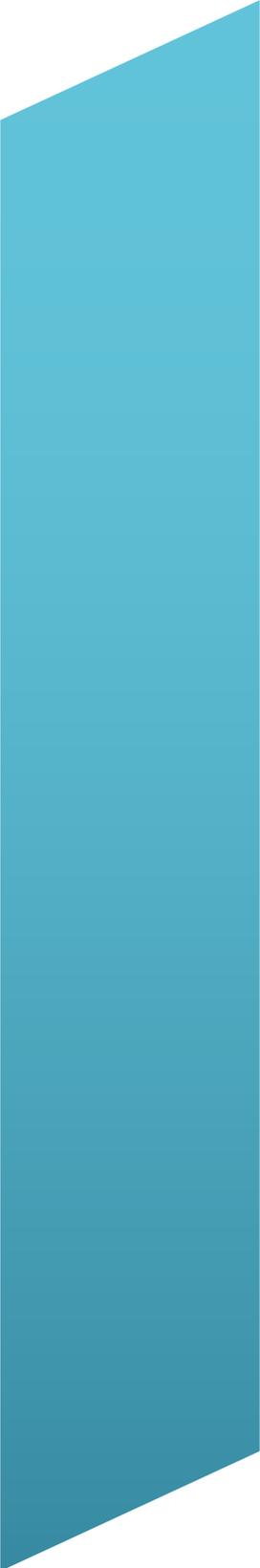


Zielsteuerung-Gesundheit

Bund • Länder • Sozialversicherung



**Evaluierung
Bundesqualitätsleitlinie
PRÄOP (BQLL PRÄOP)
und Qualitätsstandard
Patient Blood
Management (QS PBM)**

Evaluierungsbericht
Publikationsfassung

Beschlossen durch den Ständigen Koordinierungsausschuss
im September 2025

Impressum

Autorinnen und Autor:

Sonja Neubauer (Gesundheit Österreich GmbH)

Margarita Amon (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz)

Ursula Berger (Gesundheit Österreich GmbH)

Alexander Eisenmann (Gesundheit Österreich GmbH)

Fachliche Begleitung durch die Projektgruppe Qualitätsstandards

Zitiervorschlag:

BMASGPK (2025): Evaluierung Bundesqualitätsleitlinie PRÄOP (BQLL PRÄOP) und Qualitätsstandard Patient Blood Management (QS PBM). Evaluierungsbericht Publikationsfassung. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur

Stubenring 1, 1010 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz,
vertreten durch SL Dr.ⁱⁿ Katharina Reich (BMASGPK, Sektion VII)

Erscheinungsdatum:

September 2025

Kurzfassung

Hintergrund

Die Bundesqualitätsleitlinie Präoperative Diagnostik (BQLL PRÄOP) und der Qualitätsstandard Patient Blood Management (QS PBM) verlieren jeweils Ende 2025 ihre Gültigkeit. Gemäß Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards ist in diesem Fall rechtzeitig über die Notwendigkeit einer Evaluierung zu entscheiden. Auf Empfehlung der Projektgruppe Qualitätsstandards entschied die Fachgruppe Versorgungsprozesse, beide Standards einer grundlegenden Aktualisierung zuzuführen sowie zeitgerecht eine Evaluierung zu veranlassen. Diese erfolgte sowohl in Form einer Befragung auf Landes- und Krankenanstaltenebene als auch auf Basis einer umfassenden Auswertung vorhandener Datenbestände. Zum Heben von Synergiepotenzialen wurde die Evaluierung parallel durchgeführt.

Methoden

Für die Evaluierung der beiden Qualitätsstandards wurden folgende Methoden angewandt:

- Befragung (Fragebogenerhebung) auf Landesebene zum Umsetzungsstand (Länder und Sozialversicherung)
- Befragung (Fragebogenerhebung) auf Krankenanstaltenebene zum Umsetzungsstand
- Auswertung bestehender Datenbestände (Qualitätsberichterstattung, sektorenübergreifende Patientenbefragung, stationäre Diagnosen- und Leistungsdokumentation)
- Auswertung von Daten aus A-IQI (inkl. Informationen aus den Peer-Review-Verfahren)
- ergänzend für PRÄOP: Auswertung von Daten der SVC zur Nutzung des e-card-Service PROP (Präoperative Befundung bei elektiver Operation)
- ergänzend für PBM: Auswertung von im QS definierten Kennzahlen zum Blutkomponentenverbrauch auf Basis von durch Krankenanstalten/-träger zur Verfügung gestellten Daten

Ergebnisse

Die Fragebogenerhebung zeigt, dass die Umsetzungsverantwortung primär in den Krankenanstalten selbst verortet wird. Der Kenntnisstand zu beiden Qualitätsstandards wird als hoch eingeschätzt. Im Großteil der Krankenanstalten werden die Empfehlungen der Standards in standardisierter Form (z. B. über entsprechende SOPs) umgesetzt. Präoperative Verweildauern sind überwiegend kurz und der Anteil tagesklinisch-stationär erbrachter Leistungen nimmt sukzessive zu, wenn auch die IST-Werte noch stark von den festgelegten Zielwerten abweichen. Bei Patientinnen und Patienten mit geplanter Hüft- bzw. Knieendoprothese lag der Anteil mit Transfusionen im Jahr 2023 bei 9 von insgesamt 110 Krankenanstalten (8,2 %) statistisch signifikant über dem Zielbereich.

Es wurden sowohl fördernde (u. a. Standardisierung, Schulung und Aus-/Fortbildung sowie Kommunikationsmaßnahmen) als auch hemmende (u. a. mangelnde Ressourcen, fehlendes Wissen, mangelnde Motivation/Compliance) Faktoren für die Umsetzung der Qualitätsstandards erhoben. Fallweise wurde angegeben, dass die Qualitätsstandards vor Ort in den Krankenanstalten nicht rasch und leicht verfügbar sind.

Es wurden bislang vielfältige Umsetzungsmaßnahmen ergriffen. Weitere Maßnahmen, wie Ausbau, Optimierung und Aktualisierung von Standards, damit einhergehende Schulungen und die Implementierung/Verbesserung digitaler Tools sind in weniger als 50 Prozent der Krankenanstalten geplant. Die Nutzung von IT-Anwendungen nimmt stetig zu und wird positiv bewertet, sofern diese eine hohe Usability bieten. Das e-card-Service PROP wird im niedergelassenen Bereich nur in einzelnen Bundesländern, aber auf konstantem Niveau verwendet, im stationären Bereich war die Nutzung zuletzt stark rückläufig.

Aus Patientensicht funktioniert die Informationsweitergabe und die Koordination der Behandlung/Betreuung überwiegend gut. Lediglich die Einschätzung, dass Untersuchungen wiederholt durchgeführt wurden, stieg in den letzten Jahren deutlich.

Schlussfolgerungen

In Zusammenschau der Ergebnisse lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen, die in die Aktualisierung der beiden Qualitätsstandards einfließen sollen:

- Auch wenn die Umsetzungsverantwortung bei den Krankenanstalten gesehen wird, sollte dies auf Landesebene entsprechend akkordiert und unterstützt werden.
- Die Dissemination von Standards ist Aufgabe der beauftragenden Institutionen, diese sollten Krankenanstalten daher entsprechend informieren.
- Ein anlassbezogenes Umsetzungsmonitoring von QS während deren Laufzeit kann darüber hinaus Hinweise auf mangelnde Umsetzung oder Umsetzungsprobleme frühzeitig adressieren.
- Standardisierung, kontinuierliche Information sowie Aus-, Fort- und Weiterbildung, vermehrte Digitalisierung und Awareness sind wichtige Maßnahmen, um die Anwendung von QS zu unterstützen und weiter zu erhöhen.
- Hemmende Faktoren für die Umsetzung, wie patientenbezogene Parameter (Alter, Multimorbidität u. Ä.), zu späte Vorstellung bzw. Befundung oder mangelnde Kooperation, fehlende Usability digitaler Anwendungen, mangelndes Umsetzungswissen oder spezifischer Verbesserungsbedarf einzelner Prozesse, bedürfen besonderer Aufmerksamkeit.
- Verfügbarkeit und Anwendungsfreundlichkeit der QS und zugrunde liegender klinischer Leitlinien sind Grundvoraussetzung für deren Nutzung im klinischen Alltag.
- Ein heterogenes Vorgehen hinsichtlich der Bereitstellung von Blutkomponenten bei ausgewählten geplanten Operationen ist ableitbar.
- Es herrscht keine bundesweit einheitliche Datenverfügbarkeit und -qualität zu Blutkomponenten und Blutverbrauch (daraus folgen Implikationen für das Umsetzungsmonitoring).

Schlüsselwörter

Evaluierung, Bundesqualitätsleitlinie, Präoperative Diagnostik, Patient Blood Management, Qualitätsstandard, Blutverbrauch

Inhalt

Kurzfassung	3
Tabellen.....	6
Abkürzungen.....	9
1 Ausgangslage und Hintergrund.....	1
2 Methode	2
2.1 Ziele und Nicht-Ziele der Evaluierung	3
2.2 Fragebogenerhebung.....	3
2.2.1 Befragung auf Landesebene zum Umsetzungsstand.....	3
2.2.2 Befragung auf Krankenhausebene zum Umsetzungsstand.....	3
2.2.3 Items der Fragebogenerhebung.....	3
2.3 Datenauswertung	4
2.3.1 Qualitätsberichterstattung (QBE)	4
2.3.2 Sektorenübergreifende Patientenbefragung (PaBe)	5
2.3.3 Daten der SVC zum e-card-Service PROP	5
2.3.4 Stationäre Diagnose- und Leistungsdokumentation (DLD)	6
2.3.5 Kennzahlen zum Blutkomponentenverbrauch auf Krankenhausebene...6	
2.3.6 Analyse von länderspezifischen Datenbeständen/Evaluationsergebnissen	7
2.4 Informationen aus A-IQI.....	7
3 Ergebnisse.....	8
3.1 Ergebnisse der Fragebogenerhebung auf Krankenanstaltenebene	8
3.1.1 BQLL PRÄOP	8
3.1.2 QS PBM.....	18
3.2 Ergebnisse der Datenauswertung.....	25
3.2.1 Daten aus der Qualitätsberichterstattung (QBE).....	25
3.2.2 Daten aus der sektorenübergreifenden Patientenbefragung (PaBe)....	27
3.2.3 Daten zum e-Card-Service PROP.....	31
3.2.4 Kennzahlen zum Blutkomponentenverbrauch auf Krankenhaus- ebene.....	35
3.3 Ergebnisse aus A-IQI.....	36
4 Schlussfolgerungen.....	40
5 Limitationen	42
6 Aktualisierung.....	43
7 Literatur.....	45
Anhang.....	46

Tabellen

Tabelle 1: Teilnahmen an der Evaluierung	4
Tabelle 2: Ergebnisse zu Frage 1 (BQLL PRÄOP KA): Bitte geben Sie Ihr Bundesland an.....	8
Tabelle 3: Ergebnisse zu Frage 2 (BQLL PRÄOP KA): Erfolgt die Fragenbeantwortung für eine einzelne Krankenanstalt oder für Mehrfachstandortkrankenanstalten („Verbund“)?	9
Tabelle 4: Ergebnisse zu Frage 3 (BQLL PRÄOP KA): Um welchen Krankenanstaltentyp handelt es sich?.....	9
Tabelle 5: Ergebnisse zu Frage 4 (BQLL PRÄOP KA): Gibt es in Ihrer Krankenanstalt eine abteilungsübergreifende SOP zur präoperativen Abklärung?	10
Tabelle 6: Ergebnisse zu Frage 5 (BQLL PRÄOP KA): Kennen Sie die Bundesqualitätsleitlinie Präoperative Diagnostik (BQLL PRÄOP)?.....	10
Tabelle 7: Ergebnisse zu Frage 6 (BQLL PRÄOP KA): Wer ist für die Umsetzung der BQLL PRÄOP in Ihrer Einrichtung zuständig und verantwortlich? (Mehrfachantworten möglich)	10
Tabelle 8: Ergebnisse zu Frage 7 (BQLL PRÄOP KA): Gibt es in Ihrer Krankenanstalt eine Präanästhesie- bzw. Narkoseambulanz?.....	11
Tabelle 9: Ergebnisse zu Frage 8 (BQLL PRÄOP KA): Wie schätzen Sie den Umsetzungsgrad der BQLL PRÄOP in Ihrer Einrichtung ein?	11
Tabelle 10: Ergebnisse zu Frage 9 (BQLL PRÄOP KA): Welche EDV-Lösung zur Umsetzung der BQLL PRÄOP wird in Ihrer Einrichtung eingesetzt?	12
Tabelle 11: Ergebnisse zu Frage 10 (BQLL PRÄOP KA): Welche Maßnahmen wurden bisher gesetzt, um die Anwendung der BQLL PRÄOP zu erhöhen?	12
Tabelle 12: Ergebnisse zu Frage 11 (BQLL PRÄOP KA): Welche fördernden bzw. hemmenden Faktoren konnten bei der Umsetzung beobachtet werden?	14
Tabelle 13: Ergebnisse zu Frage 12 (BQLL PRÄOP KA): Welche Maßnahmen könnten aus Ihrer Sicht den Anwendungsgrad (weiter) erhöhen?	15
Tabelle 14: Ergebnisse zu Frage 13a (BQLL PRÄOP Länder): Sind weitere Umsetzungsmaßnahmen im Rahmen der BQLL PRÄOP geplant?.....	16
Tabelle 15: Ergebnisse zu Frage 13b (BQLL PRÄOP KA): Wenn ja, welche weiteren Umsetzungsmaßnahmen sind im Rahmen der BQLL PRÄOP geplant?	16
Tabelle 16: Ergebnisse zu Frage 14 (BQLL PRÄOP KA): Wo werden die präoperativen Leistungen für Patientinnen und Patienten Ihrer Einrichtung im Regelfall erbracht? Bitte geben Sie an, wie die Vorgehensweise für den überwiegenden Teil der Patientinnen und Patienten (> 50 %) ist.....	17
Tabelle 17: Ergebnisse zu Frage 15 (BQLL PRÄOP KA): Findet die präoperative Abklärung in Ihrer Krankenanstalt aus Ihrer Sicht überwiegend zeitgerecht (gemäß BQLL) vor der geplanten Operation statt?	17
Tabelle 18: Ergebnisse zu Frage 1 (QS PBM KA): Bitte geben Sie Ihr Bundesland an.....	18

