

## Zusammenfassung

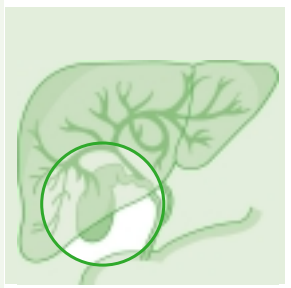
Die operative Entfernung der Gallenblase gehört zu den Standardeingriffen in allgemein- und viszeralkirurgischen Krankenhausabteilungen. Die Operation ist indiziert bei Vorliegen von symptomatischen Gallensteinen oder bei einer Entzündung der Gallenblase. Heutzutage werden über 90 % der Cholezystektomien als laparoskopische Operationen durchgeführt.

Für die Bundesauswertung 2002 wurden 149.257 Datensätze aus 1.218 Krankenhäuser ausgewertet, dies sind 98 % der erwarteten Datensätze.

Bei der Analyse des Qualitätsziels „Selten fragliche Indikation zur Cholezystektomie“ wurde auf eine leitlinienkonforme Indikationsstellung fokussiert. In der Bundesauswertung 2002 wurden alle operierten Patienten mit uncharakteristischen Schmerzen im rechten Oberbauch erfasst, bei denen weder eine Cholestase noch ein sicherer Nachweis von Gallensteinen oder akute Entzündungszeichen vorlagen. Die Rate von Cholezystektomien mit fraglicher Operationsindikation gemäß dieser Definition lag bei durchschnittlich 1,83 % für alle Fallpauschalenfälle. Krankenhäuser mit einer Rate von über 5 % sollen auf Landesebene um Stellungnahme gebeten werden.

Die Untersuchung zum Qualitätsziel „Geringe Reinterventionsrate“ ergab, dass in durchschnittlich 2,16 % aller Cholezystektomien während desselben stationären Aufenthaltes eine Reoperation durchgeführt werden musste. Für „Standardeingriffe“ (elektive laparoskopische Fallpauschalenfälle) fand sich eine Reinterventionsrate von 1,37 %. Dies entspricht den Erwartungswerten der Literatur und ist als Ergebnis guter Versorgungsqualität anzusehen. Mit Krankenhäusern, die eine Reinterventionsrate oberhalb des von der Fachgruppe festgelegten Referenzwertes von 5 % aufweisen, soll auf Landesebene ein strukturierter Dialog geführt werden.

Die Ergebnisse der Bundesauswertung 2002 zur Qualität der Indikationsstellung sprechen für eine leitliniengerechte operative Behandlung von Gallenblasenerkrankungen. Das Ergebnis der Bundesauswertung für die Reinterventionsrate weist auf eine gute Versorgungsqualität hin.



