

Q

**EXTERNE  
QUALITÄTSSICHERUNGS-  
MASSNAHMEN IN DER  
CHIRURGIE IM  
FREISTAAT SACHSEN  
IM JAHR 2000**

---



# Externe Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Chirurgie im Freistaat Sachsen 2000

## INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort.....	3
Cholelithiasis/-zystitis.....	4
Oberschenkelhalsfraktur.....	6
Leistenhernie.....	9
Sonderauswertung Zusatzbogen „Leistenhernienrezidiv“.....	11
Leistenhernien im Kindesalter.....	14
Sonderauswertung Zusatzbogen „Leistenhernienrezidiv“.....	17
Auswertung Zusatzfragebogen „Leistenhernie im Kindesalter“.....	17
Mitglieder der Arbeitsgruppe Chirurgie.....	18
Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung.....	18
An den externen Qualitätssicherungsmaßnahmen im Freistaat Sachsen beteiligte chirurgische Abteilungen/Kliniken.....	19

## VORWORT

Perßen, E.

Seit acht Jahren werden die externen Qualitätssicherungsmaßnahmen nach „Vertrag gemäß § 137 i.V. mit § 112 SGB V“ im Freistaat Sachsen durchgeführt. Zum letzten Mal können Qualitätssicherungsergebnisse in dieser Form bei den drei Tracerdiagnosen Cholelithiasis / -zystitis, Leistenhernie und Oberschenkelhalsfraktur vorgestellt werden. Außer bei den Leistenhernien, wo diese Qualitätssicherungsmaßnahme noch ein Jahr fortgesetzt wird, werden die Ergebnisse nicht mehr komplett vorliegen, weil die Umstellung auf Qualitätskontrollen bei Fallpauschalen / Sonderentgelten durch multiple Ursachen nicht zeitgerecht zum 01.01.2001 erfolgen konnte. Hinzu kommen die Erhebungen bei Appendizitis und Mammaoperationen, ebenfalls ab dem 1. Januar 2001.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe Chirurgie haben die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen aller sächsischen Krankenhäuser bewertet und festgestellt, dass es keine besonderen Auffälligkeiten gegeben hat. Die Trendaussagen bei dem Problem der Leistenhernien-Rezidive werden im zweiten Erhebungsjahr noch deutlicher und können in unserem Bericht dort speziell nachgelesen werden. Da uns ein weiteres Erhebungsjahr verbleibt, lassen sich die Aussagen noch vertiefen.

Im diesjährigen Bericht haben wir in *Abbildung 1* für alle drei Tracerdiagnosen die Zahl der verstorbenen Patienten graphisch dargestellt. Im gesamten Berichtszeitraum ist die Zahl der verstorbenen Patienten zurückgegangen. Bedauerlich ist aber die stark fallende Tendenz der Obduktionsrate (*Abbildung 2*).

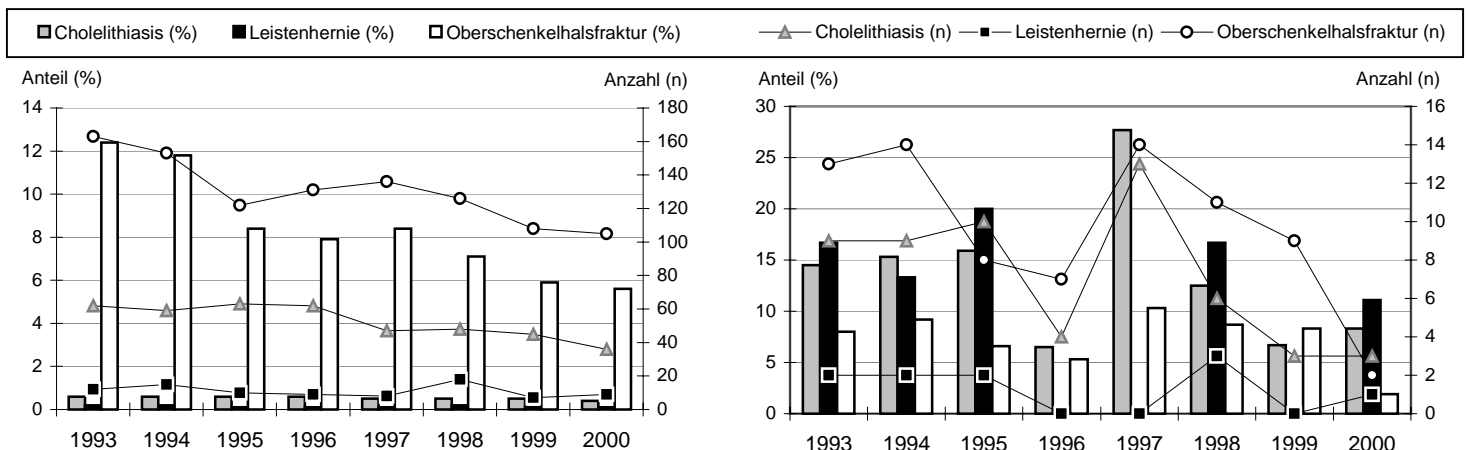


Abbildung 1: verstorbene Patienten

Alle Arbeitsgruppenmitglieder möchten sich bei den Beteiligten der Qualitätssicherungsmaßnahmen im Lande Sachsen, die freiwillig daran teilgenommen haben, recht herzlich bedanken. Die neuen Kontrollen bei Fallpauschalen / Sonderentgelten werden uns allen gesetzlich vorgeschrieben und ab dem Jahr 2002 bei Fehlerhaftigkeit sogar mit Regress belegt.

Abbildung 2: durchgeführte Sektionen

Die Arbeitsgruppe wird auch die neuen Maßnahmen begleiten, genaue Modalitäten liegen noch nicht vor.

Wir möchten uns auch in diesem Jahr bei allen Mitarbeitern der Projektgeschäftsstelle für ihre fleißige Mitarbeit und Unterstützung, auch bei Sonderwünschen, recht herzlich bedanken.

## CHOLELITHIASIS/-ZYSTITIS

Jungnickel, H.

Im Jahre 2000 haben sich 69 Kliniken des Freistaates Sachsen an der externen Qualitätssicherung bei oben genannter Tracerdiagnose beteiligt, wobei die Fallzahlen zwischen 22 und 289 lagen. Hier ist ein weiteres Angleichen der Patientenzahlen zwischen den einzelnen Kliniken zu beobachten. Vor allem die Kliniken mit einer sehr hohen Anzahl operativer Eingriffe (der Spitzenwert des Vorjahres lag bei 342) mussten deutliche Patientenverluste hinnehmen. Dies wird vor allem darin begründet sein, dass zunehmend auch in kleineren Krankenhäusern die laparoskopische

Cholezystektomie nunmehr zum Routineeingriff zu zählen ist. Die Anzahl der insgesamt im Freistaat Sachsen operativ behandelten Patienten ist mit 9.407 im Vergleich zu den Vorjahren leicht rückläufig, ein Trend ist hieraus jedoch nicht zu erkennen.

Es kann aber nochmals eindeutig unterstrichen werden, dass mit Einführung der Fallpauschalen / Sonderentgelte keinesfalls eine Erweiterung der Indikationsstellung zur Operation eingetreten ist (Tabelle 1).

Tabelle 1: Ausgewählte Parameter in Prozent

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>operativ behandelte Patienten</b>	10.451	10.488	9.938	9.517	9.397	9.706	9.766	9.407
<i>davon</i>	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Thrombose-Prophylaxe</b>	98,7	99,1	99,6	100,0	99,7	99,7	99,7	99,7
<b>thromboembolische Komplikationen</b>	0,4	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,1
<b>Operationsverfahren</b>								
laparoskopisch	52,1	57,0	59,4	63,8	66,1	68,6	72,1	74,8
konventionell	43,5	37,5	34,4	30,6	27,7	24,7	21,7	19,0
laparoskopisch begonnen / konventionell beendet	4,4	5,5	6,2	5,6	6,2	6,8	6,2	6,3
<b>Gesamtkomplikationen</b>								
konventionell	15,7	17,1	16,4	16,3	18,2	16,4	17,2	17,2
laparoskopisch	6,8	7,0	6,4	5,8	5,5	5,4	5,0	5,1
<b>septische Komplikationen</b>								
konventionell	1,7	1,9	2,2	1,9	2,7	2,1	3,3	2,3
laparoskopisch	0,7	0,4	0,6	0,5	0,6	0,4	0,6	0,5
<b>histologische Untersuchung der Präparate</b>	88,5	92,6	94,7	98,3	98,8	98,8	98,6	98,4
<b>Reinterventionen</b>	2,9	2,5	3,0	2,4	3,1	2,6	3,2	2,9
<b>kein auffälliger Operationsbefund</b>	0,3	0,3	0,1	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
<b>postoperative Verweildauer &gt; 14 Tage bei konventioneller Operation ohne Komplikation</b>	11,8	12,1	11,8	11,2	11,3	11,5	10,3	10,0
<b>postoperative Verweildauer &gt; 7 Tage bei Laparoskopie ohne Komplikation</b>	18,0	16,0	15,8	10,4	10,3	10,2	9,2	10,0
<b>Letalität</b>	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,4
<b>durchgeführte Sektionen</b>	14,5	15,3	15,9	6,5	27,7	12,5	6,7	8,3
<b>Alter &gt; 70 Jahre</b>	15,4	15,8	18,2	17,6	18,7	19,4	19,5	20,3
<b>Alter &gt; 60 Jahre</b>	42,8	44,0	47,3	47,5	49,3	50,4	51,5	52,0
<b>Leukozytose &gt; 12.000</b>	11,0	13,4	14,0	13,6	14,4	16,2	16,0	15,3
<b>Temperatur &gt; 38 °C</b>	5,1	5,4	5,5	5,8	5,6	6,8	5,9	6,1
<b>Bilirubin &gt; 17 µmol/l</b>	9,4	13,3	12,6	12,7	12,6	13,9	14,8	14,0

Auffällig ist auch weiterhin die zunehmende Anzahl älterer Patienten. So waren mit 52,0 % über 60 Jahre und mit 20,3 % über 70 Jahre jeweils der Höchststand seit der Erfassung im Jahre 1993 festzustellen.

Der in den vergangenen Jahren anhand der präoperativ erfassten Werte Leukozytose und Temperaturerhöhung beobachtete Trend, dass die akut entzündlichen Befunde im Ansteigen begriffen sind, konnte sich nicht fortsetzen.

Das Ziel, die Thromboseprophylaxe mit 100 % durchzuführen, wurde wie in den vergangenen Jahren mit 99,7 % nahezu erreicht. Erfreulich ist in diesem Zusammenhang auch der Rückgang der thromboembolischen Komplikationen auf 0,1 %. Unbedingt zu erwähnen ist jedoch die Tatsache, dass die Anzahl der

histologischen Untersuchung der Präparate seit 1997 leicht rückläufig ist. Diese Untersuchung wird zu 100 % gefordert und in den Fallpauschalen einkalkuliert. Diesbezüglich sollten sich die einzelnen Kliniken selbstkritisch überprüfen.

Der Anteil laparoskopischer Operationen steigt seit 1993 kontinuierlich an und liegt jetzt bei 74,8 %, wobei die Umsteigerate mit etwa 6 % weiter konstant bleibt.

Die Gesamtkomplikationsrate ist sowohl bei den laparoskopischen als auch bei den konventionellen Operationen im Vergleich zum Vorjahr unverändert. Erfreulich ist jedoch die Tatsache, dass vor allem bei den konventionellen Operationen die septischen Komplikationen deutlich gesenkt werden konnten.

Dass die postoperative Verweildauer über **sieben** Tage bei laparoskopischen Operationen bei wohlgerichtet unkomplizierten Verläufen im Vergleich zum Vorjahr im Zeitalter der Fallpauschalen und Sonderentgelte sogar wieder leicht im Ansteigen begriffen ist, kann nur mit dem zunehmenden Alter der operierten Patienten begründet werden.

Die Reinterventionsrate ist im Vergleich zum Vorjahr wieder leicht rückläufig, wobei es sich in 1,7 % um operative und in

1,2 % um endoskopische Reinterventionen handelte.

Die Letalität ist im vergangenen Jahr auf 0,4 % gesunken. In diesem Zusammenhang muss jedoch auf die weiterhin erschreckend niedrige Sektionsrate mit 8,3 % hingewiesen werden. Dieser Umstand gewinnt noch mehr an Bedeutung, wenn man beachtet, dass bei **einem** verstorbenen Patienten weder intra- noch postoperative Komplikationen angegeben wurden.

