

## **Externe vergleichende Qualitätssicherung in der stationären Versorgung 2007**

---

### **Gefäßchirurgie: Operative Karotisrekonstruktion**

Schröder, A.; Florek, H.-J.

Im Jahr 2007 haben im Land Sachsen 31 Krankenhäuser (2006: 27) an der externen Qualitätssicherung „Karotisrekonstruktion“ (10/2) teilgenom-

men. Insgesamt wurden 1.375 Datensätze importiert und ausgewertet, 104 mehr als im Jahr 2006.

70,7 % der Patienten wurden nach der ASA-Klassifikation als Patienten mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung (ASA III) eingestuft. Im Bundesdurchschnitt waren es 66,6 %.

Die Anzahl der fachneurologisch untersuchten Patienten ist wie im Jahr 2006 niedrig, in der Tendenz eher fallend (präoperativ 47,9 % 2007, 49,3 % 2006; postoperativ 25,8 % 2007, 32,7 % 2006). Es bleibt nach wie vor ein erhebliches

Verbesserungspotential, da nach den Empfehlungen der Bundesfachgruppe alle zu operierenden Karotis-Patienten fachneurologisch untersucht werden sollten und im Bundesdurchschnitt die Anzahl fachneurologisch untersuchter Patienten deutlich höher ist (präoperativ 66,6 % 2007; postoperativ 45,8 % 2007).

In die präoperative apparative Diagnostik wurde 2007 in 97,7 % der Fälle die Duplexsonographie einbezogen. Unter den angiographischen Verfahren wurden die i. a. digitale Subtraktionsangiographie mit 24,4 %, die Magnetresonanztomographie mit

27,4 % und die CT-Angiographie mit 24,9 % der Fälle etwa gleich häufig durchgeführt. Wie oft Mehrfachangiographien in verschiedenen Techniken vorgenommen wurden oder ausschließlich die Duplexsonographie zur Beurteilung der hirnversorgenden Gefäße, geht aus der Analyse nicht hervor. Auffällig ist, dass im Bundesdurchschnitt die Magnetresonanztomographie sehr viel häufiger, in 48,3 % der Fälle, angewendet wird, während die Häufigkeit der i. a. digitalen Subtraktionsangiographie nur noch 14,9 % beträgt.

Deutliche Unterschiede zwischen der Bundesauswertung und der Auswertung im Land Sachsen finden sich auch in der Art der Anästhesie und der angewendeten Operationstechnik. Während in Sachsen 42,3 % der Fälle in Loko-Regionalanästhesie operiert werden, sind es im Bundesdurchschnitt nur 19,8 %. Die Eversionsendarterektomie wird in Sachsen in 66,0 % der Operationen favorisiert, im Bundesdurchschnitt nur in 39,8 %.

Eine postoperative Kontrolle der Strombahn (fast ausschließlich als Duplexsonographie) wurde in Sachsen zwar seltener als im Bundesdurchschnitt vorgenommen (49,0 % gegenüber 65,3 %), die intraoperative Kontrolle (überwiegend als Angiographie) hingegen häufiger (66,4 % gegenüber 57,4 %).

Trotz der oben aufgeführten Unterschiede in den Basisdaten der Bundesauswertung und der Auswertung im Land Sachsen waren in der Gesamtanalyse der Qualitätsindikatoren (QI) die Ergebnisse im Jahr 2007 im Land Sachsen innerhalb der Referenzbereiche für sämtliche Qualitätsindikatoren (siehe Tabelle) und differierten unwesentlich von den Ergebnissen der Bundesauswertung.

Abweichungen von den Referenzwerten sind wie im Vorjahr in einigen Kliniken durch Dokumentationsfehler bedingt. In anderen Kliniken sind wiederum die Grundgesamtheiten der Untergruppen, in denen Abweichungen von den Referenzwerten bestanden, so klein, dass statistische Aussagen problematisch

sind. Die von den angeschriebenen Institutionen gelieferten Epikrisen zu den beanstandeten Referenzwerten ließen auch im Jahr 2007 keine Auffälligkeiten in der Behandlung erkennen. Die mit der Qualitätssicherungsgruppe geführte Diskussion war wiederum sachlich.

