

Externe vergleichende Qualitätssicherung in der stationären Versorgung 2012

Operative Karotis-Revaskularisation (Modul 10/2)

Im Jahr 2012 haben im Land Sachsen 36 Krankenhäuser (2011: 34) an der externen Qualitätssicherung „Karotis-Revaskularisation“ teilgenommen. Erstmals wurden auch die kathetergestützten Karotis-Revaskularisationen ausgewertet, so dass die Gesamtzahl ausgewerteter Karotis-Revaskularisationen im Jahr 2012 auf 1.817 angestiegen ist, hierunter waren 1.370 offen-chirurgische und 477 kathetergestützte Karotis-Revaskularisationen (2011: 1.338 offen-chirurgische).

In allen 16 Bundesländern wurden im Jahr 2012 insgesamt 33.134 Karotis-Revaskularisationen von 559 Krankenhäusern ausgewertet, 26.958 offen-chirurgische, 6.176 kathetergestützte.

In Sachsen war der Anteil kathetergestützter Karotis-Revaskularisationen (26,25 %) höher als im Bund (nur 18,63 %).

Das **Risikoprofil** der zwei Gruppen (offen-chirurgisch und kathetergestützt) in der Bundesauswertung weist erhebliche Unterschiede auf (www.sqg.de Qualitätsreport 2012, S.18). Diese finden sich auch auf der Landesebene Sachsen wieder.

So beträgt der Anteil der ASA-3-Patienten in der offen-chirurgischen Gruppe 68,7 % (Bundesebene) bzw. 68,5 % (Landesebene), in der kathetergestützten nur 39,8 % (Bundesebene) bzw. 40,5 % (Landesebene).

Der Anteil *notfallmäßig revaskularisierter symptomatischer* Karotisstenosen beträgt in der offen-chirurgischen Gruppe auf Bundesebene nur 9,75 % (1.027 von insgesamt 10.557 symptomatischen elektiv und notfallmäßig revaskularisierten Karotisstenosen) bzw. auf Landesebene 8,27 % (47 von insgesamt 568 symptomatischen elektiv und notfallmäßig revaskularisierten Karotisstenosen), in der kathetergestützten Gruppe jedoch auf Bundesebene 23,9 % (476 von insgesamt 2.034 symptomatischen

elektiv und notfallmäßig revaskularisierten Karotisstenosen) bzw. auf Landesebene 21,56 % (25 von insgesamt 116 symptomatischen elektiv und notfallmäßig revaskularisierten Karotisstenosen).

Diese Faktoren (ASA 3, Notfallrevaskularisation) finden unter anderem als Risikofaktoren Eingang in die risikoadjustierte Analyse der erwarteten Rate an Schlaganfällen oder Tod in der offen-chirurgischen Gruppe (QI 7 und 8). Eine entsprechende analoge Risikoadjustierung für die kathetergestützte Gruppe liegt noch nicht vor und wird für das Erfassungsjahr 2014 angestrebt (www.sgg.de Qualitätsreport 2012, S. 18). Ein Vergleich der Ergebnisqualität zwischen den Institutionen in der kathetergestützten Gruppe ist demnach noch nicht möglich, genauso wenig wie ein Vergleich der Ergebnisqualität zwischen der offen-chirurgischen Gruppe und der kathetergestützten Gruppe.

Die in den Vorjahren bereits gefundenen **Unterschiede zwischen Bund und Land Sachsen** betreffend *Art der Anästhesie* und der angewendeten *Operationstechnik* bei offen-chirurgischen Revaskularisationen sind auch 2012 vorhanden. Während im Jahr 2012 in Sachsen 47,4 % der Operationen in Loko-Regionalanästhesie vorgenommen wurden, waren es im Bundesdurchschnitt nur 26,6 %. Die Eversionsendarteriektomie wurde in Sachsen in 70,3 % der Operationen favorisiert, im Bundesdurchschnitt nur in 40,4 %. Nach den bereits länger vorliegenden Studien dürften diese Unterschiede für die Ergebnisqualität jedoch nicht relevant sein (Cochrane Review 2009, Cochrane Review 2001), wenn auch eine entsprechende Subanalyse der deutschen Qualitätssicherungsdaten nicht vorgenommen worden ist.

