

## Externe vergleichende Qualitätssicherung in der Chirurgie 2006

Die Arbeitsgruppe Chirurgie begleitet die Maßnahmen der externen Qualitätssicherung in der Gefäß- und Viszeralchirurgie. Die Auswertung erfolgte für die verpflichtend zu erfassenden Module 10/2 (Karotis-Rekonstruktion) und 12/1 (Cholezystektomie).

### Gefäßchirurgie (Operative Karotisrekonstruktion: Modul 10/2)

Schröder, A., Florek, H.-J.

Im Jahr 2006 haben im Land Sachsen 27 Krankenhäuser (2005: 26 Krankenhäuser) an der externen Qualitätssicherung „Karotisrekonstruktion“ teilgenommen. Insgesamt wurden 1.271 Datensätze importiert und ausgewertet, 29 weniger als im Jahr 2005.

68,3 Prozent der Patienten wurden nach der ASA-Klassifikation als Patienten mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung (ASA III) eingestuft. Im Bundesdurchschnitt waren es 65,3 Prozent. Die Anzahl der fachneurologisch untersuchten Patienten ist gegenüber dem Jahr 2005 leicht angestiegen (präoperativ 49,3 Prozent gegenüber 40,3 Prozent, postoperativ 32,7 Prozent gegenüber 27,5 Prozent). Es bleibt hier ein deutliches Verbesserungspotential, da nach den Empfehlungen der Bundesfachgruppe alle zu operierenden Karotis-Patienten fachneurologisch untersucht werden sollten. Die präoperative apparative Diagnostik umfasste in 98,3 Prozent der Fälle die Duplexsonographie (2005: 95,8 Prozent), die Magnetresonanztomographie in 34,9 Prozent der Fälle. Letztere wird inzwischen häufiger als die intraarterielle Subtraktionsangiographie (25,4 Prozent) angewendet.

Die Patienten wurden jeweils zur Hälfte in Loko-Regionalanästhesie oder in Allgemeinanästhesie operiert. Operationstechnisch wird wie im Vorjahr die Eversionsendarteriektomie favorisiert (65,9 Prozent). Eine intraoperative Qualitätskontrolle (über-

wiegend als Angiographie) erfolgte in 58,1 Prozent der Fälle, eine postoperative Kontrolle in 53,1 Prozent der Fälle (überwiegend als Duplexsonographie).

In der Gesamtanalyse der Qualitätsindikatoren (QI) (siehe Übersichtstabelle) lagen die Ergebnisse im Land Sachsen innerhalb der Referenzbereiche für die QI 1, 2, 3, 5 und 6. Nur bei dem QI 4 wurde der Referenzwert überschritten (5,7 statt 5).

Insgesamt 561 operative Karotisrekonstruktionen wurden wegen hochgradiger Stenosen ( $\geq 60$  Prozent NASCET) im asymptomatischen Stadium vorgenommen, davon 491 ohne (QI 3 asymptomatische Karotisstenose I) und 70 mit (QI 4 asymptomatische Karotisstenose II) kontralateralem Verschluss oder kontralateraler Stenose ( $\geq 75$  Prozent NASCET). Der Nutzen der Operation zur Vorbeugung eines Schlaganfalls ist im asymptomatischen Stadium hochgradiger Karotisstenosen (ACAS-Studie und ACST-Studie) deutlich geringer als im symptomatischen Stadium (NASCET-Studie) – die Anzahl notwendiger Operationen, um 1 Schlaganfall innerhalb von 5 Jahren zu verhindern, beträgt 17 bis 19 im asymptomatischen Stadium gegenüber 6 im symptomatischen Stadium. Die Forderung, dass die Rate „perioperativer Schlaganfall oder Tod“ unter dem Referenzwert liegt, ist deshalb im asymptomatischen Stadium von besonderer Bedeutung. Im Land Sachsen war diese Rate im Jahr 2006 bei den Operationen hochgradiger asymptomatischer Karotisstenosen mit kontralateralem Verschluss (QI 4) ( $n = 70$ ) leider zu hoch (5,7 Prozent statt  $< 5$  Prozent). Über die Jahre 2002 bis 2006 verteilt beträgt bei einer Gesamtzahl von 355 Operationen in dieser Gruppe (QI 4) die Rate „perioperativer Schlaganfall oder Tod“ 4,2 Prozent und liegt damit auch nur knapp unter dem Referenzwert von 5 Prozent. Die Datenanalyse zeigt, dass diese relativ hohe Rate nicht abhängig scheint vom Gesamtvolumen operierter Karotiden in den einzelnen Kliniken, die den Grenzwert überschreiten. Die hohe Rate mahnt uns zur Vorsicht und besonders sorgfältigen Überprüfung der Operations-

indikation und des Operationsrisikos in dieser Gruppe von Patienten.

