

BQLL Präoperative Diagnostik

Im Auftrag der Bundesgesundheitskommission

Hinweis (Juni 2017):

Die Gültigkeitsdauer der Bundesqualitätsleitlinie PRÄOP ist abgelaufen, an einer Aktualisierung wird derzeit gearbeitet. Die organisatorischen Empfehlungen, die in dieser Bundesqualitätsleitlinie verankert sind, sind weiterhin aufrecht und die medizinische Quelleitlinie der ÖGARI (Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin) ist noch in Geltung. Daher wird vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (nach Konsultation der Fachgruppe Qualität) eine Anwendung der Bundesqualitätsleitlinie PRÄOP bis zum Vorliegen der aktualisierten Fassung, längstens jedoch bis 31. Dezember 2017, empfohlen.

Ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH



Bundesqualitätsleitlinie zur integrierten Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten für die präoperative Diagnostik bei elektiven Eingriffen (BQLL PRÄOP)

Gültigkeitsdauer: Drei Jahre ab dem Tag der Veröffentlichung
durch das Bundesministerium für Gesundheit

Am Entwicklungsprozess der Bundesqualitätsleitlinie beteiligte
Institutionen/Begutachter

Auftraggeber

- » Bundesgesundheitskommission

Auftragnehmerin und Projektkoordination

- » Gesundheit Österreich / Geschäftsbereich BIQG

Leitliniengruppe (Organisationen in alphabetischer Reihenfolge)

- » Bundesministerium für Gesundheit
- » Bundesländervertreterinnen/Bundesländervertreter aus Salzburg, Wien und Burgenland
- » Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger
- » Österreichische Ärztekammer
- » Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin
- » Österreichische Gesellschaft für Innere Medizin
- » Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin
- » Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter

Wien, 25. November 2011

Im Auftrag der Bundesgesundheitskommission

Zl. III/4639

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

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	III
Tabellenverzeichnis.....	IV
Abbildungsverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
1 Einleitung.....	1
1.1 Ist-Analyse.....	3
1.1.1 Aktivitäten in Österreich.....	3
1.2 Quelleitlinie und Evidenzbasierung.....	5
1.3 Adressatinnen/Adressaten und Anwendungsbereiche.....	6
1.4 Ausgenommen von der BQLL PRÄOP	6
2 Ziele der BQLL PRÄOP.....	7
3 Patientenorientierte, nahtstellenübergreifende Versorgung.....	8
3.1 Versorgungsebenen	8
3.2 Versorgungspartner	9
3.3 Rolle von Angehörigen und privaten Betreuungspersonen.....	11
3.4 Versorgungsprozess der präoperativen Diagnostik	12
3.5 Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Versorgungspartner und Darstellung der Nahtstellen.....	14
3.5.1 Versorgung im niedergelassenen Bereich	15
3.5.2 Versorgung im stationären Bereich.....	17
4 Erkannte Problemfelder	19
5 Informationsmaterialien und Anlaufstellen	20
6 Gültigkeitsdauer und Aktualisierung	21
6.1 Gültigkeitsdauer.....	21
6.2 Aktualisierung.....	21
Literatur	22
Anhang	23

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3.1: Ärztliche Versorgungsebenen	8
Tabelle 3.2: Ärztliche Versorgungsebenen in der präoperativen Diagnostik	9
Tabelle 3.3: Versorgungseinrichtungen im niedergelassenen Bereich.....	15
Tabelle 3.4: Versorgungseinrichtungen im stationären Bereich	17
Tabelle 4.1: Erkannte Problemfelder.....	19
Tabelle 5.1: Informationsmaterialien und Anlaufstellen.....	20

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.1: Rahmensituation	10
Abbildung 3.2: Darstellung des Versorgungsprozesses.....	13

Abkürzungsverzeichnis

AGREE	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation
AM	Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit (Bezeichnung seit 2008)
BQLL	Bundesqualitätsleitlinie
BQRL	Bundesqualitätsrichtlinie
BURGEF	Burgenländischer Gesundheitsfonds
BVA	Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter
FA	Fachärztin/Facharzt
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖGAM	Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
ÖGARI	Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin
ÖGIM	Österreichische Gesellschaft für Innere Medizin
PROP	EDV-Software „Präoperative Befundung“

1 Einleitung

Gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG) unterstützt die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit die Entwicklung von Qualitätsstandards¹ für die Erbringung bestimmter Gesundheitsdienstleistungen. Diese Qualitätsstandards können als Bundesqualitätsleitlinie (BQLL) empfohlen oder als Bundesqualitätsrichtlinie (BQRL), in Form einer Verordnung, erlassen werden.

Bundesqualitätsleit- bzw. -richtlinien

Bundesqualitätsleit- bzw. -richtlinien sind systematisch erstellte und konsenterte, berufs- und sektorenübergreifende Qualitätsstandards, die darauf abzielen, bei einem speziellen Gesundheitsproblem oder einem organisatorischen Problem den gesamten Bereich der Patientenversorgung (medizinisch, pflegerisch, therapeutisch, psychosozial und sozial) zu erfassen. Sie befassen sich dabei speziell mit den Problemen an den jeweiligen Nahtstellen im Gesundheitssystem. Dabei sind Behandlungs- und Betreuungsgrundsätze, aber auch organisatorische Aspekte einer sektorenübergreifenden Patientenversorgung wesentliche Inhalte.

Bei der Entwicklung einer BQLL/BQRL wird methodisch auf die Metaleitlinie – Methode zur Entwicklung und Evaluierung von Bundesqualitätsleitlinien zurückgegriffen. Sie beschreibt den Entwicklungsprozess von Bundesqualitätsleitlinien, wie diese im GQG unter § 2 Z 14 und § 4 Abs 2 Gesundheitsqualitätsgesetz (BGBl I 2004/179) beschrieben sind.

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
- » Prozessstandardisierung, -optimierung und -transparenz
- » Optimieren der Ergebnisqualität (Messbarkeit soweit verfügbar)

¹ Unter Qualitätsstandards werden „...beschreibbare Regelmäßigkeiten bzw. Vorgaben hinsichtlich Ausstattung, Verfahren oder Verhalten“ (GQG) verstanden.

- » 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

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 in der Patientenversorgung als Handlungs- und Entscheidungsgrundlage 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.

Bundesqualitätsleitlinie zur „präoperativen Diagnostik bei elektiven Eingriffen“

Die vorliegende BQLL zur präoperativen Diagnostik bei elektiven Eingriffen (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 koordiniert. Abweichungen von den Vorgaben der Metaleitlinie sind im Leitlinienreport begründet und dokumentiert. Die BQLL PRÄOP richtet sich an alle Gesundheitsdienstleister, die in die von der BQLL beschriebenen Kernprozesse involviert bzw. auch von diesen tangiert sind, und gilt für stationäre und ambulante Einrichtungen im Gesundheitswesen. Die Rahmenvorgaben der BQLL betreffen somit sämtliche Strukturen, Prozesse und Ergebnisse insbesondere an den Nahtstellen. Gleichzeitig soll jedoch für die Umsetzbarkeit genügend Freiraum hinsichtlich nationaler, lokaler und sektoraler Spezifika bleiben.

Die BQLL PRÄOP selbst setzt sich sowohl aus einer medizinischen Quelleitlinie, in der jeweils letzten Fassung, als auch aus Informationen und Empfehlungen zu den organisatorischen Rahmenbedingungen, basierend auf der jeweiligen verfügbaren Evidenz bzw. den Erfahrungen von Pilotprojekten, zusammen.

Der Leitlinienreport

Parallel zur Entwicklung einer BQRL bzw. BQLL wird auch ein Leitlinienreport verfasst, der die methodische Vorgehensweise mit Zeitangaben dokumentiert. Er beschreibt den Entwicklungs- und Entstehungsprozess und beinhaltet auch ein Evaluierungskonzept.

Die Bundesqualitätsleitlinie und der Leitlinienreport werden gemeinsam veröffentlicht.

1.1 Ist-Analyse

1.1.1 Aktivitäten in Österreich

Die Befunderhebung in der präoperativen Diagnostik erfolgt österreichweit uneinheitlich. Sie ist zumeist für jedes Krankenhaus eigens geregelt und geprägt durch Tradition und persönliche Vorstellungen der Verantwortlichen und Beteiligten. Auf Landesebene gibt es zum Teil Bemühungen um eine Standardisierung (siehe unten), doch eine österreichweit einheitliche Vorgangsweise ist noch nicht gelungen.

Im Jahr 2008 wurde die „Leitlinie zur präoperativen PatientInnenevaluierung“ der ÖGARI (Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin) – Arbeitsgruppe „Präoperative Evaluierung“ fertiggestellt und publiziert (ÖGARI–Leitlinie 2008). Diese Leitlinie wurde von 14 Fachärztinnen/Fachärzten für Anästhesiologie und Intensivmedizin in Österreich ausgearbeitet. Ein wesentliches Element dieser Leitlinie ist die Abkehr von der routinemäßigen präoperativen Befundung in Richtung patientenspezifische Abklärung.

In **Vorarlberg** ist die Neuorientierung im Bereich der präoperativen Diagnostik in Richtung Fokussierung auf Anamnese und Optimieren der Befundung – im Sinne der ÖGARI–Leitlinie – schon weitgehend etabliert. Eine eigene Arbeitsgruppe („Präoperative Patienten–Evaluierung“), bestehend aus Vertreterinnen/Vertretern der Anästhesie–Abteilungen des Landes Vorarlberg, arbeitete 2003/2004 unter Beteiligung der Fachgruppenvorsitzenden aller operativen Abteilungen an einer Vereinheitlichung und Reduktion der präoperativen Befunderhebung mit dem übergeordneten Ziel der anamnesebezogenen Ausrichtung der präoperativen Diagnostik. Zur Umsetzung der erarbeiteten Leitlinie wurde eine Weisung des Gesundheitslandesrates erlassen, die sich an alle niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte und die Abteilungsleiterinnen/–leiter der OP–Fächer in den Krankenhäusern richtete. Ein offizieller Evaluierungsbericht lag zum Zeitpunkt der Erstellung der BQLL nicht vor.

In **Salzburg** läuft seit 2008 ein Reformpoolprojekt, mit dem Ziel, die ÖGARI–Leitlinie im gesamten Bundesland Salzburg umzusetzen. Ein zentrales Element dieses Umsetzungsprojekts stellt das EDV–Programm PROP der Fachhochschule Salzburg (Urstein) dar. Es handelt sich dabei um ein auf Basis der ÖGARI–Leitlinie erstelltes Programm, das den Ärztinnen und Ärzten über eine Internet–Anwendung bzw. den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten auch über den Peering–Point (e–card–System) zur Verfügung steht. Mithilfe dieses Programms werden die Ärztinnen und Ärzte standardisiert durch eine Anamnese navigiert, an deren Ende die erforderlichen Befunde ausgewiesen werden. Im Herbst 2010 wurde ein Evaluationsbericht der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität vorgelegt, in dem anhand einer Stichprobe aus der mit PROP durchge–

fürten präoperativen Abklärungen u. a. die Leitlinienkonformität überprüft, ein Einsparungspotenzial abgeschätzt und die Verbreitung von PROP dargestellt wurde. Bei rund der Hälfte der Patientinnen und Patienten hätten Anamnese und klinische Untersuchung zur präoperativen Abklärung ausgereicht, tatsächlich wurden nur in 37 Prozent der Fälle keine weiteren Befunde angefordert. Allein daraus ist ein weiteres Einsparpotenzial ableitbar. Insgesamt wurden bei Verwendung von PROP weniger unnötige (d. h. nicht leitlinienkonforme) Befunde erstellt. Die Autoren schätzten extramural ein Einsparungspotenzial bis zu 35 Euro pro elektivem Eingriff. PROP wurde bisher intramural primär von der Salzburger Landeslinik, teilweise aber auch von anderen landesfondsfinanzierten Spitälern im Bundesland Salzburg und extramural von Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin, Internisten und Fachärztinnen/Fachärzten für Kinderheilkunde verwendet (vgl. Paracelsus Medizinische Privatuniversität 2010). Das Projekt wurde bis Juni 2011 verlängert.

Im **Burgenland** wird an einer landesweiten Implementierung der ÖGARI-Leitlinie gearbeitet, nachdem in einem ausgewählten Krankenhaus, dem LKH Güssing, Auswirkungen einer potenziellen Einführung der ÖGARI-Leitlinie analysiert wurden. Dazu wurden alle Patientenakten von Personen, die sich im Referenzmonat März 2009 im LKH Güssing einem elektiven Eingriff unterzogen haben (ausgenommen tagesklinische Eingriffe der Abteilung für Augenheilkunde), ausgewertet (insgesamt 248 Fälle). Es wurden Basisdaten (Art des Eingriffs, Alter, Geschlecht), die eingeholten Befunde und all jene Parameter der Anamnese dokumentiert, die in der Folge die modellhafte retrograde Anwendung von PROP ermöglichten. Zur Bewertung der Kosten pro Befund wurde der Tarifkatalog der Wiener Gebietskrankenkasse herangezogen. Es zeigte sich ein Einsparpotenzial in der Größenordnung von insgesamt 4,20 Euro pro Patient/in, für den gesamten Erhebungszeitraum von etwa 1.040 Euro und hochgerechnet auf ein Jahr von ungefähr 12.000 Euro. Nicht berücksichtigt in dieser Kalkulation sind der vermutlich höhere Zeitaufwand für ärztliches Personal (insbesondere für die umfassendere Anamnese), die Strukturkosten zur Errichtung einer Präanästhesieambulanz (falls diese noch nicht besteht) und daraus resultierende andere, auch positive ökonomische Auswirkungen (z. B. Prozessoptimierung bei der OP-Planung) sowie die Tatsache, dass eine 100-prozentige Leitlinienkonformität (wie in der hypothetischen Berechnung unterstellt) niemals erreicht werden kann.

Im LKH Güssing ist das Einsparpotenzial deutlich geringer als jenes des Salzburger Reformpoolprojekts, bei dem bis zu 35 Euro Befundungskosten pro elektivem Eingriff gespart werden könnten. Dieser große Unterschied könnte ein Hinweis auf sehr unterschiedliche Ausgangssituationen (umfassende Befundung in Salzburg versus eher restriktive Befundung in Güssing) vor der Einführung von PROP sein. Dies ist umso bemerkenswerter, als davon auszugehen ist, dass die Güssinger Bevölkerung einen ungünstigeren Gesundheitszustand aufweist als die Salzburger und deshalb der Anteil an Patientinnen und Patienten mit schlechterem Allgemeinzustand größer ist (GÖG/ÖBIG 2009). Allerdings erschwert die unterschiedliche monetäre Bewertung der

Leistungen in den einzelnen Krankenhäusern einen Vergleich des tatsächlichen Einsparungseffekts pro Standort bei PROP-Anwendung.

Die ÖGARI-Leitlinie (mit Unterstützung von PROP) wird mittlerweile in allen burgenländischen Krankenhäusern im Probetrieb angewendet, im Krankenhaus BBR Eisenstadt seit Dezember 2010, im LKH Kittsee ab Februar 2011, das LKH Oberwart erprobt seit März 2011 und die LKH in Güssing und Oberpullendorf seit April 2011. Die Erfahrungen aus dem Probetrieb werden in einer vom BURGEF geleiteten Arbeitsgruppe diskutiert werden. Erst dann soll eine endgültige Entscheidung über die landesweite Einführung der ÖGARI-Leitlinie und die Anwendung von PROP getroffen werden.

Auch in **anderen Bundesländern** gibt es Diskussionen bzw. Initiativen zur Umsetzung der ÖGARI-Leitlinie. Während das Vorhaben in Tirol vorerst verschoben wurde, ist die diesbezügliche Diskussion in der Steiermark zum Zeitpunkt der Erstellung der BQLL aktuell. In Wien wurde im Oktober 2010 das Reformpool-Projekt PROP Wien gestartet.

1.2 Quellleitlinie und Evidenzbasierung

Im Vorfeld führte die Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich BIQG im Rahmen der Ist-Analyse eine systematische Suche nach nationalen und internationalen Leitlinien für „Präoperative Diagnostik“ durch. Die Recherche wurde auf Leitlinien eingegrenzt, die seit dem Jahr 2000 publiziert bzw. aktualisiert wurden und in englischer oder deutscher Sprache erschienen sind. Auf dieser Basis wurde vom Auftraggeber die „Leitlinie präoperative Patientenevaluierung“ der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) als die geeignetste ausgewählt (siehe Anhang bzw. www.oegari.at), da diese zu diesem Zeitpunkt die aktuellste (2008) und mit dem höchsten Evidenzgrad ausgewiesene Leitlinie war, die die gesamte präoperative Befundung umfasste.

Die Recherche und Darstellung der den Kernempfehlungen zugrunde liegenden Evidenz wurde vom Auftraggeber an ÖGARI übertragen. Die inhaltliche und methodische Qualitätssicherung der Quellleitlinie (z. B. externe fachliche Begutachtung, Bewertung der methodischen Qualität mittels AGREE) sowie die Dokumentation der durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen erfolgt ebenfalls durch ÖGARI.

1.3 Adressatinnen/Adressaten und Anwendungsbereiche

Die BQLL PRÄOP richtet sich als Handlungs- und Entscheidungshilfe vor allem an Gesundheitsdienstleister aus dem ärztlichen Bereich. Adressatinnen und Adressanten sind insbesondere:

- » Ärztinnen und Ärzte aller Versorgungsebenen, die im Rahmen der präoperativen Diagnostik tätig sind (Fachärztin/Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin, chirurgisch tätige Ärztinnen und Ärzte, Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin)

Des Weiteren an:

- » Erwachsene Patientinnen und Patienten, ihre Angehörigen und private Betreuungspersonen
- » Tangierte Berufsgruppen, die im Rahmen der präoperativen Diagnostik tätig sind
- » Träger von Krankenanstalten
- » Die interessierte Öffentlichkeit sowie auch
- » Herausgeber von Leitlinien und strukturierten Behandlungsprogrammen

Die Anwendung der BQLL PRÄOP umfasst folgende Bereiche:

- » Gesundheitseinrichtungen (Ordinationen, Institute etc.) im niedergelassenen Bereich
- » Alle Krankenanstalten, besonders auch deren spezielle Versorgungsstrukturen (z. B. Präanästhesieambulanzen)

1.4 Ausgenommen von der BQLL PRÄOP

Die Evidenz für die Risikoreduktion durch präoperative Diagnostik ist in der Regel bei kleinen Operationen gering. Die BQLL PRÄOP soll daher bei elektiven Operationen in Lokalanästhesie, bei denen keine Anästhesistin / kein Anästhesist zur Freigabe hinzugezogen wird, situationsgerecht eingesetzt werden.

Bei Akutoperationen gibt es für die Abklärung naturgemäß eine begrenzte Möglichkeit zur Risikostratifizierung. Das in der vorliegenden BQLL PRÄOP beschriebene Vorgehen kann dabei situationsangepasst als Orientierung eingesetzt werden.

Die Evidenz zur präoperativen Diagnostik bei Kindern ist geringer als bei Erwachsenen. Daher wurde die Anwendung der vorliegenden BQLL PRÄOP auf erwachsene Patientinnen/Patienten beschränkt. Die BQLL PRÄOP kann aber bei elektiven Operationen bei Kindern ebenfalls als Orientierungshilfe eingesetzt werden bzw. wird für Kinder auf die spezifische ÖGARI-Leitlinie verwiesen.

2 Ziele der BQLL PRÄOP

Die Ziele der BQLL PRÄOP orientieren sich an den übergeordneten Zielen der Metaleitlinie – Methode zur Entwicklung und Evaluierung von Bundesqualitätsleitlinien (vgl. Kapitel 1). Davon wurden folgende spezifische Ziele abgeleitet:

- » Standardisierte Methode der präoperativen Diagnostik unter optimaler Ausnutzung diagnostischer Möglichkeiten und mit effizientem und zielorientiertem Mitteleinsatz (z. B. durch den Einsatz der EDV-Software PROP)
- » Qualitätsgesicherter und patientenfreundlich gestalteter Betreuungsprozess der präoperativen Diagnostik unter optimalem Zusammenwirken der unterschiedlichen Gesundheitsdienstleister, insbesondere der ärztlichen Fachdisziplinen
- » Frühzeitiges Erfassen von Risiken bei einer geplanten Operation
- » Bundesweite und sektorenübergreifende Anwendung

Diese Ziele sollen mit dem Beschreiben und Definieren der Versorgungspartner und Versorgungseinrichtungen samt Aufgaben und Verantwortlichkeiten, Nahtstellen und mit dem Dokumentieren der Aktivitäten an den Nahtstellen (Nahtstellendokumente) erreicht werden.

Die Ziele der medizinischen Quellleitlinie sind dem Anhang zu entnehmen.

3 Patientenorientierte, nahtstellenübergreifende Versorgung

Aufgrund des medizinischen und technischen Fortschritts, gepaart mit der demografischen Entwicklung der nächsten zwanzig Jahre (Statistik Austria 2010), ist mit einem Anstieg an geplanten Operationen (v. a. des Bewegungs- und Stützapparates) zu rechnen. Durch die häufiger auftretende Multimorbidität werden eine strukturierte und abgestimmte präoperative Diagnostik und Befundabklärung für geplante Operationen immer wichtiger. Dazu kommt die in Zukunft verstärkte Nutzung der Angebote von tages- und wochenklinischen Organisationsformen, deren optimaler organisatorischer Ablauf ebenfalls einen effektiven Prozess der präoperativen Diagnostik voraussetzt.