Allerdings liefert in der durch TEA operierten Gruppe eine Untergruppe, die der *nach TEA durch Direktnaht* rekonstruierten Fälle, neuerdings Anlass zu einer Diskussion, die bereits zur Empfehlung, die Patchplastik nach konventioneller TEA vorzuziehen, geführt hat. Diese Empfehlung, die in der „S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der

extrakraniellen Carotisstenose“ aufgenommen ist, basiert auf dem 2009 publizierten Cochrane Review (Rerkasem K, Rothwell PM, „Patchangioplasty versus primary closure for carotid endarterectomy“).

Die Direktnaht nach TEA wurde 2012 in Sachsen in 8,7 %, im Bund in 4,4 % aller durch TEA revaskularisierten Karotiden bzw. in Sachsen und im Bund in 2,5 % aller offen-chirurgisch revaskularisierten Karotiden vorgenommen.

Eine Rückfrage im Rahmen des strukturierten Dialogs in Sachsen zeigt, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Indikation zur Direktnaht mit dem ausreichend großen Kaliber der carotis interna begründet wurde, wobei exakte Maßangaben zum Kaliber der carotis interna allerdings nicht gemacht wurden, die korrekten Ergebnisse der Direktnaht jedoch teilweise durch die intraoperative Angiographie dokumentiert wurden.

Eine Überprüfung der Cochrane Review zeigt, dass hier nur Studien analysiert wurden, in denen die Routine Patchplastik mit der Routine Direktnaht verglichen wird. Eine Subgruppe Direktnaht bei großkalibrigen Gefäßen konnte nicht berücksichtigt werden, weil keine zuverlässigen Studien mit verwertbaren Kaliberangaben vorlagen. Eine vergleichende Analyse *Routine-Patchplastik versus Selektive Direktnaht bei großkalibrigen Gefäßen und selektive Patchplastik bei kleinkalibrigen Gefäßen* war demnach nicht möglich. Aus einigen Studien (Golledge 1996, Myers 1994, zitiert in der Cochrane-Review) ergeben sich allerdings Hinweise, dass der Nutzen der Patchplastik auf enge Gefäße (< 5mm?) beschränkt ist. Insofern finden die Empfehlungen der Cochrane-Review in den Fällen, in denen eine Direktnaht bei ausreichend großem Kaliber vorgenommen wurde, keine Anwendung. Die Autoren der Cochrane-Review sind in Ihren Schlussfolgerungen auch entsprechend restriktiv: „The results of this study provide some support for routine patching.“ „No clear indications for selective patching can be given.“ Ob eine Direktnaht bei noch zu klä-

rendem Kaliber vergleichbare Ergebnisse wie die Patchplastik bringt, bleibt somit weiteren Studien vorbehalten. Die Diskussion gibt jedoch aus unserer Sicht Anlass zu der Empfehlung, bei Direktnaht nach TEA das Kaliber der Carotis interna objektiv festzuhalten und das Ergebnis der Revaskularisation intraoperativ durch ein bildgebendes Verfahren zu dokumentieren.

In der **Gesamtanalyse der Qualitätsindikatoren (QI)** (siehe Übersichtstabelle) liegen im Land Sachsen die Ergebnisse im Jahr 2012 wie auch in den Vorjahren innerhalb der bestehenden Referenzbereiche, die allerdings nur für zwei Qualitätsindikatoren (QI 1 und QI 2) definiert sind (s. Tabelle).

Für die QI 7a und QI 7b (Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod bzw. schweren Schlaganfällen oder Tod in der Gruppe der offen-chirurgischen Revaskularisationen) betragen die Werte für das Land Sachsen insgesamt 1,13 bzw. 1,04 und liegen damit innerhalb der Toleranzbereiche (95-Prozent-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund) von $\leq 2,91$ bzw. $\leq 3,62$.

Von 36 Krankenhäusern im Land Sachsen überschritten sechs Krankenhäuser (zwei Krankenhäuser mit insgesamt ≥ 40 Datensätzen, drei mit < 20 Datensätzen) diese Toleranzbereiche. In der Rücksprache im strukturierten Dialog konnten die Auffälligkeiten durch eine „besondere klinische Situation“ oder „abweichendes Ergebnis durch Einzelfälle“ begründet werden, so dass auch diese Kliniken als „qualitativ unauffällig“ eingestuft wurden.

Die mit der Qualitätssicherungsgruppe geführte Diskussion war sachlich und konstruktiv. Wir danken allen beteiligten Kliniken für ihre anhaltenden Bemühungen um weitere Qualitätsbesserung.