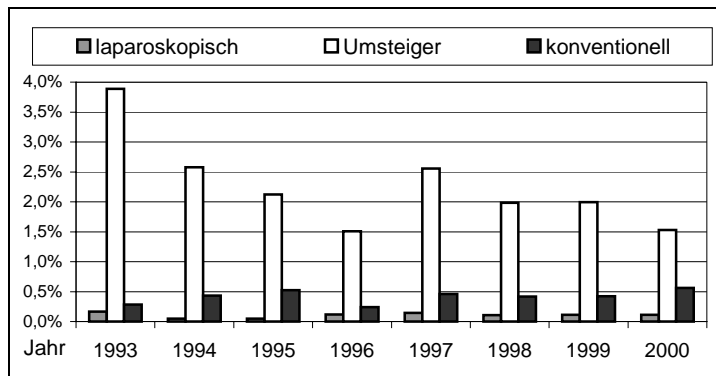


Abbildung 3: Landesübersicht Gallengangsverletzungen

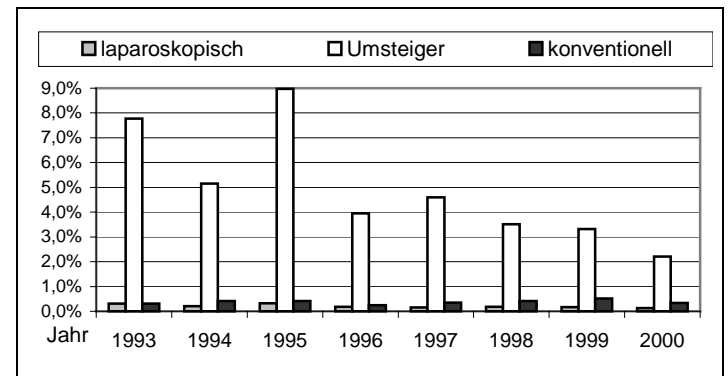


Abbildung 4: Landesübersicht Gefäßverletzungen

In der *Abbildung 3* und *Abbildung 4* sind beispielgebend für die intraoperativen Komplikationen die Gallengangs- und Gefäßverletzungen aufgeführt. Nicht verwunderlich ist der hohe Prozentsatz bei den Umsteigern, da die genannte Komplikation häufig der Konversionsgrund gewesen sein dürfte.

Während die Gefäßverletzungen weiter im Abnehmen begriffen sind, ist bei den Gallengangsverletzungen bei den konventionellen Operationen ein leichter Anstieg zu beobachten.

Erwähnenswert ist, dass anhand der uns vorliegenden Daten in keinem Fall bei den genannten Komplikationen eine Verlegung in eine andere Klinik (Zentrum) erfolgte.

In *Tabelle 2* sind einige postoperative Komplikationen aufgeführt. Die komplikationslosen Verläufe haben mit 91,9 % weiter zugenommen, bei den angegebenen einzelnen Komplikationen sind keine wesentlichen Tendenzen zu erkennen.

Tabelle 2: Komplikationen aller Operierten in Prozent

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
keine	88,9	88,6	89,5	90,3	90,2	91,2	91,6	91,9
intraabdomineller Abszess	0,3	0,2	0,2	0,1	0,3	0,2	0,3	0,1
eitrige Peritonitis postoperativ	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
mechanischer Ileus postoperativ	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
im Gangsystem verbliebene Steine	1,0	0,9	1,0	1,0	1,0	0,9	0,8	1,0
persistierende Gallenfistel	0,4	0,4	0,5	0,4	0,5	0,5	0,6	0,7
Pankreatitis postoperativ	0,6	0,7	0,5	0,7	0,6	0,5	0,5	0,4

In *Tabelle 3* sind die häufigsten Reinterventionsgründe im Jahre 2000 zusammengefasst. Dabei haben die septischen Komplikationen (intraabdomineller Abszess, Wundeiterung bis zur Fascie und über Fascie hinausgehend) im Vergleich zum Vorjahr abgenommen, währenddessen die im Gallengang verbliebenen Steine

mit 0,78 % gegenüber 0,59 % im Vorjahr zugenommen haben. Da hierbei aber auch die endoskopischen Reinterventionen enthalten sind, kann durch uns nicht entschieden werden, ob es sich in jedem Falle um eine tatsächliche Komplikation oder um ein geplantes Splitting handelte.

Tabelle 3: Reinterventionsgründe

	Gesamt		Laparotomie		Laparoskopie		Umsteiger	
	n = 9.407		n = 1.783		n = 7.035		n = 589	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Steine verblieben im Gallengang	73	0,78	33	1,85	31	0,44	9	1,53
operationspflichtige Nachblutung	54	0,57	20	1,12	32	0,45	2	0,34
persistierende Gallenfistel	42	0,45	12	0,67	27	0,38	3	0,51
intraabdomineller Abszess	5	0,15	2	0,11	2	0,03	1	0,17
Wundeiterung bis zur Fascie	14	0,15	9	0,50	3	0,04	2	0,34
Wundeiterung über Fascie hinausgehend	1	0,01	1	0,06	0	0,00	0	0,00
Serom / Hämatom	15	0,16	7	0,39	8	0,11	0	0,00
sonstige	71	0,75	31	1,74	29	0,41	11	1,87
gesamt	275	2,92	115	6,45	132	1,88	28	4,75

## OBERSCHENKELHALSFRAKTUR

Sandner, K.

An der externen Qualitätssicherung mit der Tracerdiagnose „Oberschenkelhalsfraktur“ beteiligten sich im Jahre 2000 66 Kliniken, wobei nur noch 6 Einrichtungen weniger als 10 Patienten

pro Jahr behandelten, die wiederum keinen negativen Einfluss auf die Gesamtstatistik in Bezug auf die Letalität und die Häufigkeit der postoperativen Komplikationen hatten.

Tabelle 4: Oberschenkelhalsfrakturen

Anzahl	1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>medial</b>	1.058	80,6	1.061	81,8	1.251	86,2	1.410	85,2	1.424	87,8	1.581	89,0	1.607	88,3	1.715	89,7
<b>lateral</b>	254	19,4	236	18,2	200	13,8	245	14,8	197	12,2	195	11,0	212	11,7	196	10,3
<b>Versorgung</b>																
<b>operativ</b>	1.049	80,0	1.082	83,4	1.268	87,4	1.485	89,7	1.469	90,6	1.619	91,2	1.683	92,5	1.793	93,8
<b>konservativ</b>	263	20,0	215	16,6	183	12,6	170	10,3	152	9,4	157	8,8	136	7,5	118	6,2

Im Vergleich zum Vorjahr erhöhte sich die Zahl der Oberschenkelhalsfrakturen um knapp 100 Patienten auf insgesamt 1.911. Hierbei entfielen 1.715 (rund 90 %) auf mediale und 196 (rund 10 %) auf laterale Oberschenkelhalsfrakturen. Das weibliche Geschlecht überwog mit 78,2 % recht deutlich das männliche.

Bestätigt wurde erneut der Trend zur nahezu kompletten operativen Versorgung; 93,8 % wurden im Jahre 2000 operiert und nur noch 6,2 % konservativ behandelt. Bei den konservativ Therapierten handelte es sich um stabile eingestauchte Frakturtypen und um nicht operationsfähige Patienten.

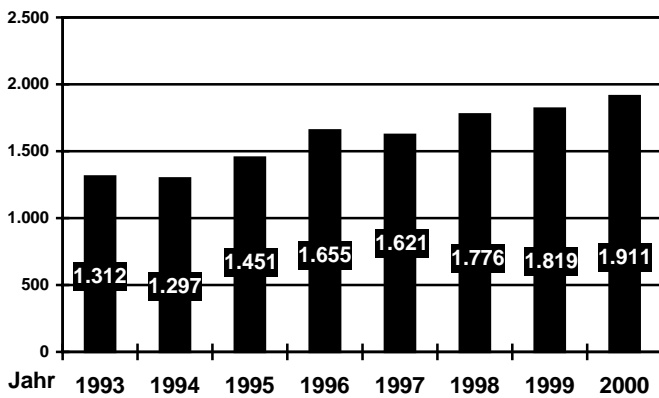


Abbildung 5: Patientenzahl pro Jahr

Während die Zahl der über 70jährigen im Vergleich zu 1999 konstant blieb, sank die der über 80jährigen im gleichen Zeitraum um ein Prozent.

Tabelle 5: Alter der Patienten (in Prozent)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>Alter &gt; 70 Jahre</b>	76,6	76,9	80,4	78,7	78,5	80,6	79,7	79,7
<b>Alter &gt; 80 Jahre</b>	49,5	51,5	55,3	52,3	53,8	53,0	52,4	51,4

Die Letalität wies im Jahre 2000 mit 5,6 % den niedrigsten Stand seit 1993 im Freistaat Sachsen auf, wobei diese im Jahre 1993 mehr als das Doppelte betrug. Dies ist als Zeichen der ständigen Qualitätsverbesserung zu werten.

Tabelle 6: Letalität

	1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Letalität</b>	163	12,4	153	11,8	122	8,4	131	7,9	136	8,4	126	7,1	108	5,9	107	5,6
<b>Operation innerhalb von 24 Stunden nach Fraktur</b>	1	2,1	4	4,7	4	3,9	7	4,3	19	8,4	14	6,3	11	4,1	12	4,1
<b>präoperative Verweildauer 1 - 4 Tage</b>	62	9,5	74	9,9	75	8,2	79	7,3	77	7,3	70	6,0	66	5,5	67	5,3
<b>präoperative Verweildauer &gt; 4 Tage</b>	42	12,1	36	14,5	24	9,5	23	9,7	14	7,4	17	7,3	11	5,1	19	8,4

Von den operativ versorgten Patienten starben im Jahre 2000 5,1 %, bei den konservativ Behandelten 7,6 %.

Verweildauer von über 4 Tagen war ein Anstieg von 5,1 % im Jahre 1999 auf 8,4 % im Jahre 2000 zu verzeichnen. Oberschenkelhalsfrakturen sollten möglichst unmittelbar nach dem Unfallereignis, jedoch spätestens bis zum 4. Tag nach dem Trauma, versorgt werden. Die im Vorjahr vertretene Meinung, dass der Zeitpunkt der operativen Versorgung keinen wesentlichen Einfluss auf die Letalität ausübt, muss revidiert werden.

Im Vergleich zum Vorjahr blieb die Letalität bei den innerhalb der ersten 24 Stunden nach dem Unfallereignis und bis zum 4. posttraumatischen Tag operierten Patienten mit 4,1 % bzw. 5,3 % nahezu konstant. Bei Patienten mit einer präoperativen

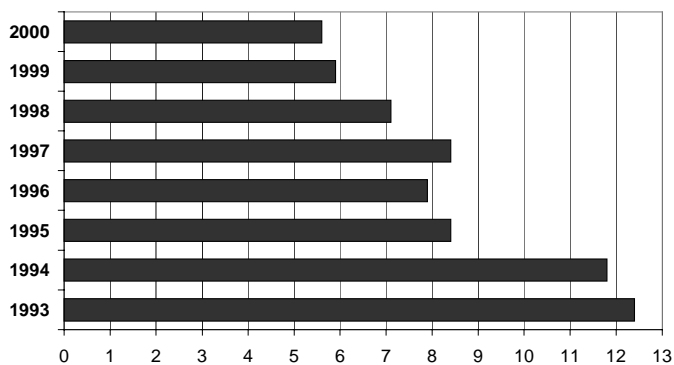


Abbildung 6: Letalität der Jahre 1993 bis 2000 (in Prozent)

In Bezug auf Begleiterkrankungen waren keine wesentlichen Abweichungen zu den Vorjahren zu beobachten.

Nach wie vor steht mit 61 % die Osteoporose an der Spitze, ge-

Tabelle 7: Begleiterkrankungen

	1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Osteoporose</b>	698	53,2	761	58,7	844	58,2	1.040	62,8	974	60,1	1.102	62,0	1.120	61,6	1.166	61,0
<b>Varikosis</b>	510	38,9	493	38,0	569	39,2	689	41,6	654	40,4	708	39,9	682	37,5	630	33,0
<b>Coxarthrose</b>	363	27,7	389	30,0	451	31,1	608	36,7	559	34,5	605	34,1	636	35,0	617	32,3
<b>PAVK*</b>	246	18,8	369	28,5	411	28,3	515	31,1	495	30,5	565	31,8	616	33,9	557	29,2
<b>Diabetes mellitus</b>	328	25,9	316	23,6	368	25,4	416	25,1	474	29,2	476	26,8	523	28,8	511	26,7
<b>Adipositas</b>	247	18,8	297	22,9	308	21,2	402	24,3	380	23,4	389	21,9	410	22,5	402	21,0

\*Periphere arterielle Verschlusskrankheit

Bei den Operationsverfahren erhöhte sich die Zahl der kopferhaltenden Operationen um 2,4 % zugunsten der Schraubenosteosynthesen. Die weitere Verringerung der Zahl an Hüfttotalendoprothesen von 25,6 % im Jahre 1999 auf 24,1 % im Jahre 2000 ist

Tabelle 8: Operationsmethoden

	1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>kopferhaltende Verfahren</b>	291	27,8	312	28,8	276	21,7	322	21,7	304	20,7	312	19,3	338	20,1	403	22,5
Nagelungen	92	8,8	73	6,7	69	5,4	76	5,1	54	3,7	66	4,1	59	3,5	53	3,0
Schraubenosteosynthesen	199	19,0	239	22,1	207	16,3	246	16,6	250	17,0	246	15,2	279	16,6	350	19,5
<b>kopfresezierende Verfahren</b>	706	67,2	746	69,0	966	76,2	1.130	76,1	1.119	76,2	1.257	77,6	1.295	76,9	1.336	74,5
Femurkopfprothesen	315	30,0	334	30,9	478	37,7	581	39,1	687	46,8	781	48,2	864	51,3	904	50,4
Hüfttotalendoprothesen	391	37,2	412	38,1	488	38,5	549	37,0	432	29,4	476	29,4	431	25,6	432	24,1
<b>sonstige Verfahren</b>	52	5,0	24	2,2	26	2,1	33	2,2	46	3,1	50	3,1	50	3,0	54	3,0

