nämlich in einem Abrechnungszeitraum (zumeist ein Kalendervierteljahr) nicht mehrere VertragsärztInnen für Allgemeinmedizin oder mehrere FachärztInnen des gleichen Fachgebietes auf Rechnung der Kasse in Anspruch genommen werden und ist die Zahl der Facharztkonsultationen pro Quartal zumeist auf drei Facharztsparten eingeschränkt. Weiters können labormedizinische Leistungen nur auf Überweisung sowie CT-, MRT- und nuklearmedizinische Diagnostikleistungen nur nach vorheriger Chef(kontroll)ärztlicher Bewilligung auf Kassenkosten beansprucht werden.* *Zum anderen ist auch die Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen nach § 26 KAKuG bzw. den jeweiligen Ausführungsgesetzen der Länder nicht uneingeschränkt möglich. Schließlich ist auch für die stationäre Aufnahme nicht allein der Wunsch der PatientInnen ausschlaggebend, sondern bedarf es einer Einweisung und Aufnahme in stationäre Pflege.* *Nicht abschließend und umfassend geklärt sind auch die Fragen, in welchem Sektor operative Leistungen erbracht werden sollen und inwieweit für stationär durchzuführende OPs eine Auslagerung der diagnostischen Leistungen in den niedergelassenen Bereich auf Kosten der Krankenversicherungsträger im Lichte der Vereinbarung zur Spitalsfinanzierung zulässig ist. Gemäß § 26 Abs. 1 Z 4 KAKuG ist eine Pflichtaufgabe der Spitalsambulanzen die Befunderhebung nach ärztlicher Zuweisung vor Aufnahme in Anstaltspflege. Durch eine BQLL sollte diese Verpflichtung nicht „verwischt" werden und einer – ohnehin von Seiten der SV beklagten – unzulässigen Leistungsverschiebung in den niedergelassenen Bereich Vorschub geleitstet werden.* *Die verwendeten Abkürzungen sind teilweise uneinheitlich (z. B.: „Ev.", „evtl." und „eventuell").*	zur Kenntnis genommen redaktionelle Änderungen wurden vorgenommen
	Klinikum Wels-Grieskirchen	
Allgemein	*Bei dieser Leitlinie wird unter anderem auf das Nahtstellenmanagement der einzelnen Gesundheitsbereiche in der präoperativen Abklärung eingegangen. Punkte wie Finanzierung der präoperativen Abklärung im extramuralen und intramuralen Bereich, Definition von PROP als Standardsoftware für Österreich mit ensprechender Weiterentwicklung und der Informationstransfer zwischen den Bereichen werden als Problemfelder indentifiziert, aber nicht im Detail diskutiert. Die ÖGARI Leitlinien werden als die medizinische Quellleitlinie anerkannt. In Summe keine Einwände.*	zur Kenntnis genommen

Fortsetzung nächste Seite

© GÖG/BIQG, PRÄOP 2011

Textpassage	Stellungnahme	Kommentar
	Österreichische Ärztekammer	
Allgemein	*1. Konformität mit der Metaleitlinie* *Die Österreichische Ärztekammer hat im Prozess der Erarbeitung des vorliegenden Entwurfs bereits im Rahmen einer Stellungnahme auf die Diskrepanz mit der Metaleitlinie hingewiesen. Dies insbesondere zum unserer Ansicht nach ungeeignet eng formulierten Auftrag an die Leitliniengruppe, die mit der Einschränkung konfrontiert wurde, sich weder mit der Finanzierung noch mit den Strukturen zum Thema integrierten Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten für die präoperative Diagnostik bei elektiven Eingriffen zu beschäftigen. Ein wesentlicher Kritikpunkt bleibt jedoch der Ausschluss der Leitliniengruppe als solche von der Erarbeitung der Quellleitlinie, deren Entstehen nicht dem partizipativen Vorgehen entspricht, das das Gesundheitsqualitätsgesetz normiert.*	ÖGARI: Ad 1. Die Empfehlungen zur präoperativen Patientenevaluierung wurden von der Fachgesellschaft ÖGARI fachintern erarbeitet und auf der Homepage 2008 veröffentlicht. Nach Nominierung dieser Empfehlung als Quelle einer BQLL wurde die derzeit vorliegende medizinische Quellleitlinie im Sinne eines partizipativen Vorgehens gemeinsam mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften für Chirurgie, Allgemein- und Familienmedizin, Innere Medizin, Radiologie und Laboratoriumsmedizin und klinische Chemie erarbeitet. BMG: Der Auftrag lautete an die LL-Gruppe eine Optimierung der Versorgung von Patienten im Bereich der präoperativen Diagnostik zu erstellen. Der Auftrag an die Wissenschaftliche Ges. der Anästhesisten lautete die med. Quellleitlinie evidenzbasiert zu evaluieren.
	2. Systematic Review *Die Österreichische Ärztekammer anerkennt die nachträgliche Erarbeitung des Systematic Reviews, ein wesentlicher Teil des Entwurfes der - ungeachtet der punktuellen Kritik weiter unten - die methodische Anfechtbarkeit des ursprünglichen Entwurfes der Quellleitlinie der ÖGARI saniert.*	ÖGARI : Ad 2. Wir freuen uns über Anerkennung des systematischen Review hinsichtlich der methodischen Unanfechtbarkeit der vorliegenden medizinischen Quellleitlinie. In diese Quellleitlinie wurde der systematische Review eingearbeitet, also nicht erst nachträglich erstellt.
	3. Pilotphase *Der Gegenstand des vorliegenden Entwurfes, integrierten Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten für die präoperative Diagnostik bei elektiven Eingriffen, erfordert aus unserer Sicht unbedingt eine Pilotphase, in der die vorgesehenen Prozesse und Strukturen mit den elektronischen Programmen (PROP?) insbesondere auch an den Schnittstellen, also bei den Nahtstellenpartner der integrierten Versorgung für die präoperative Diagnostik nun anhand des vorliegenden Entwurfes getestet und evaluiert wird.*	ÖGARI: Ad 3. Aus unserer medizinischen Sicht sollte die Ausrollung ehest möglich und konzertant erfolgen, um den nachhaltigen Beitrag zur Verbesserung der Outcomekriterien zu realisieren. BMG: Eine Pilotphase hat bereits stattgefunden, in den Bundesländern Salzburg und Burgenland und wurde bereits evaluiert.
	4. Integration der niedergelassenen Ärzteschaft *Die Integration des niedergelassenen Bereichs in den Prozessen und Strukturen des vorliegenden Entwurfes einer BQll erfordert einen gut abgestimmten Informationsaustausch, wofür die entsprechende EDV-Software sowie erforderliche Hardware ohne finanzielle Belastung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung zu stellen ist.*	ÖGARI: Ad 4 und 5. Diesen Punkten wird zugestimmt. Der Informationsaustausch könnte auch durch weitere innovative Datentransfersysteme bewerkstelligt werden, die jedoch unabhängig von der vorliegenden BQLL zu entscheiden sind. BMG: Der Auftrag der Bundesgesundheitskommission lautet dezidiert, keine finanziellen Vorgaben in der Leitlinie zu erstellen.
	5. Mitarbeiterzufriedenheit - Anwenderfreundlichkeit von PROP oä Programmen *Eines der Ziele der vorliegenden BQll ist die Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit. Jede Unterstützung, die zu einer Entlastung der ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Verwaltungsagenden führen, wird von uns sehr begrüßt. In diesem Sinne fordern wir, darauf zu achten, dass EDV-gestützte Prozesse, die durch die vorliegende BQll eingeführt werden sollen, mit vorhandener Software kompatibel und zu keiner Doppeldokumentation bzw. doppelter Eingabe von Daten führen kann.*	BMG: Wird zur Kenntnis genommen.

	6. Angemessene Definition von Präoperativer Diagnostik *Die Aussage, "Die Befunderhebung in der präoperativen Diagnostik erfolgt österreichweit uneinheitlich", (BQLL-PRÄOP – Seite 3) trifft sicherlich zu. Es fehlt jedoch eine Definition, was unter präoperativer Diagnostik im Sinne bzw. entsprechend dem Inhalt des vorliegenden Entwurfs zu einer BQll zu verstehen ist. Auch die in der Tabelle 3.2 dargestellten "ärztlichen Versorgungsebenen in der präoperativen Diagnostik" heben diesen Mangel nicht auf. Sicher ist, dass die Anforderung an eine präoperative Diagnostik etwa in einer Präanästhesie-Ambulanz nicht dieselbe sein kann, wie die präoperative Diagnostik in einer Fachabteilung. Die präoperative Diagnostik in der Präanästhesie-Ambulanz dient, pointiert gesagt, dazu, die Risiken der "Narkosemaßnahmen" einzuschätzen, die präoperative Diagnostik im Fach hat die Risiken in Zusammenhang mit dem entsprechenden Organsystem zu beurteilen. Wenn man in diesem Sinne die Abbildung 3.1 "Rahmensituation" interpretiert, wird auch offensichtlich, dass die angesprochene präoperative Diagnostik die Fachbereiche Innere Medizin und Anästhesie in Zusammenhang mit der Operationsfreigabe betreffen. Wir fordern daher eine bessere, zutreffendere und daher eingeschränkte Definition und Bezeichnung der BQLL.*	ÖGARI: Ad 6. Präoperative Diagnostik dient im engeren Sinne der Evaluierung und Risikostratifizierung von PatientInnen, die sich elektiven Eingriffen unterziehen (Definition: Quellleitlinie S. 3, 1. Abs.). Sie ist in keiner Weise der sogenannten „Freigabe“ gleichzusetzen, die nur von Ärzten der Fachrichtung Anästhesiologie und Intensivmedizin erfolgen kann. Als Grundlage für diese Aussage kann hier der Gerichtsspruch des OLG Koblenz vom 20.7.2006 (5 U 47/06) dienen. Die Annahme, dass die Anforderung an eine präoperative Diagnostik in einer Präanästhesieambulanz nicht dieselbe sein kann, wie in einer „Fachabteilung“ ist in keinster Wiese nachvollziehbar. Dies unter anderem deshalb, weil im Algorithmus der Quellleitlinie sehr wohl Art, Dauer und anatomische Region eines chirurgischen Eingriffes als Entscheidungsgrundlage für weiterführende Diagnostik beschrieben wird und daher nicht nur das isolierte „anästhesiologische Risiko“ Berücksichtigung findet. Diesbezüglich existiert ein eindeutiges Statement in der Präambel der Empfehlung für die präoperative Patientenevaluierung (http://www.oegari.at/arbeitsgruppe.asp?id=205). Hier ist auch das Zusammenwirken mit chirurgischen Partnern im Detail beschrieben. Die pointierte Aussage, dass die präoperative Diagnostik in der BQLL lediglich dazu diene, Risiken der „Narkosemaßnahmen“ einzuschätzen, ist eine grobe Verkennung oder Verzerrung der Praktiken im klinischen Alltag, wo sich Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivmedizin prä-, intra- und postoperativ allen vitalen Organsysteme sowohl diagnostisch als auch therapeutisch widmen. Diese umfassende Patientenzentrierung der AnästhesiologInnen ist auch deswegen erforderlich, damit sich chirurgischer PartnerInnen auf die zu operierenden Regionen fokussieren können. Unbestritten ist jedoch, dass in Folge einer Grunderkrankung, insbesondere wenn diese onkologischer Genese ist, vor einer Operation zusätzliche Diagnostik notwendig wird, die vom Algorithmus der BQLL abweicht. Diese Diagnostik wird aber nicht selten schon vorher zur Indikationsstellung eines chirurgischen Eingriffes notwendig und ist daher meist zum Zeitpunkt der „präoperative Evaluierung“ längst abgehandelt.

Fortsetzung nächste Seite

© GÖG/BIQG, PRÄOP 2011

		Damit ist die Situation der Risikostratifizierung des "entsprechenden Organsystems" Inhalt der Indikationsstellungsphase einer Operation. Abschließend sei hier noch bemerkt, dass sich weder Patientenspezifisches, Anästhesiespezifisches, noch Eingriffsspezifisches Risiko voneinander trennen lassen und daher immer in Zusammenschau gesehen werden müssen (siehe auch http://www.oegari.at/arbeitsgruppe.asp?id=205, Präambel). Daher kann keine eingeschränkte Definition oder Bezeichnung der BQLL erfolgen. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass typische Anästhesiologierelevante Untersuchungen wie z.B. die Beurteilung der Mund-Rachen-Halsregion zur Antizipation von Intubationsschwierigkeiten durch AnästhesiologInnen erfolgen – spätestens im Zuge der „Freigabe". BMG: Die präoperative Diagnostik soll sich nicht danach richten, wo sie durchgeführt wird, sondern welche elektive Operation geplant ist, in Zusammenschau mit der Anamnese.
	7. Versorgungsweg Allgemeinmedizin ->Fachärztl. Bereich -> Ambulanz -> Stationärer Aufenthalt *Wichtiges Ziel der Leitlinie aus organisatorischer Sicht ist es, die Patientensicherheit zu verbessern und eventuell Einsparungen durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen bzw. durch das Weglassen von nicht notwendigen Untersuchungen entsprechend den ÖGARILeitlinien zu erwirken. Uns erscheint es jedoch wichtig, dass der Versorgungsweg "Allgemeinmedizin -> Fachärztl. Bereich -> Ambulanz-> Stationärer Aufenthalt" eingehalten wird und die präoperative Diagnostik nicht nur in den Anästhesie-ambulanzen stattfindet. Dahingehend wird seitens der Allgemeinmedizin die Installierung von Präanäs-thesieambluanzen in den einzelnen Krankenhäusern als unnötig empfunden, zumal die Versorgungs-strukturen durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin als auch durch entspre-chende Fachärztinnen und Fachärzte (Innere Medizin, Radiologie, Labor) ausreichend erscheinen. Es sollte gesichert sein, dass die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte entsprechend dem Entwurf der BQLL Vorbereitungen und Abklärungen durchführen, und es ist zu befürworten, dass Patienten für elektiv geplante Behandlungen bzw. Eingriffe frühzeitig – soweit vorhanden – in Anästhesieambulanzen vorgestellt werden, um eventuell fehlende Untersuchungen veranlassen zu können.*	ÖGARI: Ad 7. Es steht hier zu lesen: …wird seitens der Allgemeinmedizin die Installierung von Präanästhesieambulanzen als unnötig empfunden, zumal die Versorgungsstrukturen durch niedergelassene Ärztinnen und Ärz-te….ausreichend erscheinen… Angesichts der Tatsache, dass in den entsprechenden Ausbildungscurricula der benannten Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Radiologie, Laboratoriumsmedizin und Interne Medizin Ausbildungszeiten in Anästhesiologie und Intensivmedizin derzeit nicht aufscheinen, beschreibt sich entsprechende Kompetenz (oder Fehlen von Kompetenz) bezüglich anästhesiologischer und perioperativer Risikoabschät-zung von selbst! Und es geht wie unter Punkt 6. dargestellt um Patienteneva-luation und der Stratifizierung der Patienten-, Eingriffs- und Anästhesie-spezifischen Risiken. Es ist inhaltlich nicht schlüssig, dass im 1. Absatz Narkoseambulanzen in Frage gestellt werden und es im folgenden 2. Absatz wiederum sinnvoll erscheint, rechtzeitig PatientInnen in Anästhesieambulanzen vorzustellen. Obwohl es explizit nicht Aufgabe der BQLL ist, Versorgungsstrukturen zu bearbeiten, erscheint aus medizinischer Sicht und aus der Patientenperspek-tive die Verfügbarkeit beider Strukturen (Präanästhesieambulanzen und extramural z. B. allgemeinmedizinische Ordinationen) sinnvoll und notwen-dig. BMG: Es ist nicht Aufgabe der Allgemeinmedizin über die Installierung von Anästhesieambulanzen in einzelnen Krankenhäusern zu befinden. Aus Grund der Kompetenzverantwortung ist es notwendig, dass der Anästhesist den Patienten mit Befunden vor der Operation sieht.

Fortsetzung nächste Seite

	8. Keine neuen Strukturen durch Bundesqualitätsleitlinien *Im Rahmen der Beratungen innerhalb von leitliniengruppen zu verschiedenen Bundesqualitätsleitlinien bzw. Qualitätsstandards entsprechend dem Gesundheitsqualitätsgesetz wurde – insbesondere durch Vertreter des BIQG und auch des Bundesministeriums für Gesundheit – immer wieder darauf hingewiesen, dass die Forderung oder die Verankerung neuer Versorgungsstrukturen bzw. Typen von Gesundheitseinrichtungen nicht im Rahmen von Bundesqualitätsleitlinien bzw. Qualitätsstandards nach GQG vorzusehen sind. Dies ist unseres Erachtens auch für den Entwurf der vorliegenden BQLL zu berücksichtigen im Hinblick auf das Fehlen von bundesweit implementierten Präanästhesieambulanzen.*	ÖGARI: Ad 8. Diesbezüglich könnte die Formulierung der Strukturkriterien für eine Präanästhesieambulanz hilfreich sein. BMG: Wird zur Kenntnis genommen.
	9. Prinzip "Geld folgt Leistung" *Umgekehrt möchten wir darauf hinweisen, dass bei Leistungsverlagerungen vom Spitalsbereich in den niedergelassenen Bereich der Grundsatz "Geld folgt Leistung" berücksichtigt werden muss.*	ÖGARI: Ad 9. Diesem Punkt wird zugestimmt. BMG: Finanzierung ist nicht Thema dieser BQLL.
	10. Probleme der Präoperativen Diagnostik im Rahmen wirtschaftlicher Faktoren *Die Probleme der Präoperativen Diagnostik bestehen aus unserer Sicht im Rahmen von wirtschaftlichen Faktoren unter anderem im Bereich der Niederlassungen ("Screening Untersuchungen") und im Zusammenwirken der diversen Sonderfächer im Spitalsbereich. Der chirurgische Partner muss sich auch in medikolegaler Hinsicht darauf verlassen dürfen, dass die perioperative Risikoevaluierung des Anästhesisten auch für ihn ausreichend ist, ansonsten ist er gezwungen, ergänzend Untersuchungen auch nach der Phase der Diagnostik und Indikationsstellung zu erheben.*	ÖGARI: Ad 10. Eben genau der Evidenz-basierte Abklärungsalgorithmus der BQLL „präoperative Diagnostik“ gewährleistet die geforderte medikolegale Sicherheit! Natürlich kann in diesem Rahmen nicht jeder individuelle Fall und nicht jeder Wunsch chirurgisch tätiger Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt werden. Exemplarisch für diese individuellen Wünsche sind Labortests zur Abklärung der plasmatischen Gerinnung und der Thrombozytenzahl angeführt. Hier scheint die zentrale Bedeutung/höhere Sensitivität der Gerinnungsanamnese und die untergeordnete Rolle/niedrigere Empfindlichkeit der genannten Labortests in der Gerinnungsabklärung noch nicht allen chirurgisch tätigen Ärztinnen und Ärzten in Österreich bekannt zu sein. Fachlich inhaltlich wurde dies bereits in einem 2004 erstellten Papier einer interdisziplinären Arbeitsgruppe unter Koordination des damaligen ÖBIG niedergelegt (Projektkoordination: Petra Winkler; Projektzahl 4416-17/04). Nebstbei muss hier nach insgesamt 44.378 (Stand 24.9.2011) im Rahmen des Reformpoolprojektes „präoperative Befunde“ abgeklärten PatientInnen bemerkt werden, dass sich Befürchtungen unvorhergesehener Blutungen im Bundesland Salzburg nicht bewahrheitet haben. Die Kooperation zwischen den beteiligten Fachdisziplinen ist hier ausgezeichnet. Es ist zu berücksichtigen, dass bei bestimmten PatientInnen entsprechend der Risikostratifizierung präoperativ mehr Untersuchungen als bisher erforderlich sind. Dieses Faktum trägt zur Steigerung der Patientensicherheit bei und darf daher durch individuelle Wünsche von chirurgischen PartnerInnen z. B. bei der Terminisierung der OP nicht unterlaufen werden. BMG: Wird zur Kenntnis genommen.

