

Externe Qualitätssicherung
in der Chirurgie / Unfallchirurgie,
Orthopädie und Urologie

Freistaat Sachsen 2001

Inhaltsverzeichnis

EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG IN DER CHIRURGIE	3
VORWORT.....	3
LEISTENHERNIEN IM ERWACHSENENALTER	3
SONDERAUSWERTUNG ZUSATZBOGEN „LEISTENHERNIENREZIDIV“ MIT VERGLEICH DER ERHEBUNGSJAHRE 1999 - 2001	6
LEISTENHERNIEN IM KINDESALTER.....	9
CHOLEZYSTEKTOMIE (MODUL 12/1).....	11
APPENDEKTOMIE (MODUL 12/2).....	12
OBERSCHENKELHALSFRAKTUR (MODUL 17/1).....	14
QUALITÄTSSICHERUNG IN DER ORTHOPÄDIE	16
HÜFTENDOPROTHETIK: HÜFT-TOTALENDOPROTHESEN-WECHSEL (MODUL 17/3)	16
QUALITÄTSSICHERUNG IN DER UROLOGIE.....	18
ANSPRUCH UND REALITÄT - PROSTATA (MODUL 14/1).....	18
MITGLIEDER DER ARBEITSGRUPPEN	
ARBEITSGRUPPE CHIRURGIE	19
ARBEITSGRUPPE ORTHOPÄDIE	20
ARBEITSGRUPPE UROLOGIE	20
ANSPRECHPARTNER IN DER SÄCHSISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER	
PROJEKTGESCHÄFTSSTELLE QUALITÄTSSICHERUNG	20

Externe Qualitätssicherung in der Chirurgie

VORWORT

Perßen, E.; Bennek, J.; Illmer, J.; Jungnickel, H.; Sandner, K.; Thomas, H.

Im Jahre 2001 wurden im Freistaat Sachsen nur noch die Leistenhernien nach altem Vertrag qualitätsmäßig bewertet. Die Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt. Auch dieses Mal differenzieren wir die Leistenhernien bei Kindern und Erwachsenen, außerdem erhoben wir zusätzlich bestimmte Kriterien bei Leistenhernien-Rezidiven.

Per Gesetz wurde die Qualitätskontrolle bei den Krankheitsbil-

dern Cholezystektomie, Appendizitis und Schenkelhalsfraktur zum 01.01.01 eingeführt. Es fehlte zu diesem Zeitpunkt die Software in vielen Kliniken, sodass die Erfassung erst im Laufe des Jahres begann und nur diese Ergebnisse bewertet wurden und eventuell Hochrechnungen erfolgen können. Die Verträge zu dieser neuen Form der Qualitätssicherung wurden im Jahre 2001 von den Vertragspartnern unterzeichnet.

LEISTENHERNIEN IM ERWACHSENENALTER

Illmer, J.; Bennek, J.; Jungnickel, H.; Perßen, E.; Sandner, K.; Thomas, H.

Im Jahr 2001 beteiligten sich 72 chirurgische Abteilungen der Krankenhäuser des Freistaates Sachsen an der externen Qualitätssicherung für die Tracerdiagnose „Leistenhernien im Erwachsenenalter“.

Es wurden 8.180 Patienten erfasst. Nach Abzug von 23 fehlerhaften Belegen konnten 8.157 ausgewertet werden. 855 Kinder wurden an Leistenhernien operiert. So ergibt sich eine Grundgesamtheit von 7.302 operierten Patienten mit Leistenhernienoperatio-

nen im Erwachsenenalter (über 14 Jahre).

Dabei wurden insgesamt 8.859 Hernienoperationen untersucht zu 8.500 im Jahr 2000. Dies beweist einen Anstieg bei allen um 359 Hernien im Vergleich zum Vorjahr. Abzüglich der Kinder wurden 7.876 Leistenhernien bei Patienten über 14 Jahren operativ versorgt.

Die Anzahl der operierten Rezidivleistenhernien, das heißt 917 zu 916 im Jahr 2000, ist konstant.

Tabelle 1: Operationsverfahren bei Leistenhernien aller Patienten im Erwachsenen- und Kindesalter

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
	<i>n</i>								
Anzahl Belege	7.028	6.834	6.781	7.310	7.100	7.420	7.804	7.848	8.180
konventionelles Operationsverfahren	6.951	6.644	6.324	6.137	5.552	5.471	5.535	5.743	6.012
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
konventionelles Operationsverfahren	98,9	97,2	93,3	84,0	78,2	73,7	70,9	73,2	73,7
endoskopisches Operationsverfahren	1,1	2,6	6,4	15,3	20,8	25,4	27,8	25,7	25,3
Umsteiger	0,0	0,2	0,3	0,8	1,0	0,9	1,3	1,1	1,0

Die Erfassung von 1993 bis 2001 bestätigt einen kontinuierlichen Anstieg der Patientenzahlen. Die erwartete Abnahme der stationär versorgten Patienten durch die Zunahme der ambulanten Eingriffe ist in der Erwachsenen Chirurgie demnach nicht eingetreten, obwohl die Abnahme der Bevölkerung in Sachsen statistisch bewiesen ist. Die modernen Verfahren der Allgemeinanästhesie aber auch der Einsatz der lumbalen Spinalanästhesie und teilweise der Infiltrationsanästhesie ermöglichen Eingriffe in hohen Altersklassen mit erheblichen präoperativen Risikofaktoren ASA 3 – 5.

Nachfolgende Tabelle 2 beweist diese Erkenntnis.

Die operierten Rezidive liegen mit mehr als 10 % hoch. Die absoluten Zahlen sind aber im Vergleich zum Vorjahr deutlich kleiner – bezogen auf den Anstieg von 359 Hernien im Jahr 2000.

Die Geschlechtsverteilung dokumentiert den sehr großen Anteil der männlichen Patienten:

männlich 6.593 = 90,3 %
weiblich 709 = 9,7 %.

Ein komplikationsloser Verlauf wurde bei 6.809 = 93,3 % der erwachsenen Patienten festgestellt. 8 = 0,1 % der Patienten sind verstorben.

Tabelle 2: Risikofaktoren und Komplikationen bei Leistenhernien aller Patienten im Erwachsenen- und Kindesalter

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
präoperative Risikofaktoren ASA 3 - 5	10,3	10,3	11,0	13,3	13,3	13,3	12,5	14,0	17,4
Gesamtkomplikationen	9,2	9,2	8,8	7,8	7,5	7,0	6,3	6,1	6,2
präoperative Liegezeit über 1 Tag bei inkarzerierten Hernien	21,7	16,5	16,5	18,4	19,6	20,2	17,0	17,9	15,2
postoperative Liegezeit über 14 Tage bei Operationen ohne Komplikationen	1,7	1,2	1,0	0,9	1,0	0,8	0,5	0,5	0,6
operationspflichtige Nachblutung	0,4	0,2	0,5	0,3	0,5	0,4	0,3	0,5	0,4
Skrotalschwellung und Hodenhochstand	1,5	1,6	1,1	0,8	1,1	0,8	0,8	0,8	0,7
Wundheilungsstörung / septische Komplikationen	5,2	5,2	5,2	4,9	3,9	3,6	3,6	3,6	4,0
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
mit Rezidivhernien	9,8	10,6	11,0	12,7	12,9	13,2	12,6	11,4	11,8
davon: verstorben	0,2	0,6	0,3	0,3	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0
ohne Rezidivhernien	90,2	89,4	89,0	87,3	87,1	86,8	87,5	88,6	88,2
davon: verstorben	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1

Operationstechniken nach Alters- und Geschlechtsstruktur:

	15 – 70 Jahre	über 70 Jahre
männlich		
konventionelle Operation	3.213	1.354
laparoskopische Operation	1.694	257
Umsteiger	66	9
weiblich		
konventionelle Operation	328	264
laparoskopische Operation	74	40
Umsteiger	2	1.

Die Operationsmethoden bei den Leistenhernien im Erwachsenenalter verteilen sich wie folgt:

konventionell	6.012	=	73,7 %
laparoskopisch	2.067	=	25,3 %
Umsteiger	68	=	1,0 %.

In Relation zu den Gesamtzahlen der Hernien hat sich das Verhältnis konventionell zu laparoskopisch nach deutlichem Anstieg der laparoskopischen Operationen von 1993 bis 1998 offenbar bei etwa 25 % laparoskopischer Eingriffe stabilisiert.

Die Zahlen in den Altersgruppen im Erwachsenenalter unterliegen nur geringfügigen Schwankungen zum Jahr 2000. Mit zunehmendem

Alter verringern sich die laparoskopischen Techniken:

bis 70 Jahre 65,8 % konventionell zu 33,0 % laparoskopisch
über 70 Jahre 84,0 % konventionell zu 15,5 % laparoskopisch.

Die therapiebeeinflussenden Begleiterkrankungen aller Patienten liegen bei 6,3 % ähnlich wie im Jahr 2000 mit 6,4 %, während sie unter Berücksichtigung der Grundgesamtheit der 7.302 Patienten mit Leistenhernien im Erwachsenenalter im Jahr 2001 = 9,7 % dokumentiert wurden.

Insgesamt sind 4.580 erwachsene Patienten mit gesundheitlichen Schäden (ASA 2 – 5) behaftet, das sind 62,7 % der Grundgesamtheit. Die präoperativen Risikofaktoren ASA 3 – 5 ohne Kinder ergeben 19,1 % für das Jahr 2001. Aus Tabelle 2 ist ein weiterer wesentlicher Anstieg auf 17,4 % zu 14 % im Vorjahr aller Patienten ersichtlich.

In der Tracerdiagnose „Leistenhernie“ liegt das Risikopotential sehr hoch.

Demgegenüber ist die Gesamtkomplikationsrate aller ausgewerteten Belege mit 6,2 % nahezu identisch zum Jahr 2000. Insgesamt wurde bei den intra- und postoperativen Komplikationen im Erwachsenenalter für das Erhebungsjahr 2001 = 6,8 % ermittelt.

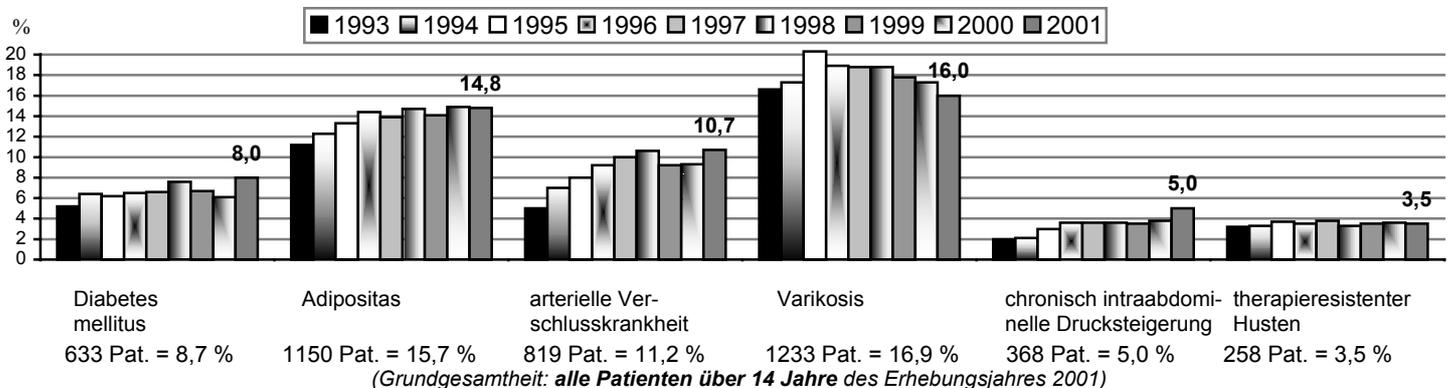


Abbildung 1: Begleiterkrankungen (Hernien in Prozent – Säulenwert = 2001)

Es liegen wie bisher in der Wertigkeit:
 1) Varikosis 2) Adipositas 3) arterielle Verschlusskrankheiten

4) Diabetes mellitus 5) chronischer intraabdomineller Druck
 6) therapieresistenter Husten.