Tabelle 19: Ergebnisse zu Frage 2 (QS PBM KA): Erfolgt die Fragenbeantwortung für eine einzelne Krankenanstalt oder für Mehrfachstandortkrankenanstalten („Verbund“)?	18
Tabelle 20: Ergebnisse zu Frage 3 (QS PBM KA): Um welchen Krankenanstaltentyp handelt es sich?	19
Tabelle 21: Ergebnisse zu Frage 4a (QS PBM KA): Gibt es in Ihrer Krankenanstalt eine abteilungsübergreifende SOP zum Patient Blood Management (PBM)?	19
Tabelle 22: Ergebnisse zu Frage 4b (QS PBM KA): Wenn es in Ihrer Krankenanstalt eine abteilungsübergreifende SOP zum Patient Blood Management (PBM) gibt, berücksichtigt diese auch Prozesse im Rahmen der präoperativen Abklärung?	19
Tabelle 23: Ergebnisse zu Frage 5 (QS PBM KA): Kennen Sie den Qualitätsstandard Patient Blood Management (PBM)?	20
Tabelle 24: Ergebnisse zu Frage 6 (QS PBM KA): Wer ist für die Umsetzung des QS PBM in Ihrer Einrichtung zuständig und verantwortlich? (Mehrfachnennungen möglich) ...	20
Tabelle 25: Ergebnisse zu Frage 7 (QS PBM KA): Welche Maßnahmen wurden bisher gesetzt, um die Anwendung des QS PBM in Ihrer Einrichtung zu erhöhen?	21
Tabelle 26: Ergebnisse zu Frage 8a (QS PBM KA): Sind weitere Umsetzungsmaßnahmen im Rahmen des QS PBM geplant?	21
Tabelle 27: Ergebnisse zu Frage 8b (QS PBM KA): Wenn ja, welche weiteren Umsetzungsmaßnahmen sind im Rahmen des QS PBM geplant?	22
Tabelle 28: Ergebnisse zu Frage 9 (QS PBM KA): Welche fördernden bzw. hemmenden Faktoren konnten bei der Umsetzung des QS PBM in Ihrer Einrichtung beobachtet werden?	23
Tabelle 29: Ergebnisse zu Frage 10 (QS PBM KA): Welche Maßnahmen könnten aus Ihrer Sicht den Anwendungsgrad (weiter) erhöhen?	24
Tabelle 30: Ergebnisse zu Frage 11 (QS PBM KA): Gibt es in Ihrer Krankenanstalt Personen, die eine spezifische Ausbildung zum PBM absolviert haben (z. B. Fortbildung der ÖGARI, Master-Studiengang)?	24
Tabelle 31: Ergebnisse zu Frage 12 (QS PBM KA): Gibt es in Ihrer Krankenanstalt ein Monitoring bzw. Berichte zum Blutverbrauch und/oder zum PBM?	25
Tabelle 32: Wie werden Mitarbeiter:innen über aktuelle Gesetze, Verordnungen, Bundesqualitätsstandards, Leitlinien und Fachempfehlungen informiert? (Mehrfachantworten möglich)	25
Tabelle 33: Welche Leistungsprozesse sind in der Einrichtung schriftlich definiert? (Mehrfachantworten möglich) – Auszug der Antwortoptionen	26
Tabelle 34: Wie werden Zuweiser:innen über die Aufnahmemodalitäten der Einrichtung informiert? (Mehrfachantworten möglich)	26
Tabelle 35: Mithilfe welcher Instrumente werden Operationen in der Einrichtung organisiert? (Mehrfachantworten möglich)	27
Tabelle 36: Wurden Sie vorab auf die Krankenhaus-Aufnahme vorbereitet?	27

Tabelle 37: Ich hatte den Eindruck, dass das Krankenhaus die für meine Behandlung/ Untersuchung erforderlichen Unterlagen zur Verfügung hatte.	28
Tabelle 38: Wurden in den letzten Monaten von einer Ärztin / einem Arzt Untersuchungen wiederholt, die kurz zuvor bereits von einer anderen Ärztin / einem anderen Arzt gemacht wurden?	28
Tabelle 39: Wenn ja, welche Untersuchungen waren das?.....	29
Tabelle 40: Die unterschiedlichen Gesundheitsdienstleister:innen haben mir wider- sprüchliche Behandlungsmethoden vorgeschlagen.	29
Tabelle 41: Die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Gesundheitsdienstleister:innen hat gut funktioniert.	30
Tabelle 42: Die Informationsweitergabe über meinen Gesundheitszustand / meine Behandlung hat gut funktioniert.....	30
Tabelle 43: Ich habe insgesamt den Eindruck, dass meine Behandlung/Betreuung gut koordiniert ist/war.....	31
Tabelle 44: Anzahl der von 2015 bis 2024 in Österreich erfassten PROP-Befunde im niedergelassenen Bereich und in Krankenanstalten.....	31
Tabelle 45: Anzahl der von 2022 bis 2024 in Österreich aufgerufenen PROP-Befunde im niedergelassenen Bereich und in Krankenanstalten.....	32
Tabelle 46: Parameter aus Zielsteuerungsvertrag – Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer.....	32
Tabelle 47: Parameter aus Zielsteuerungsvertrag – ausgewählte TK-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden	34
Tabelle 48: Transfundierte Erythrozytenkonzentrate.....	35
Tabelle 49: Auswertung A-IQI, Version 2024, Bereich 51 – Transfusionen, Patient Blood Management	37
Tabelle 50: A-IQI Peer-Review-Verfahren, Verbesserungsmaßnahmen PRÄOP und PBM	39

Abkürzungen

A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
BASG	Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
BGA	Bundesgesundheitsagentur
BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BQLL	Bundesqualitätsleitlinie
EK	Erythrozytenkonzentrate
ESAIC	European Society of Anaesthesiology and Intensive Care
FG VP	Fachgruppe Versorgungsprozesse
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
ICD-10	International Classification of Diseases
KA	Krankenanstalt(en)
k. A.	keine Antwort
KIS	Krankenhausinformationssystem
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
n	number (Anzahl)
NÖ	Niederösterreich
ÖGARI	Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
QBE	Qualitätsberichterstattung
QS	Qualitätsstandard
PaBe	sektorenübergreifende Patientenbefragung
PBM	Patient Blood Management
Pat.	Patient:in, Patientinnen, Patienten
PG QS	Projektgruppe Qualitätsstandards
SOP(s)	Standard Operating Procedure(s)
SV	Sozialversicherung
SVC	Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft m.b.H.
u. a.	unter anderem

1 Ausgangslage und Hintergrund

Die erste Version der Bundesqualitätsleitlinie Präoperative Diagnostik (BQLL PRÄOP) wurde im Jahr 2011 veröffentlicht. 2018 erfolgte eine Aktualisierung und 2023 eine Fortschreibung der BQLL PRÄOP in der zuletzt veröffentlichten Form. Spätestens Ende 2025 endet daher die Gültigkeit der BQLL PRÄOP.

Der Qualitätsstandard Patient Blood Management (QS PBM) wurde 2016 fertiggestellt und veröffentlicht. Im Rahmen der Fortschreibungen des Qualitätsstandards 2021 und 2023 wurden ausschließlich formale Adaptierungen vorgenommen, demgemäß endet die Gültigkeit des QS PBM im Dezember 2025.

Vor Ablauf der Gültigkeit eines QS ist laut gültiger Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards gemäß GQG (Methodenhandbuch, Version 3.0) zu entscheiden, ob eine darüber hinausgehende Evaluierung durchgeführt werden soll. Diese kann beispielsweise durch Befragungen relevanter Stakeholder:innen detailliertere Informationen zu Elementen der Umsetzung liefern und Änderungsbedarf aufzeigen.

Gemäß Auskunft der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) wurde im Jahr 2024 mit einer Aktualisierung der medizinischen Quelleitlinie der BQLL PRÄOP begonnen. Auch wurde unter anderem die Europäische ESAIC Guideline, eine der Grundlagen des QS PBM, zwischenzeitlich aktualisiert. Im Methodenhandbuch ist diesbezüglich festgehalten, dass essenzielle Änderungen der Grundlagendokumente eine (frühere) Aktualisierung notwendig machen können.

Mittlerweile entsprechen Aufbau und Inhalt der BQLL PRÄOP 2018 (aufgrund ihrer Erstellung im Jahr 2011) nicht in allen Punkten den zwischenzeitlich aktualisierten Vorgaben zur Erstellung von QS im Methodenhandbuch. Dieser Aspekt ist bei einer Prüfung des Aktualisierungsbedarfs ebenfalls zu berücksichtigen. Jedenfalls ist eine Anpassung der Termini, insbesondere in Hinblick auf die Umbenennung in „Qualitätsstandard“ (statt „BQLL“), anzustreben.

Vor diesem Hintergrund hat die Fachgruppe Versorgungsprozesse (FG VP) auf Empfehlung der Projektgruppe Qualitätsstandards entschieden, beide Standards einer grundlegenden Aktualisierung zuzuführen sowie zeitgerecht eine Evaluierung sowohl in Form einer Befragung auf Landes- und Krankenanstaltenebene als auch auf Basis einer umfassenden Auswertung vorhandener Datenbestände durchzuführen.

Aufgrund der fast identen Zielgruppen (insbesondere in Hinblick auf die Befragung auf Länderebene und im stationären Bereich) war aus fachlicher Sicht eine sich teilweise überschneidende Evaluierung der beiden Standards zielführend, um Ressourcen zu bündeln, Synergiepotenziale zu nutzen und die Compliance im Rahmen der Befragung(en) zu erhöhen.

2 Methode

Neben dem Methodenhandbuch, das globale Vorgaben zur Evaluierung von Qualitätsstandards enthält, sind Details dazu teilweise auch in den Standards selbst geregelt.

Hinsichtlich der Evaluierung ist im QS PBM Folgendes festgehalten (siehe Kapitel 8, S. 32):

Der Auftraggeber (BMASGPK/BGA) hat dafür zu sorgen, dass nach einem im Vorfeld festgelegten Zeitraum die Wirksamkeit des Qualitätsstandards PBM evaluiert wird. Unter anderem ist der Grad der Umsetzung zu erheben. Die Evaluation soll bundesweit und repräsentativ sein.

Die Indikatoren für die Evaluierung werden in Abstimmung zwischen der FG Versorgungsprozesse und der PG Qualitätsstandards (sowie etwaigen weiteren zugezogenen Expertinnen/Experten) ausgewählt. Die Abfrage folgender Indikatoren auf Krankensebene wird vorgeschlagen:

- *Wer ist für die Umsetzung des Qualitätsstandards PBM in der gegenständlichen Einrichtung zuständig?*
- *Welche Maßnahmen wurden bisher gesetzt, um die Anwendung des Qualitätsstandards PBM zu erhöhen?*
- *Welche weiteren Umsetzungsmaßnahmen im Rahmen des PBM sind geplant?*
- *Welche fördernden bzw. hemmenden Faktoren konnten bei der Umsetzung beobachtet werden?*

In weiterer Folge könnten auch ausgewählte Kennzahlen aus Empfehlung F (siehe Kapitel 7.2) im Rahmen der Evaluierung als Indikatoren herangezogen werden:

- *Anzahl der pro Jahr ins Blutdepot übernommenen Blutkomponenten*
- *Anzahl der pro Jahr und Eingriff bereitgestellten Blutkomponenten*
- *Anzahl der pro Jahr und Eingriff transfundierten Blutkomponenten*
- *Anzahl und Prozentsatz der pro Jahr verworfenen Blutkomponenten*

Anmerkung: Die Erhebung dieser Indikatoren soll durch die Krankenanstalten selbst erfolgen. Die Ergebnisse der Evaluierung zur Wirksamkeit dieses QS werden jedoch nicht auf Ebene der Krankenanstalten, sondern für das gesamte österreichische Bundesgebiet dargestellt (kein Benchmarking im Rahmen der Evaluierung des QS).

Die BQLL PRÄOP enthält keine spezifischen Vorgaben zu Umsetzungsmonitoring und Evaluierung. Es sind in der BQLL auch keine Qualitätsindikatoren definiert.

Das vor diesem Hintergrund erarbeitete Evaluationskonzept wurde von der FG VP am 7. November 2024 abgenommen.

Für die Evaluierung wurden folgende Methoden definiert:

- Befragung auf Landesebene zum Umsetzungsstand
- Befragung auf Krankenanstaltenebene zum Umsetzungsstand
- Datenauswertungen
- Informationen aus A-IQI

2.1 Ziele und Nichtziele der Evaluierung

Ziel der schriftlichen Befragung (Fragebogenerhebung) im Rahmen dieser Evaluierung war es, Informationen zur Umsetzung der Empfehlungen der BQLL PRÄOP und des QS PBM zu gewinnen. Diese sollten durch die Auswertung bestehender Daten entsprechend ergänzt werden.

Es war nicht Ziel der Befragung, (repräsentative) Outcomes der Versorgung im Zuge der präoperativen Diagnostik bei elektiven Eingriffen bzw. PBM zu erheben.

Es ist nicht das Ziel der Evaluierung, jedenfalls repräsentative, statistisch signifikante Daten zu erheben und auszuwerten. Vielmehr geht es um eine Einschätzung zur Umsetzung der BQLL bzw. des QS auf Basis vorhandener Datenbestände und einer Befragung, die wesentliche Grundlage der Aktualisierung sein werden.

2.2 Fragebogenerhebung

2.2.1 Befragung auf Landesebene zum Umsetzungsstand

Zur Evaluierung der BQLL PRÄOP und des QS PBM wurden von der FG Versorgungsprozesse zur Befragung auf Landesebene in jedem Bundesland zwei Ansprechpersonen (je ein:e Vertreter:in des Landes und der SV) namhaft gemacht. Diese nominierten Personen wurden per Onlinefragebogen zum Umsetzungsstand des QS PMB befragt.

Den nominierten Personen wurde ausreichend Zeit eingeräumt, notwendige Informationen durch Rücksprache mit Einrichtungen/Institutionen/Ordinationen auf Landesebene zu beschaffen. Der Einblick in den niedergelassenen Bereich sollte durch Rücksprache der SV-Vertreter:in bzw. des SV-Vertreters mit dem bzw. der Kuriensprecher:in der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte des Bundeslandes oder durch Nachfrage in mehreren niedergelassenen Ordinationen sichergestellt werden.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen sind die Ergebnisse der Befragung auf Landesebene (Länder- und SV-Vertreter:innen) in der vorliegenden Publikationsfassung nicht im Detail dargestellt.

2.2.2 Befragung auf Krankenanstaltenebene zum Umsetzungsstand

Die Ländervertreter:innen der Fachgruppe Versorgungsprozesse leiteten den Zugang zu jeweils einem Onlinefragebogen für die Evaluierung der BQLL PRÄOP bzw. des QS PBM an die landeseigenen Krankenanstaltenträger weiter. Ziel war eine möglichst vollständige Teilnahme aller landesfondsfinanzierten Akutkrankenanstalten mit chirurgischer und/oder anästhesiologischer Abteilung bzw. ihrer Träger.

2.2.3 Items der Fragebogenerhebung

Es wurden für die Evaluierung der BQLL PRÄOP und des QS PBM jeweils drei verschiedene Fragebögen entwickelt:

- BQLL PRÄOP Krankenanstalten (kurz: BQLL PRÄOP KA)
- BQLL PRÄOP Ländervertretung (kurz: BQLL PRÄOP Länder)
- BQLL PRÄOP Sozialversicherung (kurz: BQLL PRÄOP SV)
- QS PBM Krankenanstalten (kurz: QS PBM KA)
- QS PBM Ländervertretung (kurz: QS PBM Länder)
- QS PBM Sozialversicherung (kurz: QS PBM SV)

Die Fragebögen befinden sich im Anhang.

Das Fragenset auf Landesebene wurde so zusammengestellt, dass ein Grundset beiden Auskunftspersonen gestellt wurde. Der bzw. die Landes-Zielsteuerungskordinator:in der Sozialversicherung erhielt darüber hinaus spezifische Fragen zum niedergelassenen ärztlichen Bereich, während jene:r der Länder Fragen zum stationären Bereich erhielt.

Aufgrund eines geringen Rücklaufs wurde die initiale rund 4-wöchige Rückmeldefrist um weitere 4 Wochen verlängert, und die Ländervertreter:innen der FG VP wurden ersucht, in den Bundesländern bzgl. der Teilnahme zu urgieren.

Nach Ende der verlängerten Rückmeldefrist haben insgesamt 122 Auskunftspersonen an der Evaluierung teilgenommen, davon 100 Auskunftspersonen auf Ebene der Krankenanstalten bzw. ihrer Träger, 13 Auskunftspersonen der Länder und 9 Auskunftspersonen der SV. Manche Krankenanstaltenträger wählten den Weg einer gesamthaften Beantwortung für ihre Krankenanstalten, weshalb aus den Zahlen der Antworten nicht unmittelbar die Zahl der Krankenanstalten abgeleitet werden kann.

Tabelle 1: Teilnahmen an der Evaluierung

BQLL PRÄOP	Krankenanstalten (53)
	Ländervertretung (6)
	SV (6)
QS PBM	Krankenanstalten (47)
	Ländervertretung (7)
	SV (3)
Gesamt	122

Quelle und Darstellung: GÖG

2.3 Datenauswertung

2.3.1 Qualitätsberichterstattung (QBE)

Seit 2010 betreibt die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur die Website www.qualitaetsplattform.at. Diese Website ermöglicht Krankenanstalten die Teilnahme an der regelmäßig stattfindenden gesetzlich verpflichtenden Qualitätsberichterstattung. Hierfür werden mithilfe eines Onlinefragebogens (Selbstbewertung) verschiedene Qualitätsaspekte und die Erfüllung von Mindestanforderungen an das Qualitätsmanagement je Einrichtung erhoben.

