

# Externe Qualitätssicherung 2010

---

## Externe vergleichende Qualitätssicherung in der stationären Versorgung 2010

### I. Viszeralchirurgie: Cholezystektomie (Modul 12/1)

#### Vorwort

Auch im Jahre 2010 wurde die Verpflichtung zur Dokumentation durch den QS-Filter (Kombination zwischen Entlassungsdiagnose und dokumentierter Prozedur) ausgelöst.

Dokumentationspflichtig waren wiederum alle Cholezystektomien mit und ohne Gallengangsrevision, die unter der Diagnose einer nicht bösartigen Erkrankung der Gallenblase oder der Gallenwege oder einer akuten Pankreatitis durchgeführt wurden. Simultane Cholezystektomien im Rahmen eines anderen Eingriffes (zum Beispiel: Kausch-Whipple-Operation oder Gastrektomie) waren nicht zu erfassen. Hierfür gibt es andere OPS, die den QS-Filter nicht auslösen, eine exakte Dokumentation ist also schon im Operationssaal erforderlich.

In der Viszeralchirurgie ist seit 2004 nur noch das Modul 12/1 (Cholezys-

tektomie) 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 Landes- oder Bundesebene durchgeführt, aber die Software müsste den einzelnen Abteilungen die Möglichkeit bieten, die Daten klinikintern zu bewerten. Damit sollte zumindest die interne Qualitätssicherung in den Chirur-gischen Kliniken nicht nur auf die Cholezystektomie begrenzt bleiben.

Tabelle 1: Ausgewählte Parameter

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Gesamtzahl	7.252	8.949	6.967	9.077	8.936	8.681	8.596	8.284	8.472	8.319
davon	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Operationsverfahren										
laparoskopisch	80,5	79,4	78,9	78,3	81,1	82,9	83,6	82,1	84,7	85,4
konventionell	14,0	13,6	14,9	14,3	12,0	10,6	9,9	11,5	10,2	9,5
laparoskop. begonnen, konventionell beendet	5,5	7,0	6,2	6,9	6,5	6,3	6,3	6,0	5,1	5,1
Alter > 60 Jahre	51,0	52,7	54,0	54,3	54,0	52,9	51,3	52,3	51,9	52,1
Thromboseprophylaxe	99,3	99,2	99,3	99,3	99,4	99,3	99,2	99,2	99,2	99,3
histologische Untersuchung	99,3	97,7	96,9	97,4	98,1	99,3	99,2	99,2	99,4	99,3
Letalität	0,5	0,7	0,8	0,9	0,7	0,7	0,6	1,3 !	0,9	1,0

Vom AQUA-Institut wurden im Modul 12/1 wiederum die bekannten sieben Qualitätsindikatoren vorgegeben. Der Qualitätsindikator „Postoperative Wundinfektion“ wurde bereits 2009 nicht mehr ausgewertet. Als Grund hierfür wurden die immer kürzeren stationären Verweildauern genannt, welche eine exakte Abbildung der Infektionsraten nicht mehr gewährleisten. Für das Jahr 2010 war dieser Punkt in den Erfassungsbögen gar nicht mehr vorhanden. Da jedoch das AQUA-Institut besonders im Hinblick einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung den Versorgungsauftrag erhalten hat – und damit sollten Wiederaufnahmen auf Grund einer Wundheilungsstörung und auch die ambulante Weiterbehandlung des Patienten nicht verloren gehen – ist dieses Argument für uns nicht nachzuvollziehen.

Erstmals waren 2010 auch Indikatoren zur Überprüfung der Datenvalidität aufgenommen worden.

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

### Basisauswertung

Im Jahre 2010 wurden von 61 teilnehmenden Krankenhäusern insgesamt 8.319 Cholezystektomien (Vorjahr 8.472) im Rahmen der externen Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen erfasst. Die Anzahl der durchgeführten Gallenblasenentfernungen ist damit in den letzten zehn Jahren nicht angestiegen. In 25,7 Prozent wurden akute Entzündungszeichen dokumentiert (Vorjahr 25,1 Prozent). Damit hat sich der zunächst über viele Jahre zu beobachtende Trend des kontinuierlichen Anstieges an akuten Behandlungsfällen in den letzten drei Jahren nicht fortgesetzt. Die Zahl der laparoskopisch beendeten Eingriffe lag mit 85,4 Prozent erneut auf dem Höchststand seit Beginn der Qualitätssicherung (Vorjahr 84,7 Prozent), die Umsteigerrate ist mit 5,1 Prozent identisch zum Vorjahr (Tabelle 1). Die Operationsmethode NOTES/NOS wurde in 207 Fällen dokumentiert und spielt mit 2,5 Prozent eine untergeordnete Rolle.