Fortsetzung nächste Seite

© GÖG/BIQG, PRÄOP 2011

	11. Primär Gültigkeit für das Sonderfach Anästhesie *Die Österreichische Ärztekammer versteht den vorliegenden Entwurf dieser Bundesqualitätsleitlinie aus den hier genannten Gründen als eine Leitlinie, die primär für das Sonderfach Anästhesie Gültigkeit hat. Eine Präjudiz für alle chirurgisch tätigen Fächer, wie etwa unter 3.5 "Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Versorgungspartner und Darstellung der Nahtstellen" mit der Bemerkung "Im Rahmen der präoperativen Abklärung richtet sich die BQLL-PRÄOP auch an alle chirurgisch tätigen Ärztinnen und Ärzte" lehnen wir ab. Die Dominanz der Anästhesiesichtweise zeigt sich auch in der Darstellung in der Tabelle 3.4 "Versorgungseinrichtungen im stationären Bereich", wo den chirurgisch tätigen Fachärztinnen und Fachärzten lediglich die klinische Diagnostik zugestanden wird, hingegen der Anästhesie die klinische Basisdiagnostik.*	In LL-Gruppe diskutiert: kein Änderungsbedarf ÖGARI: Ad 11. Die BQLL dient der präoperativen Risikostratifizierung der PatientInnen. Daher muss sich die BQLL präoperative Diagnostik an alle chirurgisch tätigen Ärztinnen und Ärzte (die diese PatientInnen operieren) richten und kann weder die präoperative Diagnostik per se, noch die BQLL hierzu von der ÖÄK abgelehnt werden.
	12. Kein Präjudiz für alle ärztlichen Beteiligten in der gesamten Gesundheitsversorgungskette *Wir möchten der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, für Reanimation und Intensivmedizin (OGAR1), die Federführung bei der Ausarbeitung dieser Bundesqualitätsleitlinie hatte, nicht die Intention absprechen, für eine Optimierung der Patientenversorgung einzutreten. Ein Präjudiz allerdings aller anderen Beteiligten an der gesamten Versorgungskette kann es nicht geben, zumal - so die Österreichische Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie - es keinerlei Einbindung von Chirurgischen Fachrichtungen gegeben hat. Die Österreichische Gesellschaft für Orthopädie fordert daher eine genauere Spezifizierung der Bundesqualitätsleitlinie in Richtung Anwendung in der Anästhesie.* *Keineswegs soll es so sein, dass z.B. der chirurgisch tätige Facharzt für Orthopädie in der Krankenanstalt der Erfüllungsgehilfe beim Ausfüllen von Anamnesebögen für die Anästhesie wird.*	ÖGARI: Ad 12. Es ist nicht korrekt, dass keine chirurgische Fachrichtung in die Erstellung der Quellleitlinie eingebunden war und es wird auf die Liste der Mitglieder der Konsensusgruppe auf S. 40 der BQLL verwiesen. Auch in der Leitliniengruppe war die chirurgische Fachrichtung vertreten und es wird auf die Liste der ExpertInnen im Anhang 1 der BQLL verwiesen. Ausführungen bezüglich des Anwendungsbereiches - nämlich auf die Gruppe der elektiv zu operierenden PatientInnen - sind weiter oben dargestellt. Vereinfacht formuliert, kann die BQLL präoperative Diagnostik gar nicht auf die Anwendung in der Anästhesie beschränkt werden, zumal es keinen Anwendungsbereich gibt, wo ausschließlich eine Anästhesie geplant ist (ohne jegliche chirurgische Intervention). Es möge zur Beruhigung beitragen, dass alle medizinischen Disziplinen Erfüllungsgehilfen für unsere PatientInnen sind. Aus gutem Grund haben wir eine arbeitsteilige Organisation im perioperativen Behandlungspfad; Handlungsempfehlungen/BQLLs bieten dabei die Möglichkeit, Prozesse zu harmonisieren, zu vereinfachen und zu beschleunigen. Insbesondere bezüglich der Anamnese sei darauf hingewiesen, dass die Formulierungen im präoperativen Anamnesebogen der ÖGARI derartig sind, dass der Bogen ohne Beihilfe von ärztlichem Personal schon vor dem ärztlichen Gespräch ausgefüllt werden kann und auch soll. Das ist im engeren Sinne die Bringschuld eines jeden Patienten in der präoperativen Phase.

Fortsetzung nächste Seite

	13. Präoperative neurologische Begutachtung *Das Konsiliarfach Neurologie hat im Rahmen der präoperativen Diagnostik einen Stellenwert in mehrfacher Hinsicht: Einerseits zur Erstellung eines klinisch-neurologischen Ausgangsbefundes vor bestimmten Eingriffen; dies wird derzeit vielfach kurzfristig nach bereits erfolgter stationärer Aufnahme von Krankenhausneurologen angefordert. Zweitens haben einige neurologische Erkrankungen mögliche Auswirkungen auf den intra- und postoperativen Verlauf. Dies betrifft z.B. postoperative Verwirrtheitszustände und Delirien bei vorbestehender Demenz und die fachgerechte und individuelle Verabreichung von Parkinsonmedikamenten prä-, intra- und postoperativ, um akute Verschlechterungen zu vermeiden. Wenn die geografischen und organisatorischen Gegebenheiten es zulassen, sollte in derartigen Fällen deshalb eine präoperative neurologische Begutachtung bereits im Vorfeld erfolgen, d.h. entweder im niedergelassenen Bereich oder wenn nicht anders möglich, im Rahmen von terminisierten Ambulanzbesuchen.*	LL-Gruppe: zur Kenntnis genommen ÖGARI: Ad 13. Es sei explizit darauf hingewiesen, dass die Bedeutung der Sonderfächer für Neurologie und Innere Medizin in der präoperativen Konsiliartätigkeit im Rahmen der fachärztlichen Abklärung und Patientenoptimierung durch die BQLL in keinster Weise in Frage gestellt wird, sondern ganz im Gegenteil als erforderlich dargestellt wird. Der Versorgungsprozess in der BQLL führt also Patientenspezifisch zur neurologischen präoperativen Begutachtung (vgl. Tab. 3.3 und 3.4).
	14. Chirurgie *Die Chirurgie ist lediglich am Anfang und zu Ende des Versorgungsprozesses als Versorgungspartner angeführt. Es wird daher angeregt, die Chirurgie im Versorgungsprozess in allen Abschnitten der präoperativen Phase einzuschalten, sofern verschiedene Behandlungsschritte nicht von Fachärzten anderer Sonderfächer gesetzt werden.*	ÖGARI: Ad 14. Chirurgisch tätige Ärztinnen und Ärzte sind sowohl in den Versorgungsstrukturen im niedergelassenen Bereich (Tab. 3.3), als auch im stationären Bereich (Tag. 3.4) in die Prozesse der klinischen Diagnostik und in die OP-Indikationsstellung eingegliedert. Die Anregung der Einbeziehung in alle anderen Prozesse ist nicht umsetzbar, denn z.B. Differenzialdiagnostik von klinischen Symptomen oder Optimierung der Einstellung bei Diabetes mellitus sollen nicht Aufgaben chirurgischer Disziplinen werden. Es wird darauf verwiesen, dass die Fachgesellschaft für Chirurgie an der Quellleitlinie mitgearbeitet hat (siehe auch Punkt 12).
	15. Labordiagnostik *Die Bundesfachgruppe für Medizinische und chemische Labordiagnostik stellt fest, dass der vorliegende Entwurf zumindest in Teilbereichen nur einen Minimalstandard der notwendigen Labordiagnostik darstellt. Die in dem Entwurf zitierten Quellen weisen vielfach einen sehr niedrigen Evidence level auf, d.h. die Schlussfolgerungen beruhen auf nur teilweise wissenschaftlich harten Fakten. So ist eine Trennung einzelner Tests wie in der Tabelle 2 von Hb, Hk, Leukozytenzählung und Thrombozytenzählung mit modernen Messsystemen technisch nicht möglich. In den Verträgen einiger Gebietskassen bzw. der bundesweiten Versicherungen wie VAEB und BVA ist das schon lange berücksichtigt. Nach Vorliegen des gegenständlichen Entwurf eines Minimialstandards sollte -eventuell inklusive Stufendiagnostik - in einem weiteren Schritt unter Einbeziehung aller beteiligten Fachgesellschaften an einer sinnvollen Begrenzung der Maximaldiagnostik gearbeitet werden, - so der Vorschlag der Bundesfachgruppe für Medizinische und chemische Labordiagnostik und der wissenschaftlichen Fachgesellschaft ÖGlMKC, die beide ausdrücklich festhalten, dass der vorliegende Entwurf mit der wissenschaftlichen Fachgesellschaft nicht akkordiert wurde und dass diesem zu keinem Zeitpunkt zugestimmt wurde.*	ÖGARI: Ad 15. Bezüglich der präoperativen Labordiagnostik sind die entsprechenden Kapitel ausführlich im systematischen Review von Soennichsen et al. abgehandelt. Dieser Review wird vonseiten der ÖÄK in der Stellungnahme vom 15.9. unter Punkt 2 als positiv und unanfechtbar bewertet. Die Fachgesellschaft für Laboratoriumsmedizin und klinische Chemie wurde in die Erstellung der Quellleitlinie eingebunden und hat nach der letzten interdisziplinären Besprechung im Sekretariat der ÖGARI im Mai 2011 nur noch einzelne Punkte kritisiert, die sodann akkordiert wurden (es ging insbesondere um die Point-of-Care Gerinnungsdiagnostik). Es wird auf die Liste der Mitglieder der Konsensusgruppe auf S. 40 der BQLL verwiesen. Insofern wird eine fachinterne Rücksprache der Bundesfachgruppe mit der wissenschaftlichen Fachgesellschaft empfohlen. Die Anregung der Definition einer Maximaldiagnostik kann unseres Erachtens nicht umgesetzt werden, da das individualisiert erfolgt und von der spezifischen Risikostratifizierung abhängig ist. Das Problem der Sammelbefundung der modernen Messsysteme wird zur Kenntnis genommen.

Fortsetzung nächste Seite

© GÖG/BIQG, PRÄOP 2011

	16. Suchstrategie und Auswahl der Literatur (Quellleitlinie) *Die vorgegebene Ausgangsfrage für die Suchstrategie nach systematischen Reviews lautet: "Haben Erwachsene Patienten, die sich einem elektiven chirurgischen, nicht herzchirurgischen Eingriff unterziehen durch die Durchführung eines bestimmten präoperativen Tests im Vergleich zu Patienten, bei denen der Test nicht durchgeführt wird, ein günstigeres peri- und postoperatives Outcome im (randomisiert) kontrollierten Vergleich." Im systematischen Review von Sönnichsen et al. hingegen wird die "Evidenz für die Effektivität präoperativer Untersuchungen hinsichtlich der Vorhersage und Verhinderung peri- und postoperativer Komplikationen - ein systematischer Review" untersucht. Es geht allerdings z. B im Falle des präoperativen Lungenröntgens keineswegs ausschließlich darum, ob dadurch intra- oder unmittelbar postoperative Komplikationen ausgeschlossen werden können oder unwahrscheinlich sind, sondern sehr häufig um die allgemeine Beurteilung des Gesundheitszustandes eines für eine Operation vorgesehenen Patienten insbesondere auch im Hinblick darauf, ob die Operation überhaupt durchgeführt werden soll. Zu kritisieren ist auch die Auswahl der Literatur der Quellleitlinie (Sönnichsen et al.). Von 38 unter der ohnehin schon tendenziellen Suchabfrage gefundenen Literaturzitaten werden 36 aus formalen Gründen eliminiert. Die beiden verbliebenen Studien gehen ausschließlich der Frage nach, ob durch ein präoperatives Thoraxröntgen perioperative Lungenkomplikationen prognostiziert werden können. Diese Fragestellung ist unangemessen eng. Seide Studien kommen zu dem Schluss: Es sei nicht ausreichend sicher, perioperative Lungenkomplikationen durch ein Thoraxröntgen präoperativ zu erkennen, woraus der Schluss gezogen wird, ein präoperatives Thoraxröntgen sei mit einigen wenigen, außerordentlich seltenen Ausnahmen niemals sinnvoll. Andererseits wird in den zitierten NICE Guidelines aus 2003 in den dort untersuchten Studie von einem abnormalen Thoraxröntgen zwischen 0,3% und 65,7% der Patienten berichtet und eine Änderung des klinischen Managements bis zu 13,3% der Patienten konstatiert. !n einem weiteren NICE Review von 2005 wird hinsichtlich chronischer Erkrankungen, wie Kardiomegalie eine Häufigkeit von 15% - 65% und COPD 7% 30% berichtet. Veränderungen im Patientenmanagement traten demnach in etwa 10 % auf.*	ÖGARI: Ad 16. Ziel der präoperativen Diagnostik ist die Patientenevaluation und Stratifizierung der Patienten-, Eingriffs- und Anästhesie-spezifischen Risiken. Insofern geht es natürlich um den gesamten Gesundheitszustand der PatientInnen und um die Vorhersage und Vermeidung/Minimierung von risikospezifischen Komplikationen. Die Methodik der Evidenz-basierten Medizin und jedes health technology assessment müssen als Grundvoraussetzungen unserer medizinischen Entscheidungsfindung herangezogen und akzeptiert werden. Das ist derzeit unser allgemeiner Goldstandard für rationale Handlungen. Der systematische Review wird vonseiten der ÖÄK in der Stellungnahme vom 15.9. unter Punkt 2 als positiv und unanfechtbar bewertet. Im systematischen Review wurden Managementänderungen explizit herausgearbeitet. Wir ersuchen um korrekte Interpretation der Informationen auf S. 88 im systematischen Review: *In 0-13.3% der Patienten führte ein präoperatives Thorax-Röntgen zu einer Veränderung des Management. Die zwei häufigsten Änderungen waren entweder eine Verzögerung des geplanten Eingriffs oder eine Änderung der Anästhesiemethode*. Es ist sehr wichtig zu berücksichtigen, dass es nachteilig ist, wenn ein Eingriff verzögert wird, weil damit OP-Kapazität blockiert wird und die PatientInnen unnötig warten müssen. Die genannten 63% beziehen sich nicht auf relevante pathologische Lungenröntgenbefunde, sondern lediglich darauf, dass in 63% der Studien im NICE-Review Managementänderung als Outcome-Parameter abgebildet worden sind (in 37% der Arbeiten wurde das nicht überprüft). Außerdem ist in der Literatur nicht abgebildet, ob etwaige Pathologien in einer Thoraxröntgenaufnahme nicht auch in einer klinischen Untersuchung zum Vorschein gekommen sind oder wären. Die ist umso wichtiger, als dass die klinische Untersuchung Basis jeder Diagnostik sein muss und daher ist das Argument, dass eine Röntgenaufnahme diese klinische Evaluation ersetzen könnte, als unmedizinisch abzulehnen. Insgesamt zeigt also die verfügbare wissenschaftliche Evidenz deutlich, dass es keinen Anlass zur Aufnahme des routinemäßigen Thoraxröntgen in die BQLL präoperative Diagnostik gibt. Die Fachgesellschaft für Radiologie hat an der Quellleitlinie mitgearbeitet und der fehlenden Sinnhaftigkeit des präoperativen Lungenröntgens als reine Routineuntersuchung aufgrund der vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz (und der klinischen Erfahrung der beigezogenen ExpertInnen) zugestimmt. Insofern wird Rücksprache der ÖÄK mit der Fachgesellschaft für Radiologie empfohlen.

Fortsetzung nächste Seite

	17. Aufnahme des Thoraxröntgens, vgl. Seite 84 ff Systematic Review (wegen des Umfanges zu diesem Thema keine Einarbeitung in das BIQG-Formular) *Es gibt neben einer Beeinflussung der peri- und postoperativen Morbidität und Mortalität zweifellos auch andere Faktoren, die für die Anfertigung eines routinemäßigen Thoraxröntgens bei einem Patienten präoperativ sprechen können. Uns allen sind Einzelfälle bekannt, wo in einem (routinemäßig) angefertigten Thoraxröntgen vor z.8. elektiven Eingriffen wie Hüft- oder Kniegelenksprothesen pulmonale Veränderungen gefunden wurden, die sich in weiterer Folge als schwerwiegend, das gesamte Behandlungsmanagement eines individuellen Patienten vital beeinflussend herausgestellt haben. Beispiele sind die Detektion eines Bronchialkarzinoms, die Detektion von pulmonalen Sekundärblastomen oder anderer pleuraler, pulmonaler oder Weichteilraumforderungen im Untersuchungsbereich des Thoraxröntgens oder Gefäßveränderungen wie Aneurysmen. Literatur, die die Häufigkeit des Erkennens dieser Läsionen untermauert, ergibt sich aus den Literaturangaben in den Leitlinien des American College of Radiology, wo eine Studie aus dem Jahre 2005 (Meta-Analyse, Joo et al) angeführt wird, in der bei 2% der Patienten mit präoperativen Routine-Thoraxröntgen eine Änderung des Managements erforderlich war. In anderen Studien (Siehe ACR-leitlinie) ist dieser Prozentsatz teilweise auch deutlich höher. Sollte daher dieser Entwurf einer österreichweiten Leitlinie in Kraft treten, würde es wieder vermehrt vorkommen, dass sich postoperativ herausstellt, dass ein operativer Eingriffe nicht zum Nutzen des Patienten ("futile surgery") durchgeführt worden ist, da zum Operationszeitpunkt z.B. bereits Erkrankungen vorhanden waren, aber nicht erkannt wurden, die das weitere Schicksal des Patienten dominant beeinflussen. Dieser Aspekt des präoperativen Thoraxröntgens, der nicht in umfassenden Studien erfasst ist, wird durch Inkrafttreten der Leitlinie in der vorliegenden Form zweifellos wegfallen und bei Einzelpatienten (wir wissen nicht, wie viele und wie häufig) Operationen nach sich ziehen, die retrospektiv betrachtet nicht zum Nutzen des Patienten waren.* *Wir möchten daher wie folgt zusammenfassen:* *1) Der bisher nicht durch Studien belegte, aber als Expertenmeinung anzuerkennende Wert eines routinemäßigen präoperativen Thoraxröntgens zum "Ausschluss" z. B maligner Erkrankungen und zur Vermeidung unnötiger Operationen wird bei inkrafttreten dieser Leitlinie wegfallen. Das hat die Konsequenz unnötiger operativer Eingriffe und einer verzögerten Diagnostik potentiell kurativer Erkrankungen bei Einzelpatienten.*	ÖGARI: Ad 17. In der BQLL Präoperative Diagnostik wird auf die Vorsorgemedizin hingewiesen*: Zur allgemeinen Vorsorgeuntersuchung unabhängig von der anstehenden Operation sollten alle Gesundheitsdienstanbieter die PatientInnen motivieren.* Es gibt im Regierungsübereinkommen das Bekenntnis zur Vorsorgemedizin (Mitteilung Bundesgesundheitskommission). Definitive ministerielle Verordnungen hierzu gibt es noch nicht, aber die Vorsorgemedizin kann sicher nicht auf ein Lungenröntgen beschränkt werden, sondern umfasst eine Reihe von Untersuchungen. Da bisher niemals alle diese Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen einer präoperativen Diagnostik gemacht wurden, andererseits die Vorsorgeuntersuchung nicht auf operative PatientInnen beschränkt werden darf und grundsätzlich unterschiedliche Ziele damit verfolgt werden, können diese beiden Aufgaben (präoperative Diagnostik und Vorsorgediagnostik) nicht zusammengefasst werden! Diese unterschiedlichen Ziele wurden auch in der Präambel zur Quellleitlinie der Fachgesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin ÖGARI zusammengefasst (www.oegari.at): *Die präanaesthesiologische Untersuchung besitzt zentrale Stellung im perioperativen PatientInnenmanagement. Die in diesem Rahmen durchgeführten Befunderhebungen können und sollen kein Screening im Sinne einer Gesundenuntersuchung sein, sondern die PatientInnen optimal auf den geplanten Eingriff vorbereiten und das individuelle Risiko in Bezug auf die perioperative Morbidität und Mortalität abschätzen bzw. nach Möglichkeit vermindern.* Es ist bedenklich, wenn die ÖÄK eine diagnostische Einzelmaßnahme wie das Thoraxröntgen als sinnvolle Screeningmethode außerhalb des Kontextes einer umfassenden Vorsorgeuntersuchung darstellt. PatientInnen würde somit unter Vorspiegelung diagnostischer Vollständigkeit eine falsche Sicherheit bezüglich ihres Gesundheitszustandes präsentiert. Dies gilt im Übrigen auch für allfällige Routinelaboruntersuchungen, die ebenso nicht in der Lage sind, das gesundheitliche Gesamtrisiko darzustellen.

