



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gemäß § 137a SGB V (3)

zum Vorbericht des sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens
„Konisation“

Berlin, 05.08.2010

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Hintergrund

Die Bundesärztekammer wurde mit E-Mail vom 09.07.2010 als zu beteiligende Organisation gemäß § 137a SGB V (3) von der AQUA-Institut GmbH zu einer Stellungnahme zum Vorbericht des sektorgleichen Qualitätssicherungsverfahrens „Konisation“ aufgefordert. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte das AQUA-Institut in seiner Funktion als Institution nach § 137 a SGB V am 03.12.2009 beauftragt, Instrumente und Indikatoren sowie die notwendige Dokumentation für dieses Qualitätssicherungsverfahren zu entwickeln. Der Vorbericht ist das Ergebnis dieser Entwicklung.

Die Bundesärztekammer nimmt zum Vorbericht wie folgt Stellung:

Der vorlegte Vorbericht stellt kurz das Krankheitsbild des Zervixkarzinoms dar und macht Angaben zur Indikation und den Verfahrensvarianten der Konisation. Auf Basis der Besonderheiten der Versorgungskette werden Optimierungspotenziale für die Qualitätssicherung diskutiert.

Als Zielsetzung der Beauftragung durch den G-BA wird die Weiterentwicklung des bestehenden (sektorspezifischen) stationären Qualitätssicherungsverfahrens Konisation (im Rahmen der operativen Gynäkologie) zu einem sektorgleichen Verfahren genannt.

Der Vorbericht gibt einen Überblick über den Verfahrensablauf mit der Informationsbeschaffung und -bewertung, der Entwicklung einer ersten Indikatorensammlung durch AQUA sowie mit den weiteren Auswahlritten im Expertenpanel bis hin zum endgültigen Indikatorenset.

Der Vorbericht schließt mit Empfehlungen zur Umsetzung. Als Anhänge werden Details zur Recherche und zu den Indikatorenbewertungen dargestellt. Außerdem liegen ausführliche Informationen zu den ausgewählten Indikatoren vor, inklusive Rationalen, Literaturhinweisen, Rechenregeln und benötigten Datenfeldern.

Zum Verfahren

Es wurde eine Vorrecherche v. a. in HTA-Berichten und Leitlinien durchgeführt, um den aktuellen Technologiestatus zu ermitteln, die Evidenz abzuschätzen und Suchfilter und Suchbegriffe für die Hauptrecherche zu finden.

Die Hauptrecherche fand zum einen in bibliographischen Datenbanken und zum anderen in Indikatordatenbanken von „Institutionen/Organisationen mit Erfahrung in der Entwicklung und Evaluation von Qualitätsindikatoren für das Gesundheitswesen“ statt. Während in den Verfahrensentwicklungen zur QS Koronarangiographie/PCI bzw. Katarakt auf zahlreiche Indikatoren aus internationalen Indikatordatenbanken zurückgegriffen werden konnte, wurden im Fall der Konisation bis auf zwei Indikatoren des BQS-Verfahrens keine „fertig“ formulierten Indikatoren ermittelt, so dass in allen Bereichen eine Neuentwicklung („De-novo-Synthese“) von Indikatoren erforderlich war.

Mit der Hauptrecherche wurden von zwei Reviewern 98 Indikatoren ermittelt, für die Expertenpanelbewertungen aufbereitet und den so genannten Qualitätsdimensionen des von AQUA verwendeten Qualitätsmodells zugeordnet (Zugang zur Versorgung 2 Indikatoren, Effektivität 53, Patientensicherheit 13, Patientenorientierung 30).

In einer ersten Panelrunde wurden von 14 Experten 10 Indikatoren als relevant, 84 Indikatoren als fraglich relevant und 4 Indikatoren als nicht relevant eingestuft.