3.1 Versorgungsebenen

Es besteht in Österreich grundsätzlich keine Einschränkung bei der Auswahl der Versorgungsebene. Die Patientin / der Patient hat die freie Wahl, welche Versorgungsebene im Rahmen des jeweils angebotenen Leistungsspektrums der Gesundheitseinrichtungen und der zuständigen Krankenversicherungsträger, sie/er zur präoperativen Diagnostik aufsuchen will.

Die Tabelle 3.1 veranschaulicht allgemein die ärztlichen Versorgungsebenen, die von Patientinnen und Patienten frequentiert werden können.

Tabelle 3.1:
Ärztliche Versorgungsebenen

Niedergelassene Ärztin / Niedergelassener Arzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassene Fachärztin / Niedergelassener Facharzt
Ambulante fachärztliche Versorgung
Stationäre fachärztliche Versorgung

Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung 2011

Für die präoperative Diagnostik ergibt sich daraus die folgende Aufteilung der Versorgungsebenen:

Tabelle 3.2:
Ärztliche Versorgungsebenen in der präoperativen Diagnostik

» Präanästhesieambulanz im Krankenhaus	» Niedergelassene Ärztin / Niedergelassener Arzt für Allgemeinmedizin » Niedergelassene Fachärztin / Niedergelassener Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin oder Innere Medizin	» ambulante fachärztliche Versorgung im Krankenhaus
» Stationäre fachärztliche Versorgung		

Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung 2011

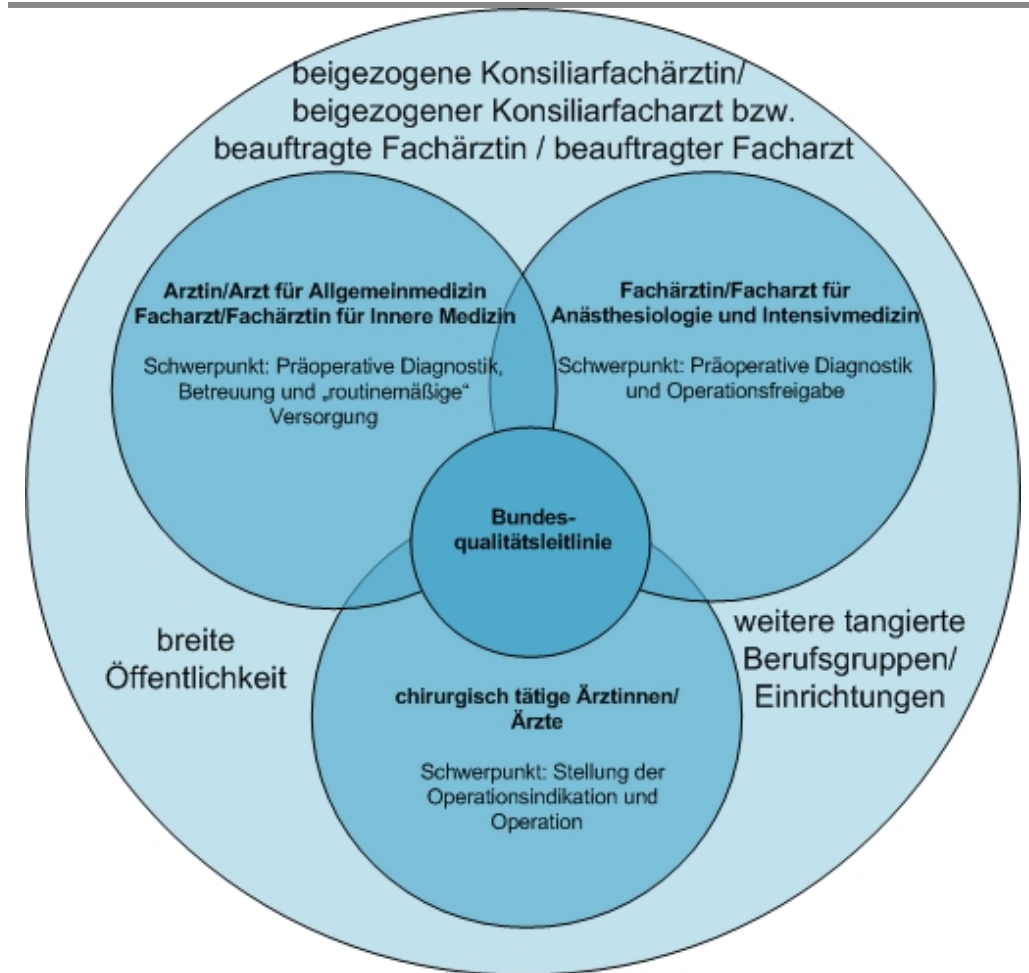
Welche Versorgungsebene die Patientin /der Patient im Rahmen der präoperativen Diagnostik wählt, hängt von vielen Faktoren ab; zum Beispiel ob die Operationsindikation im Spital oder im niedergelassenen Bereich gestellt wird, wie die niedergelassenen Ärzte mit den Krankenanstalten vernetzt und organisiert sind oder vom Vorhandensein und der Erreichbarkeit einer Präanästhesieambulanz.

3.2 Versorgungspartner

Die Rahmensituation entsteht aus nationalen, regionalen / oder sonstigen spezifischen Vorgaben und Regelungen und beeinflusst unmittelbar das Umfeld und (rechtlichen) Hintergrund der präoperativen Diagnostik.

In die präoperative Diagnostik und Betreuung von Patientinnen und Patienten sind unterschiedliche Ärztinnen und Ärzte als Versorgungspartner eingebunden. Abbildung 3.1. zeigt die verschiedenen Versorgungspartner mit den sich überschneidenden Zuständigkeitsbereichen, die Kooperation und wechselseitigen Informationsaustausch erforderlich machen. Wobei in den dunkelblauen Kreisen die **primär** in den Prozess der präoperativen Diagnostik involvierten ärztlichen Versorgungspartner dargestellt sind.

Abbildung 3.1:
Rahmensituation



Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung 2011

Auswahl und Reihenfolge der in Abb. 3.1. dargestellten Akteure sind nicht als Wertung zu betrachten.

Der Darstellung liegen folgende Überlegungen zugrunde:

Fachärztinnen/Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivmedizin: Führen vor einer geplanten Operation im Rahmen der Abklärung und auf Basis der medizinischen Quellleitlinie die diagnostischen Prozesse, die Patientenaufklärung sowie die Risikostratifizierung und die Operationsfreigabe durch.

Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin: Führen vor einer geplanten Operation im Rahmen der Abklärung und auf Basis der medizinischen Quelleitlinie die diagnostischen und medizinisch/therapeutischen Prozesse durch.

Fachärztinnen/Fachärzte für Innere Medizin: Führen vor einer geplanten Operation im Rahmen der Abklärung und auf Basis der medizinischen Quelleitlinie die diagnostischen und medizinisch/therapeutischen Prozesse durch.

Chirurgisch tätige Ärztinnen/Ärzte²: Können auf Grund ihrer Verantwortung als Operateure ebenfalls anästhesiebezogen auf Basis der medizinischen Quelleitlinie präoperative Befunde anfordern.

Konsiliarärztinnen/Konsiliarärzte (z. B. FA für Neurologie, FA für Innere Medizin): Erstellen im Bedarfsfall auf Anforderung der primären ärztlichen Versorgungspartner einen fachärztlichen Konsiliarbefund.

Beigezogene Fachärztinnen/Fachärzte (z. B. FA für Radiologie, FA für Med. und Chem. Labordiagnostik, FA für Pathologie): Erstellen im Bedarfsfall auf Anforderung einen fachärztlichen Befund.

Weitere tangierte Berufsgruppen: Neben den angeführten Berufsgruppen können weitere Berufsgruppen (z. B. gehobene medizinisch-technische Dienste, medizinisch-technischer Fachdienst, gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege) im Rahmen ihrer Tätigkeit mit den speziellen Bedürfnissen von Personen mit der präoperativen Diagnostik befasst sein. Diese sind unter dem Begriff „tangierte Berufsgruppen“ zusammengefasst.

Öffentlichkeit: Öffentlichkeit repräsentiert die Bevölkerung, da jede/r Einzelne von einer geplanten Operation betroffen sein kann.

3.3 Rolle von Angehörigen und privaten Betreuungspersonen

Der Unterstützungsbedarf von Patientinnen und Patienten im Rahmen der präoperativen Diagnostik vor einer geplanten Operation ist unterschiedlich.

2

Darunter werden alle Ärztinnen und Ärzte subsumiert, die im Rahmen ihrer Ausbildung die Legitimierung erhalten, chirurgisch tätig zu sein.

Grundsätzlich ist jede Patientin / jeder Patient vor einer Operation verpflichtet, über die jeweilige medizinische Geschichte (Anamnese) ausführlich und wahrheitsgemäß Auskunft zu geben. Im Regelfall füllt die Patientin / der Patient selbstständig einen Anamnesebogen aus (z. B. ÖGARI-Anamneseformular: Version 1.1).

Zur Auskunft über Anamnese (z. B. Vor- bzw. Begleiterkrankungen), medikamentöse Einstellung oder Inanspruchnahme von Begleittherapien der Patienten/Patientinnen ist aber oft Unterstützung nötig. Angehörige und private Betreuungspersonen können als Informationsträger und Ansprechpartner eine zentrale Rolle im Rahmen der präoperativen Abklärung übernehmen.

3.4 Versorgungsprozess der präoperativen Diagnostik

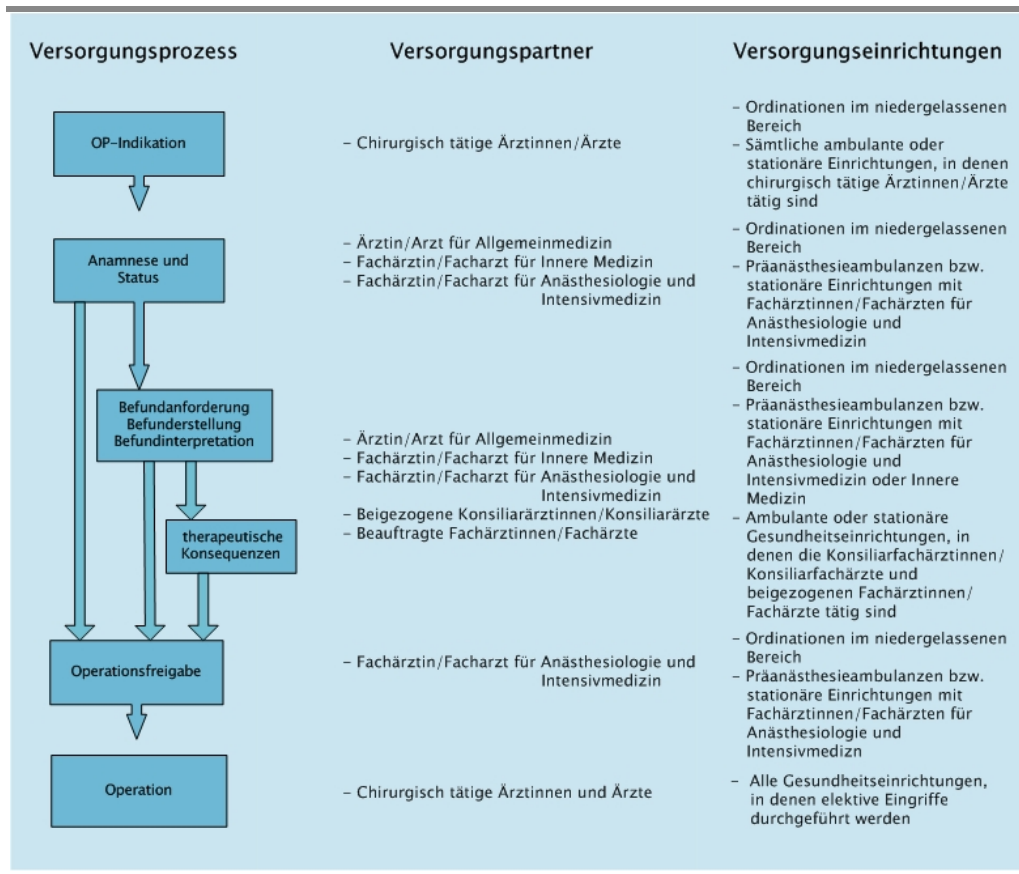
Von der Indikationsstellung bis zur geplanten Operation stellt sich der Ablauf folgendermaßen dar:

1. Operationsindikation
2. Anamnese und Status (im Rahmen der präoperativen Diagnostik)
3. Bei Notwendigkeit: Befunderhebungen
4. 4. a: Operationsfreigabe oder
5. 4. b: Diagnose mit Therapie, Betreuung und evtl. neuerlicher Befunderhebung mit anschließender Operationsfreigabe
6. Operation

Die Abklärung des **anästhesiespezifischen Risikos** stellt einen **Teilbereich** (Punkt 2, 3 und 4) im Versorgungsprozess der präoperativen Diagnostik dar, wobei die medizinischen Inhalte an Hand der medizinischen Quelleitlinie **standardisiert werden**. **Unter Anwendung der medizinischen Quelleitlinie** kann die präoperative Diagnostik von verschiedenen Versorgungspartnern und Versorgungsebenen erbracht werden.

Abbildung 3.2 zeigt die im jeweiligen Prozessschritt beteiligten ärztlichen Versorgungspartner und Versorgungseinrichtungen.

Abbildung 3.2:
Darstellung des Versorgungsprozesses³



Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung 2011

3

ausgenommen Operationen in Lokalanästhesie, bei denen keine Fachärztin / kein Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin beigezogen wird

3.5 Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Versorgungspartner und Darstellung der Nahtstellen

Die nachfolgende tabellarische Darstellung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten zeigt, wie die **Versorgungsebenen übergreifende Betreuung** von Patientinnen und Patienten in der präoperativen Diagnostik entsprechend den **österreichischen Gegebenheiten** koordiniert und organisiert ist bzw. werden sollte.

Folgende Punkte sind dabei zu beachten:

- » Alle den Versorgungspartnern/-einrichtungen zugeordneten Aufgaben und Verantwortlichkeiten basieren auf gesetzlichen Regelungen. Welche Aufgaben innerhalb der einzelnen Prozessphasen von den involvierten Versorgungspartnern/-einrichtungen übernommen werden, kann im Einzelfall von der tabellarischen Darstellung abweichen und ist immer an das jeweilige Krankheitsstadium wie auch den individuellen Bedürfnissen der Patientin / des Patienten anzupassen.
- » Im Sinne einer integrierten Versorgung muss die Daten- und Informationsweitergabe zwischen den Versorgungspartnern bzw. den Versorgungseinrichtungen, den Angehörigen und privaten Betreuungspersonen gewährleistet sein. Diese erfolgt gemäß den gesetzlichen Bestimmungen, d. h. in der Regel nur mit Zustimmung der Patientin / des Patienten. Eigene Regelungen bestehen für Patientinnen und Patienten mit einer Vorsorgevollmacht, Sachwalterschaft oder bei Vertretung durch nächste Angehörige (sog. „Angehörigenvollmacht“).
- » Die präoperative Diagnostik beruht in erster Linie auf einer, laut Vorgabe der medizinischen Quelleitlinie, sorgfältigen Anamnese, entsprechenden klinischen Untersuchungen und vorgegebenen Befundungen.
- » Regional unterschiedlich gestalten sich die zur Verfügung stehenden Versorgungsstrukturen.
- » Im Rahmen der präoperativen Abklärung richtet sich die BQLL PRÄOP auch an alle chirurgisch tätigen Ärztinnen und Ärzte.
- » Die Patientin / der Patient ist gemäß Behandlungsvertrag verpflichtet, der Ärztin / dem Arzt die zur Behandlung notwendigen Informationen zu erteilen, soweit sich die Ärztin / der Arzt diese nicht selbst durch die Untersuchung verschaffen kann. Die Ärztin / der Arzt ist verpflichtet darüber Aufzeichnungen zu führen (Dokumentationspflicht).
- » Für eine effiziente Einschätzung des anästhesiespezifischen Risikos durch die Fachärztin / den Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin ist es erforderlich, dass dieser / diesem alle wesentlichen Befunde vor der Operationsfreigabe zur Verfügung stehen.

3.5.1 Versorgung im niedergelassenen Bereich

Tabelle 3.3:

Versorgungseinrichtungen im niedergelassenen Bereich

Versorgungspartner	Aufgaben und Verantwortlichkeiten	Ansprechpartner bzw. Nahtstelle/n	Nahtstellendokumente und -inhalte
chirurgisch tätige Fachärztinnen/ Fachärzte	<ul style="list-style-type: none"> » Klinische Diagnostik: <ul style="list-style-type: none"> » Eigen-/Fremdanamnese » Status » Evtl. Durchführen diagnostischer Maßnahmen » Erstellung der Operationsindikation » Patientengerechte und individualisierte Beratung und Aufklärung 	<ul style="list-style-type: none"> » Patientin/Patient/Angehörige / priv. Betreuungspersonen 	Broschüren, diverse Beratungs- und Aufklärungsunterlagen, Definition der Art und Größe des Eingriffs, Einwilligungsunterlagen zur Operation
		<ul style="list-style-type: none"> » Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin » Fachärztin/Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin » Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin 	Überweisungsschein: <ul style="list-style-type: none"> » (Verdachts-)Diagnose bzw. Symptome » Evtl. mit Vorbefunden und bisheriger Therapie » Operationsindikation
Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin	<ul style="list-style-type: none"> » Klinische Basisdiagnostik lt. medizinischer Quelleitlinie: <ul style="list-style-type: none"> » Eigen-/Fremdanamnese » Status » Evtl. Durchführen diagnostischer Maßnahmen » Evtl. Einleitung einer (medikamentösen) Therapie und Verlaufskontrolle » Informationsweitergabe nach diagnostischer Abklärung » Ggf. Verlaufsbeobachtung der Patientin / des Patienten und Informationsweiterleitung 	<ul style="list-style-type: none"> » Patientin/Patient/Angehörige / priv. Betreuungspersonen 	Broschüren, diverse Beratungsunterlagen
		<ul style="list-style-type: none"> » Fachärztin/Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin 	Schriftliche Information: <ul style="list-style-type: none"> » Erfolgte Untersuchungen » Diagnose » Evtl. Therapiebericht/Therapievorschlag
		<ul style="list-style-type: none"> » Konsiliarfachärztin/Konsiliarfacharzt andere beigezogene/r Fachärztin/Facharzt 	Überweisungsschein: <ul style="list-style-type: none"> » (Verdachts-)Diagnose bzw. Symptome » Evtl. mit Vorbefunden und bisheriger Therapie
Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin	<ul style="list-style-type: none"> » Klinische Basisdiagnostik lt. medizinischer Quelleitlinie: <ul style="list-style-type: none"> » Eigen-/Fremdanamnese » Status » Evtl. Durchführen diagnostischer Maßnahmen » Evtl. Einleitung einer Therapie und Verlaufskontrolle » Informationsweitergabe nach diagnostischer Abklärung » Ggf. Verlaufsbeobachtung der Patientin / des Patienten und Informationsweiterleitung 	<ul style="list-style-type: none"> » Patientin/Patient/Angehörige / priv. Betreuungspersonen 	Broschüren, diverse Beratungsunterlagen
		<ul style="list-style-type: none"> » Fachärztin/Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin 	Schriftliche Information: <ul style="list-style-type: none"> » Erfolgte Untersuchungen » Diagnose » Evtl. Therapiebericht/Therapievorschlag
		<ul style="list-style-type: none"> » Zuweisende/r Ärztin/Arzt 	Evtl. Kontrolltermin
		<ul style="list-style-type: none"> » Konsiliarfachärztin/Konsiliarfacharzt andere beigezogene/r Fachärztin/Facharzt 	Überweisungsschein: <ul style="list-style-type: none"> » (Verdachts-)Diagnose bzw. Symptome » Evtl. mit Vorbefunden und bisheriger Therapie

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 3.3.