### BQS - Projektleiter

Dr. Cornelia **Gleisberg**

### Mitglieder der Fachgruppe Viszeralkirurgie

Prof. Dr. Hartwig **Bauer**  
Berlin

Dr. Erich **Fellmann**  
Berlin

Prof. Dr. Peter **Hermanek**  
München

Dr. Matthias **Hübner**  
Oberursel

Dr. Henry **Jungnickel**  
Dresden

Prof. Dr. Ernst **Kraas**  
Berlin

Jovita **Ogasa**  
Köln

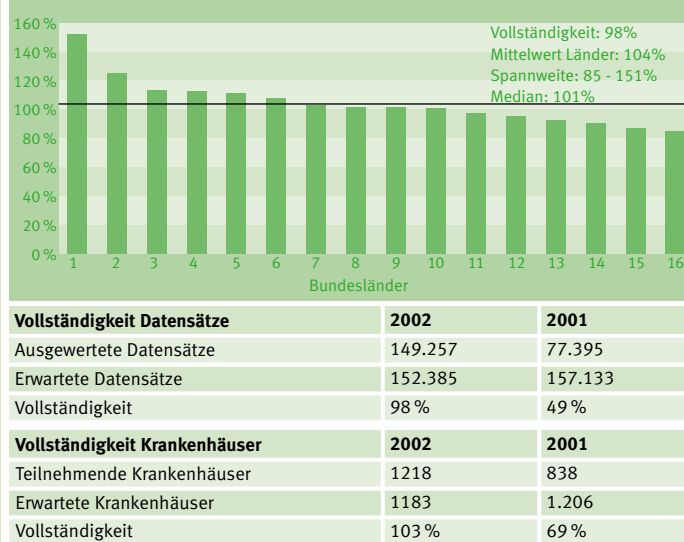
Prof. Dr. Klaus **Rückert**  
Hamburg

Dietmar **Rümmelein**  
Hamburg

Heinrich-Friedrich **Siefers**  
Oelde

Stand: Oktober 2003

**Abbildung 6.1: Datengrundlage und Verteilung der Vollständigkeit gelieferter Datensätze nach Bundesländern**



## Einleitung

Die Cholezystektomie (operative Entfernung der Gallenblase) gehört zu den Standardeingriffen in allgemein- und viszeralchirurgischen Krankenhausabteilungen. Die Operation ist indiziert bei Vorliegen von symptomatischen Gallensteinen oder bei einer Entzündung der Gallenblase.

Betrachtet man die Operationstechnik, so hat sich im letzten Jahrzehnt ein radikaler Wandel vollzogen. Seit Anfang der 1990er Jahre wurde neben der bewährten konventionellen, offen-chirurgischen Operation das laparoskopische Verfahren in die Krankenhäuser eingeführt, das mittlerweile den „Goldstandard“ für die operative Behandlung darstellt.

In der allgemeinen Versorgung werden über 90 % der elektiven Eingriffe mit dieser Methode durchgeführt. In der Bundesauswertung wurde zum Beispiel ermittelt, dass 94,5 % aller elektiven Fallpauschalen-Fälle laparoskopisch begonnen wurden. Dennoch gibt es Situationen, die eine konventionelle Cholezystektomie erforderlich machen: starke intraabdominelle Verwachsungen nach Voroperationen, fortgeschrittene Entzündungen, Gerinnungsstörungen oder der Verdacht auf das Vorliegen eines Tumors.

Die offene konventionelle Operationstechnik wird mit 11,56 % der Fälle nur noch selten angewandt. Empfohlen wird dieses Verfahren bei weit fortgeschrittener Entzündung bzw. wenn zu erwarten ist, dass die anatomischen Strukturen nur schwierig dargestellt werden können.

Bei technischen Problemen oder bei schwieriger oder unklarer intraoperativer Situation sollte bei Eingriffen, die laparoskopisch begonnen wurden, auf die offene Cholezystektomie gewechselt werden. Diese Eingriffe, bei denen ein intraoperativer Wechsel der Methode stattfindet, werden durch die so genannte Konversions- oder Umsteigerate erfasst. In der Bundesauswertung 2002 wurde eine Umsteigerate von 6,26 % dokumentiert (Tabelle 6.1). Die Konversion darf nicht als „Versagen“ oder Komplikation bewertet werden, sondern als bewusste Entscheidung des Chirurgen auf ein nicht vorhersehbares intraoperatives Problem.

2002 sind in 1.218 deutschen Krankenhäusern 149.257 Cholezystektomien für die externe vergleichende Qualitätsdarstellung dokumentiert worden.

## Datengrundlage

Für das Jahr 2002 wurden der BQS 149.257 Datensätze von 1.218 Krankenhäusern übermittelt.

Diese Datensätze liegen in zwei Formaten vor: Nach Pflichtenheft 3.3 wurden 22.130 Datensätze übermittelt, nach der BQS-Spezifikation 5.0.1 wurden 127.127 Datensätze übermittelt (Abbildung 6.1).

In der Auswertung wurden die Datenfelder des alten und neuen Datensatzformates ohne Informationsverlust aufeinander bezogen, so dass alle gelieferten Datensätze ausgewertet werden konnten.

Im Vergleich zu 2001 hat sich die Anzahl der gelieferten Datensätze verdoppelt.

Die Beteiligung der Bundesländer variiert und weist bezogen auf das Verhältnis von erwarteten zu ausgewerteten Datensätzen eine hohe Spannweite von 85 bis 151 % auf.

Werte über 100% können folgende Ursachen haben:

- Die Anzahl der im Verfahrensjahr 2002 erwarteten Datensätze wurde geschätzt auf Grundlage der für 2001 von den Krankenhäusern vereinbarten Fallpauschalen und Sonderentgelte. Diese Vereinbarungszahlen wurden vom VdAK in einer Statistik zusammengefasst und der BQS für die methodische Sollstatistik zur Verfügung gestellt.
- Nicht alle Krankenhäuser, die im Jahr 2002 Leistungen mit Dokumentationspflicht für die externe Qualitätssicherung erbracht und Datensätze übermittelt haben, waren in der Datenbasis des VdAK enthalten.
- In vielen Krankenhäusern war die Anzahl der für das Jahr 2001 vereinbarten Leistungen niedriger oder höher als die Anzahl der im Jahr 2002 erbrachten Leistungen, für die Datensätze dokumentiert und übermittelt wurden.