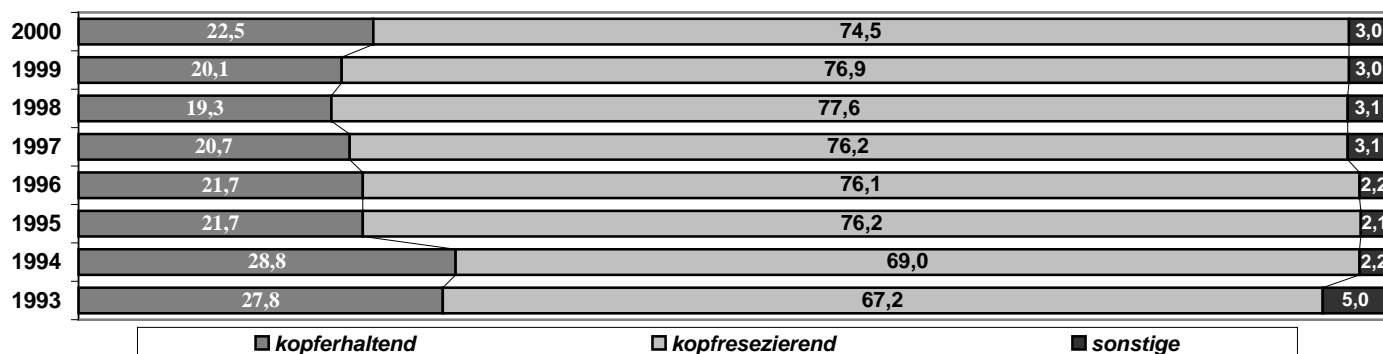


Abbildung 8: Operationsmethoden (in Prozent)

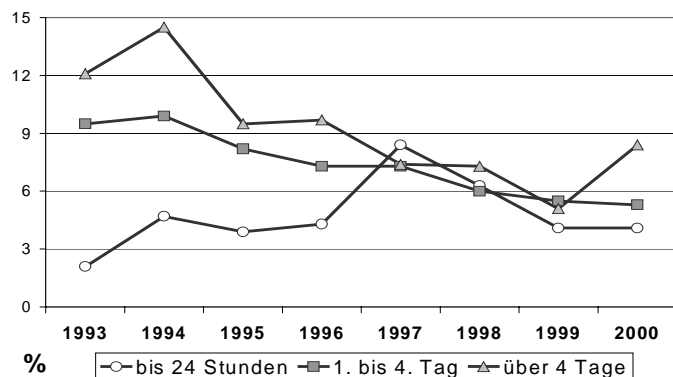


Abbildung 7: Letalität bei präoperativer Verweildauer

folgt von Varikosis, Coxarthrose, arteriellen peripheren Verschlusskrankheiten, Diabetes mellitus und Adipositas. Eine gezielte Osteoporoseprophylaxe erscheint zwecks Frakturverhütung als sinnvolle Maßnahme.

als Ausdruck des ständig steigenden Kostendruckes auf die Einrichtungen und der einfacheren Implantationstechnik der Femurkopfprothesen zu werten.

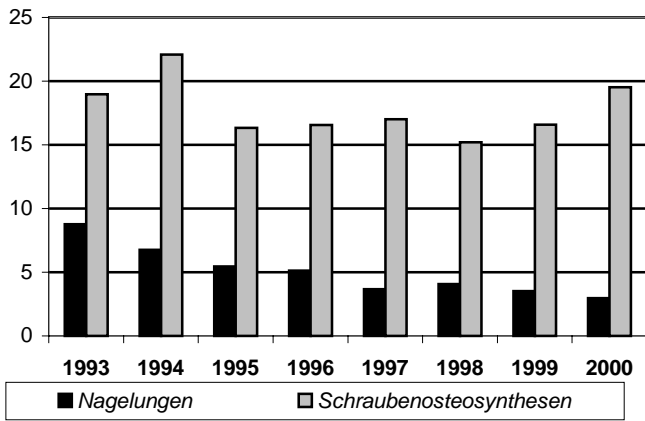


Abbildung 9: kopferhaltende Verfahren (in Prozent)

Mit 99,9 % war die medikamentöse und die physikalische Thromboseprophylaxe im Freistaat Sachsen nahezu perfekt. Die

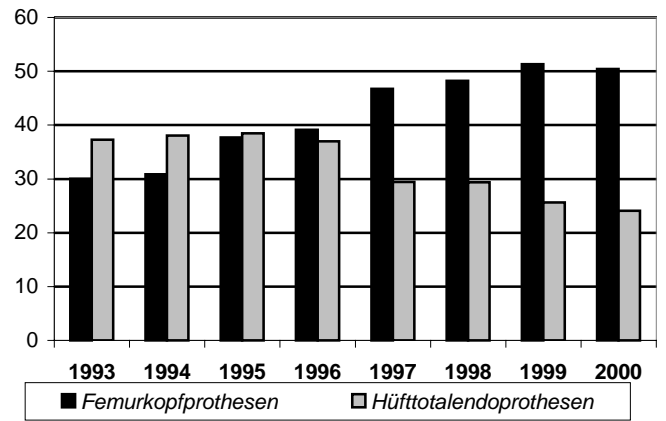


Abbildung 10: kopfresezierende Verfahren (in Prozent)

Zahl der pulmonalen und thromboembolischen Komplikationen hat sich im Vergleich zum Vorjahr nur unwesentlich erhöht.

Tabelle 9: Allgemeine Komplikationen bei operativ Behandelten

	1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>pulmonale Komplikationen</b>	97	9,2	88	8,1	73	5,8	80	5,4	70	4,8	79	4,9	74	4,4	82	4,6
<b>thromboembolische Komplikationen</b>	39	3,7	35	3,2	35	2,8	41	2,8	36	2,5	31	1,9	26	1,5	28	1,6

Bei den lokalen Komplikationen nahmen die oberflächlichen Wundinfektionen um 0,2 % ab, die Zahl der tiefen Wundinfektionen erhöhte sich um 0,3 %. Werden alle septischen Wundkomplikationen, von der Wundrötung bis zur Abszessbildung, berücksichtigt, sanken diese von 2,1 % des Vorjahres erfreuli-

cherweise auf 1,4 %.

Der Anstieg der Decubitalulcera auf 2,6 % (46 Patienten) ist negativ zu bewerten.

Zu artefiziellen Nervenläsionen kam es bei 3 Patienten (0,2 %).

Tabelle 10: Lokale Komplikationen bei operativ Behandelten

	1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Serome/Hämatome</b>	45	4,3	68	6,3	74	5,8	82	5,5	93	6,3	114	7,0	109	6,5	119	6,6
<b>Wundrötungen</b>	12	1,1	12	1,1	10	0,8	12	0,8	5	0,3	10	0,6	18	1,1	5	0,3
<b>oberfl. Wundinfektionen</b>	9	0,9	11	1,0	9	0,7	12	0,8	9	0,6	16	1,0	11	0,7	9	0,5
<b>tiefe Wundinfektionen</b>	2	0,2	6	0,6	13	1,0	8	0,5	13	0,9	3	0,2	2	0,1	8	0,4
<b>Weichteilabszesse</b>	3	0,3	1	0,1	0	0,0	2	0,1	3	0,2	3	0,2	5	0,3	4	0,2
<b>Infektionen gesamt</b>	26	2,5	30	2,8	32	2,5	34	2,2	30	2,0	32	2,0	36	2,1	26	1,4

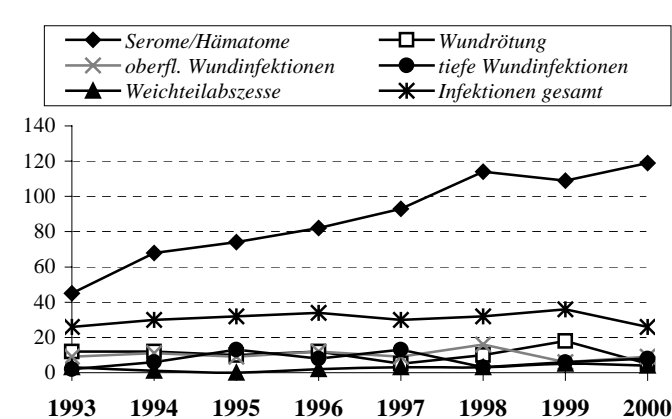


Abbildung 11: Lokale Komplikationen bei operativ Behandelten

Rückläufig war die Zahl der Reinterventionen bei Oberschenkelhalsfrakturen von 6,7 % im Jahre 1999 auf 5,7 % im Jahre 2000,

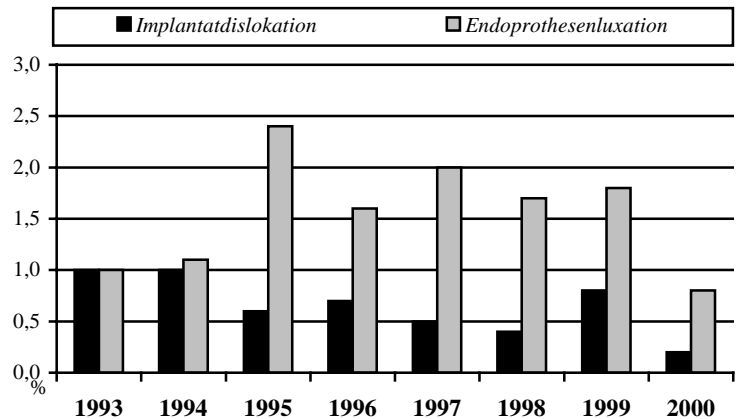


Abbildung 12: Reinterventionsgründe (in Prozent)

wobei 4 Reinterventionen auf eine Implantatdislokation (= 0,2 %) und 14 auf Endoprothesenluxationen (= 0,8 %) entfielen.



Table 11: Reinterventionen

	1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Gesamtzahl</b>	49	4,7	71	6,6	86	6,8	74	5,0	107	7,3	107	6,6	113	6,7	103	5,7
<b>Implantatdislokation</b>	11	1,0	11	1,0	8	0,6	10	0,7	8	0,5	7	0,4	13	0,8	4	0,2
<b>Endoprothesenluxation</b>	10	1,0	11	1,1	31	2,4	24	1,6	30	2,0	28	1,7	30	1,8	14	0,8

Die durchschnittliche Verweildauer blieb mit 20 Tagen konstant.

Zusammenfassend können bei der Versorgung der Oberschenkel-

halsfrakturen im Freistaat Sachsen keine ernsthaften Mängel bei der Bewertung der externen Qualitätssicherung festgestellt werden.

## LEISTENHERNIE

Illmer, J.

Im Jahr 2000 beteiligten sich 72 chirurgische Abteilungen der Krankenhäuser des Freistaates Sachsen an der Qualitätssicherung für die Tracerdiagnose „Leistenhernie“.

Es konnten im Jahr 2000 7.848 Belege zu 7.804 im Jahr 1999 ausgewertet werden. Dabei wurden 8.500 Leistenhernien zu

8.463 im Erhebungsjahr 1999 erfasst. Erneut wurde ein geringer Anstieg von 37 Hernien bestätigt.

Bei 995 Rezidivleistenhernien bei 938 Patienten im Jahr 2000 gegenüber 1.010 Rezidivleistenhernien bei 977 Patienten im Jahr 1999 bleiben die Rezidive nahezu konstant.

Table 12: Operationsverfahren bei Leistenhernien

	1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Anzahl Patienten</b>	<b>7.028</b>	<b>100,0</b>	<b>6.834</b>	<b>100,0</b>	<b>6.781</b>	<b>100,0</b>	<b>7.310</b>	<b>100,0</b>	<b>7.100</b>	<b>100,0</b>	<b>7.420</b>	<b>100,0</b>	<b>7.804</b>	<b>100,0</b>	<b>7.848</b>	<b>100,0</b>
<b>konventionelles Operationsverfahren</b>	6.951	98,9	6.644	97,2	6.324	93,3	6.137	84,0	5.552	78,2	5.471	73,7	5.535	70,9	5.743	73,2
<b>endoskopisches Operationsverfahren</b>	77	1,1	177	2,6	437	6,4	1.118	15,3	1.479	20,8	1.883	25,4	2.170	27,8	2.018	25,7
<b>Umsteiger</b>	0	0,0	13	0,2	20	0,3	55	0,8	69	1,0	66	0,9	99	1,3	87	1,1

Der Vergleich der konventionellen zu den laparoskopischen Verfahren lässt nur eine geringfügige Verschiebung zugunsten der konventionellen Operationen erkennen. Es wird ein Anstieg der konventionellen von 73,2 % im Vergleich zu 70,9 % im Jahr 1999, das heißt von 2,3 % registriert, und eine geringe Absenkung der laparoskopischen Zahlen von 27,8 % zu 25,7 % festgestellt.

Mit zunehmendem Alter sinkt die Zahl der laparoskopischen Eingriffe. Wenn in der Altersgruppe „14 bis 70 Jahre“ diese noch bei 32,4 % liegen, so reduzieren sie sich bei über 70jährigen Patienten auf 14,1 %. Die Ursachen sind aus der Statistik nicht abzulesen, lassen aber altersspezifische Veränderungen, insbesondere Begleiterkrankungen, als Gründe erwarten. „Therapieentscheidung beeinflussende Begleiterkrankungen“ wurden bei 439 Patienten, das sind 6,4 %, gefunden.