In einer zweiten Runde wurden einige Indikatoren modifiziert. Nach erneuter Bewertung blieben 27 als relevant konsentierende Indikatoren übrig (Zugang zur Versorgung 1 Indikator, Effektivität 16, Patientensicherheit 1, Patientenorientierung 9). Einer dieser Indikatoren war ein BQS-Indikator.

Die Beurteilung der Praktikabilität durch die Experten war mit einer ausführlichen Diskussion verbunden. 26 Indikatoren wurden schließlich als praktikabel bewertet.

Bei 7 Indikatoren wurde von den Experten eine „Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung“ festgestellt. Da Patientenbefragungen grundsätzlich als Stichproben erfolgen sollen, wird auf eine öffentliche Berichterstattung dieser Indikatoren verzichtet. Nach Dublettenentfernung entstand das endgültige Indikatorenset aus 24 Indikatoren.

Verfahrensbewertung

Der Ablauf der Recherche und der Panelbewertung wird ausführlich dargestellt. Leider erschweren an einigen Stellen inkonsistente Begrifflichkeiten die Nachvollziehbarkeit. Nachdem in den anderen Vorberichten konsequent die Qualitätsdimensionen des AQUA-Modells gewählt werden, um die Indikatoren zu kategorisieren, werden im Vorbericht Konisation, Qualitätsdimensionen und Indikatorarten vermischt dargestellt. Die Zahlenangaben bei einzelnen Indikatorschritten sind z. T. widersprüchlich bzw. deren Ableitung schwer nachvollziehbar (siehe Anlage).

Es bleibt zu hoffen, dass die Informationen des Vorberichts auch in toto der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden.

Indikatorenset

Zur Überprüfung der Strukturqualität wird die ungewöhnliche Vorgehensweise gewählt, für jede durchgeführte Kolposkopie (bei Verdacht auf Dysplasie) die Qualifikation des Arztes abzufragen. Durch diese Vorgehensweise wird einerseits der Dokumentationsaufwand bei fraglicher Aussagekraft des Indikators deutlich erhöht und andererseits das QS-Verfahren Konisation de facto auf die diagnostische Kolposkopie ausgeweitet.

Mit dem restlichen Indikatorenset sind alle wesentlichen Bereiche im Rahmen einer Konisation abgedeckt: Indikationsstellung, verfahrenstechnische Prozessindikatoren zum Eingriff und zur Nachsorge, Komplikationsraten sowie Aspekte der Patientenzufriedenheit.

Durch die Einbeziehung von Follow-up-Indikatoren enthält das Konzept über den streng sektorgleichen Bereich hinaus auch Langzeitkomponenten. Nicht praktikabel erscheint allerdings der Vorschlag, alleine für den fraglich aussagekräftigen Indikator der Komplikationsrate nach Konisation bei Schwangeren die QS-Verfahren „Konisation“ und „Geburtshilfe“ mit einander zu verbinden.

Methodik

Zu den Detailanmerkungen siehe Anlage. Insbesondere in den Umsetzungen der Rechenregeln und der Datensatzgestaltungen finden sich im Vorbericht einige Widersprüche und Fehler.

Realisierung

Neben den gesetzlichen Rahmenbedingungen und den strukturellen und technischen Voraussetzungen gibt AQUA Empfehlungen zur Umsetzung der Dokumente und Instrumente. Werden alle Indikatoren umgesetzt, dürften die resultierenden Datensätze in der Summe ca. 25 Datenfelder aufweisen; der Dokumentationsumfang wäre damit etwas geringer als im stationären QS-Verfahren Operative Gynäkologie.

Es wird dargestellt, dass auch vorhandene Abrechnungs-(Routine-)daten genutzt werden können. Leider wird übersehen, dass bereits jetzt einige der entwickelten Indikatoren (ggf. nach entsprechender Überarbeitung der OPS-Kodes) anstelle einer gesonderten Erhebung komplett über Routinedaten berechnet werden könnten.

In diesem Kontext wird auch eine mögliche Verwendung von „Daten der Krankenversicherer“ für ein Follow-up nach Konisation angedeutet. Auf welcher rechtlichen Basis und wie dies geschehen soll, ist dem Vorbericht allerdings nicht zu entnehmen.