Wir danken allen beteiligten Kliniken für ihre anhaltenden Bemühungen um Qualitätsbesserung.

## Viszeralchirurgie: Cholezystektomie

Jungnickel, H.

### Vorwort

Im Jahr 2007 wurde die Verpflichtung zur Dokumentation wie auch in den Vorjahren durch den QS-Filter (Kombination zwischen Entlassungsdiagnose und dokumentierter OPS-Prozedur) ausgelöst.

Dokumentationspflichtig waren alle Cholezystektomien mit und ohne Gallengangsrevision, die unter der Hauptdiagnose einer nicht bösartigen Erkrankung der Gallenblase oder der Gallenwege oder einer akuten Pankreatitis durchgeführt wurden. Simultane Cholezystektomien im Rahmen eines anderen Eingriffes (es gibt entsprechende OPS-Nummern) sind nicht zu erfassen.

In der Viszeralchirurgie ist seit 2004 nur noch das Modul 12/1 (Cholezystektomie) verpflichtend zu erfassen. Diesbezüglich liegen den Krankenhäusern die Daten der Bundes- und Landesauswertungen zum Vergleich vor. Es sei aber nochmals darauf hingewiesen, dass die Module 12/2 (Appendektomie) und 12/3 (Leistenhernienchirurgie) auf freiwilliger Basis weiter erfasst werden können. Es wird zwar keine Auswertung auf

Tabelle: Übersicht Qualitätsindikatoren Karotis-Rekonstruktion (10/2)  
Auswertung Sachsen 2007 und Bundesauswertung 2007

Qualitätsindikator	Ergebnis Sachsen Gesamt	Ergebnis Bund Gesamt	Referenz-Bereich
<b>QI 1: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose</b>	92,5 %	92,1 %	≥ 80 %
<b>QI 2: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose</b>	95,7 %	96,6 %	≥ 90 %
<b>QI 3: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose I</b> Patienten ohne kontralateralem Verschluss oder kontralateraler Stenose ≥ 75 % (NASCET)	0,5 %	1,3 %	< 3 %
<b>QI 4: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose II</b> Patienten mit kontralateralem Verschluss oder kontralateraler Stenose ≥ 75 % (NASCET)	1,1 %	2,4 %	< 5 %
<b>QI 5: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose I</b> Patienten mit einem Stenosegrad ≥ 70 % (NASCET)	2,5 %	2,8 %	< 6 %
<b>QI 6: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose II</b> Patienten mit einem Stenosegrad 50 – 69 % (NASCET)	3,7 %	2,5 %	< 6 %
<b>QI 7: Perioperative Schlaganfälle oder Tod risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score I</b> Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate nach logistischem Karotis-Score I Risikoadjustierte Rate nach logistischem Karotis-Score I	0,81 2,2 %	0,98 2,7 %	≤ 2,90 ≤ 7,9 %
<b>QI 8: Schwere Schlaganfälle oder Tod</b> Beobachtete Rate unter allen Patienten Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate nach logistischem Karotis-Score II Risikoadjustierte Rate nach logistischem Karotis-Score II	1,5 % 0,87 1,3 %	1,5 % 0,96 1,4 %	nicht definiert ≤ 3,4 ≤ 5,2 %

Landes- oder Bundesebene durchgeführt, aber die Software bietet den einzelnen Abteilungen die Möglichkeit, die Daten Klinikintern zu bewerten.

Von der BQS wurden wiederum 8 Qualitätsindikatoren vorgegeben. Bei der Auswertung der Ergebnisse der einzelnen Kliniken (in anonymisierter Form) wurden diejenigen Abteilungen herausgefiltert, welche außerhalb der festgelegten Referenzbereiche lagen. Diese wurden um Überprüfung der Dokumentation im Rahmen eines Strukturierten Dialoges gebeten. Der Strukturierte Dialog ist nunmehr abgeschlossen. Die Antwortschreiben der Kliniken liegen vor, so dass auch diese im Folgenden mit berücksichtigt werden können.

