

# Externe vergleichende Qualitätssicherung Chirurgie

## Vorwort

Im Jahre 2004 wurde die Verpflichtung zur Dokumentation erstmals durch einen QS-Filter (Kombination zwischen Entlassungsdiagnose und dokumentierter OPS-Prozedur) ausgelöst. Die Software stand im Gegensatz zum Vorjahr rechtzeitig zur Verfügung, so dass die Datenlage nunmehr wieder vollständig ist. Auch die von der BQS festgelegten Qualitätsindikatoren und Referenzbereiche wurden im wesentlichen beibehalten und die Erfassungsbögen selbst nur geringfügig geändert, so dass ein Vergleich zum Vorjahr möglich ist.

Die Auswertung erfolgte für die verpflichtend zu erfassenden Module 10/2 (Carotis-Rekonstruktion) und 12/1 (Cholezystektomie). Es sei aber auch darauf hingewiesen, dass die bisherigen Module 12/2 (Appendektomie) und 12/3 (Leistenhernienchirurgie) auf freiwilliger Basis weiter dokumentiert werden können. Eine Auswertung auf Landes- bzw. Bundesebene ist nicht möglich, aber die Software bietet den einzelnen Abteilungen die Möglichkeit, die Daten klinikintern zu bewerten. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe sind noch immer enttäuscht, dass das Modul 12/3 „ausgesetzt“ wurde. Es existieren inzwischen zahlreiche neue Operationsverfahren bzw. neue Netze / Implantate. Die Rate an erfassten Rezidivoperationen lag bis zum Jahre 2003 aber unverändert bei ca. 10 %. Unsererseits wird die Wiederaufnahme der Leistenhernienchirurgie in die externe Qualitätssicherung unter Einbeziehung des ambulanten Bereiches und einer Longitudinalbeobachtung (welche Voroperation führte zum Rezidiv) dringend befürwortet. Die Cholezystektomie wird seit 1992 im Rahmen der externen Qualitätssicherung erfasst und zeigt in den letzten Jahren einen nahezu unveränderten Standard. Hier ist eine Fortsetzung der Qualitätssicherung zu überdenken. Dafür könnten andere Krankheitsbilder, zum Beispiel die Operation der Schilddrüse oder die operative Behandlung des Rektum- und Kolonkarzinoms neu aufgenommen werden. Entsprechende Vorschläge werden auf Bundesebene unterbreitet.

Bei der Auswertung der Ergebnisse für den Freistaat Sachsen (gesamt) und für die einzelnen Kliniken in anonymisierter Form wurden Abteilungen herausgefiltert, welche außerhalb der festgelegten Referenzbereiche lagen. Diese wurden um Überprüfung der Dokumentation im Rahmen eines strukturierten Dialoges gebeten.

## Cholezystektomie (Modul 12/1)

### Basisiauswertung:

Im Jahre 2004 wurden insgesamt 9.077 Cholezystektomien im Rahmen der externen Qualitätssicherung von 65 teilnehmenden Abteilungen im Freistaat Sachsen erfasst. In 26,8 % wurden akute Entzündungszeichen dokumentiert. Bei der Erfassung über Fallpauschalen / Sonderentgelte wurden im Jahre 2002 22,4 % und im Jahre 2003 23,4 % akute Operationen gemeldet. Somit wäre ein kontinuierlicher Anstieg an akuten Behandlungsfällen zu verzeichnen.

Die Anzahl an laparoskopischen Eingriffen lag mit 78,3 % nahezu auf gleichem Niveau zu den beiden Vorjahren. Auch die Umsteigerrate ist mit 6,9 % nur geringfügig angestiegen (Tabelle 1).

54,3 % aller operierten Patienten war 60 Jahre und älter, damit ist erneut ein Höchstwert seit Beginn der Qualitätssicherung in Sachsen erreicht (Tabelle 1). Eine medikamentöse Thromboseprophylaxe wurde bei 99,3 % der Patienten durchgeführt, ein Zeichen für einen sehr hohen Standard. Im Jahre 2004 war wieder ein geringer Anstieg an histologischen Untersuchungen des Operationspräparates

Tabelle 1: Ausgewählte Parameter

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Gesamtzahl	Operativ behandelte Patienten				Auswertbare Datensätze			
	9.397	9.706	9.766	9.407	7.252	8.949	6.967	9.077
Davon	%	%	%	%	%	%	%	%
Operationsverfahren								
Laparoskopisch	66,1	68,6	72,1	74,8	80,5	79,4	78,9	78,3
Konventionell	27,7	24,7	21,7	19,0	14,0	13,6	14,9	14,3
Laparoskopisch begonnen, konv. beendet	6,2	6,8	6,2	6,3	5,5	7,0	6,2	6,9
Alter > 60 Jahre	49,3	50,4	51,5	25,0	51,0	52,7	54,0	54,3
Thromboseprophylaxe	99,7	99,7	99,7	99,7	99,3	99,2	99,3	99,3
Histologische Untersuchung der Präparate	98,8	98,8	98,6	98,4	99,3	97,7	96,9	97,4
Letalität	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,7	0,8	0,9

zu verzeichnen, mit 97,4 % ist die angestrebte vollständige Untersuchung der entfernten Gallenblasen jedoch weiterhin nicht erreicht. Da es sich hierbei um einen ausgewählten Qualitätsparameter handelt, wird eine weitere Abklärung erfolgen.