Kontrovers beurteilt wird der Sinn und Nutzen eines risikoadjustierten Karotis-Scores, da keine evidenzbasierten Referenzwerte zu Verfügung stehen und die Bundesfachgruppe entschieden hat, dass Ergebnisse, die über der 95 Prozent Perzentile liegen, diskutiert werden müssen. Im Score I sind es Ergebnisse  $> 3,1$  Prozent, das heißt wenn die beobachtete Rate mehr als 3,1fach höher als die erwartete Rate „Schlaganfall oder Tod“ beträgt; im Score II sind es Ergebnisse  $> 3,6$  Prozent, das heißt wenn die beobachtete Rate mehr als 3,6fach höher als die erwartete Rate „schwerer Schlaganfall oder Tod“ beträgt. In dem Risikoadjustierungsmodell, das der Berechnung der erwarteten Rate zu Grunde liegt, wird die heterogene Indikationsgruppe C (Karotischirurgie unter besonderen Bedingungen) mit einbezogen. Sie beinhaltet sowohl Notfalloperationen an der Karotis im Stadium des akuten / progredienten Schlaganfalls als auch Simultaneingriffe an den Koronarien, der Aorta oder peripheren Gefäße und andere Indikationen. Welche Rate an perioperativen Schlaganfällen oder Todesfällen insbesondere bei synchronen Eingriffen an den Koronarien und an der Karotis akzeptabel ist, bleibt Thema einer ständigen Debatte. In der Literatur wird die Rate „jeder Schlaganfall und Tod“ bei synchronen Operationen an den Koronarien und der Karotis mit 8,7 Prozent (7,7 – 9,8) angegeben. (Naylor A.R. et al., Eur J Vasc Endovasc Surg 2003; 25, 280-389). Abweichungen von den Referenzwerten sind nach wie vor in einigen Kliniken durch Dokumentationsfehler bedingt. In anderen Kliniken sind wiederum die Grundgesamtheiten der Untergruppen, in denen Abweichungen von den Referenzwerten bestanden, so klein, dass statistische Aussagen problematisch sind. Die von den angeschriebenen Institutionen gelieferten Epikrisen zu den beanstandeten Referenzwerten ließen im allgemeinen keine Auffälligkeiten in der Behandlung erkennen. Die mit der Qualitätssicherungsgruppe geführte Diskussion war sachlich. Wir

Tabelle: Übersicht Qualitätsindikatoren Karotis-Rekonstruktion (10/2)  
Jahresauswertung Sachsen 2006

Qualitätsindikator	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Abwei- chung
<b>QI 1: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose</b>	86,7 %	≥ 80 %	6,7 %
<b>QI 2: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose</b>	96,4 %	≥ 90 %	6,4 %
<b>QI 3: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose I</b> Patienten ohne kontralateralen Verschluss oder kontralaterale Stenose ≥ 75 Prozent (NASCET)	0,8 %	< 3 %	2,2 %
<b>QI 4: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose II</b> Patienten mit kontralateralem Verschluss oder kontralaterale Stenose ≥ 75 Prozent (NASCET)	5,7 %	< 5 %	- 0,7 %
<b>QI 5: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose I</b> Patienten mit einem Stenosegrad ≥ 70 Prozent (NASCET)	2,4 %	< 6 %	3,6 %
<b>QI 6: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose II</b> Patienten mit einem Stenosegrad 50 – 69 Prozent (NASCET)	3,3 %	< 6 %	2,7 %
<b>QI 7: Perioperative Schlaganfälle oder Tod risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score I</b> Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate nach logistischem Karotis-Score I Risikoadjustierte Rate nach logistischem Karotis-Score I	1,23 4,2 %	≤ 3,1 ≤ 8,5 %	- -
<b>QI 8: Schwere Schlaganfälle oder Tod</b> Beobachtete Rate unter allen Patienten Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate nach logistischem Karotis-Score II Risikoadjustierte Rate nach logistischem Karotis-Score II	2,1 % 1,32 2,81 %	nicht definiert ≤ 3,6 % ≤ 5,5 %	- - -

danken allen beteiligten Kliniken für ihre ständigen Bemühungen um Qualitätsbesserung.