Fortsetzung nächste Seite

© GÖG/BIQG, PRÄOP 2011

	2) Ob die teilweise nur geringen finanziellen Einsparungen bei Implementierung dieses Entwurfes (siehe Seite 4, Aktivität Burgenland) die genannten Nachteile für den Einzelpatienten kompensieren können, sollte durch prospektive Studien zum Wert des präoperativen Thoraxröntgens geklärt werden, die nicht nur als Zielgröße einen Einfluss auf die peri- und kurzfristige postoperative Morbidität und Mortalität haben. *3) Der Hauptkritikpunkt ist der viel zu eingeschränkte Fokus der Untersuchung in der Quellleitlinie auf lediglich die Vorhersagbarkeit pulmonaler Komplikationen in der inter- und perioperativen Phase. Der nicht zu leugnende Einfluss auf die Patientensicherheit in Zusammenhang mit operativen Eingriffen bleibt in inadäquater Weise unberücksichtigt.* *4) Der Informationsgewinn durch eine vergleichsweise wenig zeitaufwendige und simple sowie kostengünstige Thoraxaufnahme ist dem Aufwand einer extensiven Exploration einschließlich Auskultation und Perkussion im Rahmen einer präoperativen Freigabeuntersuchung gegenüber zu stellen. Auch dabei wird ärztliche Arbeitszeit beansprucht, dennoch sind die durch ein Thoraxröntgen gewinnbaren (auch forensischen) Sicherheiten niemals erbringbar. Das Behandlerrisiko aller Ärzte, die Patienten für Operationen freigeben müssen, steigt ohne Lungenröntgen beträchtlich an.* *5) Die Leitlinie ist ausschließlich aus dem für die ÖGARI interessanten Blickwinkel betrachtet, ob ein Patient eine allfällige Operation und die unmittelbar danach folgende Phase überleben wird und ob dagegen etwas spricht. Dies mag für den betreuenden Anästhesisten die wesentlichste Frage sein, nicht aber für alle anderen betreuenden Ärzte und den Patienten.* *6) Alles wird in Kauf genommen, um eine marginale Einsparung von z. B im Burgenland € 4,20,-- pro Patient zu lukrieren. In dieser Kalkulation sind jedoch weder der höhere Zeitaufwand für das ärztliche Personal (insbesondere für die umfassendere Anamnese) noch die Strukturkosten zur Errichtung einer Präanästhesieambulanz berücksichtigt.*	Die Leitlinien des American College of Radiology werden unvollständig und inkorrekt zitiert: 1. Die aus der analysierten Studienlage abgeleiteten Empfehlungen werden unterschlagen. Das American College of Radiology statiert das präoperative Routinethoraxröntgen als „usually not appropriate“, also als üblicherweise nicht angemessen oder adäquat! 2. Bei pathologischen akuten kardiopulmonalen Ergebnissen von Anamnese und klinischer Untersuchung ergibt sich die Empfehlung: „usually appropriate“ also üblicherweise angemessen oder adäquat. 3. Das präoperative Thoraxröntgen wird bei PatientInnen (Alter über 70 Jahre) mit chronischer kardiopulmonaler Erkrankung und stattgehabten Thoraxröntgen innert der letzten 6 Monate als möglicherweise adäquat empfohlen. 4. Wenn bei den vorher beschriebenen PatientInnen keine Vorbilder vorhanden sind, dann wird eine solche empfohlen. Hier muss bemerkt werden, dass die Quellleitlinie der Österreichischen BQLL in Hinblick auf die Anfertigung des Thoraxröntgen genau den Empfehlungen des American College of Radiology entspricht! Zusätzlich konstatiert das American College of Radiology in ihren “Appropriate Criteria for preoperative chest X-ray“ folgendes: Insgesamt unterstützt die verfügbare Evidenz die bisherige Strategie der routinemäßigen Anfertigung präoperativer Thoraxröntgen nicht. Obwohl es keine Evidenz dafür gibt, dass einer Strategie nach den Empfehlungen des American College of Radiology eine Outcome-Verschlechterung bedingen würde, impliziert die Tatsache, dass nur in 2% aller Fälle eine Managementänderung (hauptsächlich OP-Verschiebung) stattgefunden hat, einen hohen Grad an Unannehmlichkeit für die PatientInnen und Kosten bei gleichzeitig fraglichem Benefit. Abschließend stehen folgende beide klinische Situationen für die Anfertigung eines präoperativen Thoraxröntgen: Eine akut aufgetretene kardiopulmonale Erkrankung, die in der klinischen Untersuchung oder in der Anamnese auffällig geworden ist, sowie eine bestehende chronische kardiopulmonale Erkrankung bei älteren PatientInnen, die in den vergangenen 6 Monaten keine Thoraxröntgenuntersuchung hatten.

Fortsetzung nächste Seite

		Somit wäre bei routinemäßigen präoperativen Thoraxröntgenuntersuchungen bei allen PatientInnen sicherlich die Situation der „futile diagnostics“ gegeben. Eine eigennützige ökonomische Motivation unter willkürlicher Missinterpretation der Evidenz-basierten Medizin wäre aus ethischer Sicht strikt abzulehnen. Unsere PatientInnen haben ein Recht auf eine individualisierte Indikationsstellung für perioperative diagnostische und therapeutische Maßnahmen. Zur Zusammenfassung unter Punkt 17: 1. Die Tatsache potentiell falsch positiver Ergebnisse aus dieser diagnostischen Maßnahme mit allen ihren negativen Konsequenzen inklusive weiterer Gesundheitsrisiken für die Patienten findet hier keine Erwähnung. 2. Das mögliche Einsparungspotential lediglich aus dem Projekt im Krankenhaus Güssing darzustellen ist eine starke Verzerrung der Tatsachen. Dies aus mehreren Gründen: im Güssinger Projekt wurden insgesamt 248 Patientenakten retrospektiv analysiert. Dieser Patientenzahl stehen nunmehr 44.378 PatientInnen aus dem Salzburger Projekt gegenüber, deren Daten prospektiv erhoben wurden. Jedem Leser mit einem Grundverständnis für statistische Aufbereitung wird hier klar, dass angesichts der kleinen Stichprobe und dem retrospektiven Design eine extrem hohe Streubreite der Ergebnisse erklärlich ist. Im Salzburger Reformpoolprojekt in externer Evaluierung ein Einsparungspotential bis zu 35 € pro Patient konstatiert. 3. Der Fokus eines präoperativen Thoraxröntgen kann aus den oben bereits genannten Gründen nicht die Vorsorgemedizin sein.

Fortsetzung nächste Seite

© GÖG/BIQG, PRÄOP 2011

		4. Die Argumentation, dass das präoperative Thoraxröntgen gleichwertig mit klinischer Untersuchung und Anamnese sein soll, widerspricht ärztlicher Sorgfaltspflicht. Es geht hier nicht um die Gegenrechnung des Zeitaufwandes, sondern darum, dass klinische Untersuchung und Anamnese am Anfang jedes Patientenkontaktes sein sollte und als Basis für weitere diagnostische Maßnahmen dient. Der Evidenz-basierte Abklärungsalgorithmus der BQLL präoperative Diagnostik gewährleistet die geforderte medikolegale Sicherheit. Die Erhebung von nicht relevanten Informationen (es wird auf die Accuracy Analyse im systematischen Review verwiesen) kann BehandlerInnen nur in falsche Sicherheit wiegen, aber nicht das Behandlerrisiko beeinflussen. 5. Aufgrund der durchschnittlich niedrigen Mortalität während und kurz nach Operationen geht es in der modernen Anästhesiologie schon lange nicht mehr nur um die Qualitätsverbesserung in diesem Ab-schnitt des Behandlungspfades, sondern ist die Blickrichtung definitiv auf das Langzeitergebnis gerichtet. Diese Tatsache findet u.a. ihren Ausdruck in der Formulierung der ÖGARI-Empfehlung 2008. BMG (Türk): Kein Kommentar 6. siehe oben unter Punkt 2
	18. Reformpoolprojekt Salzburg *Ein positiver Ansatz erscheint uns das Reformpoolprojekt in Salzburg, allerdings nicht in der Art, dass eine Stelle erklärt, was allgemein unter Anamnese und klinischer Untersuchung zu verstehen ist, sondern in der Form, dass es über die gesamte Versorgungskette vom niedergelassenen Arzt, über den niedergelassenen Facharzt bis hin zu den stationären Einrichtungen eine Standardisierung für den Informationsaustausch gibt. Allerdings sind hier nicht EDV-Programmentwicklungen, sondern Konsens über die Inhalte der Information und die Umsetzung in bereits bestehenden Anwendungen wie Ordinationssoftware und elektronischem Arztbrief ein Weg, der ohne zusätzlichen Kostenaufwand realisierbar ist.* Literaturhinweis: Präoperative Evaluierung erwachsener Patienten vor elektiven, nicht kardiochirurgischen Eingriffen. Gemeinsame Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästesiologie und Intensivmedizin, Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Anästh Intensivmed 2010;51 :S787-797. American College of Radiolgoy. ACR Appropriateness Criteria for Preoperative Chest Radiography, http://www.guideline.gov/content.aspx?icl=15755 Joo HS. The value of screening preoperative chest x-rays: a systematic review. Can JAnaesth 2005;52(6):568-574. Munro J. Routine preoperative testing a systematic review of the evidence. Health Technol Assess 1997;1(12):1-62.	LL-Gruppe: zur Kenntnis genommen ÖGARI: Ad 18. Wir freuen uns über Anerkennung des Salzburger Reform-poolprojektes hinsichtlich der Sinnhaftigkeit der Standardisierung des Informationsaustausches und Harmonisierung der Prozesse. Es wird darauf hingewiesen, dass es die Inhalte der ÖGARI-Empfehlung aus 2008 waren, die hier im Konsens mit den extramuralen ExpertInnen angewendet wurden und EDV-unterstützt erfolgreich und zur Zufriedenheit der MitarbeiterInnen umsetzbar war. Daher verfolgen wir nun die Realisierung der interdisziplinäre erstellen Quellleitlinie im Rahmen der BQLL präopera-tive Diagnostik.

Fortsetzung nächste Seite

Textpassage	Stellungnahme	Kommentar
	Dr. Friedrich Hartl	
Allgemein	*1. Metaleitlinie – Methode zur Entwicklung und Evaluierung von Bundesqualitätsleitlinien liegt zugrunde* *Die in dieser Metaleitlinie festgeschriebene Methodik ist erkenntnistheoretisch unrichtig, ethisch unverantwortbar und Menschenrechtswidrig.* *Die Erkenntnistheoretische Unrichtigkeit begründet sich darin, dass lediglich Erkenntnisse, die durch wissenschaftliche Arbeiten gemäß eingebezogenem Evidenzlevel nachgewiesen sind als Empfehlung formuliert werden.* *Der Grad der ausgesprochenen Empfehlung richtet lt. Vorgaben der Metaleitlinie sich nach dem Grad der Evidenz. Tatsächlich ist aber die Richtigkeit oder die Unrichtigkeit einer Information nicht davon abhängig, ob sie mit wissenschaftlichen Arbeiten einer bestimmten Evidenzklasse nachgewiesen sind oder nicht. Lediglich für Erkenntnisse, deren Unrichtigkeit mit einer wissenschaftlichen Arbeit entsprechenden Evidenzlevels nachgewiesen ist, kann das Attribut „wird nicht empfohlen" ausgesprochen werden. Die ethische Bedenklichkeit dieses Vorgehens begründet sich darin, dass durch den erkenntnistheoretischen Fehler weite Bereiche der Heilkunde von der Anwendung ausgeschlossen werden, insbesondere diagnostische und therapeutische Maßnahmen die auf nicht einbezogenen Evidenzlevel oder nicht wissenschaftlich bearbeitet wurden, d. h. für die unter Umständen nur eine Expertenmeinung vorliegt oder sich das Handeln auf der Basis von individuellen Kenntnissen, Fertigkeiten und Erfahrung ergibt.* *Aus menschenrechtlicher Sicht ist die in der Bundesqualitätslinie vorgeschriebene und daher bei der Erstellung dieser Bundesqualitätsleitlinie befolgte Vorgehensweise aufgrund der erkenntnistheoretischen und ethischen Fehler dahin gehend bedenklich, dass Menschen eine sachgerechte, rechtzeitige und vollständige Behandlung nach dem Stand des Wissens vorenthalten wird.* *Leitlinien sind laut Beschlusslage der Ärztekammer für Wien geeignet, Wissen zu erschließen und zu vermitteln, aber die Anwendung im konkreten Einzelfall greift zu kurz. Dies begründet sich dadurch, dass das in der Leitlinie festgeschriebene Wissen bereits zum Zeitpunkt der Festschreibung veraltet ist, eine Bindung von Handeln an Leitlinien daher den Fortschritt hemmt.* *Weiters hängt das in der Leitlinie beschriebene Vorgehen von der angewendeten Methodik bei der Erstellung ab, die gegenständliche Leitlinie z. B. weist die unter erkenntnistheoretischen, ethischen, menschenrechtlichen Fehlern angeführten Mängel auf und führt daher zu einer Reduktion der Qualitätsfähigkeit der Einheiten sofern sie diese Leitlinie unreflektiert anwenden.* *Weiters führt eine Standardisierung von Handlungen stets zu einer Reduktion der Qualitätsfähigkeit der einzelnen Einheit, sofern die Standardisierung über mehrere Einheiten gezogen wird. Jede Einheit agiert in einer eigenen Wirklichkeit, deren Entitäten in einem standardisierten Raster, welches über mehrere Einheiten gezogen wird oft nicht vollständig abgebildet sind(Modellfehler)*	ÖGARI: Diese Stellungnahme von Dr. Hartl wurde von der Leitliniengruppe als Einzelmeinung erkannt, worauf keine Stellungnahme erforderlich wäre. Wir möchten aber dennoch darauf antworten, da die Wortwahl darin außergewöhnlich war. **1. Erkenntheoretische Kritik:** Die Ausführung von Dr. Hartl widerspricht dem Konzept der Evidenz-basierten Medizin. Die Methodik der Evidenz-basierten Medizin und jedes health technology assessment müssen aber als Grundvoraussetzungen unserer medizinischen Entscheidungsfindung herangezogen und akzeptiert werden. Das ist derzeit unser allgemeiner Goldstandard für rationale Handlungen. Der systematische Review wird vonseiten der ÖÄK in der Stellungnahme von MR Dr. Dorner vom 15.9. unter Punkt 2 als positiv und unanfechtbar bewertet. Wenn eine Diagnositk nach EBM keinen Benefit gezeigt hat (wenn die Richtigkeit fehlt), dann ist diese Diagnostik nicht indiziert und kann das Attribut „wird nicht empfohlen" ausgesprochen werden. So ist nach aktueller Datenlage z.B. das Lungenröntgen bei einem gesunden, anamnestisch unauffälligen Mann von 25 Jahren vor einer Kniearthroskopie nicht empfohlen. **2. Ethische Kritik:** Da die erkenntnistheoretische Kritik oben entkräftet wurde und da Dr. Hartl die ethische Bedenklichkeit aus der erkenntnistheoretischen Überlegung abgeleitet wurde, erübrigt sich eigentlich der Kommentar auf diese absurd anmutende Kritik: nach Dr. Hartl wäre EBM unethisch. Diese Meinung teilt auch nicht die Ärztekammer und es wird auf die Adnota der Ärztekammer zur EBM aus ethischer Sicht vom 6.5.2010 verwiesen. Darin wird festgestellt: „*Selbstverständlich stellt es eine moralische Verpflichtung dar, das therapeutische Handeln – auf Grundlage der Zustimmung des Patienten und der Konzentration auf sein Wohl – an wissenschaftlich fundierten Grundlagen auszurichten. Dafür können Leitlinien gute Dienste leisten.*