Bezüglich der Patientenbefragung wird im Vorbericht angedeutet, dass ein Konzept zur Patientenbefragung in Entwicklung sei, das eine Kombination aus generischen und krankheitsspezifischen Elementen darstelle. Diese zurzeit noch vage Angabe macht deutlich, dass in Zusammenarbeit zwischen AQUA und dem G-BA zügig grundsätzlich geklärt werden sollte, wie der „generische“ Teil des Patientenfragebogens aussieht und wie die Befragungen durchgeführt werden sollen. Die von AQUA vorgeschlagene Variante (Szenario II), dass die Adressen der Patienten – nach Einwilligung – an AQUA übermittelt werden, dürfte datenschutzrechtlich schwer umzusetzen sein.

Fazit

Zusammenfassend wird im vorliegenden Vorbericht „Konisation“ ein Indikatorenset vorgestellt, das - mangels aus der internationalen Literatur verfügbarer Qualitätsindikatoren - überwiegend aus neu entwickelten Indikatoren besteht.

Der Entwicklungsprozess des Indikatorensets ist im Wesentlichen transparent und nachvollziehbar dargestellt. Der Vorbericht „Konisation“ weicht in seiner Terminologie allerdings von den übrigen Vorberichten etwas ab; hier wäre eine einheitliche Gestaltung wünschenswert.

Bei näherer Analyse sind einige Detailungenauigkeiten z. B. in Form von inhaltlichen Widersprüchen bzw. Fehlern festzustellen.

Zur Realisierung des vorgestellten Verfahrens bleiben einige Fragen offen, z. B. auf welcher rechtlichen Basis die Ausdehnung des QS-Verfahrens auf Kolposkopien bzw. auf in der Qualitätssicherung Geburtshilfe erfasste Geburten erfolgen soll.

Die Klärung dieser Fragen muss zeitnah erfolgen, wenn das sektorgleiche Verfahren Konisation bis zum Jahre 2012 aus der stationären Qualitätssicherung operative Gynäkologie herausgelöst werden soll.

