

Externe Qualitätssicherung in der stationären Versorgung



Operative Gynäkologie (Modul 15/1)

Jahresauswertung

2010

QUALITÄTSINDIKATOREN

HE108

© **GOH**
Geschäftsstelle
Qualitätssicherung
Hessen

Frankfurter Straße 10-14
65760 Eschborn

Krankenhaus Sachsenhausen

Frankfurt

Übersichtstabelle:**Sachsenhausen**

Indikatoren zu Prozessen		Referenzbereiche		Ergebnis 2010		Ergebnis 2009	
				Klinikwert [95 % CI]		Klinikwert [95 % CI]	
1	Postoperative Histologie bei Ovaryingriffen fehlende Histologie	Ziel: <= 5 %		0,6 % [0 ; 3,2]	1 / 175 Fällen	0,6 % [0 ; 3,6]	1 / 159 Fällen
		Auffälligkeit: > 5 %					
		Ø in Hessen: 1,4 %					
2	Indikation bei Ovaryingriffen: Follikel- bzw. Corpus luteum-Zyste oder histologischer Normalbefund als führender histologischer Befund	Ziel: <= 20 %		9,3 % [3 ; 20,4]	5 / 54 Fällen	16,7 % [6,2 ; 33]	6 / 36 Fällen
		Auffälligkeit: > 20 %					
		Ø in Hessen: 14,9 %					
3	Organerhaltung bei Ovaryingriffen: Patientinnen ≤40 Jahre	Ziel: >= 74 %		92,8 % [87,5 ; 96,4]	142 / 153 Fällen	97,2 % [93,5 ; 99,1]	172 / 177 Fällen
		Auffälligkeit: < 74 %					
		Ø in Hessen: 89 %					
4	Konisation: fehlende Malignitätskriterien	Ziel: <= 13,8 %		0 % [0 ; 46]	0 / 6 Fällen	0 % [0 ; 41]	0 / 7 Fällen
		Auffälligkeit: > 13,8 %					
		Ø in Hessen: 3,1 %					
5	Konisation: fehlende Histologie	Ziel: <= 5 %		0 % [0 ; 46]	0 / 6 Fällen	0 % [0 ; 41]	0 / 7 Fällen
		Auffälligkeit: > 5 %					
		Ø in Hessen: 0,5 %					
6	Antibiotikaphylaxe bei Hysterektomie	Ziel: >= 90 %		98,8 % [97,5 ; 99,5]	562 / 569 Fällen	97 % [95,1 ; 98,4]	458 / 472 Fällen
		Auffälligkeit: < 90 %					
		Ø in Hessen: 98,7 %					
7	Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie	Ziel: >= 95 %		99,8 % [98,9 ; 100]	528 / 529 Fällen	99,3 % [98 ; 99,9]	433 / 436 Fällen
		Auffälligkeit: < 95 %					
		Ø in Hessen: 99,5 %					
8	Indikation bei Hysterektomie	Ziel: <= 2,5 %		1,3 % [0,5 ; 2,7]	7 / 543 Fällen	1,1 % [0,4 ; 2,6]	5 / 446 Fällen
		Auffälligkeit: > 2,5 %					
		Ø in Hessen: 2,2 %					

Indikatoren zu Ergebnissen		Referenzbereiche		Ergebnis 2010		Ergebnis 2009	
				Klinikwert [95 % CI]		Klinikwert [95 % CI]	
9	Organverletzungen bei lap. Operationen: alle Patientinnen	Auffälligkeit: > 1,6 %		0 % [0 ; 1,7]	0 / 210 Fällen	0 % [0 ; 2]	0 / 185 Fällen
		Ø in Hessen: 0,3 %					
10	Organverletzungen bei lap. Operationen: ohne Entlassungsdiagnose Karzinom, Endometriose und ohne Voroperation	Auffälligkeit: > 1,3 %		0 % [0 ; 4,5]	0 / 81 Fällen	0 % [0 ; 4,3]	0 / 83 Fällen
		Ø in Hessen: 0,2 %					
11	Organverletzungen bei Hysterektomie: alle Patientinnen	Auffälligkeit: > 4 %		1,1 % [0,4 ; 2,3]	6 / 569 Fällen	1,1 % [0,3 ; 2,5]	5 / 472 Fällen
		Ø in Hessen: 1,4 %					
12	Organverletzungen bei Hysterektomie: ohne Entlassungsdiagnose Karzinom, Endometriose und ohne Voroperation	Auffälligkeit: > 3,7 %		1,2 % [0,1 ; 4,2]	2 / 173 Fällen	0,7 % [0 ; 4,1]	1 / 137 Fällen
		Ø in Hessen: 0,9 %					
13	Postoperative Harnwegsinfektionen: nach Operationen mit postoperativer Verweildauer > 2 Tage	Auffälligkeit: n.d.		0,2 % [0 ; 0,6]	2 / 1252 Fällen	0 % [0 ; 0,5]	0 / 760 Fällen
		Ø in Hessen: 0,6 %					

LESEANLEITUNG

Die Ergebnisse der eigenen Klinik werden dem Gesamtergebnis aller hessischen Kliniken gegenübergestellt.

	Hessen gesamt		eigene Klinik	
	N	%	N	%
Datensätze gesamt	9 881	98,1	234	96,7

Erläuterungen zu den Tabellenspalten der Übersichtstabelle:

Indikatoren zu Prozessen/Ergebnissen

Name des Qualitätsindikators & laufende Nummer

Referenzbereiche

Fest definierte oder errechnete Referenzbereiche des jeweiligen Indikators.

Zielbereich: anzustrebender Bereich

Auffälligkeitsbereich: Bereich rechnerisch auffälliger Ergebnisse

n.d.: keine Referenzbereiche definiert

Ergebnis

Wert der eigenen Klinik im betreffenden Erhebungsjahr für den aufgeführten Qualitätsindikator. Die Werte in eckigen Klammern kennzeichnen das 95%-Konfidenzintervall [95% CI]. Das Konfidenzintervall kennzeichnet den Bereich, in dem der Klinikwert unter Ausschluss zufälliger Faktoren mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% liegt. Die Konfidenzintervalle ermöglichen eine Überprüfung auf statistische Signifikanz. Die Bewertung der Ergebnisse wird farblich veranschaulicht (siehe Erläuterungen auf der folgenden Seite).

n.b.: nicht berechnet, da keine Fälle beim jeweiligen Qualitätsindikator vorhanden

Erläuterungen zu den Referenzwerten:

Die Referenzwerte können entweder fest definiert oder aus dem Gesamtdatenbestand errechnet werden. Wurde als Referenzwert ein Absolutwert festgelegt, ist in der folgenden Tabelle der Vermerk "fixer Wert" eingetragen. Handelt es sich um einen errechneten Wert, ist der Tabelle zu entnehmen, wie der Qualitätsindikator aus den Gesamtdatenbestand errechnet wurde. In die Berechnung von Perzentil- und Mittelwerten gehen jeweils die Klinikwerte mit N > 19 (Nennerbedingung) ein ("Verteilung der Kliniken in %"). Bei Halbjahres- und Zwischenauswertungen werden für berechnete Referenzwerte die Ergebnisse aus dem Vorjahr herangezogen.