Fortsetzung nächste Seite

© GÖG/BIQG, PRÄOP 2011

	Die aus diesen nicht abgebildeten Einheiten resultierenden Handlungen müssen daher, wenn der übergeordnete Raster verpflichtend angewendet werden muss, entfallen und fehlen daher. Auch wenn es der übergeordnete Raster dem Anwender offen lässt, in begründeten Einzelfälle abzuweichen, so ist der Aufwand des Begründens der Abweichung von der Leitlinie im Einzelfall verlorener Aufwand der in der eigentlichen Krankenbehandlung fehlt. *Wie dem vorliegendem Entwurf zu entnehmen ist, ist in Vorarlberg bereits eine Weisung des Gesundheitslandesrates ergangen die erarbeitete Leitlinie zu befolgen. Würde dieser Weisung Folge geleistet, werden die Konsequenzen für die PatientInnen äußerst negativ im Sinne der obigen Ausführungen.* *Auch ein standardisiertes Vorgehen in Abarbeitung einer solchen Leitlinie wie in Salzburg (PROP - Projekt) festgehalten führt zu einer Reduktion der Qualitätsfähigkeit durch die Unmöglichkeit auf individuelle Entitäten, die sich aus der einzelnen Einheit oder dem einzelnen Patienten ergeben einzugehen.* *Auch hier ist eine massive Reduktion der Qualitätsfähigkeit der Einheit zu erwarten.* *Selbstverständlich ergibt sich aus dem Wegfall dieser individuellen Handlungsoptionen ein großes Einsparungspotential an Ressourcen, welchem allerdings ein vielfaches an Folgen unterbliebener diagnostischer oder therapeutischer Handlungen gegenüber steht.* *Auch das Arbeiten mit solchen Programmen führt zu keinerlei Einsparungen wie im Vorwort im Betreff von Burgenland dargestellt wurde, da einer Einsparung von € 12.000,-- umgerechnet auf ein Jahr der nicht berücksichtigte hohe Zeitaufwand für das ärztliche Personal die Strukturkosten zur Errichtung einer Präanästhesieambulanz gegenübersteht, die nicht erhoben wurden.* *In diesem Teil des Vorwortes wird auch klargestellt, dass eine 100 %ige Leitlinienkonformität niemals erreicht werden kann. Im Vorwort wird auch die Vermutung geäußert, dass die höhere Einsparung in Salzburg gegenüber Güssing auf einer umfassenderen Befundung in Salzburg beruhen könne und das Erstaunen geäußert, dass die Güssinger Bevölkerung einen ungünstigeren Gesundheitszustand aufweise als die Salzburger. Umgekehrterweise ist aber anzunehmen, dass in einem Krankenhaus in Salzburg wesentlich komplexere Fälle abgehandelt werden, als im Landeskrankenhaus Güssing. Derartige unqualifizierte Vermutungen die zu Tage tretende Berechnungsfehler kaschieren sollen, sollten in einem offiziellen Dokument der GÖG eigentlich unterbleiben (Anmerkung des Autors).* *Grundsätzlich ergibt sich aus dem Vorgehen ein standardisiertes Schema über verschiedenste Einheiten zu stülpen, wie oben angeführt das Problem des Modellfehlers, d. h. wie oben beschrieben, Entitäten die im Modell nicht abgebildet sind, aber wesentlich sind. Diese ergeben sich insbesondere aus der meist mehr oder weniger abweichenden Struktur des Leistungsangebotes und der Voraussetzung der einzelnen Einheiten. So ist die Verpflichtung, z. B. ein standardisiertes Anamneseformular in verschiedensten Einheiten anzubieten extrem gefährlich, weil einige Fragen die bei speziellen Operationen die nur in dieser Einheit durchgeführt werden nicht vorkommen würden. Dieses Problem ergibt sich auch erfahrungsgemäss übrigens meist auch in der Anwendung von Fragebogen und Scores in weiten Bereichen, sodass fast jede Abteilung modifizierte Scores verwenden muss, um weiter qualitätsfähig zu bleiben.*	*[…] Dabei wird keineswegs verkannt, dass es im 21.Jahrhundert nicht mehr um eine unrealistische, ja romantische Extrem-Individualisierung des therapeutischen Handelns gehen kann, sondern dass wissenschaftlich fundierte individuelle Therapieausrichtungen dem kranken Menschen gerecht werden."* Dass über die evidenz-basierte Quellleitlinie hinausgehend Anpassungen an die individuellen Bedürfnisse von PatientInnen möglich sind, wird in der BQLL in Abschnitt 3.5 dargestellt. Hierzu steht Ähnliches in der Adnota: *„Die Anwendung von Leitlinien (also auch von EBM) stellt überdies nur einen Teil des ärztlichen Handelns dar: Weitere wichtige Aspekte sind die individuell vorliegenden Gegebenheiten, die weit über das naturwissenschaftliche Krankheitsbild, ja das rein Körperliche hinausgehen und im Sinne der 4-dimensionalen Lebensqualität nach Karnofsky und der „Bedingten Gesundheit" nach Siegrist auch soziale und spirituelle Aspekte enthalten. Deren Bedeutung wird im gemeinsamen, verantwortlich geführten therapeutischen Diskurs in der wertorientierte Einschätzung beider Partner im Entscheidungsprozess ausgelotet."* Es wird auf die Definition von D.L. Sackett zur Evidenz-basierten Medizin verwiesen: EBM ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtigen besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller PatientInnen. Die Praxis der EBM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestverfügbaren externen Evidenz aus systematischer Forschung. Also: natürlich geht die qualitativ bestverfügbar Evidenz in die Quellleitlinie ein und werden qualitativ ungeeignete oder irrelevante Studien nicht in der Evidenzbewertung berücksichtigt. **3. Menschenrechtliche Kritik:** Da die erkenntnistheoretische und ethische Kritik oben entkräftet wurden und da Dr. Hartl die menschenrechtliche Bedenklichkeit aus den erkenntnistheoretischen und ethischen Überlegungen abgeleitet wurde, erübrigt sich eigentlich der Kommentar auf diese unqualifizierte Kritik: nach Dr. Hartl wäre EBM menschenrechtswidrig. State-of-the-art Medizin „nach dem Stand des Wissens" orientiert sich an neuesten wissenschaftlichen medizinischen Erkenntnissen. Diese sind über den systematischen Review in die Quellleitlinie eingeflossen.

Fortsetzung nächste Seite

	Auch die in der Leitlinie festgeschriebene Zuweisung der Stellung der Operationsindikation ausschließlich an chirurgisch tätige Ärztinnen und Ärzte greift zu kurz, da die Zuweisung zur Operation sehr wohl auch durch andere Fächer erfolgt. Würde der Qualitätsleitlinie tatsächlich folgegeleistet könnte z. B. eine Zuweisung zu einer Operation im Spital nur noch ausschließlich chirurgisch tätige Fachärzte erfolgen. Programm „PROP" sollte ein solches Programmmodul tatsächlich verpflichtend in die einzelnen Einheiten implementiert werden, entstehen ausser durch den Modellfehler auch sonstige massivste Probleme, wie z. B. die Versionshoheit (wann muss das KIS-Programm in welches PROP einzubinden wäre upgedatet werden, wenn eine neue Version von PROP implementiert wird, wer verantwortet die Definition der Schnittstelle zwischen beiden Programmen – wird die Schnittstelle einseitig geändert funktioniert das jeweils andere Programm nicht mehr und vieles andere mehr, welches aus dem Zusammenspiel e-card, Arztsoftware bekannt ist) Die unter Tabelle 4.1 vorgeschlagene Kontrolle im niedergelassenen Bereich durch die Sozialversicherung, ob präventive Maßnahmen zur Reduktion unnötiger Abklärungen trotz Leitlinienanwendung befolgt werden, würde zu einer Änderung des Handelns dahingehend führen, dass PatientInnen deren Komplexität des Krankheitsbildes und die Schwere der Erkrankung umfassendere Untersuchungen erforderlich mach, von niedergelassenen Ärzten ausgeschlossen werden um nicht das Risiko einer Bestrafung durch die Sozialversicherung auszusetzen (Sektionseffekt). Weiters würden indiziert Untersuchung unterbleiben, um sich diesem Risiko der Sanktion nicht auszusetzen und die Mortalität ansteigen. Auf der Seite „Key to Evidence Statements and Grades of Recommondations" findet sich als „Levels of Evidence" eine Skala von 1++ bis 4 .Diese weicht von der Evidenzskala, die üblicherweise verwendet wird und von 1 bis 5 graduiert ist ab. Der erkenntnistheoretische Fehler ergibt sich aus dem Kapitel „Grades of Recommentation" : hier findet sich unter „Note : the grade of Recommentation relates to the strenght of the evidence on which the recommandation is based, it does not reflect the clinical importantce of evidence" , sohin die Festlegung, dass der Grad der Empfehlung mit dem Level der Evidenz gekoppelt wird. Tatsächlich ist eine Maßnahme aber nicht deshalb mehr oder weniger empfehlenswert weil wissenschaftliche Studien des entsprechenden Levels vorliegen oder nicht. Der wesentliche Denkfehler findet hier auch im Kapitel über die Quellleitlinie : die Strategie des systematischen Reviews zur Identifizierung der Evidenz durch die Beschränkung auf bestimmte Entitäten für die präoperativen Tests, die Beschränkung auf einzelne Suchmaschinen und Klassifizierung in eligible und auszuscheidende Studien wurde eine willkürliche Auswahl getroffen, die ebenso willkürliche Ergebnisse nach sich zieht. *Auch bei den in die Übersicht aufgenommenen Studien wurden allgemeine Studienmerkmale in endlicher Zahl festgelegt. Die Konsequenzen aus den nichtbetrachteten Studienmerkmalen fehlen in der Zusammenschau. Auch die Definition der relevanten Endpunkte (Managementänderungen, Mortalität, Morbidität und Komplikationen) sind willkürlich ausgewählt. Z. B. fehlt das postoperative Rehabilitationspotenzial welches für die Lebensqualität nach der Operation ausschlaggebend ist.*	Der Vorwurf, dass ein Algorithmus zur präoperativen Diagnostik – basierend auf Anamnese und individueller funktioneller Leistungsfähigkeit – Menschen eine sachgerecht, rechtzeitige und vollständige Behandlung vorenthalten würde, wird von Dr. Hartl nicht weiter begründet und ist aus der Sicht von klinisch tätigen und für diese Menschen verantwortlichen ÄrztInnen in höchstem Maße unsinnig. Aus der BQLL lässt sich keineswegs ableiten, dass eine sachgerechte Behandlung vorenthalten wird. Es wird darauf verwiesen, dass je nach individuellem Risiko sogar mehr Untersuchungen nach BQLL empfohlen sind, als bisher routinemäßig gemacht wurden. Der Grund liegt in der Risikominimierung noch vor dem Eingriff, was aber genau der „sachgerechten und vollständigen Behandlung – rechtzeitig vor der geplanten OP" entspricht. Es liegt also keineswegs ein Vorenthalten vor. Wenn nach EBM eine Diagnostik nicht empfohlen ist, dann kann keine sachgerechte Diagnostik vorenthalten werden. Somit wäre z.B. bei routinemäßigen präoperativen Thoraxröntgenuntersuchungen bei allen PatientInnen sicherlich die Situation der „futile diagnostics" gegeben. Eine eigennützige ökonomische Motivation unter willkürlicher Missinterpretation der EMB wäre aus ethischer und menschenrechtlicher Sicht strikt abzulehnen! Unsere PatientInnen haben ein Recht auf eine individualisierte Indikationsstellung für perioperative diagnostische und therapeutische Maßnahmen. OA Dr. Peintinger, Leiter des Referates für Ethik und Palliativmedizin in der Ärztekammer für Wien stellt hierzu fest: *„… aus ethischer Sicht kann übrigens eine „sachgerechte" Behandlung tatsächlich gegen die Würde des Menschen gerichtet sein, etwa wenn diese gar nicht beachtet und seine Selbstbestimmung nicht berücksichtigt wird.* *… Ebenso kann aus der Befolgung einer Leitlinie keineswegs geschlossen werden, dass eine rechtzeitige Behandlung vorenthalten wird.* *…Abseits der Vermutung, dass dieses hochmoralische Argument eher dazu dient, die Gewichtigkeit der Vorwürfe zu unterstreichen, wäre es zunächst erforderlich, überhaupt auszulegen, ob der Rückgriff auf den hohen moralischen Gehalt der Menschenrechte in dieser konkreten Anwendung schon direkt begründungsfähig sein könnte!"*

Fortsetzung nächste Seite

© GÖG/BIQG, PRÄOP 2011

	Die Übernahme der Ergebnisse des NICE Reviews in die zusammenfassende Evidenzbewertung ist insofern bemerkenswert, als kürzlich die Bewertung diagnostischer und therapeutischer Verfahren in England wiederum aus den *Händen von NICE (Britisches National Institut for Clinical Evidence) genommen und in die Hände eines ärztlichen Expertengremiums gelegt wurde.* *Welcher weite Teil der Wirklichkeit aus der Entscheidungsfindung ausgeschlossen wurde zeigt das Verhältnis von 25.154 Treffern bei der Datenbanksuche und die Beschränkung auf 447 Arbeiten für die engere Literaturauswahl aus der schließlich 141 Studien in die Übersichtsarbeit aufgenommen wurden. Von den 306 ausgeschlossenen Studien waren lediglich 69 Duplikate, sodass sich die Frage stellt weshalb weitere 237 Studien eliminiert wurden. Auch findet sich in der Quellleitlinie wiederum der altbekannte Trugschluss „Im Fall von Evidenzgrad 4 wurde der Empfehlungsgrad D in der indisziplinen Diskussionen innerhalb der Konsensgruppe festgelegt" Bemerkenswert ist die Erkenntnis unter „2 Ziele, Nutzen und Risiken der österreichischen Quellleitlinie zur präoperativen Patientenevaluierung" wo tatsächlich festgehalten ist „Nachteile der Quellleitlinienrealisierung sind etwa das Nichterkennen von (bislang asymptomatischen) Pathologien, welches das eingriffsrelevante Risiko steigern könnten. Im abwägenden Vergleich ist aber festzustellen, dass die falsch Negativrate bei der früher praktizierten präoperativen Screeningbefundung noch höher einzustufen ist."* *Hier wird tatsächlich bewusst der Tod zahlreicher PatientInnen in Kauf genommen um eine Falschnegativrate (Kosten für Befunde die negative Ergebnisse ergeben, obwohl positive erwartet wurden) geringer zu halten, d. h. Leben gegen Geld eingetauscht, dies ist nach meiner Einschätzung ein Verbrechen gegen die Menschlichkeit. Für die Kategorisierung der operativen Eingriffe wurde ein grober Raster „leicht, schwer" in den Entitäten „Dauer, Blutverlust, anatomische Region und pathophysiologische Interaktionen" gewählt. Andere als die gewählten Entitäten wurden nicht berücksichtigt wie z. B. Voreingriffe, Begleiterkrankung eines Patienten, Alter des Patienten, Geschlecht des Patienten, parallel vorliegende Schwangerschaft und vieles andere mehr. Auch die Risikogeneigtheit seitens des Eingreifenden und des Kontext (zu Verfügung stehende Sachmittel, postoperative Behandlungsmöglichkeiten, Erfahrung und Komplikationsrate etc.) fließt nicht ein.* *Z. B. Kernaussage 5 „Die kardiopulmonale Belastbarkeit stellt den wesentlichen Faktor zur Abschätzung des präoperativen Risikos dar, im Regelfall genügt eine exakte Patientenbefragung Empfehlungsgrad D" zeigt klar den Modellfehler.*	**4. Folgende Ausführungen ab „Leitlinien sind laut Beschlusslage..."** Bezüglich des Vorwurfs, dass eine Reduktion der Qualitätsfähigkeit resultieren würde und dass Leitlinien schon zum Zeitpunkt der Entstehung veraltet wären, wird wieder auf die Adnota vom 6.5.2010 verwiesen und auf eine Stellungnahme von Dr. Peintinger: *„Ethisch gesehen, müsste der Begriff „veraltet" (der in sich bereits negativ konnotiert ist) konkreter bedacht werden. Dass in LL hochaktuelle Forschungsergebnisse nicht implementiert sein werden, ist aus der Vorlaufstruktur evident. Allerdings trifft diese Erkenntnis wohl alle therapeutischen Handlungen im Alltag, die ja auch überwiegend auf bereits etablierte (und damit im Bezug auf rezente Forschungsergebnisse zeitgeschichtlich ältere!) Handlungskonzepte zurückgreifen!"* Um die Verlässlichkeit und Orientierungsfähigkeit der BQLL nicht zu gefährden, wurde die Gültigkeitsdauer von 3 Jahren bis zum nächsten Update sogar am Deckblatt vermerkt. Im unstrukturierten folgenden Text wiederholen sich durcheinander teilweise die bereits oben beantworteten Vorwürfe und kommen unvollständige Gedankengänge zu Themen hinzu, die nicht Gegenstand der BQLL sind. Abstrakte Überlegung über z.B. Raster, individuelle Wirklichkeiten, Modellfehler, Einheiten udgl. haben ihren Qualitätsmaßstab darin, dass sie sich in der klinischen Realität abbilden lassen müssen. Dr. Hartl sei versichert, dass es in der klinischen Wirklichkeit Tag für Tag um die Sicherstellung der Patientensicherheit und Behandlungsqualität geht. Ein Tool dafür ist die vorliegende BQLL. Auffallend ist, dass Dr. Hartl nicht begründet, warum beim Befolgen der BQLL „...ein Vielfaches an Folgen unterbliebener diagnostischer oder therapeutischer Handlungen ..." resultieren sollte. Somit kann das nur als unreflektierte Behauptung eingestuft werden. Darüber hinaus dürfte Dr. Hartl das Mehr an Untersuchungen bei PatientInnen mit speziellen Risikofaktoren entgangen sein. Auch der Vorwurf standardisierte Fragebögen wären gefährlich oder die Verwechslung von OP-Indikationsstellung und Zuweisung haben ein Maß überschritten, sodass hier keine weiteren Stellungnahmen erforderlich erscheinen.

Fortsetzung nächste Seite

	So treten z. B. bei Tetraplegkern Mangels der Möglichkeit einer körperlichen Belastung erst gar nicht die Symptome einer Herzinsuffizienz auf, die zu einer weiteren Testung Anlass geben würden, sodass anlässlich der Durchführung einer Operation bei diesen Personen eine überraschende Komplikation zu erwarten ist, sieht man z. B. vom Thoraxröntgen ab, welches eine Herzvergrößerung und eine Lungenstauung detektieren würde, bevor die klinischen Symptome auch beim Paraplegiger zu Tage treten (dies gilt auch für KHK bei diesen Personenkreis). In dem Zusammenhang ist auch anzumerken, dass z. B. das Vorliegen einer einzelnen angeborenen Emphysemblase ohne Thoraxröntgen bei anscheinend klinisch Gesunden zum interoperativen Spontanpneumothorax führen kann. Auch wenn dies nur eine geringe Zahl von Personen betrifft, ist jeder einzelne Todesfall aufgrund der Unterlassung eines präoperativen Thoraxröntgens haftungsbegründend, abgesehen vom menschlichen Leid das damit erzeugt wird. Aus meiner Sicht ergibt sich durch die Publikation dieser Leitlinie durch das Gesundheitsministerium der Tatbestand der Amtshaftung für solche oder ähnlich gelagerte Todesfälle. Die Aussage „präoperative labormedizinische Diagnostik: das perioperative Risiko lässt sich kaum durch Laborwerte erkennen „ mutet zynisch an. *Wie bekannt existieren zahllose Patienten mit Leberfunktionsstörungen z. B. aufgrund von Alkoholismus, die klinisch unauffällig sind, aber entsprechende Gerinnungsstörungen aufweisen. Auch die Inkaufnahme des Infektionsrisikos bei klinisch unauffälligen Hepatitis C Patienten oder HIV Patienten für das Personal bei Unterlassung einer Laboruntersuchung auch bei leichten Eingriffen kann wohl nicht ernst gemeint sein.* *Dies gilt auch für die Bestimmung des Serumkreatinins, da bekanntlich sehr viele Patienten im Stadium einer kompensierten Retention mit Kreatininwerten bis zu 2,5 existieren die klinisch unauffällig sind. Diesen Wert ausschließlich bei Verdacht auf Vorliegen einer Niereninsuffizienz zu bestimmen ist grob fahrlässig.* *Bezüglich des Reviews von Sönichsen: Nach dem unter Punkt 1.4 Diskussion und Schlussfolgerung zu finden im Satz „Zusammengefasst konnte nur spärliche Evidenz für den Nutzen routinemäßig durchgeführter präoperativer Diagnostik gefunden werden. Bei Patienten ohne entsprechende anamnestische Hinweise und Indikation für die Untersuchungen aufgrund vorliegender Risikofaktoren und Erkrankungen kann sich die präoperative Diagnostik nach der derzeitigen Studienlage auf die sorgfältige Anamneseerhebung körperlicher Untersuchung beschränken"* *Unter 3.5 Evidenzbewertung und Empfehlungsgrad findet sich der Satz „eine eindeutige Empfehlung zur Durchführung oder Nichtdurchführung einer bestimmten Untersuchung in Abhängigkeit für den geplanten Eingriff und der ??Morbidität des Patienten kann aus der vorliegenden Studienevidenz in den seltensten Fällen abgeleitet werden, da keine randomisiert kontrollierten Studien vorliegen. Da es nicht Aufgabe dieses Reviews war eine Leitlinie zu erstellen, sondern lediglich aus Studien gewonnen Erkenntnisse systematisch zu präsentieren wird auf die Abgabe von detaillierten Empfehlungen generell verzichtet.*	**5. Interpretationsfalle:** *"Nachteile der Quellleitlinienrealisierung sind etwa das Nichterkennen von (bislang asymptomatischen) Pathologien, welches das eingriffsrelevante Risiko steigern könnten. Im abwägenden Vergleich ist aber festzustellen, dass die falsch Negativrate bei der früher praktizierten präoperativen Screeningbefundung noch höher einzustufen ist."* Dr. Hartls Interpretation dieser in der Quellleitlinie klar formulierten 2 Sätze ist falsch, weil er nicht erkennt, dass mit den derzeit praktizierten Screeningmethoden mehr Pathologien übersehen werden, als mit der BQLL-Methode, wo basierend auf Anamnese und Funktionsevaluierung eine individualisiert Diagnostik empfohlen ist. (Wenn Pathologien übersehen werden, bedeutet das nicht, dass automatisch der Tod folgt, sondern dass intra- und postoperativ ein situationsangepasstes Management erforderlich wird.) Die Schlussfolgerungen von Dr. Hartl, dass damit fahrlässig der Tod von Patienten herbeigeführt wird und ein Verbrechen gegen die Menschlichkeit vorliegt, dass sich damit das Ministerium dem Tatbestand der Amtshaftung aussetzt, sind grundlegend falsch. (Zur Info für Nicht-AnästhesistInnen: während Anästhesie wird ein Pneumothorax zu keiner erhöhten Todesrate führen.) Die Motivation von Dr. Hartl für diese Äußerungen und Fehlinterpretationen bleibt unklar. **6. Inhaltliche Kritik:** Auf die Kritik zu den eigentlichen Inhalten der BQLL wird hier nicht Stellung genommen, da diese in ähnlicher Weise in der Stellungnahme zum Schreiben von MR Dr. Dorner vom 15.9.2011 abgehandelt werden.

