

Cholezystektomie

Cholezystektomie	2
Indikation.....	4
48332	6
Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	7
44783	18
Erhebung eines histologischen Befundes	19
44800	30
Eingriffsspezifische Komplikationen	31
76479	33
64980	34
Postoperative Wundinfektionen	35
44819	37
44843	38
Allgemeine postoperative Komplikationen	40
44891	41
44892	42
44893	43
Reinterventionsrate	44
44927	56
Letalität	57
44932	58

Cholezystektomie

Cholezystektomie

Leistungsbereich				
Leistungsbereich	Cholezystektomie			
Historie	QI-Historie-12n1-CHOL.doc			
Laienverständliche Hintergrundinformation zum Leistungsbereich	<p>Versorgungsbereich:</p> <p>Gallenblasenentfernung</p> <p>(Bezeichnung des BQS-Leistungsbereichs: Cholezystektomie)</p> <hr/> <p>Folgende Qualitätsindikatoren werden in diesem Versorgungsbereich für die öffentliche Berichterstattung empfohlen:</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Klärung der Ursachen für angestaute Gallenflüssigkeit vor der Gallenblasenentfernung</td> </tr> <tr> <td>Feingewebliche Untersuchung der entfernten Gallenblase</td> </tr> <tr> <td>Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)</td> </tr> </table> <p><i>Interpretationshilfen für die Ergebnisse dieser Qualitätsindikatoren finden Sie, indem Sie die Bezeichnungen der Qualitätsindikatoren anklicken.</i></p> <p>Informationen für Patienten zu diesem Versorgungsbereich:</p> <p>Die Chirurgie ist das medizinische Fachgebiet, das mit der Behandlung von Verletzungen und Krankheiten durch Operationen befasst ist.</p> <p>Die Viszeralchirurgie (viszeral = den Eingeweiden zugehörig) ist ein Schwerpunkt innerhalb der Chirurgie und umfasst auch die operative Behandlung der Organe im Bauchraum. Der Bauchraum (Abdomen) ist der Bereich des menschlichen Körpers, der sich zwischen dem Brustkorb und dem Becken befindet. Deshalb wird die Viszeralchirurgie auch als Bauchchirurgie bezeichnet.</p> <p>Gallenblasenoperationen sind eine der häufigsten Operationen im Bauchraum und daher ein wichtiger Bestandteil der Viszeralchirurgie.</p> <p>Die Gallenblase liegt an der Unterseite der Leber. Die Gallenflüssigkeit, auch Galle genannt, wird in der Leber produziert, täglich etwa 1 bis 1,5 Liter. Die Gallenflüssigkeit dient der Verdauung von mit der Nahrung aufgenommenen Fetten. Die Gallenflüssigkeit ermöglicht, dass Fette und Öle im Speisebrei „emulgiert“ werden, d. h. sich miteinander vermischen, denn Fette verbinden sich sonst nicht mit Wasser.</p> <p>Die Gallenflüssigkeit wird über den Gallengang von der Leber in den Zwölffingerdarm geleitet, wo die fetthaltigen Bestandteile der Nahrung verdaut werden. Der kleine Teil der Gallenflüssigkeit, der in die Gallenblase gelangt (ungefähr 5 Prozent), wird zusätzlich auch über den Gallengang in den Zwölffingerdarm zur Verdauung abgegeben.</p> <p>Es gibt mehrere Gründe für das Entstehen von Gallensteinen. Vereinfacht ausgedrückt können sie sich verstärkt bilden, wenn das Verhältnis der verschiedenen Bestandteile der Gallenflüssigkeit zueinander nicht stimmt. Die Gallenflüssigkeit besteht zu 80 Prozent aus Wasser. Wenn aber das Mischungsverhältnis der übrigen Bestandteile nicht stimmt, können die schlecht löslichen Inhaltsstoffe verklumpen und auf diese Weise Gallensteine entstehen. Die Gallenblase kann sich dann entzünden. Die typischen Anzeichen einer Gallenblasenentzündung (Cholezystitis) sind Fieber und Schmerzen im rechten Oberbauch. 90 Prozent aller Gallenblasenentzündungen sind durch Gallensteine hervorgerufen.</p> <p>Gallensteine können wenige Millimeter, aber auch mehrere Zentimeter groß sein. Patienten können einen (= „Solitärstein“) oder auch viele Steine in ihrer Gallenblase haben. Sollten kleine Steine in den Gallengang wandern, der die Leber und den Zwölffingerdarm miteinander verbindet, verhindern sie den Abfluss der Gallenflüssigkeit. Die Galle staut sich an (Fachbezeichnung: Cholestase, Gallenstau).</p> <p>Der gelbe Gallenfarbstoff tritt in die Blutbahn über und es tritt eine Gelbfärbung der Haut auf; gleichzeitig verliert der Stuhl seine Farbe und der Urin verfärbt sich braun. Außerdem treten</p>	Klärung der Ursachen für angestaute Gallenflüssigkeit vor der Gallenblasenentfernung	Feingewebliche Untersuchung der entfernten Gallenblase	Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)
Klärung der Ursachen für angestaute Gallenflüssigkeit vor der Gallenblasenentfernung				
Feingewebliche Untersuchung der entfernten Gallenblase				
Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)				

Cholezystektomie

	<p>heftige Schmerzen im rechten Oberbauch auf (sog. Koliken), die auch in Schulter und Rücken ausstrahlen können.</p> <p>Frauen haben häufiger Gallensteine als Männer. In 60 bis 80 Prozent der Fälle bleiben die Betroffenen jedoch beschwerdefrei. Ist eine Entzündung der Gallenblase durch Gallensteine entstanden und treten Beschwerden auf, sollte eine Operation vorgenommen werden. Die Gallenblase wird dann vollständig entfernt (Cholezystektomie). Diese Operation gehört zu den am häufigsten durchgeführten Eingriffen.</p> <p>Inzwischen werden ca. 90 Prozent der Gallenblasenentfernungen mittels der sogenannten „Schlüssellochoperation“ (Fachbezeichnungen: Laparoskopie, Bauchspiegelung, minimal-invasive Chirurgie) vorgenommen. Es werden mehrere kleine Schnitte gemacht und die erkrankte Gallenblase mit speziellen Instrumenten entfernt.</p> <p>Nur in seltenen Fällen ist heute immer noch die offene Operation (Bauchschnitt) zur Entfernung der Gallenblase erforderlich. Dies kann z. B. der Fall sein, wenn bei einem Patienten früher bereits größere Operationen im Bauchraum durchgeführt worden sind.</p> <p>Bearbeitungsstand: 2007</p>
<p>Einleitung</p>	<p>Durch Gallensteine verursachte Erkrankungen der Gallenblase gehören zu den häufigsten Erkrankungen in Europa. Die Häufigkeit des Gallensteinleidens wird in Deutschland je nach Region mit 10,5 bis 24,5% der Frauen und 4,9 bis 13,1% der Männer angegeben.</p> <p>Gallensteinträger haben in 60 bis 80% der Fälle keine Beschwerden und brauchen in der Regel nicht operiert zu werden. Beschwerden treten in den ersten zehn Jahren pro Jahr bei 2 bis 4% der zunächst schmerzfreien Patienten auf, danach reduziert sich dieser Anteil auf 1 bis 2%. Das Krebsrisiko bei Gallensteinträgern ist so gering, dass es nicht geboten ist, allein aus diesem Grund eine vorbeugende Entfernung der Gallenblase vorzunehmen.</p> <p>Bei mehr als der Hälfte der betroffenen Patienten treten nach erstmaligen Beschwerden erneute Schmerzattacken auf. Darüber hinaus ist bei diesen Patienten das Risiko, Komplikationen zu entwickeln etwa zehnmal so hoch wie bei beschwerdefreien Patienten. Daher werden symptomatische Gallensteine durch operative Entfernung der Gallenblase behandelt. Dies wird gegenwärtig in mehr als 90% der Fälle laparoskopisch („Schlüssellochchirurgie“) durchgeführt.</p> <p>Bei der operativen Versorgung des Gallensteinleidens können teilweise schwerwiegende Komplikationen, wie z.B. Gallengangverletzungen oder andere Gefäßverletzungen, auftreten. Diese lassen sich auch bei sicherer Beherrschung der Technik und Berücksichtigung aller Sicherheitsmaßnahmen nicht immer vermeiden. Die Häufigkeit dieser Ereignisse wird im Rahmen der externen Qualitätssicherung beobachtet und analysiert.</p>
<p>Stellungnahmen zum Leistungsbereich</p>	<p>-</p>

Cholezystektomie

Indikation

Indikator	
Laufende Nummer Indikator	1
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation
Begründung, warum dieser QI derzeit nicht als QI für Patienten empfohlen wird	<p>Für diesen Qualitätsindikator kann die Empfehlung für eine Veröffentlichung der Ergebnisse zum jetzigen Zeitpunkt nicht befürwortet werden, da eine vollständige Evaluation dieses Qualitätsindikators anhand des QUALIFY-Instruments (http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/online/public/leistungen/qualify) noch nicht erfolgt ist.</p> <p>Der Qualitätsindikator wurde als Grundlage für den Strukturierten Dialog mit den Krankenhäusern entwickelt. Bei diesem Dialog besprechen Fachleute die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit leitenden Mitarbeitern in den Krankenhäusern. Zur endgültigen Einschätzung der Versorgungssituation können die Fachleute zusätzliche Informationen (z. B. zum gesundheitlichen Allgemeinzustand der Patienten vor der Behandlung, organisatorischen Abläufen im Krankenhaus) hinzuziehen. Bei Bedarf werden Ziele zur Verbesserung der Versorgung gemeinsam mit dem Krankenhaus formuliert. Der Strukturierte Dialog ist damit ein wesentlicher Bestandteil des Verfahrens der externen Qualitätssicherung.</p> <p>Soll das Ergebnis eines Qualitätsindikators zur Information von Patienten veröffentlicht werden, müssen bestimmte methodische Kriterien unbedingt erfüllt sein. Um Fehlschlüsse aus dem Ergebnis zu verhindern, muss z. B. der gesundheitliche Allgemeinzustand der Patienten vor der Behandlung für die Berichterstattung über Komplikationen im Krankenhaus bereits bei der Berechnung des Qualitätsindikators berücksichtigt sein.</p> <p>Bearbeitungsstand 2007.</p>
Interpretationshilfe	-
Qualitätsziel	Selten fragliche Indikation
Indikatortyp	Indikationsstellung
Rationale	<p>Gemäß der „S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten und der Deutschen Gesellschaft für Viszeralchirurgie zur Diagnostik und Behandlung von Gallensteinen“ gibt es folgende definierte Indikationen für die operative Entfernung der Gallenblase (Lammert et al. 2007):</p> <ul style="list-style-type: none"> • die symptomatische Cholezystolithiasis, • die asymptomatische Cholezystolithiasis mit erhöhtem Risiko für eine bösartige Erkrankung und • die akute Cholezystitis. <p>Das Gallensteinleiden mit Beschwerden (symptomatische Cholelithiasis) ist Indikation zur Operation. Man spricht von einer symptomatischen Cholezystolithiasis, wenn bei Patienten, bei denen Gallensteine nachgewiesen wurden, Beschwerden auftreten.</p> <p>Das Risiko, nach der erstmaligen Schmerzepisode weitere Komplikationen zu erleiden, wird auf 1 bis 3% im Jahr geschätzt. Mögliche Komplikationen sind z. B. die Entwicklung von Gallengangsteinen, akute und chronische Entzündungen der Gallenblase oder die Perforation.</p> <p>Für die Empfehlung zur operativen Entfernung der Gallenblase bei der symptomatischen Cholezystolithiasis wird in der Leitlinie der DGVS und DGV zur Behandlung von Gallensteinen der Evidenzgrad Ib nach ÄZQ und die Empfehlungsstärke A angegeben.</p> <p>Der Nachweis von Gallensteinen ohne Beschwerdesymptomatik (asymptomatische Cholelithiasis) stellt keine Indikation zur Operation dar. 60 bis 80% der Patienten, bei denen Gallensteine als Nebenbefund nachgewiesen wurden, bleiben ohne Krankheitserscheinungen. Die Wahrscheinlichkeit, Beschwerden zu entwickeln, beträgt in den ersten 5 Jahren nach der Diagnose 2 bis 4% pro Jahr und halbiert sich in den folgenden Jahren auf 1 bis 2%. Die jährliche Inzidenz von Komplikationen liegt bei 0,1 bis 0,3%.</p> <p>Auch das vermutlich leicht erhöhte aber immer noch sehr niedrige Gallenblasenkarzinomrisiko bei Vorliegen von Gallensteinen rechtfertigt nicht den Eingriff. Gallenblasenkarzinome treten bei etwa 1% der älteren Personen mit Gallensteinen auf. Ein eindeutiger ursächlicher Zusammenhang</p>

Cholezystektomie

	<p>konnte jedoch bisher nicht gezeigt werden.</p> <p>Der Nachweis einer Porzellangallenblase oder eines Gallenblasen-Polypen bedeutet ein erhöhtes Risiko einer bösartigen Entartung. Auch nach Anlage eines Ileumbypass oder nach ausgedehnter Dünndarmresektion besteht ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines Gallenblasenkarzinoms. In diesen Fällen kann trotz Beschwerdefreiheit des Patienten eine Operationsindikation gegeben sein.</p>
Literaturverzeichnis	<p>Lammert F, Neubrand M, Bittner R, Feussner H, Greiner L, Hagenmüller F, Kiehne K, Ludwig K, Neuhaus H, Paumgartner G, Riemann J, Sauerbruch T. Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Gallensteinen. S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten und der Deutschen Gesellschaft für Viszeralchirurgie . AWMF-Leitlinienregister, Nr. 021/008, Entwicklungsstufe 3. Juli 2007. AWMF online - Leitlinie Gastroenterologie: Gallensteine (Recherchedatum: 18.02.2008).</p>
Stellungnahmen zum QI	-
Aktuelle Bewertung QUALIFY	
Relevanz	
Wissenschaftlichkeit	
Praktikabilität	

Cholezystektomie

48332

Kennzahl																					
ID-Kennzahl	48332																				
Ergänzung Bezeichnung QI	-																				
Referenzbereich 2007	<= 5% (Zielbereich)																				
Referenzbereich 2006	<= 5%																				
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	Bei diesem Indikator liegt eine hohe Variabilität der Ergebnisse vor. Es gibt Fälle, in denen eine Cholezystektomie auch bei fehlenden Symptomen gerechtfertigt ist. Die Anzahl dieser Fälle ist jedoch anhand der Literatur nicht exakt quantifizierbar.																				
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Keine Risikoadjustierung erforderlich																				
Rechenregel	Zähler: Patienten mit uncharakteristischen Schmerzen im rechten Oberbauch, ohne Cholestase, ohne sicheren Gallensteinnachweis und ohne akute Entzündungszeichen Grundgesamtheit: Alle Patienten																				
Erläuterung der Rechenregel	-																				
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 10.0: <table border="1" data-bbox="395 846 1437 1115"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>8</td> <td>Schmerzen im rechten Oberbauch</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>OBERBAUCHSCH</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Cholestase</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>CHOLESTANAMN</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>Sicherer Gallensteinnachweis</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>PRAEOPGSTEIN</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>Akute Entzündungszeichen</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>ENTZZAKUTJN</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	8	Schmerzen im rechten Oberbauch	0 = nein 1 = ja	OBERBAUCHSCH	9	Cholestase	0 = nein 1 = ja	CHOLESTANAMN	10	Sicherer Gallensteinnachweis	0 = nein 1 = ja	PRAEOPGSTEIN	18	Akute Entzündungszeichen	0 = nein 1 = ja	ENTZZAKUTJN
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname																		
8	Schmerzen im rechten Oberbauch	0 = nein 1 = ja	OBERBAUCHSCH																		
9	Cholestase	0 = nein 1 = ja	CHOLESTANAMN																		
10	Sicherer Gallensteinnachweis	0 = nein 1 = ja	PRAEOPGSTEIN																		
18	Akute Entzündungszeichen	0 = nein 1 = ja	ENTZZAKUTJN																		
Datenbasis BQS-Spezifikation	10.0																				
Teildatensatzbezug	12/1:B																				
Kommentar zur Kennzahl (BQS)	-																				
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	Die Vorjahresergebnisse sind vergleichbar.																				
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2007 vergleichbar.																				