Viszeralchirurgie:

Cholezystektomie (Modul 12/1)

Vorwort

Auch im Jahre 2012 wurde die Verpflichtung zur Dokumentation durch den QS-Filter (Kombination zwischen

Tabelle: Übersicht Qualitätsindikatoren
 Karotis-Revaskularisation (10/2) Auswertung Sachsen 2012 und Bundesauswertung 2012

Qualitätsindikator	Ergebnis Sachsen	Ergebnis Bund	Referenz-Bereich
QI 1: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	98,6 %	97,2 %	≥ 85 %
QI 2: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	98,7 %	98,3 %	≥ 90 %
QI 3: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch	1,2%	1,2%	nicht definiert
QI 4: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose – offen chirurgisch	3,5%	2,3%	nicht definiert
QI 5: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose mit hohem Stenosegrad - offen-chirurgisch	2,1 %	2,6%	nicht definiert
QI 6: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose mit mittlerem Stenosegrad - offen-chirurgisch	6,8%	2,7%	nicht definiert
QI 7: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod - offen-chirurgisch	2,5 %	2,3%	nicht definiert
7a bei allen Patienten	1,13%	1,02	≤ 2,91
7b Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			
QI 8: Schwere Schlaganfälle oder Tod - offen-chirurgisch	1,3 %	1,3 %	nicht definiert
8a bei allen Patienten	1,04	0,99	≤ 3,62
8b Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			
QI 9: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	97,3 %	95,2 %	nicht definiert
QI 10: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	97,8 %	97,7 %	nicht definiert
QI 11: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt	1,9%	1,7%	nicht definiert
QI 12: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt	2,6%	1,4%	nicht definiert
QI 13: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose mit hohem Stenosegrad - kathetergestützt	3,8%	4,1%	nicht definiert
QI 14: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose mit mittlerem Stenosegrad - kathetergestützt	0,0%	2,5%	nicht definiert
QI 15: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod -kathetergestützt	3,1 %	4,3 %	nicht definiert
QI 16: Schwere Schlaganfälle oder Tod - kathetergestützt	1,8 %	2,8 %	nicht definiert

Entlassungsdiagnose und dokumentierter OPS-Prozedur) ausgelöst.

Dokumentationspflichtig waren wiederum alle Cholezystektomien mit und ohne Gallengangrevision, 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-Nummern, die den QS-Filter nicht auslösen, eine exakte Dokumentation ist also schon im Operationssaal erforderlich.

Von der Bundesfachgruppe wurden im Modul 12/1 die auszuwertenden Qualitätsindikatoren schrittweise reduziert. Von ursprünglich acht Indikatoren sind nunmehr nur noch vier zu beurteilen. 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. Die Datenfelder für Wundinfektion und Kontaminationsgrad sind in den Erfassungsbögen nicht mehr vorhanden.

Weiterhin wurden ab dem Erfassungsjahr 2011 die Qualitätsmerkmale „Präoperative Abklärung bei extrahepatischer Cholestase“ und „Erhebung eines histologischen Befundes“ nicht mehr ausgewertet.

Der Strukturierte Dialog der vergangenen Jahre hatte gezeigt, dass beide Indikatoren bundesweit zu 100 % erfüllt werden. Eine weitere Fortführung dieser Indikatoren ist auch unserer Meinung nach überflüssig.

Für das Erfassungsjahr 2012 wurde schließlich auch der Qualitätsindikator „Indikation“ aussortiert. Die Auswertung über die vielen Jahre hatte gezeigt, dass bundesweit die Indikation zur Cholezystektomie leitliniengerecht gestellt wird und dass keine überflüssigen Cholezystektomien durchgeführt werden.

Erstmals waren 2010 zusätzlich auch Indikatoren zur Überprüfung der Datenvalidität aufgenommen wurden. Diese wurden im Jahr 2012 zumindest teilweise ausgewertet.

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. Dieser ist nunmehr abgeschlossen. Die Antwortschreiben der Kliniken liegen vollständig vor, so dass auch diese im Folgenden mit berücksichtigt werden können.

Basisauswertung:

Im Jahre 2012 wurden von 61 teilnehmenden Krankenhäusern insgesamt 8.394 Cholezystektomien (Vorjahr: 8.196) im Rahmen der externen

Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen erfasst. Die Anzahl der durchgeführten Gallenblasentfernungen ist in den letzten zehn Jahren keinesfalls angestiegen, sondern sogar gesunken (Tabelle 1). In 27,4 % wurden akute Entzündungszeichen dokumentiert (Vorjahr 27,1 %). Damit hat sich der über viele Jahre zu beobachtende Trend des kontinuierlichen Anstieges an akuten Behandlungsfällen erneut fortgesetzt. Die Zahl der laparoskopisch beendeten Eingriffe lag mit 86,2 % erneut auf dem Höchststand seit Beginn der Qualitätssicherung (Vorjahr 85,5 %), die Umsteigerate ist mit 5,2 % nahezu identisch zum Vorjahr (Tab. 1). Die Operationsmethode NOTES/NOS (natural orifice transluminal endoscopic surgery) wurde in 118 Fällen dokumentiert und spielte mit 1,4 % lediglich eine untergeordnete Rolle.