Fortsetzung nächste Seite

© GÖG/BIQG, PRÄOP 2011

	Es muss der Leitlinienkommission vorbehalten bleiben hier unter Abwägung medizinischer und ökonomischer Gesichtspunkte und unter Einbeziehung fachlicher anästhesiologischer Expertise zu entscheiden, wann die Durchführung von Untersuchungen in Anbetracht der insgesamt vorliegendenEvidenz zu empfehlen ist. *Wie man unter „4.2.1 Kapitel eingeschlossene Literatur" finden kann, wurde die Literaturstudie 4 Studien und ein Cochrane Review identifiziert in denen die Durchführung einer Kombination von präoperativen Untersuchungen randomisiert, kontrolliert mit der Nichtdurchführung verglichen wurde. Drei davon betrafen die Kataraktoperation in Lokalanästhesie. Die vierte Studie auch orthopädisch, plastisch und augenärztliche, allgemeinchirurgische, urologische und neurochirurgische Eingriffe. In diesen Studien wurde weder das Rehabilitationspotenzial untersucht, noch der Einfluss der präoperativen Diagnostik auf des prä-, peri- und postoperative Management. Bezüglich des Einflusses auf die Mortalität konnten aufgrund des Umstandes, dass in der No* *Testing Gruppe 2 und in der Routine Testing Gruppe 1 Todesfall bei insgesamt 10.000 Patienten pro Gruppe auftrat, das Ergebnis aufgrund des riesigen Konfidenzintervalls nicht verwertet werden, sodass keine Aussage über die Mortalität möglich ist.* *Unter 4.2.2.3 wird Erstaunen geäußert, dass in der allgemeinchirurgischen Studie die Rehospilisierungsrate bei den getesteten Patienten höher war, als in der nicht getesteten Gruppe und die signifikant. Dies wird relativiert mit dem Satz „das Ergebnis muss in Anbetracht der Vielzahl von Auswertungen allerdings eher als zufällig im Rahmen von multiplen Testen angesehen werden" Dies zeigt klar die Unverwertbarkeit dieser Studien, aber auch von Studien grundsätzlich zu Beantwortung solcher Fragestellungen auf. Bezüglich der Thoraxröntgenaufnahme findet sich, dass von 38 Studien 35 ausgeschlossen wurden. Eine z. B. nur deshalb weil sie nicht möglich war zu erhalten. Wesentliche Fragestellungen wie z. B. Einfluss auf Managementänderungen wurden von den eingeschlossenen Studien nicht untersucht. Auch der Einfluss auf die Mortalität wurde nicht untersucht. Lediglich der Einfluss auf Komplikationen und Morbidität. Auch in den von NICE vorgenommenen Literaturrecherche wurde bei keiner der eingeschlossenen Studien der Zusammenhang zwischen präoperativen Thoraxröntgenaufnahmen und Mortalität untersucht. Die Ausführungen 4.4.3.2 über die Studie von Jo 2005 sprechen für sich. Es werden abnorme Röntgenbefunde in den inkludierten Studien wie Kardiomergalie 15-65%, chronisch obstruktive Lungenerkrankung 7 – 30% und die Anzahl von Folgeuntersuchungen aufgrund pathologischer Röntgenbefunde 4 – 47% dargelegt, in 10% der Fälle führten Folgeuntersuchung zur Managementänderung, bei postoperativen pulmonalen Komplikationen bei*	

Fortsetzung nächste Seite

	Die Autoren empfehlen diese diagnostische Untersuchung nur bei Patienten mit bestehenden Risikofaktoren durchzuführen, da die Incidenz von pathologischen präoperativen Thoraxröntgenbefunden im Patientengut unter 70 Jahren niedrig ist. *Die Autoren empfehlen, dass ein präoperatives Thoraxröntgenscreening unabhängig vom Alter bei nicht asymptomatischen Patienten durchgeführt werden sollte. Bezüglich der DGAI Guideline 4.4.3.3. findet sich der Satz: „Die Sensitivität einer Thoraxröntgenaufnahme in der Diagnostik Kardiopulmonaler Erkrankungen bei unauffälliger Anamnese und körperlicher Untersuchung ist gering. Es ist allerdings nicht wissenschaftlich belegt ob eine routinemäßige Durchführung einer Thoraxröntgenaufnahme nach festen Altersgrenzen einen Nutzen hat."* *Ähnliche methodische Mängel wie im Bezug auf das Thoraxröntgen finden sich bei den Feststellern bezüglich der Hämotokritbestimmung 4.5.4.5 „ob die präoperative Erhebung dieser Laborwerte einen positiven Effekt auf den klinischen Verlauf (Komplikationen, Morbidität, Moralität) bei Patienten hat, kann daher nicht direkt beantwortet werden."* *CRP und Leukozytenzahl trotz mehrerer Studien die einen klaren Zusammenhang zwischen Letalität und Komplikationen in Bezug auf die erhöhte Leukozytenzahl und das CRP vor der Operation darlegen kommt man zu dem Schluss 4.6.2.8. „Insgesamt ist die Dateneinlage uneinheitlich von minderer Qualität, es besteht eine große Notwendigkeit qualitativ hochwertige Studien zu vorliegenden Fragestellung der Systematik Reviews durchzuführen, idealerweise randomisierte kontrollierte Interventionsstudien" 4.6.3.2. DGAI Guideline „die routinemäßige Bestimmung wird nicht empfohlen" Dies obwohl unter 4.6.4. Zusammenfassung der Evidenz zur präoperativen Bestimmung von CRP und Leukozytenzahl Seite 145 unten sich der Satz findet „direkte Vergleichsstudien zwischen Patienten mit und ohne präoperativer Bestimmung der Leukozyten konnten nicht intensiviziert werden. Weder in Form einer nichtrandomisierten noch in Form einer randomisierten kontrollierten Studie. Direkte Evidenz zum Benefit einer routinemäßigen präoperativen Bestimmung der Leukozyten im Hinblick auf das Aufkommen liegt also nicht vor".* *Weiters wird unter Verweis auf den geringen Evidenzgrad letztlich der Schluss gezogen „die prädiktiven Werte für diese Ereignisse waren aber extrem niedrig, sodass sich aus diesen Studien trotz Signifikanz sicher keine Empfehlung zur generellen Bestimmung der untersuchten Laborwerte ableiten lässt".* *Blutgerinnung: über 60 Studien wurden 47 ausgeschlossen, trotz des studienmäßigen Zusammenhanges zwischen reduzierter Blutgerinnung und Mortalität bzw. Komplikationen wird unter 4.7.2.8. der Schluss gezogen „alle in der systematischen Übersichtsarbeit inkludierten Studien sind unkontrollierte Kohorten Studien, außerdem erfolgte nur bei 5 Studien eine prospektive Erhebung der Daten und nur bei 4 Studien ein konsekutiver Patienteneinschluss, die Validität ist ... erheblich eingeschränkt*	

Fortsetzung nächste Seite

© GÖG/BIQG, PRÄOP 2011

	Unter 4.7.3.1 NICE 2003 findet sich der Satz „Die gefundene Evidenz konnte daher nicht direkt in die Guideline einfließen“ *4.7.3.2 DGAE Guideline „Die DGAE Guideline stellt fest, dass die routinemäßige präoperative Erhebung von Parametern der Blutgerinnung (Screening) nicht indiziert ist. Auch das Alter des Patienten und die Schwere des Eingriffes stellen nach Meinung der Experten per se keine wissenschaftliche bewiesene Indikation dar.* *Nierenfunktionsparameter: von 67 Studien 42 ausgeschlossen, ebenfalls die gleichen Mängel Auch hier wieder unter Verweis auf mangelnde Studienqualität eine Aussage als nicht möglich* *Harnstreifentest: Obwohl in einer angeführten Studie ein klarer Zusammenhang zwischen Wundinfektionsrate und vorliegen eines Harnwegsinfektes erkannt wurde, wird diese Studie von geringer Qualität dargestellt und unter Verweis auf NICE und DGAE die Aussage, dass eine Empfehlung eher nicht abgeleitet werden kann getroffen.* *4.11. Leberfunktionsparameter: Von 41 Studien wurden 28 ausgeschlossen unter Verweis auf mangelnde Studien bzw. deren Qualität wird festgestellt, dass keine direkte Evidenz vorliegt um zu bewerten ob ein Screening mit präoperativen Leberfunktionsparameter zu einem verbesserten klinischen Patientenoutcome führt.* *Elektrolyte: von 28 Studien 16 ausgeschlossen, gleiche Mängel, gleiches Ergebnis* *Glukosekonzentration im Serum Plasma: von 54 Studien 39 ausgeschlossen, gleiche Mängel, gleiche Ergebnisse* *Detto HBA 1C, detto Schwangerschaftstest:* *Hier ist unter 4.15.2.2. der Satz „da bei keiner schwangeren Patientin eine Operation durchgeführt wurde, wurden in der Studie keine Angaben über Morbidität und Komplikationen gemacht“ ein weiterer Schwachpunkt evidenzbasierter Guidelines, nämlich das aus ethischen Gründen in vielen Fällen eine Kontrollgruppe unmöglich ist.*	

Fortsetzung nächste Seite

	Unter 5.1. „Ergebnisse" wird letztlich eingeräumt, dass es für den Nutzen präoperativer Routinediagnostik so gut wie keine Evidenz gibt und die Forderung erhoben wird nachzuweisen, dass das Weglassen oder die Reduktion einer Routinediagnostik möglich ist ohne das dem Patienten daraus ein Nachteil erwächst. Dafür gibt es aber keinerlei Studien, weil eine vollkommen andere statistische Herangehensweise erforderlich wäre (Non inferiority Studien) *Interessant ist auch der Satz „unten die Betrachtung der 4 Studien macht deutlich welches unglaubliches Unterfangen es wäre randomisiert kontrollierte Studien über das Weglassen oder Durchführen einzelner Untersuchungsparameter zu entwerfen, man bräuchte horrend hohe Fallzahlen um hier zu einem validen Ergebnis zu kommen und die Durchführung dieser Studien würde sowohl an den logistischen als auch finanziellen Hürden scheitern. Und so stellte sich doch in einigen großen Studien heraus, dass bestimmte präoperative Tests signifikant mit bestimmten Komplikationen oder gar der Mortalität zusammenhängen. Der positive prädektive Wert eines pathologischen präoperativen Testergebnisses im Sinne eines diagnostisch-prognostischen Tests ist allerdings meist sehr gering, sodass viele Tausende von Tests durchgeführt werden müssten um einen richtig positiven zu identifizieren."* *Weiters „eine wesentliche Limitation dieses Reviews ist, dass in Anbetracht der knappen zur Verfügung stehenden Zeit die Suche auf Zeitraum von 2001 bis 2011 beschränkt werden musste." Angesichts der Tatsache, dass wissenschaftliche Studien üblicherweise nur durchgeführt werden, wenn aus ihnen ein Erkenntnisgewinn erwartet wird und zu Entitäten die bereits klare Indikationen darstellen nicht mehr geforscht wird, ist dies grob fahrlässig, da aus Studien aus der Zeit davor mit Sicherheit hervorgeht, dass die präoperative Diagnostik in vielen Fällen dringend indiziert ist. Nachdem diese Studien aber zeitlich ausgeschlossen wurden, konnten sie auch nicht in die Erstellung der Leitlinie einfließen.*	BMG: Kein Kommentar zu Stgn. Dr. Hartl.

Fortsetzung nächste Seite

© GÖG/BIQG, PRÄOP 2011

Kapitel 1 Einleitung

Textpassage	Stellungnahme	Kommentar
	STGKK	
Zu Kap. 1.2, S 5	*Die Recherche und Darstellung der den Kernempfehlungen zugrunde liegenden Evidenz wurde vom Auftraggeber an ÖGARI übertragen.* Begründung: aktueller Text missverständlich	Änderungsvorschlag wurde übernommen
Zu Kap. 1.4, S 6, erster Absatz	*Wie kommt man zu dieser Aussage? Was ist unter "kleinen" Operationen zu verstehen? In der ÖGARI Leitlinie finden sich keine diesbezüglichen Informationen.*	Text wurde überarbeitet
	Amt der Oberösterreichischen Landesregierung	
Textpassage	**Stellungnahme**	**Kommentar**
Zu Kap. 1.3	*Nur die im Diagnostik- u. Behandlungsprozess involvierten Ärzte sollten Adressaten sein.* Begründung: Auflistung sämtlicher möglicher Adressaten (Tätigen im Gesundheitssystem) ist nicht sinnvoll.	Diskutiert: kein Änderungsbedarf

Textpassage	Stellungnahme	Kommentar
	Wirtschaftskammer Österreich, Fachverband der Gesundheitsbetriebe	
Zu Kap. 1, S. 1	*Folgende übergeordnete Metaleitlinienziele sind auch bei der Entwicklung einer BQLL bzw. BQRL zu berücksichtigen:* *• Erhöhen der Patientensicherheit* *• Erhöhen der Patientenzufriedenheit* *• Optimierte Patientenversorgung* *• Darstellung der Versorgungsebenen* *• Prozessstandardisierung, -optimierung und -transparenz* *Diese Gliederung soll auch den Ausführungen im nächsten Abschnitt zugrunde gelegt und zu jedem der Metaleitlinienziele hinterfragt werden, inwieweit der Entwurf geeignet ist, diese Metaleitlinienziele zu erfüllen.* *Erhöhen der Patientensicherheit:* *Auf den Punkt gebracht ist die hinter dem Entwurf stehende Grundannahme, dass die in Österreich betriebene präoperative Diagnostik nach Regionen bzw. nach Haus nach höchst unterschiedlichen Standards erfolgt. Daher sei – in unterschiedlicher Intensität – zumindest bei einzelnen Patientengruppen davon auszugehen, dass diagnostische Maßnahmen gesetzt werden, deren Notwendigkeit nicht in vollem Umfang nach den Regeln der Evidence Based Medicine nachgewiesen werden können. Durch den Entwurf soll nun diese Über-Diagnostik eingedämmt und dadurch im österreichischen Gesundheitssystem Kosten reduziert werden. Quellleitlinie des Entwurfs ist die ÖGARI-Leitlinie aus dem Jahr 2008, die insbesondere im Bundesland Salzburg getestet und einem systematischen Review unterzogen wurde. Laut Kernaussage 2 der Quellleitlinie sind die standardisierte Erhebung der Anamnese und die klinische Untersuchung die einzig notwendigen Basisbestandteile der präoperativen Diagnostik. Aus pathologischer Anamnese und/oder klinischer Untersuchung, bei Undurchführbarkeit von Anamneseerhebung und/oder klinischer Untersuchung und bei bestimmten Eingriffstypen ergibt sich die Indikation für eine weiterführende diagnostische Abklärung (Kernaussage 4). Auf Seite 10 der Quellleitlinie wird ausgeführt, dass „das perioperative Risiko […] sich kaum durch Laborwerte erkennen (lässt).“*	ÖGARI: Die Aussage, dass sich Komplikationen kaum durch Laboruntersuchungen voraussagen lassen, ist so zu verstehen, dass Art und Schwere der Operation, Alter des Patienten und körperliche Belastbarkeit wesentlich höhere Korrelationen mit Komplikationen haben (Schein 2000,Dzankic 2001; Chung 2009, Fritsch 2011). Es gibt in den zitierten Arbeiten lediglich den Hinweis, dass möglicherweise die Nierenfunktion (mehr die errechnete Glomeruläre Filtrationsrate als das Serumkreatinin) eine gewisse Korrelation mit den Komplikationen hat. Damit ist aber insgesamt der extrem hohe Stellenwert, den Laborwerte traditionell in der präoperativen Evaluierung hatten, stark zu relativieren. Die Annahme, dass das herkömmliche präoperative Gerinnungslabor mit PTZ, aPTT, Thrombozytenzahl unerwartete Blutungskomplikationen sicher vorhersagen und vermeiden könnte, ist falsch. Pathologische Werte müssen nicht blutungsrelevant sein, Werte im Normbereich schließen relevante Gerinnungsdefekte und Blutungskomplikationen nicht aus und wiegen in falscher Sicherheit. Mit dem herkömmlichen Gerinnungslabor können keine Thrombozytenfunktionsstörungen detektiert werden und diese haben eine wesentlich höhere Prävalenz im perioperativen Setting im Vergleich zu Störungen der plasmatischen Gerinnung (z.B. von Willebrand Syndrom 1:100, Hämophilie A oder B 1:5.000 bzw. 1:30.000). Mit dem herkömmlichen Gerinnungslabor werden subklinische plasmatische Gerinnungsdefekte nicht detektiert, also übersehen. Insgesamt empfehlen daher rezente Leitlinien anderer Länder nicht die routinemäßige Anforderung der herkömmlichen Gerinnungstests, wohl aber die routinemäßige Durchführung der Gerinnungsanamnese. Die Blutungsanamnese mit standardisierten Fragen zu relevanten klinischen Blutungssymptomen hat eine höhere Sensitivität für perioperativ bedeutsame Gerinnungsstörungen; bei auffälliger Blutungsanamnese sollen weiterführende Laboranalysen die Ursachen abklären, wobei aufgrund der Assoziation mit dem klinischen Outcome (Blutung und Transfusionsbedarf) die primäre Hämostasekapazität berücksichtigt werden soll (Koscielny 2004, 2007; Eberl 2005; Licamelli 2008). Daher wird die vorliegende BQLL auch in diesem Punkt dem ersten Metaleitlinienziel gerecht, indem Patientensicherheit erhöht wird.