Table 13: Risikofaktoren und Komplikationen bei Leistenhernien

	1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
<b>präoperative Risikofaktoren ASA 3 - 5</b>	10,3	10,3	11,0	13,3	13,3	13,3	12,5	14,0								
<b>Gesamtkomplikationen</b>	9,2	9,2	8,8	7,8	7,5	7,0	6,3	6,1								
<b>präoperative Liegezeit über 1 Tag bei inkarzerierten Hernien</b>	21,7	16,5	16,5	18,4	19,6	20,2	17,0	17,9								
<b>postoperative Liegezeit über 14 Tage bei Operationen ohne Komplikationen</b>	1,7	1,2	1,0	0,9	1,0	0,8	0,5	0,5								
<b>operationspflichtige Nachblutung</b>	0,4	0,2	0,5	0,3	0,5	0,4	0,3	0,5								
<b>Skrotalschwellung und Hodenhochstand</b>	1,5	1,6	1,1	0,8	1,1	0,8	0,8	0,8								
<b>Wundheilungsstörung und septische Komplikationen</b>	5,2	5,2	5,2	4,9	3,9	3,6	3,6	3,6								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Patienten mit Rezidivhernien</b>	689	9,8	722	10,6	746	11,0	925	12,7	939	12,9	983	13,2	977	12,6	938	11,4
<b>davon: verstorben</b>	1	0,2	4	0,6	2	0,3	3	0,3	1	0,1	2	0,2	1	0,1	2	0,1
<b>Patienten ohne Rezidivhernien</b>	6.339	90,2	6.112	89,4	6.035	89,0	6.385	87,3	6.181	87,1	6.437	86,8	6.827	87,5	6.910	88,6
<b>davon: verstorben</b>	11	0,2	10	0,2	7	0,1	6	0,1	7	0,1	16	0,2	6	0,1	7	0,1

Die präoperativen Risikofaktoren „ASA 3 bis 5“ haben im Jahr 2000 mit 14 % ihren bisherigen Höchststand erreicht. 1993 lagen sie bei 10,3 %. Dies korreliert mit dem Alter der operierten Patienten. 10,3 % der Patienten waren über 80 Jahre (Abbildung 16).

Die Gesamtkomplikationsrate ist erneut gesunken (von 6,3 % auf 6,1 %).

Wundheilungsstörung und septische Komplikationen haben in den letzten drei Jahren mit 3,6 % einen gleichen Stand. Serome und Hämatome nehmen wie bisher die erste Stelle in der Liste der Komplikationen ein. Dabei sind die Operationsmethoden „Bassini“ mit 4,1 % und „Shouldice“ mit 3,3 % beteiligt. Die Skrotalschwellung tritt häufiger bei der Bassini- (1,3 %) als bei Shouldicemethode (0,5 %) auf. Mit 0,5 % operationspflichtiger Nachblutung sind beide Verfahren gleich belastet.

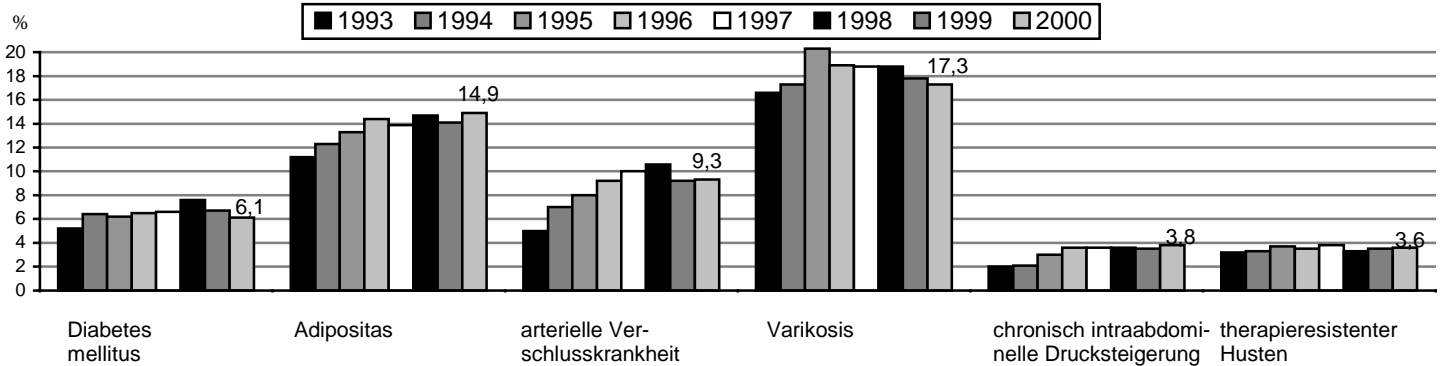


Abbildung 13: Begleiterkrankungen

Die Begleiterkrankungen treten in etwa gleicher Wertigkeit wie im Vorjahr auf. An erster Stelle steht die Varikosis, dann folgen Adipositas, arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronisch intraabdominelle Drucksteigerung wie auch letztlich therapieresistenter Husten.

Die Thromboseprophylaxe (physikalisch, physikalisch-medikamentös) erfolgt unter Einberechnung der operierten Kinder zu 88 %. Bei Erwachsenen nähern sich fast alle Kliniken einer 100 %igen Prophylaxe.

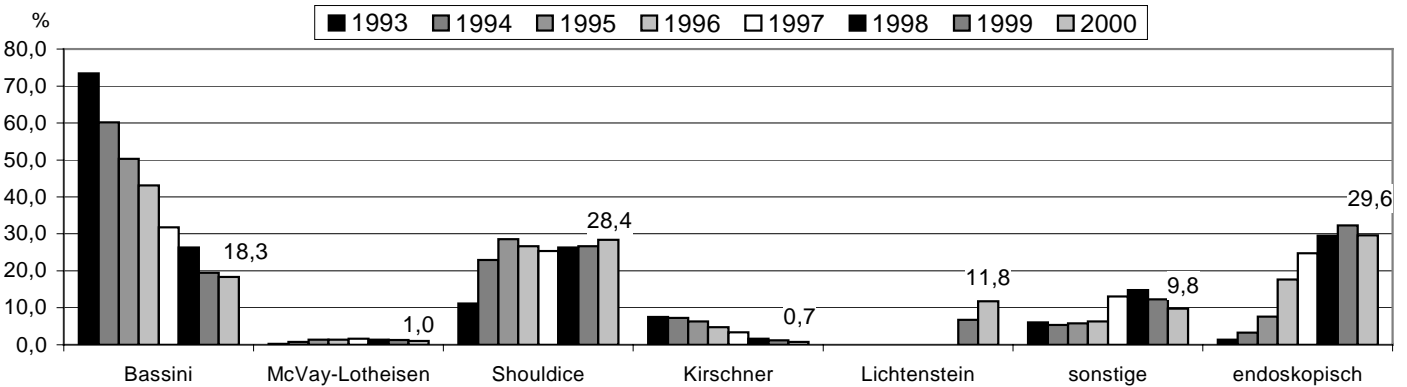


Abbildung 14: Operationsverfahren für Patienten über 14 Jahre (in Prozent – die Zahl der Säule = Wert 2000)

Die Bassinimethode hat weiter an Stellenwert verloren. Im Jahr 2000 liegt sie noch bei 18,3 % der Eingriffe. Dagegen hat sich die Shouldiceoperation auf 28,4 % eingestellt. Nachdem 1999

6,7 % der Patienten mit einem Netziimplantat nach Lichtenstein versorgt wurden, stieg die Zahl der nach Lichtenstein operierten Patienten im Jahr 2000 auf 11,8 % an.

Tabelle 14: Anästhesieart

Anästhesie (Mehrfachnennung möglich)	Hernien gesamt		Allgemein-		Leitungs-		Infiltrations-		Kombinations-	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
konv. Hernien-OP + lap. beg., konv. fortgesetzt	5.544	74,3	4.123	68,5	1.107	99,6	239	97,2	75	97,4
mit postoperativen Komplikationen	374	6,7	273	6,6	82	7,4	14	5,9	5	6,7
mit thromboembolischen Komplikationen	2	0,0	2	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
laparoskopische Hernien-Operation	1.914	25,7	1.900	31,5	5	0,4	7	2,8	2	2,6
mit postoperativen Komplikationen	59	3,1	58	3,1	0	0,0	0	0,0	1	50,0
mit thromboembolischen Komplikationen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Es wurden 5.544 **Anästhesien** bei konventionellen und 1.914 bei laparoskopischen Hernienoperationen durchgeführt – das sind insgesamt 7.458 Narkosen, wobei die Allgemeinanästhesie mit 6.023 führt, gefolgt von der Leitungsanästhesie mit 1.112. Die

Infiltrations- mit 246 und die Kombinationsanästhesie mit 77 kommen dagegen nur noch selten zum Einsatz.

Über die Verweildauer informiert die *Abbildung 15*.

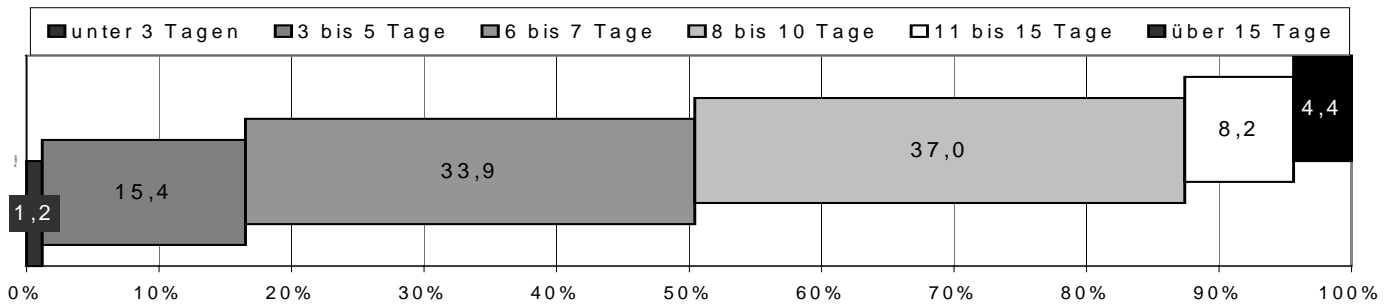


Abbildung 15: Verweildauer aller Patienten

Der *risikofreie Patient (ASA 1)* hat bei den konventionellen und laparoskopischen Operationen jeweils eine Verweildauer von **sechs** Tagen einschließlich **einem** Tag präoperativ.

Für Patienten mit *schwerer Allgemeinerkrankung (ASA 3 + 4)* wird eine Verweildauer von **neun** Tagen (konventionell) und **sechs** Tagen (laparoskopisch) registriert, ebenfalls **einen** Tag präoperativ inbegriffen.

Patienten mit *Allgemeinerkrankungen (ASA 2)* verweilen bei konventionellen Operationen **acht** Tage, bei laparoskopischen Eingriffen **sechs** Tage im Krankenhaus inklusiv **einem** Tag präoperativ.

**Sieben** *Verstorbene* (0,1 %) im Erhebungsjahr 2000 sind als präoperativ moribunde Patienten (*ASA 5*) bezeichnet.

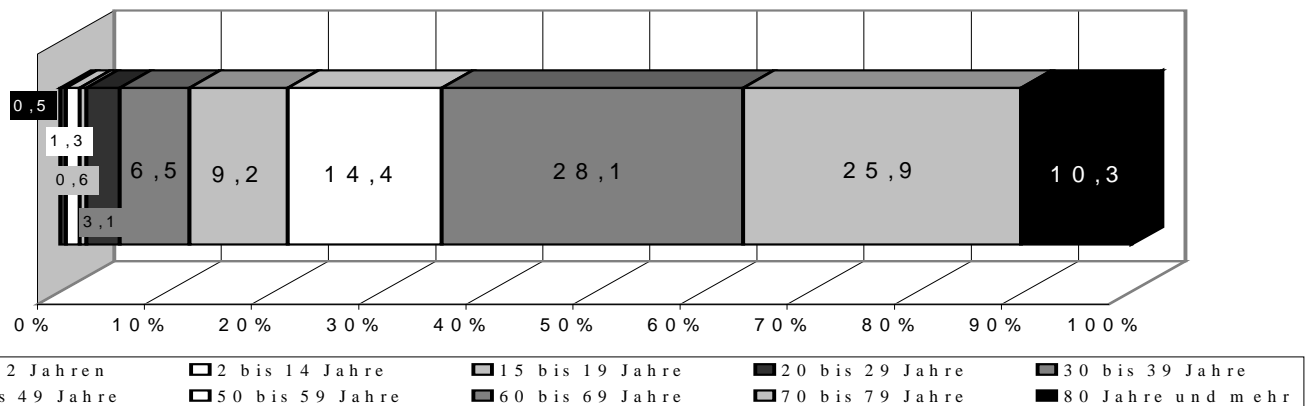


Abbildung 16: Altersverteilung der Patienten (in Prozent)

Die **Altersverteilung** der Patienten weist der *Abbildung 16* nach eine Altersspitze von 60 bis 69 Jahren und einen noch hohen Anteil von 10,3 % der über 80jährigen Patienten aus.

Die Auswertung des Erhebungsjahres 2000 bestätigt wieder den hohen Stand der Leistenhernienchirurgie im Freistaat Sachsen mit der Tendenz der zunehmenden Anwendung von Netzimplantaten bei weiterer Absenkung der Gesamtkomplikationsrate und einer sehr geringen Mortalität von 0,1 %.

An der **Geschlechtsverteilung** mit 88,4 % männlich und 11,6 % weiblich hat sich in den Jahren keine auffällige Änderung ergeben.

### Sonderauswertung Zusatzbogen „Leistenhernienrezidiv“

#### Datenvergleich der Erhebungsjahre 1999 und 2000

Die Zielstellung der besonderen Erhebung „Leistenhernienrezidiv“ ist die Erfassung wesentlicher Kriterien, die für die Entstehung eines Rezidives ursächlich verantwortlich sein könnten. Diese ursächliche Klärung wird bei den multifaktoriellen Vorgängen schwer erreichbar sein und selbst bei einer Teilaufklärung eine Datenausweitung über viele Jahre erfordern. Jetzt liegt der

Vergleich der letzten beiden Jahre vor.