Fachärztin/Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin	» Klinische Basisdiagnostik lt. medizinischer Quelleitlinie: » Eigen-/Fremdanamnese » Status » Evtl. Durchführen diagnostischer Maßnahmen	» Patientin/Patient/Angehörige / priv. Betreuungspersonen	Broschüren, diverse Beratungs- und Aufklärungsunterlagen, Einwilligungsunterlagen zur Narkose
	» Erweiterte Differentialdiagnostik lt. medizinischer Quelleitlinie » Abklären von speziellen klinischen Fragestellungen » Patientengerechte und individualisierte Beratung und Aufklärung » Operationsfreigabe	» Konsiliarfachärztin/Konsiliarfacharzt » Beigezogene/r Fachärztin/Facharzt	Überweisungsschein: » (Verdachts-)Diagnose bzw. Symptome » Evtl. mit Vorbefunden und bisheriger Therapie
		» Chirurgisch tätige Fachärztinnen / Fachärzte	Schriftliche Information: » Operationsfreigabe: mit allen relevanten medizinischen Informationen (Prämedikation, Scoring der Atemwege etc.) für den operativen Eingriff » (Verdachts-)Diagnose bzw. Symptome » Evtl. mit Vorbefunden und bisheriger Therapie
Konsiliarfachärztin/Konsiliarfacharzt (z. B. FA für Neurologie, FA für Innere Medizin)	» Erweiterte Diagnostik und Therapie bei speziellen medizinischen Fragestellungen oder komplexen medizinischen Situationen » Ggf. Verlaufsbeobachtung der Patientin / des Patienten und Informationsweiterleitung	» Zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt	Schriftliche Information: » Erfolgte Untersuchungen » Diagnose » Evtl. Therapiebericht/Therapievorschlag » Evtl. Kontrolltermin bei Bedarf
	» Ggf. Überweisung zur weiteren Abklärung	» andere Fachärztinnen/Fachärzte	Überweisungsschein » (Verdachts-)Diagnose bzw. Symptome » Evtl. mit Vorbefunden und bisheriger Therapie
	» Patientengerechte und individualisierte Beratung » Ansprechperson bei Fragen und Unklarheiten	» Patientin/Patient/Angehörige/priv. Betreuungspersonen	Informationsmaterial Anlaufstellen (Adressen, Kontaktpersonen)
Beigezogene Fachärztin/ beigezogener Facharzt (z. B. FA für Radiologie, FA für Med. und Chem. Labordiagnostik, FA für Pathologie)	» Befunderstellung gemäß Anforderung	» Zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt	Schriftliche Information: » Erfolgte Untersuchungen » Befund (Ergebnisse, evtl. Diagnose)

Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung 2011

3.5.2 Versorgung im stationären Bereich

Die Präanästhesieambulanz wird in der Tabelle als „geschlossene Einheit“ verstanden, in der die aufgezählten Aufgaben und Verantwortlichkeiten vom Facharzt / von der Fachärztin für Anästhesiologie und Intensivmedizin wahrgenommen werden. Die dargestellten Nahtstellen beziehen sich auf die Versorgungspartner außerhalb dieser Einrichtung.

Tabelle 3.4:
Versorgungseinrichtungen im stationären Bereich

Versorgungspartner	Aufgaben und Verantwortlichkeiten	Ansprechpartner bzw. Nahtstelle/n	Nahtstellendokumente und -inhalte
Chirurgisch tätige Fachärztinnen/ Fachärzte	<ul style="list-style-type: none"> » Klinische Diagnostik: <ul style="list-style-type: none"> » Eigen-/Fremdanamnese » Status » Evtl. Durchführen diagnostischer Maßnahmen » Erstellung der Operationsindikation » Patientengerechte und individualisierte Beratung und Aufklärung 	<ul style="list-style-type: none"> » Patientin/Patient/Angehörige/ priv. Betreuungspersonen 	Broschüren, diverse Beratungs- und Aufklärungsunterlagen, Definition der Art und Größe des Eingriffs, Einwilligungsunterlagen zur Operation
		<ul style="list-style-type: none"> » Fachärztin/Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin » Konsiliarfachärztin/ Konsiliarfacharzt 	Anforderungsschein: <ul style="list-style-type: none"> » (Verdachts-)Diagnose bzw. Symptome » Evtl. mit Vorbefunden und bisheriger Therapie » Operationsindikation
Präanästhesieambulanz oder andere Einrichtungen mit Fachärztinnen/Fachärzten für Anästhesiologie und Intensivmedizin	<ul style="list-style-type: none"> » Klinische Basisdiagnostik lt. medizinischer Quelleitlinie: <ul style="list-style-type: none"> » Eigen-/Fremdanamnese » Status » Evtl. Durchführen diagnostischer Maßnahmen » Erweiterte Differentialdiagnostik lt. medizinischer Quelleitlinie » Abklären von speziellen klinischen Fragestellungen » Evtl. Einleitung einer (medikamentösen) Therapie und Verlaufskontrolle » Ggf. Überweisung zur weiteren Abklärung » Patientengerechte und individualisierte Aufklärung und Beratung » Ansprechperson bei Fragen und Unklarheiten » Operationsfreigabe 	<ul style="list-style-type: none"> » Patientin/Patient/Angehörige/ priv. Betreuungspersonen 	Broschüren, diverse Beratungs- und Aufklärungsunterlagen
		<ul style="list-style-type: none"> » Chirurgisch tätige Fachärztinnen/ Fachärzte 	Schriftliche Information: <ul style="list-style-type: none"> » Operationsfreigabe: mit allen relevanten medizinischen Informationen (Prämedikation, Scoring der Atemwege etc.) für den operativen Eingriff » (Verdachts-)Diagnose bzw. Symptome » Evtl. mit Vorbefunden und bisheriger Therapie
		<ul style="list-style-type: none"> » Konsiliarfachärztin/ Konsiliarfacharzt 	Konsiliarschein <ul style="list-style-type: none"> » (Verdachts-)Diagnose bzw. Symptome » Evtl. mit Vorbefunden und bisheriger Therapie

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 3.4.

Konsiliarärztin/-arzt	» Erweiterte Diagnostik und Therapie bei speziellen medizinischen Fragestellungen oder komplexen medizinischen Situationen » Ggf. Verlaufsbeobachtung der Patientin / des Patienten und Informationsweiterleitung	» Zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt	Schriftliche Information: » Befundbericht Eventuell: » Diagnose » Erfolgte Untersuchungen » Evtl. Therapiebericht/Therapievorschlag » Evtl. Kontrolltermin bei Bedarf
	» Ggf. Anforderung zur weiteren Abklärung	» Andere Fachärztin- nen/Fachärzte	Anforderungsschein: » (Verdachts-)Diagnose bzw. Symptome » Evtl. mit Vorbefunden und bisheriger Therapie
	» Patientengerechte und individualisierte Beratung » Ansprechperson bei Fragen und Unklarheiten	» Patientin/Patient/Angehörige / priv. Betreuungspersonen	Informationsmaterial Anlaufstellen (Adressen, Kontaktpersonen)
Beigezogene Fachärztin/ beigezogener Facharzt	» Befunderstellung gemäß Anforderung	» Zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt	Schriftliche Information: » Erfolgte Untersuchungen Befund (Ergebnisse, evtl. Diagnose)

Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung 2011

4 Erkannte Problemfelder

Tabelle 4.1:
Erkannte Problemfelder

Thema	Erforderlicher Partner	Mögliche Verbesserungsvorschläge
Finanzierung der Leistung (Anamnese) im niedergelassenen Bereich	<ul style="list-style-type: none"> » Ärztekammer » Sozialversicherung » BMG 	<ul style="list-style-type: none"> » Bundesweite Einigung » Landesweite Einigung nach Salzburger Vorbild
Klärung inwieweit die präoperative Abklärung Teil des LKF-Pauschales ist	<ul style="list-style-type: none"> » BMG » Bundesländer » Sozialversicherung 	
Medizinische und technische Weiterentwicklung von PROP	<ul style="list-style-type: none"> » BGK » Bundesländer » FH Salzburg/Urstein » ÖGARI 	
Finanzierung der Bereitstellung von PROP	<ul style="list-style-type: none"> » BGK » Bundesländer 	
Implementierung von PROP, wobei versucht werden sollte, landesweit ähnlich/vergleichbar vorzugehen	<ul style="list-style-type: none"> » BGK » Bundesländer 	
Qualitätskriterien		<ul style="list-style-type: none"> » Z. B. Standards für Präanästhesieambulanzen » Einschulung für PROP-Anwendung
Informationstransfer aller eingebundenen Versorgungspartner/-einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> » Bundesministerien » Bundesländer » Sozialversicherung » Ärztekammer 	<ul style="list-style-type: none"> » Verpflichtende, einheitliche Informationsweitergabe in schriftlicher Form
Präventive Maßnahmen zur Reduktion unnötiger Abklärungen trotz LL-Anwendung		<ul style="list-style-type: none"> » Kontrolle im niedergelassenen Bereich durch die SV
Datenschutzrechtliche Bestimmungen		

Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung 2011

5 Informationsmaterialien und Anlaufstellen

Tabelle 5.1:

Informationsmaterialien und Anlaufstellen

ÖBIG-Spitalskompass	Der Spitalskompass informiert darüber, was Österreichs Spitäler leisten. Dieser Service klärt Fragen wie: Welche Krankenanstalten gibt es? Welche medizinischen Einrichtungen sind vorhanden? Welche Fachabteilungen gibt es von Spital zu Spital? Wie oft werden medizinische Leistungen in den jeweiligen Anstalten erbracht? Der Spitalskompass wird von der GÖG laufend aktualisiert und weiterentwickelt.	http://www.spitalskompass.at/
ÖGARI - Leitlinie	Medizinische Quellleitlinie, erstellt von der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin	BMG bzw. ÖGARI

Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung 2011

6 Gültigkeitsdauer und Aktualisierung

6.1 Gültigkeitsdauer

Die Gültigkeitsdauer der vorliegenden Bundesqualitätsleitlinie ist auf maximal drei Jahre ab dem Tag der Veröffentlichung durch das Bundesministerium für Gesundheit beschränkt.

Falls während der Gültigkeitsdauer eine neue Version einer Bundesqualitätsleitlinie zur präoperativen Diagnostik bei elektiven Eingriffen durch das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht wird, verliert die vorliegende Bundesqualitätsleitlinie ihre Gültigkeit.

Hinweis (Juni 2017):

Die Gültigkeitsdauer der Bundesqualitätsleitlinie PRÄOP ist abgelaufen, an einer Aktualisierung wird derzeit gearbeitet. Die organisatorischen Empfehlungen, die in dieser Bundesqualitätsleitlinie verankert sind, sind weiterhin aufrecht und die medizinische Quelleitlinie der ÖGARI (Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin) ist noch in Geltung. Daher wird vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (nach Konsultation der Fachgruppe Qualität) eine Anwendung der Bundesqualitätsleitlinie PRÄOP bis zum Vorliegen der aktualisierten Fassung, längstens jedoch bis 31. Dezember 2017, empfohlen.

6.2 Aktualisierung

Spätestens vor Beginn des letzten Jahres der Gültigkeit der vorliegenden Bundesqualitätsleitlinie ist vom Bundesministerium für Gesundheit eine Entscheidung zu treffen, ob eine Aktualisierung erforderlich ist.

Literatur

Gesundheit Österreich GmbH/ Geschäftsbereich BIQG 2010: Metaleitlinie

Gesundheit Österreich GmbH/ Geschäftsbereich BIQG 2009: Gesundheit und Krankheit in Österreich. Gesundheitsbericht Österreich 2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien

ÖGARI – Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin. Arbeitsgruppe „Präoperative Evaluierung“ 2008: Leitlinie zu präoperativen PatientInnenevaluierung. www.oegari.at

Paracelsus Medizinische Privatuniversität 2010: Reformpoolprojekt Präoperative Diagnostik PROP. Evaluation Endbericht. Evaluation durchgeführt im Auftrag des Salzburger Gesundheitsfonds SAGES

Statistik Austria 2010:

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html

Anhang

Anhang 1: Expertinnen und Experten der BQLL-Leitliniengruppe

Anhang 2: SIGN-Klassifikation

Anhang 3: Medizinische Quelleitlinie: ÖGARI-Leitlinie

Anhang 1

Expertinnen und Experten der BQLL-Gruppe

In der Auswahl der BQLL-Ersteller und -Erstellerinnen wurde auf deren wissenschaftliche Unabhängigkeit geachtet. In Abstimmung mit dem Auftraggeber wurden alle Organisationen, die mit dem Thema Präoperative Diagnostik zentral befasst sind, kontaktiert und um Nominierung einer Person (inkl. Stellvertretung) für die LL-Gruppe ersucht. Zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit war die Zahl der LL-Gruppenmitglieder möglichst gering zu halten. Deshalb wurden nur diejenigen Bundesländer kontaktiert, die derzeit an der Standardisierung der Präoperativen Diagnostik arbeiten. Da die Entwicklung einer eigenen Patientenleitlinie zu einem späteren Zeitraum angedacht ist, wurde vorerst kein Vertreter/keine Vertreterin offiziell nominiert.

Alle Mitglieder der Leitliniengruppe unterzeichneten zu Beginn des Projekts das Dokument „Interessenoffenlegung – Erklärung von möglichen Interessenkonflikten“. Die einzelnen Interessenoffenlegungen der Leitliniengruppenmitglieder liegen der Gesundheit Österreich / BIQG vor.

- » Bundesministerium für Gesundheit
Dr. Silvia Türk MBA (Ärztin für Allgemeinmedizin)
- » Bundesländervertreterinnen / -vertreter aus Salzburg, Wien und Burgenland
Burgenländischer Gesundheitsfonds, Mag. (FH) Sonja Draxler
Salzburger Gesundheitsfonds, Dr. Beate Stolzlechner
Wiener Landesregierung, Dr. Otto Rafetseder MPH (Facharzt für Allgemeinmedizin)
- » Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
Dr. Astrid Knopp MPH, DEAA (Fachärztin für Anästhesiologie und Intensivmedizin)
Dr. Irmgard Schiller-Frühwirth MPH (Fachärztin für Lungenkrankheiten)
- » Österreichische Ärztekammer
Dr. Brigitte Ettl (Fachärztin für Innere Medizin)
Mag. Rita Offenberger
Dr. Michael Lang (Facharzt für Chirurgie)
- » Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin
Univ.-Doz. Dr. Sibylle Kozek-Langenecker MBA
- » Österreichische Gesellschaft für Innere Medizin
Dr. Lothar Fiedler
- » Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
Dr. Josef Lohninger
- » Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter
Dr. Vinzenz Huber
- » Gesundheit Österreich GmbH
Dr. Alexander Eisenmann
Dr. Peter Matousek (Arzt für Allgemeinmedizin, Projektkoordination)
Dipl.-Ing. Petra Winkler

Anhang 2

Anhang 2: SIGN-Klassifikation

Anhang 2

Anhang 2: SIGN-Klassifikation

KEY TO EVIDENCE STATEMENTS AND GRADES OF RECOMMENDATIONS

LEVELS OF EVIDENCE

1 ⁺⁺	High quality meta-analyses, systematic reviews of randomised controlled trials (RCTs), or RCTs with a very low risk of bias
1 ⁺	Well-conducted meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a low risk of bias
1 ⁻	Meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a high risk of bias
2 ⁺⁺	High quality systematic reviews of case control or cohort studies High quality case control or cohort studies with a very low risk of confounding or bias and a high probability that the relationship is causal
2 ⁺	Well-conducted case control or cohort studies with a low risk of confounding or bias and a moderate probability that the relationship is causal
2 ⁻	Case control or cohort studies with a high risk of confounding or bias and a significant risk that the relationship is not causal
3	Non-analytic studies, e.g. case reports, case series
4	Expert opinion

GRADES OF RECOMMENDATION

Note: The grade of recommendation relates to the strength of the evidence on which the recommendation is based. It does not reflect the clinical importance of the recommendation.

A	At least one meta-analysis, systematic review of RCTs, or RCT rated as 1 ⁺⁺ and directly applicable to the target population; <i>or</i> A body of evidence consisting principally of studies rated as 1 ⁺ , directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results
B	A body of evidence including studies rated as 2 ⁺⁺ , directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results; <i>or</i> Extrapolated evidence from studies rated as 1 ⁺⁺ or 1 ⁺
C	A body of evidence including studies rated as 2 ⁺ , directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results; <i>or</i> Extrapolated evidence from studies rated as 2 ⁺⁺
D	Evidence level 3 or 4; <i>or</i> Extrapolated evidence from studies rated as 2 ⁺

GOOD PRACTICE POINTS

<input checked="" type="checkbox"/>	Recommended best practice based on the clinical experience of the guideline development group
-------------------------------------	---

© Scottish Intercollegiate Guidelines Network
ISBN 1 899893 23 7
First published 2002

SIGN consents to the photocopying of this guideline for the purpose of implementation in NHS Scotland

Scottish Intercollegiate Guidelines Network
Royal College of Physicians
9 Queen Street
Edinburgh EH2 1JQ

www.sign.ac.uk

Anhang 3

Anhang 3: Medizinische Quelleitlinie: ÖGARI-Leitlinie

Österreichische Quelleitlinie zur präoperativen Patientenvaluierung

1. Hintergrund der Leitlinienerstellung

Die Erstfassung der Leitlinie der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) wurde 2008 durch die Mitglieder der ÖGARI-Arbeitsgruppe *Präoperative Evaluierung* erstellt und als Expertenempfehlung auf der Homepage der ÖGARI veröffentlicht. Das primäre Ziel war die Standardisierung und Harmonisierung der präoperativen Patientenabklärung an Österreichischen Anästhesieabteilung und den affilierten extramuralen Institutionen. Die ÖGARI-Empfehlung wurde in einer Pilotstudie im Bundesland Salzburg erfolgreich getestet (Report Reformpoolprojekt, Sönnichsen et al. 2010; im Anhang). Weitere Anwendungstests folgten in anderen Bundesländern.

Ende 2010 wurde die ÖGARI-Empfehlung von der Bundesgesundheitskommission als medizinische Quelleitlinie der Bundesqualitätsleitlinie (BQLL) für die präoperative Diagnostik definiert. Die ursprüngliche ÖGARI-Empfehlung wurde daher Anfang 2011 durch einen umfassenden und systematischen Review von Sönnichsen et al. ergänzt („*Evidenz für die Effektivität präoperativer Untersuchungen hinsichtlich der Vorhersage und Verhinderung peri- und postoperativer Komplikationen - ein systematischer Review*“; im Anhang).

Suchstrategie des systematischen Reviews zur Identifizierung der Evidenz:

Als Fragestellung für den systematischen Review wurden zunächst mehrere Forschungsfragen im PICOS-Format (Population, Intervention, Control, Outcome, Study Design) formuliert. Die Ausgangsfrage lautet: Haben erwachsene Patienten, die sich einem elektiven chirurgischen, nicht herzchirurgischen Eingriff unterziehen (P) durch die Durchführung eines bestimmten präoperativen Tests (I) im Vergleich zu Patienten, bei denen der Test nicht durchgeführt wird (C) ein günstigeres peri- und postoperatives Outcome (O) im (randomisiert) kontrollierten Vergleich (S).

Für „bestimmter präoperativer Test“ wurden folgende Untersuchungen eingesetzt: Spirometrie, Thorax-Röntgenaufnahme, Blutgase, Hämoglobin, Hämatokrit, Leukozytenzahl, C-reaktives Protein, Gerinnungstests (aktivierte partielle Thromboplastinzeit [aPTT], Prothrombinzeit [PT], Thrombozytenzahl), Nierenfunktionsparameter (Kreatinin, Harnstoff, glomeruläre Filtrationsrate [GFR]), Urinanalyse, Leberfunktionstests (AST [GOT], ALT [GPT], AP, Gesamtbilirubin), Elektrolyte (Na⁺, K⁺), Blutzucker, HbA1c, Schwangerschaftstest.

Auf eine Recherche zu den kardiovaskulären Untersuchungen (EKG, Ergometrie) wurde in Anbetracht der, auf einem aktuellen systematischen Review aufbauenden, Leitlinie der internationalen interdisziplinären Gesellschaften der AHA/ACC und der ESC¹⁻² verzichtet.

Im systematischen Review von Sönnichsen et al. wurde unter Anwendung der PICOS-Kriterien ein hochsensitiver Suchterminus entwickelt. Nachdem keine kontrollierten Studien zur Fragestellung identifiziert werden konnten, wurde die Suche auf analytische Beobachtungsstudien und Fallserien erweitert. Durchsucht wurden Medline via Ovid, Embase, Cochrane Central Register of Controlled Trials und NHS-CRD-HTA (INAHTA) sowie die Literaturverzeichnisse der aufgefundenen Studien (Handsuche).

Die erfassten Titel und Abstracts wurden von zwei unabhängigen Wissenschaftlern durchgesehen, um eligible Studien zu identifizieren. Alle auf diese Weise ausgewählten Studien wurden wiederum von zwei unabhängigen Wissenschaftlern im Volltext analysiert, auf Ein- und Ausschlusskriterien geprüft und thematisch zugeordnet. Abschließend erfolgte die Extraktion der relevanten Daten, die wiederum von zwei unabhängigen Wissenschaftlern durchgeführt wurde. Differenzen wurden jeweils durch Diskussion und Konsens oder die Einbindung eines dritten Wissenschaftlers gelöst. Folgende Daten wurden in die Extraktionstabellen übernommen: allgemeine Studienmerkmale (Fallzahl, Design, Setting, Population, Alter, Geschlecht, Schweregrad der Operationen, kardiovaskuläres Operationsrisiko, ASA-Status), klinisch relevante Endpunkte (Managementänderungen, Mortalität, Morbidität und Komplikationen), Definitionen pathologischer Testergebnisse, Definitionen der Endpunkte, Daten zur diagnostisch-prognostischen Accuracy). In die zusammenfassende Evidenzbewertung für die einzelnen Untersuchungen wurden auch die Ergebnisse des NICE-Reviews (National Institute for health and Clinical Excellence) und ggf. weiterer vorhandener systematischer Reviews aufgenommen.