50,3 % aller operierten Patienten waren 60 Jahre und älter (Tab. 1). Der Altersmedian ist mit 60 Jahren konstant geblieben.

Eine medikamentöse Thromboseprophylaxe wurde bei 99,2 % der Patienten durchgeführt, dieser Wert hat sich in den letzten zehn Jahren nicht verändert.

Die Gesamtleblichkeit (unabhängig von der OPS-Prozedur und der ASA-Klassifikation) war mit 1,2 % leicht angestiegen (Tab. 1). Diesbezüglich wird im entsprechenden Qualitätsindikator noch Stellung genommen.

Tab. 1 zeigt zunächst die Daten von ausgewählten Parametern der letz-

Tab. 1: Ausgewählte Parameter

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Gesamtzahl	6.967	9.077	8.936	8.681	8.596	8.284	8.472	8.319	8.196	8.394
Davon	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Operationsverfahren										
Laparoskopisch	78,9	78,3	81,1	82,9	83,6	82,1	84,7	85,4	85,5	86,2
Konventionell	14,9	14,3	12,0	10,6	9,9	11,5	10,2	9,5	9,1	8,6
laparoskop. begonnen, konventionell beendet	6,2	6,9	6,5	6,3	6,3	6,0	5,1	5,1	5,4	5,2
Alter > 60 Jahre	54,0	54,3	54,0	52,9	51,3	52,3	51,9	52,1	52,0	50,3
Thromboseprophylaxe	99,3	99,3	99,4	99,3	99,2	99,2	99,2	99,3	99,2	99,2
Histologische Untersuchung	96,9	97,4	98,1	99,3	99,2	99,2	99,4	99,3	n.e.	n.e.
Letalität	0,8	0,9	0,7	0,7	0,6	1,3 !	0,9	1,0	1,0	1,2

n.e.: nicht erfasst

ten zehn Jahre im Verlauf. Im Jahr 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. Seit 2006 ist ein Rückgang an Gallenblasenentfernungen bis auf den Tiefstand im Jahr 2011 zu beobachten.

Da die vier noch ausgewerteten Qualitätsindikatoren und in deren Referenzbereichen in den letzten Jahren nahezu unverändert beibehalten wurden, können die Ergebnisse gut verglichen werden. Im Folgenden werden nun die einzelnen Qualitätsmerkmale dargestellt.

Qualitätsmerkmal: eingriffsspezifische Komplikationen

Ziel: selten eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen in Abhängigkeit vom Operationsverfahren

Referenzbereich: 95-%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund ($\leq 5,9\%$) bei laparoskopisch begonnenen Operationen

Vom AQUA-Institut wurde wie auch für das Jahr 2011 nur für die Gruppe 2 (Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation) ein Referenzbereich festgelegt (siehe oben). Hier schneidet Sachsen mit 2,7 % (Vorjahr 2,9 %) etwas besser als in den vergangenen Jahren ab und liegt deutlich unter dem Referenzbereich (Tab. 2). Die peripheren Gallenwegsverletzungen wurden 2012 in Zystikusstumpfsuffizienzen und sonstige revisionsbedürftige Leckagen unterteilt. Vielleicht ist deshalb der Anstieg in dieser Gruppe und die gleichzeitige Abnahme der dokumentierten Fälle im Feld „sonstige“ zu erklären.

Die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen in der Gruppe 2 ist mit 0,0 bis 14,7 % erheblich. Drei Kliniken lagen außerhalb des vorgegebenen Referenzbereiches und wurden im Strukturierten Dialog angeschrieben. Bei der Klinik mit 14,7 % lag ein eindeutiges Dokumentationsproblem vor, eine entsprechende Schulung wurde durchgeführt. Die anderen beiden Kliniken lagen nur knapp oberhalb