52,1 Prozent aller operierten Patienten waren 60 Jahre und älter (Tabelle 1). Der Altersmedian ist mit 61 Jahren konstant geblieben.

Eine medikamentöse Thromboseprophylaxe wurde bei 99,3 Prozent der Patienten durchgeführt, ein Zeichen für einen sehr hohen Standard. Im Jahr 2010 wurde in 99,3 Prozent eine histologische Untersuchung des Operationspräparates dokumentiert. Die Gesamtleitfähigkeit (unabhängig von der OPS-Prozedur und der ASA-Klassifikation) war mit 1,0 Prozent (Vorjahr 0,9 Prozent) nahezu gleich

geblieben (Tabelle 1). Diesbezüglich wird im entsprechenden Qualitätsindikator noch Stellung genommen.

Die Tabelle 1 zeigt zunächst die Daten von ausgewählten Parametern der letzten zehn Jahre im Verlauf. In den Jahren 2001 und 2003 waren nicht alle Datensätze auswertbar, man kann jedoch davon ausgehen, dass bis zum Jahr 2005 in Sachsen jährlich etwa 9.000 Cholezystektomien durchgeführt wurden.

Da die bereits im Jahr 2004 von der BQS bestimmten Qualitätsindikatoren und deren Referenzbereiche in den letzten Jahren nahezu unverändert beibehalten und bis auf die Streichung der postoperativen Wundinfektionen vom AQUA-Institut übernommen wurden, können die Ergebnisse dieser Jahre gut verglichen werden. Im Folgenden werden nun die einzelnen Qualitätsmerkmale dargestellt.

### Qualitätsmerkmal: Indikation

Ziel: selten fragliche Indikation  
Referenzbereich:  $\leq 5\%$

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 wurde in 1,3 Prozent der Fälle so dokumentiert (Vorjahr ebenfalls 1,3 Prozent). Damit lag Sachsen deutlich unter dem vom AQUA-Institut vorgegebenen Referenzbereich von  $\leq 5,0$  Prozent. Bei einer Schwankungsbreite von 0,0 Prozent bis 7,0 Prozent lag eine Kli-

Tabelle 2: Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen (in Prozent)

	alle Fälle			laparoskopisch begonnen			offen-chirurgisch		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Komplikationen gesamt	3,6	2,8	3,8	2,9	2,3	3,0	8,1	7,3	10,5
Blutung	1,3	1,1	1,4	1,2	1,0	1,2	2,0	2,2	3,6
periphere Gallengangsverletzung	0,6	0,3	0,3	0,5	0,3	0,3	1,3	0,6	1,3
Okklusion/Durchtrennung des DHC	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,4
sonstige	1,8	1,4	2,1	1,3	1,1	1,6	5,2	4,7	6,7

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

Tabelle 3: Allgemeine postoperative Komplikationen (in Prozent)

	alle Fälle			offen-chirurgisch			laparoskopisch		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation	3,8	3,0	4,0	15,4	13,1	15,2	2,2	1,9	2,7
Pneumonie	0,9	0,6	0,7	4,0	3,7	3,3	0,4	0,3	0,4
kardiovaskuläre Komplikationen	1,6	1,1	1,1	6,8	5,7	4,5	0,8	0,6	0,8
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Lungenembolie	0,1	0,1	0,1	0,3	0,2	0,3	0,0	0,1	0,1
Harnwegsinfekt	0,4	0,2	0,3	1,4	0,7	1,3	0,2	0,2	0,2
sonstige	2,0	1,6	2,6 !	9,3	6,6	10,5 !	1,1	1,0	1,8 !

