

**Berichtsplan**  
**zum Verhältnis von Menge der erbrachten Leistungen**  
**und der Qualität bei der**  
**elektiven Chirurgie des Bauchaortenaneurysmas**

[Auftrag Q05/01]

Version 2.0

4. Juli 2005

Thema: Zusammenhang zwischen der Menge der erbrachten Leistung und der Ergebnisqualität für die Indikation „elektiver Eingriff Bauchaortenaneurysma“

Auftraggeber: Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags: 16.11.2004

Interne Auftragsnummer: Q05/01A

Kontakt:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen  
Dillenburger Straße 27  
51105 Köln

Tel: (0221) 35685-0

Fax: (0221) 35685-1

E-Mail: [Q05-01@iqwig.de](mailto:Q05-01@iqwig.de)

## Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund .....	1
2	Ziel der Untersuchung .....	4
3	Kriterien für den Einschluss von Studien in die Untersuchung .....	5
3.1	Patienten .....	5
3.2	Interventionen und Vergleichsbehandlungen .....	5
3.3	Zielgrößen .....	5
3.4	Studientypen .....	6
3.5	Sonstige Studiencharakteristika .....	6
3.6	Ein-/Ausschlusskriterien für Studien .....	8
4	Informationsbeschaffung .....	9
5	Informationsbewertung .....	10
6	Analyse .....	11
6.1	Meta-Analyse .....	11
6.2	Sensitivitätsanalyse .....	11
6.3	Subgruppenanalyse .....	11
7	Literaturverzeichnis .....	12
8	Anhang .....	14
8.1	Zeitplan .....	14
8.2	Abkürzungsverzeichnis .....	14

## 1 Hintergrund

Der Gemeinsamen Bundesausschuss hat mit Schreiben vom 16.11.2004 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Aufbereitung der Literatur zum Thema „Mindestmengen beim elektiven Eingriff Bauchortenaneurysma“ beauftragt. Dem Auftrag liegt ein Antrag des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) vom 07. Mai 2004 zu Grunde. Die Auftragskonkretisierung mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgte am 30. März 2005.

Das Bauchortenaneurysma (BAA) (ICD-10: I71.4; ICD-9: 441.4) ist eine krankhafte Erweiterung des Umfangs der *Aorta abdominalis* (abdominaler Abschnitt der Hauptschlagader) auf über 3 cm, wobei der infrarenale Teil der Aorta am meisten betroffen ist [1]. Die Prävalenz des BAAs nimmt mit dem Alter zu und diese Kondition ist häufiger bei Männern als bei Frauen. Aus Screening- und Obduktionsstudien wird die Prävalenz des BAAs auf ca. 5% bei über 65-jährigen Männern geschätzt [2]. Nach der Gesundheitsberichterstattung des Bundes gab es in Deutschland 12.005 Krankenhausfälle mit der Hauptdiagnose I71.4 (87% bei Männern) [3]. Für die Anzahl der Prozeduren (OPS-2005: 5-384 für die offene bzw. 5.38a für die endovaskuläre Behandlung) lagen nur aggregierte Daten zu den verschiedenen Formen des Aortenaneurysmas vor.

Das BAA ist meistens asymptomatisch und wird bei Ultraschalluntersuchungen des Bauchraumes entdeckt, die aus anderen Gründen durchgeführt werden. In einer kleinen Gruppe von Patienten treten Symptome auf wie Bauch- und Rückenschmerzen, die auf die Raumforderung zurückgeführt werden [2]. Das BAA kann zu einer Stenose der Nierenarterien führen, die zur Hypertonie und/oder Niereninsuffizienz führen kann. Die Ruptur des Aneurysmas (ICD-10: I71.3; ICD-9: 441.3) stellt eine lebensbedrohliche Komplikation mit einer sehr hohen Mortalität dar, wobei die meisten Patienten vor Erreichen des Krankenhauses sterben (ca. 80%) und die Sterblichkeit der Notfall-Operation eines rupturierten BAAs ca. 50% beträgt [1,2].