Tab. 2: Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen (in %)

	lapar. begonnen			offen-chirurgisch		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Komplikationen gesamt	3,0	2,9	2,7	10,5	10,5	8,4
Blutung	1,2	1,1	0,9	3,6	3,5	2,1
Periphere Gallengangsverletzung	0,3	0,3	0,6	0,6	1,3	2,5
Okklusion/Durchtrennung des DHC	0,1	0,1	0,2	0,4	0,4	0,3
Sonstige	1,6	1,5	1,0	6,7	7,2	3,5

des Referenzbereiches. Neben Fehldokumentationen lagen auch echte Komplikationen, vor allem Nachblutungen, Zystikusstumpfsuffizienzen, intraabdominelle Abszesse und Biliome vor. Ein Behandlungsfehler konnte bei keiner Klinik festgestellt werden, alle diese Kliniken wurden letztendlich als unauffällig eingestuft. Als besonders schwerwiegende Komplikation sollte die Okklusion oder Durchtrennung des DHC als „Sentinel Event“ betrachtet werden. In Sachsen wurde bei insgesamt 14 Patienten diese Komplikation dokumentiert. Im Vorjahr wurden ebenfalls 14 Verletzungen des Hauptgallenganges gemeldet.

Auch dieses Jahr wurden alle Fälle im Strukturierten Dialog unter Hinzunahme der anonymisierten Operationsberichte und Epikrisen ausgewertet. Es lagen ausnahmslos schwierige anatomische Verhältnisse vor, ein systematischer Behandlungsfehler oder ein fahrlässiges Verhalten konnte in keiner Klinik aufgedeckt werden.

Qualitätsmerkmal: allgemeine postoperative Komplikationen

Ziel: selten behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen

Referenzbereich: jeweils das 95-Prozent-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

Die Häufigkeit des Auftretens von postoperativen Komplikationen ist Tab. 3 zu entnehmen. Im Vergleich zum Vorjahr haben sich in allen Gruppen die Werte an dokumentierten Komplikationen verbessert. Somit ist diesbezüglich in Sachsen eine gute Qualität zu verzeichnen. Die vorgegebenen Referenzbereiche werden in allen drei Gruppen deutlich unterboten. (Referenzbereiche: Gruppe 1 = alle Patienten: 7,2 %,

Gruppe 2 = laparoskopisch begonnene Operationen: 5,8 % und Gruppe 3 = offene Operationen: 33,2 %). Dennoch ist weiterhin eine erhebliche Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Kliniken vorhanden. In der Gruppe 1 wurden drei Kliniken, in der Gruppe 2 eine Klinik und in der Gruppe 3 sieben Kliniken 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 wie im Vorjahr häufig in dieses Feld eingetragen.

Qualitätsmerkmal: Reinterventionsrate

Ziel: geringe Reinterventionsrate

Referenzbereich: $\leq 2,92\%$

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

Bis 2010 gab es einen Referenzbereich von $\leq 1,5\%$ bezogen auf alle laparoskopisch operierten Patienten der Risikoklasse ASA 1 – 3 ohne akute Entzündung. Somit wurden nur elektive Operationen bei Patienten mit geringem Risiko betrachtet. In Sachsen liegt die Reinterventionsrate diesbezüglich bei 1,5 % (Tab. 4). Für diese Gruppe wurde im Jahr 2012 jedoch kein Referenzbereich mehr festgelegt. Neu ist dafür der Qualitätsindikator: „Verhältnis der

Tab. 3: Allgemeine postoperative Komplikationen (in %)

	alle Fälle			offen-chirurgisch			laparoskopisch		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation	4,0	4,1	3,3	15,2	21,6	17,2	2,7	2,4	1,9
Pneumonie	0,7	0,7	0,8	3,3	4,6	6,2	0,4	0,3	0,4
Kardiovaskuläre Komplikationen	1,1	1,3	1,2	4,5	7,1	6,9	0,8	0,7	0,6
tiefe Bein-/Becken-venenthrombose	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0
Lungenembolie	0,1	0,0	0,1	0,3	0,3	0,1	0,1	0,0	0,1
Harnwegsinfekt	0,3	0,3	0,2	1,3	1,5	1,5	0,2	0,2	0,1
Sonstige	2,6	2,8	1,9	10,5	14,9	9,6	1,0	1,8	1,1

Tab. 4: Reinterventionen (in %)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
alle Fälle	2,8	2,2	2,4	1,9	2,6	2,4	2,7
offen-chirurgische Operation	8,6	7,1	7,0	6,6	9,0	8,6	9,6
laparoskopische Operation	1,3	1,1	1,2	0,9	1,2	1,0	1,5

beobachteten zur erwarteten Rate an Reinterventionen“. Bei einer Schwankungsbreite von 0 – 3,6 % lagen drei Kliniken knapp oberhalb des Referenzbereiches. Diese wurden im Rahmen des Strukturierten Dialoges angeschrieben. Als Ursachen für eine Reintervention kamen Nachblutungen sowie ein Cholangios, häufig aber auch operative Wundrevisionen bei Wundheilungsstörungen in Betracht. Keine Klinik wurde als qualitativ auffällig eingestuft.