Tabelle 4: Reinterventionen (in Prozent)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
alle Fälle	2,9	2,6	2,8	2,2	2,4	1,9	2,6
offen-chirurgische Operation	8,1	6,6	8,6	7,1	7,0	6,6	9,0
laparoskopische Operation	1,9	2,0	1,3	1,1	1,2	0,9	1,2

Tabelle 5: Letalität

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
alle Fälle	0,7	0,7	0,6	1,3	0,9	1,0
offen-chirurgische Operation	4,3	5,3	4,3	8,8	7,4	6,7
laparoskopische Operation	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,4
ASA 1-3	0,4	0,4	0,4	0,8	0,5	0,6
ASA 4/5	21,6	17,9	20,0	27,2	28,8	28,3

nik außerhalb des Referenzbereiches. Nach Abschluss des Strukturierten Dialoges handelte es sich jedoch um ein Dokumentationsproblem. Die Indikation zur Cholezystektomie wird im Freistaat Sachsen leitlinien-gerecht gestellt.

**Qualitätsmerkmal: Präoperative Abklärung bei extrahepatischer Cholestase**

Ziel: Bei extrahepatischer Cholestase immer präoperative Abklärung der Gallenwege

Referenzbereich:  $\geq 95\%$

Noch im Jahr 2006 wurde von der BQS ein Referenzbereich von 100 Prozent festgelegt. Dieser angestrebte Wert erschien jedoch aufgrund von Notfällen unrealistisch. Anhand der Erfahrungen des Strukturierten Dialoges der vergangenen Jahre wurde der Referenzbereich seit 2007 auf  $\geq 95$  Prozent korrigiert. Allerdings sei noch einmal darauf hingewiesen, dass eine alleinige Sonographie zur Abklärung der Cholestase bereits für ausreichend angesehen wird (siehe Ausfüllanleitung des Erfassungsbogens). Eine präope-

rativ ERCP oder MRCP ist bei Cholestasezeichen nicht zwingend erforderlich. Wir gehen davon aus, dass eine Sonographie präoperativ in allen Kliniken durchgeführt wird. Es wurde im Jahr 2010 für Sachsen ein Wert von 98,0 Prozent dokumentiert (Vorjahr 98,8 Prozent) und damit eine Verschlechterung beobachtet. Auch die Schwankungsbreite war mit 75,0 Prozent bis 100 Prozent erheblich. Eine Klinik, welche wiederholt außerhalb des Referenzbereiches gelegen hatte, wurde im Strukturierten Dialog angeschrieben. Es bestä-

tigte sich der Verdacht der Fehldokumentation. Fünf weitere Kliniken erhielten einen Hinweis. Wir bitten dringend um sorgfältige Beachtung der Ausfüllhinweise, um unnötige Rückfragen in Zukunft zu vermeiden.

#### Qualitätsmerkmal: Erhebung eines histologischen Befundes

Ziel: immer Erhebung eines histologischen Befundes

Referenzbereich:  $\geq 95\%$

Wie in den Leitlinien gefordert, sollte auch im Freistaat Sachsen jede entfernte Gallenblase histologisch untersucht werden. Mit 99,3 Prozent ist der dokumentierte Wert nahezu identisch zum Vorjahr (Tabelle 1). Die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen lag zwischen 94,0 Prozent und 100 Prozent. Eine Klinik lag somit außerhalb des Referenzbereiches und erhielt einen Hinweis. Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass nur abgefragt wird, ob eine histologische Untersuchung veranlasst wurde, und nicht, ob der histologische Befund zur Entlassung bereits vorlag oder ob dieser pathologisch war. Die Auswertung der vergangenen Jahre hatte immer wieder gezeigt, dass es sich bei gemeldeter fehlender histologischer Untersuchung immer um Dokumentationsfehler gehandelt hat. Praktisch wird jede entfernte Gallenblase in Sachsen auch histologisch untersucht.

#### Qualitätsmerkmal: Eingriffsspezifische Komplikationen

Ziel: selten eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen in Abhängigkeit vom Operationsverfahren

Referenzbereich: 95 %-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund ( $\leq 6,1\%$ ) bei laparoskopisch begonnenen Operationen

Vom AQUA-Institut wurde auch für das Jahr 2010 nur für die Gruppe 2 (Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation) ein Referenzbereich festgelegt (siehe oben). Hier liegt Sachsen mit 3,0 Prozent (Vorjahr 2,3 Prozent) zwar noch deutlich unter diesem Wert, es ist aber ein erneuter Anstieg an dokumentierten

Tabelle 6: Übersicht Qualitätsindikatoren Karotis-Rekonstruktion (10/2)  
Auswertung Sachsen 2010 und Bundesauswertung 2010