	Grenze Zielbereich	Grenze Auffälligkeitsbereich
Qualitätsindikator 1:	fixer Wert	fixer Wert
Qualitätsindikator 2:	fixer Wert	fixer Wert
Qualitätsindikator 3:	5%-Perzentile Bund	5%-Perzentile Bund
Qualitätsindikator 4:	95%-Perzentile Bund	95%-Perzentile Bund
Qualitätsindikator 5:	fixer Wert	fixer Wert
Qualitätsindikator 6:	fixer Wert	fixer Wert
Qualitätsindikator 7:	fixer Wert	fixer Wert
Qualitätsindikator 8:	fixer Wert	fixer Wert
Qualitätsindikator 9:	-	95%-Perzentile Bund
Qualitätsindikator 10:	-	95%-Perzentile Bund
Qualitätsindikator 11:	-	95%-Perzentile Bund
Qualitätsindikator 12:	-	95%-Perzentile Bund
Qualitätsindikator 13:	-	nicht definiert

Erläuterungen zu der farblichen Bewertung der Klinikergebnisse auf Seite 1:

Prozessindikatoren:

- Ziel erreicht, Klinikwert erreicht gewünschte Rate
- Klinikwert erreicht Zielvorgabe, jedoch nicht signifikant
- Klinikwert im Warnbereich zwischen Ziel und Auffälligkeit
- Klinikwert auffällig, jedoch nicht signifikant
- Klinikwert signifikant auffällig
- kein Referenzbereich definiert oder keine Fälle vorhanden

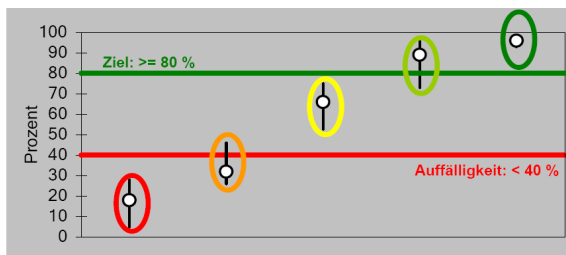


Abb. 1

Ergebnisindikatoren:

- Ziel erreicht, Klinikwert erreicht gewünschte Rate
- Klinikwert erreicht Zielvorgabe, jedoch nicht signifikant
- Klinikwert auffällig, jedoch nicht signifikant
- Klinikwert signifikant auffällig
- kein Referenzbereich definiert
- sentinel event; Einzelfallanalyse empfohlen

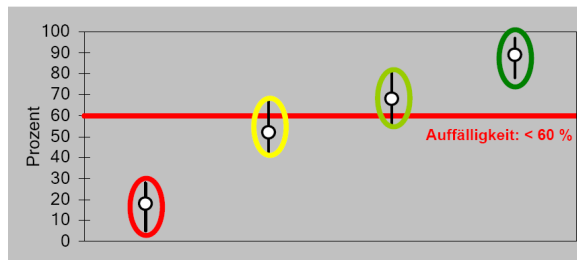


Abb. 2

Erläuterungen zu den grafischen Darstellungen der folgenden Seiten:

League-Table (s. auch Abb. 1 und 2):

Auf der X-Achse werden die Ergebnisse der Kliniken für den jeweiligen Qualitätsindikator angegeben (i.d.R. in %). Jeder Punkt repräsentiert den Wert einer Klinik; der Wert Ihrer Klinik ist hervorgehoben. Die vertikalen Linien auf beiden Seiten des Punktes kennzeichnen das 95%-Konfidenzintervall. Hierbei weisen große Intervalle (=lange Linien) auf geringe Fallzahlen hin. Klinikwerte mit Fallzahlen von unter 20 (Nennerbedingung) werden aufgrund der großen Konfidenzintervalle in der Grafik nicht aufgeführt. Der Ziel- und Auffälligkeitsbereich - sofern definiert - wird jeweils durch eine grüne bzw. rote Linie gekennzeichnet. Als Sortierkriterium wird der Grad der Zielerreichung in aufsteigender Form gewählt ("auffällige" Klinikergebnisse sind links angeordnet). Alle Ergebnisse außerhalb des Referenzbereiches stellen eine rechnerische Auffälligkeit dar. Zeigt das Konfidenzintervall zusätzlich keine Überschneidung mit dem geforderten Bereich, liegt eine statistisch signifikante Auffälligkeit vor.

Unterhalb der Grafik werden ggf. verschiedene Kennwerte der Verteilung der Klinikergebnisse aufgeführt: Minimum (Min), 10. Perzentile (P10), 25. Perzentile (P25), Median, Mittelwert (Mittel), 75. Perzentile (P75), 90. Perzentile (P90) und Maximum (Max).

Box-Whisker-Plot (s. Abb. 3):

Als Box wird das durch die Quartile bestimmte (graue) Rechteck bezeichnet. Sie umfasst 50% der Krankenhäuser. Durch die Länge der Box ist der Interquartilsabstand abzulesen. Dies ist ein Maß der Streuung, welches durch die Differenz des oberen und unteren Quartils bestimmt ist. Als Weiteres ist der Median in der Box eingezeichnet, welcher durch seine Lage innerhalb der Box einen Eindruck von der Schiefe der den Daten zugrunde liegenden Verteilung vermittelt.

Als „Whisker“ werden die vertikalen Linien bezeichnet. In diesem Bericht stellen sie die 2,5% sowie die 97,5%-Perzentile dar. Innerhalb der Whiskergrenzen liegen somit 95% aller Werte.

Insgesamt werden pro Diagramm vier Boxplots präsentiert. Hierzu wurden die Kliniken in vier Fallzahlkategorien eingeteilt. Diese Fallzahlkategorien sowie die Anzahl der Kliniken, auf denen das Boxplot der jeweiligen Kategorie beruht, werden in einer Tabelle rechts neben der Grafik aufgeführt. Falls ein Krankenhaus keinen Fall in die Berechnung des jeweiligen Qualitätsindikators einbringt, wird es nicht in den Boxplot einbezogen.

In den Abbildungen als Kreuz (X) gekennzeichnet ist der Ergebniswert Ihrer Klinik.