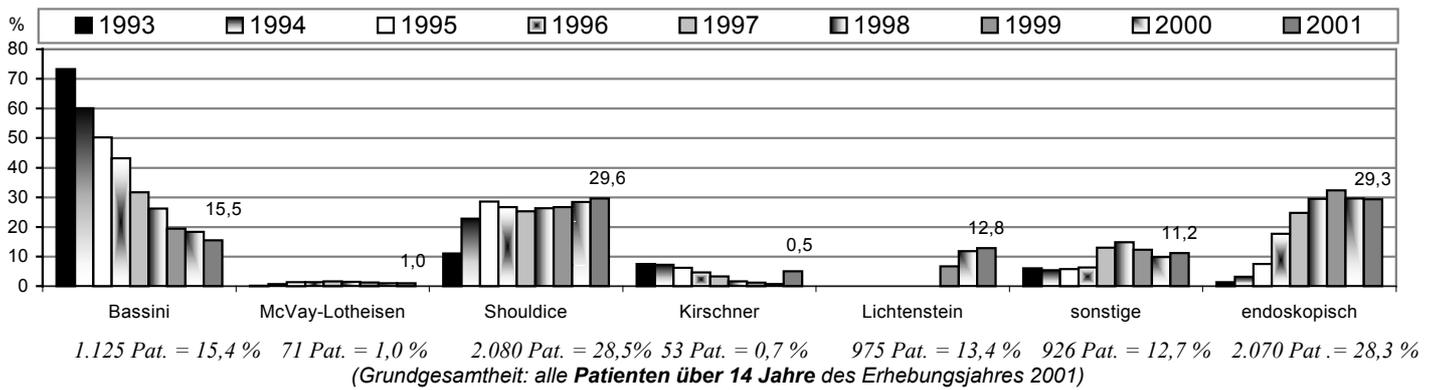


Abbildung 2: Operationsverfahren für Patienten über 14 Jahre (Hernien in Prozent – Säulenwert = 2001)

Die zahlenmäßige Entwicklung der angewandten Operationen in Bezug auf die Leistenhernien ist in *Abbildung 2* dargestellt. In der Häufigkeit steht jetzt das Shouldice - Verfahren gefolgt von den endoskopischen Eingriffen vor der Bassini - Methode. Die Lichtenstein-Operation erfährt eine Erhöhung auf 12,8 % im Vergleich zu 11,8 % im Jahr 2000.

Tabelle 3: Anästhesieart bei Leistenhernien aller Patienten im Erwachsenen- und Kindesalter

Anästhesie (Mehrfachnennung möglich)	Hernien gesamt		Allgemein-		Leitungs-		Infiltrations-		Kombinations-	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
konv. Hernien-OP + lap. beg., konv. fortgesetzt :	5.778	74,3	4.216	68,0	1.182	99,5	271	99,6	109	99,1
mit postoperativen Komplikationen	394	6,8	254	6,6	103	8,7	24	8,9	13	11,9
mit thromboembolischen Komplikationen	1	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
laparoskopische Hernien-Operation	1.995	25,7	1.987	32,0	6	0,5	1	0,4	1	0,9
mit postoperativen Komplikationen	61	3,1	58	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
mit thromboembolischen Komplikationen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Die Tabelle zeigt keine Trendänderung zu 2000, das heißt, der Vorrang wird der Allgemeinanästhesie eingeräumt.

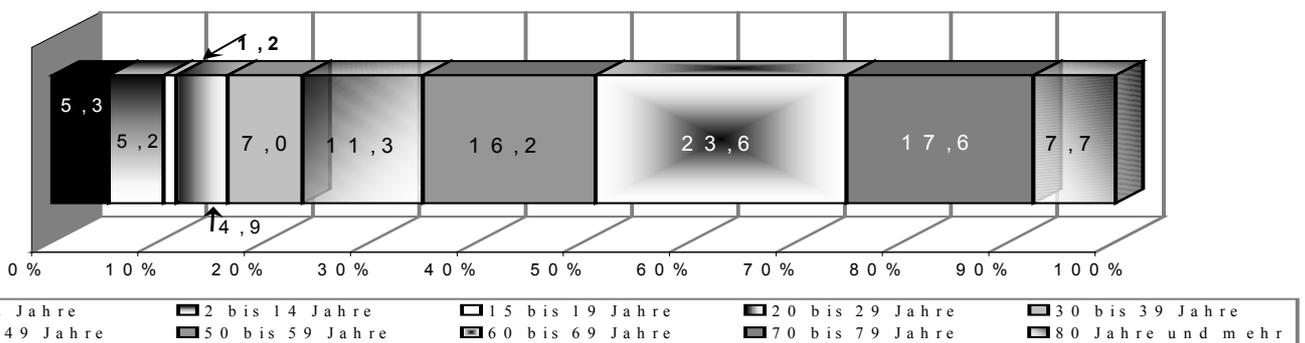


Abbildung 3: Altersverteilung aller Patienten (in Prozent)

Der Schwerpunkt liegt in der Altersklasse 60 – 69 Jahre. Die 70- bis 80-jährigen Patienten haben noch einen Anteil von 17,6 %.

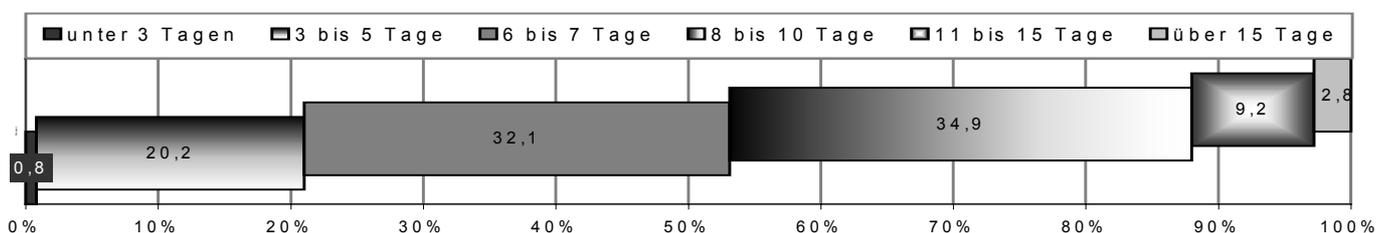


Abbildung 4: Verweildauer aller Patienten

Die Qualität der Leistenchirurgie sollte insbesondere an folgenden Parametern gemessen werden:

1) **Thromboseprophylaxe**

Bei 7.268 Patienten wurde eine Prophylaxe durchgeführt. Nur 34 Pa-

tienten erhielten keine = 0,47 %.

Es traten in 30 Fällen Nachblutungen auf – 5 bei medikamentöser Prophylaxe, 25 = 0,3 % bei physikalisch-medikamentöser Prophylaxe.

Es gab 3 thromboembolische Komplikationen = 0,04 % in der Gruppe physikalisch-medikamentös.

2) Postoperative Komplikationen mit Serom- / Hämatombildung

Nur bei 243 Patienten trat eine postoperative Komplikation (Serom / Hämatom) ohne Reinterventionszwang auf.

Die Komplikationen nach Operationsverfahren verhalten sich wie folgt:

Bassini	24	=	2,13 %
McVay-Lotheisen	2	=	2,82 %
Shouldice	74	=	3,56 %
Kirchner	3	=	5,66 %
Lichtenstein	48	=	4,92 %
sonstige	56	=	5,94 %
endoskopisch	35	=	1,69 %.

3) Operationspflichtige Nachblutungen

Operationspflichtige Nachblutungen traten bei 30 Patienten auf 7.302 Grundgesamtheit = 0,4 % auf.

4) Wundheilungsstörungen

Wundheilungsstörungen wurden bei 24 Patienten = 0,3 % berichtet.

5) Letalität

Aufgetretene Todesfälle:

GGS:	7.302 Patienten	=	8 Todesfälle = 0,1 %
ASA 3:	1.354 Patienten	=	6 Todesfälle
ASA 4:	38 Patienten	=	2 Todesfälle.

6) Verweildauer insbesondere als ökonomischer Faktor

Die postoperative Verweildauer über 14 Tage bei intra- / postoperativem komplikationslosem Verlauf betrifft 11 Patienten = 0,15 %.

Über den Median der Verweildauer gibt die *Tabelle 4* Auskunft:

Tabelle 4: Verweildauer (Median in Tagen) bei Leistenhernien aller Patienten im Erwachsenen- und Kindesalter

Einstufung der präoperativen Risikofaktoren					
Operation	ASA 1	ASA 2	ASA 3	ASA 4	ASA 5
konventionell	6	7	8	9	-
laparoskopisch	6	6	6	-	-
laparoskop. beg., konv. fortg.	6	8	6	-	-

Die Auswertung der Daten der externen Qualitätssicherung der Trauerdiagnose „Leistenhernien“ ergibt einen hohen Leistungsstand bei wachsenden Zahlen der stationären Eingriffe bei zunehmendem Einsatz neuer Operationsmethoden und einem gefestigten Stellenwert der laparoskopischen Verfahren mit einer Gesamtkomplikationsrate von gleichbleibend 6,2 % und einer Letalität von 0,1 %.

Sonderauswertung Zusatzbogen „Leistenhernienrezidiv“ mit Vergleich der Erhebungsjahre 1999 - 2001

Auch im Jahr 2001 sollte die Zielstellung der besonderen Erhebung „Leistenhernienrezidiv“ sein, Ursachen für die Entstehung eines Rezidivs zu finden.

Drei Erfassungsjahre 1999 – 2001 können jetzt ausgewertet werden.

Tabelle 5: Geschlechtsverteilung

Geschlecht	1999			2000			2001		
	Anzahl	Prozent		Anzahl	Prozent		Anzahl	Prozent	
männlich	873	94,9		881	96,1		870	95,0	
weiblich	47	5,1		36	3,9		46	5,0	

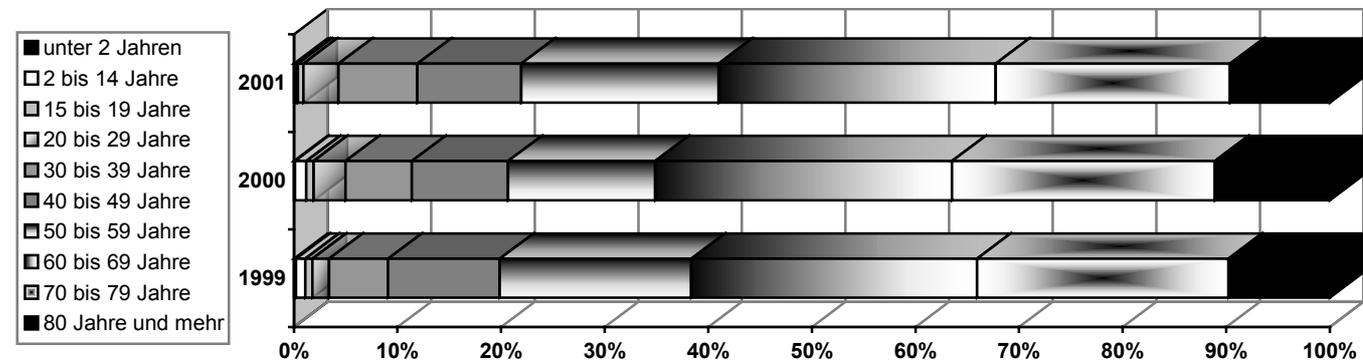


Abbildung 5: Altersverteilung bei Rezidivoperationen

Die Hauptbelastung liegt in der Altersgruppe 60 – 69 Jahre = 26,7 %.

Die 70 – 79-jährigen Patienten nehmen noch 22,6 % der Gesamtrezidivzahl von 917 ein.

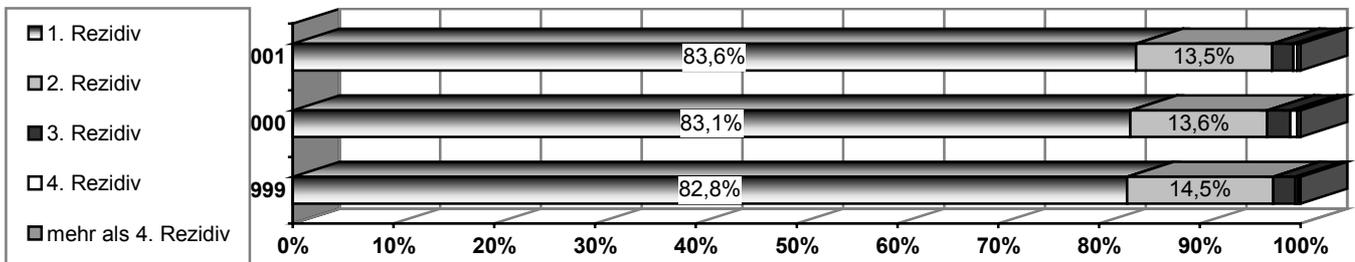


Abbildung 6: Häufigkeit der Rezidivvoroperationen

Bei 766 Patienten = 83,6 % wurde im Jahr 2001 das erste Rezidiv operiert.