Qualitätsindikator	Ergebnis Sachsen Gesamt	Ergebnis Bund Gesamt	Referenz-Bereich
QI 1: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose	94,6 %	94,6 %	$\geq 85\%$
QI 2: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose	97,8 %	97,7 %	$\geq 90\%$
QI 3: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose I			
Patienten ohne kontralateralem Verschluss oder kontralateraler Stenose $\geq 75\%$ (NASCET)	1,3 %	1,2 %	Nicht definiert
QI 4: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose II			
Patienten mit kontralateralem Verschluss oder kontralateraler Stenose $\geq 75\%$ (NASCET)	1,3 %	2,5 %	Nicht definiert
QI 5: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose I			
Patienten mit einem Stenosegrad $\geq 70\%$ (NASCET)	1,1 %	2,3 %	Nicht definiert
QI 6: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose II			
Patienten mit einem Stenosegrad 50 – 69 % (NASCET)	1,6 %	2,2 %	Nicht definiert
QI 7: Perioperative Schlaganfälle oder Tod risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score I			
Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate (O/E) nach logistischem Karotis-Score I	0,7	0,8	$\leq 2,7$
Risikoadjustierte Rate nach logistischem Karotis-Score I	1,9 %	1,9 %	$\leq 6,0\%$
QI 8: Schwere Schlaganfälle oder Tod			
Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate (O/E) nach logistischem Karotis-Score II	0,85	0,9	$\leq 3,2$
Risikoadjustierte Rate nach logistischem Karotis-Score II	1,0 %	1,0 %	$\leq 3,8\%$

Komplikationen zu verzeichnen (Tabelle 2). Die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen in der Gruppe 2 hat sich im Gegensatz dazu mit 0,0 Prozent bis 7,8 Prozent (Vorjahr 0,0 Prozent bis 11,8 Prozent) deutlich verringert.

Das Feld „sonstige Komplikation“ gibt es seit 2004 im Erfassungsbogen und macht weiterhin circa 50 Prozent der dokumentierten eingriffsspezifischen Komplikationen aus. Die Auswertung der vergangenen Jahre hat gezeigt, dass 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. Auf einen Strukturierten Dialog wurde deshalb verzichtet, die betroffenen fünf Kliniken, welche

außerhalb des Referenzbereiches lagen, erhielten jedoch einen Hinweis.

Als besonders schwerwiegende Komplikation sollte die Okklusion oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus (DHC) als „Sentinel Event“ betrachtet werden. In Sachsen wurde bei insgesamt 13 Patienten (0,2 Prozent) diese Komplikation dokumentiert. Im Vorjahr wurden nur neun derartige Komplikationen gemeldet (0,1 Prozent). Alle Fälle wurden im Strukturierten Dialog ausgewertet. Zweimal handelte es sich um einen Dokumentationsfehler, in den anderen elf Fällen lagen ausnahmslos schwierige anatomische Verhältnisse vor, ein systematischer Behandlungsfehler oder ein fahrlässiges Verhalten konnte in keiner Klinik aufgedeckt werden.

Anmerkung: Im Jahr 2006 wurden noch 27 Patienten (0,3 Prozent) mit einer DHC-Durchtrennung dokumen-

tiert. Dieser Wert erscheint der Arbeitsgruppe anhand von Literaturdaten realistischer, aber ob (bundesweit) Behandlungsfälle beziehungsweise Komplikationen im Rahmen der externen Qualitätssicherung nicht dokumentiert wurden, kann im Rahmen dieser Auswertung nicht festgestellt werden. Zu hinterfragen bleibt diesbezüglich auch die Validität der Daten bei Abteilungen mit hohen Fallzahlen ohne jegliche gemeldete Komplikation.