Cholezystektomie

Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase

Indikator	
Laufende Nummer Indikator	2
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase
Begründung, warum dieser QI derzeit nicht als QI für Patienten empfohlen wird	-
Interpretationshilfe	<p>Interpretationshilfe für Patienten zum Qualitätsindikator:</p> <p>Klärung der Ursachen für angestaute Gallenflüssigkeit vor der Gallenblasenentfernung (Name des BQS-Qualitätsindikators: Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase)</p> <p>Dieser Qualitätsindikator bezieht sich auf den Versorgungsbereich:</p> <p>Gallenblasenentfernung (Bezeichnung des BQS-Leistungsbereichs: Cholezystektomie)</p> <p><i>Ergänzende allgemeine Informationen zu diesem Versorgungsbereich finden Sie unter http://www.bqs-online.com/public/bqsfp/qifp/cholezystektomie.</i></p> <p>Qualitätsziel Wenn vor einer Gallenblasenentfernung ein Gallenstau besteht, soll möglichst häufig die Ursache des Gallenstaus <u>vor</u> der Operation untersucht werden.</p> <p>Warum kann das Erreichen dieses Ziels als gute Qualität angesehen werden? Die Gallenflüssigkeit kann sich sowohl innerhalb der Leber (intrahepatisch) als auch außerhalb (extrahepatisch) anstauen. Der Gallenstau außerhalb der Leber (extrahepatische Cholestase) wird durch einen Verschluss der Gallengänge verursacht. Die Gallenwege können aus verschiedenen Gründen blockiert sein, beispielsweise durch Gallensteine oder Tumoren. Die verschiedenen Ursachen des Gallenstaus erfordern unterschiedliche Behandlungen. Deshalb ist es erforderlich, dass bei einem Gallenstau vor einer Gallenblasenoperation (präoperativ) durch eine Untersuchung der Gallengänge geklärt wird, wodurch der Gallenstau verursacht wird. Nur so kann mit Sicherheit festgestellt werden, welche Behandlungsweise angemessen ist.</p> <p>Wie werden die Ergebnisse zu diesem Qualitätsindikator ermittelt? Damit ermittelt werden kann, ob das <input type="checkbox"/> Qualitätsziel erreicht wird, dokumentiert das Krankenhaus t für alle PatientInnen mit einem Gallenstau außerhalb der Leber (extrahepatisch), ob dessen Ursachen <i>vor</i> der Gallenblasenoperation (präoperativ) durch eine Untersuchung der Gallengänge abgeklärt wurden.</p> <p>Aus diesen Angaben wird eine ---> Kennzahl berechnet, die angibt, wie hoch der Anteil der PatientInnen ist, bei denen die Gallenwege im Vorfeld der Gallenblasenoperation untersucht wurden, um die Gründe für einen vorliegenden Gallenstau außerhalb der Leber zu klären.</p> <p>Wie kann man die Versorgungsqualität bewerten? Für diesen Qualitätsindikator lag der -> Referenzbereich im Jahre 2006 bei 100%. Dieser Referenzbereich beschreibt gute Qualität, die nachweislich erreichbar ist. Bei der Interpretation von Ergebnissen sollte berücksichtigt werden, dass in besonderen Einzelfällen durchaus begründet auf die Durchführung der Untersuchung verzichtet werden kann. Daher sind auch Ergebnisse, die nahe bei 100% liegen, in der Regel als qualitativ gut anzusehen.</p> <p>Wie sind die Ergebnisse in Deutschland? Welche Versorgungsqualität für dieses Qualitätsziel erwartet werden kann, zeigt das Ergebnis, das 2006 in Deutschland erreicht wurde: Es betrug 95,60%.</p> <p>Damit wurden im Jahr 2006 bei 95 bis 96 von 100 Patienten die Ursachen eines Gallenstaus vor der Operation geklärt.</p>

Cholezystektomie

	<p>Wie sind die Krankenhausergebnisse einzuschätzen? Krankenhäuser mit 100% haben das Qualitätsziel erreicht. Krankenhäuser mit mehr als 95,60% liegen über dem Durchschnitt.</p> <p>Aus Ergebnissen von Krankenhäusern, die das Qualitätsziel nicht erreichen, kann nicht automatisch auf schlechte Qualität geschlossen werden. Daher werden diese Ergebnisse im -> Strukturierten Dialog gemeinsam durch eine Gruppe von Fachexperten und das Krankenhaus analysiert. Dabei wird geprüft, ob in einem Krankenhaus mit auffälligen Ergebnissen Verbesserungsmaßnahmen erforderlich sind.</p> <p>Kernfrage Wurden in dem Krankenhaus, das Sie in Erwägung ziehen, vor allen Gallenblasenoperationen, die bei vor der Operation bestehendem Gallenstau außerhalb der Leber (extrahepatisch) durchgeführt wurden, die entsprechenden Voruntersuchungen der Gallengänge zur Feststellung der Ursachen durchgeführt?</p> <p>Bearbeitungsstand 2007.</p>						
<p>Qualitätsziel</p>	<p>Bei extrahepatischer Cholestase immer präoperative Abklärung der extrahepatischen Gallenwege</p>						
<p>Indikatortyp</p>	<p>Prozessindikator</p>						
<p>Rationale</p>	<p>Ursache einer extrahepatischen Cholestase ist der Verschluss der großen Gallenwege durch Gallengangsteine (Choledocholithiasis), durch Zysten oder Parasiten, durch Gallenwegsstrikturen oder einen Tumor. Da sich die therapeutischen Konsequenzen erheblich unterscheiden, ist eine differenzierte präoperative Diagnostik erforderlich. Besteht der Verdacht auf das Vorliegen von Gallengangssteinen (Choledocholithiasis), und der sonografische Nachweis gelingt nicht, bestimmen die klinischen Symptome und die Zeichen der bilären Abflussbehinderung den Einsatz der weiteren diagnostischen Maßnahmen, der sich auch nach ihrer Verfügbarkeit richtet (IIa, Konsens B).</p> <p>Bei cholezystektomierten Patienten mit symptomatischen Gallengangssteinen sollte eine endoskopische Steinextraktion nach Papillotomie vorgenommen werden (Evidenzgrad IIa, Empfehlungsgrad A nach ÄZQ, Lammert et al. 2007), Altersgrenzen lassen sich für diesen Eingriff nicht begründen.</p> <p>Bei Patienten mit gleichzeitig vorliegenden Gallenblasen- und Gallengangsteinen wird das therapeutische Splitting (endoskopische Gallengangsteinbehandlung und laparoskopische Cholezystektomie) empfohlen (Evidenzgrad III, Empfehlungsgrad C nach ÄZQ, Lammert et al. 2007). Der überwiegende Teil (>85%) der deutschen Krankenhäuser bevorzugt diese Methode. In Zentren mit hoher Expertise kann eine laparoskopische Cholezystektomie mit einer laparoskopischen Choledochusrevision erfolgen (Evidenzgrad Ib, Empfehlungsgrad A nach ÄZQ, Lammert et al. 2007).</p>						
<p>Literaturverzeichnis</p>	<p>Lammert F, Neubrand M, Bittner R, Feussner H, Greiner L, Hagenmüller F, Kiehne K, Ludwig K, Neuhaus H, Paumgartner G, Riemann J, Sauerbruch T. Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Gallensteinen. S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Viszeralchirurgie. AWMF-Leitlinienregister, Nr. 021/008, Entwicklungsstufe 3. Juli 2007. AWMF online - Leitlinie Gastroenterologie: Gallensteine (Recherchedatum: 18.02.2008).</p>						
<p>Stellungnahmen zum QI</p>	<p>-</p>						
<p>Aktuelle Bewertung QUALIFY</p>							
<p>Relevanz</p>							
<p>Bedeutung</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <table border="1" data-bbox="427 1736 1457 1910"> <tr> <td>Hohe Fallzahl im beobachteten Versorgungsbereich</td> <td>14.817 Patienten mit Cholestase im Jahr 2005 (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)</td> </tr> <tr> <td>Bekannte oder vermutete hohe Versorgungsvariabilität</td> <td>68,2% bis 100% (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)</td> </tr> <tr> <td>Insgesamt niedriges Versorgungsniveau</td> <td>Gesamtrate: 95,05% (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)</td> </tr> </table> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p>	Hohe Fallzahl im beobachteten Versorgungsbereich	14.817 Patienten mit Cholestase im Jahr 2005 (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)	Bekannte oder vermutete hohe Versorgungsvariabilität	68,2% bis 100% (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)	Insgesamt niedriges Versorgungsniveau	Gesamtrate: 95,05% (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)
Hohe Fallzahl im beobachteten Versorgungsbereich	14.817 Patienten mit Cholestase im Jahr 2005 (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)						
Bekannte oder vermutete hohe Versorgungsvariabilität	68,2% bis 100% (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)						
Insgesamt niedriges Versorgungsniveau	Gesamtrate: 95,05% (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)						

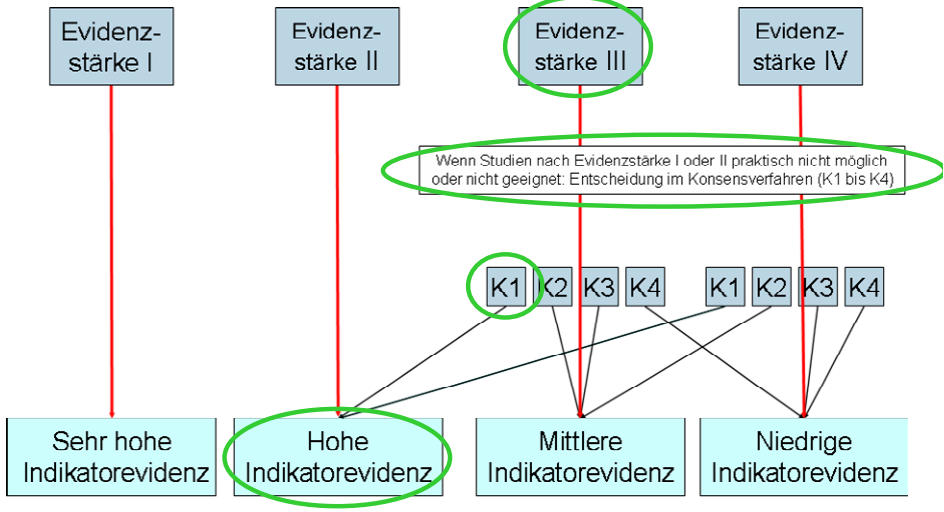
Cholezystektomie

	<p>Der Indikator erfasst wesentliche Aspekte der Lebensqualität, Morbidität und/oder Mortalität.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Mittelwert: 3,43 Spannweite: Trifft eher zu – Trifft zu Gerundetes Ergebnis: 3</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Der Indikator erfasst wesentliche Aspekte der Lebensqualität, Morbidität und/oder Mortalität: Trifft eher zu</p>
<p>Nutzen</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Die Verwendung dieses Qualitätsindikators im Strukturierten Dialog¹ der Jahre 2004 und 2005 hat zu Qualitätsverbesserungen in Krankenhäusern geführt.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Der Einsatz dieses Qualitätsindikators kann die Versorgungsqualität positiv beeinflussen.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Mittelwert: 3,57 Spannweite: Trifft eher zu – Trifft zu Gerundetes Ergebnis: 4</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Der Einsatz dieses Qualitätsindikators kann die Versorgungsqualität positiv beeinflussen: Trifft zu</p>
<p>Risiken</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Spezifische Risiken beim Einsatz dieses Qualitätsindikators sind nicht bekannt.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Es sind keine Risiken bekannt oder die bekannten bzw. vermuteten Risiken durch den Einsatz des Indikators sind beschrieben und erforderlichenfalls berücksichtigt.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu</p>

¹ Beim Strukturierten Dialog handelt es sich um einen Prozess, in dem Fachleute mit Krankenhäusern, die in einem Qualitätsindikator den Referenzbereich verfehlt haben, diese Auffälligkeit besprechen. Es werden die Ursachen abgeklärt und gegebenenfalls Verbesserungsvorschläge unterbreitet oder Zielvereinbarungen getroffen. Der Strukturierte Dialog findet jeweils nach der Ermittlung der Ergebnisse des Qualitätssicherungsverfahrens statt und ist ein wesentlicher Bestandteil des Verfahrens.

	<p>4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Mittelwert: 3,86 Spannweite: Trifft eher zu – Trifft zu Gerundetes Ergebnis: 4</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Es sind keine Risiken bekannt oder die bekannten bzw. vermuteten Risiken durch den Einsatz des Indikators sind beschrieben und erforderlichenfalls berücksichtigt: Trifft zu</p>
<p>Wissenschaftlichkeit</p>	
<p>Indikatorevidenz</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Leitlinien: Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 021/008, Entwicklungsstufe: 2, nicht aktualisiert. Behandlung von Gallensteinen. http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II-na/021-008.htm (Recherchedatum: 17.04.2007). Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 021/008, Entwicklungsstufe: 3, Upgrade. Behandlung von Gallensteinen (In Entwicklung²). http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/021-008-m.htm (Recherchedatum: 17.04.2007). NIH state-of-the-science statement on endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) for diagnosis and therapy. NIH Consens State Sci Statements 2002; 19 (1): 1-26.</p> <p>Weitere Publikationen: Abboud PA, Malet PF, Berlin JA, Staroscik R, Cabana MD, Clarke JR, Shea JA, Schwartz JS, Williams SV. Predictors of common bile duct stones prior to cholecystectomy: a meta-analysis. Gastrointest Endosc 1996; 44: 450-5.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>„Es besteht wissenschaftliche Evidenz, dass bei Vorhandensein des gemessenen Prozesses ein verbessertes Ergebnis auftritt (Zusammenhang zwischen Prozess und Outcome).“</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>Die Bewertung der Indikatorevidenz erfolgt in zwei Schritten:</p> <p>Schritt 1: Der Kernaussage wird eine Evidenzstärke gemäß ÄZQ (AWMF & ÄZQ, 2001) zugeteilt. Informationsgrundlage ist die bewertete Literatur.</p> <p>Schritt 2: Die Evidenzstärke wird nach einheitlichem Schema in einen Grad der Indikatorevidenz mit folgenden Bewertungsstufen überführt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sehr hohe Indikatorevidenz Hohe Indikatorevidenz Mittlere Indikatorevidenz Niedrige Indikatorevidenz <p>4. Bewertung durch die BQS / Bestätigung durch BQS-Fachgruppe</p> <p>¹ Zwar ist der aktualisierte Leitlinientext noch nicht veröffentlicht, aber da einige Mitglieder des Expertengremiums an der Entwicklung beteiligt waren, konnte der dort in einem großen Kreis erzielte Konsens hier in die Bewertung einfließen.</p>

² Zwar ist der aktualisierte Leitlinientext noch nicht veröffentlicht, aber da einige Mitglieder des Expertengremiums an der Entwicklung beteiligt waren, konnte der dort in einem großen Kreis erzielte Konsens hier in die Bewertung einfließen.