Die so ermittelte Vollständigkeit der Datensätze liegt insgesamt bei 98%. Dieser Wert ist für einen Leistungsbereich im zweiten Jahr der bundeswei-

ten Einführung als sehr gut einzuschätzen.

Die Vollständigkeit der teilnehmenden Krankenhäuser weist ebenfalls auf eine sehr gute Beteiligung hin und liegt bei 103% (2001: 69%).

## Qualitätsziel: Selten fragliche Indikation

### Problem

Das Auftreten von Gallensteinen ist häufig. Frauen sind etwa dreimal so oft betroffen wie Männer. Einen direkten Einfluß auf die Entstehung von Gallensteinen haben Übergewicht, Hypercholesterinämie, Diabetes mellitus, Einnahme von Kontrazeptiva und Schwangerschaft. Die Prävalenz nimmt mit steigendem Alter zu: im Alter von 75 Jahren haben 20% der Männer und 35% der Frauen Gallensteine (DGVS 2000). Die Gallensteine werden häufig im Rahmen von Routineuntersuchungen (z.B. Ultraschalluntersuchung des Abdomens) nachgewiesen.

**Tabelle 6.1: Basisstatistik Cholezystektomie**

Altersverteilung	Anzahl 2001	Anzahl 2002	Anteil 2001	Anteil 2002
Anzahl Patienten mit gültiger Altersangabe	77.279	149.162		
<20	879	1.622	1,14 %	1,09 %
20-39	13.162	24.890	17,03 %	16,69 %
40-59	25.830	49.678	33,42 %	33,44 %
60-79	32.729	63.104	42,35 %	42,31 %
≥80	4.679	9.668	6,05 %	6,48 %
<b>Alter</b>				
Anzahl Patienten mit gültiger Altersangabe	77.279	149.162		
Median	59,0 Jahre	59,0 Jahre		
<b>Geschlecht</b>				
männlich	22.909	45.359	29,60 %	30,39 %
weiblich	54.486	103.898	70,40 %	69,61 %
<b>Einstufung nach ASA-Klassifikation</b>				
ASA 1: normaler, ansonsten gesunder Patient	22.853	40.833	29,53 %	27,36 %
ASA 2: Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	38.911	76.503	50,28 %	51,26 %
ASA 3: Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungsbeschränkung	14.553	29.683	18,80 %	89,89 %
ASA 4: Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung	994	2.054	1,38 %	1,38 %
ASA 5: moribunder Patient	84	184	0,12 %	0,12 %
<b>OP-Technik</b>				
Alle Patienten	77.395	149.257	100,00 %	100,00 %
Patienten mit gültigen OPS-Angaben	76.125	148.968	98,36 %	99,81 %
davon				
Offen-chirurgische Operationen (5-511.0y, 5-511.01)	8.823	17.220	11,59 %	11,56 %
Laparoskopische Operationen (5-511.1y, 5-511.11, 5-511.2y, 5-511.21)	67.302	131.748	88,41 %	88,44 %
davon umgestiegen auf				
Offen-chirurgisch (5-511.2y, 5-511.21)	4.071	8.248	6,05 %	6,26 %

Aber nicht jeder „Gallenstein-Träger“ entwickelt auch Beschwerden, bei etwa 60 bis 80 % dieser Personengruppe bleiben die Steine „stumm“ und die Betroffenen beschwerdefrei. In diesen Fällen spricht man von einer asymptomatischen Cholezystolithiasis.

Anders bei der symptomatischen Cholelithiasis: hier führen Gallensteine bei der Passage im Gallengang zu einer so genannten Verschluss symptomatik, die sich in krampfartigen, heftigen Schmerzen im mittleren und rechten Oberbauch zeigen kann. Oft treten begleitend Übelkeit und Erbrechen oder auch unspezifische Beschwerden wie Schmerz- und Druckgefühl und Nahrungsunverträglichkeiten auf.

Die operative Entfernung der Gallenblase sollte erfolgen bei:

- einer akuten oder chronischen Entzündung der Gallenblase
- Beschwerden, die durch das Vorhandensein von Gallensteinen verursacht werden.

Der Prozessindikator zur Indikation ist ein Parameter für die „richtige“, medizinisch begründete ärztliche Entscheidung zur Operation.