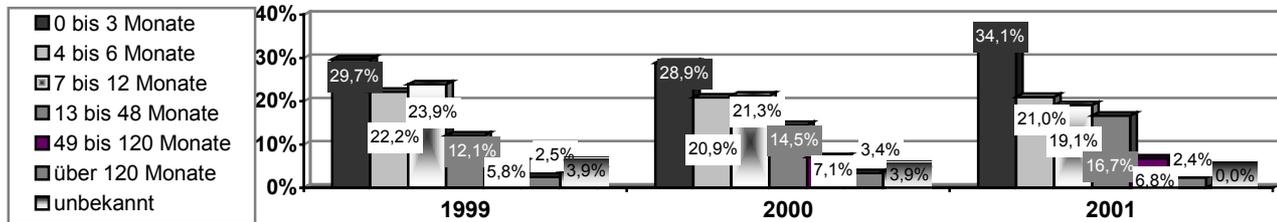


Abbildung 7: Zeitspanne der Bekanntheit des jetzigen Rezidivs

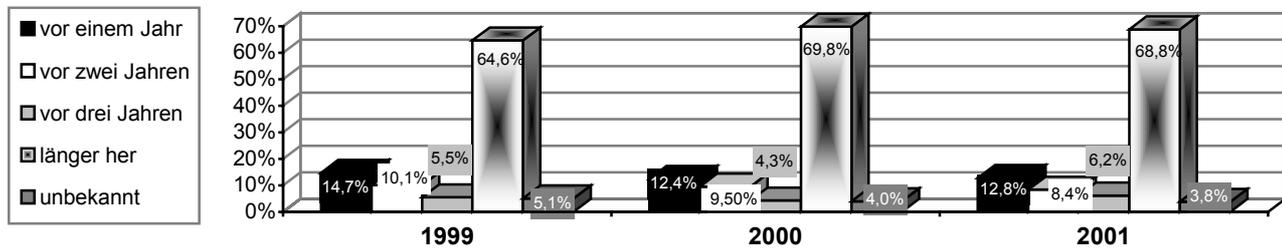


Abbildung 8: Zeitpunkt der letzten Voroperation

Bei 630 Patienten liegt die Erstversorgung länger als 3 Jahre zurück.

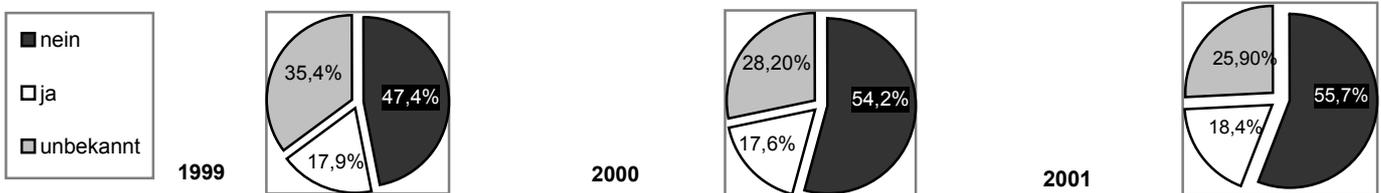


Abbildung 9: Angaben zur Schwerarbeit beim aktuellen Rezidiv

Bei 55,7 % der Patienten wird Schwerarbeit verneint, nur bei 18,4 % bestätigt.

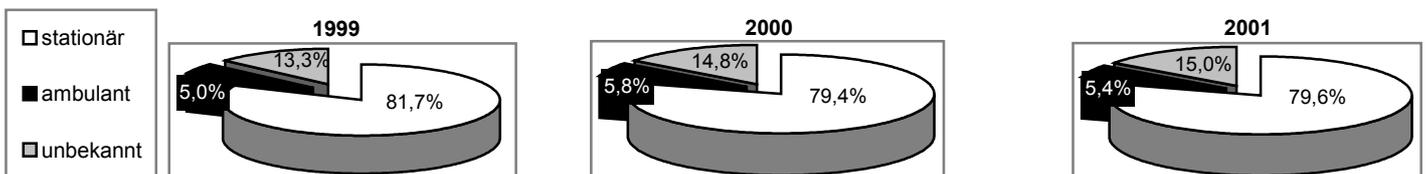


Abbildung 10: Versorgungsart der letzten Voroperation

Hier gibt es einen fast gleichbleibend hohen stationären Anteil.

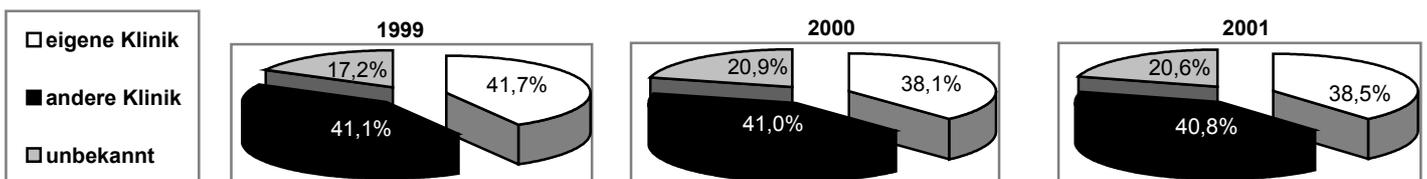


Abbildung 11: Versorgungsort der letzten Voroperation

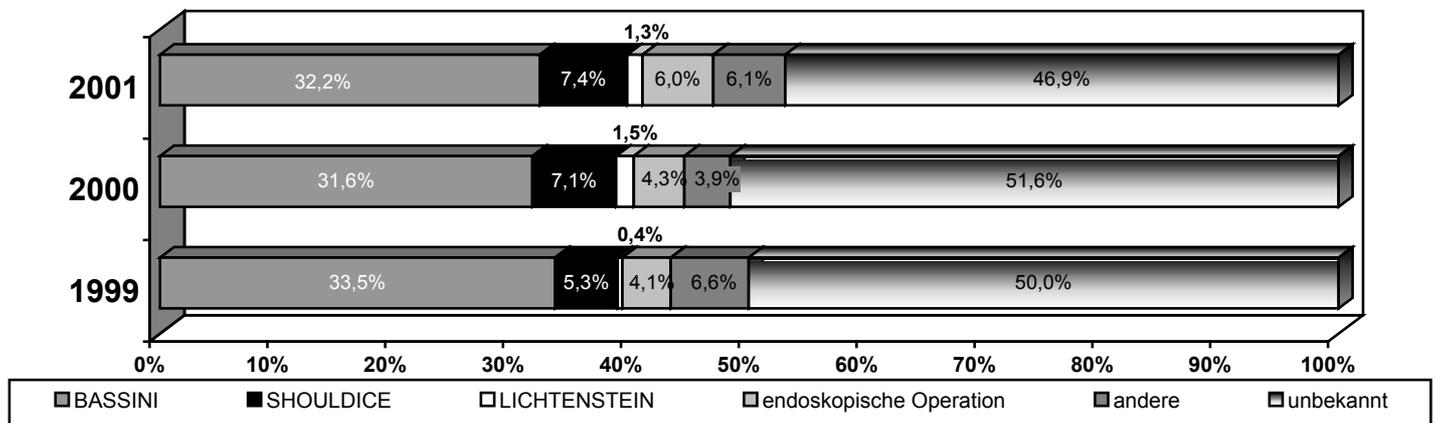


Abbildung 12: Methoden der Erstoperation

Tabelle 6: Methoden der Erstoperation

bekannt	1999			2000			2001		
	n	%	bekannt %	n	%	bekannt %	n	%	bekannt %
BASSINI	308	33,5	67,0	290	31,6	65,3	295	32,2	60,7
SHOULDICE	49	5,3	10,7	65	7,1	14,6	68	7,4	14,0
LICHTENSTEIN	4	0,4	0,9	14	1,5	3,2	12	1,3	2,5
endoskopische Operation	38	4,1	8,3	39	4,3	8,8	55	6,0	11,3
andere	61	6,6	13,3	36	3,9	8,1	56	6,1	11,5
<i>davon:</i>									
<i>Bassini/Kirschner</i>	10	1,1	2,2	9	1,0	2,0	23	2,5	4,7
<i>Kirschner</i>	8	0,9	1,7	5	0,5	1,1	6	0,7	1,2
<i>Czerny</i>	4	0,4	0,9	3	0,3	0,7	2	0,2	0,4
<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	-	0,3	0,6
<i>Perras</i>	7	0,8	1,5	-	-	-	-	0,8	1,4
<i>Girard</i>	4	0,4	0,9	-	-	-	2	0,2	0,4
<i>Zimmermann</i>	2	0,2	0,4	-	-	-	1	0,1	0,2
<i>weitere</i>	14	1,5	3,0	8	0,9	1,8	11	1,2	2,3
unbekannt	460	50,0		473	51,6		430	46,9	

Der Anteil der Rezidivoperationen nach endoskopischer Voroperation ist von 1999 – 2001 von 4,1 % auf 6 % gestiegen (nicht Rezidivrate). Bei der Shouldice-Methode wird ein Anstieg von 5,3 % auf 7,4 % registriert.

Die Auswertung des Jahres 2001 und der Vergleich zu 1999 sowie 2000 lassen keine Schlüsse auf wesentliche Ursachen für das Entstehen der Rezidive - insbesondere eine besondere Belastung einer Methode - zu.

Ein Drittel der Rezidivpatienten war historisch bedingt immer noch mit der Bassinimethode voroperiert. Es gibt aber auch zunehmend Rezidive bei Patienten mit der Erstversorgung nach Shouldice oder einer endoskopischen Technik.

Nach wie vor sind vermutlich das Alter und die Gewebebeschaffenheit verantwortlich.

Schwerarbeit, Wundheilungsstörungen als auch Serom- und Hämatombildungen spielen keine ursächliche Rolle.

Abschließend kann festgestellt werden, dass die dreijährige Untersuchung der Leistenhernienrezidivchirurgie folgende Schlussfolgerungen zulässt:

1. Es gibt keine rezidivfreie Methode.
2. Die Ausweitung einer Operationsmethode führt zum Anstieg der Rezidive.
3. Obwohl in der Literatur die endoskopischen Eingriffe für die Versorgung der Rezidive empfohlen werden, wurden in Sachsen die meisten Rezidivhernien offen operiert.
4. Mehr als die Hälfte der Patienten hat die Rezidivoperation in einem anderen Krankenhaus durchführen lassen.

Die eigentliche Fragestellung nach den Ursachen der Rezidive ist in dem relativ kurzen Zeitraum von drei Jahren nicht beantwortbar. Wissenschaftliche Studien sind über einen größeren Zeitraum notwendig.

LEISTENHERNIEN IM KINDESALTER

Bennek, J.; Illmer, J.; Jungnickel, H.; Perßen, E.; Sandner, K.; Thomas, H.

Die Gesamtzahl der stationär operierten Kinder zeigt weiterhin eine fallende Tendenz. Der Anteil der Kinder unter 2 Jahren bleibt relativ konstant. Wiederholt wurde auf ambulante Leistenhernienoperationen als eine Erklärung hingewiesen. Der Wunsch der Eltern nach

ambulanter Operation ihres Kindes nimmt ständig zu. Auch bei Aufhebung der Budgetierungsphase muss zukünftig mit einer hohen ambulanten Operationsfrequenz gerechnet werden (Tabelle 7).

Tabelle 7: Anteil Kinder an der Gesamtzahl der Patienten von 1993 - 2001

Gesamtzahl	1993		1995		1997		1999		2000		2001		1993 - 2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ausgewertete Belege (Patienten)	7.028	100,0	6.781	100,0	7.100	100,0	7.804	100,0	7.848	100,0	8.157	100,0	66.282	100,0
davon														
Kinder < 15 Jahren	1.643	23,4	1.063	15,7	907	12,8	864	11,1	906	11,5	855	10,5	9.636	14,5
davon: männlich	1.201	73,1	784	73,8	683	75,3	673	77,9	684	75,5	685	80,1	7.250	82,6
davon														
Kinder < 2 Jahren	346	4,9	325	4,8	375	5,3	405	5,2	455	5,8	435	5,3	3.538	5,3
davon: männlich	278	80,4	269	82,8	303	80,8	334	82,5	358	78,7	365	83,9	2.879	81,4
Fälle pro Klinik/Jahr	23	1,4	15	1,4	12	1,3	12	1,4	13	1,4	12	1,4	136	1,4

Die speziellen Daten des Leistenhernienbefundes zeigen keine auffälligen Schwankungen. Erfreulich ist der Rückgang inkarzierter Leistenhernien, insbesondere bei Kindern unter 2 Jahren. Die Rezidivrate konnte von 0,9 % auf 0,4 % bei Kindern unter 2 Jahren und von 1,6 % auf 0,5 % bei Kindern unter 15 Jahren gesenkt werden (Tabelle 8a und b).