	<p>Schritt 1: Evidenzstärke aus vorliegenden Leitlinien / Publikationen: III Schritt 2: Hohe Indikatorevidenz</p>  <p>K1: Konsens kann auch aus S-2-oder S-3-Leitlinien oder aus hochwertigen* internationalen Leitlinien oder Nationalen Expertenstandards (Pflege) übernommen werden. * Bewertung z. B. durch DELBI (DEutsches Leitlinien-Bewertungs-Instrument)</p> <p>Die Einstufung der Indikatorevidenz gründet sich auf die in Entwicklung befindliche S-3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Die Durchführung prospektiv randomisierter Studien ist aus ethischen Gründen nicht möglich. Die Empfehlungen der Leitlinie zeigen klaren Konsens, dass die Durchführung einer präoperativen Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase das Behandlungsergebnis verbessert.</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Das Vorhandensein des gemessenen Prozesses führt zu einem verbesserten Ergebnis: Hohe Indikatorevidenz</p>
<p>Klarheit der Definitionen</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Datensatz, Ausfüllhinweise, Auswertungskonzept, Rationale, Erläuterungen zum Referenzbereich (Informationen sind auf den Webseiten der BQS veröffentlicht).</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Der Indikator ist klar und eindeutig definiert.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Mittelwert: 3,86 Spannweite: Trifft eher zu – Trifft zu Gerundetes Ergebnis: 4</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Der Indikator ist klar und eindeutig definiert:</p>

	<p>Trifft zu</p>						
<p>Reliabilität</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Eine Bewertung der Reliabilität erfolgt hier durch einen statistischen Vergleich von Krankenhausergebnissen aufeinander folgender Quartale.</p> <p>Bei einem geringem Anteil statistisch signifikanter Unterschiede zum Niveau $\alpha = 25\%$ ergeben sich keine Hinweise auf eine unzureichende Reliabilität. Für den Qualitätsindikator „Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase“ konnten insgesamt 0,1% signifikante Unterschiede zwischen aufeinander folgenden Quartalen beobachtet werden.</p> <p>Daher lautet der Bewertungsvorschlag der BQS zu einer ausreichenden Reliabilität: „Trifft zu“.</p> <p>Neben den Quartalsvergleichen hat die BQS-Fachgruppe auch berücksichtigt, wie reliabel sich aus klinischer Sicht die Datenfelder für diesen Qualitätsindikator erheben lassen.</p> <table border="1" data-bbox="427 689 1469 779"> <thead> <tr> <th>Datenfeld</th> <th>Bezeichnung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25</td> <td>Abklärung erfolgt</td> </tr> <tr> <td>24</td> <td>Extrahepatische Cholestase</td> </tr> </tbody> </table> <p>Die BQS-Fachgruppe hat auf dieser Grundlage die unter Punkt 4. dargestellte Bewertung abgegeben.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Es handelt sich um eine reliable Messung.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Mittelwert: 4,00 Spannweite: Trifft zu (100%-Übereinstimmung) Gerundetes Ergebnis: 4</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Es handelt sich um eine reliable Messung: Trifft zu</p>	Datenfeld	Bezeichnung	25	Abklärung erfolgt	24	Extrahepatische Cholestase
Datenfeld	Bezeichnung						
25	Abklärung erfolgt						
24	Extrahepatische Cholestase						
<p>Statistische Unterscheidungsfähigkeit</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Eine Bewertung erfolgt hinsichtlich der Fähigkeit, Merkmalsunterschiede zwischen Einrichtungen (Diskriminationsfähigkeit) statistisch nachweisen zu können. Die minimale Fallzahl an Eingriffen, die in einem Krankenhaus durchgeführt werden muss, um eine signifikante Abweichung von den 5% besten Krankenhäusern und den 5% schlechtesten Krankenhäusern feststellen zu können, beträgt für diesen Qualitätsindikator $n = 10$. Bei Krankenhäusern mit größerer als der festgestellten Mindestfallzahl kann das Erkennen von statistischen Unterschieden auch bei anderen als den denkbar maximalen wie minimalen Ergebnissen möglich sein. Für die zu Grunde liegende Grundgesamtheit „alle Patienten mit extrahepatischer Cholestase“ erreichen 53,7% der Krankenhäuser die minimale Fallzahl von 10 Eingriffen. Der Bewertungsvorschlag der BQS empfiehlt für die Diskriminationsfähigkeit daher die Bewertungsstufe „Trifft eher zu“.</p> <p>Die BQS-Fachgruppe hat auf der Grundlage dieses Bewertungsvorschlags die unter Punkt 4. dargestellte Bewertung abgegeben.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Die Diskriminationsfähigkeit wird dem Zweck der Erhebung gerecht.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p>						

Cholezystektomie

	<p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Mittelwert: 3,14 Spannweite: Trifft eher zu – Trifft zu Gerundetes Ergebnis: 3</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Die Diskriminationsfähigkeit wird dem Zweck der Erhebung gerecht: Trifft eher zu</p>
<p>Risikoadjustierung</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Eine Bewertung der Risikoadjustierung erfolgt hinsichtlich folgender drei Punkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Berücksichtigung aller relevanten Einflussgrößen b) Reliabilität der verwendeten Einflussgrößen c) Angemessenheit der verwendeten Risikoadjustierungsmethode <p>Die niedrigste Einzelbewertung aus a), b) und c) führt zur Gesamtbewertung. Daher kann bei Ablehnung eines Teilaspekts zur Risikoadjustierung auf eine vollständige Bewertung verzichtet werden.</p> <p>Zu a) Berücksichtigung aller relevanten Einflussgrößen:</p> <p><u>Für diesen Qualitätsindikator berücksichtigte Einflussfaktoren:</u> -</p> <p><u>Weitere nicht berücksichtigte relevante Einflussgrößen:</u> -</p> <p>Zu b) Reliabilität der verwendeten Einflussgrößen:</p> <p>Die Fachgruppe hat keine relevanten Einflussgrößen benannt. Damit entfällt die statistische Ermittlung oder Abschätzung der Reliabilität.</p> <p>Bewertungsempfehlung der BQS: Die verwendeten Einflussgrößen sind in der Gesamtbewertung reliabel: „Trifft zu“.</p> <p>Zu c) Aussagekraft der verwendeten Methode (keine Risikoadjustierung):</p> <p>Es sind keine Einflussfaktoren bekannt, die einen relevanten Einfluss auf den Qualitätsindikator ausüben könnten. Daher lautet die Empfehlung der BQS zur Angemessenheit der Methodik: „Trifft zu“.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Der Indikator ist ausreichend risikoadjustiert.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>a) Es sind alle relevanten Einflussfaktoren auf das Ergebnis des Qualitätsindikators berücksichtigt, die</p> <ul style="list-style-type: none"> - nicht von der Qualität des Leistungserbringers abhängen - nicht gleichmäßig über alle Leistungserbringer verteilt sind - in gemeinsamer Betrachtung mit den berücksichtigten Einflussfaktoren noch relevanten Einfluss aufweisen - bei Nichtberücksichtigung das Ergebnis zum Qualitätsziel tatsächlich verzerren <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p>

Cholezystektomie

	<p>b) Es handelt sich bei den Einflussfaktoren um eine insgesamt reliable Messung.</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>c) Die Methode der Risikoadjustierung ist geeignet, um eine unverzerrte Aussage hinsichtlich des Qualitätsziels treffen zu können.</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>a) Berücksichtigung aller relevanten Einflussgrößen Mittelwert: 3,86 Spannweite: Trifft eher zu – Trifft zu Gerundetes Ergebnis: 4</p> <p>b) Reliabilität der verwendeten Einflussgrößen Mittelwert: 3,71 Spannweite: Trifft eher zu – Trifft zu Gerundetes Ergebnis: 4</p> <p>c) Angemessenheit der verwendeten Risikoadjustierungsmethode Mittelwert: 4,00 Spannweite: Trifft zu (100%-Übereinstimmung) Gerundetes Ergebnis: 4</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Der Indikator ist ausreichend risikoadjustiert. Trifft zu</p>
<p>Validität</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Die Bewertung der Inhaltsvalidität erfolgt durch die Fachgruppe auf der Basis der Bezeichnung des Qualitätsindikators bzw. der Qualitätskennzahl, der Rationalen und der Rechenregel in der BQS-Qualitätsindikatoren-Datenbank (www.bqs-qualitaetsindikatoren.de).</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Der Indikator ist ausreichend valide.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Mittelwert: 4,00 Spannweite: Trifft zu (100%-Übereinstimmung) Gerundetes Ergebnis: 4</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Der Indikator ist ausreichend valide: Trifft zu</p>

<p>Praktikabilität</p> <p>Verständlichkeit für Patienten</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Die Bewertung erfolgte durch die BQS-Fachgruppe. Es wurde beurteilt, ob die Bedeutung des Indikators und seines Ergebnisses in laienverständlicher Sprache klar und eindeutig kommuniziert werden kann.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Die Ergebnisse des Qualitätsindikators können von Patienten und interessierter Öffentlichkeit verstanden und interpretiert werden.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Mittelwert: 3,43 Spannweite: Trifft eher zu – Trifft zu Gerundetes Ergebnis: 3</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Die Ergebnisse des Qualitätsindikators können von Patienten und interessierter Öffentlichkeit verstanden und interpretiert werden: Trifft eher zu</p>
<p>Beeinflussbarkeit</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Die Bewertung ist erfolgt auf der Basis der fachlichen Erfahrung des Expertengremiums.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Der Qualitätsindikator bezieht sich auf einen Versorgungsaspekt, der von den bewerteten Akteuren beeinflusst werden kann.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Mittelwert: 4,00 Spannweite: Trifft zu (100%-Übereinstimmung) Gerundetes Ergebnis: 4</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Der Qualitätsindikator bezieht sich auf einen Versorgungsaspekt, der von den bewerteten Akteuren beeinflusst werden kann: Trifft zu</p>
<p>Richtigkeit der Daten</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Für die Qualitätsindikatoren der BQS wird ein formales Verfahren zur Überprüfung der Richtigkeit der Dokumentation fortlaufend eingesetzt. In diesem Verfahren wird die Dokumentation für die Qualitätssicherung gegen die Referenz der Patientenakte geprüft. Von einer sorgfältig geführten Patientenakte wird erwartet, dass die geforderten Informationen dokumentiert sind. Somit kann dieses Kriterium für alle aktuellen BQS-Verfahren als erfüllt gelten.</p>

	<p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Die Richtigkeit der Daten kann überprüft werden.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>2 = Trifft zu</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Die Richtigkeit der Daten kann überprüft werden: Trifft zu</p>
<p>Vollständigkeit der Daten</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Vollständigkeit der Daten: Alle Bestandteile des Datensatzes zum Qualitätsindikator sind für die Auswertung vorhanden.</p> <p>Für alle BQS-Verfahren ist durch die Verwendung harter Plausibilitätsregeln gewährleistet, dass nur vollständig ausgefüllte Datensätze abgeliefert werden können. Somit kann dieses Kriterium für alle aktuellen BQS-Verfahren als erfüllt gelten.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>2 = Trifft zu</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden: Trifft zu</p>
<p>Vollzähligkeit der Daten</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Vollzähligkeit der Daten: Alle dokumentationspflichtigen Datensätze sind für die Auswertung vorhanden.</p> <p>Für alle BQS-Verfahren ist durch die Verwendung der QS-Filter-Sollstatistik gewährleistet, dass eine Vollzähligkeitsprüfung durchgeführt werden kann. Somit kann dieses Kriterium für alle aktuellen BQS-Verfahren als erfüllt gelten.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Die Vollzähligkeit der Daten kann überprüft werden.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>2 = Trifft zu</p>

Cholezystektomie

	<p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden: Trifft zu</p>
--	--

Cholezystektomie

44783

Kennzahl													
ID-Kennzahl	44783												
Ergänzung Bezeichnung QI	-												
Referenzbereich 2007	>= 95% (Zielbereich)												
Referenzbereich 2006	= 100%												
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	Bei diesem Qualitätsindikator wird eine Rate von 100% angestrebt. Als erreichbares Ziel wird ein Referenzbereich von >= 95% festgelegt, da die Durchführung dieser diagnostischen Maßnahme in seltenen Fällen nicht umsetzbar sein kann. Nur durch eine Abklärung kann eine maligne Grunderkrankung als Ursache der extrahepatischen Cholestase diagnostiziert oder ausgeschlossen werden.												
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Risikostandardisierte Fallkonstellation												
Rechenregel	Zähler: Patienten mit erfolgter präoperativer Abklärung der Gallenwege bei extrahepatischer Cholestase Grundgesamtheit: Alle Patienten mit extrahepatischer Cholestase												
Erläuterung der Rechenregel	-												
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 10.0: <table border="1" data-bbox="395 929 1441 1077"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>24</td> <td>Abklärung erfolgt</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>CHOLESTABKLAERUNG</td> </tr> <tr> <td>23</td> <td>Extrahepatische Cholestase</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>CHOLESTDIAGN</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	24	Abklärung erfolgt	0 = nein 1 = ja	CHOLESTABKLAERUNG	23	Extrahepatische Cholestase	0 = nein 1 = ja	CHOLESTDIAGN
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname										
24	Abklärung erfolgt	0 = nein 1 = ja	CHOLESTABKLAERUNG										
23	Extrahepatische Cholestase	0 = nein 1 = ja	CHOLESTDIAGN										
Datenbasis BQS- Spezifikation	10.0												
Teildatensatzbezug	12/1:B												
Kommentar zur Kennzahl (BQS)	-												
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	Die Vorjahresergebnisse sind vergleichbar.												
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2007 vergleichbar.												

Cholezystektomie

Erhebung eines histologischen Befundes

Indikator	
Laufende Nummer Indikator	3
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erhebung eines histologischen Befundes
Begründung, warum dieser QI derzeit nicht als QI für Patienten empfohlen wird	-
Interpretationshilfe	<p>Interpretationshilfe für Patienten zum Qualitätsindikator:</p> <p>Feingewebliche Untersuchung der entfernten Gallenblase (Name des BQS-Qualitätsindikators: Erhebung eines histologischen Befundes)</p> <p>Dieser Qualitätsindikator bezieht sich auf den Versorgungsbereich:</p> <p>Gallenblasenentfernung (Bezeichnung des BQS-Leistungsbereichs: Cholezystektomie) <i>Ergänzende allgemeine Informationen zu diesem Versorgungsbereich finden Sie unter http://www.bqs-online.com/public/bqsfp/qifp/cholezystektomie.</i></p> <p>Qualitätsziel Nach einer Gallenblasenentfernung soll die entfernte Gallenblase möglichst häufig feingeweblich untersucht werden.</p> <p>Warum kann das Erreichen dieses Ziels als gute Qualität angesehen werden? Um festzustellen, wie stark die entfernte Gallenblase geschädigt ist oder ob möglicherweise sogar eine bis dahin nicht bekannte Krebserkrankung der Gallenblase vorliegt, wird sie nach ihrer Entfernung (postoperativ) von einem auf Gewebeuntersuchungen spezialisierten Arzt (Pathologen), feingeweblich (histologisch) untersucht.</p> <p>Mit diesem Schritt wird überprüft, ob der behandelnde Arzt die Krankheit vor der Operation richtig erkannt und eingeschätzt hat. Außerdem kann nur mit dieser Gewebeuntersuchung durch den Pathologen nach der Operation endgültig festgestellt oder ausgeschlossen werden, dass eine bösartige Veränderung, wie beispielsweise ein bis dahin unbekannter Gallenblasenkrebs, besteht.</p> <p>Wie werden die Ergebnisse zu diesem Qualitätsindikator ermittelt? Damit ermittelt werden kann, ob das <input type="checkbox"/> Qualitätsziel erreicht wird, dokumentiert das Krankenhaus für alle PatientInnen, denen die Gallenblase entfernt wurde, ob <i>nach</i> der Operation (postoperativ) eine Gewebeuntersuchung der entnommenen Gallenblase durch den zuständigen Facharzt, den Pathologen, erfolgt ist.</p> <p>Aus diesen Angaben wird eine ---> Kennzahl berechnet, die angibt, wie hoch der Anteil der PatientInnen ist, denen die Gallenblase entfernt wurde und deren entfernte Gallenblase anschließend durch einen Pathologen unter dem Mikroskop begutachtet wurde.</p> <p>Wie kann man die Versorgungsqualität bewerten? Für diesen Qualitätsindikator lag der -> Referenzbereich im Jahre 2006 bei 100%. Dieser Referenzbereich beschreibt gute Qualität, die nachweislich erreichbar ist. Bei der Interpretation von Ergebnissen sollte berücksichtigt werden, dass in besonderen Einzelfällen durchaus begründet auf die Durchführung der Untersuchung verzichtet werden kann. Daher sind auch Ergebnisse, die nahe bei 100% liegen, in der Regel als qualitativ gut anzusehen.</p> <p>Wie sind die Ergebnisse in Deutschland? Welche Versorgungsqualität für dieses Qualitätsziel erwartet werden kann, zeigt das Ergebnis, das 2006 in Deutschland erreicht wurde: Es betrug 98,88%.</p>