Nach elektronischer Subtraktion von Duplikaten lagen aus der Datenbanksuche insgesamt 25154 bibliographische Zitate vor. Nach der Vorselektion durch zwei unabhängige Reviewer aufgrund von Titeln und Abstracts und nach zusätzlicher Handsuche in den Literaturverzeichnissen bereits ausgewählter Arbeiten wurden insgesamt 447 Arbeiten für die engere Literaturauswahl in Form von Volltexten beschafft. Nach eingehender Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien wurden schließlich 141 Studien in die systematische Übersichtsarbeit aufgenommen, davon 138 Originalstudien und drei systematische Reviews. 306 Studien wurden

ausgeschlossen. Von diesen waren 69 Studien Duplikate. Die identifizierten und inkludierten Studien aufgedeutet nach den präoperativen Untersuchungen sind in Tab. 4.1.8 im Originalpapier dargestellt. Die Summe der in dieser Tabelle angegebenen Studien liegt über 141, weil manche Studien mehrere Tests untersuchen und die betreffende Studie daher mehrmals gezählt wird.

Verknüpfung der systematisch erfassten Evidenz mit der Quelleitlinie:

Die Verknüpfung zwischen der ÖGARI-Empfehlung und der systematisch erfassten Evidenz erfolgte durch das Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg. Evidenz- und Empfehlungsgrade wurden in Anlehnung an die Formalerfordernisse für Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Anästhesiologie nach der SIGN-Klassifikation formuliert (Scottish Intercollegiate Guideline Network; im Anhang). Da es für die Thematik der präoperativen Evaluierung überwiegend Kohortenstudien, aber keine randomisierten klinischen Studien gibt, konnten keine Grad A Empfehlungen formuliert werden. Grad D Empfehlungen nach SIGN unterscheiden nicht zwischen wissenschaftlicher Evidenz aus Kohortenstudien (Evidenzgrade 2⁺, 2⁻) und Expertenmeinung (Evidenzgrad 4). Im Falle von Evidenzgrad 4 wurde der Empfehlungsgrad D in der interdisziplinären Diskussion innerhalb der Konsensusgruppe festgelegt.

Die interdisziplinäre Konsensusgruppe setzte sich aus den Vorsitzenden bzw. deren Vertretern der mit der Thematik betroffenen Fachgesellschaften zusammen (Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Chirurgie, Innere Medizin, Labormedizin, Radiologie). Inhaltliche Zustimmung zur ursprünglichen ÖGARI-Empfehlung wurden von sämtlichen Mitgliedern bereits bei Konstituierung Anfang 2011 ausgesprochen; die vorliegende evidenzbasierte interdisziplinäre Österreichische Quelleitlinie zur präoperativen Patientenevaluierung wurde im Mai 2011 konsensuell im nominalen Gruppenprozess verabschiedet. Alljährlich ist ein Update der Quelleitlinie zur Einbringung der aktuellen Evidenz vorgesehen.

Vor Inkrafttreten der BQLL wird diese einem öffentlichen Begutachtungsverfahren unterzogen, wo gegebenenfalls Unklarheiten oder fehlende Bereiche von externen ExpertInnen identifiziert werden, wodurch die Anwendbarkeit der BQLL verbessert werden kann. Die Gruppe der GutachterInnen wird auch insbesondere VertreterInnen der Österreichischen Ärztekammer einschließen, welche nicht an der Erstellung der medizinischen Quelleitlinie beteiligt waren.

Mitglieder der Konsensusgruppe (alphabetisch)

Dr. Lothar Fiedler, Österreichische Gesellschaft für Innere Medizin

Dr. Gerhard Fritsch, ÖGARI Arbeitsgruppe Präoperative Evaluierung

Doz. Dr. Alexander Haushofer, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin und klinische Chemie

Doz. Dr. Sibylle Kozek-Langenecker MBA, Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin

Prof. Dr. Peter Kraft MBA, ÖGARI Arbeitskreis Bundesleitlinie

Dr. Josef Lohninger, Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

Dr. Georg Mustafa, Österreichische Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin und klinische Chemie

Prof. Dr. Ernst Pilger, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Innere Medizin

Prof. Dr. Rudolf Roka, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie

Prof. Dr. Andreas Sönnichsen, Vorstand des Instituts für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin, Paracelsus Medizinische Privatuniversität

Prof. Dr. Dimiter Tscholakoff, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Radiologie

Interessenskonflikte:

Kein Mitglied der Konsensusgruppe meldete Interessenskonflikte bei der Erstellung der Österreichischen Quelleitlinie.

2. Ziele, Nutzen und Risiken der Österreichischen Quelleitlinie zur präoperativen Patientenevaluierung

Das allgemeine Ziel der interdisziplinären Österreichischen Quelleitlinie zur präoperativen Patientenevaluierung ist die Optimierung der Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten vor geplanten Operationen. Insbesondere sollen durch diese Quelleitlinie die Prozess- und Ergebnisqualität der präoperativen Diagnostik und die Risikostratifizierung verbessert werden u.a. durch eine Anamnese-basierte und auf Funktionalität orientierte Evaluierung.

Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten werden durch die vorliegende Österreichische Quelleitlinie berücksichtigt, da der präoperative Diagnostik- und Behandlungspfad vereinfacht wird. Patientinnen und Patienten wurden in die Entwicklung der medizinischen Quelleitlinie aber nicht einbezogen. Vor Inkrafttreten der BQLL können Ansichten und Präferenzen in einer öffentlichen Diskussion eingebracht werden. Die ÖGARI plant weiters die Formulierung einer speziell für PatientInnen ausformulierten Fassung der Quelleitlinie.

Bei Leitlinienrealisierung entsteht gesundheitlicher Nutzen z.B. durch die Vermeidung unnötiger Befundung und die Risikoreduktion durch Erkennung und präoperative Minimierung Eingriffs-relevanter Risiken. Die Leitlinienrealisierung lässt darüber hinaus eine Ökonomisierung der präoperativen Evaluierung erwarten. Nachteile der Quelleitlinierealisierung sind etwa das Nichterkennen von (bislang asymptomatischen) Pathologien, welche das Eingriffs-relevante Risiko steigern könnten. Im abwägenden Vergleich ist aber festzustellen, dass die Falsch-Negativ-Rate bei der früher praktizierten präoperativen Screeningbefundung noch höher einzustufen ist. Zur allgemeinen Vorsorgeuntersuchung unabhängig von der anstehenden Operation sollten alle Gesundheitsdienstanbieter die PatientInnen motivieren.

3. Die medizinische Quelleitlinie

Die aktuelle Version der medizinischen Quelleitlinie ist online unter www.oegari.at zu finden.

Die Kapitelangaben in den Kernaussagen dieser medizinischen Quelleitlinie beziehen sich auf den systematischen Review von Soennichsen et al..

Eingriffskategorisierung

Eine Einteilung chirurgischer Eingriffe nach ihrem Schweregrad ist im Hinblick auf zu erwartende Komplikationen und die präoperative Risikostratifizierung essentiell. Existierende Einteilungen aus der ESC bzw. ACC/AHA Guideline für kardiovaskuläre Evaluierung¹⁻² und der NICE Guideline³ für präoperative Patientenevaluierung sind entweder nur auf das kardiovaskuläre Risiko gerichtet oder komplex in ihrer Anwendung. Aus diesem Grunde hat sich die Arbeitsgruppe für Präoperative Evaluierung der ÖGARI auf eine zweigeteilte Eingriffsdefinition geeinigt, die einfacher und universeller anwendbar ist. Diese Einteilung beruht prinzipiell auf einer Kategorisierung, die erstmals in etwas abgeänderter Form in einem Arbeitspapier des ÖBIG 2002 aufgeschienen ist.

Kernaussage 1:

Je nach Auswirkung auf physiologische und/oder pathophysiologische Parameter werden leichte und schwere Eingriffsarten definiert.

Empfehlungsgrad D; Expertenmeinung

Tab. 1. Kategorisierung der operativen Eingriffe

	Leicht	Schwer
Dauer	< 2 Stunden	≥ 2 Stunden
Blutverlust	< 500ml	≥ 500ml
Anatomische Region	Keine Körperhöhleneingriffe, Diagnostische endoskopische Eingriffe incl. laparoskopischer Cholezystektomie, laparoskopischer Hernienreparioperation und thorakoskopischen Eingriffen ohne Resektionen	Eingriffe an Thorax oder Abdomen incl. laparoskopischer Darmchirurgie (Resektion und Anastomose) und thorakoskopischer Lobektomie
Pathophysiologische Interaktionen		Hämodynamische, respiratorische Beeinflussung; große Flüssigkeitsshifts

Die Kategorisierung erfolgt durch den chirurgisch tätigen Arzt/die chirurgisch tätige Ärztin.

Anamnese und klinische Untersuchung

Kernaussage 2:

Die standardisierte Erhebung der Anamnese und die klinische Untersuchung sind die einzig notwendigen Basisbestandteile der präoperativen Diagnostik⁴⁻⁸ (Kapitel 4.2.).

Empfehlungsgrad B; Evidenzgrad 1⁺

Die Erhebung erfolgt nach dem Anamnese - Fragebogen der ÖGARI Arbeitsgruppe „Präoperative Evaluierung“ Version 1.1 (online auf <http://www.oegari.at/arbeitsgruppe.asp?id=205>).

Die klinische Untersuchung soll beinhalten:

- Gewicht, Größe, Errechnung des BMI
- Blutdruck und Puls (Frequenz und Rhythmik)
- Auskultation von Lunge und Herz
- Pupillen (Größe, Licht-Reaktion, getrennt und im Seitenvergleich)
- bei Verdacht auf neurologische Vorerkrankung: orientierende neurologische Untersuchung
- allgemeine klinische Inspektion

Ergänzung der klinischen Untersuchung durch den Anästhesisten/die Anästhesistin bei der Operationsfreigabe:

- Atemweg: Mallampati-Score, thyreomentaler Abstand, Unterkiefer-Protrusionstest
- orientierende Erhebung des Zahnstatus
- Inspektion der entsprechenden anatomischen Region zur Vorbereitung von Regionalanästhesien und Gefäßzugängen

Weiterführende Diagnostik

Kernaussage 3:

Bei unauffälligem Ergebnis von Anamnese und klinischer Untersuchung und leichten Eingriffen sind keine weiterführenden präoperativen Tests notwendig^{1-4, 6-8}.

Empfehlungsgrad B; Evidenzgrad 1⁺ (Kapitel 4.2.)

Kernaussage 4:

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.

Empfehlungsgrad D; Expertenmeinung

Kardiovaskuläre Evaluierung

Der Erhebung der Belastbarkeit kommt ein höherer Stellenwert in der Risikoevaluierung zu, als z.B. ischämischen Veränderungen der Repolarisationsphase im Ruhe-EKG. Entsprechende Angaben aus dem Anamnese-Fragebogen zur funktionellen Leistungsfähigkeit werden - umgewandelt in MET- für die weitere präoperative Abklärung genutzt.

Tab. 2. Anamnestische Belastbarkeit und Scoring

Anamnestische Belastbarkeit	MET	CCS/NYHA-Klassifikation
Keine Belastung möglich Ruhe-, Sprechdyspnoe	1	IV
Bewegen nur in der Ebene (100-150 m ohne Pause), geringfügige Tätigkeiten rasch Belastungsdyspnoe	2-3	III
Belastungseinschränkung, langsames Gehen, leichte Hausarbeiten, nur 1 Stockwerk ohne Unterbrechung	3-4	II
Gehen mit normaler Geschwindigkeit, kurze Laufstrecke, 2 Stockwerke ohne Pause und ohne limitierender Dyspnoe	4-5	I
sportliche Aktivitäten (Golf, Kegeln, Tanzen)	5-10	
Ausdauer-, Leistungssport	>10	

MET = Metabolic Equivalent Threshold. 1 MET = Verbrauch von 3,5ml O₂/kg Körpergewicht/min bei Männern; Verbrauch von 3,15ml O₂/kg Körpergewicht/min bei Frauen = Ruheumsatz. CCS = Canadian Cardiovascular Society; NYHA = New York Heart Association

Kernaussage 5:

Die kardiopulmonale Belastbarkeit stellt den wesentlichsten Faktor zur Abschätzung des perioperativen Risikos dar. Im Regelfall genügt eine exakte Patientenbefragung¹⁻².

Empfehlungsgrad D

Die weiterführende Diagnostik erfolgt entsprechend internationaler Empfehlung entsprechend der Anamnese und klinischen Symptomatik¹⁻².

Empfehlungsgrad D

Empfehlungen zur weiteren Abklärung leiten sich von internationalen Empfehlungen ab¹⁻² und werden daher nicht mit Evidenzgraden versehen.

Weiterführende Diagnostik zur präoperativen Abklärung bei pathologischer kardialer Anamnese:

- stabiler Brustschmerz, Angina pectoris und hohes operatives Risiko
- instabile Angina pectoris
- Atemnot unbekannter Ursache
- Akute Herzinsuffizienz
- Schwere hämodynamisch wirksame Vitien
 - Aortenstenose, Mitralstenose (siehe unten)
- Myokardinfarkt in der Anamnese (falls MET \geq 4 nur Ruhe-EKG)
- Zustand nach Revaskularisierung (falls MET \geq 4 nur Ruhe-EKG)
- Schwere kardiale Arrhythmien:
 - AV-Block II (Mobitz II)
 - AV-Block III
 - Symptomatische ventrikuläre Arrhythmien
 - Supraventrikuläre Arrhythmien (inkl. Vorhofflimmern) bei einer Ruhe-Herzfrequenz $>$ 100/min
 - Symptomatische Bradycardie

Folgende weitere präoperative Tests können zur Risikoevaluierung indiziert sein:

12-Kanal-Ruhe-EKG

bei pathologischer kardialer Anamnese, insbesondere vor großen Eingriffen ¹⁻²
Empfehlungsgrad D

Thorax-Röntgen (TX-RÖ, p-a. und seitlich)

bei pathologischem klinischen Untersuchungsbefund, reduzierter Belastbarkeit $<$ 4 MET ¹⁻²
Empfehlungsgrad D

Belastungs-EKG, Spiroergometrie

bei hohem spezifischen Risiko der geplanten Operation und reduzierter Belastbarkeit $<$ 4 MET ¹⁻²

Empfehlungsgrad D

Bei nicht möglicher Fahrrad-Ergometrie: Armkurbelergometrie, pharmakologische Belastung, Stress-Echokardiografie oder Myokard-Szintigrafie erwägen ¹⁻².

Echokardiografie

bei anamnestisch oder klinischem Hinweis auf akute Herzinsuffizienz oder Herzklappenfehler
Ziel: Quantifizierung der Klappen(dys)funktion und des Druckgradienten ¹⁻²

Empfehlungsgrad D

Kardiovaskuläre Risikofaktoren und Managementhinweise:

Die Aortenklappenstenose ist ein unabhängiger Risikofaktor für perioperative Komplikationen. Es besteht ein relatives Risiko (RR) von 5.2 bei Druckgradienten von 25-50 mmHg und ein RR von 6.8 für Gradienten $>$ 50 mmHg.

Bei anderen Klappenfehlern und prothetischem Mitralklappenersatz ist das Ausmaß der Herzinsuffizienz prädiktiv. Zu starke Entwässerung soll vermieden werden, ein perioperativer Therapiebeginn mit Beta-Blockern ist keine akute Option, Endokarditisprophylaxe ist erforderlich.

Arterielle Hypertonie ist erst bei Blutdruckwerten $>$ 180/ $>$ 110 mmHg ein unabhängiger Risikofaktor.

Pulmonale Hypertonie: Antibiotikaprophylaxe.

Bei hypertropher Kardiomyopathie besteht die Gefahr der perioperativen Exazerbation der dynamischen Ausstromobstruktion. Vorsicht bei Volumenersatz und alpha-adrenergen Substanzen.

Kardiale Rhythmusstörungen tragen kein unabhängiges Risiko - eine zugrunde liegende koronare Herzkrankheit und Herzinsuffizienz sind die relevanten Risikofaktoren.

Revised Cardiac Risk Index (RCRI) ⁹

Risikofaktoren:

- Hochrisikochirurgie (inklusive Notfalloperationen)
- Koronare Herzkrankheit in der Anamnese
- Herzinsuffizienz in der Anamnese
- Zerebrovaskuläre Erkrankung in der Anamnese
- Insulinpflichtiger Diabetes in der Anamnese
- Serumkreatinin > 2mg/dl

Risikoklasse	Anzahl der Risikofaktoren	Kardiales Risiko
Class I	0	0,4%
Class II	1	0,9%
Class III	2	6,6%
Class IV	3 und mehr	11%

Pulmonale Evaluierung

Respiratorische Probleme spielen intraoperativ eine untergeordnete Rolle, während sie postoperativ zu den häufigsten Komplikationen gehören.

Weiterführende Diagnostik zur präoperativen pulmonalen Abklärung:

Perkussion

bei pathologischer pulmonaler Anamnese und/oder klinischer Untersuchung
Empfehlungsgrad D; Expertenmeinung

Kleine Spirometrie

bei pathologischer pulmonaler Anamnese und/oder klinischer Untersuchung,
bei großen Oberbaucheingriffen und respiratorisch schwer belastenden Eingriffen
und bei intrathorakalen Eingriffen (wenn nicht bereits zur Indikationsstellung erfolgt) ¹⁰⁻²³
Empfehlungsgrad D; Evidenzgrad 2⁻ (Kapitel 4.3.)

Blutgasanalyse

bei pathologischer Spirometrie ^{17, 24-27}
Empfehlungsgrad D; Evidenzgrad 2⁻ (Kapitel 4.8.)

Thorax-Röntgen (p-a. und seitlich)

bei pathologischem pulmonalen Untersuchungsbefund
bei reduzierter Belastbarkeit < 4 MET
bei pathologischer Spirometrie ^{3, 24-25, 28}
Empfehlungsgrad D; Evidenzgrad 2⁻ (Kapitel 4.4.)

Interdisziplinäre Optimierung bei kardiopulmonalem Risiko

Kernaussage 6:

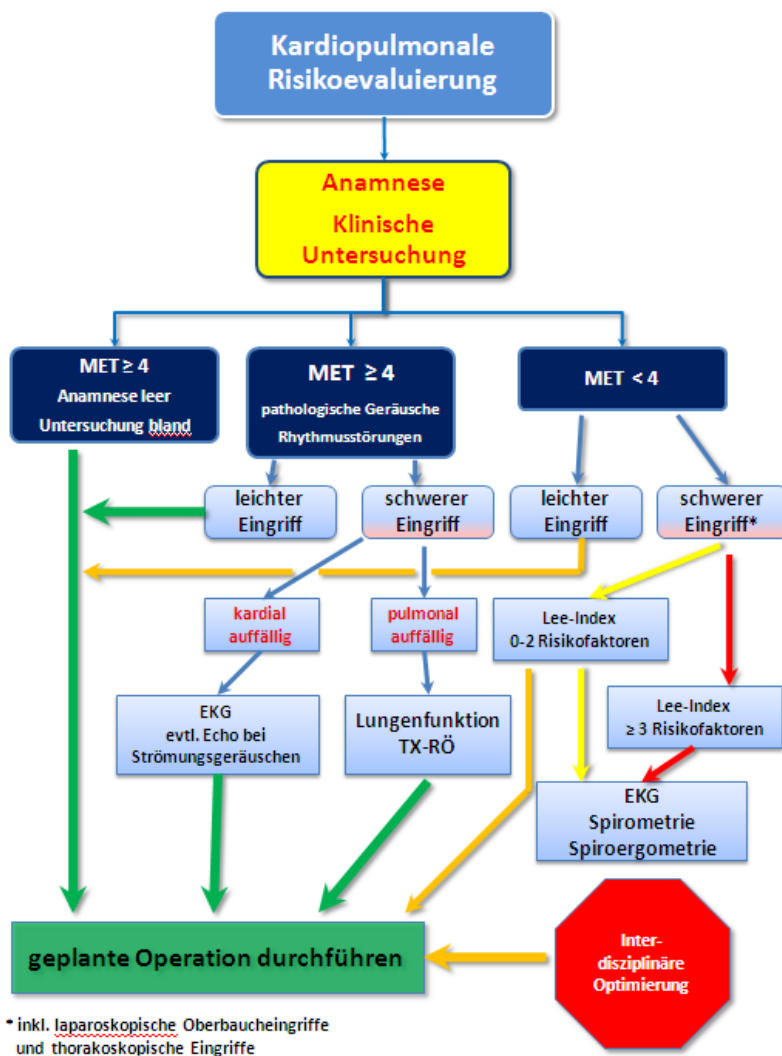
Bei einem pathologischen Befund in der weiterführenden kardiopulmonalen Testung soll präoperativ eine interdisziplinäre Optimierung eingeleitet werden.

Empfehlung D; Expertenmeinung

Die Optimierung des erkannten perioperativen kardiovaskulären oder respiratorischen Risikos kann je nach klinischer Situation über ein internistisches Konsil zur Koronarangiographie oder Spiroergometrie führen und gegebenenfalls zu weiteren therapeutischen Maßnahmen.

Managementhinweis: Je nach Art eines Koronarstenots ist bis zu einem Jahr keine elektive Operation empfohlen. Thrombozytenfunktionshemmer soll lebenslanglich eingenommen werden, daher auch perioperativ.

Abb. 1. Algorithmus der präoperativen kardiopulmonalen Risikoevaluierung



Legende: TX-RÖ = Thoraxröntgen; Lee-Index = Revised Cardiac Risk Index (Erklärung siehe unten); MET = Metabolic Equivalent Threshold (s.o.); Definition „leichter Eingriff“ und „schwerer Eingriff“ (s.o.)