Die Aussagekraft der Auswertung des Zusatzbogens – „Leistenhernienrezidiv“ ist für Kinder begrenzt. Es wurden 4 Kinder erfasst, von denen 2 Kinder unter 2 Jahren innerhalb der letzten drei Jahre und 2 Kinder im Alter zwischen 2 und 14 Jahren vor mehr als drei Jahren ihre Voroperation hatten. Ein zweites Rezidiv wurde nicht beobachtet. Die Erstoperationen erfolgten nach Girard und Czerny jeweils bei 2 Kindern.

Tabelle 8a: Spezielle Daten des Leistenhernienbefundes bei Kindern unter 2 Jahren

	1993		1995		1997		1999		2000		2001		1993 - 2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
einseitig	306	88,4	282	86,8	316	84,3	333	82,2	373	82,0	360	82,8	3.003	84,9
doppelseitig	40	11,6	43	13,2	59	15,7	72	17,8	82	18,0	75	17,6	535	15,1
reponibel	331	85,8	345	93,8	390	89,9	424	88,9	462	86,4	461	90,4	3.629	81,5
irreponibel	17	4,4	11	3,0	20	4,6	20	4,2	27	5,0	24	4,7	169	3,8
inkarziiert	38	9,8	12	3,2	24	5,5	33	6,9	48	8,9	25	4,9	275	6,2
Rezidivleistenhernie	7	1,8	2	0,5	1	0,2	3	0,6	5	0,9	2	0,4	39	0,9
Hernia scrotalis / labialis	44	11,4	37	10,3	42	9,7	55	11,5	67	12,5	52	10,2	463	10,4
Hernia permagna	19	4,9	16	4,5	19	4,4	37	7,8	34	6,3	31	6,1	267	6,0
unauffällige Hodengröße	273	88,4	273	91,3	322	93,1	371	93,9	409	95,8	398	91,5	3.094	93,2
Gesamt Hernien	623	100	368	100	434	100	477	100	537	100	510	100	4.455	100,0

Tabelle 8b: Spezielle Daten des Leistenhernienbefundes bei Kindern unter 15 Jahren

	1993		1995		1997		1999		2000		2001		1993 - 2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
einseitig	1.496	91,0	957	90,0	810	89,3	749	86,7	781	86,2	727	85,0	8.587	89,1
doppelseitig	147	9,0	106	10,0	97	10,7	115	13,3	125	13,8	128	15,0	1.049	10,9
reponibel	1.715	95,8	1.134	97,0	944	94,0	916	93,6	947	91,9	919	93,7	10.123	89,8
irreponibel	27	1,5	15	1,3	25	2,5	24	2,5	32	3,1	32	3,3	221	2,0
inkarziiert	48	2,7	20	1,7	35	3,5	39	4,0	52	5,0	30	3,1	338	3,0
Rezidivleistenhernie	27	1,5	19	1,6	12	1,2	13	1,3	17	1,6	5	0,5	153	1,4
Hernia scrotalis / labialis	90	5,0	60	5,1	61	6,1	69	7,0	92	8,9	76	7,7	729	6,5
Hernia permagna	23	1,3	30	2,6	36	3,6	50	5,1	44	4,3	42	4,3	397	3,5
unauffällige Hodengröße	1.051	81,5	774	90,3	684	91,7	718	93,6	736	93,9	702	89,1	7.930	90,2
Kryptorchismus	139	11,6	53	6,8	62	9,1	71	10,5	75	11,0	83	12,1	820	9,9
Gesamt Hernien	2.180	100	1.169	100	1.004	100	979	100	1.031	100	983	100	11.272	100

Rückläufig ist die Häufigkeit von präoperativen Risikofaktoren der ASA-Einstufungen 3 – 5 (Tabelle 9).

Tabelle 9: Häufigkeit von präoperativen Risikofaktoren

präoperative Risikofaktoren	1993		1995		1997		1999		2000		2001		1993 - 2001	
	< 2 Jahre	< 15 Jahre	< 2 Jahre	< 15 Jahre										
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
ASA 2	7,5	3,2	16,0	8,3	15,0	8,0	18,0	11,5	22,2	13,4	21,1	13,0	16,6	9,6
ASA 3 bis 5	2,3	1,0	4,9	2,0	5,5	3,1	6,6	4,1	9,2	5,0	6,9	3,6	5,9	3,1

Das Verteilungsmuster der konventionellen Operationsverfahren hat sich nicht wesentlich verändert (Abbildung 13a und b).

Im Erhebungsjahr 2001 wurde kein Bruchpfortenverschluss laparoskopisch durchgeführt.

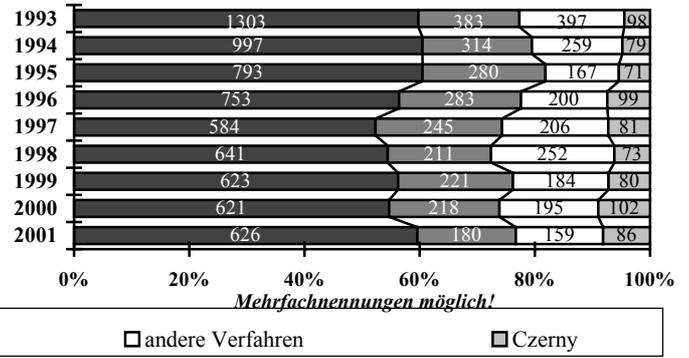
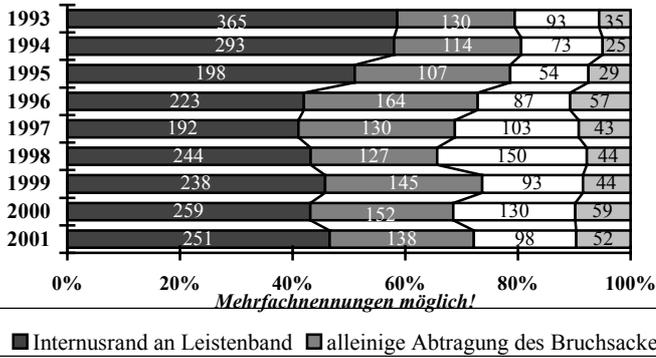


Abbildung 13a: Operationsverfahren bei Kindern < 2 Jahren

Abbildung 13b: Operationsverfahren bei Kindern < 15 Jahren

Intraoperative Komplikationen und postoperative Wundheilungsstörungen traten nicht auf.

7 Skrotal- und 2 Hodenschwellungen wurden beobachtet (0,9 %) (Tabelle 10a und b).

Tabelle 10a: Komplikationen bei Leistenhernien im Alter unter 2 Jahren

Leistenhernien	1993		1995		1997		1999		2000		2001		1993-2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
intraoperative Komplikationen														
Verletzung der Blase	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	2	0,46	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,05
Nachblutung	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,20	0	0,00	0	0,00	2	0,05
insgesamt	0	0,00	0	0,00	2	0,46	1	0,20	0	0,00	0	0,00	4	0,10
postoperative Komplikationen														
Skrotalschwellung	1	0,26	3	0,82	0	0,00	2	0,50	1	0,19	7	1,37	16	0,39
Hodenschwellung	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,19	1	0,20	2	0,05
Wundheilungsstörung	2	0,52	1	0,27	1	0,23	1	0,21	0	0,00	0	0,00	13	0,32
insgesamt	3	0,78	4	1,09	1	0,23	3	0,63	2	0,37	8	1,60	31	0,76
intra- und postoperative Komplikationen														
insgesamt	3	0,78	4	1,09	3	0,69	4	0,84	2	0,37	8	1,60	35	0,86

Tabelle 10b: Komplikationen bei Leistenhernien im Alter unter 15 Jahren

Leistenhernien	1993		1995		1997		1999		2000		2001		1993 - 2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
intraoperative Komplikationen														
Verletzung der Blase	0	0,00	1	0,09	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,02
Verletzung anderer Nachbarorgane	1	0,06	1	0,09	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	0,10	1	0,10	0	0,00	5	0,05
insgesamt	1	0,06	2	0,18	2	0,20	1	0,10	1	0,10	0	0,00	11	0,11
Postoperative Komplikationen														
Skrotalschwellung	5	0,28	6	0,51	3	0,30	2	0,20	2	0,20	7	0,71	30	0,24
Hodenschwellung	6	0,34	2	0,17	0	0,00	0	0,00	1	0,10	2	0,20	13	0,11
Wundheilungsstörung	8	0,45	6	0,51	1	0,10	1	0,10	1	0,10	0	0,0	20	0,18
insgesamt	19	1,06	14	1,19	4	0,40	3	0,31	4	0,41	9	0,91	63	0,59
intra- und postoperative Komplikationen														
insgesamt	20	1,12	16	1,37	6	0,56	4	0,41	5	0,51	9	0,91	74	0,69

Die stationäre Verweildauer der Kinder über 3 Tage erscheint ohne nachweisbare Komplikationen zu lang (Abbildung 14).

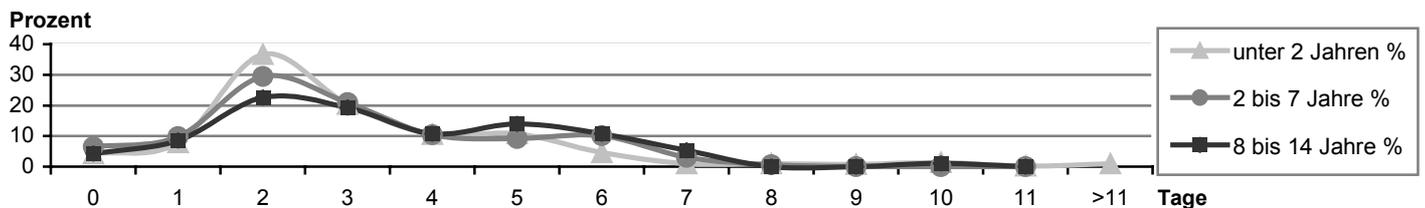


Abbildung 14: Verweildauer der Kinder nach Altersstufen

Nach wie vor zeigt die Erhebung im Freistaat Sachsen eindrucksvoll die hohe Qualität der Versorgung von Leistenhernien im Kindesalter.

CHOLEZYSTEKTOMIE (MODUL 12/1)

Jungnickel, H.; Bennek, J.; Illmer, J.; Perßen, E.; Sandner, K.; Thomas, H.

Im Jahre 2001 wurden im Freistaat Sachsen 9.475 Cholezystektomien (Fallpauschalen 12.01, 12.02, 12.03 und 12.04 sowie Sonderentgelte 12.10 und 12.12) den Krankenkassen gegenüber abgerechnet. Das entspricht durchaus den Fallzahlen pro Jahr, welche von 1993 bis 2000 anhand der Tracerdiagnose „Cholelithiasis / -zystitis“ erfasst wurden (Tabelle 11). Allerdings muss dabei beachtet werden, dass das Sonderentgelt 12.11, also die Operationen mit Choledochusrevision, nicht mehr in die Qualitätssicherung einbezogen wird, dafür aber sogenannte Begleitcholezystektomien im Rahmen anderer Operationen mit ins Gewicht fallen, da diese in aller Regel über ein Sonderentgelt erfasst werden. Die Zahl der Choledochusrevisionen wäre interessant, um genaue Aussagen zur Therapie der Gallengangskonkremente (therapeutisches Splitting oder alleinige Operation) zu erhalten, die Begleitcholezystektomien dagegen könnten einen negativen Einfluss auf Verweildauer und Komplikationsrate ausüben.

Durch verschiedene Probleme ist die Erfassung im Jahre 2001 unvollständig. So wurden nur für 7.252 Cholezystektomien auswertbare Datensätze der Qualitätssicherung zugeführt, das ent-

spricht 76,5 %. Die Datensätze, welche folgender Auswertung zugrunde liegen, können also nur orientierend gewertet werden.

Basisauswertung:

In 72,3 % handelte es sich um elektive Eingriffe, dagegen wurden 21,4 % aller Cholezystektomien akut durchgeführt. Über Sonderentgelte, also ohne Angabe der Dringlichkeit, wurden 6,1 % abgerechnet.

Die Anzahl der laparoskopischen Eingriffe lag bei 80,5 %, damit ist ein deutlicher Anstieg im Vergleich zum Vorjahr (74,8 %) zu verzeichnen. Die Umsteigerrate ist im Vergleich zu den Vorjahren mit 5,5 % geringfügig gesunken (Tabelle 11).

51 % aller operierten Patienten waren 60 Jahre und älter, auch diese Zahl entspricht den Angaben der letzten drei Jahre (Tabelle 11).