Die auf Selbstbewertungen der Einrichtungen basierenden Daten sind auf aggregierter Ebene für alle Krankenanstalten der Akutversorgung dargestellt und werden überwiegend in Form von Häufigkeitsauszählungen und Prozentanteilen berechnet und ausgewertet. Im vorliegenden Bericht sind für die Evaluierung der BQLL PRÄOP und des QS PBM relevante Fragen der QBE dargestellt. Sofern aufgrund gleichbleibender Fragestellungen bzw. Antwortmöglichkeiten durchführbar, wurden die Ergebnisse aus dem Berichtsjahr 2022 im vorliegenden Bericht jenen aus den Jahren 2017 und 2015 gegenübergestellt, um einen etwaigen Trend im Zeitverlauf abzubilden.

2.3.2 Sektorenübergreifende Patientenbefragung (PaBe)

Mit dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013 wurde die Erhebung der Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem beschlossen. Die regelmäßige Durchführung von sektorenübergreifenden Befragungen zur Patientensichtweise in Hinblick auf die Leistungen im Gesundheitswesen ist im laufenden Bundes-Zielsteuerungsvertrag verankert.

Schwerpunkt der von der GÖG in Kooperation mit Vertreterinnen und Vertretern von Bund, Ländern und Sozialversicherung entwickelten sektorenübergreifenden Patientenbefragung ist die Erhebung der Patientensicht zu den Prozessen innerhalb der einzelnen Versorgungsbereiche sowie insbesondere zu den Abläufen zwischen dem ambulanten und dem stationären Gesundheitsversorgungsbereich.

Im vorliegenden Bericht sind jene Fragen, die direkte oder indirekte Rückschlüsse auf die Umsetzung der BQLL PRÄP und des QS PBM zulassen, jeweils für die Befragungsjahre 2015 und 2022 dargestellt. Die Ergebnisse spiegeln die subjektive Sicht der Patientinnen und Patienten wider.

2.3.3 Daten der SVC zum e-card-Service PROP

Das e-card-Service PROP basiert auf der „Bundesqualitätsleitlinie zur integrierten Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten für die präoperative Diagnostik bei elektiven Eingriffen“ und ermöglicht es, strukturiert und nachvollziehbar durch die Eingabe der personenbezogenen Werte und Informationen sowie unter Berücksichtigung von Vorbefunden eine an das individuelle Risiko angepasste Liste mit benötigten präoperativen Untersuchungen zu ermitteln.

Diese Liste kann sowohl im Krankenhaus als auch im niedergelassenen Bereich erstellt und abgespeichert (= PROP-Befund erfassen) und mit der betreffenden Protokollnummer auch von anderen Leistungserbringern aufgerufen werden (=PROP-Befund abrufen). Basierend auf dieser Liste werden die Untersuchungen durchgeführt bzw. Befunde erstellt (bzw. bestehende Befunde herangezogen) und von der Patientin bzw. dem Patienten der zuständigen Fachärztin bzw. dem zuständigen Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin im operierenden Krankenhaus vorgelegt. Mit dem e-card-Service PROP können keine Befundergebnisse gespeichert oder verschickt werden. (Die eigentlichen Untersuchungen bzw. Befunde sind nicht Teil von PROP.)

Das e-card-Service PROP wird über das e-card-System in zwei Formen zur Verfügung gestellt. Das Service wird einerseits als eigenständiges Webservice (unabhängig von anderen Softwareprodukten) angeboten und andererseits über die standardisierte Schnittstelle „SS12“ zur Integra-

tion in die jeweilige Vertragspartnersoftware (Arztsoftware, Krankenhausinformationssystem etc.) zur Verfügung gestellt. Voraussetzung zur Nutzung von PROP sind demnach ein PC und der Zugang zum e-card-System.

Das Service kann von allen am e-card-System angeschlossenen Ärztinnen und Ärzten und Krankenhäusern genutzt werden.

Das e-card-Service PROP wurde schrittweise ausgerollt. Seit Mai 2013 steht das e-card-Service PROP bundesweit allen am e-card-System angebotenen Krankenhäusern zur Verfügung, seit Mai 2014 ist das e-card-Service auch für alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit e-card-Systemanschluss verfügbar.

Die Daten über die Nutzung des e-card-Service PROP für den Zeitraum 2015 bis 2024 wurden von der Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft m.b.H. (SVC) zur Verfügung gestellt. Diese Daten umfassen die Anzahl der einzelnen erfassten PROP-Befunde sowie die Anzahl der Aufrufe einzelner PROP-Befunde mittels Protokollnummer (selbst erstellter PROP-Befund oder PROP-Befund anderer Leistungserbringer [intra- oder extramural]) bundesweit und nach Bundesländern.

2.3.4 Stationäre Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD)

Das Modell der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung ist das Regelwerk zur bundesweit einheitlichen Bepunktung von stationären Krankenhausaufenthalten. Es umfasst die konkreten Festlegungen zu allen leistungsorientierten Fallpauschalen, zur Intensivbepunktung sowie zu sämtlichen Sonderbereichen (z. B. Palliativbereich) und Spezialfällen (z. B. Tagesklinik).

Krankenhäuser dokumentieren auf Fallebene einen Diagnosen- und Leistungsbericht. Wesentlich hierbei sind die Diagnose nach ICD-10 und die Leistungsdokumentation nach dem Leistungskatalog.

Für die vorliegende Analyse wurden die festgelegten Parameter Präoperative Verweildauer und Tagesklinikanteil aus dem Zielsteuerungsvertrag herangezogen.

2.3.5 Kennzahlen zum Blutkomponentenverbrauch auf Krankenhausebene

Im QS PBM (siehe Kapitel 8, S. 24) wurden für die Evaluierung folgende Kennzahlen zum Blutkomponentenverbrauch vorgeschlagen:

- Anzahl der ins Blutdepot übernommenen Blutkomponenten
- Anzahl der pro Eingriff bereitgestellten Blutkomponenten
- Anzahl der pro Eingriff transfundierten Blutkomponenten
- Anzahl und Prozentsatz der pro Jahr verworfenen Blutkomponenten

Die Kennzahlen wurden durch das BMASGPK bei den Krankenhäusern/-trägern angefragt und anschließend ausgewertet. Die Abfrage der bereitgestellten/transfundierten Blutkomponenten auf Eingriffsebene beschränkt sich auf geplante Hüft- und Knieendoprothesen.

2.3.6 Analyse länderspezifischer Datenbestände/Evaluierungsergebnisse

Es wurden keine länderspezifischen Datenbestände und/oder Evaluierungsergebnisse in diese Analyse einbezogen.

2.4 Informationen aus A-IQI

Im Projekt Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI) werden einerseits Indikatoren zur Ermittlung von Auffälligkeiten genutzt und andererseits das Peer-Review-Verfahren zur Identifikation von Optimierungspotenzial im Behandlungsprozess eingesetzt.

Die Qualitätsindikatoren werden anhand von Krankheitsbildern oder Operationen gebildet. Sie beinhalten ein breites Spektrum von häufigen Standardbehandlungen bis zu hochkomplexen Eingriffen und Krankheitsbildern. Datengrundlagen sind Routinedaten (leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung) oder Registereingaben der Krankenhäuser. Für den vorliegenden Bericht sind die Kennzahlen aus dem Kapitel „Transfusionen, Patient Blood Management“ relevant.

Die Bearbeitung der einzelnen Themengebiete in Peer-Review-Verfahren erfolgt nach jährlich festgelegten Schwerpunkten. Die einzelnen Verfahren werden im Krankenhaus vor Ort von externen, unabhängigen, erfahrenen und geschulten leitenden Ärztinnen und Ärzten (Peers) durchgeführt. Das Peer-Review-Team besteht aus 3 bis 5 Peers unterschiedlicher Fachrichtungen und bewertet die zentral ausgewählten Fälle anhand definierter Kriterien. Das Herzstück des Verfahrens ist die gemeinsame Diskussion der Einzelfälle mit den Ärztinnen und Ärzten des Krankenhauses und eine anschließende gemeinsame Festlegung von Verbesserungsmaßnahmen. Zu den Themen präoperative Diagnostik und Patient Blood Management finden sich regelmäßig detaillierte Optimierungsvorschläge in den einzelnen Verfahren.

3 Ergebnisse

Die Ergebnisse der Evaluierung werden im vorliegenden Evaluierungsbericht aufbereitet. Wie im QS PBM festgehalten (siehe Kapitel 8, S. 24), werden die Ergebnisse der Evaluierung zum QS PBM nicht auf Ebene der Krankenanstalten, sondern für das gesamte österreichische Bundesgebiet dargestellt (kein Benchmarking im Rahmen der Evaluierung des QS). Eine Veröffentlichung von Evaluierungsergebnissen auf Länderebene ist nicht vorgesehen.

Die Evaluierungsergebnisse sollen bei der Aktualisierung der BQLL PRÄOP und des QS PBM berücksichtigt werden.

Die Teilnahme an den Befragungen ist in Tabelle 1 angeführt.

Die Freitextantworten der Befragungsteilnehmer:innen werden in den nachfolgenden Tabellen überwiegend als wörtliche Zitate wiedergegeben (teilweise wurden Zusammenfassungen/Clusteringen sowie redaktionelle Korrekturen vorgenommen).

3.1 Ergebnisse der Fragebogenerhebung auf Krankenanstaltenebene

3.1.1 BQLL PRÄOP

3.1.1.1 Bundesland

Tabelle 2: Ergebnisse zu Frage 1 (BQLL PRÄOP KA): Bitte geben Sie Ihr Bundesland an.

Burgenland	4
Kärnten	3
Niederösterreich	7
Oberösterreich	4
Salzburg	6
Steiermark	13
Tirol	7
Vorarlberg	4
Wien	5
Gesamt	53

Quelle und Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis auf Bundesebene:

An der Befragung haben insgesamt 53 Personen aus allen 9 Bundesländern teilgenommen. Die in absoluten Zahlen größte Beteiligung gab es in der Steiermark, gefolgt von Niederösterreich und Tirol. In einzelnen Bundesländern erfolgte die Beantwortung auf Krankenanstaltenträgerebene, sodass mit einer Beantwortung mehrere Krankenanstalten umfasst wurden (siehe nächster Punkt). Angaben von Trägern für mehrere Krankenanstalten wurden prozentuell als eine Antwort gewertet.

3.1.1.2 Einzel- bzw. Mehrfachstandort

Tabelle 3: Ergebnisse zu Frage 2 (BQLL PRÄOP KA): Erfolgt die Fragenbeantwortung für eine einzelne Krankenanstalt oder für Mehrfachstandortkrankenanstalten („Verbund“)?

Einzelstandort	39
Mehrfachstandort	14
Gesamt	53

Quelle und Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis auf Bundesebene:

Knapp drei Viertel der Auskunftspersonen gaben an, dass es sich bei der teilnehmenden Krankenanstalt um einen Einzelstandort handelt, während etwa ein Viertel der Auskunftspersonen die Befragung für einen Mehrfachstandort bzw. einen Krankenanstaltenträger (Wertung wie „Mehrfachstandort“) ausfüllten.

3.1.1.3 Krankenanstaltentyp

Tabelle 4: Ergebnisse zu Frage 3 (BQLL PRÄOP KA): Um welchen Krankenanstaltentyp handelt es sich?

Schwerpunktkrankenanstalt	15
Sonderkrankenanstalt	1
Standardkrankenanstalt	33
Zentralkrankenanstalt	4
Gesamt	53

Quelle und Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis auf Bundesebene:

Aufgrund der Erhebungsmethodik (siehe Kapitel 2.2.2) erging die Befragung an landesgesundheitsfondsfinanzierte Akutkrankenanstalten.

Bei über 60 Prozent der teilnehmenden Krankenanstalten handelt es sich um eine Standardkrankenanstalt. Mehr als ein Viertel der Rückmeldungen kam von Schwerpunktkrankenanstalten. Eine geringe Anzahl an Antworten wurde von Sonder- bzw. Zentralkrankenanstalten abgegeben.

3.1.1.4 SOP in KA zur präoperativen Abklärung

Tabelle 5: Ergebnisse zu Frage 4 (BQLL PRÄOP KA): Gibt es in Ihrer Krankenanstalt eine abteilungsübergreifende SOP zur präoperativen Abklärung?

ja	45
nein	8
Gesamt	53

Quelle und Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis auf Bundesebene:

Während bei 85 Prozent der teilnehmenden Krankenanstalten eine abteilungsübergreifende SOP zur präoperativen Abklärung vorliegt, ist dies bei 15 Prozent der teilnehmenden Krankenanstalten nicht der Fall.

3.1.1.5 Kenntnis BQLL PRÄOP

Tabelle 6: Ergebnisse zu Frage 5 (BQLL PRÄOP KA): Kennen Sie die Bundesqualitätsleitlinie Präoperative Diagnostik (BQLL PRÄOP)?

ja	51
nein	2
Gesamt	53

Quelle und Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis auf Bundesebene:

Bis auf zwei Krankenanstalten ist die Bundesqualitätsleitlinie Präoperative Diagnostik (BQLL PRÄOP) allen teilnehmenden Krankenanstalten bekannt.

3.1.1.6 Verantwortlichkeit zur Umsetzung der BQLL PRÄOP in Einrichtung

Tabelle 7: Ergebnisse zu Frage 6 (BQLL PRÄOP KA): Wer ist für die Umsetzung der BQLL PRÄOP in Ihrer Einrichtung zuständig und verantwortlich? (Mehrfachantworten möglich)

Abteilungsleiter:in	40
leitende Oberärztin bzw. leitender Oberarzt	11
Qualitätsmanager:in	9
Geschäftsführung	6
Sonstiges	7 Ärztliche Direktion (2), Standortleitung, Oberärztinnen bzw. Oberärzte, Zuweiser/Niedergelassene, Leiter der Präanästhesieambulanz, Vorstand
Gesamt	73 (Mehrfachantworten)

Quelle und Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis auf Bundesebene:

In einem Großteil der teilnehmenden Krankenanstalten ist die Abteilungsleitung für die Umsetzung der BQLL PRÄOP zuständig und verantwortlich. Des Weiteren sind mit dieser Aufgabe auch leitende Oberärztinnen bzw. Oberärzte, Qualitätsmanager:innen und die Geschäftsführung be-
traut.

3.1.1.7 Präanästhesie- bzw. Narkoseambulanz

Tabelle 8: Ergebnisse zu Frage 7 (BQLL PRÄOP KA): Gibt es in Ihrer Krankenanstalt eine Präanästhesie- bzw. Narkoseambulanz?

ja	50
nein	3
Gesamt	53

Quelle und Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis auf Bundesebene:

In 50 von 53 teilnehmenden Krankenanstalten ist eine Präanästhesie- bzw. Narkoseambulanz vorhanden.

3.1.1.8 Einschätzung des Umsetzungsgrads der BQLL PRÄOP in Einrichtung

Tabelle 9: Ergebnisse zu Frage 8 (BQLL PRÄOP KA): Wie schätzen Sie den Umsetzungsgrad der BQLL PRÄOP in Ihrer Einrichtung ein?

teilweise umgesetzt	25
vollständig umgesetzt	28
gar nicht umgesetzt	0
Gesamt	53

Quelle und Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis auf Bundesebene:

47 Prozent der Auskunftspersonen haben angegeben, dass sie den Umsetzungsgrad der BQLL PRÄOP als teilweise umgesetzt ansehen, während 53 Prozent eine vollständige Umsetzung rückgemeldet haben. In keiner Krankenanstalt wurde die BQLL PRÄOP gar nicht umgesetzt.

3.1.1.9 Einsatz EDV-Lösung zur Umsetzung der BQLL PRÄOP in Einrichtung

Tabelle 10: Ergebnisse zu Frage 9 (BQLL PRÄOP KA): Welche EDV-Lösung zur Umsetzung der BQLL PRÄOP wird in Ihrer Einrichtung eingesetzt?