Cholezystektomie

	<p>Damit wurden Deutschland im Jahr 2006 in 98 bis 99 von 100 Fällen die entfernten Gallenblasen postoperativ durch einen Facharzt mikroskopisch untersucht und beurteilt.</p> <p>Wie sind die Krankenhausergebnisse einzuschätzen? Krankenhäuser mit 100% haben das Qualitätsziel erreicht. Krankenhäuser mit mehr als 98,88% liegen über dem Durchschnitt.</p> <p>Aus Ergebnissen von Krankenhäusern, die das Qualitätsziel nicht erreichen, kann nicht automatisch auf schlechte Qualität geschlossen werden. Daher werden diese Ergebnisse im -> Strukturierten Dialog gemeinsam durch eine Gruppe von Fachexperten und das Krankenhaus analysiert. Dabei wird geprüft, ob in einem Krankenhaus mit auffälligen Ergebnissen Verbesserungsmaßnahmen erforderlich sind.</p> <p>Kernfrage Wurde in dem Krankenhaus, das Sie in Erwägung ziehen, in allen Fällen <i>nach</i> der Gallenblasenentfernung eine Gewebeuntersuchung der Gallenblase durch den Pathologen durchgeführt?</p> <p>Bearbeitungsstand 2007.</p>		
Qualitätsziel	Immer Erhebung eines histologischen Befundes		
Indikatortyp	Prozessindikator		
Rationale	<p>Die routinemäßige Erhebung eines histologischen Befundes erlaubt zum einen eine Überprüfung der Qualität der klinischen und apparativen Diagnostik.</p> <p>Zum anderen ist nur durch eine histologische Untersuchung die Diagnose oder der Ausschluss einer malignen Grunderkrankung möglich. So ist z. B. bei männlichen Steinträgern mit Konkrementen über 3 cm Größe das Risiko, ein Gallenblasenkarzinom zu erleiden, 9 bis 10fach erhöht (Diehl 1983, Lowenfels et al. 1985 und 1989). Polypen ≥ 1 cm bei Steinträgern sind signifikant häufiger mit einem Gallenblasenkarzinom assoziiert als in steinfreier Gallenblase. 3 bis 6% aller Patienten über 60 Jahre mit einem Adenom > 1 cm entwickeln ein Karzinom, während bei der Porzellangallenblase eine Karzinomrate von bis zu 20% angegeben wird. Trotz des Evidenztyps III nach ÄZQ wurde der Empfehlungsgrad in der Leitlinie als hoch eingeschätzt (Empfehlungsgrad B nach ÄZQ, Lammert et al. 2007). Darüber hinaus kommt es auch immer wieder unvermutet zur Entdeckung von Gallenblasenkarzinomen im Operationspräparat, auch wenn keine der typischen Risikokonstellationen vorliegt (Contini et al. 1999).</p> <p>Nach Ansicht der Fachgruppe Viszeralchirurgie ist nicht auszuschließen, dass unter zunehmendem ökonomischem Druck in den Krankenhäusern weniger histologische Untersuchungen durchgeführt werden.</p>		
Literaturverzeichnis	<p>Contini S, Dalla Valle R, Zinicola R. Unexpected gallbladder cancer after laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc 1999; 13: 264-267.</p> <p>Diehl AK. Gallstone size and the risk of gallbladder cancer. JAMA 1983; 250: 2323-2326.</p> <p>Lammert F, Neubrand M, Bittner R, Feussner H, Greiner L, Hagenmüller F, Kiehne K, Ludwig K, Neuhaus H, Paumgartner G, Riemann J, Sauerbruch T. Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Gallensteinen. S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten und der Deutschen Gesellschaft für Viszeralchirurgie. AWMF-Leitlinienregister, Nr. 021/008, Entwicklungsstufe 3. Juli 2007. AWMF online - Leitlinie Gastroenterologie: Gallensteine (Recherchedatum: 18.02.2008).</p> <p>Lowenfels AB, Walker AM, Althaus DP, Townsend G, Domellof L. Gallstone growth, size and risk of gallbladder cancer: an interradical study. Int J Epidemiol 1989; 18: 50-54.</p> <p>Lowenfels AB, Lindstrom CG, Conway MJ, Hatings PR. Gallstones and risk of gallbladder cancer. J Natl Cancer Inst 1985; 75: 77-80.</p>		
Stellungnahmen zum QI	-		
Aktuelle Bewertung QUALIFY			
Relevanz			
Bedeutung	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <table border="1" data-bbox="427 1960 1473 1986"> <tr> <td>Häufigkeit und/oder Schweregrad</td> <td>Übersehen eines Karzinoms das in 0,6% bis 1% der Fälle</td> </tr> </table>	Häufigkeit und/oder Schweregrad	Übersehen eines Karzinoms das in 0,6% bis 1% der Fälle
Häufigkeit und/oder Schweregrad	Übersehen eines Karzinoms das in 0,6% bis 1% der Fälle		

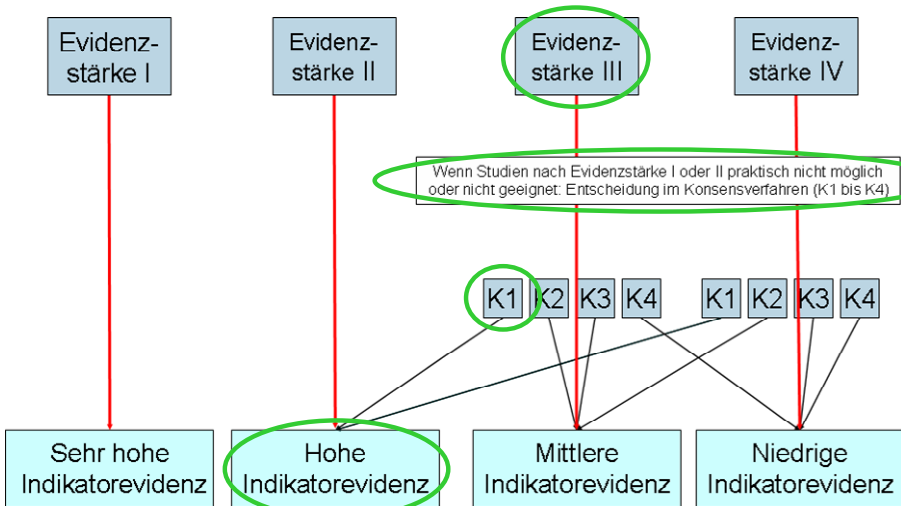
Cholezystektomie

	<table border="1"> <tr> <td>eines unerwünschten Ereignisses (hohes Risiko)</td> <td>vorhanden aber zuvor unbekannt ist (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)</td> </tr> <tr> <td>Hohe Fallzahl im beobachteten Versorgungsbereich</td> <td>167.263 in 2005 (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)</td> </tr> <tr> <td>Bekannte oder vermutete hohe Versorgungsvariabilität</td> <td>42,9% - 100% (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)</td> </tr> <tr> <td>Insgesamt niedriges Versorgungsniveau</td> <td>Gesamtrate 97,82% (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)</td> </tr> </table> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Der Indikator erfasst wesentliche Aspekte der Lebensqualität, Morbidität und/oder Mortalität.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Mittelwert: 4,00 Spannweite: Trifft zu (100%-Übereinstimmung) Gerundetes Ergebnis: 4</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Der Indikator erfasst wesentliche Aspekte der Lebensqualität, Morbidität und/oder Mortalität: Trifft zu</p>	eines unerwünschten Ereignisses (hohes Risiko)	vorhanden aber zuvor unbekannt ist (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)	Hohe Fallzahl im beobachteten Versorgungsbereich	167.263 in 2005 (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)	Bekannte oder vermutete hohe Versorgungsvariabilität	42,9% - 100% (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)	Insgesamt niedriges Versorgungsniveau	Gesamtrate 97,82% (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)
eines unerwünschten Ereignisses (hohes Risiko)	vorhanden aber zuvor unbekannt ist (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)								
Hohe Fallzahl im beobachteten Versorgungsbereich	167.263 in 2005 (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)								
Bekannte oder vermutete hohe Versorgungsvariabilität	42,9% - 100% (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)								
Insgesamt niedriges Versorgungsniveau	Gesamtrate 97,82% (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)								
Nutzen	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Bei Verwendung dieses Qualitätsindikators im Strukturierten Dialog³ werden Qualitätsverbesserungen in den Krankenhäusern erwartet.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Der Einsatz dieses Qualitätsindikators kann die Versorgungsqualität positiv beeinflussen.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Mittelwert: 4,00 Spannweite: Trifft zu (100%-Übereinstimmung) Gerundetes Ergebnis: 4</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Der Einsatz dieses Qualitätsindikators kann die Versorgungsqualität positiv beeinflussen: Trifft zu</p>								
Risiken	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p>								

³ Beim Strukturierten Dialog handelt es sich um einen Prozess, in dem Fachleute mit Krankenhäusern, die in einem Qualitätsindikator den Referenzbereich verfehlt haben, diese Auffälligkeit besprechen. Es werden die Ursachen abgeklärt und gegebenenfalls Verbesserungsvorschläge unterbreitet oder Zielvereinbarungen getroffen. Der Strukturierte Dialog findet jeweils nach der Ermittlung der Ergebnisse des Qualitätssicherungsverfahrens statt und ist ein wesentlicher Bestandteil des Verfahrens.

	<p>Spezifische Risiken beim Einsatz dieses Qualitätsindikators sind nicht bekannt.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Es sind keine Risiken bekannt oder die bekannten bzw. vermuteten Risiken durch den Einsatz des Indikators sind beschrieben und erforderlichenfalls berücksichtigt.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Mittelwert: 4,00 Spannweite: Trifft zu (100%-Übereinstimmung) Gerundetes Ergebnis: 4</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Es sind keine Risiken bekannt oder die bekannten bzw. vermuteten Risiken durch den Einsatz des Indikators sind beschrieben und erforderlichenfalls berücksichtigt: Trifft zu</p>
<p>Wissenschaftlichkeit</p>	
<p>Indikatorevidenz</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Leitlinien: Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 021/008, Entwicklungsstufe 2, nicht aktualisiert. Behandlung von Gallensteinen. http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II-na/021-008.htm (Recherchedatum: 17.04.2007).</p> <p>Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 021/008, Entwicklungsstufe 3, Upgrade. Behandlung von Gallensteinen (In Entwicklung⁴). http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/021-008-m.htm (Recherchedatum: 17.04.2007).</p> <p>Weitere Publikationen: Contini S, Dalla Valle R, Zinicola R. Unexpected gallbladder cancer after laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc 1999; 13: 264-7.</p> <p>Diehl AK. Gallstone size and the risk of gallbladder cancer. JAMA 1983; 250: 2323-6.</p> <p>Hohaus T, Hellmich G, Ludwig K. [Incidental gallbladder carcinoma – a report of experiences after 1,200 laparoscopic cholecystectomies] Zentralbl Chir 1997; 122 (2): 103-7.</p> <p>Lowenfels AB, Lindstrom CG, Conway MJ, Hatings PR. Gallstones and risk of gallbladder cancer. J Natl Cancer Inst 1985; 75: 77-80.</p> <p>Lowenfels AB, Walker AM, Althaus DP, Townsend G, Domellof L. Gallstone growth, size and risk of gallbladder cancer: an interrational study. Int J Epidemiol 1989; 18: 50-4.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>„Es besteht wissenschaftliche Evidenz, dass bei Vorhandensein des gemessenen Prozesses ein verbessertes Ergebnis auftritt (Zusammenhang zwischen Prozess und Outcome).“</p>

⁴ Zwar ist der aktualisierte Leitlinientext noch nicht veröffentlicht, aber da einige Mitglieder des Expertengremiums an der Entwicklung beteiligt waren, konnte der dort in einem großen Kreis erzielte Konsens hier in die Bewertung einfließen.

	<p>3. Bewertungsstufen</p> <p>Die Bewertung der Indikatorevidenz erfolgt in zwei Schritten:</p> <p>Schritt 1: Der Kernaussage wird eine Evidenzstärke gemäß ÄZQ (AWMF & ÄZQ, 2001) zugeteilt. Informationsgrundlage ist die bewertete Literatur.</p> <p>Schritt 2: Die Evidenzstärke wird nach einheitlichem Schema in einen Grad der Indikatorevidenz mit folgenden Bewertungsstufen überführt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sehr hohe Indikatorevidenz Hohe Indikatorevidenz Mittlere Indikatorevidenz Niedrige Indikatorevidenz <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Schritt 1: Evidenzstärke aus vorliegenden Leitlinien / Publikationen: III</p> <p>Schritt 2: Hohe Indikatorevidenz</p>  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>K1: Konsens kann auch aus S-2-oder S-3-Leitlinien oder aus hochwertigen* internationalen Leitlinien oder Nationalen Expertenstandards (Pflege) übernommen werden. * Bewertung z. B. durch DELBI (DEutsches Leitlinien-Bewertungs-Instrument)</p> </div> <p>Die Einstufung der Indikatorevidenz gründet sich auf die in Entwicklung befindliche S-3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Die Durchführung prospektiv randomisierter Studien ist aus ethischen Gründen nicht möglich. Die Empfehlungen der Leitlinie zeigen klaren Konsens, dass die Durchführung einer histologischen Untersuchung das Behandlungsergebnis verbessert.</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Das Vorhandensein des gemessenen Prozesses führt zu einem verbesserten Ergebnis: hohe Indikatorevidenz</p>
<p>Klarheit der Definitionen</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Datensatz, Ausfüllhinweise, Auswertungskonzept, Rationale, Erläuterungen zum Referenzbereich (Informationen sind auf den Webseiten der BQS veröffentlicht).</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p>

Cholezystektomie

	<p>Der Indikator ist klar und eindeutig definiert.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Mittelwert: 3,86 Spannweite: Trifft eher zu – Trifft zu Gerundetes Ergebnis: 4</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Der Indikator ist klar und eindeutig definiert: Trifft zu</p>				
<p>Reliabilität</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Eine Bewertung der Reliabilität erfolgt hier durch einen statistischen Vergleich von Krankenhausergebnissen aufeinander folgender Quartale.</p> <p>Bei einem geringem Anteil statistisch signifikanter Unterschiede zum = 25% ergeben sich keine Hinweise auf eine unzureichende Niveau α Reliabilität. Für den Qualitätsindikator „Erhebung eines histologischen Befundes“ konnten insgesamt 2,5% signifikante Unterschiede zwischen aufeinander folgenden Quartalen beobachtet werden.</p> <p>Daher lautet der Bewertungsvorschlag der BQS zu einer ausreichenden Reliabilität: „Trifft zu“. Neben den Quartalsvergleichen hat die BQS-Fachgruppe auch berücksichtigt, wie reliabel sich aus klinischer Sicht die Datenfelder für diesen Qualitätsindikator erheben lassen.</p> <table border="1" data-bbox="427 1108 1468 1169"> <thead> <tr> <th>Datenfeld</th> <th>Bezeichnung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50</td> <td>histologischer Befund</td> </tr> </tbody> </table> <p>Die BQS-Fachgruppe hat auf dieser Grundlage die unter Punkt 4. dargestellte Bewertung abgegeben.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Es handelt sich um eine reliable Messung.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Mittelwert: 4,00 Spannweite: Trifft zu (100%-Übereinstimmung) Gerundetes Ergebnis: 4</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Es handelt sich um eine reliable Messung: Trifft zu</p>	Datenfeld	Bezeichnung	50	histologischer Befund
Datenfeld	Bezeichnung				
50	histologischer Befund				
<p>Statistische Unterscheidungsfähigkeit</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Eine Bewertung erfolgt hinsichtlich der Fähigkeit, Merkmalsunterschiede zwischen Einrichtungen (Diskriminationsfähigkeit) statistisch nachweisen zu können. Die minimale Fallzahl an Eingriffen, die in einem Krankenhaus durchgeführt werden muss, um eine signifikante Abweichung von den</p>				

Cholezystektomie

	<p>5% besten Krankenhäusern und den 5% schlechtesten Krankenhäusern feststellen zu können, beträgt für diesen Qualitätsindikator n = 26. Bei Krankenhäusern mit größerer als der festgestellten Mindestfallzahl kann das Erkennen von statistischen Unterschieden auch bei anderen als den denkbar maximalen wie minimalen Ergebnissen möglich sein. Für die zu Grunde liegende Grundgesamtheit „alle Patienten“ erreichen 92,6% der Krankenhäuser die minimale Fallzahl von 26 Eingriffen. Der Bewertungsvorschlag der BQS empfiehlt für die Diskriminationsfähigkeit daher die Bewertungsstufe „Trifft zu“.</p> <p>Die BQS-Fachgruppe hat auf der Grundlage dieses Bewertungsvorschlags die unter Punkt 4. dargestellte Bewertung abgegeben.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Die Diskriminationsfähigkeit wird dem Zweck der Erhebung gerecht.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Mittelwert: 4,00 Spannweite: Trifft zu (100%-Übereinstimmung) Gerundetes Ergebnis: 4</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Die Diskriminationsfähigkeit wird dem Zweck der Erhebung gerecht: Trifft zu</p>
<p>Risikoadjustierung</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Eine Bewertung der Risikoadjustierung erfolgt hinsichtlich folgender drei Punkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Berücksichtigung aller relevanten Einflussgrößen b) Reliabilität der verwendeten Einflussgrößen c) Angemessenheit der verwendeten Risikoadjustierungsmethode <p>Die niedrigste Einzelbewertung aus a), b) und c) führt zur Gesamtbewertung. Daher kann bei Ablehnung eines Teilaspekts zur Risikoadjustierung auf eine vollständige Bewertung verzichtet werden.</p> <p>Zu a) Berücksichtigung aller relevanten Einflussgrößen:</p> <p><u>Für diesen Qualitätsindikator berücksichtigte Einflussfaktoren:</u> -</p> <p><u>Weitere nicht berücksichtigte relevante Einflussgrößen:</u> -</p> <p>Zu b) Reliabilität der verwendeten Einflussgrößen:</p> <p>Die Fachgruppe hat keine relevanten Einflussgrößen benannt. Damit entfällt die statistische Ermittlung oder Abschätzung der Reliabilität.</p> <p>Bewertungsempfehlung der BQS: Die verwendeten Einflussgrößen sind in der Gesamtbewertung reliabel: „Trifft zu“.</p> <p>Zu c) Aussagekraft der verwendeten Methode (keine Risikoadjustierung):</p> <p>Es sind keine Einflussfaktoren bekannt, die einen relevanten Einfluss auf den Qualitätsindikator ausüben könnten. Daher lautet die Empfehlung der BQS zur Angemessenheit der Methodik: „Trifft zu“.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Der Indikator ist ausreichend risikoadjustiert.</p>