Die medikamentöse Thromboseprophylaxe wurde mit 99,3 % angegeben, ebenso lag die Durchführung der histologischen Untersuchung der Präparate bei 99,3 %. Hier ist weiterhin ein hoher Standard erreicht (Tabelle 11).

Tabelle 11: Ausgewählte Parameter

	1997	1998	1999	2000	2001
Gesamtzahl	operativ behandelte Patienten				auswertbare Datensätze
	9.397	9.706	9.766	9.407	7.252
davon:	%	%	%	%	%
Operationsverfahren					
- laparoskopisch	66,1	68,6	72,1	74,8	80,5
- konventionell	27,7	24,7	21,7	19,0	14,0
- laparoskop. begonnen, konv. beendet	6,2	6,8	6,2	6,3	5,5
Alter > 60 Jahre	49,3	50,4	51,5	52,0	51,0
Thromboseprophylaxe	99,7	99,7	99,7	99,7	99,3
histologische Untersuchung der Präparate	98,8	98,8	98,6	98,4	99,3
Letalität	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5

Bei der Auswertung der Datensätze über Fallpauschalen und Sonderentgelte wurden bestimmte Qualitätsmerkmale durch die BQS definiert, welche mit den bisherigen Erfassungskriterien im Rahmen der Tracerdiagnose nur teilweise vereinbar sind. Deshalb wird im Folgenden auch auf Vergleiche zu den Vorjahren weitgehend verzichtet.

Qualitätsmerkmal: Indikation

Ziel: nur notwendige Operationen

Anhand der Tabelle 12 wird ersichtlich, dass nur 83 % aller Operationen mit einer ausreichenden Indikation durchgeführt wurden, bei elektiven Eingriffen liegt die Zahl sogar nur bei 80,1 %. Diese Zahlen dürften kaum der Realität entsprechen, es sollte unbedingt eine Abklärung erfolgen, da auch in der Gruppe 1 (akute Behandlungsfälle) die Indikation nur zu 93,9 % gegeben gewesen sein soll.

Tabelle 12: Operationsindikation

	akut	elektiv	Sonderentgelt	alle Operationen
Fälle in der Gruppe	1.587	5.212	445	7.244
davon:	%	%	%	%
Fälle mit rezidivierenden Koliken	60,7	60,7	46,3	59,8
Fälle mit uncharakteristischen Schmerzen im rechten Oberbauch u. sicherem Steinnachweis und zusätzlicher Umgebungsdiagnostik	32,8	36,6	52,6	36,8
Fälle mit sicherem Steinnachweis und extra-hepatischer Cholestase	11,7	4,3	26,3	7,3
Fälle mit Cholestase, anamnestisch und sicherem Galleinsteinnachweis und zusätzlicher Umgebungsdiagnostik	7,9	4,9	18,0	6,4
Fälle mit akuten Entzündungszeichen UND (klinischem Befund ODER Leukozyten ODER Temperatur ODER Sonographie)	78,3	6,7	43,6	24,6
alle Fälle mit ausreichender Indikation	93,9	80,1	84,9	83,0

Qualitätsmerkmal: Blutbedarf

Ziel: selten Bluttransfusionen

Bei 1,6 % aller Operationen war eine Bluttransfusion notwendig. Da hier keine Aufschlüsselung nach Fallpauschalen / Sonderent-

gelten getroffen wird, kann nicht gesagt werden, ob die Blutübertragung wirklich auf die Cholezystektomie zurückzuführen ist oder ob es sich um eine Transfusion bei größeren Eingriffen und einer Begleitcholezystektomie gehandelt hat.

Qualitätsmerkmal: Verweildauer

Ziel: angemessene Verweildauer

Die Zahlen entsprechen durchaus den Erwartungen. Die Verweildauer bei offen-chirurgischen Operationen liegt deutlich höher als bei laparoskopischen Operationen, auch bei Notoperationen ist der Krankenhausaufenthalt länger als bei elektiven Eingriffen. Ebenfalls ist die lange Verweildauer bei Abrechnung über das Sonderentgelt (16 Tage) nicht verwunderlich, da hier die Begleitcholezystektomien und zum Beispiel auch frühelektive Cholezystektomien bei biliärer Pankreatitis einfließen (Tabelle 13).

Tabelle 13: Verweildauer

	Anzahl	Median (Tage)
alle Fälle	7.246	7
offen chirurgische Operationen (FP 12.01, 12.03, SE 12.10)	1.405	11
laparoskopische Operationen (FP 12.02, 12.04, SE 12.12)	5.833	7
akut (FP 12.01, 12.02)	1.553	9
elektiv (FP 12.03, 12.04)	5.240	7
ohne Angabe der Dringlichkeit (SE 12.10, 12.12)	445	16
ASA 1 oder 2	5.865	7
ASA 3	1.325	10
ASA 4 oder 5	56	20
Alter < 60 Jahre	3.552	6
Alter ≥ 60 Jahre	3.694	8

Qualitätsmerkmal: eingriffsspezifische Komplikationen

Ziel: selten behandlungsbedürftige Komplikationen

Bei 1,4 % aller Operationen wurde mindestens eine behandlungsbedürftige eingriffsspezifische Komplikation angegeben, wobei die offen-chirurgischen Eingriffe mit 3,5 % deutlich schlechter als die laparoskopischen Eingriffe mit 0,9 % abschneiden (Tabelle 14).

Tabelle 14: eingriffsspezifische Komplikationen

	alle Fälle	offen-chirurgisch	laparoskopisch
Fälle mit mindestens einer der nachfolgenden eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation	1,4	3,5	0,9
davon:	%	%	%
Gefäßverletzung	0,4	1,3	0,1
Verletzung von Nachbarorganen	0,2	0,6	0,1
Gallengangsverletzung	0,2	0,4	0,1
persistierende Gallenfistel	0,7	1,4	0,6

Qualitätsmerkmal: postoperative Komplikationen

Ziel: selten postoperative Komplikationen

Die Häufigkeit des Auftretens von postoperativen Komplikationen ist der Tabelle 15 zu entnehmen. Im Vergleich dazu wurde die

Gesamtkomplikationsrate im Jahr 2000 bei konventionellen Operationen mit 17,2 % und bei laparoskopischen Operationen mit 5,1 % angegeben.

Tabelle 15: postoperative Komplikationen (in Prozent)

alle Fälle	7,0
offen-chirurgische Operation	18,0
laparoskopische Operation	4,3
akut	10,8
elektiv	4,6
ohne Angabe der Dringlichkeit	21,4
ASA 1 oder 2	4,7
ASA 3	15,8
ASA 4 oder 5	46,0
Alter < 60 Jahre	3,7
Alter ≥ 60 Jahre	10,2

Qualitätsmerkmal: Reinterventionen

Ziel: geringe Reinterventionsrate

Im Vergleich zum Vorjahr ist eine geringe Abnahme der Reinterventionen vor allem bei offen-chirurgischen Operationen zu verzeichnen (Tabelle 16).

Tabelle 16: Reinterventionsrate (in Prozent)

	2000	2001
alle Fälle	2,9	2,6
offen-chirurgische Operation	6,5	5,5
laparoskopische Operation	1,9	1,9
akut	6,5	2,9
elektiv	2,6	2,1
ohne Angabe der Dringlichkeit	-	7,6

Qualitätsmerkmal: Letalität

Ziel: geringe Letalität

Die Letalität liegt mit 0,5 % im Bereich der Vorjahre, wobei auch hier die hohe Letalität bei Erfassung über Sonderentgelte (4,0 %) auffällt (Tabelle 11 und 17).

Tabelle 17: Letalität (in Prozent)

alle Fälle	0,5
offen-chirurgische Operation	2,2
laparoskopische Operation	0,1
akut	0,6
elektiv	0,1
ohne Angabe der Dringlichkeit	4,0
ASA 1 oder 2	0,1
ASA 3	1,5
ASA 4 oder 5	18,0
Alter < 60 Jahre	0,1
Alter ≥ 60 Jahre	0,9

APPENDEKTOMIE (MODUL 12/2)

Thomas, H.; Bennek, J.; Illmer, J.; Jungnickel, H.; Perßen, E.; Sandner, K.

Mit den durch den Gesetzgeber eingeführten Änderungen der §§ 137 und 112 des SGB V wurde 2001 erstmals die Appendektomie als Qualitätsparameter der chirurgischen Kliniken in Sachsen untersucht. Die bekannten Mängel bei der Bereitstellung des „notwendigen Handwerkszeuges“ zur rechtzeitigen und flächendeckenden Erfassung aller Daten müssen nicht extra erwähnt werden. Die erhobenen Daten sind deshalb unvollständig und können nur als erste Orientie-

rung sowie als Ausgangsbasis für die nächsten Jahre dienen. Die Arbeitsgruppe Chirurgie der Sächsischen Landesärztekammer hatte bisher auf die Gestaltung der Erhebungsbögen keinen Einfluss. Die formulierten Qualitätsziele lassen die Handschrift der Krankenkassen erkennen. Die bereits an die Chefärzte versandte Auswertung erscheint uns in einigen Abschnitten ungewohnt und fachlich nicht sehr sinnvoll. Hier sehen wir Änderungsbedarf. Andererseits sind einzelne

Parameter durchaus wertvoll und zur Standortbestimmung der eigenen Klinik geeignet.

Gelegentlich auftretende technische Fehler in den durch eine Fremdfirma erstellten Auswertungen sind bekannt und wurden bereits reklamiert, sodass im nächsten Jahr korrekte Statistiken erwartet werden.

Eingangskriterien:

Insgesamt kamen 6.121 Appendektomien zur Auswertung. Als Einschlusskriterium der Dokumentation galt die Abrechnung über die in *Tabelle 18* aufgeführten Fallpauschalen und Sonderentgelte. Bei den Krankenkassen wurden laut Selbstauskunft der Krankenhäuser insgesamt 9.524 der in *Tabelle 18* genannten Fallpauschalen und Sonderentgelte für 2001 abgerechnet, sodass die generelle Erfassungsrate 2001 in der vorliegenden Untersuchung ca. 64,3 % betrug.

Tabelle 18

Gesamt 2001	n	%
FP 12.05 Appendicitis non perforata: Appendektomie, offen-chirurgisch	2.888	47,2
FP 12.06 Appendicitis non perforata: Appendektomie, laparoskopisch	1.611	26,3
SE 12.16 Appendektomie, offen-chirurgisch	1.360	22,2
SE 12.17 Appendektomie, laparoskopisch	262	4,3

1.873 Patienten (30,6 %) wurden laparoskopisch operiert. Das Sonderentgelt 12.17 (im Allgemeinen laparoskopische Appendektomie bei Kindern unter 14 Jahren und/ oder bei Perforation) wurde 262-mal (4,3 %) dokumentiert. In 181 Fällen (3 %) wurde vom laparoskopischen zum offenen Verfahren konvertiert.

Patientengut:

Tabelle 19 zeigt die Alters-, Geschlechts- und Risikostratifizierung des Patientengutes. Im Wesentlichen handelt es sich bei den Appendizitis-Kranken um junge Patienten mit dem bekannten Altersgipfel und keinen oder geringer Nebenerkrankung.

Tabelle 19

Alter (Jahre)	Gesamt 2001	
Minimum	0 Jahre	
Median	22 Jahre	
Durchschnitt	30 Jahre	
Maximum	100 Jahre	
Altersverteilung (in Jahren)	n	%
< 20 Jahre	2.602	42,5
20 – 39 Jahre	1.917	31,3
40 – 59 Jahre	904	14,8
60 – 79 Jahre	580	9,5
≥ 80 Jahre	117	1,9
Geschlecht	n	%
männlich	2.525	41,3
weiblich	3.596	58,7
Einstufung nach Klassifikation	n	%
ASA 1	4.494	73,4
ASA 2	1.290	21,1
ASA 3	318	5,2
ASA 4	19	0,3
ASA 5	0	0,0

Qualitätsziel: Übereinstimmung der Diagnosen

Bei Fallpauschalen, das heißt unkomplizierte Fälle bei erwachsenen Patienten

Die Gegenüberstellung der Häufigkeiten von Einweisungs-, Aufnahme- und Entlassungsdiagnosen zeigt kaum große Unterschiede.

Die häufigste Einweisungsdiagnose bei den Fallpauschalen (n = 4.499) war mit 68,6 % die K 35.9 (akute Appendizitis), gefolgt von der K 36 (sonstige Appendizitis, chronisch, rezidivierend) mit 9,7 % und der K 37 (nicht näher bezeichnete Appendizitis) mit 2,3 %.