→ = unter individueller Nutzen-Risiko-Abwägung ohne weitere Diagnostik zur Operation

→ = nicht zwingende Diagnostik

→ = zwingende Diagnostik

→ = Patient ohne weitere diagnostische Maßnahme freigegeben

Präoperative labormedizinische Diagnostik

Bei leichten Eingriffen und bei geriatrischen PatientInnen besteht kein Zusammenhang zwischen Laboruntersuchungen und perioperativen Komplikationen (Empfehlungsgrad B). Das perioperative Risiko lässt sich kaum durch Laborwerte erkennen. Nierenfunktionswerte und Natriumbestimmung sind dazu noch am besten geeignet.

Bei Undurchführbarkeit der Anamneseerhebung z.B. bei Sprachbarrieren, Bewusstseinsminderung oder mangelnder Compliance sollte die labormedizinische Diagnostik wie bei PatientInnen mit pathologischer Anamnese durchgeführt werden.

Kernaussage 7:

Die labormedizinische Diagnostik erfolgt entsprechend der Anamnese und der Operationskategorie.

Der „Routinelaborbefund“ oder ein „Screening je nach Patientenalter“ wird zugunsten einer individualisierten Laboranforderung verlassen.

Empfehlungsgrad D; Evidenzgrad 2⁺ (Kapitel 4.2.; 4.5.; 4.6.; 4.9.; 4.11.; 4.12.; 4.13.; 4.14.)

Kataraktoperation: Empfehlungsgrad B; Evidenzgrad 1⁺⁺ (Kapitel 4.2.)

Folgende labormedizinischen Tests können zur präoperativen Risikoevaluierung indiziert sein:

Blutbilduntersuchung (Kapitel 4.5.) (Hb oder Hk, Leukozyten- und Thrombozytenzahl) ^{3 29-39}

bei schweren Eingriffen (insbes. bei hoher Transfusionswahrscheinlichkeit)

bei hämatologischen oder onkologischen Vorerkrankungen

bei Leberzirrhose (nur Thrombozytenzahl)

bei (Verdacht auf) Anämie

Empfehlungsgrad D; Evidenzgrad 2⁻/2⁺ abhängig von Indikation und erwarteter Komplikation

Managementhinweis: Die labormedizinisch erkannte Anämie soll insbesondere vor großen Eingriffen mit erwarteter Transfusionsbedürftigkeit präoperativ korrigiert werden (Patient Blood Management).

Serumelektrolyte (Kapitel 4.12.) ^{3, 29, 31-35, 40-45}

bei schweren Eingriffen

bei (Verdacht auf) Nierendysfunktion, Leberdysfunktion oder Diabetes mellitus

bei Dauermedikation mit ACE-Hemmern, Angiotensin II-Antagonisten, Diuretika (Schleifendiuretika, Spironolaktone), Kortikoiden, Antidepressiva oder Digitalis (nur Kalium)

Empfehlungsgrad D (hoher Anteil an Expertenmeinung); Evidenzgrad 2⁻/2⁺ abhängig von Indikation und erwarteter Komplikation

Serumkreatinin und errechnete Gomeruläre Filtrationsrate (Kapitel 4.9.) ^{3, 15, 19, 29, 31-35, 40, 46-61}

bei schweren Eingriffen

bei anamnestischem Hinweis auf Nierendysfunktion, Leberzirrhose, Diabetes mellitus, sowie erhöhtem kardialen Risiko, eingeschränkter Belastbarkeit < 4 MET oder laufender Chemotherapie/Radiatio

bei Dauermedikation mit ACE-Hemmern, Angiotensin II-Antagonisten, Diuretika, Kortikoiden oder geplanter intraoperativer Kontrastmittelgabe

Empfehlungsgrad D; Evidenzgrad 2⁻/2⁺ abhängig von Indikation und erwarteter Komplikation

Leberfunktionsparameter (GPT, Bilirubin, PTZ oder INR) (Kapitel 4.11.) ^{29, 31, 33-35, 50, 55, 62-67}

bei (Verdacht auf) Leberdysfunktion, bei Operationen an der Leber

Empfehlungsgrad D; Evidenzgrad 2⁻/2⁺ abhängig von Indikation und erwarteter Komplikation

Blutzucker (Kapitel 4.13) ^{3, 32, 55, 68-79}

bei schweren Eingriffen (Gelenkendoprothetik, Wirbelsäulenchirurgie und Gefäßchirurgie)
 bei Dauermedikation mit Kortikoiden (Expertenmeinung)
 bei bekanntem Diabetes mellitus
 Empfehlungsgrad D; Evidenzgrad 2⁻/2⁺ abhängig vom chirurgischen Eingriff

HbA_{1C} (Kapitel 4.14) ^{55, 71, 73, 75, 80-83} und Nüchternblutzucker am Operationstag

bei Diabetes mellitus und gleichzeitig schwerem Eingriff (v.a. Gefäßchirurgie, Gelenkendoprothetik und Kolo-Rektalchirurgie)
 Empfehlungsgrad D; Evidenzgrad 2⁻/2⁺

Schilddrüsenhormone (TSH, FT3, FT4)

bei (Verdacht auf) Schilddrüsendysfunktion
 Empfehlungsgrad D; Expertenmeinung

Blutgruppe und Antikörpersuchtest

bei schweren Eingriffen mit erwartet transfusionsbedürftigem Blutverlust (≥500 ml)
 Unter Berücksichtigung geographischer und logistischer Besonderheiten ist diese Indikation großzügig zu stellen.
 Empfehlungsgrad D; Expertenmeinung

Tab. 2. Zusammenfassung der präoperativ empfohlenen labormedizinischen Tests

		HB oder Htk	Leuco	Thrombo	Na	K	Crea, GFR kalkulatorisch	PTZ; INR	GPT	Bilirubin	BZ	HbA _{1C}	TSH	FT3; FT4
Herz Lunge	MET < 4	+					+							
	Lee-Index ≥ 3; CCS ≥ 3	+					+							
Leber	auffällige Anamnese							+	+	+				
	Zirrhose	+		+	+	+	+	+	+	+				
Niere	auffällige Anamnese	+			+	+	+							
Endokrinum	DM					+	+				+	§		
	Schilddrüsenfehlfunktion klinisch auffällig												+	+
Hämatologie und Onkologie	bekannte hämatologische Erkrankung	+	+	+										
	maligne Tumoren	+	+	+										
	laufende Chemotherapie oder Radiatio	+	+	+			+							
Dauermedikation	ACE-Hemmer, AT II-Antagonisten, Digitalis, Diuretika				+	+	+							
	Antidepressiva				+	+								
	Kortikosteroide				+	+					+			
Eingriffsart	leichter Eingriff*													
	schwerer Eingriff*	+		+	+	+	+				+			

Legende: + erforderlich; § erforderlich wenn gleichzeitig schwerer Eingriff;

Blutgerinnungsanalytik

Kernaussage 8:

Bei unauffälliger Blutungsanamnese und klinischem Untersuchungsbefund ist bei ASA 1-2 PatientInnen keine labormedizinische Blutgerinnungsanalytik erforderlich ^{3, 29, 31, 33-35, 67, 84-91}
Empfehlungsgrad D; Evidenzgrad 2⁻/₂⁺

Das Blutungsrisiko ist durch Laboruntersuchungen alleine nicht vorhersehbar oder vermeidbar. Die Kombination von Blutungsanamnese und individualisierter Laboranalytik steigert die Sensitivität.

Routinegerinnung (aPTT, PTZ, Fibrinogenspiegel, Thrombozytenzahl)

bei pathologischer Blutungsanamnese (mit klinischen Blutungssymptomen)

bei PatientInnen \geq ASA 3 oder Leberdysfunktion

bei speziellen Eingriffen (z.B. an der Retina, intrakranielle/spinale Eingriffe)

bei Undurchführbarkeit der Blutungsanamnese

Empfehlungsgrad D; Evidenzgrad 2⁻

Primäre Hämostasekapazität (z.B. vWF:Ag, vWF:RCo, Thrombozytenfunktionstest)

bei pathologischer Blutungsanamnese (mit klinischen Blutungssymptomen) ^{84, 91}

bei speziellen Eingriffen (z.B. an der Retina, intrakranielle/spinale Eingriffe)

bei Undurchführbarkeit der Blutungsanamnese

Empfehlungsgrad D; Expertenmeinung

Managementhinweis: Vor neuroaxialen Blockaden in der Geburtshilfe ist bei unauffälliger (Blutungs)Anamnese eine weitere Gerinnungsanalytik nicht zwingend erforderlich.

Weitere Gerinnungstests (z.B. INR, anti-Xa Aktivität)

bei auffälliger Medikamentenanamnese durch Einnahme von Antithrombotika mit erheblichem Blutungsrisiko zur Quantifizierung der (Rest-)Wirkung oder bei eingeschränkter Elimination

Empfehlungsgrad D; Expertenmeinung

Interdisziplinäre Optimierung bei Blutungsrisiko

Kernaussage 9:

Bei PatientInnen mit bekannter angeborener/erworbener Gerinnungsstörung und bei einem unklar pathologischen Blutgerinnungsbefund soll präoperativ eine interdisziplinäre Optimierung eingeleitet werden.

Empfehlung D; Expertenmeinung

Diese Optimierung kann je nach klinischer Situation über ein internistisches/hämostaseologisches oder pädiatrisches Konsil zur Einzelfaktoranalyse oder Thrombophilieabklärung führen und gegebenenfalls zu weiteren therapeutischen Maßnahmen.

Managementhinweis:

Blutungen sind zumeist multifaktoriell bedingt. Intra- und postoperativ sind u.a. Medikamenten(neben)wirkungen, chirurgische Technik, Temperatur, pH, Elektrolythomöostase und Blutdruck zu beachten. Bei relevanter Blutung sollten intra- und postoperativ akquirierte Gerinnungsstörungen zeitnahe diagnostiziert und gezielt behandelt werden.

Literaturangaben

1. Fleisher LA, Beckman JA, Brown KA, et al. ACC/AHA 2007 guidelines on perioperative cardiovascular evaluation and care for noncardiac surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery) developed in collaboration with the American Society of Echocardiography, American Society of Nuclear Cardiology, Heart Rhythm Society, Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society for Vascular Medicine and Biology, and Society for Vascular Surgery. *J Am Coll Cardiol* 2007;50:e159-241.
2. Poldermans D, Bax JJ, Boersma E, et al. Guidelines for pre-operative cardiac risk assessment and perioperative cardiac management in non-cardiac surgery. *Eur Heart J* 2009;30:2769-812.
3. NICE Guideline. Preoperative Tests - The use of routine preoperative tests for elective surgery. National Collaborating Centre for Acute Care (UK) 2003.
4. Cavallini GM, Saccarola P, D'Amico R, Gasparin A, Campi L. Impact of preoperative testing on ophthalmologic and systemic outcomes in cataract surgery. *Eur J Ophthalmol* 2004;14:369-74.
5. Lira RP, Nascimento MA, Moreira-Filho DC, Kara-Jose N, Arieta CE. Are routine preoperative medical tests needed with cataract surgery? *Rev Panam Salud Publica* 2001;10:13-7.
6. Schein OD, Katz J, Bass EB, et al. The value of routine preoperative medical testing before cataract surgery. Study of Medical Testing for Cataract Surgery. *N Engl J Med* 2000;342:168-75.
7. Keay L, Lindsley K, Tielsch J, Katz J, Schein O. Routine preoperative medical testing for cataract surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2009:CD007293.
8. Chung F, Yuan H, Yin L, Vairavanathan S, Wong DT. Elimination of preoperative testing in ambulatory surgery. *Anesth Analg* 2009;108:467-75.
9. Lee TH, Marcantonio ER, Mangione CM, et al. Derivation and prospective validation of a simple index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery. *Circulation* 1999;100:1043-9.
10. Agostini P, Cieslik H, Rathinam S, et al. Postoperative pulmonary complications following thoracic surgery: are there any modifiable risk factors? *Thorax* 2010;65:815-8.
11. Amar D, Munoz D, Shi W, Zhang H, Thaler HT. A clinical prediction rule for pulmonary complications after thoracic surgery for primary lung cancer. *Anesth Analg* 2010;110:1343-8.
12. Bernard A, Deschamps C, Allen MS, et al. Pneumonectomy for malignant disease: factors affecting early morbidity and mortality. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2001;121:1076-82.
13. Brunelli A, Al Refai M, Monteverde M, Sabbatini A, Xiume F, Fianchini A. Predictors of early morbidity after major lung resection in patients with and without airflow limitation. *Ann Thorac Surg* 2002;74:999-1003.
14. Cerfolio RJ, Bryant AS. Different diffusing capacity of the lung for carbon monoxide as predictors of respiratory morbidity. *Ann Thorac Surg* 2009;88:405-10; discussion 10-1.
15. Cywinski JB, Xu M, Sessler DI, Mason D, Koch CG. Predictors of prolonged postoperative endotracheal intubation in patients undergoing thoracotomy for lung resection. *J Cardiothorac Vasc Anesth* 2009;23:766-9.

16. Deschamps C, Bernard A, Nichols FC, 3rd, et al. Empyema and bronchopleural fistula after pneumonectomy: factors affecting incidence. *Ann Thorac Surg* 2001;72:243-7; discussion 8.
17. Greillier L, Thomas P, Loundou A, et al. Pulmonary function tests as a predictor of quantitative and qualitative outcomes after thoracic surgery for lung cancer. *Clin Lung Cancer* 2007;8:554-61.
18. Imperatori A, Rovera F, Rotolo N, Nardecchia E, Conti V, Dominioni L. Prospective study of infection risk factors in 988 lung resections. *Surg Infect (Larchmt)* 2006;7 Suppl 2:S57-60.
19. Kozower BD, Sheng S, O'Brien SM, et al. STS database risk models: predictors of mortality and major morbidity for lung cancer resection. *Ann Thorac Surg* 2010;90:875-81; discussion 81-3.
20. Licker MJ, Widikker I, Robert J, et al. Operative mortality and respiratory complications after lung resection for cancer: impact of chronic obstructive pulmonary disease and time trends. *Ann Thorac Surg* 2006;81:1830-7.
21. Win T, Jackson A, Sharples L, et al. Relationship between pulmonary function and lung cancer surgical outcome. *Eur Respir J* 2005;25:594-9.
22. Wright CD, Kucharczuk JC, O'Brien SM, Grab JD, Allen MS. Predictors of major morbidity and mortality after esophagectomy for esophageal cancer: a Society of Thoracic Surgeons General Thoracic Surgery Database risk adjustment model. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2009;137:587-95; discussion 96.
23. Wright CD, Gaissert HA, Grab JD, O'Brien SM, Peterson ED, Allen MS. Predictors of prolonged length of stay after lobectomy for lung cancer: a Society of Thoracic Surgeons General Thoracic Surgery Database risk-adjustment model. *Ann Thorac Surg* 2008;85:1857-65; discussion 65.
24. Kanat F, Golcuk A, Teke T, Golcuk M. Risk factors for postoperative pulmonary complications in upper abdominal surgery. *ANZ J Surg* 2007;77:135-41.
25. McAlister FA, Bertsch K, Man J, Bradley J, Jacka M. Incidence of and risk factors for pulmonary complications after nonthoracic surgery. *Am J Respir Crit Care Med* 2005;171:514-7.
26. Uramoto H, Nakanishi R, Fujino Y, et al. Prediction of pulmonary complications after a lobectomy in patients with non-small cell lung cancer. *Thorax* 2001;56:59-61.
27. Villani F, Busia A. Preoperative evaluation of patients submitted to pneumonectomy for lung carcinoma: role of exercise testing. *Tumori* 2004;90:405-9.
28. Joo HS, Wong J, Naik VN, Savoldelli GL. The value of screening preoperative chest x-rays: a systematic review. *Can J Anaesth* 2005;52:568-74.
29. Wu WC, Schiffner TL, Henderson WG, et al. Preoperative hematocrit levels and postoperative outcomes in older patients undergoing noncardiac surgery. *JAMA* 2007;297:2481-8.
30. Beattie WS, Karkouti K, Wijeyesundera DN, Tait G. Risk associated with preoperative anemia in noncardiac surgery: a single-center cohort study. *Anesthesiology* 2009;110:574-81.
31. Bishop MJ, Souders JE, Peterson CM, Henderson WG, Domino KB. Factors associated with unanticipated day of surgery deaths in Department of Veterans Affairs hospitals. *Anesth Analg* 2008;107:1924-35.
32. Dzankic S, Pastor D, Gonzalez C, Leung JM. The prevalence and predictive value of abnormal preoperative laboratory tests in elderly surgical patients. *Anesth Analg* 2001;93:301-8, 2nd contents page.
33. Johnson RG, Arozullah AM, Neumayer L, Henderson WG, Hosokawa P, Khuri SF. Multivariable predictors of postoperative respiratory failure after general and vascular

- surgery: results from the patient safety in surgery study. *J Am Coll Surg* 2007;204:1188-98.
34. Neumayer L, Hosokawa P, Itani K, El-Tamer M, Henderson WG, Khuri SF. Multivariable predictors of postoperative surgical site infection after general and vascular surgery: results from the patient safety in surgery study. *J Am Coll Surg* 2007;204:1178-87.
 35. Rogers SO, Jr., Kilaru RK, Hosokawa P, Henderson WG, Zinner MJ, Khuri SF. Multivariable predictors of postoperative venous thromboembolic events after general and vascular surgery: results from the patient safety in surgery study. *J Am Coll Surg* 2007;204:1211-21.
 36. Sangrasi AK, Leghari AA, Memon A, Talpur AK, Qureshi GA, Memon JM. Surgical site infection rate and associated risk factors in elective general surgery at a public sector medical university in Pakistan. *Int Wound J* 2008;5:74-8.
 37. van Klei WA, Moons KG, Leyssius AT, Knape JT, Rutten CL, Grobbee DE. A reduction in type and screen: preoperative prediction of RBC transfusions in surgery procedures with intermediate transfusion risks. *Br J Anaesth* 2001;87:250-7.
 38. van Klei WA, Leyssius AT, Grobbee DE, Moons KG. Identifying patients for blood conservation strategies. *Br J Surg* 2002;89:1176-82.
 39. Wu WC, Smith TS, Henderson WG, et al. Operative blood loss, blood transfusion, and 30-day mortality in older patients after major noncardiac surgery. *Ann Surg* 2010;252:11-7.
 40. Burris JM, Subramanian A, Sansgiry S, Palacio CH, Bakaeen FG, Awad SS. Perioperative atrial arrhythmias in noncardiothoracic patients: a review of risk factors and treatment strategies in the veteran population. *Am J Surg* 2010;200:601-5.
 41. Hahm TS, Lee JJ, Yang MK, Kim JA. Risk factors for an intraoperative arrhythmia during esophagectomy. *Yonsei Med J* 2007;48:474-9.
 42. Johnson RK, Mortimer AJ. Routine pre-operative blood testing: is it necessary? *Anaesthesia* 2002;57:914-7.
 43. Mantha S, Roizen MF, Madduri J, Rajender Y, Shanti Naidu K, Gayatri K. Usefulness of routine preoperative testing: a prospective single-observer study. *J Clin Anesth* 2005;17:51-7.
 44. Mantilla CB, Wass CT, Goodrich KA, et al. Risk for perioperative myocardial infarction and mortality in patients undergoing hip or knee arthroplasty: the role of anemia. *Transfusion* 2011;51:82-91.
 45. Poulsen M, Trezza M, Atimash GH, et al. Risk factors for morbidity and mortality following gastroenterostomy. *J Gastrointest Surg* 2009;13:1238-44.
 46. Armstrong T, Welsh FK, Wells J, Chandrakumaran K, John TG, Rees M. The impact of pre-operative serum creatinine on short-term outcomes after liver resection. *HPB (Oxford)* 2009;11:622-8.
 47. Biccard BM, Pooran RR. Validation of a model to predict all-cause in-hospital mortality in vascular surgical patients. *Cardiovasc J Afr* 2008;19:303-8.
 48. Black SA, Brooks MJ, Naidoo MN, Wolfe JH. Assessing the impact of renal impairment on outcome after arterial intervention: a prospective review of 1,559 patients. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2006;32:300-4.
 49. Dehne MG, Junger A, Hartmann B, et al. Serum creatinine and perioperative outcome--a matched-pairs approach using computerised anaesthesia records. *Eur J Anaesthesiol* 2005;22:89-95.
 50. Gonzalez R, Bowers SP, Venkatesh KR, Lin E, Smith CD. Preoperative factors predictive of complicated postoperative management after Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity. *Surg Endosc* 2003;17:1900-4.