## Methodik

Im Datensatz Cholezystektomie werden Angaben zur Indikation in Datenfeldern zur „Anamnese“, zur „Diagnostik“ und zum „Weiteren Nachweis von Entzündungen“ abgefragt.

Die Betrachtung des Qualitätsziels „Selten fragliche Indikation“ bzw. „Möglichst wenige Fälle mit nicht ausreichender Indikation“ erlaubt eine Aussage über die richtige Indikation.

Durch den Qualitätsindikator wird die Rate an Patienten dargestellt, bei denen ohne Angabe einer ausreichenden Indikation die Gallenblase entfernt wird. In die Berechnung gehen alle Patienten ein, bei denen uncharakteristische Schmerzen im rechten Oberbauch bestanden ohne

- Nachweis von Gallensteinen,
- Koliken,
- Entzündungszeichen oder
- Gallestau und Diagnostik.

Die Berechnung wurde für alle 149.257 Patienten durchgeführt, darunter waren aber auch Fälle, bei denen die Entfernung der Gallenblase als Begleit-eingriff im Rahmen einer anderen „Bauch“-Operation erfolgte. Um diese besonderen Fälle auszuschließen, wurde in einer Sonderberechnung die Rate an Patienten mit fraglicher Operationsindikation für die standardisierte Grundgesamtheit der 139.419 Fallpauschalen-Fälle ermittelt.

## Ergebnisse

Die Rate an Patienten mit fraglicher Operationsindikation lag für alle Patienten bei 1,92 %. Krankenhäuser, die mindestens 20 Fälle dokumentiert haben, wiesen eine Spannweite der Ergebnisse auf zwischen 0 bis 37 %, der Median lag bei 1,30 % (Abbildung 6.2).

Die Rate an Patienten mit fraglicher Operationsindikation für die standardisierte Grundgesamtheit der Fallpauschalen-Fälle betrug 1,83 %. Der Median der Krankenhauswerte für Krankenhäuser, die mindestens 20 Fälle dokumentiert haben, liegt bei 1,30 % (Abbildung 6.3).

## Bewertung

Die Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten hat in einer „Leitlinie zur Behandlung von Gallensteinen“ drei Indikationen für die operative Entfernung der Gallenblase definiert und den Evidenzgrad ihrer Empfehlung dargestellt (Tabelle 6.2) (DGVS 2000).

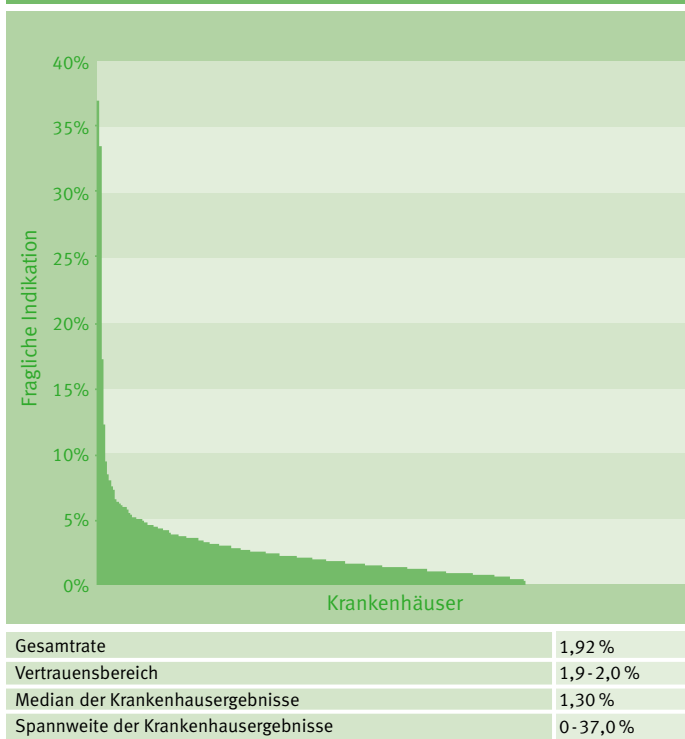
Das Gallensteinleiden mit Beschwerden (symptomatische Cholelithiasis) ist Indikation zur Operation. Man spricht von einer symptomatischen Cholezystolithiasis, wenn bei Patienten, bei denen Gallensteine nachgewiesen wurden, Beschwerden auftreten. Das Risiko, nach der erstmaligen Schmerzepisode weitere Komplikationen zu erleiden, wird auf 1,5 % im Jahr geschätzt. Mögliche Komplikationen sind z.B. die Entwicklung von Gallengangssteinen, akute und chronische Entzündungen der Gallenblase oder die Perforation.