Präanästhesieprogramm mit KIS-Verknüpfung	38
Präanästhesieprogramm ohne KIS-Verknüpfung	6
e-card-Service PROP	1
Sonstiges	8 eigene Adaptierung im KIS (OBRIS), KIS, MedCasol, openforms, Medocs, schriftlich mit Durchschlag in das KIS eingescannt
Gesamt	53

Quelle und Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis auf Bundesebene:

Über 70 Prozent der teilnehmenden Krankenanstalten verwenden ein Präanästhesieprogramm, das über eine KIS-Verknüpfung verfügt, während bei etwa einem Zehntel keine KIS-Verknüpfung besteht. Lediglich eine Krankenanstalt nutzt das e-card-Service PROP.

3.1.1.10 Gesetzte Maßnahmen zur Erhöhung der Umsetzung der BQLL PRÄOP

Tabelle 11: Ergebnisse zu Frage 10 (BQLL PRÄOP KA): Welche Maßnahmen wurden bisher gesetzt, um die Anwendung der BQLL PRÄOP zu erhöhen?

Standardisierung (SOPs, Prozessdefinition, Handlungsanweisungen, Checklisten etc.) (13)
Fortbildung, Schulungen (10)
Informations- und Kommunikationsmaßnahmen (7)
Qualitätsmanagement inkl. Audits (5)
Nutzung digitaler Tools, insbesondere im Rahmen des PDMS (5)
organisatorische Maßnahmen („Aufnahmestraße“, zusätzliches administratives Personal und klare Aufgabenverteilung, Termin-/Bestellambulanz, integrierte Aufnahmeplanung) (5)
digitale Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten zum Zwecke der Papierreduktion (keine sensiblen Daten, nur Organisation), telemedizinisches Aufklärungsangebot, wo rechtlich möglich und fachlich sinnvoll (ökologischer Ansatz, Vermeidung langer Reisen der Patientinnen und Patienten)
Evaluierung Team-Time-Out; Veröffentlichung von CIRS-Fällen; Etablierung eines Risikotools; OP-Statut zunehmend ambulante Patientinnen und Patienten, Kontakt mit niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten
Einbeziehung der Befunde externer Kolleginnen und Kollegen
aktive Teilnahme an der ARGE PROP ÖGARI
Befundanforderung differenziert nach ASA-Klassifikation, Eingriffsschwere und Anamnese
Erweiterung der Ambulanzräumlichkeiten
prästationärer Aufnahmeprozess, OP-Management verbessert
Risikoeinschätzung, je nach Ergebnis Mitnahme von Befunden

Quelle und Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis auf Bundesebene:

Am häufigsten wurden die Durchführung von Schulungen sowie die Verwendung von SOPs als gesetzte Maßnahmen zur Umsetzung genannt.

3.1.1.11 Fördernde und hemmende Faktoren bei Umsetzung

Tabelle 12: Ergebnisse zu Frage 11 (BQLL PRÄOP KA): Welche fördernden bzw. hemmenden Faktoren konnten bei der Umsetzung beobachtet werden?

fördernde Faktoren	Motivation/Interesse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Akzeptanz (5)
	Standardisierung (SOPs, Vorgaben etc.) (4)
	Digitalisierung/IT-Tools (4)
	abteilungsübergreifende Zusammenarbeit (3)
	Schulungen (2)
	Anästhesie-Ambulanz
	bei den operativen Partnern noch nicht verwirklicht
	ISO-Zertifizierung; Risikomanagement; QSK und div. Arbeitsgruppen; CIRS-Team
	Risikominimierung
	top-down
	eigener Anästhesie-Prämedikationsraum im Haus
	Kostenreduktion
	Beharren auf BQLL-Vorgaben; Installation einer Ambulanzsekretärin, Bestellambulanz
	Vereinheitlichung von Anamnese und Untersuchung
	weniger Aufwand durch Befundreduktion
	personelle Anpassung
	PDMS
	Terminambulanz, koordinierte Ambulanzprozesse, OP-Plantreue
	wiederholtes Hinweisen auf Erfordernis der Umsetzung; Information, um Planbarkeit zu optimieren (Argument für Chirurgeninnen und Chirurgen), und Patientensicherheit
	tw. Auslagerung der Befundbestimmung in den niedergelassenen Bereich
Implementierung Patient Blood Management, insbesondere für OTR-Patientinnen und -Patienten	
hemmende Faktoren	fehlendes Wissen bzw. mangelnde Compliance, mangelnde interne Kooperation und Kommunikation (11)
	mangelhafte Usability digitaler Anwendungen bzw. Zeitaufwand/-verzögerung durch Umsetzung/Nutzung von digitalen Tools (8)
	strukturelle Probleme (Zeitdruck, Personalengpässe etc.) (7)
	fehlende Kooperation, Kapazitäten bzw. fehlendes Wissen des niedergelassenen Bereichs (7)
	hoher bürokratischer Aufwand (3)
	Angst vor einer Strafkultur
	die nicht vorhandenen zuvor durchgeführten Untersuchungen in ELGA, Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten ist quasi nicht vorhanden
	Patientinnen und Patienten werden zum Teil zu spät vorgestellt, wenn Zusatzuntersuchungen notwendig sind, muss der OP-Termin verschoben werden.
	juristisch kann eine Aufklärung extramural nicht erfolgen, Befunderstellung extramural kostentechnisch zulasten des KH
	heterogenes Patientengut
	Patientenmorbidity
	Personalmangel
	Ausmaß der Laborabklärung
	ländliche Struktur mit weiten Wegen
	sehr späte Vorstellung der Patientinnen und Patienten in der AN-Ambulanz

Quelle und Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis auf Bundesebene:

Die von den Auskunftspersonen am häufigsten genannten fördernden Faktoren sind, nach Akzeptanz/Interesse und Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Nutzung digitaler Anwendungen, klare Vorgaben durch SOPs, abteilungsübergreifende Zusammenarbeit und Schulungen.

Als hemmende Faktoren haben die meisten Auskunftspersonen mangelnde Digitalisierung sowie strukturelle und personelle Rahmenbedingungen genannt.

3.1.1.12 Maßnahmen, die den Anwendungsgrad erhöhen könnten

Tabelle 13: Ergebnisse zu Frage 12 (BQLL PRÄOP KA): Welche Maßnahmen könnten aus Ihrer Sicht den Anwendungsgrad (weiter) erhöhen?

Digitalisierung ausbauen, Usability digitaler Anwendungen erhöhen (14)
(Rück-)Verlagerung der präoperativen Befundung in den niedergelassenen Bereich (5)
Informations- und Kommunikationsmaßnahmen, insbesondere des niedergelassenen Bereichs (4)
Prozessoptimierung und SOPs (4)
Schulung und Fortbildung (3)
prospektive Fehlerkultur in der Medizin weiterentwickeln; prospektive Risikoaudits; Awareness bei den unterschiedlichen Berufsgruppen schärfen (Speak up)
QM-Evaluierungen
Bindung finanzieller Ressourcen an Einhaltung der Vorgaben
Statement QM: Vorleben der Abteilungsleitung und Einforderung der Einhaltung dieser SOP bzw. BQLL sowie Sanktionierung bei Nichteinhaltung, Einbindung der Mitarbeiter:innen bei der Implementierung
gezielte Weiterbildungen für die Allgemeinmediziner:innen
pflegerische und administrative Unterstützung einer Präanästhesieambulanz, Schaffung von Ausstattungsstandards von Anästhesieambulanzbereichen
Anwendung erfordert das Ausarbeiten von lokalen Lösungen, welche personelle Ressourcen erfordern. Vereinfachung/Entbürokratisierung; den zeitlichen Aufwand für jede Anwendung in Zusammenhang mit der vorhandenen Personalleistung bringen und Prioritäten setzen, je nach Wirksamkeit
Reduktion der Laborabklärungen
bessere Personalressource
rechtzeitige Vorstellung der Patientin bzw. des Patienten in der AN-Ambulanz
Beachten der vorgeschriebenen Befunde und nicht schon mit allen Befunden in das KH bestellen
klare Vorgaben vonseiten des Vorstands
bessere Zusammenarbeit und Kommunikation mit den Kolleginnen und Kollegen der chirurgischen Fächer

Quelle und Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis auf Bundesebene:

Laut Angaben der Auskunftspersonen könnten ein Ausbau der Digitalisierung, die Verbesserung der Usability sowie eine (Rück-)Verlagerung der präoperativen Befundung in den niedergelassenen Bereich Prozessoptimierung und SOPs sowie Informations- und Kommunikationsmaßnahmen, insbesondere im niedergelassenen Bereich, zur Erhöhung des Anwendungsgrads beitragen.

3.1.1.13 Weitere geplante Umsetzungsmaßnahmen

Frage im Rahmen der Evaluierung: Sind weitere Umsetzungsmaßnahmen im Rahmen der BQLL PRÄOP geplant? Wenn ja, welche?

Tabelle 14: Ergebnisse zu Frage 13a (BQLL PRÄOP Länder): Sind weitere Umsetzungsmaßnahmen im Rahmen der BQLL PRÄOP geplant?

ja	17
nein	36
Gesamt	53

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle 15: Ergebnisse zu Frage 13b (BQLL PRÄOP KA): Wenn ja, welche weiteren Umsetzungsmaßnahmen sind im Rahmen der BQLL PRÄOP geplant?

Ausbau/Aktualisierung/Optimierung von Standards wie SOPs, Patientenfzade etc. (8)
Implementierung/Verbesserung digitaler Tools (4)
Informations-/Kommunikationsmaßnahmen und Schulungen (3)
Evaluierung von HIV-Blutabnahmen
Evaluierung des prästationären Prozesses
Qualitätszirkel

Quelle und Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis auf Bundesebene:

36 von 53 Auskunftspersonen gaben an, dass keine weiteren Umsetzungsmaßnahmen geplant sind.

Jene 17 Auskunftspersonen, die weitere Umsetzungsmaßnahmen geplant haben, sehen diese hauptsächlich im Bereich des Qualitätsmanagements, wie im Er- bzw. Überarbeiten von SOPs und der Durchführung von Evaluierungen.

3.1.1.14 Erbringung der präoperativen Leistungen

Tabelle 16: Ergebnisse zu Frage 14 (BQLL PRÄOP KA): Wo werden die präoperativen Leistungen für Patientinnen und Patienten Ihrer Einrichtung im Regelfall erbracht? Bitte geben Sie an, wie die Vorgehensweise für den überwiegenden Teil der Patientinnen und Patienten (> 50 %) ist.

Anfordern der benötigten präoperativen Befunde im Krankenhaus und Erstellen der Befunde im Krankenhaus	27
Anfordern der präoperativen Befunde im Krankenhaus und Erstellen der Befunde im niedergelassenen Bereich	16
Abrufen der Liste der angeforderten präoperativen Befunde durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und Erstellen der Befunde im niedergelassenen Bereich	6
Sonstiges	4 50/50 zwischen PROP + Befund im KH und PROP + Befund im niedergelassenen Bereich; Punkt zwei fast nicht existent 50/50 Anfordern der präoperativen Befunde im Krankenhaus und Erstellen der Befunde im niedergelassenen Bereich und Anfordern der benötigten präoperativen Befunde im Krankenhaus und Erstellen der Befunde im Krankenhaus je nach OP und benötigter Untersuchung im KH oder außerhalb tw. 1 und 3
Gesamt	53

Quelle und Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis auf Bundesebene:

Rund die Hälfte der präoperativen Leistungen werden im Krankenhaus angefordert und dort befundet. Etwas weniger als ein Drittel der präoperativen Leistungen werden im Krankenhaus angefordert und die Befunde im niedergelassenen Bereich erstellt. In etwa einem Zehntel der Fälle findet sowohl die Anforderung als auch die Befunderstellung ausschließlich im niedergelassenen Bereich statt.

3.1.1.15 Präoperative Abklärung im Krankenhaus

Tabelle 17: Ergebnisse zu Frage 15 (BQLL PRÄOP KA): Findet die präoperative Abklärung in Ihrer Krankenanstalt aus Ihrer Sicht überwiegend zeitgerecht (gemäß BQLL) vor der geplanten Operation statt?

ja	47
nein	6
Gesamt	53

Quelle und Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis auf Bundesebene:

47 von 53 Auskunftspersonen gaben an, dass die präoperative Abklärung in der jeweiligen Krankenanstalt überwiegend zeitgerecht (gemäß BQLL) vor der geplanten Operation stattfindet.

3.1.2 QS PBM

3.1.2.1 Bundesland

Tabelle 18: Ergebnisse zu Frage 1 (QS PBM KA): Bitte geben Sie Ihr Bundesland an.

Burgenland	3
Kärnten	3
Niederösterreich	8
Oberösterreich	4
Salzburg	5
Steiermark	9
Tirol	6
Vorarlberg	4
Wien	5
Gesamt	47

Quelle und Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis auf Bundesebene:

Es haben Auskunftspersonen aus allen Bundesländern an der Befragung teilgenommen. Mit mehr als einem Drittel der Teilnehmer:innen sind Niederösterreich und die Steiermark in absoluten Zahlen am häufigsten vertreten. In einzelnen Bundesländern erfolgte die Beantwortung auf Krankenanstaltenträgerebene, sodass mit einer Beantwortung mehrere Krankenanstalten umfasst wurden (siehe nächster Punkt). Angaben von Trägern für mehrere Krankenanstalten wurden prozentuell als eine Antwort gewertet.

3.1.2.2 Einzel- bzw. Mehrfachstandort

Tabelle 19: Ergebnisse zu Frage 2 (QS PBM KA): Erfolgt die Fragenbeantwortung für eine einzelne Krankenanstalt oder für Mehrfachstandortkrankenanstalten („Verbund“)?

Einzelstandort	34
Mehrfachstandort	13
Gesamt	47

Quelle und Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis auf Bundesebene:

Für rund 70 Prozent der teilnehmenden Krankenanstalten erfolgte die Beantwortung der Fragen für einen Einfachstandort, etwa 30 Prozent der Auskunftspersonen füllten die Fragen für einen

Mehrfachstandort (Verbund) bzw. einen Krankenanstaltenträger (Wertung wie „Mehrfachstandort“) aus.

3.1.2.3 Krankenanstaltentyp

Tabelle 20: Ergebnisse zu Frage 3 (QS PBM KA): Um welchen Krankenanstaltentyp handelt es sich?

Schwerpunktkrankenanstalt	14
Sonderkrankenanstalt	1
Standardkrankenanstalt	29
Zentralkrankenanstalt	3
Gesamt	47

Quelle und Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis auf Bundesebene:

60 Prozent der Rückmeldungen beziehen sich auf Standardkrankenanstalten, knapp ein Drittel entfällt auf Schwerpunktkrankenanstalten und weniger als ein Zehntel auf Sonder- und Zentralkrankenanstalten.

3.1.2.4 SOP in KA zu PBM

Tabelle 21: Ergebnisse zu Frage 4a (QS PBM KA): Gibt es in Ihrer Krankenanstalt eine abteilungsübergreifende SOP zum Patient Blood Management (PBM)?

ja	37
nein	10
Gesamt	47

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle 22: Ergebnisse zu Frage 4b (QS PBM KA): Wenn es in Ihrer Krankenanstalt eine abteilungsübergreifende SOP zum Patient Blood Management (PBM) gibt, berücksichtigt diese auch Prozesse im Rahmen der präoperativen Abklärung?

ja	33
nein	4
Gesamt	37

Quelle und Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis auf Bundesebene:

Über drei Viertel der teilnehmenden Krankenanstalten verfügen über eine abteilungsübergreifende SOP zum Patient Blood Management, fast alle berücksichtigen darin auch Prozesse im Rahmen der präoperativen Abklärung.

3.1.2.5 Kenntnis QS PBM

Tabelle 23: Ergebnisse zu Frage 5 (QS PBM KA): Kennen Sie den Qualitätsstandard Patient Blood Management (PBM)?

ja	46
nein	1
Gesamt	47

Quelle und Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis auf Bundesebene:

Mit Ausnahme einer Krankenanstalt ist der Qualitätsstandard PBM allen teilnehmenden Einrichtungen bekannt.