An vierter Stelle folgte die R 10.0 (akutes Abdomen) mit 0,8 %.

Bei Sonderentgelten, das heißt im Allgemeinen mit komplizierteren Fällen und Kindern unter 14 Jahren

Naturgemäß sind die Unterschiede hier etwas größer. Häufigste Einweisungsdiagnose bei den Sonderentgelten (n = 1.622) war ebenfalls die K 35.9 (akute Appendizitis) mit 62,9 %, gefolgt von der K 35.0 (akute Appendizitis mit Peritonitis) mit 4,6 % und der K 36 (sonstige Appendizitis, chronisch, rezidivierend) mit 4,3 %. Es folgten die K 35.1 (akute Appendizitis mit Peritonealabszess) sowie die R 10.0 (akutes Abdomen) mit je 2 %.

Die Krankenhausärzte stellten als Aufnahmediagnose die K 35.9 (akute Appendizitis) in 65,8 % der Fälle - also häufiger - als die Einweiser, dafür aber die K 35.0 (akute Appendizitis mit diffuser Peritonitis) in 9,1 % der Fälle - also häufiger - und die K 36 (sonstige Appendizitis, chronisch, rezidivierend) mit 5,9 % - fast ebenso oft - wie die Einweiser.

Bei Entlassung stellte sich der Anteil der K 35.9 (akute Appendizitis) mit 56,1 % noch seltener dar. Die K 35.0 (akute Appendizitis mit Peritonitis) stieg dagegen auf 17 % und die K 35.1 (akute Appendizitis mit Peritonealabszess) auf 9,6 %.

Qualitätsziel: Präoperative Diagnostik

In *Tabelle 20* sind die Ergebnisse der durchgeführten präoperativen Diagnostik aufgeführt. 90,5 % aller Patienten zeigten akute Entzündungszeichen. Von diesen hatten 98,1 % die klinischen Zeichen einer Appendizitis (Lokalbefund).

Tabelle 20

Akute Entzündungszeichen	n	%
Anzahl der Patienten	5.541	90,5
davon Nachweis durch:		
klinischen Befund (Lokalbefund)	5.435	98,1
Leukozyten (> 12.000 Zellen / mm ³)	3.167	57,2
Temperatur (> 38 °C rektal)	1.551	28,0
Sonografie	1.192	21,5

78,5 % aller weiblichen Patienten zwischen 18 und 40 Jahren wurden vor der Operation einem Gynäkologen vorgestellt.

Qualitätsziel: keine Perforation vor und / oder während des stationären Aufenthaltes

Intraoperativ und/ oder histologisch wurde bei 565 Patienten eine perforierte Appendix festgestellt; von diesen hatten 38 eine präoperative Verweildauer von mehr als einem Tag. Dies entspricht einer Rate von 6,7 %.

Qualitätsziel: Übereinstimmung der klinischen Zeichen mit dem histologischen Befund

In fast allen Kliniken erfolgten zu 100 % histologische Untersuchungen. Nur bei 34 von 6.121 Patienten wurde keine histologische Untersuchung durchgeführt. Diese Fälle konzentrieren sich auf einige wenige Abteilungen.

Selten - bei 48 Fällen (0,8 %) - wurde histologisch kein pathologischer Befund erhoben.

Der präoperative Verdacht einer akuten Appendizitis aufgrund der klinischen Untersuchung und/ oder einer Leukozytose und/ oder einer rektalen Temperaturerhöhung > 38 °C und/ oder der Sonografie wurde nur in 71,8 % histologisch gesichert. In 31,8 % aller Fälle wurde eine chronische Entzündung festgestellt oder ein sonstiger auffälliger Befund erhoben (Doppelnennungen möglich, daher mehr als 100 %).

Der klinische Lokalbefund allein wurde zu 80,6 % auch histologisch bestätigt. Es sind also mindestens 19,4 % falsch positive Diagnosen gestellt wurden.

Qualitätsziel: Behandlungsdauer

Die durchschnittliche Liegedauer betrug für alle Patienten 7,7 Tage, davon präoperativ 0,7 Tage.

Tabelle 21

Gesamt 2001 (n = 6.121)	Präoperative Verweildauer			
	0 Tage	1 Tag	2 Tage	> 2 Tage
Patienten mit akuten Entzündungszeichen und histologischem Befund = akut entzündet oder Perforation	3.846 62,8 %	1.725 28,2 %	274 4,5 %	270 4,4 %

62,8 % aller Patienten wurden am Aufnahmetag operiert. Die Abteilungswerte für diesen Parameter schwanken dabei von 20,5 – 91,5 %.

Operation:

Tabelle 22 zeigt die wichtigsten Daten der dokumentierten Operationen. Insgesamt waren dazu 6.116 Bögen auswertbar.

Tabelle 22

Dauer des Eingriffs	Gesamt 200	
Schnitt-Nahtzeit (in Minuten), alle Op.	n = 6.116	
Anzahl der Patienten (Op.-Dauer > 0 min.)		
Minimum	10 min.	
Median	39 min.	
Durchschnitt	42 min.	
Maximum	1.483 min.	
Gesamt 2001 (n = 6.121 Patienten)	n	%
Medikamentöse Thromboseprophylaxe		
Anzahl der Patienten	5.002	81,7
Anästhesie		
Allgemeinanästhesie	6.113	99,9
OP-Team		
Operateur hat Facharztstatus	4.298	70,2
I. Assistent		
Facharzt für Chirurgie	4.072	66,5
Arzt in Weiterbildung	1.820	29,7
kein ärztlicher Assistent	229	3,7
OP-Pflegekraft		
mit Krankenpflegeexamen	6.059	99,0
ohne Krankenpflegeexamen	29	0,5
keine	33	0,5
Histologischer Befund		
Anzahl der Patienten mit histologischem Befund	6.087	99,4
davon		
akut entzündet	4.508	74,1
chronisch entzündet	1.739	28,6
Perforation	482	7,9
sonstiger auffälliger Befund	817	13,4

7 Patienten wurden in reiner Lokal-Anästhesie operiert. Bei 61 Patienten wurden Regional- und Allgemeinanästhesie kombiniert angewandt. Bluttransfusionen waren in 23 Fällen notwendig.

Postoperative Komplikationen:

Bedauerlicherweise ist die Dokumentation von intraoperativen Komplikationen im Qualitätssicherungsbogen nicht vorgesehen.

Tabelle 23 zeigt die aufgetretenen Komplikationen.

Tabelle 23

Gesamt 2001	n	%
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen		
Anzahl der Fälle mit mindestens einer Komplikation	374	6,1
davon:	n	%
<i>Pneumonie</i>	19	0,3
<i>kardiovaskuläre Komplikationen</i>	26	0,4
<i>tiefe Bein- / Beckenvenenthrombose</i>	1	0,0
<i>Lungenembolie</i>	4	0,1
<i>Harnwegsinfekt</i>	24	0,4
<i>Wundinfektion / Abszessbildung</i>	161	2,6
<i>Wundhämatom/ Nachblutung</i>	48	0,8
<i>Dekubitus</i>	0	0,0
<i>Sonstige</i>	144	2,4

Wundheilungsstörungen traten bei 161 von 6.121 Patienten auf. Dies entspricht 2,6 % und erscheint uns im Literaturvergleich zu niedrig. Die Wundinfektionsrate schwankt in den einzelnen Abteilungen zwischen 0 % (?) und 14,7 %. Der Median der beteiligten Kliniken liegt bei 2,5 % und der abteilungsbezogene Mittelwert beträgt 3 %. Die Gesamtkomplikationsrate betrug 374 von 6.121 (6,1 %). In den einzelnen Abteilungen schwankte sie zwischen 0 % (?) und 20 %.

Letalität:

15 der 6.121 Patienten verstarben postoperativ. Dies entspricht einer Gesamtleitlätät von 0,25 %. Bei 9 Patienten stand der Tod im Zusammenhang mit der Grundkrankheit. Bei keinem der Verstorbenen wurde eine Obduktion durchgeführt.

OBERSCHENKELHALSFRAKTUR (MODUL 17/1)

Sandner, K.; Bennek, J.; Illmer, J.; Jungnickel, H.; Perßen, E.; Thomas, H.

Im Freistaat Sachsen wurden im Jahre 2001 bei Fallpauschalen / Sonderentgelten von 58 Einrichtungen insgesamt 1.479 Oberschenkelhalsfrakturen statistisch erfasst.

Im Vergleich zum Jahr 2000 wurden 395 Oberschenkelhalsfrakturen weniger dokumentiert. Als Ursachen hierfür kommen Lücken in der vollständigen statistischen Patientenerfassung in Frage. Ein weiterer Grund ist der Wegfall der „rein konservativ“ behandelten Patienten, welche jetzt nicht mehr erfasst werden.

Wie in den vergangenen Jahren überwogen in der Geschlechtsverteilung die Frauen mit 78,3 % recht deutlich.

Die präoperative Verweildauer wurde mit durchschnittlich 3,9 Tagen ermittelt.

Von den 1.479 Oberschenkelhalsfrakturen wurden 1.412 = 95,5 % als Fallpauschale und 54 = 3,7 % als Sonderentgelt erfasst. Bei den restlichen Schenkelhalsfrakturen waren die Entgeltnummern nicht korrekt angegeben.

Es entfielen 1.356 = 93,8 % auf mediale und 61 = 4,2 % auf laterale Oberschenkelhalsfrakturen. 28 Frakturen = 1,9 % wurden als „sonstige“ deklariert.

Nach der Pauwels-Klassifikation der medialen Oberschenkelhalsfrakturen entfielen 148 (10,9 %) auf Pauwels_I, 510 (37,6 %) auf Pauwels_{II} und 698 (51,5 %) auf Pauwels_{III}.

Tabelle 24: Frakturen

Frakturen	n	%
Gesamt	1.479	100,0
<i>davon:</i>		
medial	1.356	93,8
lateral	61	4,2
sonstige	28	1,9
medial davon:	n	%
<i>Pauwels I</i>	148	10,9
<i>Pauwels II</i>	510	37,6
<i>Pauwels III</i>	698	51,5

1.245 Patienten (84,6 %) waren über 70 Jahre alt, davon 850 Patienten (57,7 %) 80 Jahre und älter!

Das Durchschnittsalter aller Patienten lag bei 79,1 Jahren.

Nach Einstufung in die ASA-Klassifikation wiesen 903 = 61 % schwere Allgemeinerkrankungen mit Leistungseinschränkungen ASA 3 und 140 = 9,5 % inaktivierende Allgemeinerkrankungen mit ständiger Lebensbedrohung ASA 4 auf.

3 Patienten wurden als moribund (0,2 %) ASA 5 eingestuft.

Nur 29,3 % = 433 Patienten waren gesund oder wiesen leichte Allgemeinerkrankungen ASA 1 + 2 auf.

Tabelle 25: ASA - Einstufung

	Einstufung nach Klassifizierung	
	n	%
ASA 1 + 2	433	29,2
ASA 3	903	61,0
ASA 4	140	9,5
ASA 5	3	0,2

Die Klinikletalität betrug 5,7 % = 84 Patienten und lag um 0,1 % gering höher als im Vorjahr.

Wird die Letalität allein auf die Fallpauschalen / Sonderentgelte bezogen, verringert sich diese auf 2,2 %! Der Tod ohne einen Zusammenhang mit der Fallpauschale / Sonderentgelt trat bei 3,5 % der Patienten ein.

Interessant ist die Beziehung der Letalität zur ASA-Klassifikation. Diese betrug bei Patienten mit ASA 1 + 2 = 0 %, bei Patienten mit ASA 3 = 5,4 %, bei Patienten mit ASA 4 = 22,9 % und den Moribunden ASA 5 = 100 %.

War der Tod in Zusammenhang mit der Fallpauschale / Sonderentgelt aufgetreten, so reduzierte sich die Letalität bei Patienten mit ASA 3 auf 2,7 %, bei Patienten mit ASA 4 auf 5 % und den Moribunden / ASA 5 auf 33 %.

Tabelle 26: Letalität

Einstufung	Letalität		im Zusammenhang auf FP/SE	
	n	%	n	%
ASA 1 + 2	0	0,0	0	0,0
ASA 3	49	5,4	24	2,7
ASA 4	32	22,9	7	5,0
ASA 5	3	100	1	33,0

Zur Letalität in Abhängigkeit zur präoperativen Verweildauer können keine Aussagen getroffen werden, da keine statistische Erfassung wie bei den Tracer-Diagnosen in Stunden erfolgte.

Bei den Operationsmethoden wurden 19,6 % kopferhaltende und 80,4 % kopfresezierende Verfahren durchgeführt.

