

S3-Leitlinie Gallensteine:
Evidenzbasierte Qualitätsindikatoren




Leitlinien und Qualitätsindikatoren

unterstützen Implementierung
und Weiterentwicklung von
Leitlinien



unterstützen Entwicklung
von Qualitätsindikatoren



S3-Leitlinie
„Diagnostik und Therapie von Gallensteinen“
Historie

- Anmeldung: 22. Juli 2005
- Delphi-Umfrage bis 18.03.2006
- Konsensuskonferenz 07.04.2006
 - 7 von 8 BQS-Qualitätsindikatoren übernommen
- Veröffentlichung 07/2007



Leitlinien 971

S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten und der Deutschen Gesellschaft für Viszeralchirurgie zur Diagnostik und Behandlung von Gallensteinen
AWMF-Register-Nr. 021/008

S3-Guidelines for Diagnosis and Treatment of Gallstones. German Society for Digestive and Metabolic Diseases and German Society for Surgery of the Alimentary Tract. AWMF Registry 021/008

Autoren F. Lammerl*, M. W. Neubrand*, R. Bittner*, H. Fricke*, L. Gohler*, F. Hagenmüller*, K. H. Böhm*, R. Lohfeld*, H. Neuhaus*, C. Paumgartner***, J. F. Riessner**, T. Sauerbruch* für die Teilnehmer der Konsensuskonferenz*

Affiliation Die Institutionen sind am Ende des Beitrags gelistet.

Schlüsselwörter

- Gallensteine
- Gallenwegssteine
- Cholelithiasis
- Cholezystektomie

Zusammenfassung

Die Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Gallensteinen aktualisiert die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten und der Deutschen Gesellschaft für Viszeralchirurgie.

Abstract

This guideline provides evidence-based key recommendations for diagnosis and therapy of gallstones and upgrades version 2000. It was de-



Tab. 8 Klassifikation der Evidenzstärke

Ia	systematisches Review oder Metaanalyse randomisierter kontrollierter Studien
Ib	mindestens eine gut geplante, randomisierte kontrollierte Studie
IIa	mindestens eine gut geplante, kontrollierte Studie ohne Randomisierung (z. B. Fallkontrollstudie oder historischer Vergleich)
IIb	mindestens eine gut geplante, quasi experimentelle Studie (z. B. Fallkontrollstudie oder historischer Vergleich)
III	gut geplante, nicht experimentelle deskriptive Studien (Fallserien, Korrelationsstudien)
IV	Berichte/Meinungen von Expertenkreisen, Konsensuskonferenzen und/oder klinische Erfahrung ohne explizite kritische Bewertung (physiologische Modelle, Vergleiche oder Grundsätze)

Lammerl F et al. S3-Leitlinie der Deutschen... Z Gastroenterol 2007; 45: 971 – 1001



Tab. 9 Klassifikation der Konsensstärke

starker Konsens	Zustimmung von ≥ 95% der Teilnehmer
Konsens	Zustimmung von 75 – 95% der Teilnehmer
mehrerheitliche Zustimmung	Zustimmung von 50 – 75% der Teilnehmer
kein Konsens	Zustimmung von < 50% der Teilnehmer

Lammerl F et al. S3-Leitlinie der Deutschen... Z Gastroenterol 2007; 45: 971 – 1001

Tab. 10 Klassifikation der Konsensempfehlungen

A starke Empfehlung Evidenzstärke Ia + Ib/ starker Konsens oder Konsens/direkte Anwendbarkeit Evidenzstärke IIa/ starker Konsens/direkte Anwendbarkeit
B Empfehlung alle unter A, jedoch mit extrapolierter Anwendbarkeit Evidenzstärke Ia + Ib/ mehrheitliche Zustimmung/direkte Anwendbarkeit Evidenzstärke IIa/ Konsens/direkte Anwendbarkeit Evidenzstärke IIb/ starker Konsens bzw. Konsens/direkte Anwendbarkeit
C optional alle unter B, jedoch mit extrapolierter Anwendbarkeit Evidenzstärke Ia + Ib/ kein Konsens/direkte Anwendbarkeit Evidenzstärke IIa + Ib/ mehrheitliche Zustimmung/direkte Anwendbarkeit Evidenzstärke III/ starker Konsens bis mehrheitliche Zustimmung/direkte Anwendbarkeit Evidenzstärke IV/ starker Konsens bzw. Konsens/direkte Anwendbarkeit

Lammert F et al. S3-Leitlinie der Deutschen... Z Gastroenterol 2007; 45: 971 – 1001

Kombination aus Evidenzgrad und Konsensusstärke
Einstufung von Empfehlungen

Einstufung	Empfehlungsklasse (Bedingungen)
A	Sehr empfehlenswert Evidenzgrad I (belegt durch schlüssige Literatur guter Qualität mit mindestens einer RCT), hoher Konsens, allgemeine Anwendbarkeit
B	Empfehlenswert Evidenzgrad II/III (belegt durch gut durchgeführte nicht randomisierte klinische Studien), Konsens bzw. mehrheitliche Zustimmung
C	Optional Evidenzgrad IV (belegt durch Expertenmeinungen), kein Konsens

Qualitätsindikator Indikationsstellung
Differenzierte Empfehlungen zur Indikation zur Cholezystektomie (A-C)