Berlin, den 05.08.2010



Dr. med. Regina Klakow-Franck, M. A.
Leiterin Dezernat 3 und 4

Anlage

Anlage

Kap	S.	Thema	Anmerkung
4.1	29	Vorrecherche Tabelle 4 Gesamtergebnisse der Vorrecherche Tabelle 5 Übersicht der Dokumente zum Technologiestatus	In Tabelle 4 werden 13 HTA-Berichte bzw. insgesamt 84 relevante Dokumente angegeben. In Tabelle 5 sind 39 Dokumente aufgelistet. Wieso werden die restlichen relevanten Quellen nicht aufgeführt?
	29, 33	Vorrecherche Tabelle 4 Gesamtergebnisse der Vorrecherche Hauptrecherche	Als Ergebnis der Vorrecherche wird angegeben, dass 11 Leitlinien als relevante Dokumente zum Verfahren ermittelt worden sein. Als Ergebnis der Hauptrecherche – „systematische Recherche in Leitlinien“ wird erneut angegeben, dass 11 aktuell relevante Leitlinien identifiziert wurden. Handelt es sich um die gleichen Leitlinien?
4.3	36, 37	Ermittelte Indikatoren	Die Begrifflichkeiten werden nicht durchgehend konsistent verwendet (Tabelle 7 Indikatortyp/Qualitätsdimension bzw. Tabelle 8 Typ/Dimension). Verwirrenderweise ist im Text zu Tabelle 7 von „Qualitätskategorien“ und im Text zu Tabelle 8 von „Qualitätstyp“ die Rede.
	36	Abbildung 3	Die Abbildung 3 zeigt die Suchergebnisse links aus der „systematischen Literaturrecherche“ (in der Summe 225 Indikatoren) und rechts aus der Recherche in Agenturen, d. h. „systematisch ermittelte Indikatoren“ (in der Summe 98). Tabellen 8 (9 und 10) stellen die 98 „insgesamt identifizierten“ Indikatoren dar, die sich genau so auf Struktur, Prozess, Sicherheit, Patientenperspektive, Outcome aufteilen, wie die 98 Indikatoren in Abbildung 3 rechts. Ist dies Zufall oder wurden die 225 Indikatoren aus der linken Seite der Grafik nicht berücksichtigt?
	43	Text unter Tabelle 12	Zahlenwiderspruch Dort heißt es, dass „aufgrund starker inhaltlicher Überschneidungen erneut jeweils zwei Indikatoren aus der Qualitätsdimension Effektivität zusammengefasst wurden, sodass sich 22 als relevant konsentrierte Indikatoren ergeben“. Die Reduktion von 27 auf 22 ist nicht nachvollziehbar, so zeigt Tabelle 14 weiterhin 27 relevante Indikatoren (Würde man in Tabelle 14 zwei Varianten eines Indikators als ein Indikator zählen, wären es 24).
	44	Tabelle 14 und Anhang C.2	Zahlenwiderspruch Ergebnisse nach der zweiten Bewertungsrunde: Tabelle 14 zeigt 9 relevante Indikatoren zur Patientenorientierung (PP05 – PP31). Dies widerspricht Anhang C.3, in der alle Indikatoren zur Patientenorientierung (PP01-PP30) einzeln als nicht relevant aufgeführt werden.
	46		Zahlenwiderspruch Im Text ist von 18 Bewertungen die Rede, während Tabelle 15 und 16 weiterhin 27 Indikatoren aufführen.
	56	ST08 Ärztliche Expertise bei der Durchführung der Kolposkopie	Streng genommen handelt es sich um einen Indikator zu einer QS Kolposkopie, da der Auslöser der OPS-Kode für Kolposkopien ist. Im Rahmen der Facharztweiterbildung ist die selbständige Durchführung von 300 Kolposkopien vorgeschrieben. Insofern ist davon auszugehen, dass jeder Facharzt die geforderte "Legitimation durch eine Fachorganisation" besitzt. Sollte hier jedoch ein Kurs einer Arbeitsgemeinschaft oder eines Vereins gemeint sein, so wäre dies eine einseitige Bevorzugung.
	57	P04 Sofortige Konisation bei PAP IIID und CIN 1 sind obsolet	Gemeint ist wohl „maximal PAP IIID oder CIN1“, da niedrigere PAP-Stadien bzw. ein Normalbefund ebenfalls nicht eine sofortige Konisation nach sich ziehen sollten. Zudem wird bei der Gestaltung des Indikators nicht berücksichtigt, ob weitere den Eingriff begründende Untersuchungsbefunde vorliegen, z. B. Abstrich auf HPV- high risk. Sprachlich besser: Sofortige Konisation bei PAP IIID und CIN 1 ist obsolet“
	58	P05 Adoleszente Patientinnen mit Konisation	Man könnte diesen Indikator auch komplett aus Routinedaten berechnen.
	58	P08 Indikation zur Konisation	Man könnte diesen Indikator auch komplett aus Routinedaten berechnen