Die Gesamtletalität (unabhängig der OPS-Prozedur und der ASA-Klassifikation) lag bei 0,9 % und hat damit den Höchststand seit Erfassung der Cholezystektomien (Beginn 1992) erreicht (Tabelle 1).

Für die Auswertung der Datensätze wurden auch im Jahre 2004 durch die BQS bestimmte Qualitätsmerkmale und deren Referenzbereiche definiert. Diese sind nahezu unverändert zu 2003, so dass ein Vergleich mit dem Vorjahr möglich ist. Im Folgenden werden nun die Ergebnisse der einzelnen Qualitätsmerkmale dargestellt.

### Qualitätsmerkmal: Indikation

Ziel: selten fragliche Indikation

Eine fragliche Indikation zur Cholezystektomie lag vor bei operierten Patienten mit uncharakteristischen Schmerzen im rechten Oberbauch ohne sicheren Steinnachweis, ohne Cholestase und ohne akute Entzündungszeichen. Das war in 1,6 % der Fälle so dokumentiert (Vorjahr 1,9 %). Sachsen lag somit deutlich unter dem von der BQS vorgegebenen Referenzbereich von  $\leq 5,8$  %, nur eine Klinik mit 11,8 % hatte den Referenzbereich verlassen und wurde angeschrieben. Nach Durchsicht der Akten handelte es sich um eine Fehldokumentation, die Indikation zur Cholezystektomie war auch in diesen Fällen gegeben.

**Qualitätsmerkmal: Präoperative Abklärung bei extrahepatischer Cholestase**

Ziel: Bei extrahepatischer Cholestase immer präoperative Abklärung der Gallenwege. Der festgelegte Referenzbereich von 100 % erscheint der Arbeitsgruppe unrealistisch. Durch Notfälle (Gallenblasenperforation) oder durch Ablehnung der Diagnostik durch den Patienten ist diese Zahl kaum zu erreichen. In Sachsen wurde in 95,6 % (Vorjahr 96,6 %) eine präoperative Abklärung der Gallenwege bei Cholestase durchgeführt, somit ist eine gute Qualität erreicht. Die Schwankungsbreite der einzelnen Abteilungen lag wie im Vorjahr zwischen 75 % – 100 %, wobei niedrige Fallzahlen vorliegen (nur 4 Abteilungen mit mindestens 20 Fällen). Auf einen strukturierten Dialog wurde verzichtet. Nach nochmaliger Rücksprache mit der BQS reicht für diesen Parameter als Abklärung der Cholestase eine alleinige Sonographie aus (siehe Erfassungsbogen), wir bitten diesen Punkt beim Ausfüllen zu berücksichtigen.

**Qualitätsmerkmal: Erhebung eines histologischen Befundes**

Ziel: immer Erhebung eines histologischen Befundes. Wie von der BQS-Fachgruppe gefordert, sollte auch im Freistaat Sachsen jede entfernte Gallenblase histologisch untersucht werden. Mit 97,4 % ist ein leichter Anstieg im Vergleich zum Vorjahr zu beobachten (Tabelle 1). Die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen ist mit 44,9 % – 100 % erheblich. Der strukturierte Dialog hat wie im Vorjahr die Vermutung bestätigt, dass es sich hierbei um einen Dokumentationsfehler handelt. Es wird abgefragt, ob die Histologie veranlasst wurde, nicht ob der histologische Befund zum Abschluss des Dokumentationsbogens bereits vorlag oder ob dieser pathologisch war.

**Qualitätsmerkmal: Eingriffsspezifische Komplikationen**

Ziel: selten eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen

Bei 4,5 % aller Operationen wurde mindestens eine eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikation dokumentiert (laparoskopisch begonnene Operationen: 3,6 %, offene Operationen: 9,5 %). Damit wäre ein erheblicher Anstieg an Komplikationen im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen (2003: alle Operationen: 2,7 %, laparoskopisch: 2,5 %, offen: 3,6 %). Dieser Trend ist auch bundesweit zu verzeichnen und ist in der Änderung der Definition der Komplikationen zu verzeichnen. So ist die Komplikation: „Residualstein im Gallengang“ neu hinzugekommen, auch das Feld: „sonstige“ ist neu – hier wurden immerhin 2,0 % Komplikationen dokumentiert. Ein Vergleich zum Vorjahr ist durch diese Änderungen im Erfassungsbogen nicht möglich. Die Schwankungsbreite der einzelnen Abteilungen lag zwischen 0 – 10 %, die drei auffälligen Kliniken außerhalb des Referenzbereiches von  $\leq 9,0$  % wurden angeschrieben.