Die **symptomatische** Cholezystolithiasis ist in der Regel eine Indikation zur Operation (**A**)
Die **asymptomatische** Cholezystolithiasis ist grundsätzlich keine Indikation zur Operation (**C**)
Asymptomatische Patienten mit Porzellangallenblase oder gleichzeitigem Vorliegen von schnell wachsenden oder über 1 cm Gallenblasensteinen über 3 cm Durchmesser, die speziellen abdominalen Eingriffen werden

Indikation zur Cholezystektomie Zusammenfassung:
- Die symptomatische Cholelithiasis, bei besonderen Bedingungen und erhöhtem Risiko für eine bösartige Erkrankung
- Die akute Cholezystitis

Die **akute Cholezystitis** ist grundsätzlich eine Indikation zur frühzeitigen Cholezystektomie (**A**).
Bei Patienten mit **akuter Cholezystitis** und deutlich erhöhtem Operationsrisiko kann die perkutane Drainage eine sinnvolle passagere Alternative zur Operation darstellen (**B**).
Die laparoskopische Cholezystektomie ist die Standardtherapie für die symptomatische Cholezystolithiasis. Dies schließt die **akute Cholezystitis** und in der Regel auch Gallenblasensteine mit anderen Komplikationen ein (**B**)

ausgedehnte Dünndarm-Resektionen, Ileumbypass, Transplantatempfänger, können cholezystektomiert werden.
Der ausschließliche Therapieerfolg bei **asymptomatischen** Patienten ist nicht belegt (**C**)

Prozessqualität	14083/14817	95,05%
präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	14083/14817	95,05%
Erhebung eines histologischen Befundes	16323/167263	97,82%
Ergebnisqualität		
eingriffsspezifische Komplikationen	6332/171611	3,69%
- Okklusion oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus	254/171611	0,15%
- periphere Gallengangsverletzung	591/171611	0,34%
- Krassulstein im Gallengang	908/171611	0,53%
- Bildung	2093/171611	1,21%
postoperative Wundinfektionen		
- alle Patienten	2825/171611	1,53%
- Patienten der ASA-Risikoklasse II	656/100472	0,65%
allgemeine postoperative Komplikationen	6482/171611	3,75%
Reinterventionsrate		
- alle Patienten	3509/171611	2,04%
- Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation	2613/155907	1,68%
Letalität		
- alle Patienten	1335/171611	0,78%
- Patienten der ASA-Risikoklassen I-III	654/169135	0,39%
- Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation	436/155907	0,28%

Tab. 7 Qualitätsindikatoren der Cholezystektomie 2005 (5, 147)

Lammert F et al. S3-Leitlinie der Deutschen... Z Gastroenterol 2007; 45: 971 – 1001

(IV, starker Konsens, C)

-
- Leitlinien und Qualitätssicherung
BQS-Qualitätsindikatoren zur Cholezystektomie
- 1. Rate fraglicher Indikationen**
 2. Erhebung eines histologischen Befundes
 3. Durchführung präoperativer Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase
 4. DHC-Durchtrennung oder Okklusion (Sentinel Event, d.h. Einzelfallanalyse)
 5. Rate allgemeiner behandlungsbedürftiger Komplikationen
 6. Reinterventionsrate bei laparoskopisch begonnener Cholezystektomie
 7. Postoperative Wundinfektionsrate bei Eingriffen ohne relevante Risikofaktoren
 8. Letalität (Sentinel Event, d.h. Einzelfallanalyse)

Leitlinien und Qualitätssicherung
BQS-Bundesauswertung 2005

BQS-Qualitätsziel
Selten Cholezystektomie bei uncharakteristischen Oberbauchschmerzen ohne Cholestase, sicheren Gallenstein nachweis oder Entzündung

Ergebnisse

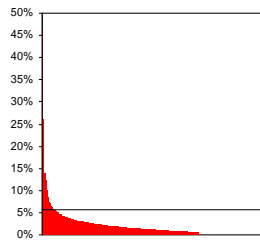
Indikator	Gesamtrate	Referenzbereich	Spannweite	Auffällige Krankenhäuser
Cholezystektomie bei uncharakteristischen Oberbauchschmerzen ohne Cholestase, sicheren Gallenstein nachweis oder Entzündung	1,67%	<= 5,6% (95%-Perzentile)	0 – 46,8%	58 von 1173

n = 171.611

Leitlinien und Qualitätssicherung BQS-Bundesauswertung 2005



Anteil von Patienten mit Cholezystektomie bei uncharakteristischen Oberbauchschmerzen ohne Cholestase, sicheren Gallensteinachweis oder Entzündung



1.173 Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen

Qualitätsindikatoren



Leitlinien



Der Kreis schließt sich:

- 1. Stufe** Zusammenarbeit Fachgesellschaften und BQS bei Entwicklung von Qualitätsindikatoren
Ergebnisse der Qualitätssicherung gehen in die Leitlinienentwicklung ein
- 2. Stufe** Fachgesellschaften integrieren BQS in Leitlinienentwicklung
- 3. Stufe** Systematische Kooperation
Abstimmung zwischen Leitlinienentwicklung und Qualitätsindikatorenentwicklung



www.bqs-online.de