**Basisauswertung**

Im Jahre 2007 wurden insgesamt 8.596 Cholezystektomien (12/1) im Rahmen der externen Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen erfasst. In 26,2 % wurden akute Entzündungszeichen dokumentiert (Vorjahr 26,1 %). Damit hat sich der über viele Jahre zu beobachtende Trend des kontinuierlichen Anstieges an akuten Behandlungsfällen nicht so deutlich fortgesetzt.

Die Anzahl an laparoskopischen Eingriffen lag mit 83,6 % auf dem Höchststand seit Beginn der Qualitätssicherung, die Umsteigerrate ist dagegen mit 6,3 % nahezu unverändert geblieben (Tabelle 1).

51,3 % aller operierten Patienten war 60 Jahre und älter, damit wurden anteilmäßig wieder mehr jün-

gere Patienten cholezystektomiert (Tabelle 1).

Eine medikamentöse Thromboseprophylaxe wurde bei 99,2 % der Patienten durchgeführt, ein Zeichen für einen sehr hohen Standard. Im Jahr 2007 war kein weiterer Anstieg an histologischen Untersuchungen des Operationspräparates zu verzeichnen, mit 99,2 % ist die angestrebte vollständige Untersuchung der entfernten Gallenblasen auch im vergangenen Jahr nicht erreicht. Da es sich hierbei um einen ausgewählten Qualitätsparameter handelt, wird im Weiteren dazu noch Stellung bezogen. Die Gesamtletalität (unabhängig von der OPS-Prozedur und der ASA-Klassifikation) ist mit 0,6 % geringfügig niedriger als im Vorjahr (Tabelle 1).

Die Tabelle 1 zeigt die Daten von ausgewählten Parametern der letzten 10 Jahre im Verlauf.

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

**Qualitätsmerkmal: Indikation**

Ziel: selten fragliche Indikation  
Referenzbereich: ≤ 5 %

Eine fragliche Indikation zur Cholezystektomie lag vor bei operierten Patienten mit uncharakteristischen Beschwerden im rechten Oberbauch

ohne sicheren Steinnachweis, ohne Cholestase und ohne akute Entzündungszeichen. Das war in 1,7 % der Fälle so dokumentiert (Vorjahr 1,4 %). Sachsen lag damit deutlich unter dem von der BQS vorgegebenen Referenzbereich von ≤ 5,0 %. Bei einer Schwankungsbreite von 0 % – 9,7 % lagen lediglich drei Kliniken außerhalb des Referenzbereiches, diese erhielten im Rahmen des Strukturierten Dialoges einen Hinweis. Nach Durchsicht der Akten des Vorjahres konnte festgestellt werden, dass es sich immer um eine Fehldokumentation gehandelt hat. Die Indikation zur Operation wurde von uns in allen Fällen bestätigt, so dass dieses Jahr auf eine Stellungnahme der betroffenen Kliniken verzichtet wurde.

**Qualitätsmerkmal: Präoperative Abklärung bei extrahepatischer Cholestase**

Ziel: bei extrahepatischer Cholestase immer präoperative Abklärung der Gallenwege  
Referenzbereich: ≥ 95 %

Noch im Vorjahr wurde von der BQS ein Referenzbereich von 100 % festgelegt. Dieser angestrebte Wert erschien der Arbeitsgruppe aufgrund von Notfällen unrealistisch. Anhand der Erfahrungen des Strukturierten Dialoges der vergangenen Jahre wurde der Referenzbereich von der BQS nunmehr auf ≥ 95 % korrigiert. Allerdings sei noch einmal darauf hingewiesen, dass eine alleinige Sonographie zur Abklärung der Cholestase bereits für ausreichend ange-