Als besonders gravierende Komplikation sollte die Okklusion oder Durchtrennung des DHC als „Sentinel Event“ behandelt werden. In Sachsen wurden bei 0,1 % aller Cholezystektomien diese Komplikation angegeben. Auf einen strukturierten Dialog wurde verzichtet, da keine betroffene Klinik mehr als einen Patienten bei mehr als 62 Fällen verschlüsselte.

Zu hinterfragen bleibt auch die Dokumentationsqualität der Abteilungen mit hoher Fallzahl ohne jegliche Komplikation.

**Qualitätsmerkmal: Postoperative Wundinfektion**

Ziel: selten postoperative Wundinfektion. Bezogen auf alle Patienten wurde eine postoperative Wundinfektionsrate von 1,9 % (Vorjahr 1,8 %) dokumentiert. Bei laparoskopischen Eingriffen lag der Wert bei 0,9 % (Vorjahr 1,2 %), während bei offenen Eingriffen mit 7,2 % (Vorjahr 5,0 %) ein Anstieg zu verzeichnen ist. Die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen bezogen auf alle Patienten reichte von 0 – 9,9 %, letztere Klinik wurde um eine Stellungnahme gebeten.

Von der BQS wurde in Anlehnung an das Vorjahr eine Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance der Centers for Disease Control) vorgenommen und ein Referenzbereich für die Risikoklasse 0 festgelegt. Da erneut 51,8 % aller Cholezystektomien als aseptischer Eingriff dokumentiert wurden, ist von einer Datenfehlerrate auszugehen. Die Ausfüllhinweise sollten unbedingt beachtet werden. Die Ergebnisse für die Risikoklasse 0 sind in Tabelle 2 unkommentiert dargestellt.

**Qualitätsmerkmal: Allgemeine postoperative Komplikation**

Ziel: selten behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen. Die Häufigkeit des Auftretens von postoperativen Komplikationen ist der Tabelle 3 zu entnehmen. Im Vergleich zum Vorjahr sind kaum relevante Veränderungen zu beobachten. Die Werte der Abteilungen schwanken zwischen 0 % und 14,3 % wiederum erheblich. Da Sachsen mit 4,8 % gegenüber dem Referenzbereich von  $\leq 10,7$  % ein sehr gutes Ergebnis erzielt hat, wurde auf Klinikanschriften seitens der Arbeitsgruppe verzichtet.

**Qualitätsmerkmal: Reinterventionsrate**

Ziel: geringe Reinterventionsrate. Im Vergleich zu den Vorjahren ist ein erneuter Anstieg an Reinterventionen zu verzeichnen (Tabelle 4).

Der von der BQS festgelegte Referenzbereich von 2 % bezieht sich nur auf die laparoskopisch Operierten. Sachsen liegt mit 1,9 % nur knapp unter diesem Wert, 31 Abteilungen haben den Referenzbereich überschritten. Diese Kliniken wurden zum Dialog gebeten. Dabei hat sich gezeigt, dass sehr häufig eine postoperative ERCP im Rahmen des therapeutischen Splittings als Reintervention dokumentiert wurde, es sind jedoch nur Reinterventionen im Rahmen einer Komplikation zu dokumentieren. Die tatsächliche Reinterventionsrate ist in Sachsen also deutlich niedriger.

Tabelle 2: Postoperative Wundinfektion (in Prozent)

	alle Fälle		offen-chirurgisch		laparoskopisch	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004
<b>Postoperative Wundinfektion</b>	<b>0,9</b>	<b>0,7</b>	<b>4,8</b>	<b>3,9</b>	<b>0,6</b>	<b>0,5</b>
Oberflächliche Wundinfektion	0,7	0,6	3,8	3,0	0,4	0,4
Tiefe Wundinfektion	0,2	0,1	0,7	0,6	0,2	0,0
Infektion von Räumen und Organen	0,0	0,1	0,3	0,3	0,0	0,1

Tabelle 3: Allgemeine postoperative Komplikationen (in Prozent)

	alle Fälle		offen-chirurgisch		laparoskopisch	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Patienten mit mindestens einer Postoperativen Komplikation	4,5	4,8	12,1	15,6	3,4	3,0
Pneumonie	0,8	1,1	2,0	4,5	0,6	0,5
Kardiovaskuläre Komplikationen	1,5	1,9	5,4	7,2	0,9	1,0
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0,1	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0
Lungenembolie	0,1	0,1	0,1	0,4	0,1	0,1
Harnwegsinfekt	0,4	0,4	1,1	1,4	0,3	0,2
Sonstige	2,4	2,6	6,1	7,8	1,9	1,7