**Qualitätsmerkmal: Allgemeine postoperative Komplikationen**

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

Die Häufigkeit des Auftretens von postoperativen Komplikationen ist der Tabelle 3 zu entnehmen. Im Vergleich zum Vorjahr ist in allen Gruppen ein Anstieg an dokumentierten Komplikationen zu beobachten. Die vorgegebenen Referenzbereiche werden aber in allen drei Gruppen deutlich unterboten. (Referenzbereiche: Gruppe 1 = alle Patienten: 7,7 Prozent, Gruppe 2 = laparoskopisch begonnene Operationen: 6,0 Prozent und Gruppe 3 = offene Operationen: 33,0 Prozent). Somit ist diesbezüglich in Sachsen eine gute Qualität zu verzeichnen. Dennoch ist weiterhin eine erhebliche Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Kliniken vorhanden. In der Gruppe eins wurden zwei Kliniken, in der Gruppe zwei eine Klinik im Rahmen des Strukturierten Dialoges um eine Stellungnahme gebeten. In Auswertung der Antwortschreiben hat sich gezeigt, dass in dem Feld „sonstige“ häufig Fehleintragungen vorgenommen wurden, zum Beispiel Doppeltennung einer Nachblutung sowie Verschlüsselung von Ereignissen, welche mit der Operation nicht unmittelbar in Verbindung stehen, sondern Vorerkrankungen angeschuldigt werden müssen. Auch die Wundinfektionen, welche ja seit 2010 nicht mehr direkt abgefragt werden, wurden häufig in dieses Feld eingetragen und könnten

durchaus Ursache für den Anstieg der „Allgemeinen postoperativen Komplikationen“ zwischen 2009 und 2010 sein. Wie auch bei dem Qualitätsmerkmal 4b: „eingriffsspezifische Komplikationen“ wurden über 50 Prozent aller Komplikationen unter „sonstiges“ dokumentiert.

**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 vom AQUA-Institut übernommene Referenzbereich von  $\leq 1,5$  Prozent bezieht sich auf alle laparoskopisch operierten Patienten der Risikoklasse ASA 1 bis 3 ohne akute Entzündung. Somit wurden seit 2006 nur elektive Operationen bei Patienten mit geringem Risiko betrachtet. In Sachsen liegt die Reinterventionsrate mit 1,2 Prozent noch im Normbereich, ist aber wieder ansteigend (Tabelle 4). Die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen liegt bei 0 Prozent bis 5,5 Prozent. Vier Kliniken wurden im Rahmen des Strukturierten Dialoges angeschrieben, 19 weitere Kliniken erhielten einen Hinweis. Die Auswertung der Epikrisen und Operationsberichte konnte keinen Behandlungsfehler aufdecken, es handelte sich jeweils um besondere Einzelfälle und in einer Klinik um eine Fehldokumentation.

**Qualitätsmerkmal: Letalität**

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

Die Gesamtletalität in Sachsen war mit 1,0 Prozent (Vorjahr 0,9 Prozent) wieder leicht angestiegen. Der Höchstwert von 2008 mit 1,3 Prozent ist damit aber nicht erreicht (Tabellen 1 und 5). Auch bundesweit war damals die Letalität im gleichen Ausmaß gestiegen. Für diesen Qualitätsindikator wurde deshalb im Jahr 2008 ein besonderer Handlungsbe-

darf festgestellt. Im Rahmen der Einzelfallanalysen konnte gezeigt werden, dass neue Operationsmethoden wie NOTES oder NOS nicht zur Erhöhung der Letalitätsrate beigetragen hatten. Auffällig war und ist die deutliche Zunahme des Anteils von schwerkranken Patienten (ASA 4 und 5), hier ist auch die Letalität entsprechend hoch. Möglicherweise wurden diese Patienten früher konservativ behandelt und waren vorher somit nicht in die Qualitätssicherung eingegangen.

Vom AQUA-Institut wurde weiterhin ein „Sentinel Event“ bei Patienten der ASA-Klassifikation 1 bis 3 gefordert. Dem ist die Arbeitsgruppe wie bereits im Vorjahr gefolgt. Es liegen die ausführlichen Antwortschreiben der betroffenen Kliniken vor. Eine Letalität infolge eines Behandlungsfehlers konnte dabei nicht festgestellt werden.

Erstmals wurden vom AQUA-Institut auch Qualitätsindikatoren zur Überprüfung der Datenvalidität eingeführt. Diese acht Indikatoren möchten wir im Folgenden nicht unerwähnt lassen.

**AK1 – keine eingriffsspezifische Komplikation bei laparoskopisch begonnener Operation**

Referenzbereich:  $> 0 \%$

Nur eine Klinik musste im Strukturierten Dialog angeschrieben werden. Es konnte die korrekte Dokumentation (tatsächlich keine eingriffsspezifische Komplikation) bestätigt werden.