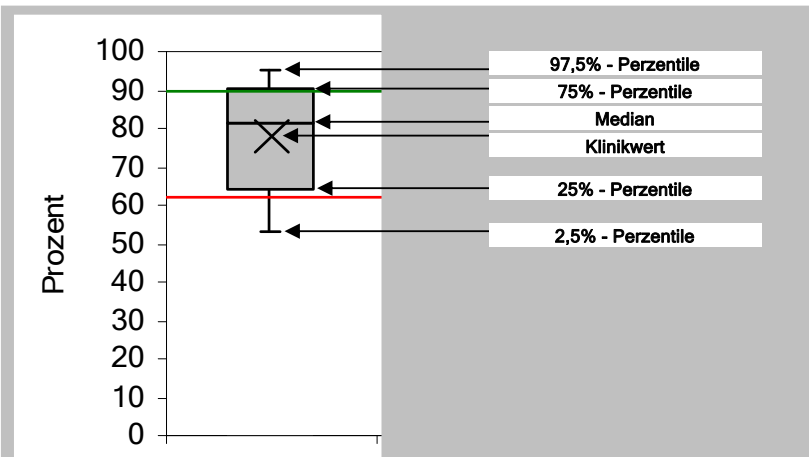


Abb. 3

1. Postoperative Histologie bei Ovaryingriffen

fehlende Histologie

Kennzahl: 2010/15n1-GYN/12874

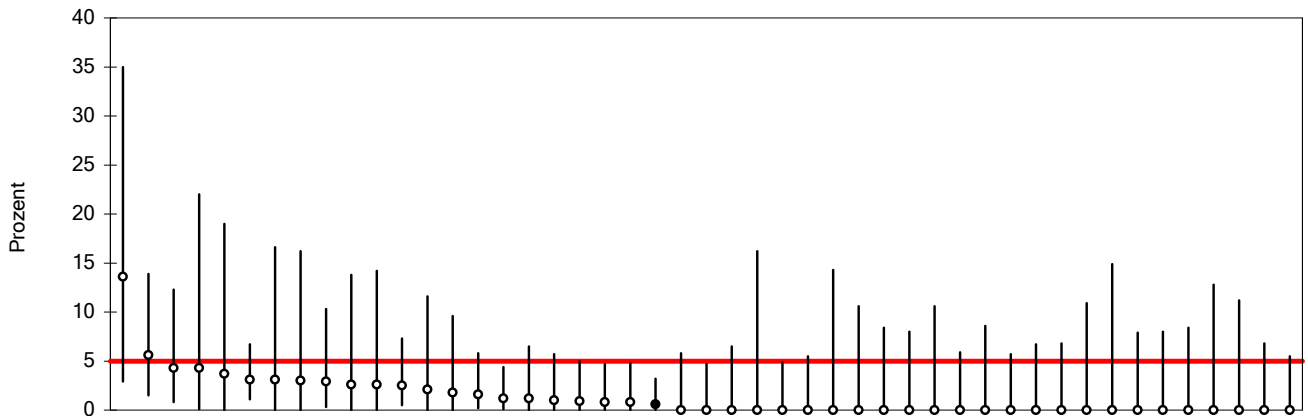
Patientinnen mit isoliertem Ovaryingriff (ohne Adnexektomie bei Mamma-Ca)

- davon mit fehlender postoperativer Histologie

Hessen gesamt		Sachsenhausen	
N	%	N	%
3 252		175	
47	1,4	1	0,6

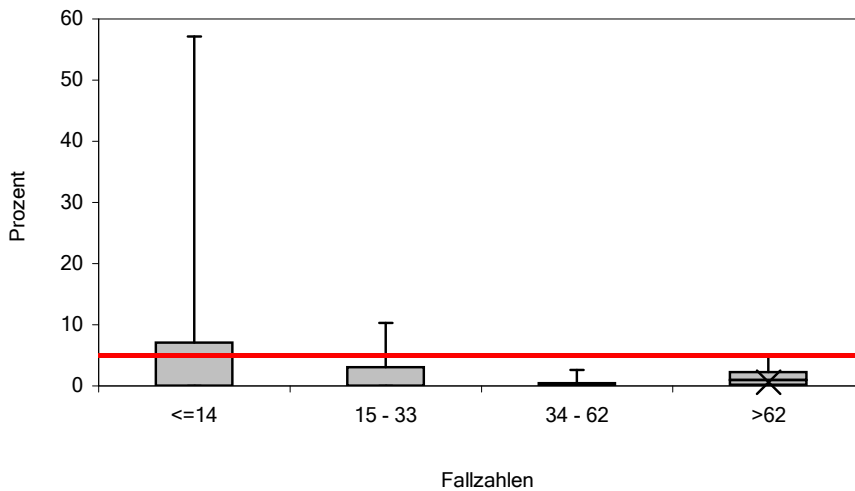
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
1,1 ; 1,9	0 ; 3,2



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	2,3	3,3	13,6



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=14	21
15 - 33	19
34 - 62	16
>62	18

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Die routinemäßige Erhebung eines histologischen Befundes erlaubt zum einen eine Überprüfung der Qualität der klinischen und apparativen Diagnostik. Zum anderen ist nur durch eine histologische Untersuchung die Diagnose oder der Ausschluss einer malignen Grunderkrankung möglich. Die präoperative Abgrenzung zu echten benignen und malignen Neoplasien bereitet gelegentlich Schwierigkeiten.

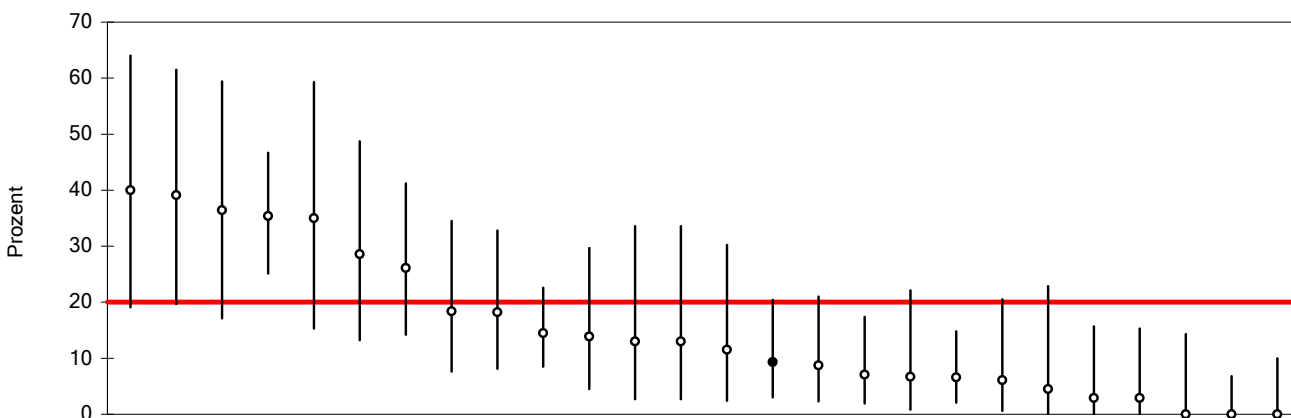
(siehe http://www.sqg.de/downloads/QIDB/2010/AQUA_15n1_Indikatoren_2010.pdf)

2. Indikation bei Ovarieingriffen

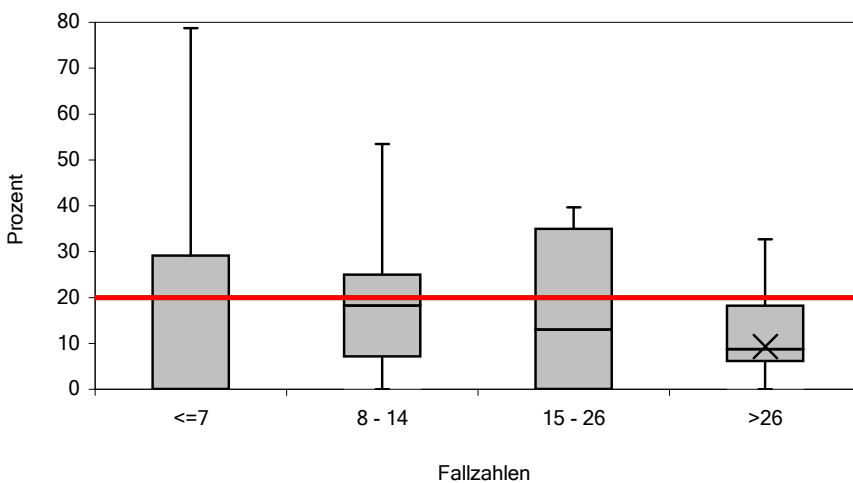
Follikel- bzw. Corpus luteum-Zyste oder histologischer Normalbefund als führender histologischer Befund