3.1.2.6 Verantwortlichkeit zur Umsetzung des QS PBM in der Einrichtung

Tabelle 24: Ergebnisse zu Frage 6 (QS PBM KA): Wer ist für die Umsetzung des QS PBM in Ihrer Einrichtung zuständig und verantwortlich? (Mehrfachnennungen möglich)

Abteilungsleiter:in	27
leitende Oberärztin bzw. leitender Oberarzt	16
Qualitätsmanager:in	7
Geschäftsführung	4
Sonstiges	14 OPM, Blutdepotbeauftragter (3), Blutdepotbeauftragter: OÄ bzw. OA, Labormediziner:in, Ärztliche Direktion, OÄ bzw. OA, Transfusionsbeauftragter (2), Abteilungsleiter:in, Vorstand, Zusammenarbeit Blutbank – Anästhesie – Chirurgie – Orthopädie/Traumatologie
Gesamt	68 (Mehrfachnennungen möglich)

Quelle und Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis auf Bundesebene:

Bei 40 Prozent der teilnehmenden Krankenanstalten ist die Abteilungsleitung für die Umsetzung des QS PBM zuständig, gefolgt von leitenden Oberärztinnen und Oberärzten (ein Drittel). Das Qualitätsmanagement bzw. die Geschäftsführung sind bei einem Fünftel der Häuser dafür zuständig.

3.1.2.7 Gesetzte Maßnahmen zur Erhöhung der Umsetzung des QS PBM

Tabelle 25: Ergebnisse zu Frage 7 (QS PBM KA): Welche Maßnahmen wurden bisher gesetzt, um die Anwendung des QS PBM in Ihrer Einrichtung zu erhöhen?

organisatorische Maßnahmen (Blutbedarfs- bzw. -bereitstellungslisten, blutsparende Techniken/Maßnahmen, „Einkonservenstrategie“ etc.) (19)
Standardisierung (SOP, Leitlinie/Leitfaden, Patientenpfad etc.) (13)
Schulung, Aus- und Fortbildung (13)
Qualitätsmanagement und Evaluierung (7)
Kommunikationsmaßnahmen (Besprechungen, Berichterstattung, Kommissionen etc.) (6)
PBM-Karte in Kitteltaschenformat
Pocketcards, Blutröhrchensoftware
sorgfältige Blutstillung, Cell Saver
Umsetzung aller geforderten Maßnahmen der Säule 2 und 3 des PBM
Umwandlung der Transfusionskommission in eine PBM-Kommission
präoperatives Anämie-Management bei Patient:in hinsichtlich reversibler Anämie-Ursachen, prähospitaler Eisensubstitution in Kooperation mit Hausärztinnen bzw. Hausärzten bzw. intrahospitaler Eisensubstitution
regelmäßige Rücksprache mit der Blutzentrale
noch in Planung
PBM wird beim größten Verbraucher ab Blutkonserven (Unfall/Orthopädie) konsequent umgesetzt, auch im Sinne von Anämie-Screening und -Therapie
PBM wird umgesetzt und gelebt – insbesondere von Anästhesie/Geburtshilfe und Transfusionsmedizin. Allein in der Transfusionsmedizin wurde in den vergangenen 2 Jahren die Zahl der PBM-Behandlungen verdreifacht.

Quelle und Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis auf Bundesebene:

Schulungen, Fortbildungen, SOPs und Kommunikation sind, nach organisatorischen Maßnahmen, die meistgenannten Maßnahmen der Auskunftspersonen zur Erhöhung der Anwendung des QS PBM in den jeweiligen Einrichtungen.

3.1.2.8 Weitere geplante Umsetzungsmaßnahmen

Tabelle 26: Ergebnisse zu Frage 8a (QS PBM KA): Sind weitere Umsetzungsmaßnahmen im Rahmen des QS PBM geplant?

ja	16
nein	31
Gesamt	47

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle 27: Ergebnisse zu Frage 8b (QS PBM KA): Wenn ja, welche weiteren Umsetzungsmaßnahmen sind im Rahmen des QS PBM geplant?

(Verbesserung von) Informationsmaßnahmen und Schulung (4)
Ausbau/Optimierung von Standards (SOP, Patientenpfade etc.) (3)
werden vom Fachbeirat Transfusionsmedizin gerade erarbeitet
Geplant sind ein Anämie-Screening in der Ambulanz sowie die detaillierte Abklärung über die Anästhesieambulanz. Die indikationsbezogene Behandlung der Anämie soll im tagesklinischen Setting erfolgen.
Hb-Messung nach OP-Indikationsstellung
i. v. Eisengabe bei geburtshilflichen Patientinnen mit Eisenmangelanämie
Verbesserung des EK-Verwurfs – Umsetzen der Transfusionstrigger, Einkonservenstrategie
Rückführung nicht gebrauchter EKs: bisher von der Blutzentrale nicht gewünscht
Einrichten eines 0-EK-Blutdepots für Notfalltransfusionen: bisher von der Blutzentrale nicht gewünscht
Ausarbeiten eines PBM-Handpockets für die Kitteltasche
bessere Strukturierung
häufiger stattfindende Sitzungen der Transfusionskommission
Anämie-Screening und -Therapie onkologische Chirurgie

Quelle und Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis auf Bundesebene:

Laut fast zwei Drittel der Auskunftspersonen sind keine weiteren Umsetzungsmaßnahmen des QS PBM geplant. Jene Krankenanstalten, die weitere Umsetzungsmaßnahmen planen, sehen diese überwiegend in der Verbesserung von Informationsmaßnahmen und der Durchführung von Schulungen sowie der Optimierung von SOPs.

3.1.2.9 Fördernde und hemmende Faktoren bei Umsetzung

Tabelle 28: Ergebnisse zu Frage 9 (QS PBM KA): Welche fördernden bzw. hemmenden Faktoren konnten bei der Umsetzung des QS PBM in Ihrer Einrichtung beobachtet werden?

fördernde Faktoren	Aus- und Fortbildung, Schulungen (6)
	Kommunikationsmaßnahmen (z. B. Pocketcards, Teambesprechungen etc.) (6)
	Awareness, Engagement der Mitarbeiter:innen (5)
	bestehende Richtlinien
	EK-Ersparnis
	Kostendruck
	neue OP-Techniken, z. B. lokale Infiltrationsanästhesie (LIA)
	wiederkehrende Konservenengpässe
	Reduktion der Transfusionen
	Schaffung einer wirklichen präoperativen Ambulanz mit Pflege und Administration, die Patientinnen und Patienten lenkt und in einer Institution Standard zur Säule 1 umsetzt
	sehr niedrige Transfusionstrigger
	gute Kooperation mit der Blutzentrale, gute Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten
	Zuständigkeiten klären, Ressourcen bereitstellen
	CIRS, Dokumentenlenkungssystem
	rückläufige Trends bestärken die MA, blutungsarme OP-Methoden, diverse Optionen auf dem Gerinnungssektor, Vorstellung der Patientinnen und Patienten im niedergelassenen Bereich mit Anämieabklärung und zunehmend Eisentherapie dort
hemmende Faktoren	mangelnde Ressourcen (strukturell, personell) (8)
	mangelnde Awareness bzw. Compliance (7)
	zunehmend internistische Fälle ohne tatsächliche Überlebensprognose
	Kooperation der einzelnen Abteilungen/Krankenanstalten miteinander
	Mangel an Lehrpersonal und Ressourcen
	fehlende Einschulung bzw. Info-Übergabe an neue Teammitglieder
	unklare Zuständigkeiten für die präoperative Vorbereitung
	kein Patientenkollektiv, wo PBM möglich
	hemmend: Einzelne Punkte unserer Anliegen sind im Sinne der Sicherheit laut Blutzentrale nach Nutzen/Risiko-Evaluierung zum aktuellen Zeitpunkt nicht umsetzbar.
	hemmend: Einkonservenstrategie wird nicht ausnahmslos umgesetzt.
	hemmend: Ohne eigenständiges Blutdepot oder eine Rückführung von EKs ist eine weitere Reduktion der Verwurfsrate durch anfallende Notfälle schwierig.
	zu späte Vorstellung vor OP
Patientinnen und Patienten zunehmend höheren Alters, vorerkrankt, blutverdünn (,lieber nicht zu weit runterlassen“, da sonst zu rasch gefühlt im Risikobereich)	

Quelle und Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis auf Bundesebene:

Aus- und Fortbildung, Schulungen, Kommunikationsmaßnahmen und Bewusstseinsbildung werden am häufigsten als fördernde Faktoren beobachtet. Mangelnde Ressourcen und Compliance werden als hemmende Faktoren identifiziert.

3.1.2.10 Maßnahmen, die Anwendungsgrad erhöhen könnten

Tabelle 29: Ergebnisse zu Frage 10 (QS PBM KA): Welche Maßnahmen könnten aus Ihrer Sicht den Anwendungsgrad (weiter) erhöhen?

Aus- und Fortbildung, regelmäßige Schulungen und Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung (11)
verstärkte Kooperation und Kommunikation (intramural und an den Schnittstellen) (4)
Standards (SOPs) und klare Vorgaben seitens der Führung (4)
ausreichende (Personal-)Ressourcen (3)
Therapiemöglichkeiten im extramuralen Bereich
Onlineversion
kompetente Palliativmedizin
exakte Planung und frühzeitige Einbindung in die anästhesiologische Betreuung von chirurgischen Eingriffen
keine weiteren notwendig
Integration der Mitarbeiter:innen bei der Implementierung
Änderung der krankenanstaltenrechtlichen Zuständigkeit für die präoperative Vorbereitung: Die präoperative Anämiekorrektur vor elektiven OPs sollte im niedergelassenen Bereich erfolgen und dort ausreichend vergütet werden. Oder: bessere Vergütung der präoperativen Vorbereitung im stationären Bereich
Schaffung präoperativer Einheiten, die alle präoperativen Befunde anordnen und zum Großteil selbst durchführen und Behandlungen selbst durchführen
Einkonservenstrategie, frühzeitige Anämiekorrektur/Eisensubstitution, Rückführung nicht gebrauchter EKs an die Blutzentrale
CIRS und Analyse

Quelle und Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis auf Bundesebene:

Die Auskunftspersonen sehen Aus- und Fortbildung, regelmäßige Schulungen und Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung sowie verstärkte Kooperation und Kommunikation als Maßnahmen, um den Anwendungsgrad des QS PBM (weiter) zu erhöhen.

3.1.2.11 Spezifische Ausbildung zum PBM in Einrichtung

Tabelle 30: Ergebnisse zu Frage 11 (QS PBM KA): Gibt es in Ihrer Krankenanstalt Personen, die eine spezifische Ausbildung zum PBM absolviert haben (z. B. Fortbildung der ÖGARI, Master-Studiengang)?

ja	28
nein	19
Gesamt	47

Quelle und Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis auf Bundesebene:

In knapp 60 Prozent der Krankenanstalten verfügen eine oder mehrere Personen über eine spezifische Ausbildung zum PBM.

3.1.2.12 Monitoring/Berichte zum Blutverbrauch und/oder PBM

Tabelle 31: Ergebnisse zu Frage 12 (QS PBM KA): Gibt es in Ihrer Krankenanstalt ein Monitoring bzw. Berichte zum Blutverbrauch und/oder zum PBM?

ja	43
nein	4
Gesamt	47

Quelle und Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis auf Bundesebene:

Über 90 Prozent der teilnehmenden Krankenanstalten führen ein Monitoring durch bzw. erstellen Berichte zum Blutverbrauch und/oder zum PBM.

3.2 Ergebnisse der Datenauswertung

3.2.1 Daten aus der Qualitätsberichterstattung (QBE)

Wie in Kapitel 2.3.1 ausgeführt, werden im Rahmen der QBE die Angaben von Krankenanstalten der Akutversorgung erhoben und ausgewertet.

3.2.1.1 Strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit

Tabelle 32: Wie werden Mitarbeiter:innen über aktuelle Gesetze, Verordnungen, Bundesqualitätsstandards, Leitlinien und Fachempfehlungen informiert? (Mehrfachantworten möglich)

Berichtsjahr	2015		2017		2022	
	Österreich (N = 161)		Österreich (N = 155)		Österreich (N = 170)	
	Prozent	Fälle	Prozent	Fälle	Prozent	Fälle
elektronisches Dokumentenlenkungssystem	47,8 %	77	52,9 %	82	67,6 %	115
Bereitstellung im Intranet (u. a. Links zu Webseiten von Fachverbänden)	77,6 %	125	78,1 %	121	82,4 %	140
E-Mail-Aussendungen des Trägers, der kollegialen Führung und/oder der (Geschäfts-)Leitung	85,7 %	138	92,3 %	143	92,9 %	158
Dokumente werden in Druckform als Informationsmappe zur Verfügung gestellt	49,1 %	79	54,2 %	84	54,1 %	92
Teambesprechung	-	-	83,2 %	129	95,3 %	162
Fortbildungen	-	-	80,0 %	124	87,1 %	148
sonstige	7,5 %	12	19,4 %	30	35,9 %	61

Quelle und Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis:

Mitarbeiter:innen in den befragten Krankenanstalten wurden im Jahr 2022 überwiegend über Teambesprechungen sowie E-Mail-Aussendungen über aktuelle Gesetze, Verordnungen, Bundesqualitätsstandards, Leitlinien und Fachempfehlungen informiert. Die Nutzung von elektronischen Dokumentenlenkungssystemen hat zwischen 2015 und 2022 deutlich zugenommen.

3.2.1.2 Schriftlich definierte Leistungsprozesse

Tabelle 33: Welche Leistungsprozesse sind in der Einrichtung schriftlich definiert? (Mehrfachantworten möglich) – Auszug der Antwortoptionen

Berichtsjahr	2015		2017		2022	
	Österreich (N = 161)		Österreich (N = 155)		Österreich (N = 170)	
	Prozent	Fälle	Prozent	Fälle	Prozent	Fälle
Patientenorientiertes Blutmanagement (Patient Blood Management)	-	-	68,4 %	106	78,2 %	133
Präoperative Diagnostik	72,1 %	116	74,2 %	115	80,6 %	137

Quelle und Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis:

Prozesse zur präoperativen Diagnostik waren im Jahr 2022 bereits in über 80 Prozent der Einrichtungen schriftlich definiert. Dies trifft auch in puncto Patient Blood Management für 78 Prozent der Einrichtungen zu. Für beide Themenbereiche hat der Anteil der Häuser, in denen diese Prozesse schriftlich definiert sind, zwischen 2017 und 2022 um rund 6 Prozent bzw. 10 Prozent zugenommen.

3.2.1.3 Information der Zuweiser:innen über Aufnahmemodalitäten

Tabelle 34: Wie werden Zuweiser:innen über die Aufnahmemodalitäten der Einrichtung informiert? (Mehrfachantworten möglich)

Berichtsjahr	2015		2017		2022	
	Österreich (N = 161)		Österreich (N = 155)		Österreich (N = 170)	
	Prozent	Fälle	Prozent	Fälle	Prozent	Fälle
Website	70,2 %	113	72,9 %	113	86,5 %	147
Info-Blatt bzw. Info-Brief	74,5 %	120	67,7 %	105	79,4 %	135
Information per E-Mail	41,6 %	67	41,3 %	64	65,9 %	112
Zuweiserveranstaltung	56,5 %	91	54,8 %	85	65,3 %	111
Bezirksärztetreffen	46,6 %	75	45,2 %	70	48,2 %	82
Bezirkskoordinationstreffen	-	-	4,5 %	7	17,1 %	29
sonstige	20,5 %	33	31,6 %	49	36,5 %	62

Quelle und Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis:

Zuweiser:innen werden überwiegend über die eigenen Websites bzw. Info-Blätter und/oder Info-Briefe über Aufnahmemodalitäten informiert, wobei beide Medien im Jahr 2022 in mehr Häusern Verwendung fanden als 2017 bzw. 2015.