Symptomatische Patienten werden chirurgisch behandelt (vorgezogene Dringlichkeit) [1]. Die elektive Behandlung des asymptomatischen BAA ist angezeigt, wenn das Risiko einer Ruptur das Operationsrisiko übersteigt. Das Risiko einer Ruptur steigt mit dem Durchmesser des A-

neurysmas und der Geschwindigkeit ihrer Progression. In der Leitlinie (Entwicklungsstufe S1) der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) wird in Anlehnung an internationalen Studien eine Indikation für die Operation ab 5 cm maximaler Querdurchmesser gesehen [4], allerdings verlor diese Leitlinie ihre Gültigkeit im November 2002 (vgl. <http://leitlinien.net>). Für Patienten mit kleineren Aneurysmen werden Kontrolluntersuchungen in regelmäßigen Abständen (6 Monate, jährlich) durchgeführt [5,6]. In der „UK small aneurysm trial“ zeigte sich keine Verbesserung der Überlebenschancen bei der Behandlung von BAA von 4 bis 5,5 cm [2], jedoch wird die Operationsindikation für diese BAA noch diskutiert und die Ergebnisse von zwei weiteren randomisierten Studien stehen noch aus [1].

Zwei Verfahren stehen zur Verfügung: die konventionelle offene Operation und der endovaskuläre Eingriff. Beim ersten wird das Aneurysma resektiert und durch eine Gefäßprothese ersetzt. Die Mortalität der elektiven offenen Prozedur hängt vor allem vom allgemeinen Zustand und der Komorbidität des Patienten ab, insbesondere der kardialen und der respiratorischen Funktion. Mögliche Komplikationen der Operation sind u.a. Ischämie der unteren Extremitäten, Infektion der Prothese (mit einer eventuellen Bildung von Fisteln), Verletzung des Darmtraktes. Beim offenen Vorgehen kann es im Verlauf zu einer Anastomoseninsuffizienz bzw. –aneurysma kommen, die unter Umständen zu einer Re-Intervention führt.

Beim endovaskulären Vorgehen wird ein Stent im Lumen des Gefäßes implantiert. Diese Prozedur wird bei Patienten empfohlen, deren Zustand bzw. Komorbidität ein erhöhtes Risiko für die offene Prozedur darstellen [1,2]. Mögliche Komplikationen des endovaskulären Vorgehens sind unter anderem thromboembolische Ereignisse. Im Verlauf kann es zu verschiedenen Formen von Endoleckagen kommen, die zu einer Ruptur der Aneurysmawand führen können, und deshalb eine erneute Intervention (endovaskulär oder offen) benötigen.

Die peri- und postoperative Mortalität der endovaskulären Operation ist geringer als die des offenen Verfahrens, jedoch ist das Risiko einer Reintervention größer und die längerfristige (2 Jahre) Überlebenschancen ähnlich [7]. Nach den Daten des „Qualitätsmanagements Aortenaneurysma“ der DGG, die allerdings nur ca. 40% der in Deutschland durchgeführten BAA-Operationen erfasst, variiert die Letalität der elektiven Operation in Deutschland zwischen 2,3% und 5,4% [8].

Einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der in einem Krankenhaus durchgeführten Operationen und der postoperativen Mortalität wurde vor mehr als 25 Jahren erstmals aufgezeigt, wobei in Krankenhäusern mit einer hohen Anzahl an durchgeführten Prozeduren die Sterb-

lichkeit geringer war als in solchen mit weniger Leistungsmenge [9]. Seitdem ist dieser Zusammenhang in mehreren Studien für unterschiedliche chirurgische Prozeduren wie Transplantationen, onko-chirurgische Eingriffe und Herzchirurgie u.a. untersucht worden, die wiederum in verschiedenen systematischen Übersichtsarbeiten zusammengefasst worden sind [10-13]. Abschätzungen aus der USA zur Folge, könnte durch ein selektives Einweisen für die Durchführung ausgewählter Prozeduren in Krankenhäuser mit hohen Leistungsmenge eine relevante Senkung der gesamten Krankenhausmortalität bewirkt werden [14,15].

§137 SGB V verpflichtet die Selbstverwaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einen Katalog planbarer Leistungen zu vereinbaren, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist. Ende 2003 wurden die ersten Mindestmengen für Leber-, Nieren- und Stammzellentransplantation, sowie für Ösophagus und Pankreaseingriffe vereinbart [16]. Dieser Katalog soll jährlich um zusätzliche Indikationen erweitert werden.