Kennzahl: 2010/15n1-GYN/10211

	Hessen gesamt		Sachsenhausen	
	N	%	N	%
Patientinnen mit isoliertem ablativen Ovarieingriff (ohne Adnexektomie bei Mamma-Ca)	1 408		54	
- davon mit Follikel- bzw. Corpus luteum-Zyste oder Normalbefund als führendem histologischen Befund	210	14,9	5	9,3
Vertrauensbereich (in %)	95 % CI 13,1 ; 16,9		95% CI 3 ; 20,4	



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	1,5	6,2	12,3	15,3	24,2	35,9	40,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=7	18
8 - 14	17
15 - 26	17
>26	17

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Funktionszysten sind häufige Zufallsbefunde bei Routineuntersuchungen in der gynäkologischen Praxis v. a. bei Frauen im geschlechtsreifen Alter. Sie besitzen Krankheitswert fast ausschließlich bei Schmerzsymptomatik z. B. im Rahmen von Einblutungen oder Torsionen. In den meisten Fällen sind sie asymptomatisch und bilden sich spontan zurück. Allerdings bereitet die Abgrenzung zu echten benignen und malignen Neoplasien gelegentlich Schwierigkeiten. Zur präoperativen Differenzierung werden hauptsächlich die Verlaufsbeobachtung, die Dopplersonographie oder auch die Sonographie herangezogen. Häufig sind Aussagen zur Größe des Tumors, der Anzahl der Kammern, zum Vorliegen solider Anteile, der Dicke etwaiger Septen, dem Vorhandensein von Binnenstrukturen oder auch der Viskosität der Zystenflüssigkeit möglich (DGGG et al 2008, Leitlinie Nr. 015/003). Ein Tumormarker mit hoher Spezifität und Sensitivität für die präoperative Diagnostik steht derzeit nicht zur Verfügung.

Querleu et al. (1993) konnten zeigen, dass unter 300 laparoskopischen Operationen wegen Ovarialzysten nur ein Malignom war, das präoperativ durch die entsprechende Diagnostik nicht als solches erkannt wurde. Pascual et al. (1997) belegten in einer Fall-Kontroll-Studie einen hohen positiven und negativen prädiktiven Wert für die Dopplersonographie zur Identifizierung von Funktionszysten.

Osmers (1996) schlägt auf der Basis eines Reviews aus Literatur und eigenen Studien ein Management von einfachen Ovarialzysten vor. Dessen Implementierung soll zu einem Anteil von maximal 15% an operierten Funktionszysten führen unter Minimierung des Risikos für „verschleppte“ Malignome.

Die Publikationslage zu dieser Fragestellung entspricht einer Evidenzstärke III (AHCPR).

(siehe http://www.sgg.de/downloads/QIDB/2010/AQUA_15n1_Indikatoren_2010.pdf)

3. Organerhaltung bei Ovarieingriffen

Patientinnen ≤ 40 Jahre

Kennzahl: 2010/15n1-GYN/612

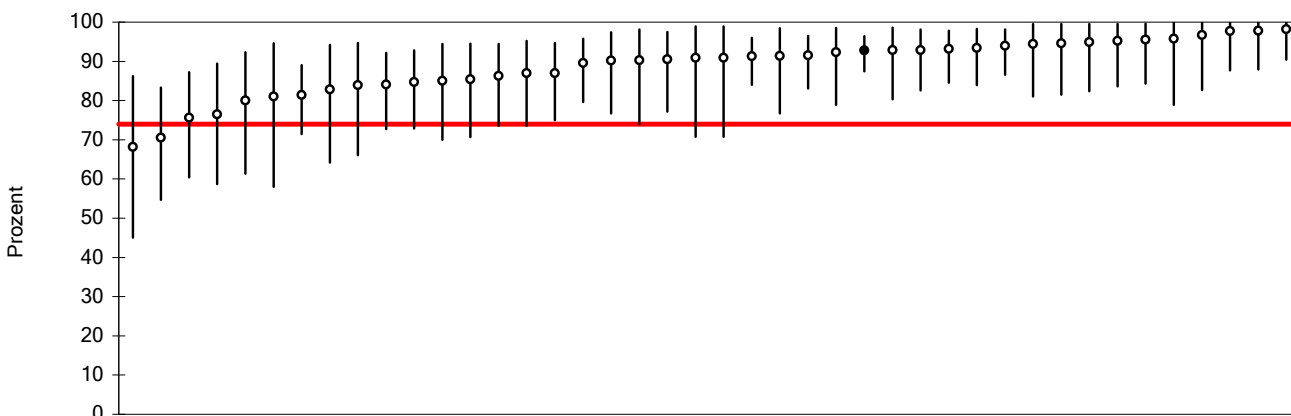
Patientinnen mit Ovarieingriffen und führendem benignen histologischen Befund (10 - 16, 18 lt. Schlüssel 3) und einer gültigen Altersangabe ≤ 40 Jahre

- davon mit organerhaltender Operation

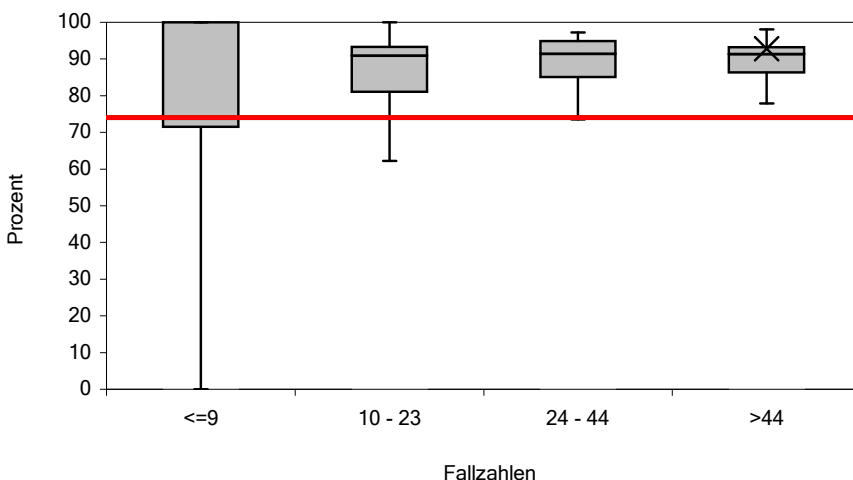
Hessen gesamt		Sachsenhausen	
N	%	N	%
2 294		153	
2 042	89,0	142	92,8

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
87,7 ; 90,3	87,5 ; 96,4



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	68,2	80,1	84,8	90,9	88,8	93,9	95,8	98,2



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=9	21
10 - 23	17
24 - 44	21
>44	17

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Leitfrage: Geht ein organerhaltendes Vorgehen bei Ovarieingriffen mit einer besseren physischen Gesundheit oder Lebensqualität einher bei gleicher Sicherheit in Bezug auf operationsassoziierte Komplikationen?