Mit 65,7 % überwiegen bei den kopfresezierenden Verfahren die Femurkopfprothesen im Vergleich zu den Hüfttotalendoprothesen mit 34,3 %.

Bei 772 Patienten = 52,2 % wurden Kopfprothesen und bei 410 Patienten = 27,7 % Totalendoprothesen eingesetzt. Eine weitere Spezifizierung der kopferhaltenden Operationsverfahren in Schrauben- oder Nagelosteosynthesen ist aus statistischen Erfassungsgründen nicht möglich.

Die medikamentöse Thromboseprophylaxe war mit 99,2 % nahezu vollständig. Tiefe Bein- / Beckenvenenthrombosen wurden bei 9 Patienten (0,6 %) und Lungenembolien bei 16 Patienten (1,1 %) beobachtet.

Die thromboembolische Komplikationsrate bei tiefen Bein- / Beckenvenenthrombosen oder Lungenembolien war mit 1,6 % im Vergleich zum Vorjahr fast identisch.

Auch die Pneumoniekomplicationsrate mit 4,5 % wich nur unwesentlich vom Ergebnis des Jahres 2000 ab.

Eine präoperative Antibiotikaprophylaxe erhielten insgesamt 1.284 Patienten = 86,8 %, davon bekam der größte Teil 85,6 % = 1.099 Patienten einen single shot, 3 % = 38 Patienten eine Antibiotikatherapie über 24 Stunden und 11,4 % = 147 Antibiotika über einen längeren Zeitraum.

Tabelle 27: Antibiotikaprophylaxe

Antibiotikaprophylaxe	n	%
gesamt	1.284	86,8
<i>davon:</i>	n	%
<i>single shot</i>	1.099	85,6
<i>Antibiotikaprophylaxe über 24 Stunden</i>	38	3,0
<i>Antibiotikatherapie über längeren Zeitraum</i>	147	11,4

Trotz der Antibiotikaprophylaxe wurden bei 34 Patienten = 2,3 % Wundinfektionen und / oder Abszessbildungen beobachtet, wobei eine Unterteilung in oberflächliche und tiefe Wundinfektionen nicht mehr erfolgte.

Im Vergleich zu 2000 bedeutet dies einen geringen Anstieg um 0,9 %. Wundhämatome und / oder Nachblutungen traten bei 61 Patienten = 4,1 % auf. Diese Komplikationen konnten im Vergleich zum Vorjahr um fast ein Drittel gesenkt werden.

Die Decubitalulcerate lag mit 3,4 % = 50 Patienten deutlich höher als im Jahr 2000 (2,6 %). Sie stellen ein rein pflegerisches Problem dar. Unbekannt ist hierbei die Zahl der Patienten, die bereits mit einem Decubitalulcus zur stationären Aufnahme kommen.

7 Einrichtungen wiesen eine Decubitusrate von über 5 % auf.

Logischerweise wurden Decubitalulcera gehäuft in den ASA-Gruppen 3 - 5 mit 4,3 % und seltener in den ASA-Gruppen 1 + 2 mit 1,2 % beobachtet.

Gefäß- und Nervenschäden oder Nervenläsion wurden bei 6 Patienten registriert (0,4 %), 4 entfielen (0,3 %) auf eine Läsion des N. femoralis. Unterteilt auf die Operationsverfahren traten 5 Gefäß- / Nervenläsionen (0,4 %) bei Endoprothesen und 1 Läsion des N. femoralis (0,4 %) bei der Osteosynthese auf.

Während des stationären Aufenthaltes betrug die Reinterventionenrate an den Weichteilen 4,5 % (66 Patienten) und an den Knochen / Gelenken 1,4 % (21 Patienten). Implantatfehlagen oder Prothesenluxationen wurden in 2 % (30 Patienten) beobachtet.

Tabelle 28: **Reinterventionen**

Reinterventionen	n	%
Weichteile	66	4,5
Knochen / Gelenke	21	1,4
Implantatfehl- lage / Prothesenluxation	30	2,0
Läsion des N. femoralis	4	0,3

Bei der Reinterventionsrate von insgesamt 87 Patienten (= 5,9 %) entfielen 76 (6,4 %) auf Fälle mit endoprothetischen und 11 (3,9 %) auf Fälle mit osteosynthetischen Operationsverfahren.

69,3 % = 1.025 Patienten konnten zum Abschluss der stationären

Behandlungen selbständig gehfähig das Krankenhaus verlassen.

Der stationäre Aufenthalt betrug durchschnittlich 21 Tage, der postoperative Aufenthalt 18,9 Tage.

Zusammenfassend können wir feststellen, dass die Behandlungsergebnisse des Jahres 2001 bei Oberschenkelhalsfrakturen trotz eines anderen Erfassungsmoduls mit den vorangegangenen Jahren zu vergleichen und zu bewerten sind.

Ernsthafte Mängel, außer dem erneuten Anstieg der Decubitusfälle, konnten bei der Auswertung der externen Qualitätssicherung nicht festgestellt werden.

QUALITÄTSSICHERUNG IN DER ORTHOPÄDIE

HÜFTENDOPROTHETIK: HÜFT-TOTALENDOPROTHESEN-WECHSEL (MODUL 17/3)

Franz, R.; Czornack, F.; Hörenz, V.; Sandner, K.; Purath, W.; Schlosser, T.

Erfahrungsbericht und Empfehlungen der Arbeitsgruppe Orthopädie an der Sächsischen Landesärztekammer, Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung

In Sachsen wurden im Jahre 2001 im Rahmen der Qualitätssicherung Fallpauschalen / Sonderentgelte 455 Datensätze an Hüft-Totalendoprothesen-Wechseln bearbeitet. Die Zahl der Primärimplantationen bei Coxarthrose war in dem gleichen Zeitraum um etwa den Faktor 10 höher angesiedelt: 4.557 TEP-Implantationen bei Coxarthrose.

Gegenüber dem Vorjahr 2000 bedeutet dies eine Zunahme von 4,35 % an Wechseloperationen und entspricht dem allgemeinen Trend, ausgelöst von der stetig steigenden Anzahl an Primärimplantationen.

Auf der Bundesebene gingen bis zum 27.07.02 nur 2.818 auswertbare Datensätze für 2001 ein, das entspricht ca. 19 % der Datensätze, wie sie nach den vereinbarten Sonderentgelten und Fallpauschalen der Statistik der LKA zu erwarten gewesen wären. Dabei ist das Modul 17/3 seit 1997 „in Betrieb“, und es besteht Meldepflicht seit dem 01.01.01 im Sinne der Stufe 1 für alle Einrichtungen - die solche Eingriffe vornehmen - wenn sie Fallpauschalen beanspruchen. Tatsächlich schwankt die Quote der einzelnen Länder von 0 bis 100 % bei einem Mittel von 19 %. Damit ist aber eine Qualitätskontrolle auf Bundesebene bisher nicht möglich!

Anders in Sachsen: Bis zum 30.06.02 waren 75 % der zu erwartenden Fälle dokumentiert. Im Folgenden werden die von der Expertenkommission der Orthopäden und Unfallchirurgen, welche die Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung beraten, explizit für den TEP-Wechsel dem Bundeskuratorium als Qualitätsmerkmale empfohlenen Items „Perioperative Antibiotika-Prophylaxe“ und „Luxationen“ untersucht.

1. Perioperative Antibiotika-Prophylaxe

Bei dem Eingriff des Wechsels sind Voroperationen erfolgt, das Implantat ist durch Abrieb, Alterung usw. verändert und möglicherweise – auch bei klinisch unauffälligen äußeren Verhältnissen und praxinischen Parametern – infiziert.

Eine der Größe und Dauer des Eingriffs angemessene unmittelbar präoperative Antibiotikagabe wird in der wissenschaftlichen Literatur dringend empfohlen.

Der für die Primärimplantation nahezu standardmäßig zu empfehlende single shot ist bei Eingriffen von bis zu 2 Stunden Dauer gerechtfertigt. Dauert der Eingriff wesentlich länger, so ist eine weitere Gabe zu empfehlen, damit der Patient für die gesamte Dauer des Eingriffes einen wirksamen Blutspiegel aufweist.

Von 448 auswertbaren TEP-Wechseln erlitten 6 Patienten eine Wundinfektion, die Infektionsrate betrug mithin 1,3 % (zum Vergleich: im gleichen Zeitraum betrug die Infektionsrate bei der Primärimplantation mit der ca. 10-fachen Fallzahl 1,16 %).

Von den teilnehmenden 33 Abteilungen weisen 3 eine Infektionsrate von über 2 % auf; eine davon liegt bei 10,7 %. Die Fachgruppe Orthopädie an der Sächsischen Landesärztekammer hält es unter Verweis auf Empfehlungen der Expertengruppe Orthopädie / Unfallchirurgie bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung für notwendig, Informationen über das Krankengut dieser Abteilung einzuholen. Die Fallzahlen, die OP-Frequenz der Operateure und die perioperative Antibiotikaphylaxe seitens der Klinik sind zu kontrollieren. In 99,6 % der Wechseloperationen erfolgte eine perioperative Antibiotikaphylaxe. Es ist zu klären, ob die wenigen Fälle (2) ohne Prophylaxe Infektionen aufweisen und ob die Dauer (single shot, 24 Std. oder länger) von Einfluss war. Dazu ist eine weitere Bearbeitung des vorliegenden Materials erforderlich. Eine Wundinfektionsquote von 10,7 % ist nur zu akzeptieren, wenn überwiegend infizierte TEP gewechselt wurden oder wenn es sich um sehr kleine Fallzahlen gehandelt hat.

2. Luxationen

Luxationen treten bei TEP-Wechseln häufiger auf als bei Primärimplantationen (im Berichtsjahr 2001 in 3,7 % bei den Wechseln gegen 1,2 % bei den Primärimplantationen).

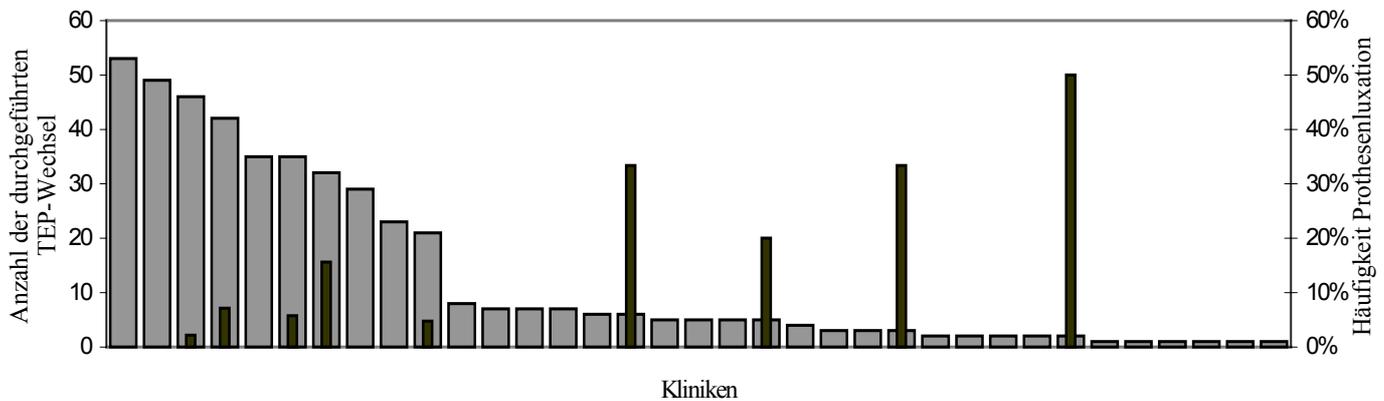


Abbildung 15: Häufigkeit der Prothesenluxationen in den einzelnen Abteilungen (schwarze Säulen) in Relation zur Anzahl der Wechseleingriffe (graue Säulen)



Abbildung 16: Probleme des TEP-Wechsels

Bundesweit betrug die Luxationsrate bei den Wechseln 5,1 % mit einer Streubreite von 0 bis 19,1 %. Dagegen betragen die Maxima der Abteilungs-werte in Sachsen in einigen Kliniken, die weniger als 10 Wechsel in 2001 ausgeführt haben 20 – 50 %. Sie liegen damit weit außerhalb des in der Literatur anerkannten, durch Narbenbildung, Knochende-fekte, muskuläre Ungleichgewichte u. ä. vorgegebenen Risikos. Hier besteht Aufklärungsbedarf.