Für die Empfehlung zur operativen Entfernung der Gallenblase bei der symptomatischen Cholelithiasis wurde der Evidenzgrad III angegeben (Tabelle 6.2) (DGVS 2000).

Der Nachweis von Gallensteinen ohne Beschwerdesymptomatik (asymptomatische Cholelithiasis) stellt keine Indikation zur Operation dar. 60 bis 80 % der Patienten, bei denen Gallensteine als Nebenfund nachgewiesen wurden, bleiben ohne Krankheitserscheinungen. Die Wahrscheinlichkeit, Beschwerden zu entwickeln, beträgt in den ersten zehn Jahren nach der Diagnose 2 bis 4 % pro Jahr. Damit ist die Wahrscheinlichkeit, ernste Komplikationen im weiteren Verlauf zu erleiden, geringer als das Risiko einer Gallenblasenentfernung. Auch das vermutlich leicht erhöhte Gallenblasenkarzinomrisiko bei Vorliegen von Gallensteinen rechtfertigt nicht den Eingriff. Gallenblasenkarzinome treten bei etwa 1 % der älteren Personen mit Gallensteinen auf. Ein eindeutiger ursächlicher Zusammenhang konnte jedoch bisher nicht gezeigt werden. Der Nachweis einer Porzellangallenblase oder eines Gallenblasen-Polypen in Kombination mit Gallensteinen bedeutet ein erhöhtes Risiko einer bösartigen Entartung. In diesen Fällen ist trotz Beschwerdefreiheit des Patienten eine Operationsindikation gegeben. Neben den oben genannten Gründen gibt es noch einige Fälle, bei denen die Gallenblasenentfernung im Rahmen einer anderen Operation im Bauchraum erfolgen kann: es gibt postoperative Situationen, die mit einem erhöhten Gallenblasenstein-, Gallenblasenkarzinom- bzw. Cholezystitisrisiko einhergehen, z.B. nach Anlage eines Ileumby-pass oder nach ausgedehnter Dünndarmresektion. Umstritten bleibt die Operationsindikation auf ausdrücklichen Wunsch eines Patienten. Die Evidenz für diese Empfehlungen wurde mit Grad III angegeben (Tabelle 6.2) (DGVS 2000).

Die akute Entzündung der Gallenblase (Cholezystitis) ist eine Indikation zur Frühoperation. Die Cholezystitis ist die häufigste Komplikation des Gallensteinleidens. In ca. 90 % der Fälle entsteht die Entzündung auf Grund einer mechanischen Abflussbehinderung durch einen Stein. Durch den Verschluss kommt es zum Rückstau von Galleflüssigkeit in die Gallenblase, häufig gefolgt von einer sekundären Keimbefestigung. Neben der Operation ist bei akuter Cholezystitis auch eine konservative Therapie möglich, unter ihr kommt es aber in 30 bis 50 % der Fälle zum Wiederauftreten von Entzündungen

**Abbildung 6.2: Anteil Fälle mit fraglicher Indikation an allen Fällen**



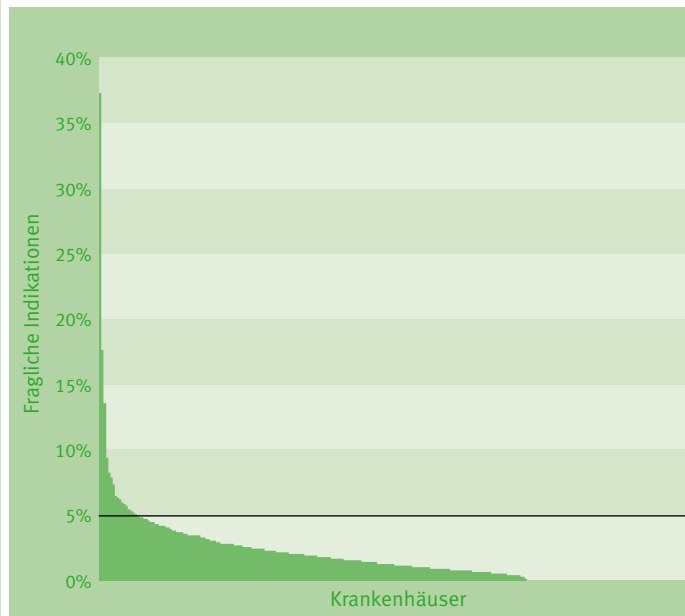
*1.142 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Gesamtrate bezogen auf 149.257 Fälle.*

und bei 2 % der Patienten zur Gallenblasenperforation. Wird der operative Eingriff erst nach einem konservativem Therapieversuch durchgeführt, wird eine höhere Letalität beobachtet als nach sofortiger Operation.