**Viszeralchirurgie (Cholezystektomie: Modul 12/1)**

Jungnickel, H.

**Vorwort**

Im Jahre 2006 wurde die Verpflichtung zur Dokumentation wie auch in den Vorjahren durch den QS-Filter (Kombination zwischen Entlassungsdiagnose und dokumentierter OPS-Prozedur) ausgelöst.

In der Viszeralchirurgie war nur das Modul 12/1 (Cholezystektomie) verpflichtend zu erfassen. Es sei aber nochmals darauf hingewiesen, dass die Module 12/2 (Appendektomie) und 12/3 (Leistenhernienchirurgie) auf freiwilliger Basis weiter erfasst werden können. Es wird zwar keine Auswertung auf Landes- oder Bundesebene durchgeführt, aber die Software bietet den einzelnen Abteilungen die Möglichkeit, die Daten klinikintern zu bewerten.

Von der BQS wurden wiederum 8 Qualitätsindikatoren vorgegeben. Bei

der Auswertung der Ergebnisse der einzelnen Kliniken (in anonymisierter Form) wurden diejenigen Abteilungen herausgefiltert, welche außerhalb der festgelegten Referenzbereiche lagen. Diese wurden um Überprüfung der Dokumentation im Rahmen eines strukturierten Dialoges gebeten. Der strukturierte Dialog ist nunmehr abgeschlossen. Die Antwortschreiben der Kliniken liegen vor, so dass auch diese im Folgenden mit berücksichtigt werden können.

**Basisauswertung:**

Im Jahre 2006 wurden insgesamt 8.681 Cholezystektomien im Rahmen der externen Qualitätssicherung (QS) im Freistaat Sachsen erfasst. In 26,1 Prozent wurden akute Entzündungszeichen dokumentiert (Vorjahr 25,8 Prozent). Damit hat sich der über viele Jahre zu beobachtende Trend des kontinuierlichen Anstieges an akuten Behandlungsfällen nicht so deutlich fortgesetzt.

Die Anzahl an laparoskopischen Eingriffen lag mit 82,9 Prozent auf dem Höchststand seit Beginn der Qualitätssicherung, die Umsteigerrate ist

dagegen mit 6,3 Prozent wieder leicht gesunken (Tabelle 1).

52,9 Prozent aller operierten Patienten war 60 Jahre und älter, das ist ein nahezu identischer Wert zum Vorjahr (Tabelle 1).

Eine medikamentöse Thromboseprophylaxe wurde bei 99,3 Prozent der Patienten durchgeführt, ein Zeichen für einen sehr hohen Standard. Im Jahr 2006 war ein weiterer Anstieg an histologischen Untersuchungen des Operationspräparates zu verzeichnen, mit 99,3 Prozent ist die angestrebte vollständige Untersuchung der entfernten Gallenblasen jedoch weiterhin nicht erreicht. Da es sich hierbei um einen ausgewählten Qualitätsparameter handelt, wird im Weiteren dazu noch Stellung bezogen. Die Gesamtletalität (unabhängig von der OPS-Prozedur und der ASA-Klassifikation) ist mit 0,7 Prozent identisch zum Vorjahr (Tabelle 1).

Da die bereits im Jahr 2004 von der BQS bestimmten Qualitätsindikatoren und deren Referenzbereiche in den Jahren 2005 und 2006 nahezu unverändert beibehalten wurden, können diese Jahre gut verglichen werden. Im Folgenden werden nun die Ergebnisse der einzelnen Qualitätsmerkmale dargestellt.