3.2.1.4 Organisation von Operationen

Tabelle 35: Mithilfe welcher Instrumente werden Operationen in der Einrichtung organisiert? (Mehrfachantworten möglich)

Berichtsjahr	2017		2022	
	Österreich (N = 135)	Österreich (N = 142)	Prozent	Fälle
Bundesqualitätsleitlinie zur integrierten Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten für die präoperative Diagnostik bei elektiven Eingriffen (BQLL PRÄOP)	74,1 %	100	93,7 %	133
Patientenorientiertes Blutmanagement (Qualitätsstandard Patient Blood Management)	77,0 %	104	86,6 %	123
Wartezeitenmanagement/Terminorganisation für Operationstermine	68,1 %	92	79,6 %	113

Quelle und Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis:

Im Jahr 2022 gaben bereits rund 94 Prozent der Häuser an, die BQLL PRÄOP zur Organisation von Operationen heranzuziehen. Für den QS PBM traf dies auf rund 87 Prozent der Häuser zu. Die Nutzung der BQLL PRÄOP hat sich demnach zwischen 2017 und 2022 deutlich erhöht, Gleiches gilt für den QS PBM, wenn auch in geringerem Ausmaß.

3.2.2 Daten aus der sektorenübergreifenden Patientenbefragung (PaBe)

3.2.2.1 Vorbereitung Krankenhaus-Aufnahme

Tabelle 36: Wurden Sie vorab auf die Krankenhaus-Aufnahme vorbereitet?

Berichtsjahr	2015	2022
	Prozent	Prozent
ja, ausreichend	87,9 %	87,4 %
ja, aber nicht ausreichend	5,3 %	4,4 %
nein	6,8 %	8,2 %

Quelle: BMSGPK 2023

Zusammengefasstes Ergebnis:

Die Frage, ob sie auf die Krankenhaus-Aufnahme (ausreichend) vorbereitet wurden, beantworteten im Jahr 2022 87,4 Prozent der Teilnehmer:innen mit „ja, ausreichend“ und 4,4 Prozent mit „ja, aber nicht ausreichend“. Außerdem gaben 8,2 Prozent an, nicht vorbereitet worden zu sein.

Bei der Befragung im Jahr 2015 gab es ein sehr ähnliches Ergebnis, das geringfügig besser ausfiel.

3.2.2.2 Erforderliche Unterlagen

Tabelle 37: Ich hatte den Eindruck, dass das Krankenhaus die für meine Behandlung/Untersuchung erforderlichen Unterlagen zur Verfügung hatte.

Berichtsjahr	2015	2022
	Prozent	Prozent
stimme zu	73,2 %	75,2 %
stimme eher zu	21,1 %	20,0 %
stimme eher nicht zu	5,7 %	4,8 %

Quelle: BMSGPK 2023

Zusammengefasstes Ergebnis:

Die Patientinnen und Patienten bewerteten, inwiefern das Krankenhaus ihrem Eindruck nach alle erforderlichen Unterlagen zur Verfügung hatte (z. B. Vorbefunde, Informationen über einzunehmende Medikamente). Etwa ein Drittel stimmte dieser Aussage zu, während ein Fünftel eher zustimmte. Nur 4,8 Prozent der Teilnehmer:innen stimmten eher nicht zu und keine Person stimmte nicht zu. Dieses Ergebnis gleicht jenem aus 2015, wobei leichte Verbesserungen erkennbar sind.

3.2.2.3 Wiederholte Untersuchungen

Tabelle 38: Wurden in den letzten Monaten von einer Ärztin / einem Arzt Untersuchungen wiederholt, die kurz zuvor bereits von einer anderen Ärztin / einem anderen Arzt gemacht wurden?

Berichtsjahr	2015	2022
	Prozent	Prozent
ja	20,8 %	30,2 %
nein	58,9 %	57,4 %
es wurden keine gemacht.	9,2 %	6,6 %
kann ich nicht beurteilen	3,8 %	2,2 %

Quelle: BMSGPK 2023

Zusammengefasstes Ergebnis:

Die Teilnehmer:innen wurden gefragt, ob in den letzten Monaten von einer Ärztin bzw. einem Arzt Untersuchungen wiederholt wurden, die kurz zuvor von einer anderen Ärztin bzw. einem

anderen Arzt gemacht wurden. Das traf im Jahr 2022 auf 30,2 Prozent der Teilnehmer:innen zu, während es im Jahr 2015 20,8 Prozent betraf.¹

3.2.2.4 Wiederholte Untersuchungen im Detail

Tabelle 39: Wenn ja, welche Untersuchungen waren das?

Berichtsjahr	2015	2022
	Prozent	Prozent
Blutabnahme	18,0 %	26,4 %
Röntgen	9,1 %	13,3 %
Ultraschall	7,5 %	13,0 %
EKG	7,6 %	11,1 %
CT/MRT	5,8 %	11,1 %
Sonstiges	4,3 %	6,8 %

Quelle: BMSGPK 2023

Zusammengefasstes Ergebnis:

Zusätzlich gaben die Teilnehmer:innen an, welche Untersuchungen mehrfach durchgeführt wurden. Am häufigsten wurden Blutabnahmen mehrfach durchgeführt (26,4 %). Röntgen, Ultraschall, EKG und CT/MRT wurden von 13,3 Prozent bis 11,1 Prozent der Patientinnen und Patienten genannt. Im Vergleich zu 2015 fällt auf, dass alle angeführten Untersuchungen in der aktuellen Befragungsrunde häufiger wiederholt wurden.

3.2.2.5 Widersprüchliche Behandlungsmethoden vorgeschlagen

Tabelle 40: Die unterschiedlichen Gesundheitsdienstleister:innen haben mir widersprüchliche Behandlungsmethoden vorgeschlagen.

Berichtsjahr	2015	2022
	Prozent	Prozent
stimme zu	8,3 %	6,5 %
stimme eher zu	9,8 %	7,4 %
stimme eher nicht zu	13,8 %	13,4 %
stimme nicht zu	68,1 %	72,7 %

Quelle: BMSGPK 2023

¹ Anmerkung: Anhand einer multiplen Regression wurde geprüft, ob das Geschlecht und das Alter der Patientinnen und Patienten mit getätigten Mehrfachuntersuchungen in Zusammenhang stehen. Das Ergebnis ist, dass bei Männern etwas häufiger Untersuchungen mehrfach durchgeführt wurden als bei Frauen ($r = ,03$, $p < ,000$) und dass eher bei jüngeren Altersgruppen Mehrfachuntersuchungen vorliegen als bei älteren ($r = -,01$, $p < ,000$). In beiden Fällen handelt es sich aber um sehr geringe Effektstärken.

Zusammengefasstes Ergebnis:

Auf die Frage, ob ihnen unterschiedliche Gesundheitsdienstleister:innen widersprüchliche Behandlungsmethoden vorgeschlagen haben, antworteten im Jahr 2022 6,5 Prozent der Patientinnen und Patienten mit „stimme zu“ und weitere 7,4 Prozent mit „stimme eher zu“. Somit gaben hier rund 85 Prozent an, dass dies nicht oder eher nicht der Fall war. Dieser Wert ist im Jahr 2022 gegenüber 2015 leicht erhöht.

3.2.2.6 Zusammenarbeit der Gesundheitsdienstleister:innen

Tabelle 41: Die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Gesundheitsdienstleister:innen hat gut funktioniert.

Berichtsjahr	2015	2022
	Prozent	Prozent
stimme zu	58,3 %	60,1 %
stimme eher zu	28,2 %	26,9 %
stimme eher nicht zu	7,8 %	7,2 %
stimme nicht zu	5,7 %	5,8 %

Quelle: BMSGPK 2023

Zusammengefasstes Ergebnis:

87,0 Prozent der Teilnehmer:innen stimmten im Jahr 2022 (eher) zu, dass die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Gesundheitsdienstleister:innen gut funktionierte. Dieser Wert war nahezu ident zu 2015.

3.2.2.7 Informationsweitergabe

Tabelle 42: Die Informationsweitergabe über meinen Gesundheitszustand / meine Behandlung hat gut funktioniert.

Berichtsjahr	2015	2022
	Prozent	Prozent
stimme zu	59,6 %	60,4 %
stimme eher zu	23,6 %	27,2 %
stimme eher nicht zu	8,2 %	6,5 %
stimme nicht zu	8,6 %	5,9 %

Quelle: BMSGPK 2023

Zusammengefasstes Ergebnis:

87,6 Prozent stimmten im Jahr 2022 (eher) zu, dass die Informationsweitergabe über den eigenen Gesundheitszustand / die eigene Behandlung gut funktionierte. Dieser Wert hat sich gegenüber 2015 (83,2 %) leicht verbessert.

3.2.2.8 Koordination

Tabelle 43: Ich habe insgesamt den Eindruck, dass meine Behandlung/Betreuung gut koordiniert ist/war.

Berichtsjahr	2015	2022
	Prozent	Prozent
stimme zu	64,0 %	62,6 %
stimme eher zu	27,5 %	28,5 %
stimme eher nicht zu	6,0 %	5,7 %
stimme nicht zu	2,0 %	3,2 %

Quelle: BMSGPK 2023

Zusammengefasstes Ergebnis:

Im Jahr 2022 stimmten 90,1 Prozent der Teilnehmer:innen (eher) zu, dass sie insgesamt den Eindruck hatten, dass ihre Behandlung/Betreuung gut koordiniert war. Dieser Wert ist gegenüber 2015 (92,0 %) leicht gesunken.

3.2.3 Daten zum e-card-Service PROP

3.2.3.1 Anzahl erfasster PROP-Befunde

Tabelle 44: Anzahl der von 2015 bis 2024 in Österreich erfassten PROP-Befunde im niedergelassenen Bereich und in Krankenanstalten

Jahr	Niedergelassener Bereich	Krankenanstalten
2015	9.686	21.770
2016	10.680	24.176
2017	11.428	30.487
2018	11.634	34.892
2019	11.348	37.837
2020	9.381	26.389
2021	9.151	23.495
2022	9.412	19.727
2023	10.126	15.710
2024	11.145	1.497
Gesamt	103.991	235.980

Quelle: SV; Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis:

Bis zum Beginn der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 stiegen die Zahlen der PROP-Befunde sowohl im niedergelassenen Bereich als auch in Krankenanstalten stetig an. Seit 2020 ist die Zahl der im niedergelassenen Bereich erfassten PROP-Befunde nach einem wohl pandemiebedingt leichten Rückgang relativ konstant. Im stationären Bereich hingegen ging die Zahl der erfassten PROP-Befunde in den letzten 5 Jahren deutlich zurück.

3.2.3.2 Anzahl aufgerufener PROP-Befunde

Seit dem Jahr 2022 ist eine Protokollierung in Österreich möglich. Nachstehend wird die Anzahl der Aufrufe der PROP-Befunde mittels Protokollnummer für den niedergelassenen Bereich und für Krankenanstalten dargestellt.

Tabelle 45: Anzahl der von 2022 bis 2024 in Österreich aufgerufenen PROP-Befunde im niedergelassenen Bereich und in Krankenanstalten

Jahr	Niedergelassener Bereich	Krankenanstalten
2022	319	4.380
2023	360	2.106
2024	485	103
Gesamt	1.164	6.589

Quelle: SV; Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis:

Die Anzahl der aufgerufenen PROP-Befunde ist im niedergelassenen Bereich in den Jahren 2022 und 2023 deutlich geringer als in den Krankenanstalten. Während im niedergelassenen Bereich seit 2022 ein leichter Anstieg der aufgerufenen PROP-Befunde verzeichnet wurde, sind die Aufrufe in Krankenanstalten in PROP rückläufig.

Stationäre Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD)

Die präoperative Verweildauer gilt als Indikator der Prozessqualität. Der Parameter stellt den Anteil der Aufenthalte dar, die eine Leistung aus der Leistungsmatrix-stationär am Aufnahmetag (1. Pflage-tag) oder am 2. Pflage-tag erhalten haben.

Tabelle 46: Parameter aus Zielsteuerungsvertrag – Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer

	Anteil 1 Pflage-tag	Anteil 2 Pflage-tage	Anteil < 3 Pflage-tage
2017	57,0 %	36,4 %	93,4 %
2018	57,5 %	36,0 %	93,5 %
2019	57,3 %	36,3 %	93,6 %
2020	54,4 %	38,6 %	93,0 %
2021	56,0 %	37,5 %	93,5 %
2022	56,8 %	36,8 %	93,7 %
2023	59,7 %	34,6 %	94,3 %
2024	60,5 %	34,2 %	94,7 %

Quelle BMASGPK/DIAG; Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis:

Der Anteil der Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer betrug 2024 österreichweit 94,7 Prozent (Vergleich 2017: 93,3 %). Der Zielbereich liegt bei 97,3 Prozent.

Es wird weiters der Anteil an tagesklinisch-stationär bzw. ambulant erbrachten ausgewählten Leistungen aus dem Tagesklinik-Katalog an der Gesamtzahl dieser Leistungen in Fondskrankenanstalten gemessen.

Tabelle 47: Parameter aus Zielsteuerungsvertrag – ausgewählte TK-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Steigerung in %-P	GAP Benchmark in %-P	Benchmark
HNO-OP	32,2 %	34,1 %	35,2 %	31,2 %	32,1 %	35,5 %	35,9 %	37,4 %	5,2	-7,6	45 %
Kürettage	55,0 %	57,5 %	59,7 %	58,0 %	59,3 %	61,8 %	62,1 %	61,6 %	6,6	-13,4	75 %
sonst. Eingriffe Uterus	49,1 %	57,0 %	62,0 %	62,0 %	67,7 %	69,9 %	69,3 %	68,8 %	19,7	-14,2	83 %
sonst. Eingriffe URO	52,9 %	56,7 %	59,1 %	57,0 %	59,9 %	63,7 %	63,4 %	64,0 %	11,1	-13,0	77 %
Varizen-OP	28,7 %	32,0 %	36,9 %	40,6 %	46,0 %	46,6 %	48,9 %	49,9 %	21,2	-25,1	75 %
Hernien-OP	4,2 %	5,8 %	7,0 %	6,7 %	7,8 %	9,4 %	9,3 %	9,7 %	5,5	-18,3	28 %
Cholezystektomie (lap.)	0,3 %	0,6 %	1,1 %	0,8 %	1,1 %	1,5 %	1,3 %	1,5 %	1,2	-3,5	5 %
Karpaltunnel-OP	73,5 %	77,4 %	79,3 %	81,1 %	84,6 %	86,8 %	87,3 %	88,9 %	15,4	-3,1	92 %
Kniearthroskopie	26,5 %	30,7 %	33,1 %	36,3 %	39,7 %	43,7 %	43,3 %	44,9 %	18,4	-30,1	75 %
Bewegungsapparat	50,9 %	50,8 %	54,2 %	40,8 %	43,8 %	43,1 %	43,1 %	44,8 %	-6,1	-12,2	57 %
Metallentfernung	42,0 %	42,6 %	46,2 %	45,4 %	48,6 %	50,0 %	52,1 %	54,3 %	12,3	-17,7	72 %
Katarakt-OP	87,1 %	88,7 %	89,7 %	91,9 %	92,9 %	92,6 %	92,7 %	93,8 %	6,7	-6,2	100 %
sonst. Eingriffe Auge	82,5 %	83,4 %	84,6 %	84,6 %	86,0 %	87,8 %	89,3 %	89,8 %	7,3	-10,2	100 %
Gesamt	56,4 %	58,8 %	60,7 %	61,2 %	64,7 %	64,1 %	63,6 %	65,1 %	8,7		

%-P = Prozentpunkte

Quelle BMASGPK/DIAG; Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis:

Im Beobachtungszeitraum konnte eine Steigerung des tagesklinisch-stationären/ambulanten Anteils in nahezu allen Leistungsbündeln und in Summe um 8,7 Prozentpunkte (%-P) beobachtet werden. Die IST-Werte weichen dessen ungeachtet überwiegend noch stark von den festgelegten Zielwerten ab (min. -3,1 Prozentpunkte bei Karpaltunneloperation bis max. -30,1 bei Kniearthroskopie).

3.2.4 Kennzahlen zum Blutkomponentenverbrauch auf Krankenanstaltenebene

Tabelle 48: Transfundierte Erythrozytenkonzentrate

	Anzahl
2014	291.593
2015	329.841
2016	292.717
2017	319.877
2018	334.219
2019	317.312
2020	321.517
2021	276.217
2022	345.064
2023	274.404

Quelle BASG²; Darstellung: BMASGPK

Zusammengefasstes Ergebnis:

Die vom Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) erhobene Summe an transfundierten allogenen Erythrozytenkonzentraten variiert im Beobachtungszeitraum von 2014 bis 2023 stark – mit der geringsten Anzahl im Jahr 2023 (274.404) und der höchsten Anzahl im Jahr davor (345.064).