Die Evidenz für diese Empfehlungen wurde mit Grad I-2 angegeben (Tabelle 6.2) (DGVS 2000).

Die Ergebnisse der Bundesauswertung sprechen für eine leitliniengerechte Versorgung in Deutschland. Auffällig ist jedoch die große Spannweite der Krankenhäusergebnisse auf, die von 0 bis 37 % reichte. Die Fachgruppe Viszeralchirurgie definiert einen Auffälligkeitsbereich für eine fragliche Indikation bei Krankenhausraten über 5 % für Fallpauschalenfälle. 71 der 1.142 Krankenhäuser (6,2 %) aus der Sonderberechnung liegen in diesem Bereich und sollten auf Landesebene um Stellungnahme gebeten werden.

**Abbildung 6.3: Anteil Fälle mit fraglicher Indikation an allen Fallpauschalen-Fällen**



Gesamtrate	1,83 %
Vertrauensbereich	1,76 - 1,90 %
Median der Krankenhäusergebnisse	1,30 %
Spannweite der Krankenhäusergebnisse	0 - 37,0 %

*1.142 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit, Gesamtrate bezogen auf 139.419 Fälle. Der Referenzbereich wurde bei  $\leq 5\%$  festgelegt.*

**Tabelle 6.2: Evidenzgrade für Empfehlungen der „Leitlinie zur Behandlung von Gallensteinen“ (DGVS 2000)**

I-1	Evidenz durch Metaanalysen randomisierter kontrollierter Studien.
I-2	Evidenz durch mindestens eine geeignet geplante randomisierte und kontrollierte Studie.
II-1	Evidenz durch gut geplante kontrollierte Studien ohne Randomisierung.
II-2	Evidenz durch gut geplante Kohorten- oder Fallkontrollstudien, vorzugsweise von mehr als einem Studienzentrum oder einer Forschungsgruppe.
II-3	Evidenz durch Vergleiche von Zeitabschnitten oder Zentren mit oder ohne Intervention. Dramatische Veränderung in Experimenten ohne Kontrollgruppe können auch in diese Kategorie eingestuft werden.
III	Evidenz durch Meinungsbildner, basierend auf klinischen Erfahrungen. Beobachtungsstudien oder Berichte von Expertenkommissionen.

## Qualitätsziel: Geringe Reinterventionsrate

### Problem

Die Rate an Reinterventionen ist eine Kennzahl für schwerwiegende Frühkomplikationen. 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 Gallengangssteine, Gallengangsverletzungen, Blutungen und Entzündungen.

### Methodik

Angaben zu Reinterventionen werden innerhalb des Datensatzes im Datenfeld „Reintervention während des stationären Aufenthalts“ abgefragt. Dabei kann unterschieden werden in offen-chirurgische, laparoskopische und interventionelle Reinterventionen.

Erfasst werden im Datensatz nur die Reinterventionen, die während desselben stationären Aufenthalts erforderlich werden. Reinterventionen, die nach Entlassung oder Verlegung durchgeführt werden, werden nicht dokumentiert.

In einer Sonderberechnung wurde die Reinterventionsrate für elektive laparoskopische Fallpauschalen-Fälle – also für „Standardeingriffe“ dargestellt. Bei dieser Patientengruppe hatte die Fachgruppe Chirurgie bereits für das Jahr 2001 einen Auffälligkeitsbereich für Raten über 5 % festgelegt. Aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen wurden bei der Sonderberechnung Patienten, bei denen die Gallenblasenoperation als Begleiteingriff durchgeführt wurde, Notfalloperationen und Operationen, die primär offen-chirurgisch erfolgten.

### Ergebnis

Unter allen Patienten betrug die Rate an Reinterventionen 2,16 %. 1,32 % der Reinterventionen wurden offen-chirurgisch durchgeführt, 0,37 % erfolgten laparoskopisch und 0,47 % interventionell. Der Median lag bei 1,8 %. Die Spannweite der Krankenhäusergebnisse reichte von 0 bis 17,9 % (Abbildung 6.4).