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Vorbericht „Konisation“

Kap	S.	Thema	Anmerkung
		in der Schwangerschaft	(Rechenregel: gleichzeitiges Vorliegen eines OPS-Kodes für Konisation und eines ICD-Kodes für Schwangerschaft)
	59	P13 Fehlende hochgradige präkanzeröse Befunde der Konisate	Inhaltliche Überschneidung mit bzw. Widerspruch zu Indikator P04: Während der Indikator P04 nur sofortige Konisationen bei CIN 1 vermeiden soll, zielt der Indikator P13 darauf ab, Konisationen bei CIN 1 ganz zu vermeiden.
	59	P15 Konisation unter Kolposkopie-Kontrolle	Sinnvoller Prozessindikator
	60	P17 Reduzierung von Messerkonisationen	Hinweis: Durch entsprechende Präzisierung der OPS-Kodes für Konisation (Messer-, Schlingen-, Laserkonisation, Antrag beim DIMDI) könnte man diesen Indikator auch komplett aus Routinedaten errechnen. Sinnvoller Prozessindikator
	60	P27 Histologische Beurteilung des Konus	Sinnvoller Prozessindikator, für den konsequenterweise ein Referenzbereich von 100 % bzw. Sentinel Event gewählt werden sollte. Warum hier zwischen ambulant und stationär behandelten Patienten mittels Risikoadjustierung unterschieden werden sollte, ist allerdings nicht ersichtlich.
	61	P30 Beurteilbarkeit des histologischen Präparats nach Konisation	Unter „Hintergrund“ wird angegeben, dass der Indikator die „Steigerung der Rate an Patientinnen misst, bei denen eine solche histologische Beurteilung vorliegt“. Es ist nicht ersichtlich, wie die Veränderung der Rate operationalisiert ist. Zudem ist das Vorliegen einer histologischen Beurteilung eigentlich Gegenstand von Indikator P27.
	63	OU10 Positiver Absetzungsrand bei Adenocarcinoma in situ	Wie korrekt beschrieben, tritt das Adenokarzinom in 5 – 15 % der Zervixkarzinome auf. Das Adenocarcinoma in situ ist allerdings extrem selten. Insofern werden für diesen Indikator kaum ausreichend hohe Zahlen erreicht; es wird sich einrichtungsbezogen also immer um Einzelfälle ohne statistische Aussagekraft handeln. Als Sentinel Event-Indikator wäre der Indikator allerdings denkbar.
	64	S11: Erhöhte Komplikationsrate in der Schwangerschaft nach Konisationen	Wieso zählt die Nachblutungsrate zum Outcome, die Komplikationsrate bei Schwangeren aber zur Patientensicherheit? Es wird eine Verbindung zwischen dem QS-Verfahren Konisation und dem QS-Verfahren Geburtshilfe vorgeschlagen, d. h. in der Geburtshilfe sollen Daten erhoben werden, um einen Indikator in der QS Konisation zu berechnen. Allein die zusätzliche Angabe „Konisation in der Vergangenheit“ sagt nichts darüber aus, ob die (vermutete) geburtshilfliche Komplikation wirklich der Konisation angelastet werden kann. Ohne eine extrem aufwändige Verknüpfung über Patientinnenpseudonym dürfte der Indikator nicht praktikabel sein. Dieser Aufwand lohnt sich bei der geringen Aussagekraft des Indikators sicher nicht.
	70	Datenbasis	Hier heißt es „Erstmals wird mit diesem Verfahren auch der Weg gegangen, Daten der Krankenversicherer zu verwenden. Dies betrifft zum Beispiel die Abbildung des Follow-up nach Konisation.“ Die Einbindung der Krankenkassendaten ist nicht weiter spezifiziert.
Anhang D1		Auslösekriterium ambulant	Während in den Vorberichten „Katarakt“ und „Konisation“ für die Auslösung der ambulanten Eingriffe nur die OPS-Kodes verwendet wurden, wird im Vorbericht „Konisation“ immer ein OPS-Kode in Verbindung mit („UND-Verknüpfung“) mit einem EBM-Kode (gynäkologischer Eingriff) angegeben. Der Grund dafür ist nicht ersichtlich.
		Schreibweise der OPS-Kodes	In allen Indikatorblättern: streiche „5.671 bis 5.673“, setze „5-671 bis 5-673“
		ST08 Ärztliche Expertise bei der Durchführung der Kolposkopie	Datenfeld „Durchführender“ Was unter „Arzt, durch Fachorganisation legitimiert“ zu verstehen ist, muss ausführlich erläutert werden. Da nur ein Eintrag möglich ist, wäre demnach unter „Facharzt“ ein Facharzt zu verstehen, der nicht durch Fachorganisation legitimiert ist?