Tabelle 1: Ausgewählte Parameter

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
	operativ behandelte Patienten			auswertbare Datensätze						
<b>Gesamtzahl</b>	<b>9.706</b>	<b>9.766</b>	<b>9.407</b>	<b>7.252</b>	<b>8.949</b>	<b>6.967</b>	<b>9.077</b>	<b>8.936</b>	<b>8.681</b>	<b>8.596</b>
<b>davon</b>	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Operationsverfahren</b>										
<b>laparoskopisch</b>	68,6	72,1	74,8	80,5	79,4	78,9	78,3	81,1	82,9	83,6
<b>konventionell</b>	24,7	21,7	19,0	14,0	13,6	14,9	14,3	12,0	10,6	9,9
<b>laparoskop. begonnen, konventionell beendet</b>	6,8	6,2	6,3	5,5	7,0	6,2	6,9	6,5	6,3	6,3
<b>Alter &gt; 60 Jahre</b>	50,4	51,5	52,0	51,0	52,7	54,0	54,3	54,0	52,9	51,3
<b>Thromboseprophylaxe</b>	99,7	99,7	99,7	99,3	99,2	99,3	99,3	99,4	99,3	99,2
<b>histologische Untersuchung</b>	98,8	98,6	98,4	99,3	97,7	96,9	97,4	98,1	99,3	99,2
<b>Letalität</b>	0,5	0,5	0,4	0,5	0,7	0,8	0,9	0,7	0,7	0,6

sehen wird (siehe Erfassungsbogen). Wir gehen davon aus, dass diese Untersuchung präoperativ in allen Kliniken durchgeführt wird und haben deshalb wie auch im Vorjahr auf einen Strukturierten Dialog verzichtet. Wir bitten um Beachtung der von der BQS vorgegebenen Ausfüllhinweise bei der Dokumentation. Es wurde im Jahr 2007 für Sachsen ein Wert von 97,9 % dokumentiert (Vorjahr 97,0 %). Bei einer Schwankungsbreite von 85,7 % bis 100 % lag nur eine Klinik außerhalb des Referenzbereiches.

#### **Qualitätsmerkmal: Erhebung eines histologischen Befundes**

Ziel: immer Erhebung eines histologischen Befundes

Referenzbereich:  $\geq 95\%$

Wie von der BQS-Fachgruppe gefordert, sollte auch im Freistaat Sachsen jede entfernte Gallenblase histologisch untersucht werden. Mit 99,2 % ist der Vorjahreswert von 99,3 % nahezu erreicht (Tabelle 1). Die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen ist mit 95,2 % bis 100 % nur unerheblich. Die Dokumentationsqualität hat sich somit deutlich gebessert. Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass **nur abgefragt wird, ob eine histologische Untersuchung veranlasst wurde**, und nicht, ob der histologische Befund zur Entlassung bereits vorlag oder ob dieser pathologisch war. Da die Auswertung der vergangenen Jahre gezeigt hat, dass es sich eigentlich immer um Dokumentationsfehler gehandelt hat, wurde wahrscheinlich durch die BQS für dieses Jahr aus methodischen Gründen der Referenzbereich auf  $\geq 95\%$  herabgesetzt. Somit musste auch keine Klinik in Sachsen im Rahmen des Strukturierten Dialoges angeschrieben werden. Praktisch wird jede entfernte Gallenblase in Sachsen auch histologisch untersucht.

#### **Qualitätsmerkmal: Eingriffsspezifische Komplikationen**

Ziel: selten eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen in Abhängigkeit vom Operationsverfahren

Referenzbereich:  $\leq 6,4\%$  (95 %-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Von der BQS wurde auch für das Jahr 2007 nur für die Gruppe 2 (Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation) ein Referenzbereich festgelegt (siehe oben). Hier liegt Sachsen mit 2,6 % deutlich unter diesem Wert (Tabelle 2).

Die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen in der Gruppe 2 lag nur noch zwischen 0 % und 6,4 % (im Vorjahr noch 0 % bis 24,7 %). Keine Klinik in Sachsen lag somit außerhalb des Referenzbereiches.