**Qualitätsmerkmal: Indikation**

Ziel: selten fragliche Indikation

Eine fragliche Indikation zur Cholezystektomie lag vor bei operierten Patienten mit uncharakteristischen Beschwerden im rechten Oberbauch ohne sicheren Steinnachweis, ohne Cholestase und ohne akute Entzündungszeichen. Das war in 1,4 Prozent der Fälle so dokumentiert (Vorjahr 2,0 Prozent). Sachsen lag damit deutlich unter dem von der BQS vorgegebenen Referenzbereich von ≤ 5,0 Prozent. Bei einer Schwankungsbreite von 0 – 5,5 Prozent lagen lediglich zwei Kliniken außerhalb des Referenzbereiches, diese erhielten im Rahmen des strukturierten Dialoges einen Hinweis. Nach Durchsicht der Akten konnte festgestellt werden, dass es sich häufig um eine Fehldokumentation gehandelt hat. Die Indikation zur Operation

Tabelle 1: Ausgewählte Parameter

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	operativ behandelte Patienten				auswertbare Datensätze					
Gesamtzahl	9.397	9.706	9.766	9.407	7.252	8.949	6.967	9.077	8.936	8.681
davon	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Operationsverfahren										
laparoskopisch	66,1	68,6	72,1	74,8	80,5	79,4	78,9	78,3	81,1	82,9
konventionell	27,7	24,7	21,7	19,0	14,0	13,6	14,9	14,3	12,0	10,6
lapar. begonnen, konv. beendet	6,2	6,8	6,2	6,3	5,5	7,0	6,2	6,9	6,5	6,3
Alter > 60 Jahre	49,3	50,4	51,5	52,0	51,0	52,7	54,0	54,3	54,0	52,9
Thromboseprophylaxe	99,7	99,7	99,7	99,7	99,3	99,2	99,3	99,3	99,4	99,3
Histologische Untersuchung	98,8	98,8	98,6	98,4	99,3	97,7	96,9	97,4	98,1	99,3
Letalität	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,7	0,8	0,9	0,7	0,7

wurde von uns in allen Fällen bestätigt, so dass letztendlich hinsichtlich dieses Qualitätsmerkmals keine Klinik in Sachsen auffällig bleibt.

#### Qualitätsmerkmal: Präoperative Abklärung bei extrahepatischer Cholestase

Ziel: Bei extrahepatischer Cholestase immer präoperative Abklärung der Gallenwege

Von der BQS ist ein Referenzbereich von 100 Prozent festgelegt wurden. Dieser angestrebte Wert erschien der Arbeitsgruppe aufgrund von Notfällen unrealistisch. Wir hatten nach Rücksprache mit der BQS bereits im vergangenen Jahr darauf hingewiesen, dass eine alleinige Sonographie zur Abklärung der Cholestase ausreichend ist (siehe Erfassungsbogen). Wir gehen davon aus, dass diese Untersuchung präoperativ in allen Kliniken durchgeführt wird und haben deshalb wie auch im Vorjahr auf einen strukturierten Dialog verzichtet. Dieser Punkt sollte beim Ausfüllen der Erfassungsbögen jedoch in Zukunft beachtet werden. Es wurde im Jahr 2006 für Sachsen ein Wert von 97,0 Prozent dokumentiert (Vorjahr 96,6 Prozent).

#### Qualitätsmerkmal: Erhebung eines histologischen Befundes

Ziel: immer Erhebung eines histologischen Befundes

Wie von der BQS-Fachgruppe gefordert, sollte auch im Freistaat Sachsen jede entfernte Gallenblase histologisch untersucht werden. Mit 99,3

Prozent ist ein deutlicher Anstieg im Vergleich zu den Vorjahren zu beobachten (Tabelle 1). Die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen ist mit 96,1 Prozent – 100 Prozent nur noch unerheblich (im Vorjahr Minimalwert einer Klinik 78,2 Prozent). Die Dokumentationsqualität hat sich somit deutlich gebessert. Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass nur abgefragt wird, ob eine histologische Untersuchung veranlasst wurde, und nicht, ob der histologische Befund zur Entlassung bereits vorlag oder ob dieser pathologisch war. Die fünf Kliniken mit einem Wert unter 98 Prozent wurden angeschrieben. Der strukturierte Dialog hat wie bereits in den beiden vergangenen Jahren die Vermutung bestätigt, dass es sich um Dokumentationsfehler handelt. Praktisch wird jede entfernte Gallenblase in Sachsen auch histologisch untersucht.

#### Qualitätsmerkmal: Eingriffsspezifische Komplikationen

Ziel: selten eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen in Abhängigkeit vom Operationsverfahren

Von der BQS wurde für das Jahr 2006 nur für die Gruppe 2 (Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation) ein Referenzbereich von  $\leq 7,0$  Prozent festgelegt. Hier liegt Sachsen mit 3,2 Prozent deutlich unter diesem Wert (Tabelle 2).