Kap	S.	Thema	Anmerkung
		P01 Differentialkolposkopie vor Konisation	<p>Datenfeld „Präoperative Differentialkolposkopie“ Hier ist vermerkt, dass die Information „in Zukunft“ über OPS-Kode gewonnen werden soll. Dies setzt allerdings voraus, dass die präoperative Differentialkolposkopie in der gleichen Einrichtung wie die Konisation erfolgt.</p> <p>Referenzbereich Obwohl von den Experten vorgeschlagen (Seite 57), wird kein Referenzbereich (Zielbereich) festgelegt</p> <p>Datenfeld Präoperative Histologie (Biopsie) Anstelle einer nein/ja-Abfrage könnte man auch Schlüsseleinträge wählen, in welcher eine fehlende Biopsie näher begründet werden kann.</p>
		P04 Sofortige Konisation bei PAP IIID und CIN 1 sind obsolet	<p>Zähler s. o. maximal PAP IIID oder CIN1 – entsprechende Änderung der Rechenregel Es sollen nur Fälle mit präoperativen Histologie- oder Zytologiebefunden einbezogen werden. Das würde begünstigen, dass man dem Indikator entgeht, wenn präoperativ keine Befunde vorliegen. Wie wird die „sofortige“ Konisation operationalisiert?</p>
		P05 Adoleszente Patientinnen mit Konisation	<p>Ausschlusskriterien Wenn die Rate der 12-18 Jährigen an allen Patienten errechnet werden soll, dürfen die >18 Jährigen nicht ausgeschlossen werden.</p> <p>Widerspruch Sentinel Event und „kein Referenzbereich definiert“</p>
		P13 Fehlende hochgradige präkanzeröse Befunde der Konisate	<p>Zähler Hier fehlt die Angabe, dass es sich um die postoperative Histologie handelt.</p> <p>Histologie Das Feld für postoperative Histologie hat den Schlüsseleintrag „Ektopie“, diese Option fehlt im Feld für präoperative Histologie.</p>
		P27 Histologische Beurteilung des Konus	<p>Risikoadjustierung Während es auf Seite 60 heißt: „Für diesen Indikator wird die Entwicklung einer angemessenen Risikoadjustierung, die zwischen ambulant und stationär behandelten Patienten unterscheidet, empfohlen“ ist im Indikatorendatenblatt vermerkt: „Indikator wird nicht von Risikofaktoren beeinflusst“</p> <p>Zähler Hier ist aufgeführt: „...Größe bei allen Läsionen - nicht metrisch - ...“ Woher sollen diese Angaben bezogen werden? Es sind nur Datenfelder zur vertikalen und horizontalen Ausdehnung bei invasiven Läsionen sowie zum endo- und ektozervikalen Resektionsrand vorgesehen.</p>
		P30: Beurteilbarkeit des histologischen Präparats nach Konisation	<p>Risikoadjustierung Während es auf Seite 61 heißt: „Für diesen Indikator wird die Entwicklung einer angemessenen Risikoadjustierung, die zwischen ambulant und stationär behandelten Patienten unterscheidet, empfohlen“ ist im Indikatorendatenblatt vermerkt: „Keine Risikoadjustierung erforderlich“</p> <p>Zähler Der Zähler lautet: „Anzahl der Patientinnen mit gut beurteilbaren Präparaten“ während das Datenfeld „Beurteilbarkeit des Präparates (Postoperativ) nur die Einträge „nein“, „ja“ und „nicht vorhanden“ zulässt.</p>
		P32: Nachsorge: HPV-Test zwischen 6 und 12 Monaten	<p>Auslösekriterium für Follow-up Durch das gewählte Auslösekriterium muss jeder HPV-Test (auch ohne</p>