51. Huynh TT, van Eps RG, Miller CC, 3rd, et al. Glomerular filtration rate is superior to serum creatinine for prediction of mortality after thoracoabdominal aortic surgery. *J Vasc Surg* 2005;42:206-12.
52. Iwasaki Y, Sawada T, Kijima H, et al. Estimated glomerular filtration rate is superior to measured creatinine clearance for predicting postoperative renal dysfunction in patients undergoing pancreatoduodenectomy. *Pancreas* 2010;39:20-5.
53. Jafari SM, Huang R, Joshi A, Parvizi J, Hozack WJ. Renal impairment following total joint arthroplasty: who is at risk? *J Arthroplasty* 2010;25:49-53, e1-2.
54. Kertai MD, Boersma E, Bax JJ, et al. Comparison between serum creatinine and creatinine clearance for the prediction of postoperative mortality in patients undergoing major vascular surgery. *Clin Nephrol* 2003;59:17-23.
55. King JT, Jr., Goulet JL, Perkal MF, Rosenthal RA. Glycemic control and infections in patients with diabetes undergoing noncardiac surgery. *Ann Surg* 2011;253:158-65.
56. van Lammeren GW, Moll FL, Blankestijn PJ, et al. Decreased kidney function: an unrecognized and often untreated risk factor for secondary cardiovascular events after carotid surgery. *Stroke* 2011;42:307-12.
57. Lorenzo CS, Limm WM, Lurie F, Wong LL. Factors affecting outcome in liver resection. *HPB (Oxford)* 2005;7:226-30.
58. O'Brien MM, Gonzales R, Shroyer AL, et al. Modest serum creatinine elevation affects adverse outcome after general surgery. *Kidney Int* 2002;62:585-92.
59. Reed AB, Gaccione P, Belkin M, et al. Preoperative risk factors for carotid endarterectomy: defining the patient at high risk. *J Vasc Surg* 2003;37:1191-9.
60. Scott JD, Forrest A, Feuerstein S, Fitzpatrick P, Schentag JJ. Factors associated with postoperative infection. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2001;22:347-51.
61. Walsh SR, Tang T, Sadat U, Varty K, Boyle JR, Gaunt ME. Preoperative glomerular filtration rate and outcome following open abdominal aortic aneurysm repair. *Vasc Endovascular Surg* 2007;41:225-9.
62. Hughes C, Hurtuk MG, Rychlik K, Shoup M, Aranha GV. Preoperative liver function tests and hemoglobin will predict complications following pancreaticoduodenectomy. *J Gastrointest Surg* 2008;12:1822-7; discussion 7-9.
63. Kama NA, Doganay M, Dolapci M, Reis E, Atli M, Kologlu M. Risk factors resulting in conversion of laparoscopic cholecystectomy to open surgery. *Surg Endosc* 2001;15:965-8.
64. Lipman JM, Claridge JA, Haridas M, et al. Preoperative findings predict conversion from laparoscopic to open cholecystectomy. *Surgery* 2007;142:556-63; discussion 63-5.
65. Pulitano C, Arru M, Bellio L, Rossini S, Ferla G, Aldrighetti L. A risk score for predicting perioperative blood transfusion in liver surgery. *Br J Surg* 2007;94:860-5.
66. Robinson TN, Biffl WL, Moore EE, Heimbach JK, Calkins CM, Burch J. Routine preoperative laboratory analyses are unnecessary before elective laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 2003;17:438-41.
67. Taketomi A, Kitagawa D, Itoh S, et al. Trends in morbidity and mortality after hepatic resection for hepatocellular carcinoma: an institute's experience with 625 patients. *J Am Coll Surg* 2007;204:580-7.
68. Olsen MA, Nepple JJ, Riew KD, et al. Risk factors for surgical site infection following orthopaedic spinal operations. *J Bone Joint Surg Am* 2008;90:62-9.
69. Noordzij PG, Boersma E, Schreiner F, et al. Increased preoperative glucose levels are associated with perioperative mortality in patients undergoing noncardiac, nonvascular surgery. *Eur J Endocrinol* 2007;156:137-42.
70. Ata A, Lee J, Bestle SL, Desemone J, Stain SC. Postoperative hyperglycemia and surgical site infection in general surgery patients. *Arch Surg* 2010;145:858-64.

71. Feringa HH, Vidakovic R, Karagiannis SE, et al. Impaired glucose regulation, elevated glycosylated haemoglobin and cardiac ischaemic events in vascular surgery patients. *Diabet Med* 2008;25:314-9.
72. Frisch A, Chandra P, Smiley D, et al. Prevalence and clinical outcome of hyperglycemia in the perioperative period in noncardiac surgery. *Diabetes Care* 2010;33:1783-8.
73. Jansen E, Nevalainen P, Kalliovalkama J, Moilanen T. Preoperative hyperglycemia predicts infected total knee replacement. *Eur J Intern Med* 2010;21:196-201.
74. McGirt MJ, Woodworth GF, Brooke BS, et al. Hyperglycemia independently increases the risk of perioperative stroke, myocardial infarction, and death after carotid endarterectomy. *Neurosurgery* 2006;58:1066-73; discussion -73.
75. Moitra VK, Greenberg J, Arunajadai S, Sweitzer B. The relationship between glycosylated hemoglobin and perioperative glucose control in patients with diabetes. *Can J Anaesth* 2010;57:322-9.
76. Mraovic B, Hipszer BR, Epstein RH, Pequignot EC, Parvizi J, Joseph JJ. Preadmission hyperglycemia is an independent risk factor for in-hospital symptomatic pulmonary embolism after major orthopedic surgery. *J Arthroplasty* 2010;25:64-70.
77. Oh YS, Kim DW, Chun HJ, Yi HJ. Incidence and risk factors of acute postoperative delirium in geriatric neurosurgical patients. *J Korean Neurosurg Soc* 2008;43:143-8.
78. Ramos M, Khalpey Z, Lipsitz S, et al. Relationship of perioperative hyperglycemia and postoperative infections in patients who undergo general and vascular surgery. *Ann Surg* 2008;248:585-91.
79. Segurado AV, Pedro FS, Gozzani JL, Mathias LA. [Association between fasting blood glucose levels and perioperative morbimortality: retrospective study in surgical elderly patients.]. *Rev Bras Anesthesiol* 2007;57:639-48.
80. Dronge AS, Perkal MF, Kancir S, Concato J, Aslan M, Rosenthal RA. Long-term glycemic control and postoperative infectious complications. *Arch Surg* 2006;141:375-80; discussion 80.
81. Acott AA, Theus SA, Kim LT. Long-term glucose control and risk of perioperative complications. *Am J Surg* 2009;198:596-9.
82. Gustafsson UO, Thorell A, Soop M, Ljungqvist O, Nygren J. Haemoglobin A1c as a predictor of postoperative hyperglycaemia and complications after major colorectal surgery. *Br J Surg* 2009;96:1358-64.
83. O'Sullivan CJ, Hynes N, Mahendran B, et al. Haemoglobin A1c (HbA1C) in non-diabetic and diabetic vascular patients. Is HbA1C an independent risk factor and predictor of adverse outcome? *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2006;32:188-97.
84. Koscielny J, von Tempelhoff GF, Ziemer S, et al. A practical concept for preoperative management of patients with impaired primary hemostasis. *Clin Appl Thromb Hemost* 2004;10:155-66.
85. Beiderlinden M, Eikermann M, Lehmann N, Adamzik M, Peters J. Risk factors associated with bleeding during and after percutaneous dilational tracheostomy. *Anaesthesia* 2007;62:342-6.
86. Joseph JE, Low J, Courtenay B, Neil MJ, McGrath M, Ma D. A single-centre prospective study of clinical and haemostatic risk factors for venous thromboembolism following lower limb arthroplasty. *Br J Haematol* 2005;129:87-92.
87. Kaneko K, Shirai Y, Wakai T, Yokoyama N, Akazawa K, Hatakeyama K. Low preoperative platelet counts predict a high mortality after partial hepatectomy in patients with hepatocellular carcinoma. *World J Gastroenterol* 2005;11:5888-92.
88. Kocher HM, Tekkis PP, Gopal P, Patel AG, Cottam S, Benjamin IS. Risk-adjustment in hepatobiliary pancreatic surgery. *World J Gastroenterol* 2005;11:2450-5.

89. Ohta M, Nishizaki T, Matsumoto T, et al. Analysis of risk factors for massive intraoperative bleeding during laparoscopic splenectomy. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2005;12:433-7.
90. Schwarz RE, Keny H. Preoperative platelet count predicts survival after resection of periampullary adenocarcinoma. *Hepatogastroenterology* 2001;48:1493-8.
91. Koscielny J, Ziemer S, Radtke H, et al. A practical concept for preoperative identification of patients with impaired primary hemostasis. *Clin Appl Thromb Hemost* 2004;10:195-204.

Anhang 3

Anhang 3: Medizinische Quelleitlinie: ÖGARI-Leitlinie

Österreichische Quelleitlinie zur präoperativen Patientenevaluierung

1. Hintergrund der Leitlinienerstellung

Die Erstfassung der Leitlinie der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) wurde 2008 durch die Mitglieder der ÖGARI-Arbeitsgruppe *Präoperatives Patientenmanagement* erstellt und als Expertenempfehlung auf der Homepage der ÖGARI veröffentlicht. Das primäre Ziel war die Standardisierung und Harmonisierung der präoperativen Patientenabklärung an Österreichischen Anästhesieabteilung und den affilierten extramuralen Institutionen. Die ÖGARI-Empfehlung wurde in einer Pilotstudie im Bundesland Salzburg erfolgreich getestet (Report Reformpoolprojekt, Sönnichsen et al. 2010). Weitere Anwendungstests folgten in anderen Bundesländern.

Ende 2010 wurde die ÖGARI-Empfehlung von der Bundesgesundheitskommission als medizinische Quelleitlinie der Bundesqualitätsleitlinie (BQLL) für die präoperative Diagnostik definiert. Die ursprüngliche ÖGARI-Empfehlung wurde daher Anfang 2011 durch einen umfassenden und systematischen Review von Sönnichsen et al. ergänzt („*Evidenz für die Effektivität präoperativer Untersuchungen hinsichtlich der Vorhersage und Verhinderung peri- und postoperativer Komplikationen - ein systematischer Review*“).

Suchstrategie des systematischen Reviews zur Identifizierung der Evidenz:

Als Fragestellung für den systematischen Review wurden zunächst mehrere Forschungsfragen im PICOS-Format (**P**opulation, **I**ntervention, **C**ontrol, **O**utcome, **S**tudy Design) formuliert. Die Ausgangsfrage lautet: Haben erwachsene Patienten, die sich einem elektiven chirurgischen, nicht herzchirurgischen Eingriff unterziehen (P) durch die Durchführung eines bestimmten präoperativen Tests (I) im Vergleich zu Patienten, bei denen der Test nicht durchgeführt wird (C) ein günstigeres peri- und postoperatives Outcome (O) im (randomisiert) kontrollierten Vergleich (S).

Für „bestimmter präoperativer Test“ wurden folgende Untersuchungen eingesetzt: Spirometrie, Thorax-Röntgenaufnahme, Blutgase, Hämoglobin, Hämatokrit, Leukozytenzahl, C-reaktives Protein, Gerinnungstests (aktivierte partielle Thromboplastinzeit [aPTT], Prothrombinzeit [PT], Thrombozytenzahl), Nierenfunktionsparameter (Kreatinin, Harnstoff, glomeruläre Filtrationsrate [GFR]), Urinanalyse, Leberfunktionstests (AST [GOT], ALT [GPT], AP, Gesamtbilirubin), Elektrolyte (Na⁺, K⁺), Blutzucker, HbA1c, Schwangerschaftstest.

Auf eine Recherche zu den kardiovaskulären Untersuchungen (EKG, Ergometrie) wurde in Anbetracht der, auf einem aktuellen systematischen Review aufbauenden, Leitlinie der internationalen interdisziplinären Gesellschaften der AHA/ACC und der ESC¹⁻² verzichtet.

Im systematischen Review von Sönnichsen et al. wurde unter Anwendung der PICOS-Kriterien ein hochsensitiver Suchterminus entwickelt. Nachdem keine kontrollierten Studien zur Fragestellung identifiziert werden konnten, wurde die Suche auf analytische Beobachtungsstudien und Fallserien erweitert. Durchsucht wurden Medline via Ovid, Embase, Cochrane Central Register of Controlled Trials und NHS-CRD-HTA (INAHTA) sowie die Literaturverzeichnisse der aufgefundenen Studien (Handsuche).

Die erfassten Titel und Abstracts wurden von zwei unabhängigen Wissenschaftlern durchgesehen, um eligible Studien zu identifizieren. Alle auf diese Weise ausgewählten Studien wurden wiederum von zwei unabhängigen Wissenschaftlern im Volltext analysiert, auf Ein- und Ausschlusskriterien geprüft und thematisch zugeordnet. Abschließend erfolgte die Extraktion der relevanten Daten, die wiederum von zwei unabhängigen Wissenschaftlern durchgeführt wurde. Differenzen wurden jeweils durch Diskussion und Konsens oder die Einbindung eines dritten Wissenschaftlers gelöst. Folgende Daten wurden in die Extraktionstabellen übernommen: allgemeine Studienmerkmale (Fallzahl, Design, Setting, Population, Alter, Geschlecht, Schweregrad der Operationen, kardiovaskuläres Operationsrisiko, ASA-Status), klinisch relevante Endpunkte (Managementänderungen, Mortalität, Morbidität und Komplikationen), Definitionen pathologischer Testergebnisse, Definitionen der Endpunkte, Daten zur diagnostisch-prognostischen Accuracy). In die zusammenfassende Evidenzbewertung für die einzelnen Untersuchungen wurden auch die Ergebnisse des NICE-Reviews (National Institute for health and Clinical Excellence) und ggf. weiterer vorhandener systematischer Reviews aufgenommen.

Nach elektronischer Subtraktion von Duplikaten lagen aus der Datenbanksuche insgesamt 25154 bibliographische Zitate vor. Nach der Vorselektion durch zwei unabhängige Reviewer aufgrund von Titeln und Abstracts und nach zusätzlicher Handsuche in den Literaturverzeichnissen bereits ausgewählter Arbeiten wurden insgesamt 447 Arbeiten für die engere Literaturauswahl in Form von Volltexten beschafft. Nach eingehender Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien wurden schließlich 141 Studien in die systematische Übersichtsarbeit aufgenommen, davon 138 Originalstudien und drei systematische Reviews. 306 Studien wurden ausgeschlossen. Von diesen waren 69 Studien Duplikate. Die identifizierten und inkludierten Studien

aufgegliedert nach den präoperativen Untersuchungen sind in Tab. 4.1.8 im Originalpapier dargestellt. Die Summe der in dieser Tabelle angegebenen Studien liegt über 141, weil manche Studien mehrere Tests untersuchen und die betreffende Studie daher mehrmals gezählt wird.

Verknüpfung der systematisch erfassten Evidenz mit der Quelleitlinie:

Die Verknüpfung zwischen der ÖGARI-Empfehlung und der systematisch erfassten Evidenz erfolgte durch das Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin der Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg. Evidenz- und Empfehlungsgrade wurden in Anlehnung an die Formalerfordernisse für Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Anästhesiologie nach der SIGN-Klassifikation formuliert (Scottish Intercollegiate Guideline Network). Da es für die Thematik der präoperativen Evaluierung überwiegend Kohortenstudien, aber keine randomisierten klinischen Studien gibt, konnten keine Grad A Empfehlungen formuliert werden. Grad D Empfehlungen nach SIGN unterscheiden nicht zwischen wissenschaftlicher Evidenz aus Kohortenstudien (Evidenzgrade 2⁺, 2⁻) und Expertenmeinung (Evidenzgrad 4). Im Falle von Evidenzgrad 4 wurde der Empfehlungsgrad D in der interdisziplinären Diskussion innerhalb der Konsensusgruppe festgelegt.

Die interdisziplinäre Konsensusgruppe setzte sich aus den Vorsitzenden bzw. deren Vertretern der mit der Thematik betroffenen Fachgesellschaften zusammen (Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Chirurgie, Innere Medizin, Labormedizin, Radiologie). Inhaltliche Zustimmung zur ursprünglichen ÖGARI-Empfehlung wurden von sämtlichen Mitgliedern bereits bei Konstituierung Anfang 2011 ausgesprochen; die vorliegende evidenzbasierte interdisziplinäre Österreichische Quelleitlinie zur präoperativen Patientenevaluierung wurde im Mai 2011 konsensuell im nominalen Gruppenprozess verabschiedet. Alljährlich ist ein Update der Quelleitlinie zur Einbringung der aktuellen Evidenz vorgesehen.

Vor Inkrafttreten der BQLL wird diese einem öffentlichen Begutachtungsverfahren unterzogen, wo gegebenenfalls Unklarheiten oder fehlende Bereiche von externen ExpertInnen identifiziert werden, wodurch die Anwendbarkeit der BQLL verbessert werden kann. Die Gruppe der GutachterInnen wird auch insbesondere VertreterInnen der Österreichischen Ärztekammer einschließen, welche nicht an der Erstellung der medizinischen Quelleitlinie beteiligt waren.

Mitglieder der Konsensusgruppe (alphabetisch)

Dr. Lothar Fiedler, Österreichische Gesellschaft für Innere Medizin
Dr. Gerhard Fritsch, ÖGARI Arbeitsgruppe Präoperative Evaluierung
Doz. Dr. Alexander Haushofer, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin und klinische Chemie
Doz. Dr. Sibylle Kozek-Langenecker MBA, Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin
Prof. Dr. Peter Kraft MBA, ÖGARI Arbeitskreis Bundesleitlinie
Dr. Josef Lohninger, Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
Dr. Georg Mustafa, Österreichische Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin und klinische Chemie
Prof. Dr. Ernst Pilger, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Innere Medizin
Prof. Dr. Rudolf Roka, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie
Prof. Dr. Andreas Sönnichsen, Vorstand des Instituts für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin, Paracelsus Medizinische Privatuniversität
Prof. Dr. Dimitar Tscholakoff, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Radiologie

Interessenskonflikte:

Kein Mitglied der Konsensusgruppe meldete Interessenskonflikte bei der Erstellung der Österreichischen Quelleitlinie.

Mitglieder der ÖGARI-Arbeitsgruppe *Präoperatives Patientenmanagement* (alphabetisch)

Dr. Gerhard Fritsch
Prim. Univ. Doz. Dr. Reinhard Germann
Dr. Bernadette Gschiel
Dr. Bianca Hagara
Dr. Martina Heschl
Dr. Curt Hesse
Dr. Karl Holaubeck
Dr. Brigitte Horvath
Doz. Dr. Sibylle Kozek-Langenecker MBA
Univ. Prof. Dr. Werner Lingnau
Univ. Prof. Dr. Gerhard Prause
Dr. Georg Röder
Prim. Dr. Michaela Seyr
Prim. Dr. Franz Spiegl
Prim. Dr. Claus-Michael Stock
Dr. Stefanie Zuschmann
PD Dr. Matthias Bock

2. Ziele, Nutzen und Risiken der Österreichischen Quelleitlinie zur präoperativen Patientenevaluierung

Das allgemeine Ziel der interdisziplinären Österreichischen Quelleitlinie zur präoperativen Patientenevaluierung ist die Optimierung der Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten vor geplanten Operationen. Insbesondere sollen durch diese Quelleitlinie die Prozess- und Ergebnisqualität der präoperativen Diagnostik und die Risikostratifizierung verbessert werden u.a. durch eine Anamnese-basierte und auf Funktionalität orientierte Evaluierung.

Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten werden durch die vorliegende Österreichische Quelleitlinie berücksichtigt, da der präoperative Diagnostik- und Behandlungspfad vereinfacht wird. Patientinnen und Patienten wurden in die Entwicklung der medizinischen Quelleitlinie aber nicht einbezogen. Vor Inkrafttreten der BQLL können Ansichten und Präferenzen in einer öffentlichen Diskussion eingebracht werden. Die ÖGARI plant weiters die Formulierung einer speziell für PatientInnen ausformulierten Fassung der Quelleitlinie.

Bei Leitlinienrealisierung entsteht gesundheitlicher Nutzen z.B. durch die Vermeidung unnötiger Befundung und die Risikoreduktion durch Erkennung und präoperative Minimierung Eingriffs-relevanter Risiken. Die Leitlinienrealisierung lässt darüber hinaus eine Ökonomisierung der präoperativen Evaluierung erwarten. Nachteile der Quelleitlinierealisierung sind etwa das Nichterkennen von (bislang asymptomatischen) Pathologien, welche das Eingriffs-relevante Risiko steigern könnten. Im abwägenden Vergleich ist aber festzustellen, dass die Falsch-Negativ-Rate bei der früher praktizierten präoperativen Screeningbefundung noch höher einzustufen ist. Zur allgemeinen Vorsorgeuntersuchung unabhängig von der anstehenden Operation sollten alle Gesundheitsdienstanbieter die PatientInnen motivieren.

3. Die medizinische Quelleitlinie

Die aktuelle Version der medizinischen Quelleitlinie ist online unter www.oegari.at zu finden.

Die Kapitelangaben in den Kernaussagen dieser medizinischen Quelleitlinie beziehen sich auf den systematischen Review von Soennichsen et al..

Eingriffskategorisierung

Eine Einteilung chirurgischer Eingriffe nach ihrem Schweregrad ist im Hinblick auf zu erwartende Komplikationen und die präoperative Risikostratifizierung essentiell. Existierende Einteilungen aus der ESC bzw. ACC/AHA Guideline für kardiovaskuläre Evaluierung¹⁻² und der NICE Guideline³ für präoperative Patientenvaluierung sind entweder nur auf das kardiovaskuläre Risiko gerichtet oder komplex in ihrer Anwendung. Aus diesem Grunde hat sich die Arbeitsgruppe für Präoperative Evaluierung der ÖGARI auf eine zweigeteilte Eingriffsdefinition geeinigt, die einfacher und universeller anwendbar ist. Diese Einteilung beruht prinzipiell auf einer Kategorisierung, die erstmals in etwas abgeänderter Form in einem Arbeitspapier des ÖBIG 2002 aufgeschienen ist.