Die Zahl der Rezidive ist im Jahr 2000 nahezu unverändert.

Die *Tabelle 15* gibt Auskunft über die Geschlechtsverteilung. Der weibliche Anteil ist auf 3,9 % abfallend sehr gering.

Tabelle 15: Geschlechtsverteilung

Geschlecht	1999			2000		
	Anzahl	Prozent		Anzahl	Prozent	
männlich	873	94,9%		881	96,1%	
weiblich	47	5,1%		36	3,9%	

Die Abbildung 17 enthält Informationen zur Altersverteilung. Der Altersgipfel liegt bei 60 bis 69 Jahren und ist von 27,6 % auf 28,7 % im Jahr 2000 angestiegen.

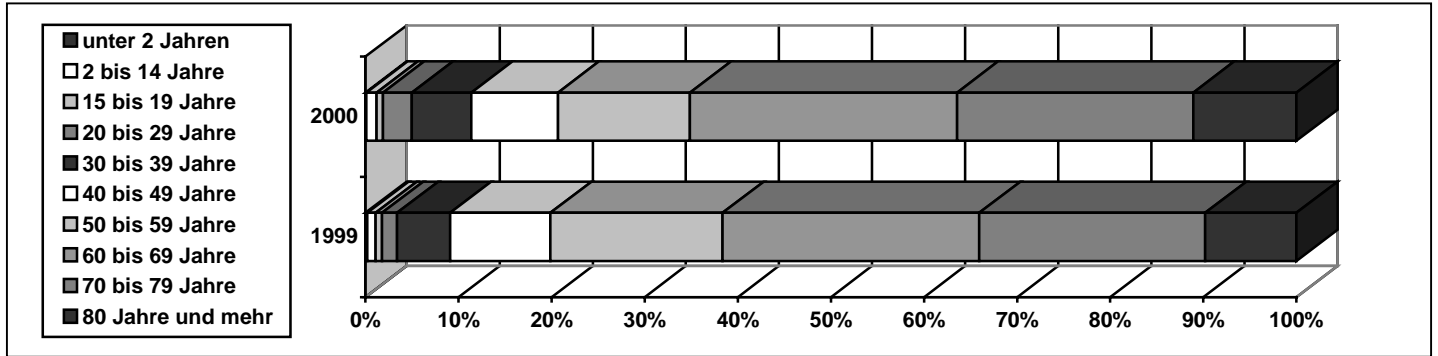


Abbildung 17: Altersverteilung bei Rezidivoperationen

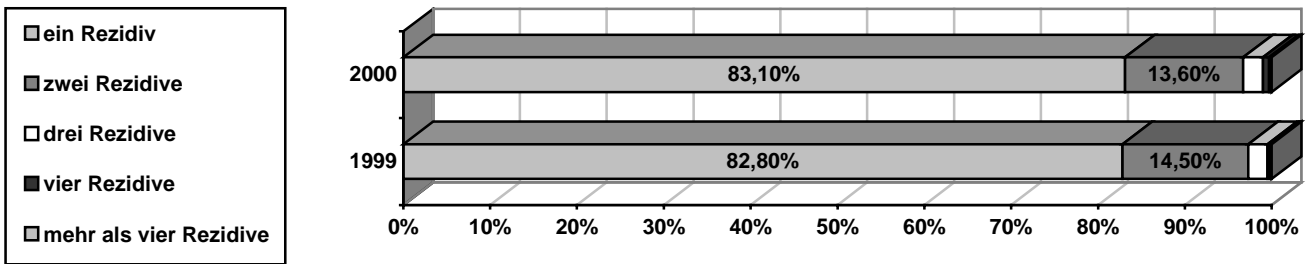


Abbildung 18: Häufigkeit der Rezidivvoroperationen

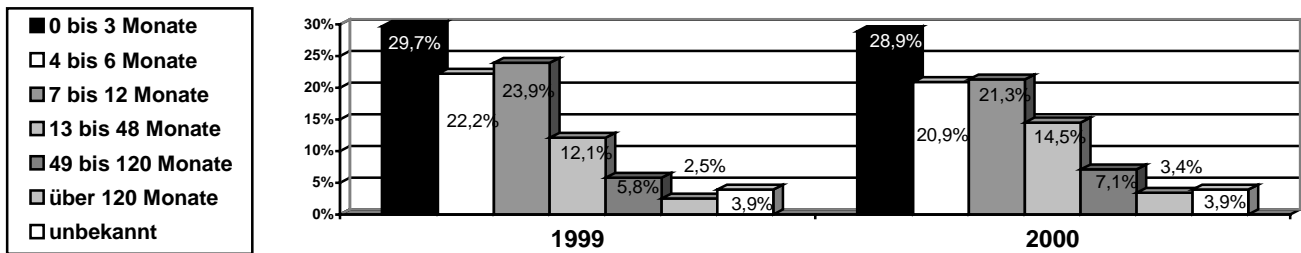


Abbildung 19: Zeitspanne der Bekanntheit des jetzigen Rezidives

Der Krankenhausaufenthalt der Patienten war überwiegend stationär im Jahr 1999 bei 81,7 % zu 79,4 % im Jahr 2000.

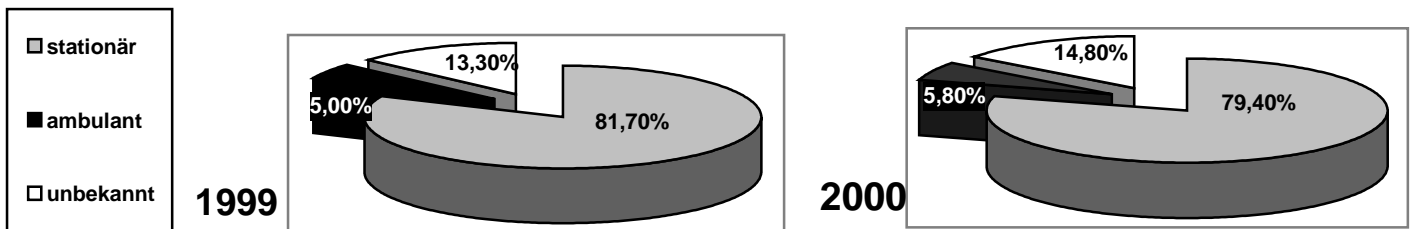


Abbildung 20: Versorgungsart der letzten Voroperation

Abbildung 21 sagt aus, dass im Jahr 1999 etwa die gleiche Patientenanzahl in der eigenen oder einer anderen Klinik operiert

wurde. Im Jahr 2000 liegt der Anteil der Patienten höher, die eine andere Klinik aufsuchten (41 % zu 38,1 %).

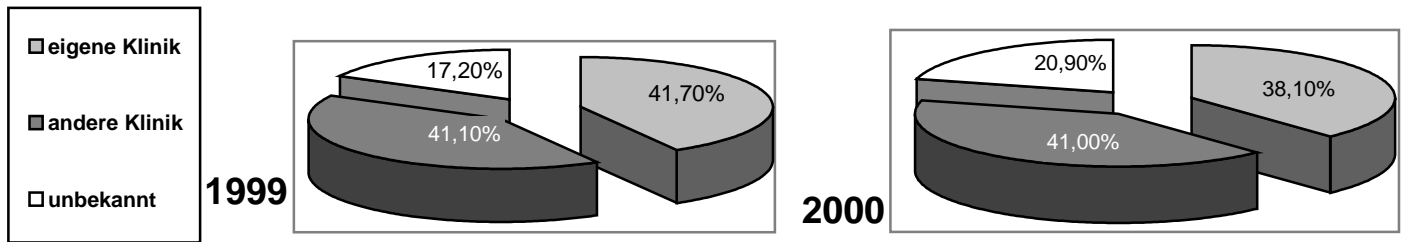


Abbildung 21: Versorgungsort der letzten Voroperation

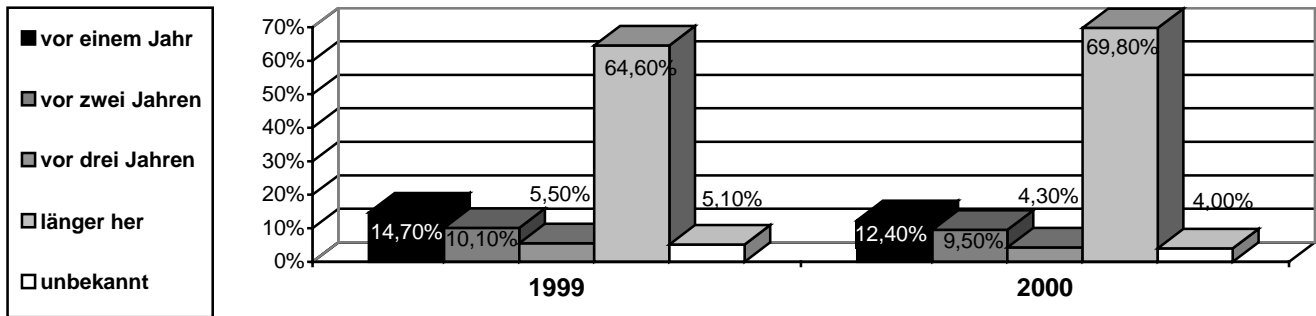


Abbildung 22: Zeitpunkt der letzten Voroperation

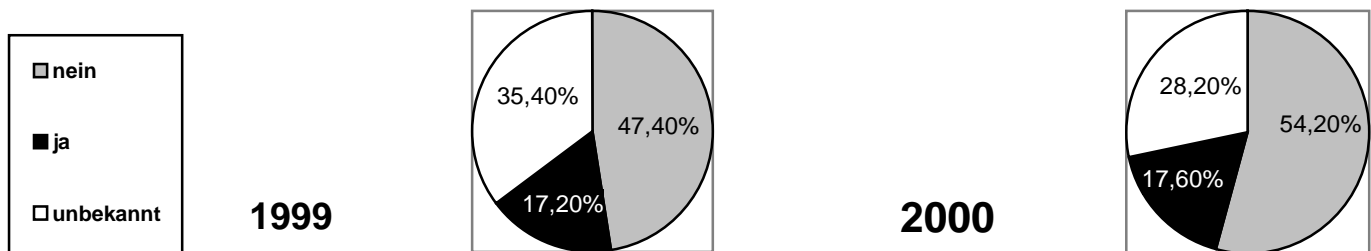


Abbildung 23: Angaben zur Schwerarbeit beim aktuellen Rezidiv

Tabelle 16: Methode der Erstoperation

	1999			2000		
	Anzahl	Prozent	% bekannt	Anzahl	Prozent	% bekannt
<b>BASSINI</b>	308	33,5%	67,0%	290	31,6%	65,3%
<b>SHOULDICE</b>	49	5,3%	10,7%	65	7,1%	14,6%
<b>LICHTENSTEIN</b>	4	0,4%	0,9%	14	1,5%	3,2%
<b>endoskopische Operation</b>	38	4,1%	8,3%	39	4,3%	8,8%
<b>andere</b>	61	6,6%	13,3%	36	3,9%	8,1%
<i>davon: Bassini/Kirschner</i>	10	1,1%	2,2%	9	1,0%	2,0%
<i>Kirschner</i>	8	0,9%	1,7%	5	0,5%	1,1%
<i>Czerny</i>	4	0,4%	0,9%	3	0,3%	0,7%
<i>Ferguson</i>	-			3	0,3%	0,7%
<i>Internus-Leistenband</i>	-			2	0,2%	0,5%
<i>Girard/Hackenbruch</i>	-			2	0,2%	0,5%
<i>Zimmermann/Kirschner</i>	6	0,7%	1,3%	2	0,2%	0,5%
<i>Lotheissen/McVay</i>	7	0,8%	1,5%	2	0,2%	0,5%
<i>Perras</i>	7	0,8%	1,5%	-		
<i>Girard</i>	4	0,4%	0,9%	-		
<i>Zimmermann</i>	2	0,2%	0,4%	-		
<i>weitere</i>	14	1,5%	3,0%	8	0,9%	1,8%
<b>unbekannt</b>	460	50,0%		473	51,6%	

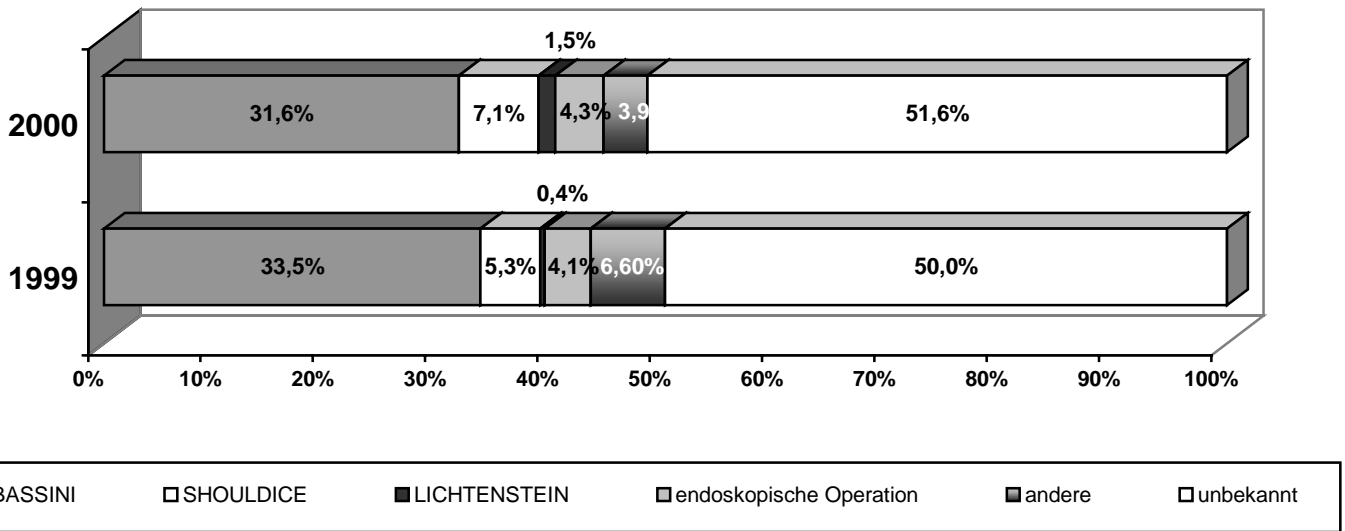


Abbildung 24: Methoden der Erstoperation

Über die Methoden bei der Erstoperation und den jetzt operierten Rezidiven gibt die *Abbildung 24* Auskunft. Rezidive konnten bei Erstoperationen nach Bassini mit 33,5 % (im Jahr 1999) und 31,6 % (im Jahr 2000), nach Lichtenstein mit 0,4 % und 1,5 %, nach Shouldice mit 5,3 % und 7,1 % und nach endoskopischen

Eingriffen mit 4,1 % und 4,3 % beobachtet werden.