Die Datenauswertung bzgl. der Bereitstellung von Blutkomponenten sowie des Blutkomponentenverbrauchs auf Ebene bestimmter Operationen gestaltet sich schwierig. Die beiden angefragten Kennzahlen „Anzahl der pro Eingriff bereitgestellten Blutkomponenten“ sowie „Anzahl der pro Eingriff transfundierten Blutkomponenten“ bei geplanter Hüft- und Knieendoprothese können auf Österreichebene leider nicht zufriedenstellend dargestellt werden. Nur sehr wenige Krankenanstalten können hierzu valide Daten liefern. So erfolgt die Erfassung beispielsweise häufig nicht digitalisiert im KIS.

In Hinblick auf die Bereitstellung von Erythrozytenkonzentraten (EK) bei den beiden Eingriffen wurden sehr unterschiedliche Herangehensweisen rückgemeldet: Bereitstellung basierend auf dem jeweiligen Hämoglobinwert, standardmäßig 1/2 EK oder standardmäßig keine Bereitstellung von EK.

² <https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/haemovigilanz#c19722> (Meldung seit 2012) [Zugriff am 02.06.2025]

3.3 Ergebnisse aus A-IQI

Im Zuge der Erarbeitung des Kapitels „Transfusionen, Patient Blood Management“ für das A-IQI-Indikatorenset wurde festgestellt, dass bei der Leistung FV531 „Verabreichung von Erythrozytenkonzentraten“ eine Unterkodierung in der LKF vorliegt. Aufgrund der hohen Relevanz des Themas und auch zur Bewusstseinsbildung kamen die Kennzahlen dennoch zur Umsetzung. Einerseits wurde ein Indikator installiert, der eine potenzielle Unterkodierung anzeigt (51.11), andererseits wurden internationale Literaturwerte³ als Zielwerte für den Anteil an Transfusionen bei Hüft-/Knieendoprothesen herangezogen.

³ <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/a-0974-4115.pdf?articleLanguage=de> [Zugriff am 20.05.2025]

Tabelle 49: Auswertung A-IQI, Version 2024, Bereich 51 – Transfusionen, Patient Blood Management

		2021	2022	2023					
		Ergebnis in %	Ergebnis in %	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle	KA auff.
51 – Transfusionen, Patient Blood Management									
51.11	Ausgewählte operative Leistungen mit hohem Transfusionsbedarf, Transfusionen	23,37 %	24,79 %	24,43 %	2.895	12.389	121	30	18
51.12	Hüftenprothesen bei Koxarthrose u. chronischer Arthritis, Transfusionen	4,11 %	3,85 %	4,19 %	792	19.261	110	5	1
51.13	Knieendoprothesen bei Gonarthrose u. chronischer Arthritis, Transfusionen	2,15 %	2,25 %	2,51 %	457	21.267	108	6	8

Quelle: DLD/A-IQI; Darstellung: GÖG

Zusammengefasstes Ergebnis:

Beim Anteil an Transfusionen bei Hüft-/Knieendoprothesen (51.12/.13) lagen im Jahr 2023 9 Krankenanstalten statistisch signifikant über dem Zielbereich (Zielbereich Hüfte: < 15,70 %, Zielbereich Knie: < 4,90 %).

Die Kodierung wurde 2024 (Datenjahr 2023) bei allen statistisch auffälligen Krankenanstalten (KA auff.) geprüft und das Thema als solches auch in die Datenqualitätsgruppe der Länder eingebracht.

Im LKF-Datensatz wird die entsprechende Medizinische Einzelleistung (FV531) aufgrund der fehlenden Abrechnungsrelevanz nicht regelhaft kodiert.

In den A-IQI-Peer-Review-Verfahren werden die Krankengeschichten der zentral ausgewählten Fälle wie folgt analysiert:

- Diagnostik und Behandlung adäquat und zeitgerecht?
- Behandlungsprozess zielführend und zeitnah kritisch hinterfragt?
- Indikation zur OP/Intervention/Intensivtherapie inhaltlich angemessen und rechtzeitig?
- Wurden Behandlungsleitlinien/Standards berücksichtigt?
- Kontrollen der Behandlungsverläufe erfolgt?
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit reibungslos?
- Dokumentation umfassend und schlüssig?

Unabhängig vom Jahresschwerpunkt/Thema werden von den Peers regelmäßig Verbesserungsmaßnahmen betreffend präoperative Diagnostik und Patient Blood Management in den Peer-Review-Verfahren erarbeitet und festgehalten. Beispiele finden sich in der folgenden Tabelle.

Tabelle 50: A-IQI Peer-Review-Verfahren, Verbesserungsmaßnahmen PRÄOP und PBM

Präoperative Diagnostik	Patient Blood Management
präoperative Diagnostik individualisiert, aber noch nicht komplett nach BQLL Präoperative Diagnostik inkl. IT umgesetzt	Etablierung des Patient Blood Management
Verbesserung der präoperativen Befunderhebung und Dokumentation: BQLL PRÄOP und Anästhesieambulanz implementieren	Transfusionen laut Patient Blood Management: Ein gemeinsam erarbeitetes Blutkonservenbereitstellungskonzept ist einzufordern, mit einer regelmäßigen alljährlichen Reevaluierung.
präoperatives Management: standardisierte guidelinekonforme präoperative Abläufe	Verabreichung von Blutprodukten nicht nachvollziehbar
Schärfung der Schnittstellen-Prozesse bei der präoperativen Evaluierung	übersichtlichere Gestaltung der Dokumentation von Blutprodukten
frühzeitigere Vorstellung in der Präanästhesieambulanz	Umsetzung der in Arbeit befindlichen Leitlinie für die Verwendung von Blutkonserven
Verbesserung der präoperativen Befundqualität	Blutkonserven-Bereitstellung: Blutkonserven ad OP nicht im Normalfall auskreuzen (Einsparungspotenzial)
Qualitätsstandard verfügbar machen	Für nicht blutungsrisikante Operationen sollten keine Erythrozytenkonzentrate bereitgestellt werden. Die rasche Verfügbarkeit von Blutprodukten ist hausintern gegeben.
	Dringend wird die Einführung eines Patient-Blood-Management-Systems empfohlen. Es werden zum Teil Patientinnen und Patienten Blutkonserven verabreicht, die nicht den geltenden internationalen Standards entsprechen. Es scheint, dass die Trigger-Grenzen für die Verabreichung von Blutkonserven nicht definiert sind.
	Die Bereitstellung von Erythrozytenkonzentraten für Primär-OPs ohne Transfusionsbedarf soll (jährlich) reevaluiert werden, ob eine Bereitstellung für den jeweiligen Eingriff erforderlich ist (entsprechend dem QS PBM); damit können Kosten für Bereitstellung und Lagerung vermieden werden.
	Erstellen von medizinischen Entscheidungshilfen (SOPs: Standard Operating Procedures) für Antibiotika-, Gerinnungs- und Transfusionsmanagement
	Definition der Transfusionsindikationen
	Qualitätsstandard verfügbar machen

Quelle und Darstellung: BMASGPK

4 Schlussfolgerungen

In Zusammenschau der unterschiedlichen Ergebnisse können folgende Schlussfolgerungen aus der Evaluierung der BQLL Präoperative Diagnostik und des QS Patient Blood Management gezogen werden, die in die Aktualisierung der beiden Standards einfließen sollen:

- In Summe ist die Kenntnis der Qualitätsstandards hoch und übersteigt die diesbezügliche Einschätzung auf Landes- und Sozialversicherungsebene. Überwiegend werden die QS auch in SOPs umgesetzt. Fallweise wird von fehlender Verfügbarkeit direkt in den Krankenanstalten (in hauseigenen Systemen) berichtet. Darauf sollte im Zuge von Disseminationsmaßnahmen geachtet werden.
- Die Umsetzungsverantwortung für beide Qualitätsstandards wird bei den Krankenanstalten gesehen. Dort wird diese bei über 50 Prozent auf ärztlicher Leitungsebene verortet. Gemäß Methodenhandbuch ist die Verbreitung von QS Aufgabe der Auftraggeber. Empfehlenswert scheint am Beispiel der Steiermark, wo die Umsetzungsverantwortung im Rahmen der Landes-Zielsteuerung festgelegt wurde, diese generell in der Landes-Zielsteuerungskommission zu akkordieren. Ein laufendes Umsetzungsmonitoring von QS während deren Laufzeit kann Hinweise auf mangelnde Umsetzung oder Umsetzungsprobleme frühzeitig adressieren.
- Schon jetzt ist der Standardisierungsgrad der Themen Präoperative Diagnostik und Patient Blood Management in den Krankenanstalten hoch (SOPs etc.). Ausbau und Aktualisierung von Standards sowie laufende Fort- und Weiterbildung (auch hinsichtlich einer leitlinienkonformen Behandlung) sind wichtige Maßnahmen, um die Umsetzung zu fördern und weiter zu erhöhen. An der Sensibilität für die Themen sollte im Bereich der operativen Fächer weitergearbeitet werden.
- Die Nutzung von IT-Systemen und -Anwendungen ist in Krankenanstalten weit verbreitet und im Trend stetig zunehmend. Es zeigt sich, dass dabei die Integration von IT-Lösungen in eigene KIS-Systeme mittlerweile vorherrscht. Die Nutzung des e-card-Service PROP ist im stationären Bereich zuletzt stark rückläufig. IT-Tools können die Umsetzung von QS unterstützen und die Effizienz erhöhen, eine hohe Usability ist dabei unabdingbare Voraussetzung.
- Personalmangel sowie Kosten- und Zeitdruck werden als kritische Faktoren für die Umsetzung beider QS genannt. Neben ausreichenden Ressourcen als Grundvoraussetzung sollten insbesondere die Verfügbarkeit und Anwenderfreundlichkeit der QS und zugrunde liegender klinischer Leitlinien hoch sein, um deren Anwendung im klinischen Alltag zu unterstützen.

Spezifisch für die BQLL PRÄOP werden darüber hinaus folgende Schlussfolgerungen gezogen:

- Die präoperative Abklärung erfolgt aus Sicht der Krankenanstalten im überwiegenden Teil der Fälle zeitgerecht (gemäß BQLL). Es werden von den Krankenanstalten aber auch hemmende Faktoren der Umsetzung wie patientenbezogene Parameter (Alter, Multimorbidität u. Ä.) oder eine fallweise zu späte Vorstellung bzw. Befundung oder mangelnde Kooperation berichtet, auf die Augenmerk gelegt werden sollte.

- Aus Patientensicht steigt der Anteil der wiederholt durchgeführten Untersuchungen im Jahresvergleich an, für 2022 wurde von den Patientinnen und Patienten im Rahmen der Patientenbefragung beispielsweise berichtet, dass rund ein Viertel der wiederholten Untersuchungen Blutabnahmen waren.
- Bezüglich der tagesklinischen/ambulanten und der präoperativen Verweildauer zeigt sich noch Optimierungspotenzial.

Ergänzend werden spezifisch für den QS PBM folgende Schlussfolgerungen gezogen:

- Das Blutverbrauchsmonitoring ist in Krankenanstalten vielfach noch nicht digital umgesetzt. Digitalisierung kann die Umsetzung des QS und somit auch die Effizienz unterstützen, wobei auf die Usability digitaler Lösungen zu achten ist.
- Personen mit spezifischer Ausbildung zum PBM gibt es in 60 Prozent der Krankenanstalten, hier wäre eine weitere Ausbildung zielführend.
- Im Rahmen von Peer-Reviews wurde fallweise auf fehlendes Umsetzungswissen verwiesen (z. B. bezüglich Leitlinienkonformität, Transfusionstrigger, Blutkonservenbereitstellung), was zu einem erhöhten Verbrauch von Blut und Blutprodukten führen kann. Standardisierung (SOPs) sowie Schulung, Fort- und Weiterbildung sind Maßnahmen, um das Umsetzungswissen weiter zu vermehren.
- Vereinzelt wird Verbesserungsbedarf hinsichtlich des präoperativen Anämiemanagements gesehen (z. B. präoperative Korrektur einer Eisenmangelanämie).
- Die Umsetzung von Prozessen zu einem umsichtigeren Einsatz von Blutkomponenten (z. B. Reduktion von Verwurf) unterstützt eine ausreichende Verfügbarkeit.
- Das sehr heterogene Vorgehen hinsichtlich der Bereitstellung von Blutkomponenten bei ausgewählten geplanten Operationen sollte fachlich breit diskutiert und, wo möglich, vereinheitlicht werden.
- Verfügbare valide Daten zu Blutkomponenten allgemein sowie zum Blutprodukteverbrauch sind wesentlich für weitere prozessuale Entwicklungsschritte („You can't manage what you don't measure“).

5 Limitationen

Der vorliegende Bericht weist insbesondere folgende Limitationen auf:

- Wie im von der FG VP abgenommenen Konzept vereinbart, war es Ziel der vorliegenden Evaluierung, Informationen zum Umsetzungsstand der BQLL PRÄOP und des QS PBM zu gewinnen. Es war nicht Ziel der Befragung, repräsentative Outcomes der Versorgung zu erheben.
- Die Ergebnisse der Fragebogenerhebung spiegeln die Angaben der jeweiligen Auskunftspersonen wider und stellen keine repräsentative Erhebung dar.
- Die Daten zum e-card-Service PROP wurden von der Sozialversicherung zur Verfügung gestellt. Den Autorinnen und Autoren des vorliegenden Berichts liegen darüber hinaus keine Informationen zu den Gründen der (Nicht-)Nutzung des Service vor.
- Die Datenqualität bzgl. Blutkomponenten und Blutverbrauch ist u. a. methodisch bedingt nicht zufriedenstellend.

6 Aktualisierung

Die Ergebnisse und Erkenntnisse der vorliegenden Evaluierung fließen in die Aktualisierung der BQLL PRÄOP bzw. des QS PBM ein.

Hinsichtlich der Feststellung des Aktualisierungsbedarfs und der Aktualisierung von QS hält das Methodenhandbuch in Kapitel 2.4.2 fest:

Rechtzeitig vor Ablauf eines Qualitätsstandards muss der Aktualisierungsbedarf überprüft werden. Das bedeutet eine inhaltliche Überprüfung der Gültigkeit und möglicherweise veränderten Inhalte der Grundlagendokumente (z. B. der Leitlinien) und potenzieller Auswirkungen auf die Inhalte des QS. Darüber hinaus werden die Ergebnisse des Monitorings und einer etwaig durchgeführten Evaluation berücksichtigt (vgl. Checkliste im Anhang).

In der Folge kann eine etwaige Verlängerung der Gültigkeit („Fortschreibung“) vorgenommen, die Aktualisierung des Qualitätsstandards eingeleitet oder dieser für ungültig erklärt werden. Eine Fortschreibung erfolgt in der Regel für 1–2 Jahre, wobei eine zweimalige Fortschreibung zulässig ist, sofern der Zeitraum der Fortschreibung insgesamt 3 Jahre nicht überschreitet.

Bei Bedarf (z. B. essenzielle Änderungen der Grundlagendokumente bzw. des Stands der wissenschaftlichen Diskussion) kann die Aktualisierung eines Qualitätsstandards auch vor Ablauf erfolgen.

Neben diesen allgemeinen, für alle QS gültigen Festlegungen können in einzelnen QS auch spezifische Anforderungen an Monitoring, Evaluierung und/oder Aktualisierung gestellt werden.