Das Feld „sonstige Komplikation“ gibt es seit 2004 im Erfassungsbogen und macht ca. 50 % der dokumentierten eingriffsspezifischen Komplikationen aus. Es hat sich gezeigt, dass auch hier häufig ein Dokumentationsfehler vorgelegen hat und unter dieser Rubrik weder eingriffsspezifische noch behandlungsbedürftige Komplikationen verschlüsselt wurden. Nach Meinung der Fachgruppe ist dieses Feld im Erfassungsbogen überflüssig und irreführend. Unabhängig vom Operationsverfahren sind die eingriffsspezifischen Komplikationen weiter rückläufig (Tabelle 2).

Als besonders gravierende Komplikation sollte die Okklusion oder Durchtrennung des DHC als „Sentinel Event“ nach Meinung der BQS betrachtet werden. In Sachsen wurde bei insgesamt 10 Patienten (0,1 %) diese Komplikation dokumentiert. Alle Fälle wurden im Strukturierten Dialog ausgewertet. Es lagen ausnahmslos schwierige anatomische Verhältnisse vor, ein systematischer Behandlungsfehler oder ein fahrlässiges Verhalten konnte in keiner Klinik aufgedeckt werden.

Im Vorjahr wurden noch 27 Patienten (0,3 %) mit einer DHC-Durchtrennung dokumentiert. Dieser Wert erscheint der Arbeitsgruppe anhand von Literaturdaten realistischer, aber ob hier Behandlungsfälle bewusst verschwiegen wurden, kann im Rahmen dieser Auswertung nicht festgestellt werden.

Zu hinterfragen bleibt auch die Validität der Daten bei Abteilungen mit hohen Fallzahlen ohne jegliche gemeldete Komplikation.

#### **Qualitätsmerkmal: Postoperative Wundinfektion**

Ziel: selten postoperative Wundinfektionen

Referenzbereich für die Risikoklasse 0:  $\leq 2\%$

Bezogen auf alle Patienten wurde eine postoperative Wundinfektionsrate von 2,0 % dokumentiert (Vorjahr 2,1 %).

Die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen ist mit 0 % bis 9,7 % erheblich. Ein Referenzbereich wurde hier von der BQS nicht festgelegt. In Auswertung des Strukturierten Dialogs kann Folgendes festgehalten werden: Die meisten Kliniken benutzen einen Bergebeutel nicht routinemäßig, sondern nur bei akuter Cholezystitis, iatrogenen Gallenblaseneröffnung oder Malignomverdacht. Auch eine perioperative Antibiotikaprophylaxe wird nicht generell in allen Kliniken durchgeführt und ist teilweise eine Entscheidung des Operateurs anhand des intraoperativen Befundes. Bei dieser Vorgehensweise muss mit einer geringeren Effektivität der perioperativen Antibiotikaprophylaxe gerechnet werden.

Von der BQS wurde in Anlehnung an die Vorjahre eine Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance der Centers for Disease Control) vorgenommen und ein Referenzbereich für die Risikoklasse 0 mit  $\leq 2\%$  festgelegt. Da trotz wiederholter Hinweise unsererseits bezüglich des Kontaminationsgrades auch im Jahr 2007 noch 39,4 % aller Eingriffe als aseptisch eingestuft wurden (Vorjahr 41,7 %), ist weiterhin von einer Datenfehlage hinsichtlich der Risikoklasse 0 auszugehen. Wir bitten um sorgfältige Ausfüllung der Erfassungsbögen.

Anhand der dokumentierten Daten wäre allerdings für das Jahr 2007 ein deutlicher Rückgang der postoperativen Wundinfektionen bei den laparoskopisch operierten Patienten

Tabelle 2: Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen (in Prozent)

	alle Fälle			lapar. begonnen			offen-chirurgisch		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
<b>Komplikationen gesamt</b>	<b>4,0</b>	<b>3,9</b>	<b>3,1</b>	<b>3,3</b>	<b>3,2</b>	<b>2,6</b>	<b>9,0</b>	<b>9,2</b>	<b>7,5</b>
<b>Blutung</b>	1,3	1,5	1,3	1,1	1,3	1,2	2,2	2,6	2,4
<b>periphere Gallengangsverletzung</b>	0,5	0,4	0,3	0,4	0,3	0,2	1,2	0,8	0,9
<b>Okklusion / Durchtrennung des DHC</b>	0,1	0,3	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	1,0	0,1
<b>Residualstein im Gallengang</b>	0,5			0,4			1,3		
<b>sonstige</b>	1,9	2,0	1,5	1,5	1,5	1,2	4,7	5,8	4,5