	<p>3. Bewertungsstufen</p> <p>a) Es sind alle relevanten Einflussfaktoren auf das Ergebnis des Qualitätsindikators berücksichtigt, die</p> <ul style="list-style-type: none"> - nicht von der Qualität des Leistungserbringers abhängen - nicht gleichmäßig über alle Leistungserbringer verteilt sind - in gemeinsamer Betrachtung mit den berücksichtigten Einflussfaktoren noch relevanten Einfluss aufweisen - bei Nichtberücksichtigung das Ergebnis zum Qualitätsziel tatsächlich verzerren <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>b) Es handelt sich bei den Einflussfaktoren um eine insgesamt reliable Messung.</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>c) Die Methode der Risikoadjustierung ist geeignet, um eine unverzerrte Aussage hinsichtlich des Qualitätsziels treffen zu können.</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>a) Berücksichtigung aller relevanten Einflussgrößen Mittelwert: 4,00 Spannweite: Trifft zu (100%-Übereinstimmung) Gerundetes Ergebnis: 4</p> <p>b) Reliabilität der verwendeten Einflussgrößen Mittelwert: 4,00 Spannweite: Trifft zu (100%-Übereinstimmung) Gerundetes Ergebnis: 4</p> <p>c) Angemessenheit der verwendeten Risikoadjustierungsmethode Mittelwert: 4,00 Spannweite: Trifft zu (100%-Übereinstimmung) Gerundetes Ergebnis: 4</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Der Indikator ist ausreichend risikoadjustiert. Trifft zu</p>
<p>Validität</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Die Bewertung der Inhaltsvalidität erfolgt durch die Fachgruppe auf der Basis der Bezeichnung des Qualitätsindikators bzw. der Qualitätskennzahl, der Rationalen und der Rechenregel in der BQS-Qualitätsindikatoren-Datenbank (www.bqs-qualitaetsindikatoren.de).</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Der Indikator ist ausreichend valide.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu</p>

Cholezystektomie

	<p>3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Mittelwert: 4,00 Spannweite: Trifft zu (100%-Übereinstimmung) Gerundetes Ergebnis: 4</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Der Indikator ist ausreichend valide: Trifft zu</p>
Praktikabilität	
<p>Verständlichkeit für Patienten</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Die Bewertung erfolgte durch die BQS-Fachgruppe. Es wurde beurteilt, ob die Bedeutung des Indikators und seines Ergebnisses in laienverständlicher Sprache klar und eindeutig kommuniziert werden kann.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Die Ergebnisse des Qualitätsindikators können von Patienten und interessierter Öffentlichkeit verstanden und interpretiert werden.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Mittelwert: 3,57 Spannweite: Trifft eher zu – Trifft zu Gerundetes Ergebnis: 4</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Die Ergebnisse des Qualitätsindikators können von Patienten und interessierter Öffentlichkeit verstanden und interpretiert werden: Trifft zu</p>
<p>Beeinflussbarkeit</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Die Bewertung ist erfolgt auf der Basis der fachlichen Erfahrung des Expertengremiums.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Der Qualitätsindikator bezieht sich auf einen Versorgungsaspekt, der von den bewerteten Akteuren beeinflusst werden kann.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Mittelwert: 4,00 Spannweite: Trifft zu (100%-Übereinstimmung) Gerundetes Ergebnis: 4</p>

	<p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Der Qualitätsindikator bezieht sich auf einen Versorgungsaspekt, der von den bewerteten Akteuren beeinflusst werden kann: Trifft zu</p>
<p>Richtigkeit der Daten</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Für die Qualitätsindikatoren der BQS wird ein formales Verfahren zur Überprüfung der Richtigkeit der Dokumentation fortlaufend eingesetzt. In diesem Verfahren wird die Dokumentation für die Qualitätssicherung gegen die Referenz der Patientenakte geprüft. Von einer sorgfältig geführten Patientenakte wird erwartet, dass die geforderten Informationen dokumentiert sind. Somit kann dieses Kriterium für alle aktuellen BQS-Verfahren als erfüllt gelten.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Die Richtigkeit der Daten kann überprüft werden.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>2 = Trifft zu</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Die Richtigkeit der Daten kann überprüft werden: Trifft zu</p>
<p>Vollständigkeit der Daten</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Vollständigkeit der Daten: Alle Bestandteile des Datensatzes zum Qualitätsindikator sind für die Auswertung vorhanden.</p> <p>Für alle BQS-Verfahren ist durch die Verwendung harter Plausibilitätsregeln gewährleistet, dass nur vollständig ausgefüllte Datensätze abgeliefert werden können. Somit kann dieses Kriterium für alle aktuellen BQS-Verfahren als erfüllt gelten.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>2 = Trifft zu</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden: Trifft zu</p>
<p>Vollzähligkeit der Daten</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Vollzähligkeit der Daten: Alle dokumentationspflichtigen Datensätze sind für die Auswertung vorhanden.</p> <p>Für alle BQS-Verfahren ist durch die Verwendung der QS-Filter-Sollstatistik gewährleistet, dass eine Vollzähligkeitsprüfung durchgeführt werden kann. Somit kann dieses Kriterium für alle</p>

Cholezystektomie

	<p>aktuellen BQS-Verfahren als erfüllt gelten.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>2 = Trifft zu</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden: Trifft zu</p>
--	---

Cholezystektomie

44800

Kennzahl									
ID-Kennzahl	44800								
Ergänzung Bezeichnung QI	-								
Referenzbereich 2007	>= 95% (Zielbereich)								
Referenzbereich 2006	= 100%								
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	Bei diesem Qualitätsindikator wird eine Rate von 100% angestrebt. Als erreichbares Ziel wird ein Referenzbereich von >= 95% festgelegt, da die Durchführung dieser diagnostischen Maßnahme in seltenen Fällen nicht umsetzbar sein kann. Nur durch eine histologische Untersuchung ist der Ausschluss oder Nachweis von malignen Befunden möglich. Eine histologische Untersuchung ist daher dringend geboten. Zusätzlich stellt die histologische Untersuchung einen unverzichtbaren Parameter zur Überprüfung der Qualität der klinischen und/oder apparativen Diagnostik dar.								
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Keine Risikoadjustierung erforderlich								
Rechenregel	Zähler: Patienten, bei denen postoperativ ein histologischer Befund der Gallenblase erhoben wurde Grundgesamtheit: Alle Patienten								
Erläuterung der Rechenregel	-								
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 10.0: <table border="1" data-bbox="395 1010 1441 1104"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>49</td> <td>histologischer Befund veranlasst</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>HISTBEFUNDVERANL</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	49	histologischer Befund veranlasst	0 = nein 1 = ja	HISTBEFUNDVERANL
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname						
49	histologischer Befund veranlasst	0 = nein 1 = ja	HISTBEFUNDVERANL						
Datenbasis BQS- Spezifikation	10.0								
Teildatensatzbezug	12/1:B								
Kommentar zur Kennzahl (BQS)									
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	Die Vorjahresergebnisse sind vergleichbar.								
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2007 vergleichbar.								

Cholezystektomie

Eingriffsspezifische Komplikationen

Indikator	
Laufende Nummer Indikator	4
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsspezifische Komplikationen
Begründung, warum dieser QI derzeit nicht als QI für Patienten empfohlen wird	<p>Für diesen Qualitätsindikator kann die Empfehlung für eine Veröffentlichung der Ergebnisse zum jetzigen Zeitpunkt nicht befürwortet werden, da eine vollständige Evaluation dieses Qualitätsindikators anhand des QUALIFY-Instruments (http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/online/public/leistungen/qualify) noch nicht erfolgt ist.</p> <p>Der Qualitätsindikator wurde als Grundlage für den Strukturierten Dialog mit den Krankenhäusern entwickelt. Bei diesem Dialog besprechen Fachleute die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit leitenden Mitarbeitern in den Krankenhäusern. Zur endgültigen Einschätzung der Versorgungssituation können die Fachleute zusätzliche Informationen (z. B. zum gesundheitlichen Allgemeinzustand der Patienten vor der Behandlung, organisatorischen Abläufen im Krankenhaus) hinzuziehen. Bei Bedarf werden Ziele zur Verbesserung der Versorgung gemeinsam mit dem Krankenhaus formuliert. Der Strukturierte Dialog ist damit ein wesentlicher Bestandteil des Verfahrens der externen Qualitätssicherung.</p> <p>Soll das Ergebnis eines Qualitätsindikators zur Information von Patienten veröffentlicht werden, müssen bestimmte methodische Kriterien unbedingt erfüllt sein. Um Fehlschlüsse aus dem Ergebnis zu verhindern, muss z. B. der gesundheitliche Allgemeinzustand der Patienten vor der Behandlung für die Berichterstattung über Komplikationen im Krankenhaus bereits bei der Berechnung des Qualitätsindikators berücksichtigt sein.</p> <p>Bearbeitungsstand 2007.</p>
Interpretationshilfe	-
Qualitätsziel	Selten eingriffsspezifische, behandlungsbedürftige Komplikationen in Abhängigkeit vom OP-Verfahren
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Rationale	<p>Bei diesem Qualitätsindikator werden verschiedene eingriffsspezifische Komplikationen subsumiert, die in wissenschaftlichen Studien zur Beurteilung der Ergebnisqualität herangezogen werden.</p> <p>Verletzungen des Ductus hepatocholedochus einschließlich seiner Begleitstrukturen im Ligamentum hepatoduodenale sind mit einer signifikanten Morbidität und Letalität belastet (Shea et al. 1996). Während zu Beginn der 1990er Jahre die Rate an Gallengangverletzungen bei laparoskopischer Cholezystektomie noch höher lag als bei der offenen Operation, haben sich diese Unterschiede mittlerweile nivelliert (Birth et al. 2003), bzw. haben sich die Verhältnisse umgekehrt (Ludwig et al. 2002) und die laparoskopische Cholezystektomie ist fast überall die Methode der Wahl (Kraas & Farke 2002).</p> <p>Die Rate an eingriffsspezifischen Komplikationen bei der laparoskopischen Cholezystektomie wird in einer Metaanalyse mit 1,35% angegeben (Hölbling et al. 1995). Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass aufgrund unterschiedlicher Definitionen von Komplikationen und differierender Erfassungszeiträume ein Vergleich nur eingeschränkt möglich ist.</p>
Literaturverzeichnis	<p>Birth M, Keller R, Bruch H-P. Laparoskopische Cholezystektomie. Viszeralchirurgie 2003; 38: 72-76.</p> <p>Hölbling N, Pilz E, Feil W, Schiessel R. Laparoskopische Cholezystektomie – eine Metaanalyse von 23.700 Fällen und der Stellenwert im eigenen Patientenkollektiv. Wien Klin Wochenschr 1995; 107 (5): 158-162.</p> <p>Kraas F, Farke S. Laparoskopische Cholezystektomie. Kongressbd Dtsch Ges Chir Kongr 2002; 119: 322-327.</p> <p>Ludwig K, Lorenz D, Koeckerling F. Surgical strategies in the laparoscopic therapy of cholecystolithiasis and common duct stones. Anz J Surg 2002; 72 (8): 547-552.</p> <p>Shea JA, Healey MJ, Berlin JA, Clarke JR, Malet PF, Staroscik RN, Schwartz JS, Williams SV.</p>

Cholezystektomie

	Mortality and Complications Associated with Laparoscopic Cholecystectomy. A Meta-Analysis. Annals of Surger 1996; 224 (5): 609-620.
Stellungnahmen zum QI	-
Aktuelle Bewertung QUALIFY	
Relevanz	
Wissenschaftlichkeit	
Praktikabilität	

Cholezystektomie

76479

Kennzahl			
ID-Kennzahl	76479		
Ergänzung Bezeichnung QI	mindestens eine eingriffsspezifische Komplikation		
Referenzbereich 2007	<= x% (Toleranzbereich; 95%-Perzentil)		
Referenzbereich 2006	<= 7,0% (95%-Perzentile)		
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	Hohe Variabilität der Ergebnisse. In Metaanalysen von kontrollierten Studien erreichte Komplikationsraten können aufgrund von Selektionsverzerrungen nicht für einen validen Vergleich herangezogen werden.		
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Keine Risikoadjustierung erforderlich		
Rechenregel	Zähler: Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation (Blutung, periphere Gallengangsverletzung, Okklusion, Durchtrennung des DHC oder sonstige) Grundgesamtheit: Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation (OPS 5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)		
Erläuterung der Rechenregel	-		
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 10.0:		
	Item	Bezeichnung	Schlüssel
	50	eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja
	35	Operation (OPS)	OPS Version 2007
			Feldname
			EINGRSPEZKOM
			OPSCHLUESSEL
Datenbasis BQS- Spezifikation	10.0		
Teildatensatzbezug	12/1:B		
Kommentar zur Kennzahl (BQS)	-		
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	Die Vorjahresergebnisse sind vergleichbar.		
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2007 vergleichbar.		

Cholezystektomie

64980

Kennzahl				
ID-Kennzahl	64980			
Ergänzung Bezeichnung QI	Okklusion oder Durchtrennung des DHC			
Referenzbereich 2007	Sentinel Event			
Referenzbereich 2006	Sentinel Event			
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	Bei der Durchtrennung oder Okklusion des Ductus hepatocholedochus handelt es sich um eine seltene, schwerwiegende Komplikation, die teilweise vermeidbar ist. Daher sollte für alle diese Fälle eine Einzelfallanalyse erfolgen.			
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Keine Risikoadjustierung erforderlich			
Rechenregel	Zähler: Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC Grundgesamtheit: Alle Patienten			
Erläuterung der Rechenregel	-			
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 10.0:			
	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname
	52	Okklusion oder Durchtrennung des DHC	1 = ja	EINGRSPEZOKKLU
Datenbasis BQS- Spezifikation	10.0			
Teildatensatzbezug	12/1:B			
Kommentar zur Kennzahl (BQS)	-			
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	Die Vorjahresergebnisse sind vergleichbar.			
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2007 vergleichbar.			

Cholezystektomie

Postoperative Wundinfektionen

Indikator	
Laufende Nummer Indikator	5
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Postoperative Wundinfektionen
Begründung, warum dieser QI derzeit nicht als QI für Patienten empfohlen wird	<p>Für diesen Qualitätsindikator kann die Empfehlung für eine Veröffentlichung der Ergebnisse zum jetzigen Zeitpunkt nicht befürwortet werden, da eine vollständige Evaluation dieses Qualitätsindikators anhand des QUALIFY-Instruments (http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/online/public/leistungen/qualify) noch nicht erfolgt ist.</p> <p>Der Qualitätsindikator wurde als Grundlage für den Strukturierten Dialog mit den Krankenhäusern entwickelt. Bei diesem Dialog besprechen Fachleute die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit leitenden Mitarbeitern in den Krankenhäusern. Zur endgültigen Einschätzung der Versorgungssituation können die Fachleute zusätzliche Informationen (z. B. zum gesundheitlichen Allgemeinzustand der Patienten vor der Behandlung, organisatorischen Abläufen im Krankenhaus) hinzuziehen. Bei Bedarf werden Ziele zur Verbesserung der Versorgung gemeinsam mit dem Krankenhaus formuliert. Der Strukturierte Dialog ist damit ein wesentlicher Bestandteil des Verfahrens der externen Qualitätssicherung.</p> <p>Soll das Ergebnis eines Qualitätsindikators zur Information von Patienten veröffentlicht werden, müssen bestimmte methodische Kriterien unbedingt erfüllt sein. Um Fehlschlüsse aus dem Ergebnis zu verhindern, muss z. B. der gesundheitliche Allgemeinzustand der Patienten vor der Behandlung für die Berichterstattung über Komplikationen im Krankenhaus bereits bei der Berechnung des Qualitätsindikators berücksichtigt sein.</p> <p>Bearbeitungsstand 2007.</p>
Interpretationshilfe	-
Qualitätsziel	Selten postoperative Wundinfektionen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Rationale	<p>Wundinfektionen und Abszesse sind Komplikationen im postoperativen Verlauf, die für den Patienten mit subjektivem Krankheitsgefühl, einem verlängerten stationären Aufenthalt, verzögerter Erholung und Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit einhergehen.</p> <p>Von Seiten der Krankenhäuser wird versucht, das Wundinfektionsrisiko durch Maßnahmen wie den Bau geeigneter Operationsräume, Hygienevorschriften und die routinemäßige Durchführung einer Antibiotikaphylaxe bei bestimmten Operationen zu reduzieren. Die Effektivität einer Reihe prophylaktischer Maßnahmen ist in der wissenschaftlichen Literatur mit hoher Evidenz belegt (Mangram et al. 1999; Evidenzgrad I, Einteilung nach CDC). Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse hat die US-amerikanische Gesundheitsbehörde Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Richtlinien erstellt, die detaillierte Handlungsanweisungen zur Verringerung des postoperativen Wundinfektionsrisikos geben (Mangram et al. 1999).</p> <p>Das Risiko für eine postoperative Wundinfektion wird jedoch nicht allein durch die Qualität der ärztlichen oder pflegerischen Leistung beeinflusst. Die CDC hat Risikofaktoren identifiziert und einen Score zur Beurteilung des präoperativen Wundinfektionsrisikos entwickelt (Culver et al. 1991). Die Anwendung dieses Scores ermöglicht einen Vergleich risikoadjustierter Wundinfektionsraten.</p> <p>Für die Definition postoperativer Wundinfektionen werden die Definitionen der CDC in der Übersetzung des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen verwendet (Steinbrecher et al. 2002).</p> <p>Referenzdaten werden für Deutschland vom Nationalen Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen veröffentlicht (NRZ 2006).</p> <p>Alle tatsächlich auftretenden Wundinfekte werden mit dieser Rate nicht erfasst, da ein Teil erst nach Entlassung aus dem stationären Aufenthalt auftritt und somit nicht dokumentiert wird. Die Fachgruppe Viszeralchirurgie plädiert weiterhin nachdrücklich dafür, die Voraussetzungen für eine sektorübergreifende Erfassung der Ergebnisqualität zu schaffen.</p>
Literaturverzeichnis	Culver DH, Horan TC, Gaynes RP, Martone WJ, Jarvis WR, Emori TG, Banerjee S, Edwards JR,