Fortsetzung nächste Seite

© GÖG/BIQG, PRÄOP 2011

	Der Begriff „kaum" weist darauf hin, dass es sehr wohl Patientengruppen gibt, bei denen durch Laborwerte Risikofaktoren erkannt werden können. Dabei sei beispielhaft auf Patienten mit unerkannten Gerinnungsstörungen verwiesen. Bei solchen Patienten kann es perioperativ zu schweren Komplikationen kommen, die mit präoperativer Gerinnungsdiagnostik vermieden werden könnten. Auch wenn die Wahrscheinlichkeit für solche Fälle eher gering ist, können die Komplikationen erheblich sein (großer Blutverlust und daher Notwendigkeit für umfangreiche Bluttransfusionen, längere OP-Dauer, längere Rekonvaleszenz etc.). Eine gesundheitspolitische Zielsetzung könnte nun sein, durch die Implementierung der BQLL PRÄOP Kosten in definiertem Ausmaß zu senken und dafür Komplikationen (ebenfalls in definierten Ausmaß) in Kauf zu nehmen. Das erste Metaleitlinienziel lautet jedoch „Erhöhen der Patientensicherheit". Wie schlüssig dargelegt werden konnte, kann dieses Ziel zumindest für die Patientengruppe der Patienten mit Gerinnungsstörungen nicht erreicht werden. Andere Beispiele würden sich noch finden lassen, deren Abhandlung würde aber den Rahmen dieser Stellungnahme sprengen. *Im Zusammenhang des Metaleitlinienziels soll noch auf zwei weitere Aspekte hingewiesen werden:* *Die für eine Anamnese und klinische Untersuchung notwendige Zeit findet in den Honorarordnungen für niedergelassene Ärzte nur unvollkommen Deckung, was zu systemimmanenten Grenzen führt.Nicht zu unterschätzen ist auch die zeitliche Komponente. Da zwischen den ambulanten Voruntersuchungen und dem operativen Eingriff keine eingehende Untersuchung des Patienten mehr vorgesehen ist, steigt das Risiko, Hinderungsgründe für Operationen zu übersehen (z.B. Aspirin-Einnahme, sich anbahnende Infekte etc.).* *<u>Erhöhen der Patientensicherheit und optimierte Patientenversorgung</u>:* *Uns vorliegende Berichte aus dem Bundesland Salzburg zeigen, dass trotz der Software-Unterstützung offensichtlich nicht allen Systempartnern die Spielregeln im Ablauf bekannt waren. Daraus resultierten Patienten, die (mit Schriftstücken eines niedergelassenen Arztes versehen) zur Operation erschienen sind, ohne über eine gültige OP-Freigabe zu verfügen. Solche Patienten bringen, insbesondere im immer häufigeren tagesklinischen Setting, die Organisation der Kliniken bis an ihre absolute Belastungsgrenze und darüber hinaus. Auch wenn die Operationen von höchst engagierten MitarbeiterInnen zum Wohle des Patienten meist doch noch möglich gemacht werden, sind die dafür notwendigen Improvisations-Leistungen nicht dazu geeignet, mit gutem Gewissen von einer Erfüllung der Metaleitlinienziele „Erhöhen der Patientenzufriedenheit" und „Optimierte Patientenversorgung" auszugehen.* *<u>Darstellung der Versorgungsebenen und Prozessstandardisierung, -optimierung, und -transparenz</u>:* *Diese beiden Formalziele können mit dem vorliegenden Entwurf wohl erreicht werden. .*	Grundsätzlich obliegt die „Freigabe" eines Patienten dem/der Anästhesisten/in. Eine extramurale Befunderbringung ersetzt auch im Reformpoolprojekt Salzburg nicht die präoperative anästhesiologische Begutachtung, zumal die forensisch nötige präoperative Patientenaufklärung sicherlich nicht Sache von niedergelassenen Allgemeinmedizinern und Internisten ist. Die rechtzeitige präoperative Diagnostik ist dazu geeignet, Risiken zu erkennen und bis zum Operationstermin zu minimieren. Hinderungsgründe für den Eingriff, z.B. durch sich anbahnende Infekte, können bei Krankenhausaufaufnahme, Visiten bzw. bei der anästhesiologischen Freigabe erkannt werden. Es sei erwähnt, dass die Aspirin-Einnahme wegen koronarem Stent entsprechend internationaler interdisziplinärer Empfehlungen lebenslänglich weitergeführt werden muss, also kein Hinderungsgrund für Operationen ist (Ausnahmen sind jedoch z.B. neurochirurgische Eingriffe). Eine genaue Festlegung von intrahospitalen Prozessschritten ist nicht Inhalt einer Metaleitlinie. Planung und Durchführung von Prozessen im Krankenhaus werden weiterhin von den Verantwortlichen in den Krankenhäusern zu tragen sein. Unbenommen dessen können anekdotische Berichte über das angebliche Nichtfunktionieren des Reformpoolprojektes Salzburg nicht dazu geeignet sein, die Grundintention in Frage zu stellen, zumal bis jetzt (18.10.2011) mehr als 46.200 Patienten im Rahmen von PROP abgeklärt wurden.

Fortsetzung nächste Seite

Textpassage	Stellungnahme	Kommentar
	Verband der Privatkrankenanstalten Österreichs	
Zu Kap. 1, S. 1 und zu Kap. 1, S. 1 i.V.m. Kap. 5. 5, S. 10	*Einleitend sei festgehalten, dass im Entwurf selbst festgehalten wird, dass „folgende übergeordneten Metaleitlinienziele […] auch bei der Entwicklung einer BQLL bzw. BQR zu berücksichtigen (sind):* *Erhöhen der Patientensicherheit* *Erhöhen der Patientenzufriedenheit* *Optimierte Patientenversorgung* *Darstellung der Versorgungsebenen* *Prozessstandardisierung, -optimierung und -transparenz.* *Diese Gliederung soll auch den Ausführungen im nächsten Abschnitt zugrunde gelegt und zu jedem der Metaleitlinienziele hinterfragt werden, inwieweit der Entwurf geeignet ist, diese Metaleitlinienziele zu erfüllen.* *a. Erhöhen der Patientensicherheit* *Auf den Punkt gebracht ist die hinter dem Entwurf stehende Grundannahme, dass die in Österreich betriebene präoperative Diagnostik nach Regionen bzw. nach Haus nach höchst unterschiedlichen Standards erfolgt. Daher sei – in unterschiedlicher Intensität – zumindest bei einzelnen Patientengruppen davon auszugehen, dass diagnostische Maßnahmen gesetzt werden, deren Notwendigkeit nicht in vollem Umfang nach den Regeln der Evidence Based Medicine nachgewiesen werden können. Durch den Entwurf soll nun diese Über-Diagnostik eingedämmt und dadurch im österreichischen Gesundheitssystem Kosten reduziert werden. Quellleitlinie des Entwurfs ist die ÖGARI-Leitlinie aus dem Jahr 2008, die insbesondere im Bundesland Salzburg getestet und einem systematischen Review unterzogen wurde. Laut Kernaussage 2 der Quellleitlinie sind die standardisierte Erhebung der Anamnese und die klinische Untersuchung die einzig notwendigen Basisbestandteile der präoperativen Diagnostik. Aus pathologischer Anamnese und/oder klinischer Untersuchung, bei Undurchführbarkeit von Anamneseerhebung und/oder klinischer Untersuchung und bei bestimmten Eingriffstypen ergibt sich die Indikation für eine weiterführende diagnostische Abklärung (Kernaussage 4). Auf Seite 10 der Quellleitlinie wird ausgeführt, dass „das perioperative Risiko […] sich kaum durch Laborwerte erkennen (lässt).“ Der Begriff „kaum“ weist darauf hin, dass es sehr wohl Patientengruppen gibt, bei denen durch Laborwerte Risikofaktoren erkannt werden können. Dabei sei beispielhaft auf Patienten mit unerkannten Gerinnungsstörungen verwiesen. Bei solchen Patienten kann es perioperativ zu schweren Komplikationen kommen, die mit präoperativer Gerinnungsdiagnostik vermieden werden könnten.*	Siehe vorangegangen Kommentar zur Stellungnahme der Wirtschaftskammer Österreich

Fortsetzung nächste Seite

© GÖG/BIQG, PRÄOP 2011

	Auch wenn die Wahrscheinlichkeit für solche Fälle eher gering ist, können die Komplikationen erheblich sein (großer Blutverlust und daher Notwendigkeit für umfangreiche Bluttransfusionen, längere OP-Dauer, längere Rekonvaleszenz etc.). Eine gesundheitspolitische Zielsetzung könnte nun sein, durch die Implementierung der BQLL PRÄOP Kosten in definiertem Ausmaß zu senken und dafür Komplikationen (ebenfalls in definierten Ausmaß) in Kauf zu nehmen. Das erste Metaleitlinienziel lautet jedoch „Erhöhen der Patientensicherheit". Wie schlüssig dargelegt werden konnte, kann dieses Ziel zumindest für die Patientengruppe der Patienten mit Gerinnungsstörungen nicht erreicht werden. Andere Beispiele würden sich noch finden lassen, deren Abhandlung würde aber den Rahmen dieser Stellungnahme sprengen. Im Zusammenhang des Metaleitlinienziels soll noch auf zwei weitere Aspekte hingewiesen werden: *• Die für eine Anamnese und klinische Untersuchung notwendige Zeit findet in den Honorarordnungen für niedergelassene Ärzte nur unvollkommen Deckung, was zu systemimmanenten Grenzen führt.* *• Nicht zu unterschätzen ist auch die zeitliche Komponente. Da zwischen den ambulanten Voruntersuchungen und dem operativen Eingriff keine eingehende Untersuchung des Patienten mehr vorgesehen ist, steigt das Risiko, Hinderungsgründe für Operationen zu übersehen (z.B. Aspirineinnahme, sich anbahnende Infekte etc.).*	
	b. Erhöhen der Patientenzufriedenheit / Optimierte Patientenversorgung: *Uns vorliegende Berichte aus dem Bundesland Salzburg zeigen, dass trotz der Software-Unterstützung offensichtlich nicht allen Systempartnern die Spielregeln im Ablauf bekannt waren. Daraus resultierten Patienten, die (mit Schriftstücken eines niedergelassenen Arztes versehen) zur Operation erschienen sind, ohne über eine gültige OP-Freigabe zu verfügen. Solche Patienten bringen, insbesondere im immer häufigeren tagesklinischen Setting, die Organisation der Kliniken bis an ihre absolute Belastungsgrenze und darüber hinaus. Auch wenn die Operationen von höchst engagierten MitarbeiterInnen zum Wohle des Patienten meist doch noch möglich gemacht werden, sind die dafür notwendigen Improvisations-Leistungen nicht dazu geeignet, mit gutem Gewissen von einer Erfüllung der Metaleitlinienziele „Erhöhen der Patientenzufriedenheit" und „Optimierte Patientenversorgung" auszugehen.*	

Fortsetzung nächste Seite

Textpassage	Stellungnahme	Kommentar
	Österreichische Ärztekammer	
Zu Kap. 1.4, S. 6, Abs. 2	*Streichen* Begründung: Bei Akutoperationen ist die präoperative Risikoevaluierung stets in den Händen eines Facharztes für Anästhesie und Intensivmedizin, der sich in akutem Dialog mit dem chirurgischen Partner befindet und entsprechend der Dringlichkeit im Sinne seiner fachlichen Kompetenz verhält.	Diskutiert: kein Änderungsbedarf
Zu Kap. 1.4, S. 6, Abs. 3	*Streichen* *Begründung: Die Evidenz von Screening ist auch bei großen Operationen nicht viel höher.*	Diskutiert: kein Änderungsbedarf

Kapitel 2: Ziele

	Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger	
Zu Kap. 2, S. 7	*Hier werden unter Bezugnahme auf die Vorgaben der Metaleitlinie (vgl. Seite 1) die patientenfreundlich gestalteten Betreuungsprozesse genannt. Dieses Ziel im Zusammenhang mit der Feststellung von Seite 8, dass die häufiger auftretende Multimorbidität eine strukturierte und abgestimmte präoperative Diagnostik und Befundabklärung für geplante Operationen verlangt, spricht dafür, in der BQLL auch eine deutliche Empfehlung für Präanästhesieambulanzen, die insbesondere für multimorbide Personen sehr hilfreich sind, zu formulieren.*	ÖGARI: Anästhesieambulanzen, wie sie an vielen Häusern schon installiert sind, haben das Potential, zielgerichtet, patientenfreundlich und fachlich stringent präoperative Diagnostik durchzuführen (siehe dazu auch Präambel der Leitlinie präoperative Evaluierung der ÖGARI http://www.oegari.at/web_files/dateiarchiv/205/Praeambel.pdf) und werden aus Sicht der ÖGARI als ideale Institution für präoperative Risikoevaluierung und Aufklärung gesehen. Unbenommen dessen sind Befunde aus dem extramuralen Bereich auch in diesem Setting hilfreich und zu nutzen, um z.B. den Behandlungspfad der PatientInnen zu optimieren, Patientenzufriedenheit zu steigern und um Doppelbefundungen zu verhindern. BMG: Im Auftrag ist dezidiert definiert von neuen Strukturen und finanziellen Vorgaben Abstand zu nehmen.

Fortsetzung nächste Seite

© GÖG/BIQG, PRÄOP 2011

Kapitel 3 Patientenorientierte, nahtstellenübergreifende Versorgung

Textpassage	Stellungnahme	Kommentar
	Aktive Diabetiker Austria	
Zu Kap. 3.5.2	*Als verpflichtende Fragestellung einfügen:* *Stoffwechselprobleme vorhanden?: nein/ja/welche* *Stoffwechselprobleme, insbesondere Diabetes, werden als Ursache vieler Leiden, die dann zu der Operation führen, zwar erkannt, jedoch nirgends statistisch erfasst.* *Literaturhinweis: www.aktive-diabetiker.at*	ÖGARI: Die Diabeteserkrankung findet insbesondere im Rahmen des kardialen Risikos Berücksichtigung, indem sie im sogenannten Lee-Index einen der Risikopunkte darstellt. Der Algorithmus der präoperativen Abklärung sieht bei PatientInnen mit Diabetes mellitus eine Untersuchung der Nierenfunktion vor, die oft von der Diabeteserkrankung eingeschränkt ist. Eine statistische Darstellung von präoperativ immanenten chronischen Erkrankungen ist nicht Inhalt eines präoperativen Abklärungsalgorithmus.
	STGKK	
Zu Kap. 3.1, S 9, Tabelle 3.2	*Es sollte eine Trennung in FA für Anästhesie und FA für IM gemacht werden.* Begründung: Sie erfüllen unterschiedliche Aufgaben im Versorgungsprozess (vgl. Abb 3.1, S 10)	Diskutiert: kein Änderungsbedarf
zu Kap. 3.5, S 14, erster Absatz	*Streichung des letzten Satzes.* *Begründung: Auf den Ort der Leistungserbringung wird in der Quellleitlinie nicht eingegangen.*	Änderungsvorschlag übernommen
	Amt der Oberösterreichischen Landesregierung	
Textpassage	**Stellungnahme**	**Kommentar**
Zu Kap. 3.1	*Der "Eingang " ins Gesundheitssystem in Österreich ist eben niederschwellig. Wenn der Patient den Einstieg in die Versorgungsebene mitbestimmen kann, ist eine präoperative Diagnostik als Verordnung nicht möglich.* *Eines der Probleme: mangelnde Transparenz und Vergleichbarkeit Niedergelassener Bereich/Intramural* *Begründung: Ein Prozess der 2 unterschiedlich transparente Systeme überbrücken soll?*	BMG: Wird zur Kenntnis genommen.
Zu Kap. 3.2 2	*Intra oder extramural?* *Rolle des AM genau Definieren* *Begründung: Die Quellleitline ist eher nicht für AM verfasst*	Diskutiert: kein Änderungsbedarf

Fortsetzung nächste Seite

Zu Kap. 3.3, Kap. 3.4 und Kap. 3.5	*3.3: Haftungsfragen bei Diagnostik/Therapie/OP-Komplikationen nach falschen Einschätzungen/Aussagen von Angehörigen?!* *3.3: Es wird dann eher zu viel präoperative Diagnostik gemacht werden.* *3.4: Leistungen sind den Versorgungseinrichtungen nicht eindeutig zuzuordnen* *3.5: Ist eine Relativierung des bisher dargelegten. Dies macht eine Verordnung nicht umsetzbar.*	3.3, 3.5. wird vom Auftraggeber kommentiert 3.4. Diskutiert: kein Änderungsbedarf ÖGARI: Grundsätzlich haben PatientInnen die Verantwortlichkeit, die Fragen zur Anamnese wahrheitsgemäß zu gewährleisten (siehe auch Gerichtstspruch OLG Koblenz vom 20.7.2006 (5 U 47/06)).

Verband der Privatkrankenanstalten Österreichs

Textpassage	Stellungnahme	Kommentar
Zu Kap. 3.4, S. 12	*Darstellung der Versorgungsebenen / Prozessstandardisierung, -optimierung und -transparenz: Diese beiden Formalziele können mit dem vorliegenden Entwurf wohl erreicht werden.*	Diskutiert: kein Änderungsbedarf

Bundesministerium für Gesundheit

Textpassage	Stellungnahme	Kommentar
Zu Kap. 3.1	*Die Sonderfachbezeichnungen der ÄAO 2006 wären jedenfalls einzuhalten. So hätte es insbesondere an Stelle von „Facharzt für Anästhesie" richtig „Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin" zu lauten (z.B. S. 5/Kapitel 1.3., S. 9/Tabelle 3.2, S. 10/Abbildung 3.1 und Kapitel 3.2, S. 14/Kapitel 3.5. usw.). Unrichtig ist auch die auf S. 13 in Fußnote 2 angeführte Bezeichnung „Facharzt für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin".* *Zu hinterfragen wäre weiters die Bezeichnung „chirurgisch tätige Ärzte", da diese ebenfalls nicht der ÄAO 2006 entspricht. Es sollte zumindest einleitend eine Klärung erfolgen, welche Ärzte bzw. Ärztinnen hier zu subsumieren sind.*	Änderungsvorschlag übernommen Text wurde überarbeitet
Zu Kap. 3.2, S. 11	*Der Klammerausdruck im 5. Absatz hätte richtig zu lauten wie folgt: „(z. B. gehobene medizinisch technische Dienste, medizinisch-technischer Fachdienst, gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege)".*	Änderungsvorschlag wurde übernommen
Zu Kap. 3.5, S. 14	*Vorletzter Unterpunkt wären im Klammerausdruck am Ende des zweiten Satzes die Wörter „sog." und „des Behandlers" zu streichen.*	Änderungsvorschlag wurde übernommen

Fortsetzung nächste Seite

© GÖG/BIQG, PRÄOP 2011

Textpassage	Stellungnahme	Kommentar
	Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger	
Zu Kap. 3.1, S. 9, Tab. 3.2.	*Es ist nicht nachvollziehbar, warum Präanästhesieambulanzen sowie die ambulante fachärztliche Versorgung dem stationären Bereich zugeordnet werden. Vorgeschlagen wird, diese „ambulanten" Versorgungsebenen einem „intramuralen" Bereich zuzuordnen.*	Text wurde überarbeitet
Zu Kap. 3, S. 10, Abb. 3.1	*Fachärztin/Facharzt für Anästhesie – Schwerpunkt: präoperative Visite und Operationsfreigabe*	Diskutiert: kein Änderungsbedarf
zu Kap. 3.2, S. 13	*in den Präanästhesieambulanzen sind in der Regel keine FA für IM verfügbar* Begründung: Aufgabe der FÄ für IM ist vor allem die des Konsiliararztes	Diskutiert: kein Änderungsbedarf
zu Kap. 3.5.1, S. 15, Tab. 3.3	*Aufgabe ist die Erstellung eines internistischen Befundes, außer der FA f. IM übernimmt die Rolle des Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin.*	Diskutiert: kein Änderungsbedarf
	Österreichische Gesellschaft für Pathologie	
Textpassage	**Stellungnahme**	**Kommentar**
Zu Kap. 3.2, S. 11	*Anführen von: (Klinische Pathologie, ...* *Pathologiebefunde richtungsweisend in onkologischer OP-Planung*	Änderungsvorschlag übernommen