Der Hüft-TEP-Wechsel stellt eine aufwendige und bezüglich der ope-rativen Technik, der Anästhesie und postoperativen Behandlung an-spruchsvolle Prozedur dar. Wenn er von einer Klinik in die Standard-versorgung aufgenommen wird, so kann dies per se als ein gewisses Qualitätsmerkmal gelten. Die Aufwendungen der Klinik im Hinblick auf Qualifikation des Operators, Bereithaltung von Implantaten und postoperativer Betreuung sind ungleich größer als bei der Primär-implantation.

Der Grundbetrag im Rahmen der Fallpauschale in Höhe von 8.124,75 € bis zum Abschluss der Wundheilung ist sehr knapp kalku-liert.

Literatur:

Könning, B., Ackermann, T., Seifert, C., Wirth, J.
Perioperative Kostenanalyse zementierter versus unzementierter Hüftto-talendoprothesen zum klinischen und ökonomischen Management
Z. Orthop. 135 (1997) 479 – 485
 Lühmann, D., Hauschild, B., Raspe, H.

Autorisierter Artikel im Auftrag der Fachgruppe Orthopädie der Pro-jektstelle Qualitätssicherung an der Sächsischen Landesärztekammer

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. med. Rüdiger Franz
 Arbeitsgruppe Orthopädie
 Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung
 Sächsische Landesärztekammer
 PF 10 04 65
 01074 Dresden

QUALITÄTSSICHERUNG IN DER UROLOGIE

ANSPRUCH UND REALITÄT - PROSTATA (MODUL 14/1)

Tautenhahn, H.-Ch.; Chladt, J.; Dorschner, W.; Richter, A.; Klotz, M.

Nach Aufhebung des mittelalterlichen Sektionsverbotes stellte die Leichenöffnung zur Feststellung der Todesursache den entscheidenden Qualitätssicherungsstandard der medizinischen Behandlung dar. Mit dem in den letzten Jahren zunehmenden Primat der Ökonomie als Mittel der Politik, die ständig steigenden Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen, hat die Zahl an Sektionen bundesweit dramatisch nachgelassen. Der Versuch durch andere Qualitätssicherungsparameter eine Alternative zur Sektion zu installieren, ist aber ein personell und verwaltungstechnisch weiterer Schritt zur Kostensteigerung in der Medizin und es bleibt abzuwarten, ob die Ergebnisse dieser meist sehr spezifischen Einzelfalluntersuchungen aussagefähiger sind, als die alt-hergebrachte komplexe Untersuchung eines Verstorbenen.

Für unser Fachgebiet ist die Qualitätssicherung bisher auf die operative Behandlung der Prostata begrenzt. Hier liegt bereits ein Konfliktpunkt, denn der Entität des Organs steht die Dualität der Diagnosen gegenüber. Während die Diagnose einer benignen Prostatahyperplasie eine kurative Therapie mittels transurethraler Resektion (ICPM 5-601.0; FP 14.02) oder Adenomenukleation (ICPM 5-603; FP 14.01) ermöglicht, beinhaltet die Diagnose eines Prostatakarzinoms bei gleichem operativem Eingriff lediglich einen palliativen Therapieansatz (ICPM 5-601.0; SE 14.05). Völlige Verwirrung entsteht dann durch die Praxis einzelner Krankenkassen, die Abrechnung nach der Prozedurennummer (5-601.0; 5-603) für benigne und maligne Erkrankungen gleichzusetzen (nur noch Fallpauschalenabrechnung), sodass für Kas- senabrechnung und Qualitätssicherung unterschiedliche Ver- schlüsselungen vorgenommen werden müssen und das auch noch auf die jeweilige Krankenkasse bezogen und von dieser auch erst im Rahmen der Abrechnung festgelegt.

Seit dem 01.01.2002 erfolgt die Auswertung des Qualitätssiche- rungsmoduls über einen revidierten, verkürzten und deutlich praktikableren Fragebogen. Während vom Beginn der Testpha- se 1998 bis hin zum Vorjahr noch 105 Parameter erfasst werden mussten, greift der jetzige Auswertungsmodus nur noch auf 53 Fragen zurück. Aus unserer Sicht bestehen aber auch jetzt noch Mängel, die hier kurz dargestellt werden sollen:

- Das Ausfüllen des IPSS-Bogens (International Prostata Symptom Score) zur Erfassung des bisherigen Miktionsverhaltens ist auch bei viel gutem Willen von unseren - vor allem älteren - Patienten kaum zu realisieren. Die Formulierungen sind missverständlich und die Abstufungen sind nicht praxisrelevant. Viele der Patienten kreuzen dann willkürlich an, woraus sich eine große Diskrepanz zur anschließend gestellten Frage nach der Lebensqualität bei Beibehaltung der Symptomatik ergibt.
- Wenn schon präoperativ die Lebensqualität Eingang in die Untersuchung findet, warum wird diese nicht auch postope-

rativ erfragt – welcher Parameter in der Qualitätssicherung kann uns wichtiger sein als die über die Lebensqualität er- fragte Patientenzufriedenheit.

- Die „Prostata“ - Vorgeschichte des Patienten wird nicht er- fasst. Ein Patient, der bereits mehrfach vorbehandelt wurde, ganz gleich, ob durch Katheter, Laser, Operation, Hyperthermie oder medikamentös, ist sicher anders zu bewerten - als derjenige - der nach erstmaligem akutem Harnverhalt aber noch „jungfräulich“ zur Operation kommt. Gehäufte Vorbe- handlungen können eine Aussage zur Qualität der einzelnen Verfahrensweisen aber auch der durchführenden Einrichtun- gen geben.
- Für einen objektiven Qualitätsvergleich wichtig wären aus unserer Sicht auch eine Erfassung von Begleiterkrankungen und perioperativer Antibiotikaphylaxe.
- Dagegen hat die neuerdings mit auszufüllende Pflegedoku- mentation zum ärztlichen Qualitätsstandard keine direkte Re- levanz und sollte wieder aus der Dokumentation gestrichen werden. Der zeitliche Aufwand der Datenerfassung und -ein- gabe bei exakter Ausführung und in vielen Kliniken noch ohne eine entsprechende EDV-Unterstützung ist schon groß genug. Der Ansatz eines Qualitätsvergleiches auch in der Patienten- pflege ist gleichwohl sehr wichtig, aber in der Parameter- erfassung und -auswertung sicher noch zu verbessern.
- Schließlich sei die Frage erlaubt, ob hier durch unsere ehrli- che ärztliche Arbeit unter dem Deckmantel „Qualitätssiche- rung“ den Krankenkassen ein Instrument in die Hand ge- geben werden soll, künftig bestimmte Therapieformen nur noch in speziellen Krankenhäusern „einzukaufen“, wobei die eher nebenbei zu ermittelnde stationäre Verweildauer einen wichtigen Aspekt darstellen dürfte.

Die Auswertung im Freistaat Sachsen für das Jahr 2001 ergab für 19 (im Jahr 2000: 20) beteiligte Kliniken 2.511 erfasste Patien- ten. Das entspricht gegenüber dem Vorjahr einem Rückgang der Eingriffszahl um 19,5 %. Da die Zahl der gegenüber den Kassen abgerechneten Fallpauschalen und Sonderentgelte (FP/SE) in einzelnen Kliniken erheblich (bis zu 100 %) von den qualitäts- mäßig erfassten FP/SE abwich, ist diese Zahl derzeit nicht zu werten. Von den erfassten Patienten wurden 90,9 % transurethral operiert, wobei dieser Anteil der „nicht offenen“ Operationen auf Grund der Verbesserungen der Resektionsschlingen und der zu- nehmenden Erfahrung der Operateure auch bei größeren Prostata- volumina sowie subtileren Narkosemethoden sicher noch zuneh- men wird.

Die Erfassung des „präoperativen Leidensdruckes“ gemäß dem

IPSS halten wir entsprechend o. g. nicht für objektiv, sodass auch der innerhalb sächsischer Kliniken bestehende Schwankungswert zwischen 61 und 100 % (IPSS > 20, LQ > 3) nicht überbewertet werden sollte. Dieser Parameter ist, da unter der Auswertung „präoperative Diagnostik“ subsummiert, ohnehin nur fakultativ zu erheben.

Ein gutes Ergebnis zeigt die Frage nach der präoperativen Diagnostik insgesamt. Wenn von 10 möglichen Maßnahmen mindestens 7 durchgeführt wurden, entspricht dies einem Wert von 100 %. Bis auf eine Klinik, die im Durchschnitt lediglich auf 30 %! kam, lagen alle anderen Kliniken im Freistaat zwischen 97 und 100 %.

Eine möglichst niedrige Zahl intraoperativer Komplikationen (TUR-Syndrom, therapiepflichtige Blutungen oder Perforationen) erreichten mit prozentualen Anteilen zwischen 1 und 8 % alle bis auf drei Kliniken mit jeweils über 10 %. Dass die Komplikationshäufigkeit bei offenen Eingriffen, größerem Resektionsgewicht und längerer Operationsdauer höher ist, entspricht der klinischen Erfahrung.

Allgemein behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen (Pneumonie, tiefe Venenthrombose, Lungenembolie, Dekubitus) lagen bei lediglich 0,2 %. Diese Zahl erscheint uns in Anbetracht der Altersstruktur unserer Patienten etwas „geschönt“, wobei uns schonendere Narkoseverfahren, kürzere Operationszeiten, Frühmobilisation und medikamentöse Thromboseprophylaxe sicher eine gute Ausgangsbasis für komplikationsarme Operationen geben.

Das Qualitätsmerkmal Blutbedarf zeigt bis auf eine Klinik zwischen 90 und 100 % der Eingriffe ohne Transfusionen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Mehrzahl der sächsischen urologischen Kliniken auf hohem qualitativem Niveau arbeiten, wobei ein bundesweiter Vergleich sicher auch interessant wäre. Die Anonymisierung der Daten schützt bisher vor möglichen Sanktionen. Aber im Interesse unserer Patienten sollte es dem Lenkungsgremium der Landesärztekammer möglich sein, einzelnen „Ausreißern“ aus der Statistik Hilfestellung bei der Behebung möglicher fachlicher oder organisatorischer Probleme zu geben.

MITGLIEDER DER ARBEITSGRUPPE CHIRURGIE

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 und Module bei den Fallpauschalen/Sonderentgelten:

Leistenhernie im Erwachsenenalter

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

Leistenhernie im Kindesalter

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

Cholezystektomie (Modul 12/1)

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

Appendektomie (Modul 12/2)

PD Dr. med. habil. Hartmut Thomas
Städtisches Klinikum Görlitz GmbH,
Klinik für Allgemein-, Gefäß- und Viszeralchirurgie
Girbigsdorfer Straße 1 - 3, 02828 Görlitz
Tel. (0 35 81) 37 12 21

Oberschenkelhalsfraktur (Modul 17/1)

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

MITGLIEDER DER ARBEITSGRUPPE ORTHOPÄDIE

Vorsitzender	Prof. Dr. med. habil. Rüdiger Franz	Universitätsklinikum der TU Dresden, Klinik für Orthopädie
	Prof. Dr. med. habil. Karlheinz Sandner	KKH Mittleres Erzgebirge, Haus Zschopau, Klinik für Unfallchirurgie
	Doz. Dr. med. Frank Czornack	Universitätsklinikum der TU Dresden, Klinik für Unfallchirurgie
	Dr. med. Wilfried Purath	Orthopädische Gemeinschaftspraxis, Belegabteilung, Dresden
	Dr. med. Lutz Volker Hörenz	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Beratungsstelle Leipzig
	Dr. med. Ulrich Kraft	Krankenhausgesellschaft, Sachsen e. V.
	Schwester Christel Bohle	Sächsischer Pflegerat - Universitätsklinikum Leipzig, Klinik für Orthopädie

MITGLIEDER DER ARBEITSGRUPPE UROLOGIE

Vorsitzender	Dr. med. Joachim Chladt	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau, Klinik für Urologie
	Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Dorschner	Universitätsklinikum Leipzig, Urologische Abteilung
	Dr. med. Axel Richter	Städtisches Klinikum "St. Georg" Leipzig, Urologische Abteilung
<i>(kooptiert)</i>	Dr. med. Hans-Christian Tautenhahn	Johanniter-Krankenhaus Dohna-Heidenau GmbH, Urologische Abteilung
	Dipl.-Med. Martina Klotz	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Beratungsstelle Plauen
	Dr. med. Ulrich Kraft	Krankenhausgesellschaft Sachsen e. V.
	Stationsschwester Ines Paleit	Sächsischer Pflegerat - Städt. Klinikum "St. Georg" Leipzig, Urologische Abt.

Ihre Ansprechpartner in der Sächsischen Landesärztekammer

PROJEKTGESCHÄFTSSTELLE QUALITÄTSSICHERUNG

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

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