Nur wenige Untersuchungen sind zu dieser komplexen Fragestellung publiziert. Die Sicherheit von organerhaltendem Operieren speziell bei Dermoiden wurde in einer retrospektiven Studie mit 65 Patientinnen (Chapron et al. 1994) mit der von Adnektomien verglichen. Gefürchtete Komplikationen wie eine chemische Peritonitis nach Ruptur des Dermoids sind in keinem Fall aufgetreten. Rezidive gab es nach Organerhaltung in 2 Fällen. Andere Untersuchungen ohne Kontrollgruppe mit Fallzahlen zwischen 50 und 80 Patientinnen beschreiben ebenfalls eine hohe Sicherheit für organerhaltende Operationen bei Dermoidzysten (Campo & Garcea 1998, Lin et al. 1995, Nezhat et al. 1999).

Noch dürtiger ist die Datenlage zu den klinischen Folgen der einseitigen Adnektomie. Bukovsky et al. (1995) konnten in einer randomisiert kontrollierten Studie eine signifikant eingeschränkte Ovarialfunktion, gemessen an Hormonspiegeln im Serum, 6 Monate nach einseitiger Ovariektomie im Rahmen einer Hysterektomie feststellen. Klinische Ergebnisparameter wurden leider nicht erhoben.

Lass (1999) untersuchte im Rahmen eines Reviews die Datenlage bezüglich der Fertilität nach einseitiger Ovariektomie und kam zu folgendem Ergebnis: Frauen mit nur einem Ovar unterscheiden sich nicht im Hinblick auf Fertilität zu gleichaltrigen Frauen mit zwei Ovarien. Dagegen scheint ihre reproduktive Phase verkürzt durch Limitierung der zur Verfügung stehenden Eizellen.

Bei gleicher Sicherheit scheint aufgrund der derzeitigen Datenlage ein organerhaltendes Operieren von Vorteil zu sein. Einschränkend muss gesagt werden, dass die Aussagen zu endokrinen Folgen der Adnektomie ausschließlich auf dem Surrogatparameter „Hormonspiegel im Serum“ basieren. Außerdem ist der Vorteil der Organerhaltung abgeleitet aus den Folgen der Adnektomie. Ob ein Restovar in der Lage ist, diese Folgen abzuwenden, ist nicht gesichert. Ebenfalls zu berücksichtigen ist das Vorhandensein eines kontralateralen Ovars.

(siehe http://www.sqg.de/downloads/QIDB/2010/AQUA_15n1_Indikatoren_2010.pdf)

4. Konisation

fehlende Malignitätskriterien

Kennzahl: 2010/15n1-GYN/665

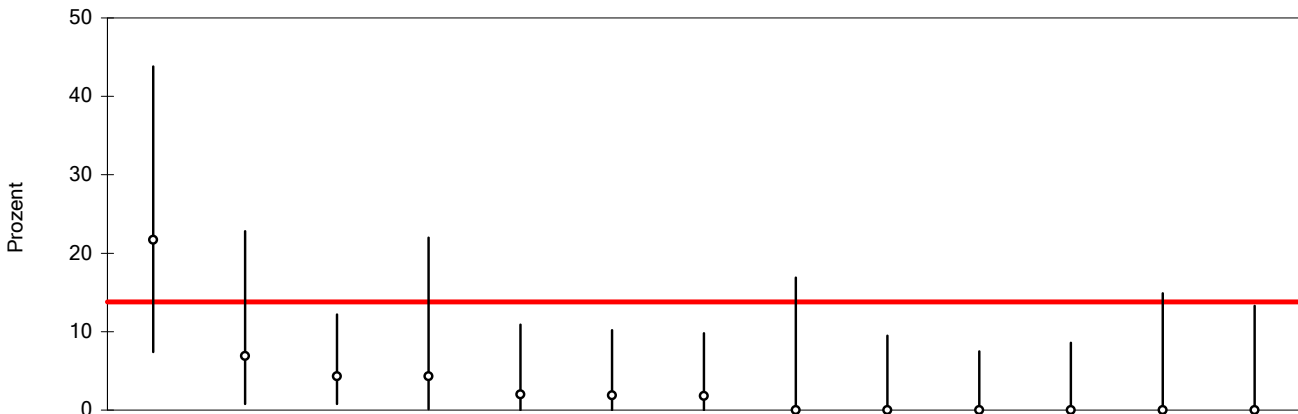
Patientinnen mit Konisation und vorhandener Histologie

- davon mit führender Histologie "Ektopie" oder mit histologischem Normalbefund

Hessen gesamt		Sachsenhausen	
N	%	N	%
827		6	
26	3,1	0	0,0

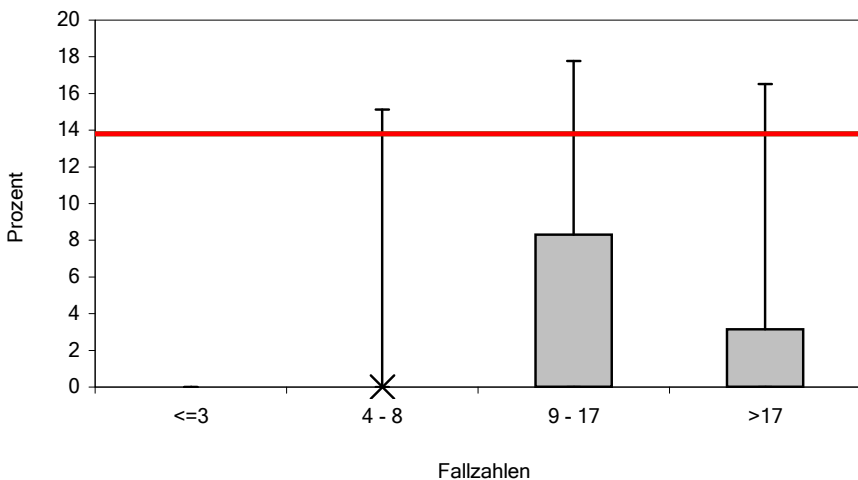
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
2,1 ; 4,6	0 ; 46



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
0,0	0,0	0,0	1,8	3,3	4,3	6,4	21,7



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=3	16
4 - 8	16
9 - 17	13
>17	15

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Das Zervixkarzinom (Gebärmutterhalskrebs, Synonyme: Portiokarzinom, Kollumkarzinom) ist ein bösartiger Tumor, der vom unteren Drittel des Uterus (Gebärmutter) ausgeht. In Frühstadien ist es meistens symptomfrei, später können Blutungsunregelmäßigkeiten auftreten, in Spätstadien Schmerzen und Störungen der Blasen- und Mastdarmfunktion, die auf einer kontinuierlichen Tumorausbreitung in die angrenzenden Organe im Beckenbereich beruhen.