Die Feststellung des Aktualisierungsbedarfs des jeweiligen QS erfolgt auf Basis folgender Schritte:

- formelle Prüfung des QS im Vergleich zur aktuell gültigen Erstellungsmethode
 - Besonders bei älteren QS können diese formell von der aktuell gültigen Methode abweichen. Es ist hier zu prüfen und abzuwägen, inwieweit Änderungen bzw. Anpassungen in Hinblick auf die Umsetzung zielführend und notwendig sind.
- inhaltliche und formelle Überprüfung der Grundlagendokumente (klinische Leitlinien) und von deren potenziellen Auswirkungen auf die Inhalte des QS
 - Änderungen rein klinisch-medizinischer Empfehlungen in den zugrunde liegenden Leitlinien (z. B. Änderung hinsichtlich empfohlener Medikation) haben in der Regel keine unmittelbaren Auswirkungen auf den QS. Umfassen neue oder geänderte Inhalte aber organisatorische Änderungen (z. B. Verantwortlichkeiten, Änderung personenbezogener Interaktion), müssen die Inhalte des QS gegebenenfalls angepasst werden. Die Grundlagendokumente (klinische Leitlinien) sowohl der BQLL PRÄOP als auch des QS PBM werden aktuell überarbeitet, etwaige Konsequenzen auf den jeweiligen QS sind daher eingehend zu prüfen.
- Einholen fachlicher Rückmeldungen betroffener Fachgesellschaften (wie z. B. ÖGARI und ÖGAM) sowie zusätzlich der Blutkommission des BMASGPK in Bezug auf den QS PBM
 - Ergänzend zu den eher globalen Erhebungen im Rahmen der Evaluierung sollen hier sehr konkrete medizinisch-fachliche Erfahrungen und Empfehlungen eingeholt werden.

Auf dieser Basis wird in der Projektgruppe Qualitätsstandards über Bestehen und Umfang des Aktualisierungsbedarfs beraten und der Themengruppe Qualität ein diesbezüglicher Vorschlag samt Arbeitsstruktur und Zeitplan zur Beschlussfassung vorgelegt.

Literatur

BASG (2024): Hämovigilanz-Bericht 2023. Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen, Wien

BMSGPK (2023): Sektorenübergreifende Patientenbefragung. Ergebnisbericht 2022. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

BMSGPK (2024): Qualitätssysteme in Krankenanstalten der Akutversorgung. Berichtsjahr 2022. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

BMSGPK (2024): Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards gemäß GQG. Methodenhandbuch. Version 3.0. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

BMASGK (2019): Qualitätssysteme in Akutkrankenhäusern. Berichtsjahr 2017. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien

BMGF (2017): Qualitätssysteme in Akutkrankenhäusern. Expertenbericht Berichtsjahr 2015. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien

BMG (2016): Sektorenübergreifende Patientenbefragung. Expertenbericht 2015. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Anhang

BQLL PRÄOP Krankenanstalten

1) Bitte geben Sie Ihr Bundesland an.

- Burgenland
- Kärnten
- Niederösterreich
- Oberösterreich
- Salzburg
- Steiermark
- Tirol
- Vorarlberg
- Wien

2) Erfolgt die Fragenbeantwortung für eine einzelne Krankenanstalt oder für Mehrfachstandortkrankenanstalten („Verbund“)?

- Einzelstandort
- Mehrfachstandort

3) Um welchen Krankenanstaltentyp handelt es sich? (Bei Mehrfachstandortkrankenanstalten bitte den überwiegenden Typ der Einzelstandorte angeben)

- Zentralkrankenanstalt
- Schwerpunktkrankenanstalt
- Standardkrankenanstalt
- Sonderkrankenanstalt
- Sanatorium

4) Gibt es in Ihrer Krankenanstalt eine abteilungsübergreifende SOP zur präoperativen Abklärung?

- ja
- nein

5) Kennen Sie die Bundesqualitätsleitlinie Präoperative Diagnostik (BQLL PRÄOP)?

- ja
- nein

6) Wer ist für die Umsetzung der BQLL PRÄOP in Ihrer Einrichtung zuständig und verantwortlich?

- Abteilungsleiter:in
- leitende Oberärztin bzw. leitender Oberarzt
- Qualitätsmanager:in
- Geschäftsführung
- Sonstige: _____

7) Gibt es in Ihrer Krankenanstalt eine Präanästhesie- bzw. Narkoseambulanz?

- ja
- nein

8) Wie schätzen Sie den Umsetzungsgrad der BQLL PRÄOP in Ihrer Einrichtung ein?

- vollständig umgesetzt
- teilweise umgesetzt
- gar nicht umgesetzt

9) Welche EDV-Lösung zur Umsetzung der BQLL PRÄOP wird in Ihrer Einrichtung eingesetzt (z. B. e-card-Service PROP, Präanästhesieprogramm mit KIS-Verknüpfung, Präanästhesieprogramm ohne KIS-Verknüpfung)?

- e-card-Service PROP
- Präanästhesieprogramm mit KIS-Verknüpfung
- Präanästhesieprogramm ohne KIS-Verknüpfung
- Sonstige:

10) Welche Maßnahmen wurden bisher gesetzt, um die Anwendung der BQLL PRÄOP zu erhöhen?

11) Welche fördernden bzw. hemmenden Faktoren konnten bei der Umsetzung beobachtet werden?

Fördernde Faktoren:

Hemmende Faktoren:

12) Welche Maßnahmen könnten aus Ihrer Sicht den Anwendungsgrad (weiter) erhöhen?

13) Sind weitere Umsetzungsmaßnahmen im Rahmen der BQLL PRÄOP geplant?

- ja, welche:
- nein

14) Wo werden die präoperativen Leistungen für Patient:innen Ihrer Einrichtung im Regelfall erbracht? Bitte geben Sie an, wie die Vorgehensweise für den überwiegenden Teil der Patient:innen (mehr als 50 %) ist.

- Anfordern der benötigten präoperativen Befunde im Krankenhaus und Erstellen der Befunde im Krankenhaus
- Anfordern der präoperativen Befunde im Krankenhaus und Erstellen der Befunde im niedergelassenen Bereich
- Abrufen der Liste der angeforderten präoperativen Befunde durch niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und Erstellen der Befunde im niedergelassenen Bereich
- Sonstige, bitte erläutern:

15) Findet die präoperative Abklärung in Ihrer Krankenanstalt aus Ihrer Sicht überwiegend zeitgerecht (gemäß BQLL) vor der geplanten Operation statt?

ja

nein

BQLL PRÄOP Ländervertretung

1) Bitte geben Sie Ihr Bundesland an.

- Burgenland
- Kärnten
- Niederösterreich
- Oberösterreich
- Salzburg
- Steiermark
- Tirol
- Vorarlberg
- Wien

2) Wer ist für die Umsetzung der Bundesqualitätsleitlinie Präoperative Diagnostik (BQLL PRÄOP) in Ihrem Bundesland auf Landeszielsteuerungsebene zuständig? Nennen Sie bitte eine Funktions-/Stellenbezeichnung, keine Namen.

3) Wie schätzen Sie die Kenntnis über die BQLL PRÄOP im stationären Bereich in Ihrem Bundesland gegenwärtig ein?

- vollständig
- teilweise
- gar nicht

4) Wie schätzen Sie den Umsetzungsstand der BQLL PRÄOP im stationären Bereich in Ihrem Bundesland gegenwärtig ein?

- vollständig
- teilweise
- gar nicht

5) Welche EDV-Lösung zur Umsetzung der BQLL PRÄOP wird in Ihrem Bundesland überwiegend eingesetzt (z. B. e-card-Service, Präanästhesieprogramm mit KIS-Verknüpfung, Präanästhesieprogramm ohne KIS-Verknüpfung)?

- e-card-Service PROP
- Präanästhesieprogramm mit KIS-Verknüpfung
- Präanästhesieprogramm ohne KIS-Verknüpfung
- Sonstige: _____

- 6) Welche fördernden bzw. hemmenden Faktoren („Barrieren“) konnten Sie bei der Umsetzung der BQLL PRÄOP inkl. EDV-Lösung im stationären Bereich in Ihrem Bundesland beobachten?

Fördernde Faktoren:

Hemmende Faktoren:

7. Welche Maßnahmen wurden in Ihrem Bundesland bisher gesetzt, um die Anwendung der BQLL PRÄOP inkl. EDV-Lösung (weiter) zu fördern?

- 8) Welche Maßnahmen könnten aus Ihrer Sicht den Anwendungsgrad (weiter) erhöhen?

- 9) Gibt es Evaluationsberichte oder Datenauswertungen in Zusammenhang mit der BQLL PRÄOP und/oder der Nutzung des e-card-Service PROP in Ihrem Bundesland?

- ja
 nein

BQLL PRÄOP Sozialversicherung

1) Bitte geben Sie Ihr Bundesland an.

- Burgenland
- Kärnten
- Niederösterreich
- Oberösterreich
- Salzburg
- Steiermark
- Tirol
- Vorarlberg
- Wien

2) Wer ist für die Umsetzung der BQLL PRÄOP in Ihrem Bundesland auf Landeszielsteuerungsebene zuständig? Nennen Sie bitte eine Funktions-/Stellenbezeichnung, keine Namen.

--

3) Wie schätzen Sie die Kenntnis über die BQLL PRÄOP im niedergelassenen Bereich in Ihrem Bundesland gegenwärtig ein?

	vollständig	teilweise	gar nicht
im niedergelassenen allgemeinmedizinischen Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im niedergelassenen fachärztlichen Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) Wie schätzen Sie den Umsetzungsstand der BQLL PRÄOP im niedergelassenen Bereich in Ihrem Bundesland gegenwärtig ein?

	vollständig	teilweise	gar nicht
im niedergelassenen allgemeinmedizinischen Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im niedergelassenen fachärztlichen Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

5) Welche EDV-Lösung zur Umsetzung der BQLL PRÄOP wird in Ihrem Bundesland überwiegend eingesetzt (z. B. PROP e-card-Service, Präanästhesieprogramm mit KIS-Verknüpfung, Präanästhesieprogramm ohne KIS-Verknüpfung)?

- PROP e-card-Service
- Präanästhesieprogramm mit KIS-Verknüpfung
- Präanästhesieprogramm ohne KIS-Verknüpfung
- Sonstige: _____

- 6) Welche fördernden bzw. hemmenden Faktoren („Barrieren“) konnten Sie bei der Umsetzung der BQLL PRÄOP inkl. EDV-Lösung in Ihrem Bundesland beobachten?

Fördernde Faktoren:

Hemmende Faktoren:

- 7) Welche Maßnahmen wurden in Ihrem Bundesland bisher gesetzt, um die Anwendung der BQLL PRÄOP inkl. EDV-Lösung (weiter) zu fördern?

- 8) Welche Maßnahmen könnten aus Ihrer Sicht den Anwendungsgrad (weiter) erhöhen?

- 9) Gibt es Evaluationsberichte oder Datenauswertungen in Zusammenhang mit der BQLL PRÄOP und/oder der Nutzung des e-card-Service PROP in Ihrem Bundesland?

ja

nein

QS PBM Krankenanstalten

- 1) Bitte geben Sie Ihr Bundesland an.
 - Burgenland
 - Kärnten
 - Niederösterreich
 - Oberösterreich
 - Salzburg
 - Steiermark
 - Tirol
 - Vorarlberg
 - Wien
- 2) Erfolgt die Fragenbeantwortung für eine einzelne Krankenanstalt oder für Mehrfachstandortkrankenanstalten („Verbund“)?
 - Einzelstandort
 - Mehrfachstandort
- 3) Um welchen Krankenanstaltentyp handelt es sich? (Bei Mehrfachstandortkrankenanstalten bitte den überwiegenden Typ der Einzelstandorte angeben)
 - Zentralkrankenanstalt
 - Schwerpunktkrankenanstalt
 - Standardkrankenanstalt
 - Sonderkrankenanstalt
 - Sanatorium
- 4) Gibt es in Ihrer Krankenanstalt eine abteilungsübergreifende SOP zum Patient Blood Management (PBM)?
 - ja
 - nein
 - Wenn ja, berücksichtigt diese auch Prozesse im Rahmen der präoperativen Abklärung?
 - ja
 - nein
- 5) Kennen Sie den Qualitätsstandard Patient Blood Management (PBM)?
 - ja
 - nein
- 6) Wer ist für die Umsetzung des QS PBM in Ihrer Einrichtung zuständig und verantwortlich?
 - Abteilungsleiter:in
 - leitende Oberärztin bzw. leitender Oberarzt
 - Qualitätsmanager:in
 - Geschäftsführung
 - Sonstige: _____

7) Welche Maßnahmen wurden bisher gesetzt, um die Anwendung des QS PBM in Ihrer Einrichtung zu erhöhen?

8) Sind weitere Umsetzungsmaßnahmen im Rahmen des QS PBM geplant?

ja, welche:

nein

9) Welche fördernden bzw. hemmenden Faktoren konnten bei der Umsetzung des QS PBM in Ihrer Einrichtung beobachtet werden?

Fördernde Faktoren:

Hemmende Faktoren:

10) Welche Maßnahmen könnten aus Ihrer Sicht den Anwendungsgrad (weiter) erhöhen?

11) Gibt es in Ihrer Krankenanstalt Personen, die eine spezifische Ausbildung zum PBM absolviert haben (z. B. Fortbildung der ÖGARI, Master-Studiengang)?

ja

nein

12) Gibt es in Ihrer Krankenanstalt ein Monitoring bzw. Berichte zum Blutverbrauch und/oder zum PBM?

ja

nein

QS PBM Ländervertretung

1) Bitte geben Sie Ihr Bundesland an.

- Burgenland
- Kärnten
- Niederösterreich
- Oberösterreich
- Salzburg
- Steiermark
- Tirol
- Vorarlberg
- Wien

2) Wer ist für die Umsetzung des QS PBM in Ihrem Bundesland auf Landeszielsteuerungsebene zuständig? Nennen Sie bitte eine Funktions-/Stellenbezeichnung, keine Namen.

3) Wie schätzen Sie die Kenntnis über den QS PBM im stationären Bereich in Ihrem Bundesland gegenwärtig ein?

- vollständig
- teilweise
- gar nicht

4) Wie schätzen Sie den Umsetzungsstand des QS PBM im stationären Bereich in Ihrem Bundesland gegenwärtig ein?

- vollständig
- teilweise
- gar nicht

5) Welche Maßnahmen wurden bisher gesetzt, um die Anwendung des QS PBM in Ihrem Bundesland zu erhöhen?

6) Welche weiteren Umsetzungsmaßnahmen der Empfehlungen des QS PBM sind in Ihrem Bundesland geplant?

7) Welche fördernden bzw. hemmenden Faktoren konnten bei der Umsetzung des QS PBM in Ihrem Bundesland beobachtet werden?

Fördernde Faktoren:

Hemmende Faktoren:

8) Welche Maßnahmen könnten aus Ihrer Sicht den Anwendungsgrad (weiter) erhöhen?

QS PBM Sozialversicherung

1) Bitte geben Sie Ihr Bundesland an.

- Burgenland
- Kärnten
- Niederösterreich
- Oberösterreich
- Salzburg
- Steiermark
- Tirol
- Vorarlberg
- Wien

2) Wer ist für die Umsetzung des QS PBM in Ihrem Bundesland auf Landeszielsteuerungsebene zuständig? Nennen Sie bitte eine Funktions-/Stellenbezeichnung, keine Namen.

3) Wie schätzen Sie die Kenntnis über den QS PBM im niedergelassenen Bereich in Ihrem Bundesland gegenwärtig ein?

	vollständig	teilweise	gar nicht
im niedergelassenen allgemeinmedizinischen Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im niedergelassenen fachärztlichen Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) Wie schätzen Sie den Umsetzungsstand des QS PBM im niedergelassenen Bereich in Ihrem Bundesland gegenwärtig ein?

	vollständig	teilweise	gar nicht
im niedergelassenen allgemeinmedizinischen Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im niedergelassenen fachärztlichen Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) Welche Maßnahmen wurden bisher gesetzt, um die Anwendung des QS PBM in Ihrem Bundesland zu erhöhen?

6) Welche weiteren Umsetzungsmaßnahmen der Empfehlungen des QS PBM sind in Ihrem Bundesland geplant?

- 7) Welche fördernden bzw. hemmenden Faktoren konnten bei der Umsetzung des QS PBM in Ihrem Bundesland beobachtet werden?

Fördernde Faktoren:

Hemmende Faktoren:

- 8) Welche Maßnahmen könnten aus Ihrer Sicht den Anwendungsgrad (weiter) erhöhen?