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

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

	alle Fälle			offen-chirurgisch			laparoskopisch		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
<b>postoperative Wundinfektion</b>	0,7	0,8	0,4	2,4	4,7	6,6	0,6	0,6	0,2
<b>oberflächliche Wundinfektion</b>	0,7	0,5	0,3	2,0	3,7	4,8	0,6	0,3	0,1
<b>tiefe Wundinfektion</b>	0,0	0,2	0,1	0,0	0,9	1,8	0,0	0,2	0,0
<b>Infektion von Räumen und Organen</b>	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0

Tabelle 4: Allgemeine postoperative Komplikationen (in Prozent)

	alle Fälle			offen-chirurgisch			laparoskopisch		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
<b>Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation</b>	<b>4,4</b>	<b>4,7</b>	<b>3,4</b>	<b>15,1</b>	<b>16,1</b>	<b>13,2</b>	<b>2,9</b>	<b>3,3</b>	<b>2,3</b>
<b>Pneumonie</b>	0,9	1,0	0,7	3,9	3,9	3,8	0,4	0,6	0,3
<b>kardiovaskuläre Komplikationen</b>	1,6	1,5	1,2	6,3	7,8	6,2	0,9	0,8	0,7
<b>tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose</b>	0,1	0,0	0,1	0,6	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0
<b>Lungenembolie</b>	0,1	0,1	0,1	0,5	0,4	0,5	0,0	0,1	0,1
<b>Harnwegsinfekt</b>	0,5	0,3	0,2	2,5	1,1	1,1	0,2	0,2	0,1
<b>sonstige</b>	2,7	2,7	2,0	9,4	8,1	7,3	1,8	2,1	1,4

sowie bei allen Patienten zu registrieren, während bei den primär offen operierten Patienten in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg an Wundinfektionen zu verzeichnen ist (negative Auslese?).

**Qualitätsmerkmal: Allgemeine postoperative Komplikation**

Ziel: selten behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen  
Referenzbereich: jeweils die 95 % -Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

Die Häufigkeit des Auftretens von postoperativen Komplikationen ist der Tabelle 4 zu entnehmen. Im Vergleich zum Vorjahr ist ein deutlicher

Rückgang der dokumentierten Komplikationen in allen Gruppen zu beobachten. Die von der BQS vorgegebenen Referenzbereiche werden in allen 3 Gruppen deutlich unterboten. (Referenzbereiche: Gruppe 1 = alle Patienten: ≤ 7,9 %, Gruppe 2 = laparoskopisch begonnene Operationen: ≤ 6,3 % und Gruppe 3 = offene Operationen: ≤ 28,6 %). Somit ist diesbezüglich in Sachsen eine gute Qualität zu verzeichnen. Dennoch ist weiterhin eine erhebliche Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Kliniken vorhanden. In Auswertung des Strukturierten Dialoges des Vorjahres hat sich gezeigt, dass in dem Feld „sonstige“ häufig Fehleintragungen vorgenommen wurden, zum

Beispiel Doppeltennung einer Nachblutung oder Wundinfektion sowie Verschlüsselung von Ereignissen, welche mit der Operation nicht unmittelbar in Verbindung stehen, sondern Vorerkrankungen angeschuldigt werden müssen. Wie auch bei den eingriffsspezifischen Komplikationen wurden aber gerade in diesem Feld ca. 50 % aller Komplikationen dokumentiert. Auf eine erneute Stellungnahme der betroffenen Kliniken wurde deshalb dieses Jahr verzichtet.