Für die Früherkennungs-Untersuchung sind eine Spiegeleinstellung des Gebärmutterhalses und eine gezielte zytologische Abstrichentnahme, möglichst unter kolposkopischer Kontrolle von der Portiooberfläche sowie aus dem Zervikalkanal zu fordern. Zur weiteren Diagnostik bei höhergradigen Auffälligkeiten im zytologischen Abstrichergebnis einerseits oder bei symptomatischen Patientinnen andererseits wird eine Kolposkopie und eine gezielte Knipsbiopsie mit histologischer Sicherung empfohlen, da nur durch die histologische Untersuchung das Vorliegen einer schwergradigen Läsion oder sogar eines Karzinoms definitiv nachgewiesen werden kann (DKG, Leitlinie Nr. 032/040). Eine Indikation zur Konisation können rezidivierend auffällige zytologische Abstrichergebnisse bei unauffälliger Kolposkopie und Verdacht auf intrazervikalen Prozess, bioptisch bestätigte höhergradige Läsionen (CIN II oder III) oder ein invasives Karzinom in frühen Stadien (FIGO Ia1 oder FIGO Ia2) sein. Auch der Wunsch nach Organerhalt z. B. bei Kinderwunsch spielt eine Rolle bei der Festlegung des therapeutischen Vorgehens. In Spätstadien werden radikalere Operationsverfahren angewandt.

Der Konisation folgt zwingend die fachgerechte histopathologische Aufarbeitung und Befundung des exzidierten Gewebes. Die Indikation zur Konisation wird also gestellt als Ergebnis einer komplexen diagnostischen Kette. Diese kann sowohl auf verschiedene Versorgungssektoren (ambulant, stationär) als auch auf mehrere Fachdisziplinen (Gynäkologen, Pathologen) übergreifen. Wie auch bei anderen invasiven Eingriffen, muss die Indikation zur Konisation sehr sorgfältig gestellt werden.

(siehe http://www.sqg.de/downloads/QIDB/2010/AQUA_15n1_Indikatoren_2010.pdf)

5. Konisation

fehlende Histologie

Kennzahl: 2010/15n1-GYN/666

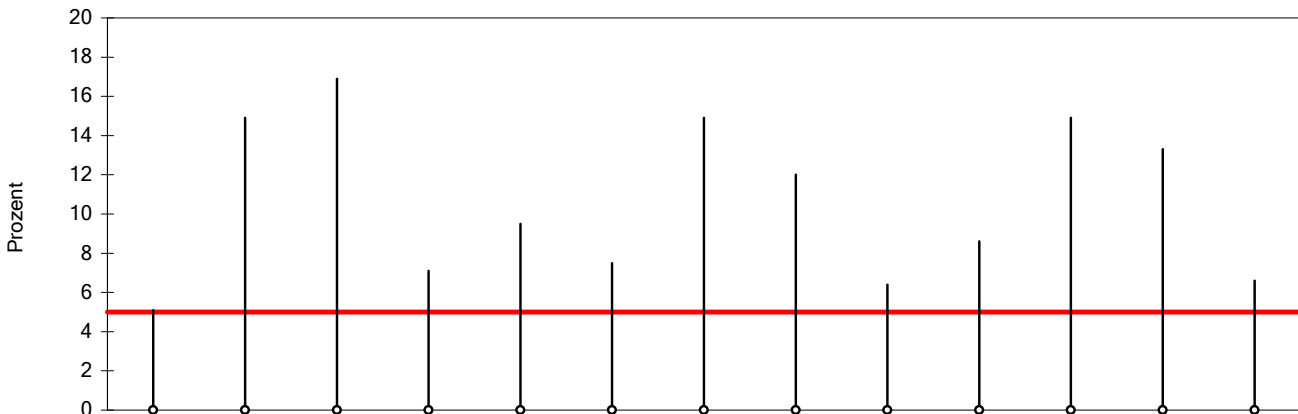
Patientinnen mit Konisation

- davon ohne postoperative Histologie

Hessen gesamt		Sachsenhausen	
N	%	N	%
831		6	
4	0,5	0	0,0

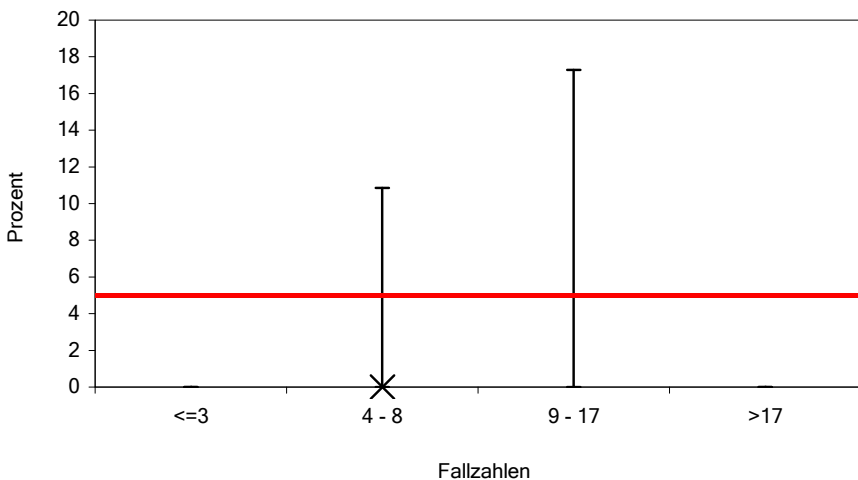
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
0,1 ; 1,2	0 ; 46



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=3	16
4 - 8	15
9 - 17	14
>17	15

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Das Zervixkarzinom (Gebärmutterhalskrebs, Synonyme: Portiokarzinom, Kollumkarzinom) ist ein bösartiger Tumor, der vom unteren Drittel des Uterus (Gebärmutter) ausgeht. In Frühstadien ist es meistens symptomfrei, später können Blutungsunregelmäßigkeiten auftreten, in Spätstadien Schmerzen und Störungen der Blasen- und Mastdarmfunktion, die auf einer kontinuierlichen Tumorausbreitung in die angrenzenden Organe im Beckenbereich beruhen.

Für die Früherkennungs-Untersuchung sind eine Spiegeleinstellung des Gebärmutterhalses und eine gezielte zytologische Abstrichentnahme, möglichst unter kolposkopischer Kontrolle von der Portiooberfläche sowie aus dem Zervikalkanal zu fordern. Zur weiteren Diagnostik bei höhergradigen Auffälligkeiten im zytologischen Abstrichergebnis einerseits oder bei symptomatischen Patientinnen andererseits wird eine Kolposkopie und eine gezielte Knipsbiopsie mit histologischer Sicherung empfohlen, da nur durch die histologische Untersuchung das Vorliegen einer schwergradigen Läsion oder sogar eines Karzinoms definitiv nachgewiesen werden kann (DKG, Leitlinie Nr. 032/040). Eine Indikation zur Konisation können rezidivierend auffällige zytologische Abstrichergebnisse bei unauffälliger Kolposkopie und Verdacht auf intrazervikalen Prozess, bioptisch bestätigte höhergradige Läsionen (CIN II oder III) oder ein invasives Karzinom in frühen Stadien (FIGO Ia1 oder FIGO Ia2) sein. Auch der Wunsch nach Organerhalt z. B. bei Kinderwunsch spielt eine Rolle bei der Festlegung des therapeutischen Vorgehens. In Spätstadien werden radikalere Operationsverfahren angewandt.