## 2 Ziel der Untersuchung

Ziel des Berichtes ist es, anhand der auf dem Gebiet der elektiven Eingriffe bei der Behandlung des Bauchaortenaneurysmas publizierten relevanten Studien die folgenden Fragestellungen zu klären:

- Gibt es für elektive Eingriffe beim Bauchaortenaneurysma einen Zusammenhang zwischen der Menge der erbrachten Leistung pro Operateur und der Ergebnisqualität?
- Gibt es für elektive Eingriffe beim Bauchaortenaneurysma einen Zusammenhang zwischen der Menge der erbrachten Leistung pro Krankenhaus und der Ergebnisqualität?
- Kann auf der Basis der vorliegenden Studien ein Schwellenwert für Deutschland abgeleitet werden?
- Führt die Vorgabe einer Mindestmenge zu erbringender BAA-Operationen zu einer Beeinflussung der patientenrelevanten Endpunkte?

### 3 Kriterien für den Einschluss von Studien in die Untersuchung

#### 3.1 Patienten

Es werden Studien von Patienten mit BAA eingeschlossen, die sich einer elektiven (d.h. geplanten, nicht notfallmäßigen) Operation desselben unterziehen. Es werden beide Geschlechter und alle Altersstufen betrachtet.

#### 3.2 Interventionen und Vergleichsbehandlungen

Die zu prüfende Intervention ist die Vorgabe einer Mindestmenge im Versorgungsbereich, bezogen auf den Arzt oder das Krankenhaus oder beides in Abhängigkeit.

Die möglichen Vergleichsgruppen sind die ohne jegliche Mengenvorgabe oder mit einer anderen vorgegebenen Menge.

#### 3.3 Zielgrößen

Als Zielgrößen für die Untersuchung werden Parameter verwendet, die eine Beurteilung der Ergebnisqualität nach der elektiven chirurgischen Behandlung des BAAs ermöglichen, nämlich:

- Gesamletalität
- 30-Tage Letalität
- Auftreten einer postoperativen Niereninsuffizienz (Inzidenz)
- Auftreten einer postoperativen AVK (Inzidenz)
- Auftreten eines postoperativen Herzinfarktes (Inzidenz)
- Auftreten von postoperativen Infektionen
- Fremdblutbedarf

Darüber hinaus werden u.a. folgende patientenrelevanten Zielgrößen herangezogen:

- Lebensqualität (gemessen mit standardisierten Instrumenten)
- Verweildauer (Länge des Krankenhausaufenthaltes)
- Notwendigkeit einer Re-Intervention

- Wartezeit auf die Operation
- Länge der Anfahrtswege (gemessen in Zeit bzw. Distanz)
- Dauer der Operation

### 3.4 Studientypen

Um mit hinreichender Evidenz den Effekt der Intervention „Vorgabe einer Mindestmenge“ auf die Ergebnisqualität bzw. auf die andere Zielgrößen untersuchen zu können, sind adäquate kontrollierte Interventionsstudien zu fordern.

Für die Untersuchung des Zusammenhanges zwischen einer Exposition (in diesem Fall die Exposition zu unterschiedlichen Erfahrungsniveaus, operationalisiert nach der Anzahl der durchgeführten Prozeduren) und dem Auftreten von Ereignissen (in diesem Fall Tod oder Komplikationen) eignen sich Beobachtungsstudien (z.B. Kohortenstudien, Fall-Kontroll-Studien). Diese epidemiologischen Studiendesigns sind daher für diesen Bericht relevant. Allerdings ist hierbei zu beachten, dass besonders die retrospektiven Beobachtungsstudien zumeist auf der Grundlage administrativer Daten erstellt werden, also mit Daten, die nicht für wissenschaftlichen Zwecke erhoben wurden, und klinische Details nur in sehr begrenztem Maße abbilden können.