Die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen in der Gruppe 2 lag zwischen 0 Prozent und 24,7 Prozent. Die vier Kliniken,

die außerhalb des Referenzbereiches lagen, wurden angeschrieben und vor allem gebeten, welche Komplikationen unter der Rubrik „sonstiges“ angegeben wurden, zu benennen. Dieses Feld im Erfassungsbogen gibt es seit 2004 und macht ca. 50 Prozent der dokumentierten eingriffsspezifischen Komplikationen aus. Es hat sich gezeigt, dass auch hier häufig ein Dokumentationsfehler vorgelegen hat und unter dieser Rubrik weder eingriffsspezifische noch behandlungsbedürftige Komplikationen verschlüsselt wurden. Nach Meinung der Fachgruppe ist dieses Feld im Erfassungsbogen überflüssig und irreführend.

In der Gruppe 1 (alle Patienten) und in der Gruppe 2 (laparoskopisch begonnene Operationen) sind die Gesamtkomplikationen weiter leicht rückläufig.

Als besonders gravierende Komplikation sollte die Okklusion oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus (DHC) als „Sentinel Event“ nach Meinung der BQS betrachtet werden. In Sachsen wurde bei insgesamt 27 Patienten (0,3 Prozent) diese Komplikation dokumentiert. Damit muss ein deutlicher Anstieg im Vergleich zum Vorjahr (12 Patienten) beobachtet werden. Alle Fälle wurden im strukturierten Dialog ausgewertet. Es lagen ausnahmslos schwierige anatomische Verhältnisse vor, ein systematischer Behandlungsfehler konnte in keiner Klinik aufgedeckt werden. Es ist ungewiss, ob es sich tatsächlich um einen deutlichen Anstieg an DHC-Verletzungen handelt oder ob

Tabelle 2: Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen (in Prozent)

	alle Fälle			lapar. begonnen			offen-chirurgisch		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Komplikationen gesamt	4,5	4,0	3,9	3,6	3,3	3,2	9,5	9,0	9,2
Blutung	1,5	1,3	1,5	1,4	1,1	1,3	1,9	2,2	2,6
Periphere Gallengangsverletzung	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,3	0,8	1,2	0,8
Okklusion/Durchtrennung des DHC	0,1	0,1	<b>0,3</b>	0,1	0,1	<b>0,2</b>	0,1	0,1	<b>1,0</b>
Residualstein im Gallengang	0,7	0,5	-	0,5	0,4	-	2,3	1,3	-
Sonstige	2,0	1,9	2,0	1,5	1,5	1,5	5,2	4,7	5,8

(Residualsteine im Gallengang wurden 2006 nicht mehr gesondert erfasst.)

Tabelle 3: Postoperative Wundinfektion der Risikoklasse 0 (in Prozent)

	alle Fälle			offen-chirurgisch			laparoskopisch		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Postoperative Wundinfektion	0,7	0,7	0,8	3,9	2,4	4,7	0,5	0,6	0,6
Oberflächliche Wundinfektion	0,6	0,7	0,5	3,0	2,0	3,7	0,4	0,6	0,3
Tiefe Wundinfektion	0,1	0,0	0,2	0,6	0,0	0,9	0,0	0,0	0,2
Infektion von Räumen und Organen	0,1	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1

Tabelle 4: Allgemeine postoperative Komplikationen (in Prozent)

	alle Fälle			offen-chirurgisch			laparoskopisch		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation	4,8	4,4	4,7	15,6	15,1	16,1	3,0	2,9	3,3
Pneumonie	1,1	0,9	1,0	4,5	3,9	3,9	0,5	0,4	0,6
Kardiovaskuläre Komplikationen	1,9	1,6	1,5	7,2	6,3	7,8	1,0	0,9	0,8
Tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose	0,0	0,1	0,0	0,2	0,6	0,1	0,0	0,0	0,0
Lungenembolie	0,1	0,1	0,1	0,4	0,5	0,4	0,1	0,0	0,1
Harnwegsinfekt	0,4	0,5	0,3	1,4	2,5	1,1	0,2	0,2	0,2
Sonstige	2,6	2,7	2,7	7,8	9,4	8,1	1,7	1,8	2,1

im Jahre 2005 Patienten mit DHC-Durchtrennung verschwiegen wurden. Zu hinterfragen bleibt auch die Validität der Daten bei Abteilungen mit hohen Fallzahlen ohne jegliche gemeldete Komplikation.