Der Konisation folgt zwingend die fachgerechte histopathologische Aufarbeitung und Befundung des exzidierten Gewebes. Die Indikation zur Konisation wird also gestellt als Ergebnis einer komplexen diagnostischen Kette. Diese kann sowohl auf verschiedene Versorgungssektoren (ambulant, stationär) als auch auf mehrere Fachdisziplinen

(Gynäkologen, Pathologen) übergreifen. Wie auch bei anderen invasiven Eingriffen, muss die Indikation zur Konisation sehr sorgfältig gestellt werden.

(siehe http://www.sqg.de/downloads/QIDB/2010/AQUA_15n1_Indikatoren_2010.pdf)

6. Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie

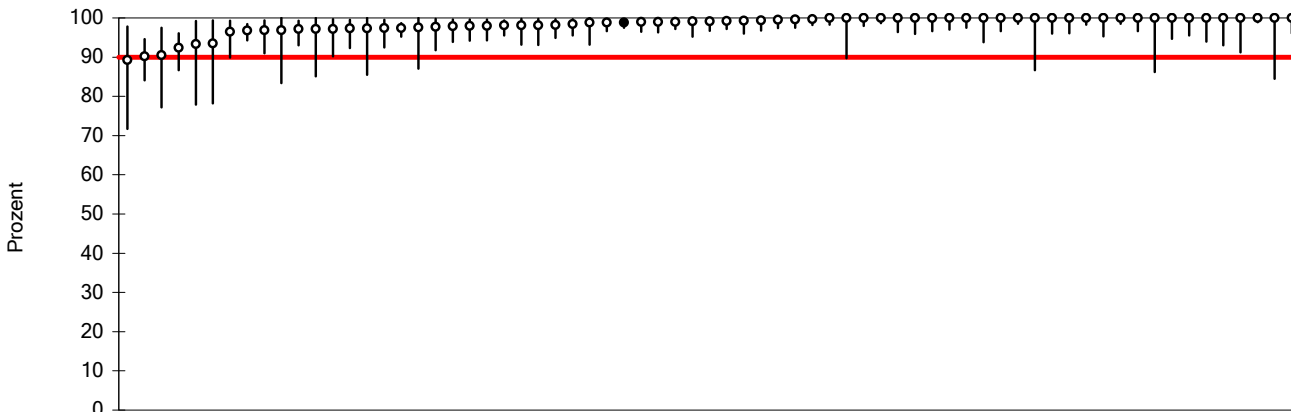
Kennzahl: 2010/15n1-GYN/235

Patientinnen mit Hysterektomie
- davon mit Antibiotikaprophylaxe

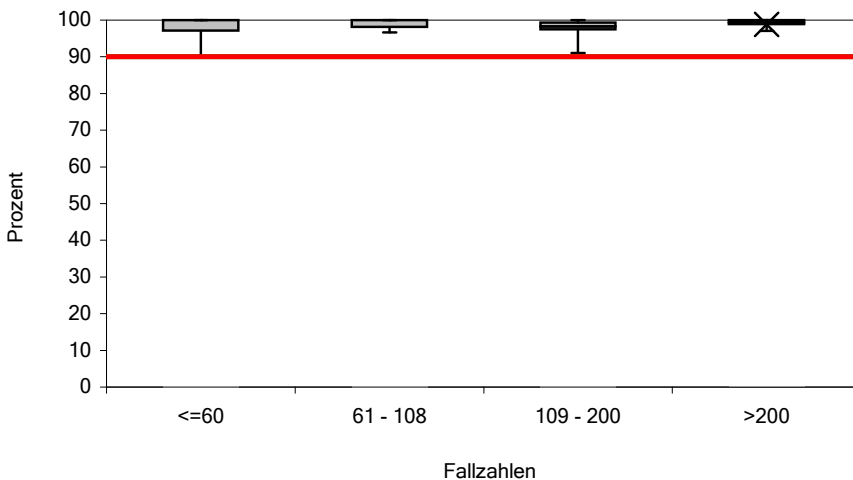
Hessen gesamt		Sachsenhausen	
N	%	N	%
9 855		569	
9 722	98,7	562	98,8

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
98,4 ; 98,9	97,5 ; 99,5



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	89,3	96,7	97,6	99,1	98,3	100,0	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=60	19
61 - 108	18
109 - 200	17
>200	18

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

In der Gynäkologie stehen Wundinfektionen nach den Harnwegsinfektionen an der zweiten Stelle der Häufigkeit nosokomialer Infektionen. Bei deren Eintreten errechneten Ewaldson et al. (1992) für eine gynäkologische Abteilung eine Verlängerung der Verweildauer von durchschnittlich 6 Tagen. Nach Entlassung folgt häufig noch eine längere ambulante Behandlung. Wundinfektionen stellen somit eine hohe physische und psychische Belastung dar mit der zusätzlichen Folge sowohl direkter als auch indirekter Kosten.

Die Arbeitsgruppe von Mittendorf et al. (1993) stellte in einer Metaanalyse von randomisiert kontrollierten Studien fest, dass Wundinfektionen nach abdominalen Hysterektomie durch Antibiotikaprophylaxe signifikant um etwa 12% reduziert werden können (Evidenzgrad Ia, AHCPR). Auch bei vaginalem Operationszugang hat sich eine Antibiotikaprophylaxe in zahlreichen randomisiert kontrollierten Studien als effektiv erwiesen (u. a. Boodt et al. 1990; Dhar et al. 1993; Mickal et al. 1980, Löfgren et al. 2004) (Evidenzgrad Ib, AHCPR). Verschiedene Leitlinien (SIGN 2008, ASHP Therapeutic Guidelines 1999, AWMF-Leitlinie Nr. 029/022) sprechen deshalb eine klare Empfehlung für eine Antibiotikaprophylaxe aus. Für die abdominale Hysterektomie gibt das SIGN (2008) ein Number-needed-to-treat (NNT) von 8, bei vaginalen Hysterektomien von 4 an. Das bedeutet, dass 8 bzw. 4 Patientinnen eine prophylaktische Antibiotikagabe verabreicht werden muss, um 1 zusätzliche Wundinfektion zu vermeiden.