### 3.5 Sonstige Studiencharakteristika

Die Ergebnisqualität der Behandlung des BAAs (gemessen anhand der Letalitäts- bzw. Komplikationsraten) wird von dem grundlegenden Risiko der Patienten entscheidend beeinflusst. Das Risiko wird durch Alter, Begleiterkrankungen und allgemeinen Zustand bestimmt. Diese Tatsache bedeutet für die Untersuchung des Zusammenhanges Leistungsmenge-Qualität, dass in der Analyse die Verteilung dieser Risikomerkmale in den untersuchten Krankenhäuser Rechnung getragen werden muss (Risikoadjustierung), um ausschließen zu können, dass beobachtete Unterschiede im Ergebnis zwischen Krankenhäusern mit hohem und niedrigem Volumen nicht auf die Unterscheide im Patientenkollektiv (Fall-Mix) zurückzuführen sind. Zur weiteren Bewertung der Studien sollen folgende Confounder und Risikoparameter herangezogen werden:

- die Komorbidität z.B. nach ASA klassifiziert, sowie insbesondere
  - AVK

- Hypertonie
- Diabetes mellitus
- COPD
- sowie Alter und Gewicht

Wie die Risikoadjustierung durchgeführt wurde, d.h. welche Faktoren berücksichtigt wurden, welche Quellen verwendet wurden (administrative Datenbanken, klinische Datenbanken, Krankenakten), ist deshalb ein wichtiges Qualitätsmerkmal dieser Form von Studien. In diesem Bericht werden Studien ausgeschlossen, die gar keine Berücksichtigung des Patientengutes oder nur eine nach Alter und Geschlecht vornehmen, da Unterschiede im Fall-Mix des betrachteten Patientengutes Auswirkungen auf das Ergebnis haben.

Durch die technologischen Entwicklungen in der gesamten Medizin und speziell die Weiterentwicklung der Operationstechniken und der postoperativen Behandlung ist die Relevanz von Studien, die nur Daten aus der Zeit vor 1990 ausgewertet haben, begrenzt. Daher werden Studien eingeschlossen, die ab 1995 veröffentlicht worden sind und deren Auswertungen Daten, die nach 1990 erhoben wurden, beinhalten. Wenn die Auswertung auch Daten aus dem Zeitraum vor 1990 beinhalten, wird die Studie nur dann eingeschlossen, wenn die „älteren“ Daten nicht mehr als 25% der Zeitspanne betragen (z.B. eine Studie mit Daten von 1989 bis 2000 wäre eingeschlossen, eine Studie mit Daten von 1980 bis 1991 wäre ausgeschlossen) oder wenn die Darstellung eine differenzierte Extraktion ermöglicht.

### 3.6 Ein-/Ausschlusskriterien für Studien

Es werden alle Studien einbezogen, die

- alle nachfolgenden Einschlusskriterien und
- keine der nachfolgenden Ausschlusskriterien erfüllen.

E1	Untersuchung des Zusammenhanges zwischen Krankenhaus- bzw. Operateur-Leistungsmenge und Ergebnissen
E2	Veröffentlichung ab dem 01.01.1995
E3	Auswertung von Daten, die ab 1990 erhoben wurden (mehr als 75% der Zeit in diesem Zeitraum)
E4	Elektiver Eingriff
E5	Bauchaortenaneurysma
E6	Untersuchung von mindestens einer der unter 3.3 aufgelisteten Zielgrößen

A1	Studien, bei denen außer Alter und Geschlecht keine anderen Risikofaktoren berücksichtigt wurden
A2	Doppelpublikationen, sofern diese nicht zusätzliche Informationen für die Beurteilung der Studie liefern
A3	Abstract-Publikationen

## 4 Informationsbeschaffung

Die Suche nach relevanten Studien wird in folgenden Quellen durchgeführt:

Quelle	Kommentar
Bibliographische Datenbanken	Suche in folgenden Datenbanken: <ul style="list-style-type: none"> <li>- EMBASE</li> <li>- MEDLINE</li> <li>- CINAHL</li> <li>- CENTRAL</li> <li>- CCMed</li> <li>- ControlledTrials</li> </ul>
Unterlagen des G-BA	Es wurden keine Unterlagen durch den G-BA übermittelt.
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suche in den Datenbanken nach systematischen Übersichten und HTA-Berichten</li> <li>- Suche in den Literaturverzeichnissen relevanter systematischer Übersichten und HTA-Berichte</li> <li>- Handsuche in ausgewählten Fachzeitschriften</li> <li>- Suche in Bibliothekskatalogen</li> <li>- Ggf. Kontaktaufnahme mit Sachverständigen / Experten / Fachgesellschaften</li> <li>- Ggf. Kontaktaufnahme mit Autoren einzelner Publikationen, z.B. zur Frage nach nicht publizierten Teilaspekten</li> </ul>

## 5 Informationsbewertung

Die Extraktion der Studiencharakteristika und –ergebnisse erfolgt anhand eines standardisierten Dokumentationsbogens, der explizit für die Erstellung dieses Berichtes konzipiert wurde. Der Bogen wird auf den Internetseiten des Institutes veröffentlicht ([www.iqwig.de](http://www.iqwig.de)). Die Extraktionsbögen werden von zwei Personen unabhängig voneinander ausgefüllt.

Zur Bewertung der Qualität von Studien zu Volume/Outcome Beziehung sind verschiedene Scores entwickelt worden. In der Übersicht von Sowden et al. wurden die Studien einer von vier Kategorien zugeordnet in Abhängigkeit der Methode der Risikoadjustierung [12]. Andere Scores berücksichtigen neben die Risikoadjustierung andere Faktoren, wie z.B. Anzahl der Patienten, Anzahl der Krankenhäuser oder Anzahl der Volumen-Kategorien [10,11]. Beide Ansätze haben jedoch ihre Limitationen, so dass in dem zu erstellenden Bericht auf die Verwendung eines zusammenfassenden Scores verzichtet wird, aber die einzelne Faktoren in der Extraktionsbogen berichtet werden.

Ein wichtiger Aspekt in der Bewertung dieser Form von Studien stellt die Risikoadjustierung dar. Daher wird bewertet, wie die Risikoadjustierung durchgeführt wurde, d.h. welche Faktoren berücksichtigt wurden, welche Quellen verwendet wurden (administrative Datenbanken, klinische Datenbanken, Krankenakten). Darüber hinaus wird die Adjustierung für weitere mögliche *confounder* (wie z.B. Strukturparameter der Krankenhäuser) geachtet.

## 6 Analyse

Die relevantesten Studiencharakteristika und –ergebnisse werden in Evidenztabelle(n) zusammengefasst.

### 6.1 Meta-Analyse

Sofern die Heterogenität der Studienlage es inhaltlich und methodisch sinnvoll erscheinen lässt, wird eine quantitative Zusammenfassung der Ergebnisse in der Form einer Meta-Analyse nach den Methoden des IQWiGs durchgeführt [17]. Anhand der Basisdaten der vorliegenden Studien wird die Heterogenität der den Studien zugrunde liegenden Populationen überprüft.

### 6.2 Sensitivitätsanalyse

Sensitivitätsanalysen sind insbesondere geplant für den unterschiedlichen Grad an Risikoadjustierung, Adjustierung nach Strukturmerkmale der Krankenhäuser, Studiengröße, Quelle der verwendeten Daten und Einschluss von Daten die vor 1990 erhoben wurden. Die unterschiedliche Qualität der Studien (anhand der in den Extraktionsbögen vorgegebenen ordinalen Einteilung) wird auch Gegenstand der Sensitivitätsanalyse sein. Falls eine Meta-Analyse durchgeführt wird, werden Sensitivitätsanalysen bezüglich der Datengrundlage und des Berechnungsverfahrens vorgenommen.

### 6.3 Subgruppenanalyse

Falls bei einer eventuell durchgeführten Meta-Analyse anhand des  $I^2$ -Maßes eine bedeutsame Heterogenität beobachtet wird [18], kann eine Subgruppenanalyse für möglicherweise die Heterogenität erzeugende Merkmale sinnvoll sein. Soweit anhand der veröffentlichten Daten durchführbar, werden Subgruppenanalysen z.B. für die unterschiedlichen Operationsverfahren (offen/ endovaskulär), Alter, Geschlecht und Begleiterkrankungen vorgenommen.