Eine wichtige Frage sind Wundheilungsstörungen bei der vorausgegangenen Operation.

Die Inzidenz von 2,9 % (1999) bzw. 3,1 % (2000) ist gering.

### Entstehung „Leistenhernienrezidiv“

Sind durch die Auswertung der Statistiken von 1999 und 2000 wesentliche Ursachen für die Entstehung eines Leistenbruchrezidives zu eruieren?

Der Zeitraum von zwei Jahren für die gesonderte Erfassung der Rezidivleistenbrüche ist zu kurz, um gesicherte Erkenntnisse über die Ursachen der Entstehung eines Rezidives zu gewinnen.

Wundheilungsstörung, schwere körperliche Arbeit und das Se-

rom oder Hämatom kommen ursächlich nicht in Frage.

Nach wie vor muss das Alter und die Gewebeschaffenheit für eine Rezidiventstehung verantwortlich gemacht werden.

Vor- und Nachteile bestimmter Operationsmethoden bezüglich der Rezidivrate lassen sich zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht nachweisen.

## LEISTENHERNIEN IM KINDESALTER

Bennek, J.

Die vorliegenden Daten des Erhebungsjahres 2000 erlauben folgende Auswertung.

Die Gesamtzahl der stationär operierten Kinder ist seit 1993 deutlich zurückgegangen. Eine Ursache sind ambulante Leisten-

hernienoperationen, auch im Rahmen der Tageschirurgie. Der Anteil operierter Kinder unter 2 Jahren bleibt relativ konstant (*Tabelle 17*).

Tabelle 17: Anteil Kinder an der Gesamtzahl der Patienten von 1993 - 2000

Gesamtzahl	1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		1993 - 2000	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ausgewertete Belege (Patienten)	7.028	100,0	6.834	100,0	7.310	100,0	6.781	100,0	7.100	100,0	7.420	100,0	7.804	100,0	7.848	100,0	58.125	100,0
davon																		
Kinder < 15 Jahren	1.643	23,4	1.328	15,5	1.134	19,4	1.063	15,7	907	12,8	936	12,6	864	11,1	906	11,5	8.781	15,1
davon: männlich	1.201	73,1	956	74,1	840	72,0	784	73,8	683	75,3	744	79,5	673	77,9	684	75,5	6.565	74,8
davon																		
Kinder < 2 Jahren	346	4,9	317	6,0	439	4,9	325	4,8	375	5,3	441	5,9	405	5,2	455	5,8	3.103	5,3
davon: männlich	278	80,4	254	78,4	344	80,1	269	82,8	303	80,8	374	84,8	334	82,5	358	78,7	2.514	81,0
Fälle pro Klinik/Jahr	23	1,4	18	1,3	15	1,4	15	1,4	12	1,3	13	1,4	12	1,4	13	1,4	121	15,1

Der Leistenhernienbefund (einseitig, doppelseitig und reponibel) zeigt keine Schwankungen. Auffällig ist eine Zunahme irreponibler und inkarzierter Leistenhernien, insbesondere bei Kindern unter 2 Jahren. Die Rezidivrate liegt bei Kindern unter 2 Jahren

bei 0,9 % und bei Kindern unter 15 Jahren bei 1,6 % (Tabelle 18a und Tabelle 18b).

Das Geschlechtsverhältnis betrug 3 : 1 zugunsten der Knaben.

Tabelle 18a: Spezielle Daten des Leistenhernienbefundes bei Kindern unter 2 Jahren

	1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		1993 - 2000	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>einseitig</b>	306	88,4	274	86,4	282	86,8	367	83,6	316	84,3	392	88,9	333	82,2	373	82,0	2.643	85,2
<b>doppelseitig</b>	40	11,6	43	13,6	43	13,2	72	16,4	59	15,7	49	11,1	72	17,8	82	18,0	460	14,8
<b>reponibel</b>	331	85,8	325	90,3	345	93,8	460	90,0	390	89,9	431	88,0	424	88,9	462	86,4	3.168	80,3
<b>irreponibel</b>	17	4,4	15	4,2	11	3,0	19	3,7	20	4,6	16	3,3	20	4,2	27	5,0	145	3,7
<b>inkarziert</b>	38	9,8	20	5,5	12	3,2	32	6,3	24	5,5	43	8,8	33	6,9	48	8,9	250	6,3
<b>Rezidivleistenhernie</b>	7	1,8	5	1,4	2	0,5	9	1,8	1	0,2	5	1,0	3	0,6	5	0,9	37	0,0
<b>Hernia scrotalis / labialis</b>	44	11,4	43	11,9	37	10,3	59	11,8	42	9,7	64	13,1	55	11,5	67	12,5	411	10,4
<b>Hernia permagna</b>	19	4,9	16	4,4	16	4,5	32	6,4	19	4,4	63	12,9	37	7,8	34	6,3	236	6,0
<b>unauffällige Hodengröße</b>	273	88,4	280	95,6	273	91,3	375	94,0	322	93,1	393	94,5	371	93,9	409	95,8	2.696	93,3
<b>Gesamt Leistenhernie</b>	623	100	505	100	368	100	511	100	434	100	490	100	477	100	537	100	3.945	100

Tabelle 18b: Spezielle Daten des Leistenhernienbefundes bei allen Kindern unter 15 Jahren

	1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		1993 - 2000	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>einseitig</b>	1.496	91,0	1.204	90,7	957	90,0	1.013	89,3	810	89,3	850	90,8	749	86,7	781	86,2	7.860	89,5
<b>doppelseitig</b>	147	9,0	124	9,3	106	10,0	121	10,7	97	10,7	86	9,2	115	13,3	125	13,8	921	10,5
<b>reponibel</b>	1.715	95,8	1.400	96,4	1.134	97,0	1.194	95,1	944	94,0	954	93,4	916	93,6	947	91,9	9.204	89,5
<b>irreponibel</b>	27	1,5	26	1,8	15	1,3	22	1,8	25	2,5	18	1,8	24	2,5	32	3,1	189	1,8
<b>inkarziert</b>	48	2,7	26	1,8	20	1,7	39	3,1	35	3,5	49	4,8	39	4,0	52	5,0	308	3,0
<b>Rezidivleistenhernie</b>	27	1,5	20	1,4	19	1,6	24	1,9	12	1,2	16	1,6	13	1,3	17	1,6	148	1,4
<b>Hernia scrotalis / labialis</b>	90	5,0	108	7,4	60	5,1	88	7,0	61	6,1	85	8,3	69	7,0	92	8,9	653	6,3
<b>Hernia permagna</b>	23	1,3	28	1,9	30	2,6	55	4,4	36	3,6	89	8,7	50	5,1	44	4,3	355	3,5
<b>unauffällige Hodengröße</b>	1.051	81,5	955	91,8	774	90,3	861	92,3	684	91,7	747	92,5	718	93,6	736	93,9	6.526	91,0
<b>Kryptorchismus</b>	139	11,6	104	10,9	53	6,8	73	8,7	62	9,1	60	8,1	71	10,5	75	11,0	637	9,6
<b>Gesamt Leistenhernien</b>	2.180	100	1.649	100	1.169	100	1.255	100	1.004	100	1.022	100	979	100	1.031	100	10.289	100

Die Häufigkeit von präoperativen Risikofaktoren (ASA-Einstufungen 3 – 5) ist im Vergleich zu den Vorjahren in beiden Altersstufen angestiegen (Tabelle 19).

Tabelle 19: Häufigkeit von präoperativen Risikofaktoren

präop. Risikofaktoren	1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		1993 - 2000	
	< 2 Jahre	< 15 Jahre	< 2 Jahre	< 15 Jahre	< 2 Jahre	< 15 Jahre	< 2 Jahre	< 15 Jahre	< 2 Jahre	< 15 Jahre	< 2 Jahre	< 15 Jahre	< 2 Jahre	< 15 Jahre	< 2 Jahre	< 15 Jahre	< 2 Jahre	< 15 Jahre
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>ASA 2</b>	7,5	3,2	13,9	6,0	16,0	8,3	17,0	10,1	15,0	8,0	11,7	7,1	18,0	11,5	22,2	13,4	15,4	7,9
<b>ASA 3 bis 5</b>	2,3	1,0	5,1	1,7	4,9	2,0	4,0	2,7	5,5	3,1	4,5	2,3	6,6	4,1	9,2	5,0	5,4	2,5

Das Verteilungsmuster der konventionellen Operationsverfahren hat sich im Erhebungsjahr 2000 nicht wesentlich verändert. Der Anteil laparoskopischer Hernienoperationen bleibt gering. Nur bei zwei Kindern unter 2 Jahren und einem dreijährigen Knaben

wurde der Bruchpfortenverschluss laparoskopisch durchgeführt. Angaben über die laparoskopische Bruchsackkontrolle der Gegenseite wurden nicht dokumentiert (Abbildung 25a und b).

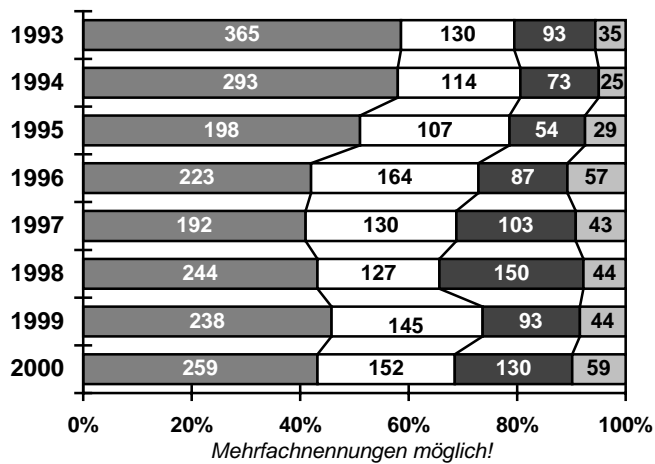


Abbildung 25a: Operationsverfahren bei Kindern < 2 Jahren

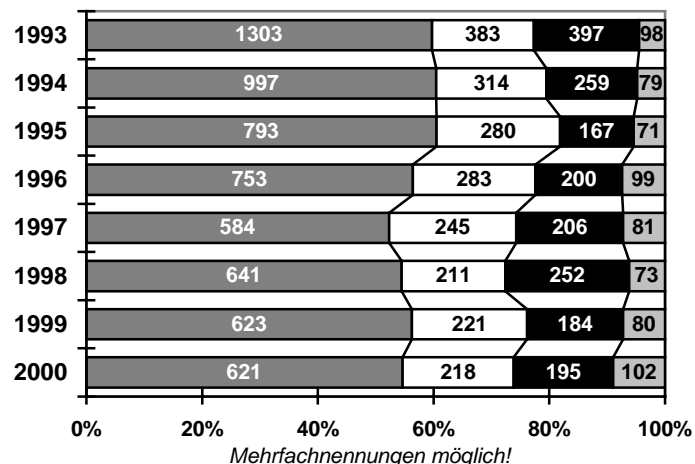


Abbildung 25b: Operationsverfahren bei Kindern < 15 Jahren

Intraoperative Komplikationen traten bei Kindern unter 2 Jahren nicht auf, zwei Skrotal- bzw. Hodenschwellungen wurden postoperativ beobachtet. Bei Kindern unter 15 Jahren ereignete sich eine Nachblutung, drei Skrotal- bzw. Hodenschwellungen und

eine Wundheilungsstörung wurden angegeben. Insgesamt liegt die Komplikationsrate bei 0,51 %. Die operative Versorgung von Leistenhernien im Kindesalter weist keine Mängel auf (Tabelle 20a und Tabelle 20b).