Cholezystektomie

	<p>Tolson JS, Henderson TS, Hughes JM. Surgical Wound Infection Rates By Wound Class, Operative Procedure, and Patient Risk Index. The American Journal of Medicine 1991; 91 (Suppl 3B): 152S-157S.</p> <p>Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, 1999. Infection Control and Hospital Epidemiology 1999; 20 (4): 247-280.</p> <p>Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ). KISS Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System. Modul OP-KISS. Abschnitt A: Referenzdaten. Januar 2002 bis Dezember 2006. http://www.nrz-hygiene.de/dwnld/200201_200612_OP_reference.pdf (Recherchedatum: 18.02.2008).</p> <p>Steinbrecher E, Sohr D, Hansen S, Nassauer A, Daschner F, Rüden H, Gastmeier P. Surveillance postoperativer Wundinfektionen – Referenzdaten des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (KISS). Der Chirurg 2002; 73 (1): 76-82.</p>
Stellungnahmen zum QI	-
Aktuelle Bewertung QUALIFY	
Relevanz	
Wissenschaftlichkeit	
Praktikabilität	

Cholezystektomie

44819

Kennzahl				
ID-Kennzahl	44819			
Ergänzung Bezeichnung QI	bei allen Patienten			
Referenzbereich 2007	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert			
Referenzbereich 2006	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.			
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	Ein Referenzbereich wurde für die risikoadjustierte Wundinfektionsrate (Risikoklasse 0) festgelegt.			
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Keine Risikoadjustierung erforderlich			
Rechenregel	Zähler: Patienten mit postoperativer Wundinfektion Grundgesamtheit: Alle Patienten			
Erläuterung der Rechenregel	-			
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 10.0:			
	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname
	56	postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)	0 = nein 1 = ja	POSTOPWUNDINFEKTION
Datenbasis BQS- Spezifikation	10.0			
Teildatensatzbezug	12/1:B			
Kommentar zur Kennzahl (BQS)	-			
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	Die Vorjahresergebnisse sind vergleichbar.			
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2007 vergleichbar.			

Cholezystektomie

44843

Kennzahl				
ID-Kennzahl	44843			
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Patienten mit Risikoklasse 0			
Referenzbereich 2007	<= 2% (Zielbereich)			
Referenzbereich 2006	<= 2%			
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	Aufgrund der Risikoadjustierung können hier Referenzdaten des NRZ und des NNIS der CDC zur Festlegung herangezogen werden. Wundinfektionsraten des NRZ (2006) in dieser Risikoklasse: 2,77% bei offen-chirurgischer Operation 0,65% bei laparoskopischer Operation Wundinfektionsraten der NNIS (2004) in dieser Risikoklasse: 0,68%			
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Additiver Score			
Rechenregel	Zähler: Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Risikoklasse 0			
Erläuterung der Rechenregel	Risikoklassen werden gebildet nach NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance der Centers for Disease Control). Es wird jeweils ein Risikopunkt vergeben, wenn - ASA >= 3 - OP-Dauer > 75%-Perzentil der OP-Dauer-Verteilung in der Grundgesamtheit - ein kontaminierter oder septischer Eingriff vorliegt. Patienten der Risikoklasse 0 haben 0 Risikopunkte. 2007: OP-Dauer > 75%-Perzentil: x min			
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 10.0:			
	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname
	31	Einstufung nach ASA-Klassifikation	1 = normaler, ansonsten gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung 5 = moribunder Patient	ASA
	34	Wundkontaminationsklassifikationen (nach Definition der CDC)	1 = aseptische Eingriffe 2 = bedingt aseptische Eingriffe 3 = kontaminierte Eingriffe 4 = septische Eingriffe	PRAEOPCDC
	38	Dauer des Eingriffs (Schnitt-Nahtzeit)		OPDAUER
	56	postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)	0 = nein 1 = ja	POSTOPWUNDINFEKTION
Datenbasis BQS-Spezifikation	10.0			

Cholezystektomie

Teildatensatzbezug	12/1:B
Kommentar zur Kennzahl (BQS)	-
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	Die Vorjahresergebnisse sind vergleichbar.
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2007 vergleichbar.

Cholezystektomie

Allgemeine postoperative Komplikationen

Indikator	
Laufende Nummer Indikator	6
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine postoperative Komplikationen
Begründung, warum dieser QI derzeit nicht als QI für Patienten empfohlen wird	<p>Für diesen Qualitätsindikator kann die Empfehlung für eine Veröffentlichung der Ergebnisse zum jetzigen Zeitpunkt nicht befürwortet werden, da eine vollständige Evaluation dieses Qualitätsindikators anhand des QUALIFY-Instruments (http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/online/public/leistungen/qualify) noch nicht erfolgt ist.</p> <p>Der Qualitätsindikator wurde als Grundlage für den Strukturierten Dialog mit den Krankenhäusern entwickelt. Bei diesem Dialog besprechen Fachleute die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit leitenden Mitarbeitern in den Krankenhäusern. Zur endgültigen Einschätzung der Versorgungssituation können die Fachleute zusätzliche Informationen (z. B. zum gesundheitlichen Allgemeinzustand der Patienten vor der Behandlung, organisatorischen Abläufen im Krankenhaus) hinzuziehen. Bei Bedarf werden Ziele zur Verbesserung der Versorgung gemeinsam mit dem Krankenhaus formuliert. Der Strukturierte Dialog ist damit ein wesentlicher Bestandteil des Verfahrens der externen Qualitätssicherung.</p> <p>Soll das Ergebnis eines Qualitätsindikators zur Information von Patienten veröffentlicht werden, müssen bestimmte methodische Kriterien unbedingt erfüllt sein. Um Fehlschlüsse aus dem Ergebnis zu verhindern, muss z. B. der gesundheitliche Allgemeinzustand der Patienten vor der Behandlung für die Berichterstattung über Komplikationen im Krankenhaus bereits bei der Berechnung des Qualitätsindikators berücksichtigt sein.</p> <p>Bearbeitungsstand 2007.</p>
Interpretationshilfe	-
Qualitätsziel	Selten allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen in Abhängigkeit vom OP-Verfahren
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Rationale	<p>Unter den „allgemeinen postoperativen Komplikationen“ werden kardiovaskuläre Komplikationen, postoperative Pneumonien, Lungenembolien, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombosen und Harnwegsinfekte zusammengefasst. Die Rate an diesen Komplikationen geht in der wissenschaftlichen Literatur in die Beurteilung des postoperativen Outcome ein.</p> <p>Gesamtmorbidität und -letalität sind bei der laparoskopischen Cholezystektomie mit der Einschränkung fehlender Daten des Evidenzlevels I deutlich geringer als bei der offenen Cholezystektomie (Shea et al. 1996).</p>
Literaturverzeichnis	Shea JA, Healey MJ, Berlin JA, Clarke JR, Malet PF, Staroscik RN, Schwartz JS, Williams SV. Mortality and Complications Associated with Laparoscopic Cholecystectomy. A Meta-Analysis. Annals of Surgery 1996; 224 (5): 609-620.
Stellungnahmen zum QI	-
Aktuelle Bewertung QUALIFY	
Relevanz	
Wissenschaftlichkeit	
Praktikabilität	

Cholezystektomie

44891

Kennzahl									
ID-Kennzahl	44891								
Ergänzung Bezeichnung QI	bei allen Patienten								
Referenzbereich 2007	<= x% (Toleranzbereich; 95%-Perzentil)								
Referenzbereich 2006	<= 8,9% (95%-Perzentile)								
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	Die Angabe eines absoluten Grenzwertes ist nicht sinnvoll, da verschiedene Komplikationen subsummiert werden.								
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Keine Risikoadjustierung erforderlich								
Rechenregel	Zähler: Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation Grundgesamtheit: Alle Patienten								
Erläuterung der Rechenregel	-								
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 10.0: <table border="1" data-bbox="395 819 1437 967"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>58</td> <td>allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>POKOMPLIKAT</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	58	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja	POKOMPLIKAT
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname						
58	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja	POKOMPLIKAT						
Datenbasis BQS- Spezifikation	10.0								
Teildatensatzbezug	12/1:B								
Kommentar zur Kennzahl (BQS)	-								
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	Die Vorjahresergebnisse sind vergleichbar.								
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2007 vergleichbar.								

Cholezystektomie

44892

Kennzahl													
ID-Kennzahl	44892												
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation												
Referenzbereich 2007	<= x% (Toleranzbereich; 95%-Perzentil)												
Referenzbereich 2006	<= 7,1% (95%-Perzentile)												
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	Die Angabe eines absoluten Grenzwertes ist nicht sinnvoll, da verschiedene Komplikationen subsummiert werden.												
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Stratifizierung												
Rechenregel	Zähler: Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation Grundgesamtheit: Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation (OPS 5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)												
Erläuterung der Rechenregel	-												
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 10.0: <table border="1" data-bbox="395 846 1437 1025"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>35</td> <td>Operation (OPS)</td> <td>OPS Version 2007</td> <td>OPSCHLUESSEL</td> </tr> <tr> <td>58</td> <td>allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>POKOMPLIKAT</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	35	Operation (OPS)	OPS Version 2007	OPSCHLUESSEL	58	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja	POKOMPLIKAT
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname										
35	Operation (OPS)	OPS Version 2007	OPSCHLUESSEL										
58	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja	POKOMPLIKAT										
Datenbasis BQS- Spezifikation	10.0												
Teildatensatzbezug	12/1:B												
Kommentar zur Kennzahl (BQS)	-												
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	Die Vorjahresergebnisse sind vergleichbar.												
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2007 vergleichbar.												

Cholezystektomie

44893

Kennzahl													
ID-Kennzahl	44893												
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Patienten mit offen-chirurgischer Operation												
Referenzbereich 2007	<= x% (Toleranzbereich; 95%-Perzentil)												
Referenzbereich 2006	<= 29,2% (95%-Perzentile)												
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	Die Angabe eines absoluten Grenzwertes ist nicht sinnvoll, da verschiedene Komplikationen subsummiert werden.												
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Stratifizierung												
Rechenregel	Zähler: Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation Grundgesamtheit: Patienten mit offen-chirurgischer Operation (OPS 5-511.01, 5-511.02)												
Erläuterung der Rechenregel	-												
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 10.0: <table border="1" data-bbox="395 819 1437 999"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>35</td> <td>Operation (OPS)</td> <td>OPS Version 2007</td> <td>OPSCHLUESSEL</td> </tr> <tr> <td>58</td> <td>allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>POKOMPLIKAT</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	35	Operation (OPS)	OPS Version 2007	OPSCHLUESSEL	58	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja	POKOMPLIKAT
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname										
35	Operation (OPS)	OPS Version 2007	OPSCHLUESSEL										
58	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja	POKOMPLIKAT										
Datenbasis BQS- Spezifikation	10.0												
Teildatensatzbezug	12/1:B												
Kommentar zur Kennzahl (BQS)	-												
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	Die Vorjahresergebnisse sind vergleichbar.												
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2007 vergleichbar.												

Cholezystektomie

Reinterventionsrate

Indikator	
Laufende Nummer Indikator	7
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Reinterventionsrate
Begründung, warum dieser QI derzeit nicht als QI für Patienten empfohlen wird	-
Interpretationshilfe	<p>Interpretationshilfe für Patienten zum Qualitätsindikator:</p> <p>Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en) (Name des BQS-Qualitätsindikators: Reinterventionsrate)</p> <p>Dieser Qualitätsindikator bezieht sich auf den Versorgungsbereich:</p> <p>Gallenblasenentfernung (Bezeichnung des BQS-Leistungsbereichs: Cholezystektomie) <i>Ergänzende allgemeine Informationen zu diesem Versorgungsbereich finden Sie unter http://www.bqs-online.com/public/bqsfp/qifp/cholezystektomie.</i></p> <p>Qualitätsziel Nach Gallenblasenentfernungen sollen möglichst selten Folgeoperationen zur Behandlung von Komplikationen erforderlich sein.</p> <p>Warum kann das Erreichen dieses Ziels als gute Qualität angesehen werden? Tritt nach einer Operation eine Komplikation auf, können ungeplante Folgeoperationen (Reintervention) erforderlich werden. Abgesehen von den generellen Risiken, die jede Operation mit sich bringt, können die Auswirkungen für die betroffenen PatientInnen erheblich sein: Der Heilungsprozess verzögert sich, der Krankenhausaufenthalt wird verlängert. Häufig müssen die Betroffenen zusätzlich Medikamente einnehmen. Insgesamt sind die PatientInnen einer erheblich größeren körperlichen und psychischen Belastung ausgesetzt.</p> <p>Auch während einer Gallenblasenoperation können schwerwiegende Komplikationen auftreten, z. B. Verletzungen des Darms oder von Blutgefäßen. Eine der folgenschwersten Komplikationen ist, wenn der Hauptgallengang während der Operation durchtrennt oder verletzt wird. Geplante Gallenblasenentfernungen ziehen weniger Komplikationen nach sich als Notfalloperationen.</p> <p>Ziel aller Krankenhäuser muss es daher sein, Komplikationen zu vermeiden, die Folgeoperationen notwendig machen.</p> <p>Wie werden die Ergebnisse zu diesem Qualitätsindikator ermittelt? Das Krankenhaus dokumentiert für alle PatientInnen, denen die Gallenblase entfernt wurde, ob Folgeoperationen auf Grund von Komplikationen durchgeführt werden mussten.</p> <p>Aus diesen Angaben wird eine ---> Kennzahl berechnet, die angibt, wie hoch der Anteil der PatientInnen ist, denen die Gallenblase entfernt wurde und die anschließend infolge auftretender Komplikationen ein weiteres Mal operiert wurden.</p> <p>Wie kann man die Versorgungsqualität bewerten? Für diesen Qualitätsindikator kann keine medizinisch-pflegerisch begründbare Grenze für eine tatsächlich erreichbare gute Qualität festgelegt werden. Als Orientierungshilfe zur Bewertung der Krankenhausergebnisse kann das durchschnittliche Ergebnis in Deutschland (-> Gesamtrate) herangezogen werden (siehe: Wie sind die Ergebnisse in Deutschland?).</p> <p>Da es für diesen Indikator keine klar belegbare Grenze für gute Qualität gibt, wurde ein Referenzbereich festgelegt, der besonders auffällige Ergebnisse kennzeichnet.</p>