**Qualitätsmerkmal: Reinterventionsrate**

Ziel: geringe Reinterventionsrate  
Referenzbereich: siehe Text

Eine Reintervention ist ein erneuter operativer oder interventioneller Eingriff nach einer Operation wegen postoperativ aufgetretener Komplikationen.

Der von der BQS festgelegte Referenzbereich von ≤ 1,5 % bezieht sich auf alle laparoskopisch operierten Patienten. Seit 2006 werden aber auch nur Patienten der Risikoklasse ASA 1 bis 3 erfasst und die akuten Entzündungen herausgerechnet. Somit wurde der Referenzbereich von ehemals 2 % deutlich strenger gestellt – ein Vergleich mit länger zurückliegenden Daten ist nur bedingt möglich, da bis 2005 alle Patienten einbezogen wurden. In Sachsen liegt die Reinterventionsrate mit 1,1 % 2007 im Normbereich. Auch die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen ist mit 0 % bis 5,0 % (Vorjahr noch 0 % bis 8,0 %) deutlich gesunken. Letztendlich blieb keine Klinik auffällig (Tabelle 5).

**Qualitätsmerkmal: Letalität**

Ziel: geringe Letalität  
Referenzbereich: Sentinel Event bei ASA 1 – 3

Die Gesamtletalität ist mit 0,6 % im Vergleich zu den Vorjahren leicht gesunken (Tabelle 1 und 6). Von der BQS wurde ein „Sentinel Event“ bei Patienten der ASA-Klassifikation 1 bis 3 gefordert. Dem ist die Arbeitsgruppe wie bereits im Vorjahr gefolgt. Es liegen die ausführli-

chen Antwortschreiben der betroffenen Kliniken vor. Eine Letalität infolge eines Behandlungsfehlers konnte dabei nicht festgestellt werden. Vielmehr handelte es sich häufig um schicksalhafte Verläufe bei multimorbiden Patienten, welche allerdings nicht in die ASA-Klassifikation 1 bis 3 gehörten (Fehldokumentation!).

Im Jahr 2007 sind 55 Patienten nach einer Cholezystektomie im Krankenhaus verstorben (entspricht 0,6 %). Eine vollständige Analyse der Todesursachen ist aufgrund unserer Datenlage leider nicht möglich. 23 Patienten wurden bereits primär von den Kliniken in die ASA-Klassifikation 4 und 5 eingeordnet. Hier war kein Strukturierter Dialog vorgesehen. Die verbleibenden 32 Patienten wurden allerdings im Rahmen des Strukturierter Dialoges mit den Kliniken ausgewertet. Zunächst kann erst einmal festgestellt werden, dass die Indikation zur Operation bei allen Patienten gegeben war. Bei nochmaliger Durchsicht der Krankenblätter wurden weitere 20 Patienten in die ASA-Klassifikation 4 und 5 hochgestuft. Nur 12 der verstorbenen Patienten blieben letztendlich in der ASA-Klassifikation 1 bis 3. Bemerkenswert ist auch weiterhin, dass nur bei 4 Patienten eine operative Revision durchgeführt werden musste. Bei allen anderen Patienten handelt es sich um rein schicksalhafte Verläufe ohne operative Komplikation. Ein Behandlungsfehler ist aber auch bei den 4 revidierten Patienten nicht festzustellen. Nunmehr noch die genannten Todesursachen aufgelistet:

- kardiopulmonale Dekompensation: 8 Patienten
- Multiorganversagen: 7 Patienten
- Pneumonie: 4 Patienten
- akuter Myokardinfarkt 3 Patienten
- Lungenembolie: 3 Patienten
- nekrotisierende Pankreatitis: 2 Patienten
- Apoplex: 1 Patient
- Leberversagen: 1 Patient

Tabelle 5: Reinterventionen (in Prozent)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>alle Fälle</b>	<b>2,6</b>	<b>2,3</b>	<b>2,0</b>	<b>2,9</b>	<b>2,6</b>	<b>2,8</b>	<b>2,2</b>
<b>offen-chirurgische Operation</b>	5,5	5,2	4,5	8,1	6,6	8,6	7,1
<b>laparoskopische Operation</b>	1,9	1,5	1,7	1,9	2,0	1,3	1,1