Tabelle 20a: Komplikationen bei Leistenhernien im Alter unter 2 Jahren

	1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		1993-2000	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Leistenhernien</b>	386		360		368		511		434		490		477		537		3.563	
<b>intraoperative Komplikationen</b>																		
Verletzung der Blase	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Verletzung anderer Nachbarorgane	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,46	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,06
Nachblutung	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,20	1	0,20	0	0,00	2	0,06
<b>insgesamt</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>2</b>	<b>0,46</b>	<b>1</b>	<b>0,20</b>	<b>1</b>	<b>0,20</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>4</b>	<b>0,11</b>
<b>postoperative Komplikationen</b>																		
Skrotalschwellung	1	0,26	0	0,00	3	0,82	0	0,00	0	0,00	2	0,50	2	0,50	1	0,19	9	0,25
Hodenschwellung	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,19	1	0,03
Wundheilungsstörung	2	0,52	2	0,56	1	0,27	2	0,39	1	0,23	2	0,20	1	0,21	0	0,00	11	0,31
<b>insgesamt</b>	<b>3</b>	<b>0,78</b>	<b>2</b>	<b>0,56</b>	<b>4</b>	<b>1,09</b>	<b>2</b>	<b>0,39</b>	<b>1</b>	<b>0,23</b>	<b>4</b>	<b>0,82</b>	<b>3</b>	<b>0,63</b>	<b>2</b>	<b>0,37</b>	<b>21</b>	<b>0,59</b>
<b>intra- und postoperative Komplikationen</b>																		
<b>insgesamt</b>	<b>3</b>	<b>0,78</b>	<b>2</b>	<b>0,56</b>	<b>4</b>	<b>1,09</b>	<b>2</b>	<b>0,39</b>	<b>3</b>	<b>0,69</b>	<b>5</b>	<b>1,02</b>	<b>4</b>	<b>0,84</b>	<b>2</b>	<b>0,37</b>	<b>29</b>	<b>0,81</b>

Tabelle 20b: Komplikationen bei Leistenhernien im Alter unter 15 Jahren

	1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		1993 - 2000	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Leistenhernien</b>	1.790		1.452		1.169		1.255		1.004		1.022		979		979		9.650	
<b>intraoperative Komplikationen</b>																		
Verletzung der Blase	0	0,00	1	0,07	1	0,09	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,02
Verletzung anderer Nachbarorgane	1	0,06	0	0,00	1	0,09	0	0,00	2	0,20	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	0,04
Nachblutung	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,08	0	0,00	2	0,20	1	0,10	1	0,10	5	0,05
<b>insgesamt</b>	<b>1</b>	<b>0,06</b>	<b>1</b>	<b>0,07</b>	<b>2</b>	<b>0,18</b>	<b>1</b>	<b>0,08</b>	<b>2</b>	<b>0,20</b>	<b>2</b>	<b>0,20</b>	<b>1</b>	<b>0,10</b>	<b>1</b>	<b>0,10</b>	<b>11</b>	<b>0,11</b>
<b>Postoperative Komplikationen</b>																		
Skrotalschwellung	5	0,28	1	0,07	6	0,51	1	0,08	3	0,30	3	0,29	2	0,20	2	0,20	23	0,24
Hodenschwellung	6	0,34	1	0,07	2	0,17	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,10	11	0,11
Wundheilungsstörung	8	0,45	2	0,14	6	0,51	4	0,32	1	0,10	2	0,20	1	0,10	1	0,10	25	0,26
<b>insgesamt</b>	<b>19</b>	<b>1,06</b>	<b>4</b>	<b>0,27</b>	<b>14</b>	<b>1,19</b>	<b>6</b>	<b>0,48</b>	<b>4</b>	<b>0,40</b>	<b>5</b>	<b>0,49</b>	<b>3</b>	<b>0,31</b>	<b>4</b>	<b>0,41</b>	<b>59</b>	<b>0,61</b>
<b>intra- und postoperative Komplikationen</b>																		
<b>insgesamt</b>	<b>20</b>	<b>1,12</b>	<b>5</b>	<b>0,34</b>	<b>16</b>	<b>1,37</b>	<b>7</b>	<b>0,60</b>	<b>6</b>	<b>0,56</b>	<b>7</b>	<b>0,68</b>	<b>4</b>	<b>0,41</b>	<b>5</b>	<b>0,51</b>	<b>70</b>	<b>0,73</b>



### Sonderauswertung Zusatzbogen „Leistenhernienrezidiv“

Mit dem Zusatzbogen – Leistenhernienrezidiv – konnten *elf* Kinder erfasst werden, von denen *sechs* innerhalb der letzten zwei Jahre und *fünf* vor mehr als zwei Jahren ihre Voroperation hatten. *Ein* zweites Rezidiv wurde beobachtet.

In 90,9 % traten Rezidive bei Kindern im Alter von 2 – 14 Jahren und in 9,1 % nur bei Kindern unter 2 Jahren auf. Die Erstoperationen erfolgten vorrangig nach Grob-Ferguson und seltener nach Czerny.

### Auswertung Zusatzfragebogen „Leistenhernie im Kindesalter“

Mit dem Zusatzfragebogen „Leistenhernie im Kindesalter“ wurden im Erfassungsjahr 2000 einmalig spezielle Informationen erfasst.

Die Pflege der Kinder durch eine Kinderkrankenschwester war in 96,3 % gegeben. *Ein* Kind unter 2 Jahren wurde nicht durch eine Kinderkrankenschwester gepflegt.

Bei älteren Kindern erfolgte in 2,8 % die Betreuung nicht in einer kindgemäßen Umgebung.

Die Durchführung der Operation wurde in 64,7 % vom Facharzt für Kinderchirurgie, in 22,5 % vom Facharzt für Chirurgie und in 12,7 % vom Arzt in Weiterbildung vorgenommen. Im Alter unter 2 Jahren erfolgte die Operation in 73,4 % durch den Facharzt für Kinderchirurgie (Abbildung 26).

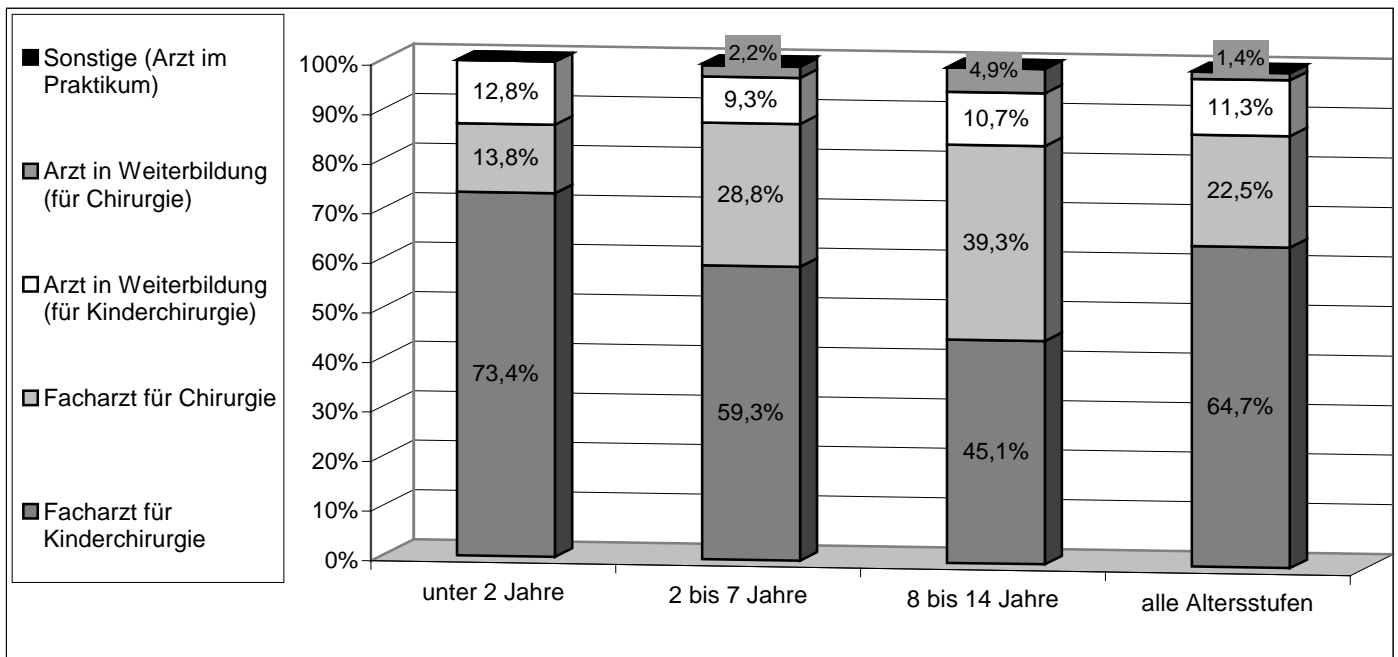


Abbildung 26: Durchführung der Operationen der Kinder nach Altersstufen

Das Verhalten der Kinder vor Narkoseeinleitung wurde ruhig / kooperativ in 62,8 % und freundlich / aufgeschlossen in 24,9 % eingestuft. Am *ersten* postoperativen Tag waren die Kinder in

76,3 % wieder mobil. Die Verweildauer betrug in 57,3 % *drei* bis *fünf* Tage und wird als zu lange eingeschätzt (Abbildung 27).

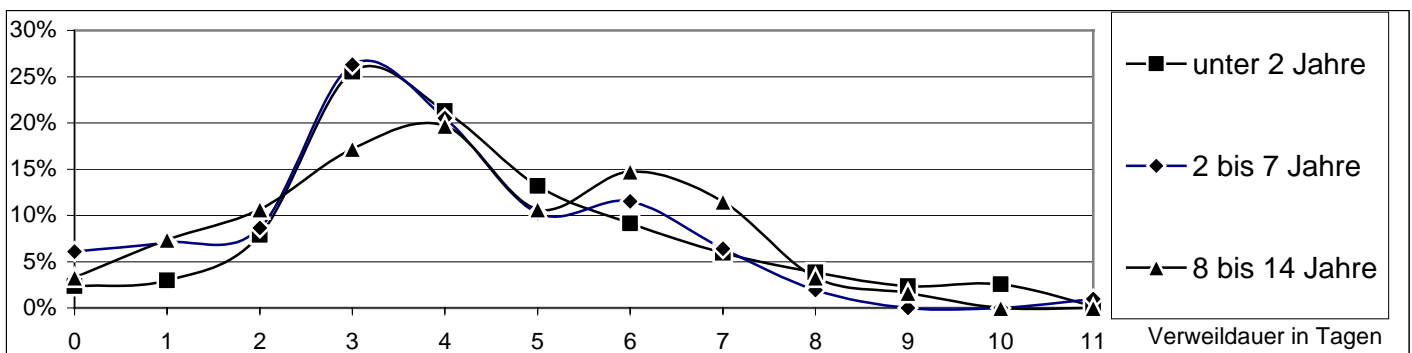


Abbildung 27: Verweildauer der Kinder nach Altersstufen

Allen Beteiligten wird für die Mühe mit dem Zusatzfragebogen gedankt. Diese Erhebung zeigt im Freistaat Sachsen eindrucks-

voll die hohe Qualität der Versorgung von Leistenhernien im Kindesalter.

---

## MITGLIEDER DER ARBEITSGRUPPE CHIRURGIE

Ihre Ansprechpartner für Fachfragen bei der Sächsischen Landesärztekammer sind

**Vorsitzender:**

**Dr. med. Egbert Perßen**  
Kreiskrankenhaus Meißen,  
Abteilung für Chirurgie  
Nassauweg 7, 01662 Meißen  
*Tel. (0 35 21) 7 43 32 49 od. 7 43 48 00*

*Speziell für die einzelnen Tracerdiagnosen:*

**Cholelithiasis / -zystitis**

**Dr. med. Henry Jungnickel**  
Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt – Städtisches Klinikum,  
Klinik für Allgemein- und Abdominalchirurgie  
Friedrichstraße 41, 01067 Dresden  
*Tel. (03 51) 4 80 15 45*

**Oberschenkelhalsfraktur**

**Professor Dr. med. Karlheinz Sandner**  
Kreiskrankenhaus Mittleres Erzgebirge, Haus Zschopau,  
Unfallchirurgische Klinik  
Alte Marienberger Str. 52, 09405 Zschopau  
Tel. (0 37 25) 40 20 13

**Leistenhernie**

**Dr. med. Joachim Illmer**  
Pestalozzistr. 7, 01904 Weifa  
*Tel. (03 59 51) 3 24 09*

**Leistenhernie bei Kindern**

**Professor Dr. med. Joachim Bennek**  
Universitätsklinikum Leipzig,  
Klinik für Kinderchirurgie  
Oststr. 21 – 25, 04317 Leipzig  
*Tel. (03 41) 9 72 64 00*

---

## PROJEKTGESCHÄFTSSTELLE QUALITÄTSSICHERUNG

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Sächsischen Landesärztekammer stehen Ihnen bei Rückfragen wie folgt zur Verfügung:

<b>Ansprechpartner</b>	<b>Sachgebiet</b>	<b>Tel. (0351) 82 67 – App.</b>
Dr. med. Torsten Schlosser, Leiter	Chirurgie, Kardiologie, Orthopädie, Urologie	- 308
Dipl.-Med. Annette Kaiser, Ärztin	Perinatalogie / Neonatologie, Gynäkologie	- 386
Annette Friedrich, Informatikerin	Chirurgie, Gynäkologie, Orthopädie, Urologie	- 388
Hella Lampadius, Informatikerin	Perinatalogie / Neonatologie	- 385
Kerstin Rändler, Sekretärin	Perinatalogie / Neonatologie, Gynäkologie	- 381
Ingrid Pürschel, Sachbearbeiterin	Chirurgie, Orthopädie, Urologie	- 387
Marika Wodarz, Mitarbeiterin	Kardiologie, Orthopädie	- 384

---

**AN DEN EXTERNEN QUALITÄTSSICHERUNGSMAßNAHMEN IM FREISTAAT SACHSEN  
BETEILIGTE CHIRURGISCHE ABTEILUNGEN / KLINIKEN**

Im Erfassungsjahr 2000 beteiligten sich wieder insgesamt 85 allgemein-, unfall- und kinderchirurgische Kliniken bzw. Abteilungen an den externen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Wir danken allen Chefarzten und deren Mitarbeitern, die neben ihren vielfältigen Aufgaben die Erhebungsbögen ausgefüllt und sich für die interne Umsetzung der Ergebnisse im Krankenhaus eingesetzt haben.