Kernaussage 1:
 Je nach Auswirkung auf physiologische und/oder pathophysiologische Parameter werden leichte und schwere Eingriffsarten definiert.
 Empfehlungsgrad D; Expertenmeinung

Tab. 1. Kategorisierung der operativen Eingriffe

	Leicht (Erfüllung aller genannten Kriterien)	Schwer (bei Erfüllung eines der genannten Kriterien)
Dauer	< 2 Stunden	≥ 2 Stunden
Blutverlust	< 500ml	≥ 500ml
Anatomische Region	Keine Körperhöhleneingriffe, Diagnostische endoskopische Eingriffe incl. laparoskopischer Cholezystektomie, laparoskopischer Hernienreparioperation und thorakoskopischen Eingriffen ohne Resektionen	Eingriffe an Thorax oder Abdomen incl. laparoskopischer Darmchirurgie (Resektion und Anastomose) und thorakoskopischer Lobektomie
Pathophysiologische Interaktionen		Hämodynamische, respiratorische Beeinflussung; große Flüssigkeitsshifts

Die Kategorisierung erfolgt durch den chirurgisch tätigen Facharzt/die chirurgisch tätige Fachärztin.

Anamnese und klinische Untersuchung

Kernaussage 2:

Die standardisierte Erhebung der Anamnese und die klinische Untersuchung sind die einzig notwendigen Basisbestandteile der präoperativen Diagnostik ⁴⁻⁸ (Kapitel 4.2.).
Empfehlungsgrad B; Evidenzgrad 1⁺

Die Erhebung erfolgt nach dem Anamnese - Fragebogen der ÖGARI Arbeitsgruppe „Präoperative Evaluierung“ Version 1.1 (online auf <http://www.oegari.at/arbeitsgruppe.asp?id=205>).

Die klinische Untersuchung soll beinhalten:

- Gewicht, Größe, Errechnung des BMI
- Blutdruck und Puls (Frequenz und Rhythmik)
- Auskultation von Lunge und Herz
- Pupillen (Größe, Licht-Reaktion, getrennt und im Seitenvergleich)
- bei Verdacht auf neurologische Vorerkrankung: orientierende neurologische Untersuchung
- allgemeine klinische Inspektion

Ergänzung der klinischen Untersuchung durch den Anästhesisten/die Anästhesistin bei der Operationsfreigabe:

- Atemweg: Mallampati-Score, thyreomentaler Abstand, Unterkiefer-Protrusionstest
- orientierende Erhebung des Zahnstatus
- Inspektion der entsprechenden anatomischen Region zur Vorbereitung von Regionalanästhesien und Gefäßzugängen

Weiterführende Diagnostik

Kernaussage 3:

Bei unauffälligem Ergebnis von Anamnese und klinischer Untersuchung und leichten Eingriffen sind keine weiterführenden präoperativen Tests notwendig^{1-4, 6-8}.
Empfehlungsgrad B; Evidenzgrad 1⁺ (Kapitel 4.2.)

Kernaussage 4:

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.
Empfehlungsgrad D; Expertenmeinung

Kardiovaskuläre Evaluierung

Der Erhebung der Belastbarkeit kommt ein höherer Stellenwert in der Risikoevaluierung zu, als z.B. ischämischen Veränderungen der Repolarisationsphase im Ruhe-EKG. Entsprechende Angaben aus dem Anamnese-Fragebogen zur funktionellen Leistungsfähigkeit werden - umgewandelt in MET- für die weitere präoperative Abklärung genutzt.

Tab. 2. Anamnestische Belastbarkeit und Scoring

Anamnestische Belastbarkeit	MET
Keine Belastung möglich Ruhe-, Sprechdyspnoe	1
Bewegen nur in der Ebene (100-150 m ohne Pause), geringfügige Tätigkeiten im Haushalt rasch Belastungsdyspnoe	2-3
Gehen mit normaler Geschwindigkeit, kurze Laufstrecke, 2 Stockwerke ohne Pause und ohne limitierender Dyspnoe	4-5
sportliche Aktivitäten (Golf, Kegeln, Tanzen)	6-10
Ausdauer-, Leistungssport	>10

MET = Metabolic Equivalent Threshold. 1 MET = Verbrauch von 3,5ml O₂/kg Körpergewicht/min bei Männern; Verbrauch von 3,15ml O₂/kg Körpergewicht/min bei Frauen = Ruheumsatz.

Kernaussage 5:

Die kardiopulmonale Belastbarkeit stellt den wesentlichsten Faktor zur Abschätzung des perioperativen Risikos dar. Im Regelfall genügt eine exakte Patientenbefragung¹⁻².
Empfehlungsgrad D

Die weiterführende Diagnostik erfolgt entsprechend internationaler Empfehlung entsprechend der Anamnese und klinischen Symptomatik¹⁻².
Empfehlungsgrad D

Empfehlungen zur weiteren Abklärung leiten sich von internationalen Empfehlungen ab¹⁻² und werden daher nicht mit Evidenzgraden versehen.

Weiterführende Diagnostik zur präoperativen Abklärung bei pathologischer kardialer Anamnese:

- stabiler Brustschmerz, Angina pectoris und hohes operatives Risiko
- instabile Angina pectoris
- Atemnot unbekannter Ursache

- Akute Herzinsuffizienz
- Schwere hämodynamisch wirksame Vitien
 - Aortenstenose, Mitralklappenstenose (siehe unten)
- Myokardinfarkt in der Anamnese (falls MET \geq 4 nur Ruhe-EKG)
- Zustand nach Revaskularisierung (falls MET \geq 4 nur Ruhe-EKG)
- Schwere kardiale Arrhythmien:
 - AV-Block II (Mobitz II)
 - AV-Block III
 - Symptomatische ventrikuläre Arrhythmien
 - Supraventrikuläre Arrhythmien (inkl. Vorhofflimmern) bei einer Ruhe-Herzfrequenz $>$ 100/min
 - Symptomatische Bradycardie

Folgende weitere präoperative Tests können zur Risikoevaluierung indiziert sein:

12-Kanal-Ruhe-EKG

bei pathologischer kardialer Anamnese, insbesondere vor großen Eingriffen ¹⁻²
Empfehlungsgrad D

Thorax-Röntgen (TX-RÖ, p-a. und seitlich)

bei pathologischem klinischen Untersuchungsbefund, reduzierter Belastbarkeit $<$ 4 MET ¹⁻²
Empfehlungsgrad D

Belastungs-EKG, Spiroergometrie

bei hohem spezifischen Risiko der geplanten Operation und reduzierter Belastbarkeit
 $<$ 4 MET ¹⁻²

Empfehlungsgrad D

Bei nicht möglicher Fahrrad-Ergometrie: Armkurbelergometrie, pharmakologische Belastung, Stress-Echokardiografie oder Myokard-Szintigrafie erwägen ¹⁻².

Echokardiografie

bei anamnestisch oder klinischem Hinweis auf akute Herzinsuffizienz oder Herzklappenfehler
Ziel: Quantifizierung der Klappen(dys)funktion und des Druckgradienten ¹⁻²

Empfehlungsgrad D

Kardiovaskuläre Risikofaktoren und Managementhinweise:

Die Aortenklappenstenose ist ein unabhängiger Risikofaktor für perioperative Komplikationen. Es besteht ein relatives Risiko (RR) von 5.2 bei Druckgradienten von 25-50 mmHg und ein RR von 6.8 für Gradienten $>$ 50 mmHg.

Bei anderen Klappenfehlern und prothetischem Mitralklappenersatz ist das Ausmaß der Herzinsuffizienz prädiktiv. Zu starke Entwässerung soll vermieden werden, ein perioperativer Therapiebeginn mit Beta-Blockern ist keine akute Option, Endokarditisprophylaxe ist erforderlich.

Arterielle Hypertonie ist erst bei Blutdruckwerten $>$ 180/ $>$ 110 mmHg ein unabhängiger Risikofaktor.

Pulmonale Hypertonie: Antibiotikaprophylaxe.

Bei hypertropher Kardiomyopathie besteht die Gefahr der perioperativen Exazerbation der dynamischen Ausstromobstruktion. Vorsicht bei Volumenersatz und alpha-adrenergen Substanzen.

Kardiale Rhythmusstörungen tragen kein unabhängiges Risiko - eine zugrunde liegende koronare Herzkrankheit und Herzinsuffizienz sind die relevanten Risikofaktoren.

Revised Cardiac Risk Index (RCRI)⁹

Risikofaktoren:

- Hochrisikochirurgie (lt Definition ACC/AHA-Guideline¹) (inklusive Notfalloperationen)
- Koronare Herzkrankheit in der Anamnese
- Herzinsuffizienz in der Anamnese
- Zerebrovaskuläre Erkrankung in der Anamnese
- Insulinpflichtiger Diabetes in der Anamnese
- Serumkreatinin > 2mg/dl

Risikoklasse	Anzahl der Risikofaktoren	Kardiales Risiko
Class I	0	0,4%
Class II	1	0,9%
Class III	2	6,6%
Class IV	3 und mehr	11%

Pulmonale Evaluierung

Respiratorische Probleme spielen intraoperativ eine untergeordnete Rolle, während sie postoperativ zu den häufigsten Komplikationen gehören.

Weiterführende Diagnostik zur präoperativen pulmonalen Abklärung:

Perkussion

bei pathologischer pulmonaler Anamnese und/oder klinischer Untersuchung
Empfehlungsgrad D; Expertenmeinung

Kleine Spirometrie

bei pathologischer pulmonaler Anamnese und/oder klinischer Untersuchung,
bei großen Oberbaucheingriffen und respiratorisch schwer belastenden Eingriffen
und bei intrathorakalen Eingriffen (wenn nicht bereits zur Indikationsstellung erfolgt)¹⁰⁻²³
Empfehlungsgrad D; Evidenzgrad 2⁻ (Kapitel 4.3.)

Blutgasanalyse

bei pathologischer Spirometrie^{17, 24-27}
Empfehlungsgrad D; Evidenzgrad 2⁻ (Kapitel 4.8.)

Thorax-Röntgen (p-a. und seitlich)

bei pathologischem pulmonalen Untersuchungsbefund
bei reduzierter Belastbarkeit < 4 MET
bei pathologischer Spirometrie^{3, 24-25, 28}
Empfehlungsgrad D; Evidenzgrad 2⁻ (Kapitel 4.4.)

Interdisziplinäre Optimierung bei kardiopulmonalem Risiko

Kernaussage 6:

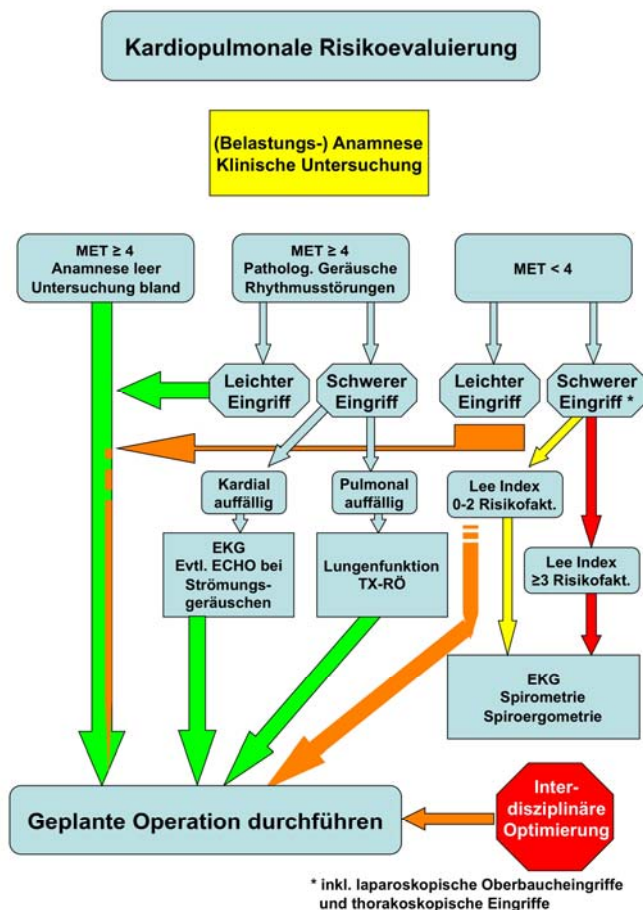
Im Falle eines pathologischen Befundes in der weiterführenden kardiopulmonalen Testung soll bei einer relevanten Konsequenz für das perioperative Vorgehen präoperativ eine interdisziplinäre Optimierung eingeleitet werden.

Empfehlung D; Expertenmeinung

Die Optimierung des erkannten perioperativen kardiovaskulären oder respiratorischen Risikos kann je nach klinischer Situation über ein internistisches Konsil zur Koronarangiographie oder Spiroergometrie führen und gegebenenfalls zu weiteren therapeutischen Maßnahmen.

Managementhinweis: Je nach Art eines Koronarstents ist bis zu einem Jahr keine elektive Operation empfohlen. Thrombozytenfunktionshemmer soll lebenslanglich eingenommen werden, daher auch perioperativ.

Abb. 1. Algorithmus der präoperativen kardiopulmonalen Risikoevaluierung



Legende: TX-RÖ = Thoraxröntgen; Lee-Index = Revised Cardiac Risk Index (Erklärung siehe unten); MET = Metabolic Equivalent Threshold (s.o.); Definition „leichter Eingriff“ und „schwerer Eingriff“ (s.o.)

→ = unter individueller Nutzen-Risiko-Abwägung ohne weitere Diagnostik zur Operation

→ = nicht zwingende Diagnostik

→ = zwingende Diagnostik

→ = Patient ohne weitere diagnostische Maßnahme freigegeben

Präoperative labormedizinische Diagnostik

Bei leichten Eingriffen und bei geriatrischen PatientInnen besteht kein Zusammenhang zwischen Laboruntersuchungen und perioperativen Komplikationen (Empfehlungsgrad B). Das perioperative Risiko lässt sich kaum durch Laborwerte erkennen. Nierenfunktionswerte und Natriumbestimmung sind dazu noch am besten geeignet.

Bei Undurchführbarkeit der Anamneseerhebung z.B. bei Sprachbarrieren, Bewusstseinsminderung oder mangelnder Compliance sollte die labormedizinische Diagnostik wie bei PatientInnen mit pathologischer Anamnese durchgeführt werden.

Kernaussage 7:

Die labormedizinische Diagnostik erfolgt entsprechend der Anamnese und der Operationskategorie.

Der „Routinelaborbefund“ oder ein „Screening je nach Patientenalter“ wird zugunsten einer individualisierten Laboranforderung verlassen.

Empfehlungsgrad D; Evidenzgrad 2⁺ (Kapitel 4.2.; 4.5.; 4.6.; 4.9.; 4.11.; 4.12.; 4.13.; 4.14.)

Kataraktoperation: Empfehlungsgrad B; Evidenzgrad 1⁺⁺ (Kapitel 4.2.)

Folgende labormedizinischen Tests können zur präoperativen Risikoevaluierung indiziert sein:

Blutbilduntersuchung (Kapitel 4.5.) (Hb oder Hk, Leukozyten- und Thrombozytenzahl)^{3 29-39}

bei schweren Eingriffen (insbes. bei hoher Transfusionswahrscheinlichkeit)

bei hämatologischen oder onkologischen Vorerkrankungen

bei Leberzirrhose (nur Thrombozytenzahl)

bei (Verdacht auf) Anämie

Empfehlungsgrad D; Evidenzgrad 2^{/2}⁺ abhängig von Indikation und erwarteter Komplikation

Managementhinweis: Die labormedizinisch erkannte Anämie soll insbesondere vor großen Eingriffen mit erwarteter Transfusionsbedürftigkeit präoperativ korrigiert werden (Patient Blood Management).

Serumelektrolyte (Kapitel 4.12.)^{3, 29, 31-35, 40-45}

bei schweren Eingriffen

bei (Verdacht auf) Nierendysfunktion, Leberdysfunktion oder Diabetes mellitus

bei Dauermedikation mit ACE-Hemmern, Angiotensin II-Antagonisten, Diuretika (Schleifendiuretika, Spironolaktone), Kortikoiden, Antidepressiva oder Digitalis (nur Kalium)

Empfehlungsgrad D (hoher Anteil an Expertenmeinung); Evidenzgrad 2^{/2}⁺ abhängig von Indikation und erwarteter Komplikation

Serumkreatinin und errechnete Gomeruläre Filtrationsrate (Kapitel 4.9.)^{3, 15, 19, 29, 31-35, 40, 46-61}

bei schweren Eingriffen

bei anamnestischem Hinweis auf Nierendysfunktion, Leberzirrhose, Diabetes mellitus, sowie erhöhtem kardialen Risiko, eingeschränkter Belastbarkeit < 4 MET oder laufender Chemotherapie/Radiatio

bei Dauermedikation mit ACE-Hemmern, Angiotensin II-Antagonisten, Diuretika, Kortikoiden oder geplanter intraoperativer Kontrastmittelgabe

Empfehlungsgrad D; Evidenzgrad 2^{/2}⁺ abhängig von Indikation und erwarteter Komplikation

Leberfunktionsparameter (ALT (GPT), Bilirubin, PTZ oder INR) (Kapitel 4.11.)^{29, 31, 33-35, 50, 55, 62-67}

bei (Verdacht auf) Leberdysfunktion, bei Operationen an der Leber

Empfehlungsgrad D; Evidenzgrad 2⁻/2⁺ abhängig von Indikation und erwarteter Komplikation
Blutzucker(Kapitel 4.13)^{3, 32, 55, 68-79}
 bei schweren Eingriffen (Gelenkendoprothetik, Wirbelsäulenchirurgie und Gefäßchirurgie)
 bei Dauermedikation mit Kortikoiden (Expertenmeinung)
 bei bekanntem Diabetes mellitus
 Empfehlungsgrad D; Evidenzgrad 2⁻/2⁺ abhängig vom chirurgischen Eingriff

HbA 1C (Kapitel 4.14)^{55, 71, 73, 75, 80-83} und *Nüchternblutzucker am Operationstag*
 bei Diabetes mellitus und gleichzeitig schwerem Eingriff (v.a. Gefäßchirurgie, Gelenkendoprothetik und Kolo-Rektalchirurgie)
 Empfehlungsgrad D; Evidenzgrad 2⁻/2⁺

Schilddrüsenhormone (TSH, FT3, FT4)
 bei (Verdacht auf) Schilddrüsendysfunktion
 Empfehlungsgrad D; Expertenmeinung

Blutgruppe und Antikörpersuchtest
 bei schweren Eingriffen mit erwartet transfusionsbedürftigem Blutverlust (≥500 ml)
 Unter Berücksichtigung geographischer und logistischer Besonderheiten ist diese Indikation großzügig zu stellen.
 Empfehlungsgrad D; Expertenmeinung

Tab. 2. Zusammenfassung der präoperativ empfohlenen labormedizinischen Tests

		Hb oder Htk	Leuco	Thrombo	Na	K	Crea, GFR kalkulatorisch	PTZ; INR	GPT	Bilirubin	BZ	HbA1C	TSH	FT3; FT4
Herz Lunge	MET < 4	+					+							
	Lee-Index ≥ 3; CCS ≥ 3	+					+							
Leber	auffällige Anamnese							+	+	+				
	Zirrhose	+		+	+	+	+	+	+	+				
Niere	auffällige Anamnese	+			+	+	+							
Endokrinum	DM						+	+			+	§		
	Schilddrüsenfehlfunktion klinisch auffällig												+	+
Hämatologie und Onkologie	bekannte hämatologische Erkrankung	+	+	+										
	maligne Tumoren	+	+	+										
	laufende Chemotherapie oder Radiatio	+	+	+			+							
Dauermedikation	ACE-Hemmer; AT II-Antagonisten, Digitalis, Diuretika				+	+	+							
	Antidepressiva				+	+								
	Kortikosteroide				+	+					+			
Eingriffsart	leichter Eingriff**													
	schwerer Eingriff**	+	+	+	+	+					+			

Legende: + erforderlich; § erforderlich wenn gleichzeitig schwerer Eingriff;

Blutgerinnungsanalytik

Kernaussage 8:

Bei unauffälliger Blutungsanamnese und klinischem Untersuchungsbefund ist bei ASA 1-2 PatientInnen keine labormedizinische Blutgerinnungsanalytik erforderlich^{3, 29, 31, 33-35, 67, 84-91}
Empfehlungsgrad D; Evidenzgrad 2⁻/₂⁺

Das Blutungsrisiko ist durch Laboruntersuchungen alleine nicht vorhersehbar oder vermeidbar. Die Kombination von Blutungsanamnese und individualisierter Laboranalytik steigert die Sensitivität.

Routinegerinnung (aPTT, PTZ, Fibrinogenspiegel, Thrombozytenzahl)

bei pathologischer Blutungsanamnese (mit klinischen Blutungssymptomen)

bei PatientInnen \geq ASA 3 oder Leberdysfunktion

bei speziellen Eingriffen (z.B. an der Retina, intrakranielle/spinale Eingriffe)

bei Undurchführbarkeit der Blutungsanamnese

Empfehlungsgrad D; Evidenzgrad 2⁻

Primäre Hämostasekapazität (z.B. vWF:Ag, vWF:RCo, Thrombozytenfunktionstest)

bei pathologischer Blutungsanamnese (mit klinischen Blutungssymptomen)^{84, 91}

bei speziellen Eingriffen (z.B. an der Retina, intrakranielle/spinale Eingriffe)

bei Undurchführbarkeit der Blutungsanamnese

Empfehlungsgrad D; Expertenmeinung

Managementhinweis: Vor neuroaxialen Blockaden in der Geburtshilfe ist bei unauffälliger (Blutungs)Anamnese eine weitere Gerinnungsanalytik nicht zwingend erforderlich.