## 7 Literaturverzeichnis

- [1] Torsello G, Can A, Schumacher S. Das Bauchortenaneurysma. *Gefäßchirurgie* 2005; 10: 139-153.
- [2] Thompson MM, Bell PRF. ABC of arterial and venous disease: arterial aneurysms. *British Medical Journal* 2000; 320: 1193-1196.
- [3] Statistisches Bundesamt. VIII A – Gesundheit. Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patientinnen und Patient en (einschl. Sterbe- und Stundenfälle). Statistisches Bundesamt, editor. 2005. Bonn, Statistisches Bundesamt.  
Ref Type: Data File
- [4] Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie. Leitlinien zu Diagnostik und Therapie in der Gefäßchirurgie. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 1998.
- [5] Lindholt JS, Juul S, Fasting H, Henneberg EW. Screening for abdominal aortic aneurysms: single centre randomised controlled trial. *British Medical Journal* 2005; 330: 750-752.
- [6] MASS Study Group. The multicentre aneurysm screening study (MASS) into the effects of screening on mortality in men: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002; 360: 1531-1539.
- [7] Blankensteijn JD, de Jong SECA, Prinssen M, van der Ham AC, Buth J, van Sterkenburg SMM, et al. Two-Year Outcomes after Conventional or Endovascular Repair of Abdominal Aortic Aneurysms. *New England Journal of Medicine* 2005; 352: 2398-2405.
- [8] Umscheid T, Eckstein HH, Noppeney T, Weber H, Niedermeier HP. Qualitätsmanagement Bauchortenaneurysma der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) – Ergebnisse 2000. *Gefäßchirurgie* 2001; 6: 194-199.
- [9] Luft H, Bunker J, Enthoven A. Should operations be regionalized? The empirical relation between surgical volume and mortality. *New England Journal of Medicine* 1979; 301: 1364-1369.
- [10] Gandjour A, Bannenberg A, Lauterbach KW. Threshold volumes associated with higher survival in health care. A systematic review. *Medical Care* 2003; 41: 1129-1141.
- [11] Halm EA, Lee C, Chassin MR. Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature. *Annals of Internal Medicine* 2002; 137: 511-520.
- [12] Sowden AJ, Grilli R, Rice N. The relationship between hospital volume and quality of health outcomes. CRD Report 8 (Part I). York: NHS Center for Reviews and Dissemination; 1997. Report No.: 8.

- 
- [13] Tiesberg P, Hansen FH, Hotvedt R, Ingebrigsten T, Kvalvik AG. Pasientvolum og behandlingskvalitet. Oslo: SINTEF; 2001. Report No.: 2/2001.
  - [14] Dudley RA, Johansen KL, Brand R, Rennie DJ, Milstein A. Selective referral to high-volume hospitals. Estimating potentially avoidable deaths. *Journal of the American Medical Association* 2000; 283: 1159-1166.
  - [15] Birkmeyer JD, Birkmeyer CM, Wennberg DE, Young MP. Leapfrog safety standards: potential benefits of universal adoption. Washington DC: The Leapfrog Group; 2000.
  - [16] Velasco-Garrido M, Busse R. Förderung der Qualität in deutschen Krankenhäuser? Eine kritische Diskussion der ersten Mindestmengenvereinbarung. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2005; 58(5/6): 10-20.
  - [17] Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Methoden des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Köln: Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen; 2005.
  - [18] Higgins JPT, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ* 2003; 327: 557-560.

## 8 Anhang

### 8.1 Zeitplan

Arbeitsschritt	Termin (geplant)
Veröffentlichung des Vorberichts	Oktober 2005
Einholung von Stellungnahmen	Bis vier Wochen nach Veröffentlichung des Vorberichts
Diskussion der Stellungnahmen	November 2005
Weitergabe des Abschlussberichts an den G-BA	Januar 2006
Veröffentlichung des Abschlussberichts	Zwei Monate nach Weitergabe an den G-BA

### 8.2 Abkürzungsverzeichnis

BAA	Bauchaortenaneurysma
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung
DGG	Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KHK	Koronare Herzkrankheit
RCT	Randomisierte kontrollierte Studien ( <i>randomized controlled trials</i> )
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
VdAK	Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.