In der Sonderberechnung lag die Durchschnittsrate bei 1,37 %. Der Median für Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen lag bei 0,99 %, die Spannweite der Krankenhäuser bei 0 bis 14,3 %. 39 von 1.066 Krankenhäusern (3,66 %) hatten ein Ergebnis im Auffälligkeitsbereich (Abbildung 6.5).

## Bewertung

Das Ergebnis der Bundesauswertung 2002 für die Reinterventionsrate weist auf eine gute Versorgungsqualität hin.

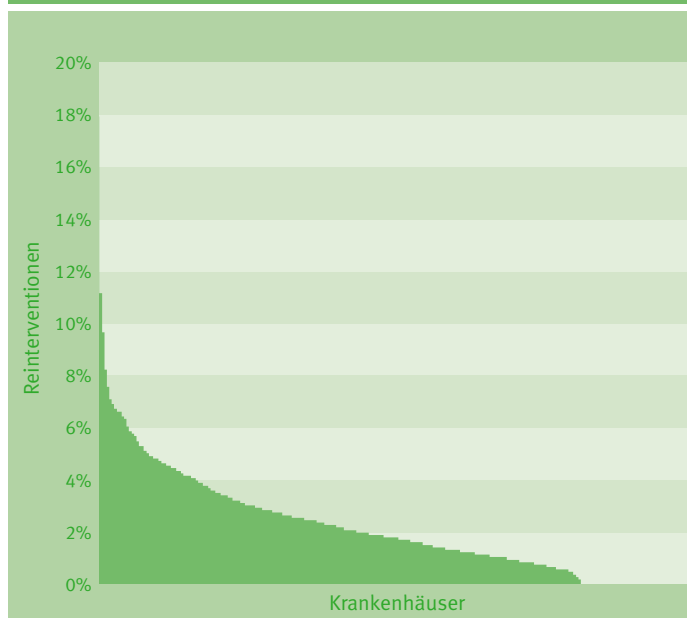
Aus der Literatur ist bekannt, dass die operative Ausgangssituation einen Einfluß auf die Reinterventionsrate hat. Erwartungsgemäß ist die Rate für die offen durchgeführten Eingriffe höher für die laparoskopischen, und für die akuten höher als für die elektiven Fälle.

Zur Bewertung der Reinterventionsrate bieten sich Publikationen zur externen vergleichenden Qualitätssicherung auf Landesebene zum Vergleich an. Die Landesärztekammer Nordrhein ermittelte 1994 folgende Raten: nach 11.234 laparoskopischen Cholezystektomien betrug die Reinterventionsrate 1,2 %, nach offenen Eingriffen 3,3 % und nach Operationen mit Umstieg von der laparoskopischen zur offenen Vorgehensweise 3 % (*Eypasch & Troidl 1996*).

Nach einer deutschlandweiten Umfrage aus dem Jahr 1997 an 859 Kliniken wurde folgendes Ergebnis berichtet: Nach 88.537 laparoskopischen Cholezystektomien wurde eine Reinterventionsrate von 0,96 % ermittelt. Nach 27.727 offen-chirurgisch durchgeführten Eingriffen betrug die Reinterventionsrate 1,8 %. Nach Operationen mit Umstieg wurde in 2,1 % eine Reintervention durchgeführt (*Ludwig 2001*).

Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung in Bayern zeigten in der Auswertung 2001 unter 5.848 Cholezystektomien eine Reinterventionsrate von 2,1 %. Unter diesen Reinterventionen wurden 50,4 % offen-chirurgisch, 30,1 % laparoskopisch und 19,5 % interventionell durchgeführt (*Hermanek et al. 2003*). In der Bundesauswertung 2001 betrug die Reinterventionsrate für elektive laparoskopische Fallpauschalen-Fälle 1,3 % (*BQS 2002*).

**Abbildung 6.4: Anteil von Reinterventionen an allen Fällen**



Gesamtrate	2,16 %
Vertrauensbereich	2,08 - 2,23 %
Median der Krankenhausegebnisse	1,8 %
Spannweite der Krankenhausegebnisse	0 - 17,9 %

1.142 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit, Gesamtrate bezogen auf 149.257 Fälle.