Tabelle 4: Reinterventionsrate (in Prozent)

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

Tabelle 5: Letalität (in Prozent)

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

### Qualitätsmerkmal: Letalität

#### Ziel geringe Letalität

In der Gesamtletalität ist mit 0,9 % ein erneuter Anstieg im Vergleich zu den Vorjahren zu beobachten (Tabelle 1). In diese Auswertung gehen aber alle verstorbenen Patienten ein, unabhängig, ob der Tod im Zusammenhang mit der zugrundeliegenden Erkrankung eintrat oder nicht. Ein Zusammenhang zwischen Tod und erfolgter Cholezystektomie wurde aber nur in 21 von 81 Fällen (25,9 %) dokumentiert. Von der BQS wurde ein „sentinel event“ bei Patienten der ASA-Klassifikation 1 – 3 vorgeschlagen. Dem ist die Arbeitsgruppe gefolgt. Eine Letalität aufgrund eines Behandlungsfehlers konnte dabei nicht festgestellt werden.

Tabelle 5 zeigt eine Differenzierung nach Operationsverfahren und ASA-Klassifikation.

### Carotisrekonstruktion (Modul 10/2)

Florek, H.-J., Schröder, A.

An der externen Qualitätssicherung (Modul 10/2) „Carotisrekonstruktion“ haben im Jahr 2004 im Land Sachsen 27 Krankenhäuser teilgenommen (2003: 25 Krankenhäuser). Die Gesamtzahl der importierten und zur Auswertung gelangten Datensätze betrug 1.178 (2003: 1.173). Auf der Basis der durch die Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung festgelegten Kriterien und Referenzbereiche wurde die Auswertung vorgenommen. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum gibt es keine größeren auffälligen Veränderungen im Sinne der Qualitätsmerkmale. Die symptomatische Arteria-carotis-interna-Stenose stellt weiterhin fast die Hälfte der Operationsindikationen dar 48,7 % (2003: 48,8 %). Bei den symptomatischen Stenosen 37,6 % (2003: 44,4 %) erfolgte eine Verlagerung

in die Indikationsgruppe C „Carotischirurgie unter besonderen Bedingungen“ mit 13,7 % (2003: 6,8 %). Die gestellten Indikationen zur Rekonstruktion liegen alle im Referenzbereich, wobei Krankenhäuser, die unter 20 Fälle in die jeweilige Gruppe eingebracht haben, an der Gesamtbewertung nicht teilnehmen.

Zum Beispiel haben von den 27 ausgewerteten Kliniken 14 keine adäquate Fallzahl in die Grundgesamtheit „Indikation bei asymptomatischer Arteria-carotis-interna-Stenose“ eingebracht. Im Ergebnis widerspiegelt sich aber trotzdem eine hohe Qualität auch in dieser Gruppe, da Schlaganfälle und Tod nur bei 1,6 % vorkommen (Referenzbereich < 3 %). In der Gruppe „asymptomatische Stenose mit kontralateralem Verschluss“ ist jedoch ein deutlich schlechteres Ergebnis zu konstatieren. Schlaganfälle und Tod hier 6,8 % (Referenzbereich < 5 %). In dieser Gesamtheit besteht ein höheres Risiko für den Eingriff. Operative Routine, Schnelligkeit des Operateurs, kurze Clampingzeit zur Vermeidung von Perfusionsstörungen oder Ausfällen sind dringend geboten. Gerade hier stellt sich die Frage des Erfordernisses von Mindestmengen, da das Operationsrisiko keinesfalls höher als das Risiko des Spontanverlaufs sein darf.

Sehr erfreulich niedrig ist die Rate sonstiger postoperativer Komplikationen, zum Beispiel treten Nachblutungen nur bei 3,1 % (2003: 3,6 %) der Patienten auf. Hier liegt der Referenzbereich bei ≤ 8,3 %. Insgesamt also von den dokumentierten Ergebnissen her eine zufriedenstellende Situation im Lande Sachsen im Vergleich zu den Ergebnissen in der Bundesrepublik. Unbefriedigend ist aber nach wie vor die relativ hohe Anzahl an Krankenhäusern mit weniger als 20 Eingriffen an der Arteria carotis pro Jahr. Die vollständige Auswertung ist abrufbar über [www.slaek.de](http://www.slaek.de).

Dr. med. Henry Jungnickel  
Vorsitzender der Arbeitsgruppe Chirurgie  
der Sächsischen Landesärztekammer