**Qualitätsmerkmal: Postoperative Wundinfektion**

Ziel: selten postoperative Wundinfektionen

Bezogen auf alle Patienten wurde eine postoperative Wundinfektionsrate von 2,1 Prozent dokumentiert, damit musste ein leichter Anstieg der Wundinfektionen beobachtet werden. Die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen ist mit 0 Prozent bis 8,6 Prozent erheblich. Ein Referenzbereich wurde hier von der BQS nicht festgelegt. In Auswertung des strukturierten Dialogs kann Folgendes festgehalten werden: die meisten Kliniken benutzen einen Bergebeutel nicht routinemäßig, son-

dern nur bei akuter Cholezystitis, iatrogener Gallenblaseneröffnung oder Malignomverdacht. Auch eine perioperative Antibiotikaprophylaxe wird nicht generell in allen Kliniken durchgeführt und ist teilweise eine Entscheidung des Operateurs anhand des intraoperativen Befundes. Bei dieser Vorgehensweise muss mit einer geringeren Effektivität der perioperativen Antibiotikaprophylaxe gerechnet werden.

Von der BQS wurde in Anlehnung an die Vorjahre eine Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance der Centers for Disease Control) vorgenommen und ein Referenzbereich für die Risikoklasse 0 mit  $\leq 2$  Prozent festgelegt. Da trotz wiederholter Hinweise unsererseits bezüglich des Kontaminationsgrades auch im Jahr 2006 noch 41,7 Prozent aller Eingriffe als aseptisch eingestuft wurden (Vorjahr 46,2 Prozent), ist weiterhin von einer Datenfehlage hin-

sichtlich der Risikoklasse 0 auszugehen. Wir bitten um sorgfältige Ausfüllung der Erfassungsbögen und stellen die Ergebnisse in Tabelle 3 unkommentiert dar.

**Qualitätsmerkmal: Allgemeine postoperative Komplikation**

Ziel: selten behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen

Die Häufigkeit des Auftretens von postoperativen Komplikationen ist der Tabelle 4 zu entnehmen. Im Vergleich zum Vorjahr ist ein leichter Anstieg zu beobachten. Die von der BQS vorgegebenen Referenzbereiche werden aber in allen 3 Gruppen (Gruppe 1 = alle Patienten: 8,9 Prozent, Gruppe 2 = laparoskopisch begonnene Operationen: 7,1 Prozent und Gruppe 3 = offene Operationen: 29,2 Prozent) deutlich unterboten. Somit ist eine gute Qualität zu verzeichnen. Dennoch ist eine erhebliche Schwankungsbreite zwischen

Tabelle 5: Reinterventionen (in Prozent)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Alle Fälle	2,9	2,6	2,3	2,0	2,9	2,6	2,8
Offen-chirurgische Operation	6,5	5,5	5,2	4,5	8,1	6,6	8,6
Laparoskopische Operation	1,9	1,9	1,5	1,7	1,9	2,0	1,3

Tabelle 6: Letalität (in Prozent)

	2002	2003	2004	2005	2006
Alle Fälle	0,7	0,8	0,9	0,7	0,7
Offen-chirurgische Operation	4,2	3,0	4,8	4,3	5,3
Laparoskopische Operation	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
ASA 1-3		0,6	0,6	0,4	0,4
ASA 4/5		23,5	22,4	21,6	17,9

den einzelnen Kliniken vorhanden. Die Kliniken, welche außerhalb des Referenzbereiches lagen, wurden angeschrieben. In Auswertung des strukturierten Dialoges hat sich gezeigt, dass in dem Feld „sonstige“ häufig Fehleintragungen vorgenommen wurden, zum Beispiel Doppeltennung einer Nachblutung oder Wundinfektion sowie Verschlüsselung von Ereignissen, welche mit der Operation nicht unmittelbar in Verbindung stehen, sondern Vorerkrankungen angeschuldigt werden müssen. Wie auch bei den eingriffsspezifischen Komplikationen werden aber gerade in diesem Feld ca. 50 Prozent aller Komplikationen dokumentiert.