	<p>Nicht jedes auffällige Ergebnis bedeutet automatisch schlechte Qualität. Daher werden diese Ergebnisse im -> Strukturierten Dialog gemeinsam durch eine Gruppe von Fachexperten und das Krankenhaus analysiert. Dabei wird geprüft, ob in einem Krankenhaus mit auffälligen Ergebnissen möglicherweise Verbesserungsmaßnahmen erforderlich sind.</p> <p>Wie sind die Ergebnisse in Deutschland? Welche Versorgungsqualität für dieses Qualitätsziel erwartet werden kann, zeigt das Ergebnis, das 2006 in Deutschland erreicht wurde: Es betrug 1,11%.</p> <p>Damit trat bei 1 bis 2 von 100 PatientInnen, bei denen 2006 in Deutschland die Gallenblase entfernt wurde, eine Komplikation auf, die eine Folgeoperation nach sich zog.</p> <p>Wie sind die Krankenhausergebnisse einzuschätzen? Krankenhäuser mit einer Rate von weniger als 1,11% liegen über dem Durchschnitt. Krankenhäuser mit einer Rate von mehr als 1,5% haben ein auffälliges Ergebnis.</p> <p>Aus auffälligen Ergebnissen kann nicht automatisch auf schlechte Qualität geschlossen werden. Daher werden diese Ergebnisse im -> Strukturierten Dialog gemeinsam durch eine Gruppe von Fachexperten und das Krankenhaus analysiert. Dabei wird geprüft, ob in einem Krankenhaus mit auffälligen Ergebnissen Verbesserungsmaßnahmen erforderlich sind.</p> <p>Kernfrage In welchem Umfang sind in dem Krankenhaus, das Sie in Erwägung ziehen, nach der Erstoperation zur Gallenblasenentfernung ungeplante Folgeoperationen (Reintervention) infolge von Komplikationen erfolgt? Aus welchen Gründen wurde das Ziel von 1,5% möglicherweise nicht erreicht?</p> <p>Bearbeitungsstand 2007.</p>
<p>Qualitätsziel</p>	<p>Geringe Reinterventionsrate in Abhängigkeit vom OP-Verfahren</p>
<p>Indikatortyp</p>	<p>Ergebnisindikator</p>
<p>Rationale</p>	<p>Die Rate an Reinterventionen ist eine Kennzahl für schwerwiegende Frühkomplikationen, die in wissenschaftlichen Untersuchungen zur Bewertung eines Operationsverfahrens herangezogen wird (Shea et al. 1996).</p> <p>Eine Reintervention ist ein erneuter operativer oder interventioneller Eingriff nach einer Operation wegen postoperativ aufgetretenen Komplikationen. Typische Gründe für eine Reintervention nach Cholezystektomie sind belassene Gallengangsteine (nicht als Komplikation anzusehen sind diejenigen Gallengangsteine, die im Rahmen eines therapeutischen Splittings geplant postoperativ endoskopisch entfernt werden sollen), Gallengangsverletzungen, Blutungen und Entzündungen.</p> <p>Aus der Literatur ist bekannt, dass die operative Ausgangssituation einen Einfluss auf die Reinterventionsrate hat. Zum Beispiel ist bei elektiv durchgeführten Cholezystektomien die Reinterventionsrate geringer als bei akuten Eingriffen. Bei laparoskopisch durchgeführten Cholezystektomien ist seltener eine Reintervention erforderlich als bei offenen Operationen (Ludwig et al. 2001). Allerdings ist zu berücksichtigen, dass der Schweregrad der Komplikation, die zur Reintervention führt, in der Auswertung nicht erfasst wird. Darüber hinaus liegt bei den offen chirurgischen Eingriffen eine primär negative Selektion des Patientenkollektivs vor. Um den Einfluss eines durch abdominelle Voroperationen bedingten Operationsstatus zu berücksichtigen, werden die laparoskopisch begonnen und beendeten Eingriffe für diesen Indikator ausgewertet. Laparoskopisch begonnene Eingriffe, bei denen wegen schwierigem Situs ein Umstieg auf die offene Operationstechnik erfolgt, werden somit ausgeschlossen.</p> <p>Weiterhin haben Auswertungen der BQS-Daten gezeigt, dass bei Entzündungen und bei Patienten der ASA-Klassen 4 oder 5 die Reinterventionsrate signifikant erhöht ist und diese Risikofaktoren nicht gleichmäßig auf die Krankenhäuser verteilt sind.</p> <p>Zur Risikoadjustierung der Reinterventionsrate wird daher eine risikostandardisierte Fallkonstellation gebildet, indem die relevanten Einflussfaktoren aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen werden.</p>
<p>Literaturverzeichnis</p>	<p>Ludwig K, Köckerling F, Hohenberger W, Lorenz D. Die chirurgische Therapie der Cholecysto-/Cholelithiasis – Ergebnisse einer deutschlandweiten Umfrage an 859 Kliniken mit 123.090 Cholezystektomien. Der Chirurg 2001; 72: 1171-1178.</p>

Cholezystektomie

	Shea JA, Healey BS, Berlin JA, Clarke JR, Malet PF, Staroscik RN, Schwartz JS, Williams SV. Mortality and Complications Associated with Laparoscopic Cholecystectomy. A Meta-Analysis. Ann Surg 1996; 224 (5): 609-620.						
Stellungnahmen zum QI	-						
Aktuelle Bewertung QUALIFY							
Relevanz							
Bedeutung	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <table border="1"> <tr> <td>Hohe Fallzahl im beobachteten Versorgungsbereich</td> <td>2613 von 155.907 in 2005 (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)</td> </tr> <tr> <td>Bekannte oder vermutete hohe Versorgungsvariabilität</td> <td>0,0% bis 14,3% in 2005 (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)</td> </tr> <tr> <td>Insgesamt niedriges Versorgungsniveau</td> <td>1,68% in 2005 (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)</td> </tr> </table> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Der Indikator erfasst wesentliche Aspekte der Lebensqualität, Morbidität und/oder Mortalität.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Mittelwert: 3,86 Spannweite: Trifft eher zu – Trifft zu Gerundetes Ergebnis: 4</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Der Indikator erfasst wesentliche Aspekte der Lebensqualität, Morbidität und/oder Mortalität: Trifft zu</p>	Hohe Fallzahl im beobachteten Versorgungsbereich	2613 von 155.907 in 2005 (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)	Bekannte oder vermutete hohe Versorgungsvariabilität	0,0% bis 14,3% in 2005 (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)	Insgesamt niedriges Versorgungsniveau	1,68% in 2005 (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)
Hohe Fallzahl im beobachteten Versorgungsbereich	2613 von 155.907 in 2005 (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)						
Bekannte oder vermutete hohe Versorgungsvariabilität	0,0% bis 14,3% in 2005 (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)						
Insgesamt niedriges Versorgungsniveau	1,68% in 2005 (Quelle: BQS-Bundesauswertung 2005)						

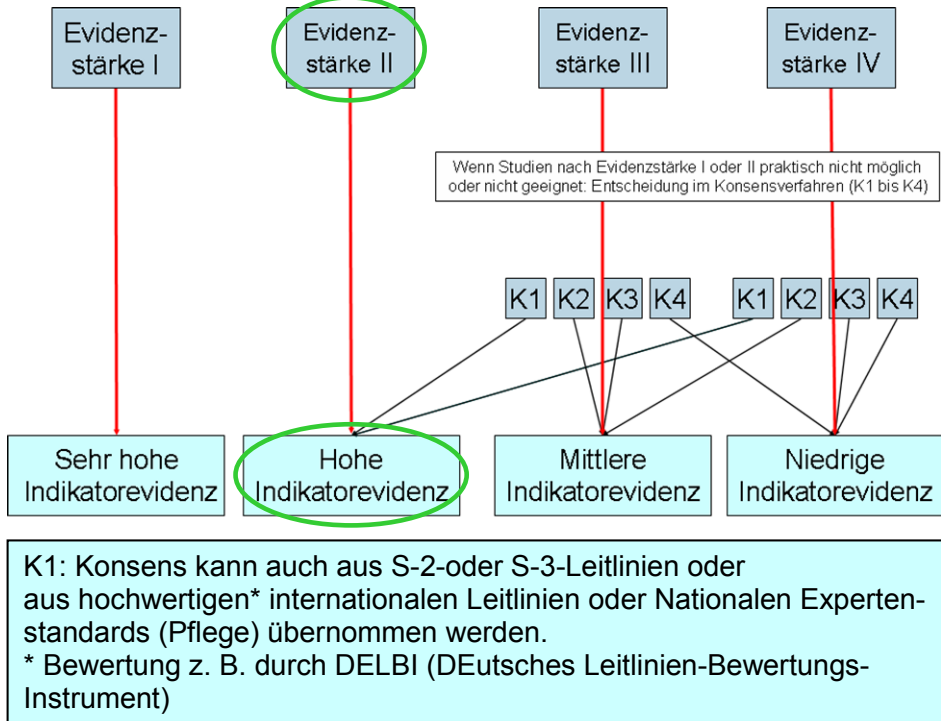
Cholezystektomie

<p>Nutzen</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Die Verwendung dieses Qualitätsindikators im Strukturierten Dialog⁵ der Jahre 2004 und 2005 hat zu Qualitätsverbesserungen in Krankenhäusern geführt.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Der Einsatz dieses Qualitätsindikators kann die Versorgungsqualität positiv beeinflussen.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Mittelwert: 4,00 Spannweite: Trifft zu (100%-Übereinstimmung) Gerundetes Ergebnis: 4</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Der Einsatz dieses Qualitätsindikators kann die Versorgungsqualität positiv beeinflussen: Trifft zu</p>
<p>Risiken</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Spezifische Risiken beim Einsatz dieses Qualitätsindikators sind nicht bekannt.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Es sind keine Risiken bekannt oder die bekannten bzw. vermuteten Risiken durch den Einsatz des Indikators sind beschrieben und erforderlichenfalls berücksichtigt.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Mittelwert: 3,71 Spannweite: Trifft eher zu – Trifft zu Gerundetes Ergebnis: 4</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Es sind keine Risiken bekannt oder die bekannten bzw. vermuteten Risiken durch den Einsatz des Indikators sind beschrieben und erforderlichenfalls berücksichtigt: Trifft zu</p>
<p>Wissenschaftlichkeit</p>	
<p>Indikatorevidenz</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Leitlinien:</p>

⁵ Beim Strukturierten Dialog handelt es sich um einen Prozess, in dem Fachleute mit Krankenhäusern, die in einem Qualitätsindikator den Referenzbereich verfehlt haben, diese Auffälligkeit besprechen. Es werden die Ursachen abgeklärt und gegebenenfalls Verbesserungsvorschläge unterbreitet oder Zielvereinbarungen getroffen. Der Strukturierte Dialog findet jeweils nach der Ermittlung der Ergebnisse des Qualitätssicherungsverfahrens statt und ist ein wesentlicher Bestandteil des Verfahrens.

	<p>Weitere Publikationen: Agresta F, De Simone P, Ciardo LF, Bedin N. Direct trocar insertion vs Veress needle in nonobese patients undergoing laparoscopic procedures: a randomized prospective single-center study. Surg Endosc 2004;18 (12): 1778-81.</p> <p>Feliu Pala X, Fernandez Sallent E, Claveria Puig R, Abad Ribalta JM. Evolution of laparoscopic cholecystectomy in the regional hospitals of Catalonia. Rev Esp Enferm Dig 2000; 92 (4): 211-21.</p> <p>Gunenc MZ, Yesildaglar N, Bingol B, Onalan G, Tabak S, Gokmen B. The safety and efficacy of direct trocar insertion with elevation of the rectus sheath instead of the skin for pneumoperitoneum. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2005; 15 (2): 80-1.</p> <p>Z'graggen K, Wehrli H, Metzger A, Buehler M, Frei E, Klaiber C. Complications of laparoscopic cholecystectomy in Switzerland. A prospective 3-year study of 10,174 patients. Swiss Association of Laparoscopic and Thoracoscopic Surgery. Surg Endosc 1998; 12 (11): 1303-10.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>„Es besteht wissenschaftliche Evidenz, dass das gemessene Ergebnis vom Leistungserbringer beeinflusst werden kann. (Zusammenhang zwischen Outcome und Prozess/Struktur).“</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>Die Bewertung der Indikatorevidenz erfolgt in zwei Schritten:</p> <p>Schritt 1: Der Kernaussage wird eine Evidenzstärke gemäß ÄZQ (AWMF & ÄZQ, 2001) zugeteilt. Informationsgrundlage ist die bewertete Literatur.</p> <p>Schritt 2: Die Evidenzstärke wird nach einheitlichem Schema in einen Grad der Indikatorevidenz mit folgenden Bewertungsstufen überführt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sehr hohe Indikatorevidenz Hohe Indikatorevidenz Mittlere Indikatorevidenz Niedrige Indikatorevidenz <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Schritt 1: Evidenzstärke aus vorliegenden Leitlinien / Publikationen: II Schritt 2: Hohe Indikatorevidenz</p>
--	---

Cholezystektomie

	 <p>K1: Konsens kann auch aus S-2-oder S-3-Leitlinien oder aus hochwertigen* internationalen Leitlinien oder Nationalen Expertenstandards (Pfleger) übernommen werden. * Bewertung z. B. durch DELBI (DEutsches Leitlinien-Bewertungs-Instrument)</p> <p>Die Einstufung der Indikatorevidenz gründet sich auf die Studien von Agresta et al. (2004) und Gunenc et al. (2005) der Evidenzstärke II. Es besteht Evidenz, dass die korrekte, dem Patienten angepasste Anlage des Pneumoperitoneums die Komplikations- und Reinterventionsrate verringert.</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Das gemessene Ergebnis kann vom Leistungserbringer beeinflusst werden: Hohe Indikatorevidenz</p>
<p>Klarheit der Definitionen</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Datensatz, Ausfüllhinweise, Auswertungskonzept, Rationale, Erläuterungen zum Referenzbereich (Informationen sind auf den Webseiten der BQS veröffentlicht).</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Der Indikator ist klar und eindeutig definiert.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Mittelwert: 3,43 Spannweite: Trifft eher zu – Trifft zu Gerundetes Ergebnis: 3</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Der Indikator ist klar und eindeutig definiert: Trifft eher zu</p>
<p>Reliabilität</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p>

	<p>Eine Bewertung der Reliabilität erfolgt hier durch einen statistischen Vergleich von Krankenhausergebnissen aufeinander folgender Quartale.</p> <p>Bei einem geringem Anteil statistisch signifikanter Unterschiede zum = 25% ergeben sich keine Hinweise auf eine unzureichende Niveau α Reliabilität. Für den Qualitätsindikator „Reinterventionenrate“ konnten insgesamt 0,3% signifikante Unterschiede zwischen aufeinander folgenden Quartalen beobachtet werden.</p> <p>Daher lautet der Bewertungsvorschlag der BQS zu einer ausreichenden Reliabilität: „Trifft zu“. Neben den Quartalsvergleichen hat die BQS-Fachgruppe auch berücksichtigt, wie reliabel sich aus klinischer Sicht die Datenfelder für diesen Qualitätsindikator erheben lassen.</p> <table border="1" data-bbox="427 577 1458 813"> <thead> <tr> <th>Datenfeld</th> <th>Bezeichnung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>36</td> <td>Operation OPS</td> </tr> <tr> <td>66</td> <td>Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich</td> </tr> <tr> <td>32</td> <td>Einstufung nach ASA-Klassifikation</td> </tr> <tr> <td>19</td> <td>Akute Entzündungszeichen</td> </tr> <tr> <td>45</td> <td>Akute Entzündung</td> </tr> <tr> <td>46</td> <td>Empyem</td> </tr> <tr> <td>47</td> <td>Gallenblasenperforation</td> </tr> </tbody> </table> <p>Die BQS-Fachgruppe hat auf dieser Grundlage die unter Punkt 4. dargestellte Bewertung abgegeben.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Es handelt sich um eine reliable Messung.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Mittelwert: 4,00 Spannweite: Trifft zu (100%-Übereinstimmung) Gerundetes Ergebnis: 4</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Es handelt sich um eine reliable Messung: Trifft zu</p>	Datenfeld	Bezeichnung	36	Operation OPS	66	Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich	32	Einstufung nach ASA-Klassifikation	19	Akute Entzündungszeichen	45	Akute Entzündung	46	Empyem	47	Gallenblasenperforation
Datenfeld	Bezeichnung																
36	Operation OPS																
66	Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich																
32	Einstufung nach ASA-Klassifikation																
19	Akute Entzündungszeichen																
45	Akute Entzündung																
46	Empyem																
47	Gallenblasenperforation																
<p>Statistische Unterscheidungsfähigkeit</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Eine Bewertung erfolgt hinsichtlich der Fähigkeit, Merkmalsunterschiede zwischen Einrichtungen (Diskriminationsfähigkeit) statistisch nachweisen zu können. Die minimale Fallzahl an Eingriffen, die in einem Krankenhaus durchgeführt werden muss, um eine signifikante Abweichung von den 5% besten Krankenhäusern und den 5% schlechtesten Krankenhäusern feststellen zu können, beträgt für diesen Qualitätsindikator $n = 60$. Bei Krankenhäusern mit größerer als der festgestellten Mindestfallzahl kann das Erkennen von statistischen Unterschieden auch bei anderen als den denkbar maximalen wie minimalen Ergebnissen möglich sein. Für die zu Grunde liegende Grundgesamtheit „Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation“ erreichen 79,3% der Krankenhäuser die minimale Fallzahl von 60 Eingriffen. Der Bewertungsvorschlag der BQS empfiehlt für die Diskriminationsfähigkeit daher die Bewertungsstufe „Trifft zu“.</p> <p>Die BQS-Fachgruppe hat auf der Grundlage dieses Bewertungsvorschlags die unter Punkt 4. dargestellte Bewertung abgegeben.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Die Diskriminationsfähigkeit wird dem Zweck der Erhebung gerecht.</p>																