Qualitätsmerkmal: Letalität

Ziel: geringe Letalität

Referenzbereich: Sentinel Event (siehe Text)

Die Gesamtleitfähigkeit in Sachsen war mit 1,2 % höher als im Vorjahr. Auffällig 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 die „Sentinel Event“-Überprüfung bei Patienten der ASA-Klassifikation 1 – 3 nicht mehr gefordert. Dafür wurde ein neuer Indikator: „Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringem Sterblichkeitsrisiko“ eingeführt. Für dieses Qualitätsmerkmal wird nicht nur die ASA-Klassifikation verwandt, es

gehen auch Alter, akute Entzündung, Operationsmethode und weitere Faktoren in die Berechnung ein. Für diesen Indikator wurde ein „Sentinel-Event“ gefordert. Dem ist die Arbeitsgruppe gefolgt. Es liegen die ausführlichen Antwortschreiben der betroffenen Kliniken vor. Eine Letalität infolge eines Behandlungsfehlers konnte dabei nicht festgestellt werden. Allerdings handelte es sich vor allem um schwerkranken Patienten und Notfälle, die Einordnung in die Gruppe mit geringem Sterblichkeitsrisiko erfolgte durch mangelhafte Dokumentation.

Erstmals wurden 2010 vom AQUA-Institut Qualitätsindikatoren zur Überprüfung der Datenvalidität eingeführt. Von ehemals acht dieser Indikatoren wurden 2012 nur noch die folgenden beiden in der Auswertung berücksichtigt:

AK3 – keine allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen bei laparoskopisch begonnenen Operationen

Referenzbereich: < 100 %

Auffällig sind Kliniken ohne jegliche Komplikation, aber einer postoperativen Verweildauer über dem 95. Perzentil. Da keine Klinik außerhalb des Referenzbereiches lag, wurde kein Strukturierter Dialog durchgeführt.

AK6 – keine Reinterventionen

Referenzbereich: < 100 %

Zu diesen Qualitätsindikator gehören Reinterventionen aufgrund von Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation. Auffällig sind Kliniken ohne jede Reintervention und ebenfalls mit einer postoperativen Verweildauer über dem 95. Perzentil.

Zwei Kliniken mussten angeschrieben werden, welche ihre korrekte Dokumentation bestätigten und damit als unauffällig eingestuft werden konnten.

AKV1 – Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Referenzbereich: \geq 95 Prozent

Eine Klinik lag außerhalb des Referenzbereiches. Es wurden Software – Probleme als Ursache für die Unterdokumentation angegeben, welche inzwischen bereits gelöst worden seien.

Durch die Änderung der Richtlinie zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern des Gemeinsamen Bundesausschusses sollte dieser Indikator ab 2012 eigentlich entfallen, da ab diesem Erfassungsjahr die Dokumentationsrate pro Leistungsbereich berechnet wird. Damit wird bei einer Dokumentationsrate pro Leistungsbereich von unter 95 % für jeden nicht dokumentierten Datensatz bereits ein Abschlag in Höhe von 150,00 Euro festgelegt. Somit ist eine doppelte Abfrage über die

Tab. 5: Letalität

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
alle Fälle	0,7	0,6	1,3	0,9	1,0	1,0	1,2
offen-chirurgische Operation	5,3	4,3	8,8	7,4	6,7	8,0	10,3
laparoskopische Operation	0,2	0,2	0,3	0,2	0,4	0,3	0,3
ASA 1-3	0,4	0,4	0,8	0,5	0,6	0,5	0,6
ASA 4/5	17,9	20,0	27,2	28,8	28,3	28,8	39,0

externe Qualitätssicherung nicht erforderlich.

Nach Auswertung dieser drei Indikatoren ist die Datenvalidität in Sachsen 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 2014 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.

Verfasser:

Dr. med. Henry Jungnickel (Vorsitzender der Arbeitsgruppe Chirurgie Sachsen)

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Alfred Schröder (verstorben am 23. 02. 2014)

Dr. med. Hans-Joachim Florek (Mitglieder der Arbeitsgruppe Chirurgie Sachsen)