Kap	S.	Thema	Anmerkung
		nach Konisation	vorherige Konisation) elektronisch dokumentiert werden, statt nach 6 bis 12 Monaten eine gezielte Nachfrage nur bei den Patientinnen mit Konisation durchzuführen. Allerdings ist es sehr fraglich, ob sich der Erhebungsaufwand überhaupt lohnt, wenn – wie auf Seite 61 aufgeführt – der HPV-Test als Nachsorgetest noch nicht etabliert ist.
		P34: Patientinnen mit sofortiger Rekonisation bei positivem Absetzungsrand	<p>Nenner/Zähler Zähler und Nenner sind wenig aussagekräftig konstruiert. Da bei Patientinnen mit positivem Absetzungsrand nicht innerhalb von 3 Monaten eine Rekonisation durchgeführt werden sollte (Ausnahme ACIS, Invasion) müsste der Nenner lauten: Patientinnen mit positivem Absetzungsrand und der Zähler: Patientinnen mit Rekonisation <=3 Monate</p> <p>Auslösekriterium Der vorgeschlagene Datensatz sieht nach dem Ersteingriff das Datenfeld „Rekonisation“ (oder den OPS-Kode 5-671.1) vor. Damit werden nur die Fälle erfasst, die während desselben Aufenthaltes eine Rekonisation erhalten. Für eine Wiederaufnahme zur Rekonisation müsste zusätzlich ein Follow-up definiert werden.</p>
		OU10: Bedeutung des positiven Absetzungsrandes bei Adenocarcinoma in situ	<p>Verwirrenderweise werden die Patientinnen ohne ACIS in den Ausschlusskriterien genannt. - Besser: Nenner: Patientinnen mit ACIS, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde. Stratifizierung: Da nur Patientinnen mit ACIS eingeschlossen sind, kann nicht eine „Stratifizierung in ACIS oder sonstige“ erfolgen.</p>
		OU11: Behandlungsbedürftige Nachblutungen nach Konisation	<p>Zähler Der Zähler ist definiert: „Anzahl der Patientinnen mit behandlungsbedürftigen Nachblutungen (Transfusion oder Re-OP) nach Konisation“ Im Datenfeld „Art der Komplikation“ ist zu dokumentieren „OP-pflichtige Nachblutung“ bzw. „nicht OP-pflichtige Nachblutung“ Eine nicht OP-pflichtige Nachblutung ist nicht automatisch gleichzusetzen mit einer mit Transfusion behandlungsbedürftigen Nachblutung. Anmerkung: Es müssen mehrere Komplikationen dokumentierbar sein.</p>
		S11: Erhöhte Komplikationsrate in der Schwangerschaft nach Konisationen	<p>Die gewünschte Verbindung zwischen dem QS-Verfahren Konisation und dem QS-Verfahren Geburtshilfe ist so nicht durchführbar: Zum einen ist der Auslöser für das QS-Verfahren Geburtshilfe durch umfangreiche OPS-Kode- und ICD-Listen definiert und nicht wie hier angegeben durch 9-26*. Zum anderen werden Schwangere (ohne Geburt) gar nicht erfasst. Dadurch, dass man bei jeder Schwangeren nach einer „Konisation in der Vergangenheit“ fragt, kann man auch nicht schließen, dass die Patientin schon bei der Konisation schwanger war. Zudem wird ein Datensatz für den ambulanten Bereich angegeben, obwohl in den Anmerkungen zu entnehmen ist, dass eine Erhebung „nur im stationären Bereich (Aufnahme der Schwangeren) vorgesehen“ sei. Wenn die „Einpunktmessung“ in den Anmerkungen so gemeint ist, dass QS-Konisation und QS Geburtshilfe NICHT verknüpft werden sollen, so müsste in der QS Geburtshilfe zusätzlich die Institution angegeben werden, welche die „Konisation in der Vergangenheit“ durchgeführt hat, sonst fehlt eine Zuordnung zum Leistungserbringer. Realisierbar ist der Indikator nur mit einem Follow-up aller schwangeren Patientinnen mit Konisation.</p>