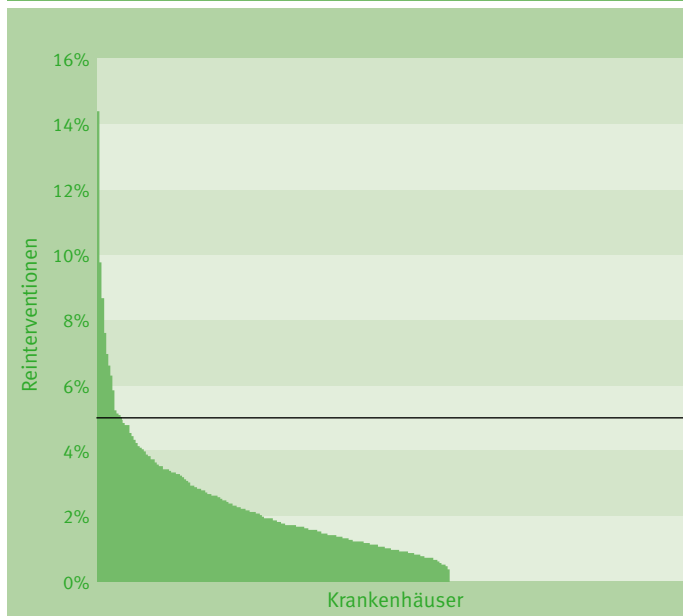
Die Fachgruppe bewertet Krankenhäuser mit Reinterventionsraten über 5 % als auffällig. Nach Analyse der Gesamtauswertung 2002 liegen 39 Krankenhäuser über diesem Referenzwert von 5 %. Mit diesen Krankenhäusern soll auf Landesebene ein Dialog eingeleitet werden.

## Ausblick

Die Dokumentation des Leistungsbereichs Cholezystektomie bleibt auch 2004 verpflichtend für die externe vergleichende Qualitätssicherung. Wesentliche Indikatoren sowohl für die Prozessqualität wie auch für die Ergebnisqualität sind abbildbar. Rückschlüsse auf die Versorgungsqualität sind dadurch möglich.

Nach Analyse der Auswertungsergebnisse 2001 hat die Fachgruppe Chirurgie den Datensatz Cholezystektomie soweit überarbeitet, dass eine wesentliche Komplikation der Gallenblasenoperation, die Verletzung des Gallenganges, zukünftig detailliert dokumentierbar sein wird.

**Abbildung 6.5: Anteil von Reinterventionen an allen elektiven laparoskopischen Fallpauschalenfällen**



	2002	2001
Gesamtrate	1,37 %	1,31 %
Vertrauensbereich	1,29 - 1,44 %	1,21 - 1,41 %
Median der Krankenhausergebnisse	0,99 %	0,57 %
Spannweite der Krankenhausergebnisse	0 - 14,3 %	0 - 8,1 %

1.066 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit, Gesamtrate bezogen auf 96.768 Fälle. Der Referenzbereich wurde bei  $\leq 5\%$  festgelegt.

Nach Definition der neuen Auslösekriterien für die externe Qualitätssicherung werden ab 2004 Cholezystektomien mit oder ohne Gallengangsrevisionen, die unter der Hauptdiagnose einer nicht bösartigen Erkrankung der Gallenblase oder der Gallenwege oder einer akuten Pankreatitis durchgeführt werden, in die Dokumentation zur externen Qualitätssicherung eingeschlossen.

Einen Schwerpunkt der zukünftigen Arbeit sieht die Fachgruppe in der Überprüfung und gegebenenfalls der Verbesserung der Datenvalidität.

## Literaturverzeichnis

BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH.

Qualität sichtbar machen. BQS-Qualitätsreport 2001.

ISBN 3-9808704-2-1

Düsseldorf 2002.

Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS).

Leitlinie zur Behandlung von Gallensteinen.

Z Gastroenterol 2000.

[www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/iverd008.htm](http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/iverd008.htm) (27.10.2003).

Eypasch E, Troidl H.

Cholelithiasis/Cholezystitis – Praxis der Qualitätssicherung.

In: Ekkernkamp A, Scheibe O (Hrsg.). Qualitätsmanagement in der Medizin. 1996 1-6.

Hermanek P, Burmeister C, Gleisberg C, Bauer H.

Perioperatives Management bei Appendektomie, Cholezystektomie und Leistenhernienreparation. *Viszeralchirurgie* 2003; 38: 27-31.

Ludwig K, Köckerling F, Hohenberger W, Lorenz D.

Die chirurgische Therapie der Cholecysto/Choledocholithiasis – Ergebnisse einer deutschlandweiten Umfrage an 859 Kliniken mit 123.090 Cholecystektomien.

*Der Chirurg* 2001; 72: 1171-1178.