**AK2 – keine eingriffsspezifische Komplikation bei offen-chirurgischen Operationen**

Referenzbereich:  $> 0 \%$

Da die Ergebnisse aller Kliniken innerhalb des Referenzbereiches lagen, wurde kein Strukturierter Dialog geführt.

**AK3 – keine allgemeine postoperative Komplikation bei laparoskopisch begonnener Operation**

Referenzbereich:  $> 0 \%$

Auch hier bestätigte die einzig auffällige Klinik ihre korrekte Dokumentation und konnte damit als unauffällig eingestuft werden.

#### **AK4 – keine allgemeine postoperative Komplikation bei offenen chirurgischen Operationen**

Referenzbereich: > 0 %

Da die Ergebnisse aller Kliniken innerhalb des Referenzbereiches lagen, wurde kein Strukturierter Dialog geführt.

#### **AK5 – selten behandlungsbedürftige Komplikationen bei ASA 1-3 und einer postoperativen Verweildauer > 10 Tage**

Referenzbereich: >= 9,4 %

Bei diesem Indikator war eine Klinik auffällig und wurde zum Strukturierter Dialog aufgefordert. Die Auffälligkeit wurde durch eine Fehldokumentation (falsche Einstufung der Patienten in die ASA-Klassifikation) verursacht. Im medizinischen Sinne war die Klinik unauffällig.

#### **AK6 – keine Reinterventionen**

Referenzbereich: > 0 %

Da die Ergebnisse aller Kliniken innerhalb des Referenzbereiches lagen, wurde kein Strukturierter Dialog durchgeführt.

#### **AKV1 – Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation**

Referenzbereich: >= 95 %

Drei Kliniken lagen mit 94,2 Prozent beziehungsweise je 94,7 Prozent geringfügig unterhalb des Referenzbereiches. In zwei Kliniken wurden Software – Probleme angegeben, welche inzwischen gelöst worden seien, bei einer Klinik wurde ein Dokumentationsproblem festgestellt.

#### **AKV2 – Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation**

Referenzbereich: <= 110 %

Da die Ergebnisse aller Kliniken innerhalb des Referenzbereiches lagen, wurde kein Strukturierter Dialog durchgeführt.

Nach Auswertung dieser Indikatoren ist die Datenvalidität somit gewährleistet.

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

#### **Ausblick**

Die Fachgruppe Chirurgie kann feststellen, dass 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. Dies wird auf Landesebene in den bekannten Modulen auch 2012 fortgesetzt. Bundesweit wurde der Auftrag zur Qualitätssicherung seit Januar 2010 dem AQUA-Institut übergeben. Ziel war und bleibt eine sektorübergreifende Qualitätssicherung, neue Module beziehungsweise die Änderung der bisherigen Erfassungsbögen sind bislang ausgeblieben. Unsererseits wäre in diesem Zusammenhang die Wiederaufnahme der Leistenhernienchirurgie unter Einbeziehung des ambulanten Sektors und einer Longitudinalbeobachtung (welche Voroperation führte zum Rezidiv) zu befürworten.

#### **II. Operative Karotisrekonstruktion (Modul 10/2)**

Im Jahr 2010 haben im Land Sachsen 29 Krankenhäuser (2009: 32) an der externen Qualitätssicherung „Karotisrekonstruktion“ teilgenommen. Insgesamt wurden 1.341 Datensätze importiert und ausgewertet, sechs weniger als im Jahr 2009. Insgesamt wurden im Jahr 2010 in allen 16 Bundesländern von 545 Krankenhäusern 27.561 Datensätze ausgewertet, neun weniger als im Jahr 2009.

72,5 Prozent der Patienten wurden nach der ASA-Klassifikation als Patienten mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung (ASA III) eingestuft. Im Bundesdurchschnitt waren es 68,5 Prozent.

Die Anzahl der fachneurologisch untersuchten Patienten ist in Sachsen unverändert niedrig (präoperativ 55,9 Prozent 2010, postoperativ 33,2 Prozent 2010). Nach den Empfehlungen der Bundesfachgruppe sollten alle zu operierenden Karotis-Patienten fachneurologisch untersucht werden. Im Bundesdurchschnitt beträgt 2010 die Anzahl fachneurologisch untersuchter Patienten präoperativ 70,8 Prozent, postoperativ 52,1 Prozent.