Weitere Gerinnungstests (z.B. INR, anti-Xa Aktivität)

bei auffälliger Medikamentenanamnese durch Einnahme von Antithrombotika mit erheblichem Blutungsrisiko zur Quantifizierung der (Rest-)Wirkung oder bei eingeschränkter Elimination

Empfehlungsgrad D; Expertenmeinung

Interdisziplinäre Optimierung bei Blutungsrisiko

Kernaussage 9:

Bei PatientInnen mit bekannter angeborener/erworbener Gerinnungsstörung und bei einem unklar pathologischen Blutgerinnungsbefund soll präoperativ eine interdisziplinäre Optimierung eingeleitet werden.

Empfehlung D; Expertenmeinung

Diese Optimierung kann je nach klinischer Situation über ein internistisches/hämostaseologisches oder pädiatrisches Konsil zur Einzelfaktoranalyse oder Thrombophilieabklärung führen und gegebenenfalls zu weiteren therapeutischen Maßnahmen.

Managementhinweis:

Blutungen sind zumeist multifaktoriell bedingt. Intra- und postoperativ sind u.a. Medikamenten(neben)wirkungen, chirurgische Technik, Temperatur, pH, Elektrolythomöostase und Blutdruck zu beachten. Bei relevanter Blutung sollten intra- und postoperativ akquirierte Gerinnungsstörungen zeitnahe diagnostiziert und gezielt behandelt werden.

Literaturangaben

1. Fleisher LA, Beckman JA, Brown KA, et al. ACC/AHA 2007 guidelines on perioperative cardiovascular evaluation and care for noncardiac surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery) developed in collaboration with the American Society of Echocardiography, American Society of Nuclear Cardiology, Heart Rhythm Society, Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society for Vascular Medicine and Biology, and Society for Vascular Surgery. *J Am Coll Cardiol* 2007;50:e159-241.
2. Poldermans D, Bax JJ, Boersma E, et al. Guidelines for pre-operative cardiac risk assessment and perioperative cardiac management in non-cardiac surgery. *Eur Heart J* 2009;30:2769-812.
3. (NICE) TNIfHaCE. Preoperative Tests - The use of routine preoperative tests for elective surgery. National Collaborating Centre for Acute Care (UK) 2003 2003.
4. Cavallini GM, Saccarola P, D'Amico R, Gasparin A, Campi L. Impact of preoperative testing on ophthalmologic and systemic outcomes in cataract surgery. *Eur J Ophthalmol* 2004;14:369-74.
5. Lira RP, Nascimento MA, Moreira-Filho DC, Kara-Jose N, Arieta CE. Are routine preoperative medical tests needed with cataract surgery? *Rev Panam Salud Publica* 2001;10:13-7.
6. Schein OD, Katz J, Bass EB, et al. The value of routine preoperative medical testing before cataract surgery. Study of Medical Testing for Cataract Surgery. *N Engl J Med* 2000;342:168-75.
7. Keay L, Lindsley K, Tielsch J, Katz J, Schein O. Routine preoperative medical testing for cataract surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2009:CD007293.
8. Chung F, Yuan H, Yin L, Vairavanathan S, Wong DT. Elimination of preoperative testing in ambulatory surgery. *Anesth Analg* 2009;108:467-75.
9. Lee TH, Marcantonio ER, Mangione CM, et al. Derivation and prospective validation of a simple index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery. *Circulation* 1999;100:1043-9.
10. Agostini P, Cieslik H, Rathinam S, et al. Postoperative pulmonary complications following thoracic surgery: are there any modifiable risk factors? *Thorax* 2010;65:815-8.
11. Amar D, Munoz D, Shi W, Zhang H, Thaler HT. A clinical prediction rule for pulmonary complications after thoracic surgery for primary lung cancer. *Anesth Analg* 2010;110:1343-8.
12. Bernard A, Deschamps C, Allen MS, et al. Pneumonectomy for malignant disease: factors affecting early morbidity and mortality. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2001;121:1076-82.
13. Brunelli A, Al Refai M, Monteverde M, Sabbatini A, Xiume F, Fianchini A. Predictors of early morbidity after major lung resection in patients with and without airflow limitation. *Ann Thorac Surg* 2002;74:999-1003.
14. Cerfolio RJ, Bryant AS. Different diffusing capacity of the lung for carbon monoxide as predictors of respiratory morbidity. *Ann Thorac Surg* 2009;88:405-10; discussion 10-1.
15. Cywinski JB, Xu M, Sessler DI, Mason D, Koch CG. Predictors of prolonged postoperative endotracheal intubation in patients undergoing thoracotomy for lung resection. *J Cardiothorac Vasc Anesth* 2009;23:766-9.
16. Deschamps C, Bernard A, Nichols FC, 3rd, et al. Empyema and bronchopleural fistula after pneumonectomy: factors affecting incidence. *Ann Thorac Surg* 2001;72:243-7; discussion 8.

17. Greillier L, Thomas P, Loundou A, et al. Pulmonary function tests as a predictor of quantitative and qualitative outcomes after thoracic surgery for lung cancer. *Clin Lung Cancer* 2007;8:554-61.
18. Imperatori A, Rovera F, Rotolo N, Nardecchia E, Conti V, Dominioni L. Prospective study of infection risk factors in 988 lung resections. *Surg Infect (Larchmt)* 2006;7 Suppl 2:S57-60.
19. Kozower BD, Sheng S, O'Brien SM, et al. STS database risk models: predictors of mortality and major morbidity for lung cancer resection. *Ann Thorac Surg* 2010;90:875-81; discussion 81-3.
20. Licker MJ, Widikker I, Robert J, et al. Operative mortality and respiratory complications after lung resection for cancer: impact of chronic obstructive pulmonary disease and time trends. *Ann Thorac Surg* 2006;81:1830-7.
21. Win T, Jackson A, Sharples L, et al. Relationship between pulmonary function and lung cancer surgical outcome. *Eur Respir J* 2005;25:594-9.
22. Wright CD, Kucharczuk JC, O'Brien SM, Grab JD, Allen MS. Predictors of major morbidity and mortality after esophagectomy for esophageal cancer: a Society of Thoracic Surgeons General Thoracic Surgery Database risk adjustment model. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2009;137:587-95; discussion 96.
23. Wright CD, Gaisert HA, Grab JD, O'Brien SM, Peterson ED, Allen MS. Predictors of prolonged length of stay after lobectomy for lung cancer: a Society of Thoracic Surgeons General Thoracic Surgery Database risk-adjustment model. *Ann Thorac Surg* 2008;85:1857-65; discussion 65.
24. Kanat F, Golcuk A, Teke T, Golcuk M. Risk factors for postoperative pulmonary complications in upper abdominal surgery. *ANZ J Surg* 2007;77:135-41.
25. McAlister FA, Bertsch K, Man J, Bradley J, Jacka M. Incidence of and risk factors for pulmonary complications after nonthoracic surgery. *Am J Respir Crit Care Med* 2005;171:514-7.
26. Uramoto H, Nakanishi R, Fujino Y, et al. Prediction of pulmonary complications after a lobectomy in patients with non-small cell lung cancer. *Thorax* 2001;56:59-61.
27. Villani F, Busia A. Preoperative evaluation of patients submitted to pneumonectomy for lung carcinoma: role of exercise testing. *Tumori* 2004;90:405-9.
28. Joo HS, Wong J, Naik VN, Savoldelli GL. The value of screening preoperative chest x-rays: a systematic review. *Can J Anaesth* 2005;52:568-74.
29. Wu WC, Schiffner TL, Henderson WG, et al. Preoperative hematocrit levels and postoperative outcomes in older patients undergoing noncardiac surgery. *JAMA* 2007;297:2481-8.
30. Beattie WS, Karkouti K, Wijesundera DN, Tait G. Risk associated with preoperative anemia in noncardiac surgery: a single-center cohort study. *Anesthesiology* 2009;110:574-81.
31. Bishop MJ, Souders JE, Peterson CM, Henderson WG, Domino KB. Factors associated with unanticipated day of surgery deaths in Department of Veterans Affairs hospitals. *Anesth Analg* 2008;107:1924-35.
32. Dzankic S, Pastor D, Gonzalez C, Leung JM. The prevalence and predictive value of abnormal preoperative laboratory tests in elderly surgical patients. *Anesth Analg* 2001;93:301-8, 2nd contents page.
33. Johnson RG, Arozullah AM, Neumayer L, Henderson WG, Hosokawa P, Khuri SF. Multivariable predictors of postoperative respiratory failure after general and vascular surgery: results from the patient safety in surgery study. *J Am Coll Surg* 2007;204:1188-98.
34. Neumayer L, Hosokawa P, Itani K, El-Tamer M, Henderson WG, Khuri SF. Multivariable predictors of postoperative surgical site infection after general and vascular surgery: results from the patient safety in surgery study. *J Am Coll Surg* 2007;204:1178-87.

35. Rogers SO, Jr., Kilaru RK, Hosokawa P, Henderson WG, Zinner MJ, Khuri SF. Multivariable predictors of postoperative venous thromboembolic events after general and vascular surgery: results from the patient safety in surgery study. *J Am Coll Surg* 2007;204:1211-21.
36. Sangrasi AK, Leghari AA, Memon A, Talpur AK, Qureshi GA, Memon JM. Surgical site infection rate and associated risk factors in elective general surgery at a public sector medical university in Pakistan. *Int Wound J* 2008;5:74-8.
37. van Klei WA, Moons KG, Leyssius AT, Knape JT, Rutten CL, Grobbee DE. A reduction in type and screen: preoperative prediction of RBC transfusions in surgery procedures with intermediate transfusion risks. *Br J Anaesth* 2001;87:250-7.
38. van Klei WA, Leyssius AT, Grobbee DE, Moons KG. Identifying patients for blood conservation strategies. *Br J Surg* 2002;89:1176-82.
39. Wu WC, Smith TS, Henderson WG, et al. Operative blood loss, blood transfusion, and 30-day mortality in older patients after major noncardiac surgery. *Ann Surg* 2010;252:11-7.
40. Burris JM, Subramanian A, Sansgiry S, Palacio CH, Bakaeen FG, Awad SS. Perioperative atrial arrhythmias in noncardiothoracic patients: a review of risk factors and treatment strategies in the veteran population. *Am J Surg* 2010;200:601-5.
41. Hahm TS, Lee JJ, Yang MK, Kim JA. Risk factors for an intraoperative arrhythmia during esophagectomy. *Yonsei Med J* 2007;48:474-9.
42. Johnson RK, Mortimer AJ. Routine pre-operative blood testing: is it necessary? *Anaesthesia* 2002;57:914-7.
43. Mantha S, Roizen MF, Madduri J, Rajender Y, Shanti Naidu K, Gayatri K. Usefulness of routine preoperative testing: a prospective single-observer study. *J Clin Anesth* 2005;17:51-7.
44. Mantilla CB, Wass CT, Goodrich KA, et al. Risk for perioperative myocardial infarction and mortality in patients undergoing hip or knee arthroplasty: the role of anemia. *Transfusion* 2011;51:82-91.
45. Poulsen M, Trezza M, Atimash GH, et al. Risk factors for morbidity and mortality following gastroenterostomy. *J Gastrointest Surg* 2009;13:1238-44.
46. Armstrong T, Welsh FK, Wells J, Chandrakumaran K, John TG, Rees M. The impact of pre-operative serum creatinine on short-term outcomes after liver resection. *HPB (Oxford)* 2009;11:622-8.
47. Biccard BM, Pooran RR. Validation of a model to predict all-cause in-hospital mortality in vascular surgical patients. *Cardiovasc J Afr* 2008;19:303-8.
48. Black SA, Brooks MJ, Naidoo MN, Wolfe JH. Assessing the impact of renal impairment on outcome after arterial intervention: a prospective review of 1,559 patients. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2006;32:300-4.
49. Dehne MG, Junger A, Hartmann B, et al. Serum creatinine and perioperative outcome—a matched-pairs approach using computerised anaesthesia records. *Eur J Anaesthesiol* 2005;22:89-95.
50. Gonzalez R, Bowers SP, Venkatesh KR, Lin E, Smith CD. Preoperative factors predictive of complicated postoperative management after Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity. *Surg Endosc* 2003;17:1900-4.
51. Huynh TT, van Eps RG, Miller CC, 3rd, et al. Glomerular filtration rate is superior to serum creatinine for prediction of mortality after thoracoabdominal aortic surgery. *J Vasc Surg* 2005;42:206-12.
52. Iwasaki Y, Sawada T, Kijima H, et al. Estimated glomerular filtration rate is superior to measured creatinine clearance for predicting postoperative renal dysfunction in patients undergoing pancreatoduodenectomy. *Pancreas* 2010;39:20-5.
53. Jafari SM, Huang R, Joshi A, Parvizi J, Hozack WJ. Renal impairment following total joint arthroplasty: who is at risk? *J Arthroplasty* 2010;25:49-53, e1-2.

54. Kertai MD, Boersma E, Bax JJ, et al. Comparison between serum creatinine and creatinine clearance for the prediction of postoperative mortality in patients undergoing major vascular surgery. *Clin Nephrol* 2003;59:17-23.
55. King JT, Jr., Goulet JL, Perkal MF, Rosenthal RA. Glycemic control and infections in patients with diabetes undergoing noncardiac surgery. *Ann Surg* 2011;253:158-65.
56. van Lammeren GW, Moll FL, Blankestijn PJ, et al. Decreased kidney function: an unrecognized and often untreated risk factor for secondary cardiovascular events after carotid surgery. *Stroke* 2011;42:307-12.
57. Lorenzo CS, Limm WM, Lurie F, Wong LL. Factors affecting outcome in liver resection. *HPB (Oxford)* 2005;7:226-30.
58. O'Brien MM, Gonzales R, Shroyer AL, et al. Modest serum creatinine elevation affects adverse outcome after general surgery. *Kidney Int* 2002;62:585-92.
59. Reed AB, Gaccione P, Belkin M, et al. Preoperative risk factors for carotid endarterectomy: defining the patient at high risk. *J Vasc Surg* 2003;37:1191-9.
60. Scott JD, Forrest A, Feuerstein S, Fitzpatrick P, Schentag JJ. Factors associated with postoperative infection. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2001;22:347-51.
61. Walsh SR, Tang T, Sadat U, Varty K, Boyle JR, Gaunt ME. Preoperative glomerular filtration rate and outcome following open abdominal aortic aneurysm repair. *Vasc Endovascular Surg* 2007;41:225-9.
62. Hughes C, Hurtuk MG, Rychlik K, Shoup M, Aranha GV. Preoperative liver function tests and hemoglobin will predict complications following pancreaticoduodenectomy. *J Gastrointest Surg* 2008;12:1822-7; discussion 7-9.
63. Kama NA, Doganay M, Dolapci M, Reis E, Atli M, Kologlu M. Risk factors resulting in conversion of laparoscopic cholecystectomy to open surgery. *Surg Endosc* 2001;15:965-8.
64. Lipman JM, Claridge JA, Haridas M, et al. Preoperative findings predict conversion from laparoscopic to open cholecystectomy. *Surgery* 2007;142:556-63; discussion 63-5.
65. Pulitano C, Arru M, Bellio L, Rossini S, Ferla G, Aldrighetti L. A risk score for predicting perioperative blood transfusion in liver surgery. *Br J Surg* 2007;94:860-5.
66. Robinson TN, Biffl WL, Moore EE, Heimbach JK, Calkins CM, Burch J. Routine preoperative laboratory analyses are unnecessary before elective laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 2003;17:438-41.
67. Taketomi A, Kitagawa D, Itoh S, et al. Trends in morbidity and mortality after hepatic resection for hepatocellular carcinoma: an institute's experience with 625 patients. *J Am Coll Surg* 2007;204:580-7.
68. Olsen MA, Nepple JJ, Riew KD, et al. Risk factors for surgical site infection following orthopaedic spinal operations. *J Bone Joint Surg Am* 2008;90:62-9.
69. Noordzij PG, Boersma E, Schreiner F, et al. Increased preoperative glucose levels are associated with perioperative mortality in patients undergoing noncardiac, nonvascular surgery. *Eur J Endocrinol* 2007;156:137-42.
70. Ata A, Lee J, Bestle SL, Desemone J, Stain SC. Postoperative hyperglycemia and surgical site infection in general surgery patients. *Arch Surg* 2010;145:858-64.
71. Feringa HH, Vidakovic R, Karagiannis SE, et al. Impaired glucose regulation, elevated glycated haemoglobin and cardiac ischaemic events in vascular surgery patients. *Diabet Med* 2008;25:314-9.
72. Frisch A, Chandra P, Smiley D, et al. Prevalence and clinical outcome of hyperglycemia in the perioperative period in noncardiac surgery. *Diabetes Care* 2010;33:1783-8.
73. Jansen E, Nevalainen P, Kalliovalkama J, Moilanen T. Preoperative hyperglycemia predicts infected total knee replacement. *Eur J Intern Med* 2010;21:196-201.

74. McGirt MJ, Woodworth GF, Brooke BS, et al. Hyperglycemia independently increases the risk of perioperative stroke, myocardial infarction, and death after carotid endarterectomy. *Neurosurgery* 2006;58:1066-73; discussion -73.
75. Moitra VK, Greenberg J, Arunajadai S, Sweitzer B. The relationship between glycosylated hemoglobin and perioperative glucose control in patients with diabetes. *Can J Anaesth* 2010;57:322-9.
76. Mraovic B, Hipszer BR, Epstein RH, Pequignot EC, Parvizi J, Joseph JJ. Preadmission hyperglycemia is an independent risk factor for in-hospital symptomatic pulmonary embolism after major orthopedic surgery. *J Arthroplasty* 2010;25:64-70.
77. Oh YS, Kim DW, Chun HJ, Yi HJ. Incidence and risk factors of acute postoperative delirium in geriatric neurosurgical patients. *J Korean Neurosurg Soc* 2008;43:143-8.
78. Ramos M, Khalpey Z, Lipsitz S, et al. Relationship of perioperative hyperglycemia and postoperative infections in patients who undergo general and vascular surgery. *Ann Surg* 2008;248:585-91.
79. Segurado AV, Pedro FS, Gozzani JL, Mathias LA. [Association between fasting blood glucose levels and perioperative morbimortality: retrospective study in surgical elderly patients.]. *Rev Bras Anesthesiol* 2007;57:639-48.
80. Dronge AS, Perkal MF, Kancir S, Concato J, Aslan M, Rosenthal RA. Long-term glycemic control and postoperative infectious complications. *Arch Surg* 2006;141:375-80; discussion 80.
81. Acott AA, Theus SA, Kim LT. Long-term glucose control and risk of perioperative complications. *Am J Surg* 2009;198:596-9.
82. Gustafsson UO, Thorell A, Soop M, Ljungqvist O, Nygren J. Haemoglobin A1c as a predictor of postoperative hyperglycaemia and complications after major colorectal surgery. *Br J Surg* 2009;96:1358-64.
83. O'Sullivan CJ, Hynes N, Mahendran B, et al. Haemoglobin A1c (HbA1C) in non-diabetic and diabetic vascular patients. Is HbA1C an independent risk factor and predictor of adverse outcome? *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2006;32:188-97.
84. Koscielny J, von Tempelhoff GF, Ziemer S, et al. A practical concept for preoperative management of patients with impaired primary hemostasis. *Clin Appl Thromb Hemost* 2004;10:155-66.
85. Beiderlinden M, Eikermann M, Lehmann N, Adamzik M, Peters J. Risk factors associated with bleeding during and after percutaneous dilational tracheostomy. *Anaesthesia* 2007;62:342-6.
86. Joseph JE, Low J, Courtenay B, Neil MJ, McGrath M, Ma D. A single-centre prospective study of clinical and haemostatic risk factors for venous thromboembolism following lower limb arthroplasty. *Br J Haematol* 2005;129:87-92.
87. Kaneko K, Shirai Y, Wakai T, Yokoyama N, Akazawa K, Hatakeyama K. Low preoperative platelet counts predict a high mortality after partial hepatectomy in patients with hepatocellular carcinoma. *World J Gastroenterol* 2005;11:5888-92.
88. Kocher HM, Tekkis PP, Gopal P, Patel AG, Cottam S, Benjamin IS. Risk-adjustment in hepatobiliary pancreatic surgery. *World J Gastroenterol* 2005;11:2450-5.
89. Ohta M, Nishizaki T, Matsumoto T, et al. Analysis of risk factors for massive intraoperative bleeding during laparoscopic splenectomy. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2005;12:433-7.
90. Schwarz RE, Keny H. Preoperative platelet count predicts survival after resection of periampullary adenocarcinoma. *Hepatogastroenterology* 2001;48:1493-8.
91. Koscielny J, Ziemer S, Radtke H, et al. A practical concept for preoperative identification of patients with impaired primary hemostasis. *Clin Appl Thromb Hemost* 2004;10:195-204.

Gesundheit Österreich
GmbH ● ● ●