Fortsetzung nächste Seite

Textpassage	Stellungnahme	Kommentar
	KAGES	
Zu Kap. 3.5.1, S. 16, Tab. 3.3	*Beispiele anführen* Begründung: Es lässt sich aus dem Text nicht erkennen, wer zu dem Begriff „beigezogener Facharzt" firmiert und was der Unterschied zum Konsiliar-Arzt ist.	Text wurde überarbeitet
	Österreichische Ärztekammer	
Zu Kap. 3.2, S. 11	*Ergänzung:* *Pathologie bzw. Klinische Pathologie* *Begründung: Das Sonderfach Pathologie ist sicherlich kein integraler Bestandteil auf dem generell zu beschreitenden Routineweg OP-Vorbereitung/-freigabe, sehr wohl aber als diagnostisches Fach in der onkologischen Chirurgie. Dabei ist die zytologische/histologische Diagnostik mittels unterschiedlicher Methoden der Materialgewinnung (endoskopisch, Nadel, Stanze...) nicht nur von diagnostischer Bedeutung, sondern oft auch für das operative Vorgehen richtungsweisend.*	Siehe Stellungnahme der pathologischen Gesellschaft
Zu Kap. 3.4, S. 12, Abs. 1	*1. Anamnese und Status* *2. Operationsindikation* *Begründung: Unseres Erachtens können erst Anamnese durch die Ärztin bzw. den Arzt für Allgemeinmedizin bzw. durch die Fachärztin oder den Facharzt und eventuell eine fachspezifisch klinische Untersuchung sowie die daraus sich ergebenden zusätzlichen Untersuchungen und Befundungen zu einer Operationsindikation führen. Wir begrüßen grundsätzlich eine Standardisierung, die eine Fachrichtung für eine Optimierung der Patientenversorgung vorsieht, nur sollte die fachspezifische Anwendung und Gültigkeit klar ausgesprochen werden.*	Text wurde überarbeitet

Fortsetzung nächste Seite

© GÖG/BIQG, PRÄOP 2011

Kapitel 4 Erkannte Problemfelder

Textpassage	Stellungnahme	Kommentar
	STGKK	
Zu Kap. 4, S 19, Tab. 4.1	*Bei einigen Punkten fehlen die erforderlichen Partner bzw. sind unvollständig, z.B. sind beim ersten Punkt auch die Länder erforderlich.*	Änderungsvorschlag übernommen
	Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger	
Textpassage	**Stellungnahme**	**Kommentar**
Zu Kap. 4, S. 19, Tab. 4.1.	*Hier sollte nicht nur die Finanzierung der Anamnese (Befragung des Patienten/der Patientin) zur Vorgeschichte, sondern auch die Finanzierung der im Versorgungsprozess der präoperativen Diagnostik genannten eventuell notwendigen Befundungen berücksichtigt werden.* *Begründung: Eine Reduzierung dieses Auslagerungs/Finanzierungsproblems auf die Anamnese ist nicht zielführend. Es ist zu klären, inwieweit die präop. Abklärung Teil des LKF-Pauschales ist.* *Der Informationstransfer stellt eines der zentralen ungelösten Probleme im Prozess der präoperativen Diagnostik dar. Klare diesbezügliche Festlegungen und die Schaffung von entsprechenden Rechts-grundlagen, die einen Informationstransfer zulässig machen, sind daher unumgänglich.* *Sofern die Frage betreffend Finanzierung der Leistungen im niedergelassenen Bereich geklärt ist, stellen sich folgende Fragen:* *Auf Basis welcher Unterlagen/Informationen (siehe oben: Informationstransfer) sollen unnötige Abklärungen erkannt werden?* *Reicht eine Prävention durch eine nachfolgende Kontrolle oder sollte es Sanktionen geben?* *Unklar ist, warum ein derartiges Vorgehen nur für den niedergelassenen Bereich und nicht im intramuralen Bereich geplant ist.*	BMG: Das Finanzierungsthema ist nicht im Auftrag inkludiert.

Fortsetzung nächste Seite

Anhang 2

Textpassage	Stellungnahme	Kommentar
	STGKK	
zu Anhang S 2	*hier scheint etwas zu fehlen, zumindest die Überschrift*	Änderungsvorschlag übernommen

Anhang 3

Textpassage	Stellungnahme	Kommentar
	ÖGAM	
Allgemein	*Als Quellleitlinie sollte eine Leitlinie angeführt werden, die den formalen Kriterien für S3 Leitlinien genügt.* *Begründung: Die als Quellleitlinie angeführte ÖGARI-Leitlinie entspricht nicht den formalen Kriterien für eine S3 Leitlinie, woraus sich Konsequenzen für die Verbindlichkeit der Empfehlungen ergeben könnten.*	LL-Gruppe: zur Kenntnis genommen ÖGARI: Es wird darauf hingewiesen, dass die Quellleitlinie die Kriterien einer S3-Leitlinie erfüllt und dass das auch explizit von der externen Gutachterin Frau Prof. Kopp anerkannt wird.
Textpassage	**Stellungnahme**	**Kommentar**
	Österreichische Ärztekammer	
Zu S. 6	*Bei pathologischer Anamnese im neurologischen Bereich:* *Anamnestisch cerebraler Insult:* *Umfassende präoperative Evaluierung des Gefäßstatus (Sonographische Untersuchung der Aa Carotis/Aa Vertebralis), evtl. MRT ambulant oder stationär. Nach Möglichkeit ambulant.* *Begründung: Minimierung des Risikos eines Re-Insultes*	ÖGARI: Zweifellos stellen zerebrovaskuläre Erkrankungen perioperativ ein vor allem auch kardiales Risiko dar. Dies findet in der von der Quellleitlinie verwendeten Risikoklassifikation nach Lee Niederschlag. Angesichts der doch hohen Inzidenz zerebrovaskulärer Erkrankungen im höheren Alter stellt sich die Frage, ob allein der anamnestische Hinweis auf einen stattgehabten Insult ausreicht, um eine MR-Untersuchung zu rechtfertigen. Es ist hier ja auch noch notwendig, therapeutische Konsequenzen aus einem etwaig pathologischen Befund zu ziehen. Besonders im Falle akuter zerebrovaskulärer Symptomatik sollte die Neurologie ohnehin beigezogen werden.

Fortsetzung nächste Seite

© GÖG/BIQG, PRÄOP 2011

	Myasthenia Gravis: *Elektive Eingriffe nur bei guter Symptomkontrolle durchzuführen. Präoperativ werden respiratorische Tests zur Beurteilung der Atemfunktion empfohlen.* *Begründung: Die autoimmune Myasthenia gravis (MG) beruht auf einer antikörper-vermittelten funktionellen und u.U. auch strukturellen Störung der neuromuskulären Übertragung. Auf Grund dessen sind im prä- und perioperativen Management einige Besonderheiten zu beobachten. Volatile Anästhetika sind bei MG erlaubt und führen auch häufig zu einer adäquaten Muskelentspannung so dass Muskelrelaxantien vermieden werden können. Sind Relaxantien notwendig, sollten nicht-depolarisierende Substanzen vermieden bzw. vorsichtig eingesetzt werden, da die Sensitivität der Endplatten bei MG gegenüber nichtdepolarisierende Substanzen deutlich erhöht ist. Falls solche Substanzen eingesetzt werden, muss die Dosis häufig um das 2-3-fache reduziert werden; empfohlen werden Mivacurium und Atracurium. Im Gegensatz dazu können depolarisierende Relaxantien wie z. B. Suxamethonium verwendet werden. Hier sind allerdings oft höhere Dosen als bei Gesunden notwendig. Auf jeden Fall wird empfohlen die Muskelrelaxation mit einem "Train-of-Four" zu überprüfen. Postoperativ ist darauf zu achten, dass zahlreiche Medikamente (https:jjwww.mgacharity.org jwebj 9uestjdrugswhich- may-aggravate-mg), vor allem Antibiotika, die MG verschlechtern können. Die präoperative Behandlung der MG mit Pyridostigmin und auch Steroiden sollte in der Regel in der gleichen Dosis fortgesetzt werden, wobei sich post-operativ die optimale Dosierung von Pyridostigmin plötzlich ändern kann. Falls postoperativ Pyridostigmin Lv. verabreicht werden muss entsprechen 30 mg p.o ca. 1 mg Lv., wobei die Dosierung an die klinischen Symptome angepasst werden soll (http://www.dgn.org/images/storiesjdgnjleitiinienjLL2008jllO8kap_070.pdf). Die kurzfristige parenterale Maximaldosis sollte 20 mgj24 h nicht überschreiten um cholinerge Krisen zu vermeiden.* *Literaturhinweis: Jamal und Herb. Perioperative management of patients with myasthenia gravis: prevention, recognition, and treatment. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod (2009) vol. 107 (5) pp. 612-5* *Klingler et al. Complications of anaesthesia in neuromuscular disorders. Neuromuscul Disord (2005) vol. 15 (3) pp. 195-206* *Wappler. [Current aspects of anesthesia in neuromuscular diseases]. Anasthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther (2003) vol. 38 (7) pp. 495-9.*	Die Myasthenia gravis ist besonders im Zusammenhang mit Allgemeinanästhesien, wo eine Muskelrelaxierung erforderlich ist, ein spezielles Anästhesierisiko. Sie gehört allerdings sicherlich nicht in den Bereich von Grunderkrankungen, wo eine Leitlinie Abhilfe schaffen kann und es erscheint hier auch nicht sinnvoll, im Rahmen einer Leitlinie einen Abklärungsweg zu skizzieren (siehe Erklärung in der Quellleitlinie, wann die BQLL nicht Anwendung findet). Die ÖGARI bedankt sich für die hilfreichen Hinweise bzgl. der Myasthenis gravis und möchte in diesem Rahmen darauf hinweisen, dass in anästhesiologischen Fachkreisen sowohl Pharmakodynamik, wie auch Pharmakokinetik aller Anästhetika gut bekannt sind. Es sei auf eine Novität im Bereich der nicht-depolarisierenden Relaxantien hingewiesen, wo eine vollständige Antagonisierung von Rocuronium durch Sugammadex sehr erfolgreich bei Patientinnen und Patienten mit Myasthenia gravis verwendet wurde (Sugawara 2011, Komasawa 2011, Argiriadou 2011, de Boer 2010, Petrun 2010, Unterbuchner 2010). Auch bezüglich der malignen Hyperthermie ist die Anamnese wegweisend. Ein wichtiger Baustein der Abklärung ist die Anfrage beim nationalen Register getesteter Familien im Wiener AKH.

Fortsetzung nächste Seite

	Maligne Hypertermie *Bei positiver Familienanamnese: Molekualgenetische Untersuchung, falls negativ InVitroKontraktur-Test* *Begründung: Präoperativer Ausschluss einer malignen Hypertermie* *Invasive Eingriffe mit Risiko der Übertragung der Creuzfeld- Jakob-Krankheit (vor allem intradurale und ophtalmologische Eingriffe) Fachärztliche Neurologische Untersuchung* *Begründung: Risikoanalyse für den Schutz vor einer Übertragung der Creutzfeld-Jakob-Krankheit bei invasiven Eingriffen.* *Literaturhinweis: Richtlinien für den Schutz vor einer Übertragung der CreutzfeldJakob- Krankheit bei invasiven Krankheiten http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/2/5/0/CH0724/CMS1207724860370/cjkrichtlinie_junL2009.pdf* *Parkinsonsyndrome:* *Fachärztliche neurologische Untersuchung, nach Möglichkeit im niedergelassenen Bereich oder im Rahmen von terminisierten Ambulanzbesuchen.* *Fachgerechte und individuelle Prä-/intra- und postoperative Verabreichung von Parkinsonmedizin.*	
Zu S. 11, Abs. 3	*Schilddrüsenhormone (TSH)* *Bei Verdacht auf Schilddrüsenerkrankungen erscheint als primärer Test die TSH-Bestimmung als ausreichend.*	
Textpassage	**Stellungnahme**	**Kommentar**
	STGKK	
Zu Anhang 3, S 6 ff	*Im Text ist zu wenig klar herausgearbeitet, dass weiterführende Untersuchungen bei leerer Anamnese und unauffälliger physikalischer Untersuchung nur bei MET < 4 oder MET >= 4 und schwerem Eingriff erforderlich sind.Begründung: Darstellung in Abbildung 1 zeigt klar was gemeint ist.*	ÖGARI: Eine Erklärung in den Kernaussagen kann ergänzt werden und ist sicherlich auch sinnvoll.
zu Anhang 3, S 2, 2. Absatz	*in Anhang 2 wird in SIGN für den Evidenzgrad 2+ der Empfehlungsgrad C vergeben, im Text jedoch D*	ÖGARI: Im Anhang 2 ist für den Evidenzgrad 2+, unter der Voraussetzung dass die Studienpopulation nicht exakt auf die Zielpopulation angewendet werden kann, der Empfehlungsgrad D anzuwenden, wenn aus den verwendeten Studien lediglich eine Extrapolierung des Ergebnisses extrahiert werden kann.

Fortsetzung nächste Seite

© GÖG/BIQG, PRÄOP 2011

Textpassage	Stellungnahme	Kommentar
	Krankenhaus Lienz	
zu Anhang 3, S. 4	*Aus meiner Sicht ist die Kategorisierung in Tabelle 1 nicht praktikabel – insbesondere nicht für mittelgroße Krankenhäuser, wie das BKH Lienz.* *Begründung: Von meiner Seite aus betrachtet wäre es besser die 3-teilige Kategorisierung (wie zum Beispiel in Faust: Anesthesiology Review, 2002, Seite 339 // Morgan: Clinical Anesthesiology, 2006, S. 454) zu übernehmen, wobei für mittelgroße Krankenhäuser, wie das BKH Lienz, allerdings nur die ersten beiden Kategorien relevant wären. Die in der Quellleitlinie dargestellte Kategorisierung (Tabelle 1) ist mit der Einteilung „Dauer unter/über 2 Stunden", „Blutverlust unter/über 500 ml" sehr ungenau und im medizinischen Alltag nicht sinnvoll.*	ÖGARI: Wir bedanken uns für die Darstellung der Krankenhaus-internen Prozesse.
Zu S. 5	*Im BKH Lienz wird derzeit eine anästhesiologische Prämedikationsambulanz geführt. Allerdings werden die Patienten dort klinisch nicht untersucht. Diese klinische Untersuchung erfolgt bei der Aufnahme der Patienten und wird dementsprechend vom Anästhesisten übernommen. Selbstverständlich wird auf die speziellen anästhesiologischen Fakten auch in der Prämedikationsambulanz eingegangen (Atemwegs-probleme, Mallampati-Score, Zahnstatus, cardiale Leistungsfähigkeit, Blutungsneigung, …).*	
Zu S. 6	*Die Einteilung nach metabolischen Äquivalenten wie in der kardiovaskulären Evaluierung auf Seite 6 angeführt, wird auch in unserem Krankenhaus für jeden Patienten, der anästhesiert werden soll, durchgeführt. Es ist sicherlich die einfachste und sinnvollste Evaluierung zu operierender Patienten. Jeder Patient mit < 4 MET – wir fragen danach, ob der Patient 2 Stockwerke ohne stehen zu bleiben zügig durchgehen kann – wird in unserem Krankenhaus bei großen Eingriffen von einem Internisten gesehen und eingehender beurteilt. Bei kleinen Eingriffen und < 4 MET erfolgt eine Zuweisung zum Internisten nur bei zusätzlichen Risikofaktoren (z.B. Lee-Score 3 und 4).*	
Zu S. 7	*Die Untersuchungen Belastungs-EKG, Spiroergometrie, Stressechocardiographie sind hier angeführt, allerdings in der Praxis bei solchen Patienten, zumindest in unserem Krankenhaus, nicht präoperativ durchführbar.*	

Fortsetzung nächste Seite

Zu S. 8	*Dieser Score scheint mir als sehr einfach und ebenso sinnvoll, weshalb wir ihn im BKH Lienz in unsere präoperative Evaluierung von Patienten jetzt neu einbinden werden. Praktisch wird es so gehandhabt werden, dass Patienten mit einem Score Klasse III–IV in Zukunft, auch wenn sie in der Lage sind über 4 MET zu leisten, zumindest bei großen Eingriffen dem Internisten vorgestellt werden. Zusätzlich scheint mir dieser Score schon allein deshalb sinnvoll, weil er dem Anästhesisten vor allem in Klasse III und IV das cardiale Risiko vor Augen führt.*	
Zu S. 9	*Der in Abbildung 1 dargestellte Algorithmus der präoperativen kardiopulmoalen Risikoevaluierung ist unserer Meinung nach nicht zu empfehlen.* *Begründung: Nach diesem Algorithmus würde ja ein Patient mit großem chirurgischen Eingriff (z. B Whipple-OP, Magenhochzug, …) bei einer Leistungsfähigkeit über 4 MET und einer unauff. Anamnese und Untersuchung ohne jegliche präoperative Diagnostik anästhesiert werden. Auch wenn wissenschaftlich gesehen dieses Vorgehen in Ordnung ist, entspricht es nicht der täglichen klinischen Routine und wird auch, wenn diese Quellleitlinien tatsächlich eingeführt werden sollten, im klinischen Alltag unserer Meinung nach nicht praktikabel.* *Im Folgenden möchte ich Ihnen das Vorgehen der präoperativen Evaluierung und Patienteneinteilung in unserem Krankenhaus kurz in Worten vorstellen:* *Die erste und wichtigste Gruppierung unserer Patienten erfolgt nach den metabolischen Äquivalenten.* *Unterschieden werden Patienten unter und über 4 metabolischen Äquivalenten:* *Patienten > 4 MET:Bei kleinen medizinischen Eingriffen (z.B. Arthroskopien, elektive Cholezystektomien, Appendektomien, …) erfolgt die Operation ohne weitere medizinische Untersuchungen – insbesondere kein EKG und kein Thorax-Röntgen. Ein Labor ist in den meisten Fällen bei diesen Patienten schon vorhanden, aber falls diese Patienten ohne Labor in die Prämedikationsambulanz kommen und die Gerinnungsanamnese negativ ist, wird kein Labor veranlasst. Bei großen chirurgischen Eingriffen (z. B Operation nach Whipple, Akut-Eingriffe, Prothesenwechsel, große abdom. Eingriffe, …) wird ein EKG, ein Thorax-Röntgen sowie ein Aufnahmelabor veranlasst. Ein Internist wird für diese Patienten über 4 MET und großen chirurgischen Eingriffen nicht benötigt.*	

Fortsetzung nächste Seite

© GÖG/BIQG, PRÄOP 2011

	Patienten < 4 MET: *Bei kleinen chirurgischen Eingriffen wird ein EKG, ein Thorax-Röntgen sowie eine Aufnahmelabor veranlasst und der Patient bei entsprechenden Befunden der Anästhesie zugeführt. Bei großen chirurgischen Eingriffen erfolgt ebenfalls ein EKG, ein Thorax-Röntgen sowie ein Aufnahmelabor. Allerdings wird zusätzlich ein internistischer Befund mit genauer Fragestellung eingeholt. Zusätzlich zu den vorher genannten Kriterien wird im BKH Lienz in Zukunft bei einem Lee-Score von 3 und 4, unabhängig von der Leistungsfähigkeit des Patienten – also auch bei Patienten, die über 4 metabolische Äquivalente leisten können – eine internistische Untersuchung angeordnet werden.* *Ich hoffe, Ihnen mit diesen Ausführungen einige Anregungen und Ideen zur Endfassung der präoperativen anästhesiologischen Patientenevaluierung gegeben zu haben, die vielleicht in die Endversion der Leitlinien einfließen könnten.* *Zusammenfassend kann ich sagen, dass die derzeitigen Quellleitlinien meiner Meinung nach für mittelgroße Spitäler zwar wünschenswert, aber nicht praktikabel sind.* *Begründung: Die Kategorisierung der operativen Eingriffe gehört meiner Meinung nach in ein 3-Kategorien-Schema nach Faust (Seite 339) bzw. Morgan (S. 445) belassen, wobei nach Größe des Krankenhauses meist nur die ersten 2 Kategorien (kleine und mittelgroße Operationen relevant sind.* *Die klinische Untersuchung der Patienten in der anästhesiologischen Prämedikationsambulanz wird wohl je nach Möglichkeit des Krankenhauses – ist eine in der Kernarbeitszeit immer besetzte Ambulanz vorhanden oder nicht – durchgeführt werden.* *Die mebabolischen Äquivalente sind für mich der wichtigste Trendparameter für „unkomplizierte" und „kompliziertere" anästhesiologische Patienten und gehören damit zum Grundpfeiler der präoperativen anästhesiologischen Evaluierung in jedem Krankenhaus.* *Der Lee-Score sollte meiner Meinung nach dann zum Tragen kommen, wenn ein Patient zwar eine Leistungsfähigkeit über 4 metabolische Äquivalente erbringen kann, allerdings 2 oder mehr Risikofaktoren dieses Scores erfüllt. Dann ist eine weitere Evaluierung des Patienten durch einen internistischen Spezialisten indiziert.*	