In die präoperative apparative Diagnostik wurde 2010 in 98,1 Prozent der Fälle die Duplexsonographie einbezogen. Unter den präoperativen angiographischen Verfahren wurde die intraarterielle digitale Subtraktionsangiographie nur noch in 13,2 Prozent der Fälle durchgeführt, drei Jahre zuvor 2007 war es noch in 24,4 Prozent der Fälle gewesen. Im Bundesdurchschnitt ist das Verfahren noch stärker, auf 7,5 Prozent zurückgegangen. Die Magnetresonanztomographie wird in Sachsen in 30,5 Prozent und die CT-Angiographie in 42,7 Prozent der Fälle vorgenommen. Im Bundesdurchschnitt wird die Magnetresonanztomographie 2010 bereits in knapp der Hälfte aller Fälle (49,5 Prozent) angewendet.

Eine postoperative Kontrolle der Strombahn (fast ausschließlich als Duplexsonographie) wird in Sachsen nur in der Hälfte der Fälle vorgenommen (50,7 Prozent gegenüber 69,2 Prozent im Bundesdurchschnitt).

Deutliche Unterschiede zwischen der Bundesauswertung und der Auswertung im Land Sachsen finden sich wie in den Vorjahren bei der Art der Anästhesie und der angewendeten Operationstechnik.

Während im Jahr 2010 in Sachsen 49,6 Prozent der Fälle in Loko-Regionalanästhesie operiert werden, sind es im Bundesdurchschnitt nur 26,3 Prozent. Vorteile für eines der beiden Anästhesieverfahren bezüglich der Endpunkte Schlaganfall < 30 Tagen, Tod < 30 Tagen, Myokardinfarkt < 30 Tagen, Nachblutung, Hirnnervenläsion waren jedoch nicht zu erwarten, wie das aktualisierte Cochrane Review 2009 (4.335 Operationen, inklusive GALA Trial) gezeigt hatte. Eine entsprechende Subanalyse der

deutschen Qualitätssicherungsdaten wurde allerdings nicht vorgenommen. Die Eversionsendarterektomie wird in Sachsen in 69,4 Prozent der Operationen favorisiert, im Bundesdurchschnitt nur in 41,3 Prozent. Auch bei der Frage Eversions-TEA versus konventionelle TEA mit Patchplastik wurden in einem Cochrane Review (2.589 Operationen) bereits 2001 keine signifikanten Unterschiede bezüglich der perioperativen Schlaganfallrate/Letalität und der Schlaganfallrate im Follow-up sowie der Rate an Rezidivstenosen gefunden. Auch hier fehlt eine entsprechende Subanalyse der deutschen Qualitätssicherungsdaten.

Ungeachtet der verbleibenden oben aufgeführten Unterschiede in den Basisdaten der Bundesauswertung und der Auswertung im Land Sachsen lagen in der Gesamtanalyse der Qualitätsindikatoren (siehe Übersichtstabelle 6) im Land Sachsen die Ergebnisse im Jahr 2010 wie auch in den Vorjahren innerhalb der bestehenden Referenzbereiche (Tabelle 6). Auch die scheinbar deutliche Differenz zu den Ergebnissen der Bundesauswertung, die sich im Vorjahr 2009 bei dem Qualitätsindikator vier (Rate perioperativer Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose II) gezeigt hatte, tritt 2010 nicht mehr auf (in Sachsen 1,3 Prozent 2010, 8,6 Prozent 2009, im Bund 2,53 Prozent 2010, 2,6 Prozent 2009). Der Referenzbereich < 5 Prozent, der auf Ergebnissen von prospektiv randomisierten Multicenterstudien basierte, war 2008 auch aufgehoben worden. Eine Evaluation dieses Qualitätsindikators mit Hilfe des „QUALIFY-Instruments“ hatte nämlich gezeigt, dass der Indikator methodische Eigenschaften (eingeschränkte Diskriminationsfähigkeit, eingeschränkte Risikoadjustierung, Zufälligkeit der Ergebnisse) aufwies, die eine Empfehlung für den strukturierten Dialog nicht zuließen. Dennoch wird die Entwicklung weiter aufmerksam verfolgt.