Cholezystektomie

	<p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Mittelwert: 3,00 Spannweite: Trifft eher zu (100%-Übereinstimmung) Gerundetes Ergebnis: 3</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Die Diskriminationsfähigkeit wird dem Zweck der Erhebung gerecht: Trifft eher zu</p>
<p>Risikoadjustierung</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Eine Bewertung der Risikoadjustierung erfolgt hinsichtlich folgender drei Punkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Berücksichtigung aller relevanten Einflussgrößen b) Reliabilität der verwendeten Einflussgrößen c) Angemessenheit der verwendeten Risikoadjustierungsmethode <p>Die niedrigste Einzelbewertung aus a), b) und c) führt zur Gesamtbewertung. Daher kann bei Ablehnung eines Teilaspekts zur Risikoadjustierung auf eine vollständige Bewertung verzichtet werden.</p> <p>Zu a) Berücksichtigung aller relevanten Einflussgrößen:</p> <p><u>Für diesen Qualitätsindikator berücksichtigte Einflussfaktoren:</u> Art des angewendeten Operationsverfahrens (laparoskopisch vs. offen chirurgisch) Entzündung ASA-Klasse</p> <p><u>Weitere nicht berücksichtigte relevante Einflussgrößen:</u> -</p> <p>Zu b) Reliabilität der verwendeten Einflussgrößen:</p> <p>Die Reliabilität wurde nicht für jeden verwendeten Einflussfaktor einzeln statistisch ermittelt. Satt dessen wurde der risikoadjustierte Qualitätsindikator anhand derselben Methodik bewertet, wie sie für die Zielgröße beim Kriterium Reliabilität beschrieben ist. Für den so adjustierten Qualitätsindikator konnten insgesamt 0,02% signifikante Unterschiede zum Niveau $\alpha = 25\%$ beobachtet werden. Daher lautet der Bewertungsvorschlag der BQS zu einer ausreichenden Reliabilität: „Trifft zu“. Es wird darauf hingewiesen, dass die angewendete Methodik als Hilfestellung angesehen wird und eine Einschätzung der Fachgruppe gleichfalls notwendig ist.</p> <p>Bewertungsempfehlung der BQS: Die verwendeten Einflussgrößen sind in der Gesamtbewertung reliabel: „Trifft zu“.</p> <p>Zu c) Aussagekraft der verwendeten Methode (risikostandardisierte Fallkonstellation):</p> <p>Ein Vergleich der Krankenhausergebnisse bzgl. der Reinterventionsrate bei der Cholezystektomie unter besonderen Bedingungen (vorliegen von Entzündungen und bei hoher ASA-Klasse des Patienten) kann aufgrund der Heterogenität der Patienten in dieser Gruppe keinesfalls angemessen fair erfolgen. Ein Ausschluss aus der Grundgesamtheit ist daher eine adäquate Methodik, um eine vergleichbare Beurteilung der Reinterventionsrate zu ermöglichen, zumal weitere Einflussfaktoren nicht benannt sind. Daher lautet die Empfehlung der BQS zur Angemessenheit der Methodik: „Trifft zu“.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Der Indikator ist ausreichend risikoadjustiert.</p>

	<p>3. Bewertungsstufen</p> <p>a) Es sind alle relevanten Einflussfaktoren auf das Ergebnis des Qualitätsindikators berücksichtigt, die</p> <ul style="list-style-type: none"> - nicht von der Qualität des Leistungserbringers abhängen - nicht gleichmäßig über alle Leistungserbringer verteilt sind - in gemeinsamer Betrachtung mit den berücksichtigten Einflussfaktoren noch relevanten Einfluss aufweisen - bei Nichtberücksichtigung das Ergebnis zum Qualitätsziel tatsächlich verzerren <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>b) Es handelt sich bei den Einflussfaktoren um eine insgesamt reliable Messung.</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>c) Die Methode der Risikoadjustierung ist geeignet, um eine unverzerrte Aussage hinsichtlich des Qualitätsziels treffen zu können.</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>a) Berücksichtigung aller relevanten Einflussgrößen Mittelwert: 3,00 Spannweite: Trifft eher zu (100%-Übereinstimmung) Gerundetes Ergebnis: 3</p> <p>b) Reliabilität der verwendeten Einflussgrößen Mittelwert: 3,14 Spannweite: Trifft eher zu – Trifft zu Gerundetes Ergebnis: 3</p> <p>c) Angemessenheit der verwendeten Risikoadjustierungsmethode Mittelwert: 3,43 Spannweite: Trifft eher zu – Trifft zu Gerundetes Ergebnis: 3</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Der Indikator ist ausreichend risikoadjustiert. Trifft eher zu</p>
<p>Validität</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Die Bewertung der Inhaltsvalidität erfolgt durch die Fachgruppe auf der Basis der Bezeichnung des Qualitätsindikators bzw. der Qualitätskennzahl, der Rationalen und der Rechenregel in der BQS-Qualitätsindikatoren-Datenbank (www.bqs-qualitaetsindikatoren.de).</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Der Indikator ist ausreichend valide.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu</p>

Cholezystektomie

	<p>3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Mittelwert: 4,00 Spannweite: Trifft zu (100%-Übereinstimmung) Gerundetes Ergebnis: 4</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Der Indikator ist ausreichend valide: Trifft zu</p>
Praktikabilität	
<p>Verständlichkeit für Patienten</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Die Bewertung erfolgte durch die BQS-Fachgruppe. Es wurde beurteilt, ob die Bedeutung des Indikators und seines Ergebnisses in laienverständlicher Sprache klar und eindeutig kommuniziert werden kann.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Die Ergebnisse des Qualitätsindikators können von Patienten und interessierter Öffentlichkeit verstanden und interpretiert werden.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Mittelwert: 3,86 Spannweite: Trifft eher zu – Trifft zu Gerundetes Ergebnis: 4</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Die Ergebnisse des Qualitätsindikators können von Patienten und interessierter Öffentlichkeit verstanden und interpretiert werden: Trifft zu</p>
<p>Beeinflussbarkeit</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Die Bewertung ist erfolgt auf der Basis der fachlichen Erfahrung des Expertengremiums.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Der Qualitätsindikator bezieht sich auf einen Versorgungsaspekt, der von den bewerteten Akteuren beeinflusst werden kann.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft eher nicht zu 3 = Trifft eher zu 4 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>Mittelwert: 3,86 Spannweite: Trifft eher zu – Trifft zu Gerundetes Ergebnis: 4</p>

Cholezystektomie

	<p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Der Qualitätsindikator bezieht sich auf einen Versorgungsaspekt, der von den bewerteten Akteuren beeinflusst werden kann: Trifft zu</p>
<p>Richtigkeit der Daten</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Für die Qualitätsindikatoren der BQS wird ein formales Verfahren zur Überprüfung der Richtigkeit der Dokumentation fortlaufend eingesetzt. In diesem Verfahren wird die Dokumentation für die Qualitätssicherung gegen die Referenz der Patientenakte geprüft. Von einer sorgfältig geführten Patientenakte wird erwartet, dass die geforderten Informationen dokumentiert sind. Somit kann dieses Kriterium für alle aktuellen BQS-Verfahren als erfüllt gelten.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Die Richtigkeit der Daten kann überprüft werden.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>2 = Trifft zu</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Die Richtigkeit der Daten kann überprüft werden: Trifft zu</p>
<p>Vollständigkeit der Daten</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Vollständigkeit der Daten: Alle Bestandteile des Datensatzes zum Qualitätsindikator sind für die Auswertung vorhanden.</p> <p>Für alle BQS-Verfahren ist durch die Verwendung harter Plausibilitätsregeln gewährleistet, dass nur vollständig ausgefüllte Datensätze abgeliefert werden können. Somit kann dieses Kriterium für alle aktuellen BQS-Verfahren als erfüllt gelten.</p> <p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>2 = Trifft zu</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden: Trifft zu</p>
<p>Vollzähligkeit der Daten</p>	<p>1. Informationsgrundlage für die Bewertung</p> <p>Vollzähligkeit der Daten: Alle dokumentationspflichtigen Datensätze sind für die Auswertung vorhanden.</p> <p>Für alle BQS-Verfahren ist durch die Verwendung der QS-Filter-Sollstatistik gewährleistet, dass eine Vollzähligkeitsprüfung durchgeführt werden kann. Somit kann dieses Kriterium für alle aktuellen BQS-Verfahren als erfüllt gelten.</p>

Cholezystektomie

	<p>2. Kernaussage des Gütekriteriums</p> <p>Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden.</p> <p>3. Bewertungsstufen</p> <p>1 = Trifft nicht zu 2 = Trifft zu</p> <p>4. Bewertung durch die BQS-Fachgruppe</p> <p>2 = Trifft zu</p> <p>5. Ergebnis der Bewertung</p> <p>Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden: Trifft zu</p>
--	--

Cholezystektomie

44927

Kennzahl																																	
ID-Kennzahl	44927																																
Ergänzung Bezeichnung QI	-																																
Referenzbereich 2007	<= 1,5% (Zielbereich)																																
Referenzbereich 2006	<= 1,5%																																
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	Für die Auswertung 2006 wurde dieses Stratum durch Ausschluss von Risikofaktoren enger eingegrenzt, mit einem Abfall in der Gesamtrate. Daher wurde der Referenzbereich enger gefasst.																																
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Risikostandardisierte Fallkonstellation																																
Rechenregel	Zähler: Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikationen Grundgesamtheit: Patienten mit laparoskopisch durchgeführter Operation (OPS 5-511.11, 5-511.12) der Risikoklassen ASA 1 bis 3 ohne akute Entzündungszeichen																																
Erläuterung der Rechenregel	Die Operationsart wird anhand der OPS-Kodierung unterschieden. Laparoskopisch durchgeführt: OPS 5-511.11, 5-511.12 Offen-chirurgisch: OPS 5-511.01, 5-511.02																																
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 10.0: <table border="1" data-bbox="395 875 1437 1559"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>35</td> <td>Operation (OPS)</td> <td>OPS Version 2007</td> <td>OPSCHLUESSEL</td> </tr> <tr> <td>65</td> <td>Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>REINTERVENT</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>akute Entzündungszeichen</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>ENTZZAKUTJN</td> </tr> <tr> <td>44</td> <td>akute Entzündung</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>AKUTENTZUEND</td> </tr> <tr> <td>45</td> <td>Empyem</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>EMPYEM</td> </tr> <tr> <td>46</td> <td>Gallenblasenperforation</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>GALLBLAPERFO</td> </tr> <tr> <td>31</td> <td>Einstufung nach ASA-Klassifikation</td> <td>1 = normaler, ansonsten gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung 5 = moribunder Patient</td> <td>ASA</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	35	Operation (OPS)	OPS Version 2007	OPSCHLUESSEL	65	Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich	0 = nein 1 = ja	REINTERVENT	18	akute Entzündungszeichen	0 = nein 1 = ja	ENTZZAKUTJN	44	akute Entzündung	0 = nein 1 = ja	AKUTENTZUEND	45	Empyem	0 = nein 1 = ja	EMPYEM	46	Gallenblasenperforation	0 = nein 1 = ja	GALLBLAPERFO	31	Einstufung nach ASA-Klassifikation	1 = normaler, ansonsten gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung 5 = moribunder Patient	ASA
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname																														
35	Operation (OPS)	OPS Version 2007	OPSCHLUESSEL																														
65	Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich	0 = nein 1 = ja	REINTERVENT																														
18	akute Entzündungszeichen	0 = nein 1 = ja	ENTZZAKUTJN																														
44	akute Entzündung	0 = nein 1 = ja	AKUTENTZUEND																														
45	Empyem	0 = nein 1 = ja	EMPYEM																														
46	Gallenblasenperforation	0 = nein 1 = ja	GALLBLAPERFO																														
31	Einstufung nach ASA-Klassifikation	1 = normaler, ansonsten gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung 5 = moribunder Patient	ASA																														
Datenbasis BQS-Spezifikation	10.0																																
Teildatensatzbezug	12/1:B																																
Kommentar zur Kennzahl (BQS)	-																																
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	Die Vorjahresergebnisse sind vergleichbar.																																
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2007 vergleichbar.																																

Cholezystektomie

Letalität

Indikator	
Laufende Nummer Indikator	8
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Letalität
Begründung, warum dieser QI derzeit nicht als QI für Patienten empfohlen wird	Die Sterblichkeit bei den betrachteten Gallenblasenentfernungen ist in allen Krankenhäusern sehr niedrig. Dadurch ist ein statistisch aussagekräftiger Vergleich dieser Raten nicht möglich. In der Fachsprache der Methodik wird dies als eingeschränkte Diskriminationsfähigkeit bezeichnet. Praktisch bedeutet dies, dass unterschiedliche Ergebnisse zufällig und nicht durch unterschiedlich gute Qualität der Behandlung verursacht sein können. Die Auswahl von Krankenhäusern anhand dieser Rate kann daher zu Fehleinschätzungen führen, da Krankenhäuser sowohl als zu gut als auch als zu schlecht eingeschätzt werden könnten, obwohl sie praktisch die gleichen Qualitätsstandards abliefern. Bearbeitungsstand 2007.
Interpretationshilfe	-
Qualitätsziel	Geringe Letalität
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Rationale	Bei Untersuchungen zum postoperativen Outcome wird in den meisten klinischen Studien die postoperative Letalität erfasst. Die Angaben zur Mortalitätsrate schwanken zwischen 0,04% und 0,09% für die laparoskopische Cholezystektomie bzw. 0,53% und 0,74% für die offene Cholezystektomie (Höbbling et al. 1995, Ludwig et al. 2001, Shea et al. 1996). Im deutschsprachigen Raum wird die Letalität für alle Cholezystektomien mit 0,1% bis 0,2% angegeben (Kraas & Frauenschuh 2001). Beim Vergleich mit diesen Angaben ist zu berücksichtigen, dass die wissenschaftlichen Untersuchungen auf Studienkollektiven basieren, während die BQS-Daten die tatsächliche Versorgungssituation in allen deutschen Krankenhäusern, die diese Operation durchführen, erfassen.
Literaturverzeichnis	Höbbling N, Pilz E, Feil W, Schiessel R. Laparoskopische Cholezystektomie – eine Metaanalyse von 23.700 Fällen und der Stellenwert im eigenen Patientenkollektiv. Wien Klin Wochenschr 1995; 107 (5): 158-162. Kraas E, Frauenschuh D. Chirurgie der Gallenblase und Gallenwege durch MIC. Chirurg 2001; 72: 378-388. Ludwig K, Köckerling F, Hohenberger W, Lorenz D. Die chirurgische Therapie der Cholezysto-/Choledocholithiasis. Ergebnisse einer deutschlandweiten Umfrage an 859 Kliniken mit 123.090 Cholezystektomien. Der Chirurg 2001; 72 (10): 1171-1178. Shea JA, Healey BS, Berlin JA, Clarke JR, Malet PF, Staroscik RN, Schwartz JS, Williams SV. Mortality and Complications Associated with Laparoscopic Cholecystectomy. A Meta-Analysis. Ann Surg 1996; 224 (5): 609-620.
Stellungnahmen zum QI	-
Aktuelle Bewertung QUALIFY	
Relevanz	
Wissenschaftlichkeit	
Praktikabilität	

Cholezystektomie

44932

Kennzahl				
ID-Kennzahl	44932			
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Patienten der Risikoklassen ASA 1 bis 3			
Referenzbereich 2007	Sentinel Event			
Referenzbereich 2006	Sentinel Event			
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	Todesfälle nach Gallenblasenoperationen sind sehr selten. Da auch Patienten mit erhöhtem Risiko operiert werden müssen (z. B. Vorerkrankungen an Herz oder Lunge), kann eine Letalitätsrate von 0% realistischerweise nicht gefordert werden. Nach Ansicht der Fachgruppe bedarf jedoch jeder Todesfall bei Patienten mit niedrigem oder mittlerem präoperativen Risiko (ASA-Klassen 1 bis 3) der eingehenden Analyse im Rahmen des Strukturierten Dialoges.			
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Stratifizierung			
Rechenregel	Zähler: Verstorbene Patienten Grundgesamtheit: Patienten der Risikoklassen ASA 1 bis 3			
Erläuterung der Rechenregel	-			
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 10.0:			
	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname
	31	Einstufung nach ASA-Klassifikation	1 = normaler, ansonsten gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung 5 = moribunder Patient	ASA
	68	Entlassungsgrund	01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 12 = interne Verlegung 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen	ENTLGRUND

Cholezystektomie

			<p>Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 16 = externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 18 = Rückverlegung 19 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung 20 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation 21 = Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme</p>	
Datenbasis BQS-Spezifikation	10.0			
Teildatensatzbezug	12/1:B			
Kommentar zur Kennzahl (BQS)	-			
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	Die Vorjahresergebnisse sind vergleichbar.			
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2007 vergleichbar.			