Tabelle 6: Letalität

	2003	2004	2005	2006	2007
<b>alle Fälle</b>	<b>0,8</b>	<b>0,9</b>	<b>0,7</b>	<b>0,7</b>	<b>0,6</b>
<b>offen-chirurgische Operation</b>	3,0	4,8	4,3	5,3	4,3
<b>laparoskopische Operation</b>	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
<b>ASA 1-3</b>	0,6	0,6	0,4	0,4	0,4
<b>ASA 4/5</b>	23,5	22,4	21,6	17,9	20,0

Bei weiteren 3 Patienten wurde die Cholezystektomie lediglich simultan im Rahmen eines Karzinomeingriffes durchgeführt. Bei diesen Patienten handelt es sich ebenfalls um eine Fehldokumentation.

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

### Ausblick

Wie im letzten Jahr stellt die Fachgruppe Chirurgie fest, dass insgesamt eine gute Versorgungssituation aus den vorliegenden Ergebnissen abgeleitet werden kann. Aufgabe der Qualitätssicherung ist es, dieses Versorgungsniveau auch weiterhin zu sichern, erkannte Auffälligkeiten zu analysieren und eventuell bestehenden Defiziten in einzelnen Krankenhäusern nachzugehen.

Von der BQS wurde deshalb auch für das Jahr 2009 eine Fortsetzung der stationären Qualitätssicherung im Modul 12/1 (Cholezystektomie) beschlossen. Es sollte geprüft werden, ob möglicherweise mit einer weniger aufwändigen Datenerhebung (z. B. Verwendung von Abrechnungsdaten der Krankenhäuser) diese Zielsetzung ebenfalls erreicht werden kann. Nach unserem aktuellen Kenntnisstand wird aber auch 2009 die Cholezystektomie weiter über die bekannten Erfassungsbögen dokumentiert werden müssen.

In Zukunft ist aber auch eine Verknüpfung von mehreren Krankenhausaufenthalten geplant (z. B. Wiederaufnahme des Patienten infolge einer Komplikation).

Die Gesetzgebung bietet bereits die Möglichkeit einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung. Diese wird an ein neues unabhängiges Institut vergeben werden (unter anderem hat sich die BQS um diesen Auftrag beworben). Eine endgültige Entscheidung wurde leider noch nicht getroffen, so dass auch alle Aktivitäten diesbezüglich ruhen.

Unsererseits wäre in diesem Zusammenhang aber die Wiederaufnahme der Leistenhernienchirurgie unter Einbeziehung des ambulanten Sektors und einer Longitudinalbeobachtung (welche Voroperation führte zum Rezidiv) zu befürworten. Des Weiteren werden auf Bundesebene neue Leistungsbereiche wie das kolorektale Karzinom diskutiert.

Mitglieder der Arbeitsgruppe Chirurgie  
 Dr. med. Henry Jungnickel, Vorsitzender  
 Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt –  
 Städtisches Klinikum  
 Klinik für Allgemein- und Abdominalchirurgie  
 Dr. med. Arne Dietrich  
 Universitätsklinikum Leipzig, Chirurgische  
 Klinik und Poliklinik II, Visceral-,  
 Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie  
 Dr. med. Hubert Ebbach  
 DIAKOMED gGmbH Hartmannsdorf,  
 Klinik für Chirurgie  
 Dr. med. Hans-Joachim Florek  
 Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt –  
 Städtisches Klinikum,  
 Klinik für Gefäßchirurgie  
 Dr. med. Klaus-Peter Heinemann  
 Medizinischer Dienst der  
 Krankenversicherung Sachsen e. V.  
 PD Dr. med. habil. Alfred Schröder  
 Klinikum Chemnitz GmbH,  
 Krankenhaus Küchwald  
 Klinik für Gefäßchirurgie  
 Kontaktaufnahme bitte über die  
 Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung  
 bei der Sächsischen Landesärztekammer.