#### Qualitätsmerkmal: Reinterventionsrate

Ziel: geringe Reinterventionsrate

Der von der BQS festgelegte Referenzbereich von 1,5 Prozent bezieht sich auf die laparoskopisch operierten Patienten. Dabei wurden nur Patienten der Risikoklasse ASA I – III erfasst und die akuten Entzündungen herausgerechnet. Somit ist der Referenzbereich von ehemals 2 Prozent deutlich strenger gestellt – ein Vergleich mit den Vorjahren ist nur bedingt möglich, da bis 2005 alle Patienten einbezogen wurden. In Sachsen liegt mit 1,3 Prozent die Reinterventionsrate im Normbereich. Die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen ist mit 0 – 8,0 Prozent jedoch erheblich. Alle Kliniken, die über 3 Prozent lagen, wurden angeschrieben. Häufig hat es sich um eine Fehldokumentation gehandelt (eine postoperative ERCP

im Rahmen des therapeutischen Splittings ist keine Komplikation), es sind aber auch echte operative Reinterventionen wie zum Beispiel bei Cholangios oder Nachblutung dokumentiert wurden. Letztendlich bleibt jedoch keine Klinik in Sachsen hinsichtlich der tatsächlichen operativen Reinterventionen auffällig (Tabelle 5).

#### Qualitätsmerkmal: Letalität

Ziel: geringe Letalität

Die Gesamtlealität ist mit 0,7 Prozent im Vergleich zum Vorjahr unverändert (Tabelle 1 und 6). In diese Auswertung gehen aber alle verstorbenen Patienten ein, unabhängig, ob der Tod in Zusammenhang mit der Cholezystektomie eintrat oder nicht. Ein Zusammenhang zwischen Tod und erfolgter Operation wurde in 46,8 Prozent (Vorjahr 41,5 Prozent) dokumentiert. Von der BQS wurde ein „Sentinel Event“ bei Patienten der ASA-Klassifikation 1 – 3 gefordert. Dem ist die Arbeitsgruppe wie bereits im Vorjahr gefolgt. Es liegen die ausführlichen Antwortschreiben der betroffenen Kliniken vor. Eine Letalität infolge eines Behandlungsfehlers konnte dabei nicht festgestellt werden. Vielmehr handelte es sich häufig um schicksalhafte Verläufe bei multimorbiden Patienten, welche allerdings nicht in die ASA-Klassifikation 1-3 gehörten (Fehldokumentation!).

Die Fachgruppe bedankt sich recht herzlich für die hohe Auskunftsbereitschaft der beteiligten Kliniken und die sachlich geführte Diskussion mit der Qualitätssicherungsgruppe.

## Ausblick

Wie im letzten Jahr stellt die Fachgruppe Chirurgie fest, dass insgesamt eine gute Versorgungssituation aus den vorliegenden Ergebnissen abgeleitet werden kann. Aufgabe der Qualitätssicherung ist es, dieses Versorgungsniveau auch weiterhin zu sichern, erkannte Auffälligkeiten zu analysieren und eventuell bestehenden Defiziten in einzelnen Krankenhäusern nachzugehen. Von der BQS wurde deshalb auch für das Jahr 2009 eine Fortsetzung der stationären Qualitätssicherung im Modul 12/1 (Cholezystektomie) beschlossen. Allerdings soll geprüft werden, ob möglicherweise mit einer weniger aufwendigen Datenerhebung (zum Beispiel: Verwendung von Abrechnungsdaten der Krankenhäuser) diese Zielsetzung ebenfalls erreicht werden kann. Es ist eine Verknüpfung von mehreren Krankenhausaufenthalten geplant (zum Beispiel: Wiederaufnahme des Patienten infolge einer Komplikation).

Künftig besteht die Möglichkeit einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung. Diese soll an ein neues unabhängiges Institut vergeben werden (unter anderem hat sich die BQS um diesen Auftrag beworben). Eine endgültige Entscheidung wurde zur Zeit noch nicht getroffen. In diesem Zusammenhang wäre aber die Wiederaufnahme der Leistenherniechirurgie unter Einbeziehung des ambulanten Sektors und einer Longitudinalbeobachtung (welche Voroperation führte zum Rezidiv) zu befürworten. Des weiteren werden neue Leistungsbereiche, wie das colorektale Karzinom diskutiert.

Kontaktaufnahme bitte über die Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung bei der Sächsischen Landesärztekammer.

Mitglieder der Arbeitsgruppe Chirurgie

Vorsitzender Dr. med. Henry Jungnickel  
Dr. med. Arne Dietrich  
Dr. med. Hubert Eßbach  
Dr. med. Hans-Joachim Florek  
Dr. med. Klaus-Peter Heinemann  
PD Dr. med. habil. Alfred Schröder