- HELIOS Klinik Borna,  
Abteilung für Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie,  
amt. Leiterin: Dr. med. Stefanie Meierhöfer
- Kreiskrankenhaus Delitzsch GmbH,  
Chirurgische Klinik,  
Chefarzt: Prof. Dr. med. habil. Joachim Richter
- HELIOS Krankenhaus Leisnig,  
Chirurgische Abteilung,  
Chefarzt: Dr. med. Michael Jäger
- Dr. Drogula GmbH, Krankenhaus Döbeln,  
Chirurgische Abteilung,  
Chefarzt: Dr. med. Volker Schliebe
- Kreiskrankenhaus Delitzsch,  
Klinik Eilenburg, Klinik für Chirurgie,  
Chefarzt: Prof. Dr. med. habil. Joachim Richter
- Kliniken des Muldentalkreises,  
Krankenhaus Grimma, Chirurgische Abteilung,  
Chefarzt: PD Dr. med. habil. Klaus Schauer
- HELIOS Klinik Schkeuditz,  
Chirurgische Abteilung,  
Chefarzt: Dr. med. Frank Steinert
- HELIOS Klinik Zwenkau,  
Chirurgische Abteilung,  
Chefarzt: Dr. med. Peter Straßburger
- Collm Klinik Oschatz,  
Chirurgische Abteilung,  
Chefarzt: Dr. med. Jürgen Schwarze
- Kreiskrankenhaus Torgau „Johann Kentmann“ gGmbH,  
Chirurgische Abteilung,  
Chefarzt: Dr. med. Werner Dudda
- Kliniken des Muldentalkreises,  
Krankenhaus Wurzen, Chirurgische Abteilung,  
Chefarzt: Dr. med. Franz-Georg Smiszek
- Universitätsklinikum Leipzig AöR, Zentrum für Chirurgie,  
Chirurgische Klinik u. Poliklinik I,  
Direktor: Prof. Dr. med. habil. Manfred Schönfelder
- Städtisches Klinikum „St. Georg“ Leipzig,  
Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie,  
Chefarzt: Prof. Dr. med. habil. Arved Weimann
- Park-Krankenhaus Leipzig Südost,  
Chirurgische Klinik,  
Chefarzt: PD Dr. med. habil. Ulrich Schenker
- St. Elisabeth - Krankenhaus Leipzig,  
Chirurgische Klinik,  
Chefarzt: Dr. med. Joachim Steuber
- Ev. Diakonissenkrankenhaus Leipzig gGmbH,  
Klinik für Chirurgie,  
Chefarzt: Dr. med. Ulrich Socha
- Universitätsklinikum Leipzig AöR,  
Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie,  
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. habil. Joachim Bennek
- Universitätsklinikum Leipzig AöR - Zentrum für Chirurgie,  
Klinik und Poliklinik für Unfall- u. Wiederherstellungschirurgie,  
Direktor: Prof. Dr. med. habil. Christoph Josten
- Bundeswehrkrankenhaus Leipzig,  
Abteilung II / Chirurgie,  
leitender Oberstarzt: PD Dr. med. habil. Bernd Brückner
- Städtisches Klinikum „St. Georg“ Leipzig,  
Zentrum für Traumatologie mit Brandverletztzentrum,  
Chefarzt: Prof. (Skopje) Dr. med. habil. Ralf Gahr
- Waldkrankenhaus Bad Dübren,  
Krankenhaus für Orthopädie,  
Chefarzt: PD Dr. med. habil. Christian Melzer
- Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt - Städt. Klinikum,  
Klinik für Unfall-, Wiederherstellungs- u. Handchirurgie,  
Chefarzt: PD Dr. med. habil. Felix Bonnaire
- Klinikum Bautzen - Bischofswerda,  
Kreiskrankenhaus Bautzen, Chirurgische Klinik,  
Chefarzt: Dr. med. Dietmar Haufe
- Klinikum Bautzen – Bischofswerda,  
Kreiskrankenhaus Bischofswerda, Chirurgische Klinik,  
Chefarzt: Dr. med. Bernd Günther
- Krankenhausgesellschaft Dippoldiswalde mbH,  
Chirurgische Abteilung,  
Chefarzt: Dr. med. Walter Müller
- Kreiskrankenhaus Radebeul,  
Chirurgische Klinik,  
Chefarzt: MR Dr. med. Ludwig Nitzsche
- ASKLEPIOS ASB Klinik Radeberg,  
Chirurgische Abteilung,  
Chefarzt: Dr. med. Klaus Haufe
- Krankenhaus Freital GmbH,  
Chirurgische Klinik,  
Chefarzt: Dr. med. Friedrich Utz
- Kliniken des Landkreises Riesa-Großenhain,  
Kreiskrankenhaus Großenhain, Chirurgische Abteilung,  
Chefarzt: Dr. med. Wolfgang Sellentin
- Malteser Krankenhaus St. Johannes Kamenz,  
Chirurgische Abteilung,  
Chefarzt: Dr. med. Frank-Rainer Speckmann
- Kreiskrankenhaus Löbau,  
Klinik Ebersbach, Chirurgische Abteilung,  
Chefarzt: Ludwig Hohlfeld
- Kreiskrankenhaus Meißen,  
Abteilung für Chirurgie,  
Chefarzt: PD Dr. med. habil. Falk Kühn
- Kreiskrankenhaus Meißen,  
Abteilung Unfallchirurgie,  
Chefarzt: Dr. med. Götz Pätzold
- Krankenhaus der Diakonissenanstalt "Emmaus" Niesky,  
Chirurgische Abteilung,  
Chefarzt: Dr. med. Winfried Georgi
- Kreiskrankenhaus Pirna,  
Chirurgische Abteilung,  
Chefarzt: Dr. med. Konrad Weber
- Johanniter-Krankenhaus Dohna-Heidenau GmbH,  
Allgemeinchirurgie,  
Chefarzt: Dr. med. Hermann Kranich
- Kliniken des Landkreises Riesa-Großenhain,  
Kreiskrankenhaus Riesa, Chirurgische Klinik,  
Chefarzt: Dr. med. Bernhard Hohaus
- Sächsische Schweiz Klinik Sebnitz,  
Chirurgische Abteilung,  
Chefarzt: Dr. med. Wolfgang König
- Kreiskrankenhaus Zittau,  
Chirurgische Abteilung,  
Chefarzt: Dr. med. Wolfgang Gocht
- Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden,  
Klinik u. Poliklinik für Visceral-, Thorax- u. Gefäßchirurgie,  
Direktor: Prof. Dr. med. habil. Hans-Detlev Saeger

- Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt - Städt. Klinikum, Klinik für Allgemein- und Abdominalchirurgie, Chefarzt: Prof. Dr. med. habil. Klaus Ludwig
- Städt. Krankenhaus Dresden-Neustadt, Chirurgische Klinik, Chefarzt: Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich
- Ev. Diakonissenkrankenhaus Dresden, Klinik für Allgemein- und Unfallchirurgie, Chefarzt: Dipl.-Med. Gunther Heinig
- Krankenhaus St. Joseph-Stift Dresden, Chirurgische Abteilung, Chefarzt: Dr. med. Johannes Voß
- Städtisches Klinikum Görlitz GmbH, Klinik für Allgemein-, Gefäß- u. Viszeralchirurgie, Chefarzt: PD Dr. med. habil. Hartmut Thomas
- Städtisches Klinikum Görlitz GmbH, Klinik für Unfallchirurgie, Chefarzt: PD Dr. med. habil. Edzard Bertram
- St. Carolus-Krankenhaus Görlitz, Chirurgische Abteilung, Chefarzt: Dr. med. Bernhard Römel
- Klinikum Hoyerswerda gGmbH, Chirurgische Klinik, Chefarzt: Dr. med. Erich Simonis
- Kreiskrankenhaus Weißwasser, Chirurgische Abteilung, Chefarzt: Dr. med. Manfred Zerna
- Kreiskrankenhaus Zittau, Abteilung Unfall- und Handchirurgie, Chefarzt: Dr. med. Hans-Jürgen Pollack
- Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden, Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Direktor: Prof. Dr. med. habil. Dietmar Roesner
- Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden, Klinik für Unfall- u. Wiederherstellungschirurgie, Direktor: Prof. Dr. med. Hans Zwiipp
- Erzgebirgsklinikum Annaberg gGmbH, Klinik für Chirurgie, Chefarzt: Dr. med. Ulrich Wandt
- HELIOS Klinikum Aue GmbH, Klinik für Unfallchirurgie, Chefarzt: PD Dr. med. habil. Klaus Mann
- Bergarbeiter-Krankenhaus Schneeberg gGmbH, Chirurgische Abteilung, Chefarzt: Dr. med. Jörg Damme
- Klinikum Obergöltzsch / Rodewisch, Chirurgische Klinik, Chefarzt: Dr. med. Peter Leistner
- DIAKOMED gGmbH Hartmannsdorf, Diakoniekrankenhaus Chemnitzer Land, Chirurgische Klinik, Chefarzt: Prof. Dr. med. habil. Günter Schmoz
- Kreiskrankenhaus Freiberg gGmbH, Chirurgische Klinik, Chefarzt: Dr. med. Gerhard Schubert
- Kreiskrankenhaus "Rudolf Virchow" Glauchau gGmbH, Chirurgische Abteilung, Chefarzt: Prof. Dr. med. Rainer Morgenstern
- Kreiskrankenhaus Stollberg gGmbH, Chirurgische Klinik, Chefarzt: Dr. med. Wilmar Hubel
- Landkreis Mittweida Krankenhaus gGmbH, Kreiskrankenhaus Frankenberg, Chirurgische Abteilung, Chefarzt: Dipl.-Med. Klaus Naumann
- Landkreis Mittweida Krankenhaus gGmbH, Krankenhaus Mittweida, Chirurgische Abteilung, Chefarzt: Volker Steiner
- Kreiskrankenhaus Lichtenstein GmbH, Chirurgische Abteilung, Chefarzt: Dr. med. Dietmar Mehlhorn
- Kreiskrankenhaus Mittleres Erzgebirge, Haus Olbernhau, Chirurgische Abteilung, Chefarzt: Dr. med. Armin Friedrich
- Waldkrankenhaus Adorf, Chirurgische Abteilung, Chefarzt: Dr. med. Hans-Joachim Hüttner
- hospitalia kliniken gmbh, Krankenhaus Reichenbach, Chirurgische Abteilung, Chefarzt: Dr. med. Hans-Günter Ehlert
- Landkreis Mittweida Krankenhaus gGmbH, Krankenhaus Rochlitz, Chirurgische Abteilung, Chefarzt: Dr. med. Manfred Pohl
- Kliniken Erlabrunn gGmbH, Klinik für Chirurgie, Chefarzt: Dr. med. Volker David
- Paracelsus-Klinik Schöneck, Chirurgische Abteilung, Chefarzt: Dr. med. Reiner Strobel
- Pleissentalklinik Werdau, Abteilung Allgemein- und Unfallchirurgie, Chefarzt: Dr. med. Theobald Hoyer
- Kreiskrankenhaus Mittleres Erzgebirge, Haus Zschopau, Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie, Chefarzt: Dr. med. Manfred Mory
- Kreiskrankenhaus Mittleres Erzgebirge, Haus Zschopau, Unfallchirurgische Klinik, Chefarzt: Prof. Dr. med. habil. Karlheinz Sandner
- Kreiskrankenhaus Kirchberg, Chirurgische Abteilung, Chefarzt: Dr. med. Marwan Nassar
- Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz, Klinik für Chirurgie, Chefarzt: Dr. med. Jürgen Wallmeyer
- Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau - Städt. Klinikum, Klinik für Unfallchirurgie, Chefarzt: Dr. med. Klaus Riedel
- Klinikum Chemnitz gGmbH, Krankenhaus Küchwald, Klinik für Unfall- und Gelenkchirurgie, Chefarzt: Dr. med. Falko Lohse
- Vogtland-Klinikum Plauen GmbH, Chirurgische Klinik, Chefarzt: Prof. Dr. med. habil. Georg-Michael Fleischer
- Vogtland-Klinikum Plauen GmbH, Klinik für Unfallchirurgie, Chefarzt: Dr. med. Wolfgang Merbold
- Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau - Städt. Klinikum, Klinik für Chirurgie, Chefarzt: Dr. med. Gernot Heiland
- Paracelsus Klinik Zwickau, Chirurgische Abteilung, Chefarzt: Dr. med. Jürgen Renz
- DIAKOMED gGmbH Hartmannsdorf, Diakoniekrankenhaus Chemnitzer Land, Chirurgische Klinik, Chefarzt: Dr. med. Norbert Linke
- Klinikum Chemnitz gGmbH, Krankenhaus Flemmingstraße, Klinik für Chirurgie, Chefarzt: PD Dr. med. habil. Joachim Boese-Landgraf
- HELIOS Klinikum Aue GmbH, Klinik für Viszeral- und Gefäßchirurgie, Chefarzt: PD Dr. med. habil. Roland Albrecht
- Klinikum Chemnitz gGmbH, Krankenhaus Flemmingstraße, Klinik für Kinderchirurgie, Chefarzt: Prof. Dr. med. habil. Peter Daniel
- Kreiskrankenhaus Rudolf Virchow Glauchau gGmbH, Klinikbereich Meerane, Chefarzt: Dr. med. Dietmar Walter