Eine Sondergruppe stellt die Indikationsgruppe C (Karotischirurgie unter besonderen Bedingungen) dar. Die besonderen Bedingungen sind gegeben bei: Crescendo-TIA, akuter be-

ziehungsweise progredienter Aplex, Aneurysma, Coiling, kombinierte Karotis-Koronarchirurgie, kombinierte Karotis-Gefäßchirurgie, besondere Plaque-Morphologie mit einem Stenosegrad < 50 Prozent (NASCET) für symptomatische Karotisstenose, Mehretagenläsion, Rezidiv.

Schwere Schlaganfälle (Rankin 4, 5, 6) oder Tod traten 2010 in dieser Gruppe in Sachsen in sechs von 132 Fällen (4,5 Prozent) auf, in der Bundesauswertung in 127 von 3290 Fällen (4,5 Prozent).

Wird in einer Subanalyse die Indikationsgruppe eingeschränkt auf den Simultaneingriff Aorto-koronarer Bypass, so beträgt 2010 die Rate schwerer Schlaganfälle oder Tod in Sachsen 28,6 Prozent (zwei von sieben Fällen) gegenüber 6,77 Prozent (39 von 576 Fällen) in der Bundesauswertung. Wegen der geringen Gesamtzahl der Simultaneingriffe mit Aorto-koronarem Bypass in Sachsen 2010 ist eine statistische Auswertung dieser scheinbar großen Differenz nicht zulässig. Werden vier Jahrgänge (2007 bis 2010) zusammengefasst, beträgt die Rate in Sachsen 7,79 Prozent (6 von 77) und ist vergleichbar mit der Bundesrate von 7,41 Prozent (211 von 2.845). Sowohl in Sachsen als auch im Bund ist über den Zeitraum 2007 bis 2010 ein Rückgang der Simultaneingriffe mit Aorto-koronarem Bypass zu beobachten, in Sachsen von 40 Eingriffen im Jahr 2007 auf sieben im Jahr 2010; im Bund von 852 auf 576. Möglicherweise ist dieser Rückgang auch Ausdruck zunehmender Zweifel an der Sinnhaftigkeit der Simultaneingriffe Carotis-Rekonstruktion und

Aorto-Koronare-Rekonstruktion. Während die Indikation im Falle symptomatischer Carotisstenosen nach wie vor akzeptiert wird, mehren sich die Stimmen, die eine Indikation bei asymptomatischen einseitigen Stenosen ablehnen (1). Auch die Hoffnungen, dass sich die hohe Komplikationsrate Schlaganfall oder Tod (um zehn Prozent) durch eine vorausgehende Carotis-Stentangioplastie reduzieren ließe, wurden bisher enttäuscht (2).

Ansonsten sind Abweichungen von den akzeptierten Referenzwerten im Jahr 2010 in fünf der 29 Kliniken in Sachsen durch Dokumentationsfehler oder aber durch besondere Situationen bedingt. Die Anzahl an Dokumentationsfehlern ist von 24 Fällen im Vorjahr auf nur noch drei Fälle zurückgegangen. Unsere Empfehlung, in jeder Klinik eine Gegenkontrolle der dokumentierten Daten durch einen in der Qualitätssicherung erfahrenen Mitarbeiter vorzunehmen, halten wir dennoch aufrecht. Die von den angeschriebenen Institutionen gelieferten Erläuterungen zu den beanstandeten Referenzwerten ergaben im „Strukturierten Dialog“ keine Auffälligkeiten. Die mit der Qualitätssicherungsgruppe geführte Diskussion war sachlich und konstruktiv. Wir danken allen beteiligten Kliniken für ihre anhaltenden Bemühungen um weitere Qualitätsbesserung.

Dr. med. Henry Jungnickel, Vorsitzender der Arbeitsgruppe Chirurgie  
Priv.-Doz. Dr. med. habil. Alfred Schröder,  
Mitglied der Arbeitsgruppe Chirurgie  
Dr. med. Hans-Joachim Florek, Mitglied der Arbeitsgruppe Chirurgie

#### Abkürzungsverzeichnis:

AK	Auffälligkeitskriterium
AKV	Auffälligkeitskriterium Vollzähligkeit
Aqua-Institut	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
ASA	American Society of Anesthesiologists
BQS	Institut für Qualität und Patientensicherheit
DHC	Ductus hepatocholedochus
NASCET	North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial
NOTES	natural orifice transluminal endoscopic surgery
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
TEA	Thrombendarterektomie