Fortsetzung nächste Seite

	Die Frage nach den präoperativen labormedizinischen Parametern ist meiner Meinung nach aus anästhesiologische Sicht nicht so eng zu sehen, da meistens diese Laborparameter schon vorliegen, bevor der Patient überhaupt zum Anästhesisten kommt. Bzgl. des Labors müsste sozusagen in den einzelnen Krankenhäusern ein Umdenken stattfinden, da die meisten Laboruntersuchungen schon bei der Aufnahme durch den Turnusarzt oder Facharzt der jeweilig operierenden Abteilung angefordert werden. Nur in seltenen Fällen fordern Anästhesisten einzelne Laborbefunde nach. *Der für mich wesentlichste „Bestandteil der präoperativen Labordiagnostik" ist allerdings die Gerinnungsanamnese, die bei jedem Patienten mit größeren Operationen in der Prämedikationsambulanz erhoben werden sollte. Diese Gerinnungsanamnese gehört unbedingt in jede Leitlinie zur präoperativen Patientenevaluierung eingebunden. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass diese relativ „neue" Form der Gerinnungabklärung bei positiver Anamnese, die weitere Laborabklärung nur in großen „Zentrallaboren" durchgeführt werden kann. Die wird wahrscheinlich in Zukunft einige Probleme schaffen.*	

© GÖG/BIQG, PRÄOP 2011

Teil 7

Externe Begutachtung: Stellungnahme (Univ.-Prof. Dr. C. Spies)

Externe Begutachtung – Stellungnahme Univ.-Prof. Dr. C. Spies

Textpassage	Stellungnahme	Kommentar ÖGARI
S. 4, Eingriffskatego-risierung	Die Kategorisierung erfolgt durch den chirurgisch tätigen Facharzt/die chirurgisch tätige Fachärztin Begründung: Korrekte Einteilung von der Erfahrung des chirurgischen Kollegen im Hinblick auf medizinische Einschätzung als auch operative Fähigkeit abhängig. Angaben der Anzahl der Kriterien, die erfüllt sein müsse, um in die jeweilige Gruppe kategorisiert zu werden Begründung: Dauer (<2h vs. >2h) und Blutverlust (<500 ml vs.>500 ml) unterliegen subjektiver Einschätzung sowie abhängig vom Erfahrungswert des Operateurs.	Die Änderung in chirurgisch tätige Fachärztin/ chirurgisch tätiger Facharzt ist sinnvoll und wurde in diesem Sinne im Text geändert Die Erklärung der zu erfüllenden Kriterien pro Kategorie wurde ergänzt und in den Text übernom-men. Mit der Meinung, dass ein Abschätzen der Blutungsmenge starke interindividuelle Unterschiede zeige stimmen die Autoren der BQLL überein.
S. 6 Kardiovaskuläre Evaluierung	MET 1-3: alleine essen, anziehen, die Toilette aufsuchen, kurze Strecken auf ebenen Grund laufen (100-150 m ohne Pause) MET 4-5: leichte Hausarbeit, langsames Spazierengehen, kurze Laufstrecken, 1-2 Stockwerke ohne Pause steigen MET 6-10: sportliche Aktivitäten MET >10: Ausdauer-, Leistungssport Trennung MET von CCS sowie NYHA CCS1: keine Angina pectoris bei Alltagsbelastung (Laufen, Treppensteigen), jedoch bei plötzlicher oder längerer physischer Belastung CCS2: Angina pectoris bei starker Anstrengung (schnelles Laufen, Bergaufgehen, Treppensteigen nach dem Essen, in Kälte, Wind oder physischer Belastung CCS3: Angina pectoris bei leichter körperlicher Belastung (normales Gehen, Ankleiden) CCS4: Ruhebeschwerden oder Beschwerden bei geringster körperlicher Belastung NYHA I: Herzerkrankung ohne körperlicher Limitation. Alltägliche körperliche Belastung verursacht keine inadäquate Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot, oder Angina pectoris NYHA II. Herzerkrankung mit leichter Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, keine Beschwerden in Ruhe und bei geringer Anstrengung, stärkere körperliche Belastung verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörun-gen, Luftnot oder Angina pectoris (z. B. Bergaufgehen, Treppensteigen) NYHA III: Herzerkrankung mit höhergradiger Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei gewohnter Tätigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe. Geringe körperliche Belastung verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen. Luftnot oder Angina pectoris, (z. B. Gehen in der Ebene)	Die Tabelle wurde im Sinne des Gutachtens geändert und sowohl die CCS als auch die NYHA – Klassifikation entfernt. Eine Doppelvergabe in der Beschreibung der MET-Klassifikation wurde gestrichen und eindeutige Zuweisungen zu den jeweiligen MET- Klassen gemacht. Myokardinfarkt in der Anamnese und MET≥4 nur Ruhe-EKG. Diese Empfehlung entstammt der ACC/AHA Guideline. Unsere Quellleitlinie orientiert sich ausnahmslos an dieser international anerkannten Leitlinie und verzichtet daher auf den timed“Up and Go“-Test. Dieser stellt eine von vielen Möglichkeiten, die körperliche Leistungsfähigkeit festzustellen. Zustand nach Revaskulierung und MET ≥4 – nur Ruhe – EKG.

Fortsetzung nächste Seite

Textpassage	Stellungnahme Spies	Kommentar ÖGARI
S. 6 Kardiovaskuläre Evaluierung	NYHA IV: Herzerkrankung mit Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten und in Ruhe, Bettlägerigkeit Begründung: Klassen können nicht doppelt vergeben werden; eindeutige Kategorisierung MET Klassifizierungen können nicht mit CCS oder NYHA gleich gesetzt werden.	
S. 7 Weiterführende Diagnostik zur präoperativen Abklärung bei pathologischer kardialer Anamnese	Ggf. Beurteilung der Klinik durch „timed up and go"-Test Begründung: Benefit von Ruhe-EKG bei anamnestisch guter Belastbarkeit fraglich; timed up and go-Test einfach und ohne weiteres Equipment durchführbar.	
S. 8 Revised Cardiac Risk Index (RCRI)	Schwere Operation (inklusive Notfalloperation) Begründung: Aufgrund der Zweiteilung der Operationskategorisierung nur „leicht" oder „schwer" möglich	Die Beschreibung für Hochrisiko-Chirurgie wurde im Text genauer spezifiziert und der ACC/AHA Guideline angeglichen.

© GÖG/BIQG, PRÄOP 2011

Teil 8

Externe Begutachtung: Stellungnahme (Prof. Dr. I. B. Kopp)

Externe Begutachtung – Stellungnahme Prof. Dr. I. B. Kopp

Textpassage	Stellungnahme	Kommentar
Allgemein	Die zur Begutachtung vorliegende Konsultationsfassung der BQLL PRÄOP setzt sich zusammen aus Empfehlungen zur präoperativen Diagnostik, Empfehlungen zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der Versorgung und Angaben zu Geltungsbereich, Zweck und Methodik der Entwicklung der BQLL. Die Handlungsempfehlungen zur präoperativen Diagnostik finden sich ausschließlich im bzw. als Anhang, gekennzeichnet als „Medizinische Quellleitlinie". Dabei handelt es sich um die „Leitlinie präoperative Patientenevaluierung" der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI). Ob es sich bei der BQLL insgesamt um eine Leitlinie handelt, die Quellleitlinie ein Anerkennungs- und/oder Ergänzungsverfahren als BQLL durchlaufen hat, oder nur die Empfehlungen zu den organisatorischen Rahmenbedingungen die eigentliche BQLL darstellen, erschließt sich nicht ohne weiteres. Eine Eingliederung in ein zusammenhängendes Leitlinienmanuskript und/oder eine klarere Kennzeichnung der Bezüge der Elemente zueinander und ihrer Hintergründe wäre leserfreundlicher und würde die Beurteilung der methodischen Qualität des Gesamtwerks erleichtern. Der Entwicklungsprozess der vorliegenden BQLL basiert, dem Einleitungstext zur Folge, auf der allgemeinen Methode zur Entwicklung und Evaluierung von Bundesqualitätsleitlinien gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz (Metaleitlinie Version 1.1). Einige Aspekte der vorliegenden Begutachtung aus methodischer Perspektive sind daher sicher auch bei Überarbeitung dieses allgemeinen Methodenreports nutzbar. Generell ist zu empfehlen, dass Gliederung und Inhalte des allgemeinen Methodenreports sich noch stärker an in international akzeptierten Standards orientieren sollten (vgl. http://www.agreetrust.org/, www.delbi.de sowie „Development and Training Ressources" bei www.g-i-n.org). Auch soll noch einmal empfohlen werden, die BQLL als Programm zu konzipieren. Der Status „Programm" würde ein gemeinsames methodisches Vorgehen bei der Entwicklung, Verbreitung, Implementierung und Evaluierung, ein weitgehend einheitliches Layout und eine klare Definition und Konzeption einzelner Produkte erleichtern. Leider lag ein vollständiger Leitlinienreport zur Methodik des Entwicklungsprozesses der vorliegenden BQLL zum Zeitpunkt der Begutachtung noch nicht vor. Daher kann nur auf die Darstellungen in der vorliegenden Konsultationsfassung der BQLL PRÄOP eingegangen werden. Für künftige Verfahren ist sehr zu empfehlen, den Leitlinienreport im Rahmen der Konsultationsphase ebenfalls als Konsultationsfassung zu veröffentlichen.	In der 4 Sitzung der Leitliniengruppe diskutiert und zur Kenntnis genommen

Fortsetzung nächste Seite

Textpassage	Stellungnahme	Kommentar
Ziele der BQLL	Im Abschnitt 1-Einleitung wird darauf verwiesen, dass die übergeordneten Metaleitlinienziele auch bei der Entwicklung einer BQLL bzw. BQRL zu berücksichtigen sind. Diese Ziele sind jedoch im Abschnitt 2-Ziele der BQLL PRÄOP nur sehr eingeschränkt abgebildet. Insbesondere werden als spezifische Ziele im Abschnitt 2 nur wenige Aspekte der Prozessqualität, nicht aber der Ergebnisqualität angesprochen. Verwirrend ist, dass in der Quell-Leitlinie ebenfalls Ziele genannt werden, die über die im Abschnitt BQLL genannten hinausgehen. Ziele einer Leitlinie sollten sich in konkreten Handlungsempfehlungen widerspiegeln, die es ermöglichen, diese auch zu erreichen. Die Formulierung klarer Ziele soll der späteren Evaluation des Nutzens einer Leitlinie -mithin ihrer Auswirkungen auf Prozesse und Ergebnisse der Versorgung- dienen. Die vorliegende BQLL enthält leider keine Angaben zu einer geplanten Evaluation. In der Metaleitlinie wird allerdings ausgeführt: „es sollen Indikatoren für die Evaluation sowie ein Evaluationszeitpunkt festgelegt und in der BQLL angeführt werden". Es empfiehlt sich, die Metaleitlinie durch konkrete Hilfestellungen und Verfahrensbeschreibungen für die Erarbeitung solcher Messgrößen zu ergänzen. Vorschläge für klinische Messgrößen zur präoperativen Evaluation finden sich z. B. in einer aktuellen amerikanischen Leitlinie (Institute for Clinical Systems Improvement: Präoperative Evaluation. Ninth Edition/June 2010. Verfügbar: www.icsi.org)	Die Beschreibung der „Evaluation" ist Teil des Reports und war zum Zeitpunkt der Begutachtung noch nicht fertig. Rahmenziele sind Teil der LL, detaillierte Ziele für die Evaluierung (Indikatoren) sind Teil des Reports oder der Auftragsbeschreibung einer zukünftigen Evaluation. Quellleitlinie kann eigene Ziele verfolgen. Expliziter Hinweis auf die Ziele der Quellleitlinie in die LL übernommen.
Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas, Ist-Analyse	Es ist zu begrüßen, dass die Feststellung des Bedarfs für eine BQLL durch eine Ist-Analyse untermauert werden soll. Das entsprechende Kapitel der vorliegenden Konsultationsfassung benennt im Wesentlichen das durch die Leitlinienimplementierung erwartete Einsparpotenzial. Wünschenswert wäre eine Ergänzung konkreter Angaben zu Verbesserungspotentialen der Versorgung in Bezug auf das BQLL-Thema und zu dem erwarteten patientenrelevanten Nutzen. Dem Kapitel ist jedoch auch zu entnehmen, dass die der BQLL zugrunde gelegte Leitlinie der ÖGARI bereits in umfangreichen Projekten umgesetzt wird und teilweise bereits einen hohen Implementierungsgrad erreicht zu haben scheint. Vor diesem Hintergrund sollte die Themenwahl für die zusätzliche (aufwändige) Erstellung und Implementierung einer BQLL überdacht werden. Zu empfehlen ist auch eine Konkretisierung der Meta-Leitlinie hinsichtlich Kriterien und Verfahren zur Themenwahl (Priorisierung).	In der LLGruppe diskutiert und zur Kenntnis genommen
Zusammensetzung des Leitliniengremiums, Repräsentativität	Im Abschnitt 1.3. werden Adressatinnen und Adressaten der BQLL genannt. Im Vergleich hierzu wurde das Leitliniengremium nicht repräsentativ für die Anwenderzielgruppe zusammengesetzt (vgl. die in der Metaleitlinie, Abschnitt 2.6., formulierten Anforderungen). Es fehlt die Beteiligung von Vertretern der Chirurgie sowie der nichtärztlichen Gesundheitsfachberufe. Insbesondere sollten Vertreter der betroffenen Patienten in die Entwicklung und Implementierung von Leitlinien einbezogen werden. Beispielhaft ist die Zusammensetzung der Leitliniengruppe des britischen National Institute of Clinical Excellence (NICE) zum Thema präoperatives Testen zu nennen, wenngleich die Leitlinie selbst seit 2003 nicht mehr aktualisiert wurde (NICE Guideline. The use of routine preoperative tests for elective surgery. 2003. www.nice.org/uk). Formal sind die Nennungen der beteiligten Organisationen auf dem Titelblatt und im Anhang 1 abzugleichen. Es fehlt eine Beschreibung des Verfahrens zur Einladung der Interessengruppen in die Leitliniengruppe und zur Klärung der Mandatsträgerschaft der Experten.	Patienteninformation zur LL zu einem späteren Zeitpunkt geplant Chirurgischer Vertreter war Mitglied der leitliniengruppe

Fortsetzung nächste Seite

© GÖG/BIQG, PRÄOP 2011

Textpassage	Stellungnahme	Kommentar
Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenzbasierung), Formulierung und Verabschiedung der Empfehlungen (Konsensfindung)	Eine systematische Recherche, Auswahl und Bewertung der Evidenz (vgl. Metaleitlinie, Abschnitt 2.9) ist nicht beschrieben. Diese Systematik sollte auch eingehalten werden, wenn Leitlinien als Evidenzquellen genutzt werden. Als einzige Quell-Leitlinie für die BQLL PRÄOP wurde die „Leitlinie präoperative Patientenevaluierung" der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) genutzt. Die Auswahl erfolgte durch den Auftraggeber, eine Begründung ist nicht angegeben. Zur Methodik der Quell-Leitlinie wird angegeben, dass die inhaltliche und methodische Qualitätssicherung der Quell-Leitlinie sowie die Evidenzbasierung der Kernempfehlungen der ÖGARI als Verfasser obliegt es wurden keine inhaltlichen Veränderungen vorgenommen. Die Empfehlungen der Quellleitlinie beruhen auf einem Systematischen Review der Literatur und wurden in einem formalen Konsensusverfahren (Nominaler Gruppenprozess) durch eine interdisziplinäre Leitliniengruppe verabschiedet. Nach dem Klassifikationsschema der AWMF in Deutschland würde es sich demnach um eine S3-Leitlinie handeln. Zur Evidenzbasierug und Konsentierung der BQLL-Aussagen zu organisatorischen Rahmenbedingungen liegen keine Angaben vor. Es finden sich nur wenige spezifische und handlungsleitend formulierte und keine graduierten Empfehlungen. Die Inhalte sind teilweise redundant dargestellt. Möglicherweise ist die Auswahl einer einzigen Quell-Leitlinie mit einer begrenzten Anzahl Evidenz-basierter Empfehlungen ein limitierender Faktor. Vor diesem Hintergrund erscheint allerdings der zusätzliche Nutzen der BQLL im Vergleich zur Forcierung der Implementierung der ÖGARI-Leitlinie allein fraglich. In Deutschland ist aktuell das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen mit einer systematischen Recherche und Bewertung von Leitlinien zum Thema präoperative Diagnostik beauftragt (www.iqwig.de ; [V06-07] „Inhaltliche Bewertung evidenzbasierter Leitlinien zur präoperativen Diagnostik"). Ein Austausch mit der Arbeitsgruppe ist zu empfehlen. Eventuell können dadurch Doppelarbeiten vermieden werden.	Literaturrecherche ist im Report beschrieben. LL mit der Begründung für die Auswahl der Quellleitlinie ergänzt.
Darlegung von und Umgang mit Interessenkonflikten	Es ist sehr zu begrüßen, dass alle Mitglieder der Leitliniengruppe bereits zu Beginn des Projekts eine Erklärung von möglichen Interessenkonflikten unterzeichneten. Inzwischen ist es zunehmend üblich und nach dem Regelwerk der AWMF in Deutschland erforderlich, darüber hinaus die Ergebnisse der Interessenkonflikterklärungen zu dokumentieren, in in aggregierter Form zugänglich zu machen und das Verfahren und die Ergebnisse der Bewertung der Interessenkonflikterklärungen zu beschreiben. Weiterhin muss beschrieben sein, wie mit relevanten Interessenkonflikten (wenn solche identifiziert wurden) umgegangen wurde, um eine unangemessene Beeinflussung zu verhindern. Diese Aspekte sollten auch für eine Ergänzung der Metaleitlinie zu überdacht werden.	Es gab keine Interessenskonflikte, im Report erwähnt.
Implementierung	Zu begrüßen ist die Barrierenanalyse in Abschnitt 4-erkannte Problemfelder mit Darstellung der für die Implementierung förderlichen und hinderlichen Faktoren. Darüber hinaus wären ein Implementierungsplan oder Managementhilfen für die Implementierung nützlich. Patientenleitlinien kommt dabei hohe Bedeutung zu. In der bereits zitierten amerikanischen Leitlinie wird ausgeführt: „Patient education and instruction strongly influence perioperative outcomes" (Institute for Clinical Systems Improvement: Preoperative Evaluation. Ninth Edition/June 2010. Verfügbar: www.icsi.org). Es empfiehlt sich, die Metaleitlinie durch konkrete Hilfestellungen und Verfahrensbeschreibungen für die Erarbeitung von Patientenleitlinien zu ergänzen.	Konkrete Umsetzungs- bzw. Implementierungskonzepte sind, gemäß Auftraggeber, nicht Teil der Leitlinie

Gesundheit Österreich
GmbH

© Gesundheit Österreich GmbH
Stubenring 6, A 1010 Wien, www.goeg.at