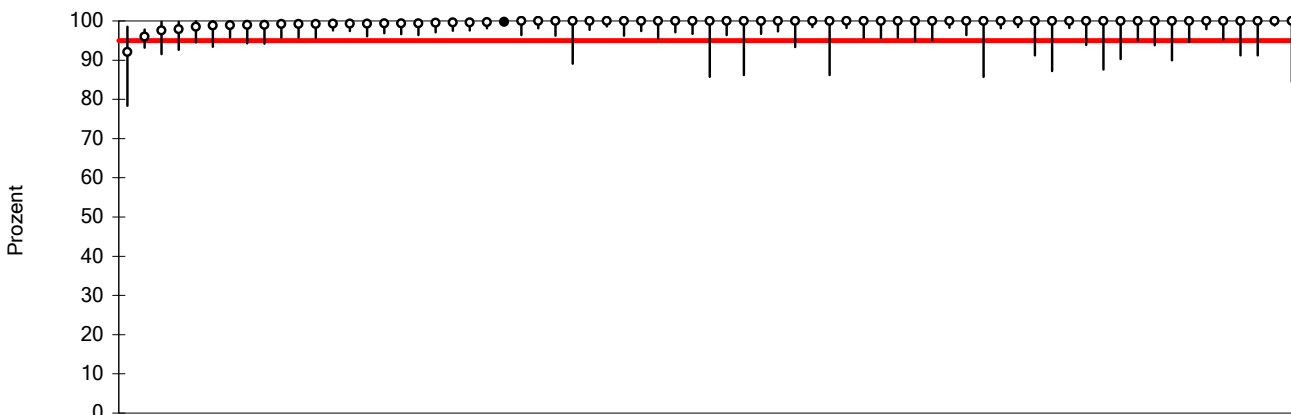
Die perioperative Antibiotikagabe ist allerdings nur dann effektiv, wenn ein wirksames Präparat zum richtigen Zeitpunkt in der richtigen Dosierung intravenös verabreicht wird. Auch zu diesen Einzelheiten geben die genannten Leitlinien Empfehlungen. Ein Referenzwert von 90% wurde in einer großen Expertenrunde auf der Münchner Konferenz für Qualitätssicherung in der Gynäkologie und Geburtshilfe 2005 festgelegt. Das bedeutet, dass 90% aller Patientinnen mit einer geplanten Hysterektomie präoperativ eine Antibiotikaprophylaxe erhalten sollen. Von einem Fixwert 100% wurde Abstand genommen, da bei bis zu 8% dieser Patientinnen mit einer behandlungsbedürftigen hypotonen Reaktion im Falle der Verabreichung von Cefalosporinen zu rechnen ist (Lorenz et al. 1998, Gruchalla & Pirmohamed 2006).

(siehe http://www.sgg.de/downloads/QIDB/2010/AQUA_15n1_Indikatoren_2010.pdf)

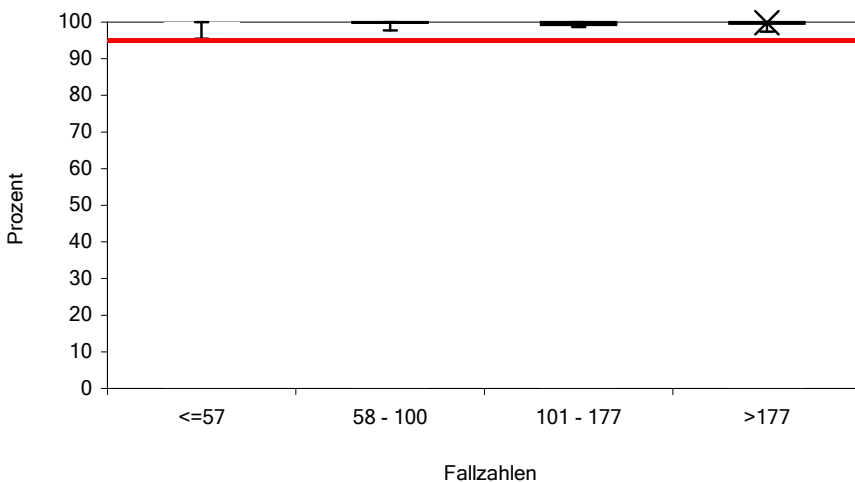
7. Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie

Kennzahl: 2010/15n1-GYN/1057

	Hessen gesamt		Sachsenhausen	
	N	%	N	%
Patientinnen >= 40 Jahre mit Hysterektomie	8 992		529	
- davon mit medikamentöse Thromboseprophylaxe	8 949	99,5	528	99,8
Vertrauensbereich (in %)	95 % CI 99,4 ; 99,7		95% CI 98,9 ; 100	



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	92,1	99,0	99,4	100,0	99,6	100,0	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=57	18
58 - 100	20
101 - 177	16
>177	18

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Thrombosen und Lungenembolien sind mit einem erhöhten Letalitätsrisiko behaftet. In entwickelten Ländern gehören Lungenembolien zu den häufigsten Todesursachen im Krankenhaus. Die Behandlung von Folgekrankheiten wie z. B. die chronisch-venöse Insuffizienz verschlingt enorme Kosten. Arzneimittel zur wirksamen perioperativen medikamentösen Thromboseprophylaxe stehen zur Verfügung, unter anderem das unfractionierte Heparin (UFH) oder auch niedermolekulare Heparine (NMH). Diese reduzieren die Thromboseinzidenz signifikant um 67%, Lungenembolien treten ebenfalls signifikant seltener auf. Die alleinige Verabreichung von Azetylsalicylsäure zur perioperativen Thromboseprophylaxe wird für Patientinnen aller Risikogruppen abgelehnt (AWMF-Leitlinie 003/001 2003, Royal Children's Hospital Melbourne (Clinical Practice Guidelines), NGC). Trotz dieser Erkenntnisse ist eine hohe regionale Variabilität für die Heparinprophylaxe nachgewiesen worden (Nicolaidis et al. 2006).

Speziell nach gynäkologischen Operationen wird in Abwesenheit prophylaktischer Maßnahmen bei gutartiger Grunderkrankung von einer Thrombosehäufigkeit von 14% (95%-Vertrauensbereich 11 bis 17%), bei bösartiger Grunderkrankung von 22% (95%-Vertrauensbereich 17 bis 26%) ausgegangen (AWMF-Leitlinie 003/001 2003). Clarke-Pearson et al. (1990) konnten in einer randomisiert kontrollierten Studie nachweisen, dass eine Heparinprophylaxe bei gynäkologisch-onkologischen Patientinnen die Inzidenz von Thromboembolien von 18% auf 9% bzw. 6% je nach Dosierungsschema signifikant reduziert. Auch Nicolaidis et al. (2006) und Geerts et al. (2004) empfehlen eine Heparinprophylaxe bei Hysterektomien an Patientinnen ab 40 Jahren und bei allen Patientinnen mit Karzinomchirurgie unabhängig vom Alter. Für Hysterektomien bei Frauen unter 40 Jahren ohne zusätzliche Risikofaktoren wird das Thromboserisiko als gering eingestuft. Der Nutzen einer Thromboseprophylaxe in dieser Patientinnengruppe bleibt unklar. In dieser Altersklasse muss eine Abwägung anhand des individuellen Risikoprofils erfolgen. Da die Konsensus-Empfehlungen (Nicolaidis et al. 2006) auf der Basis von Metaanalysen entwickelt wurden, wird für diesen Indikator ein Evidenzgrad Ia (AHCPR) erreicht.

Anhand dieses Indikators wird die Qualität des Prozesses gemessen, weil die Erfassung der Ergebnisse anhand der Raten von Thrombosen und Embolien methodisch erhebliche Probleme aufweist. Thrombosen und Embolien treten häufig erst nach der stationären Entlassung auf, eine gezielte Erfassung wie in prospektiven Studien wird nicht durchgeführt.

(siehe http://www.sqg.de/downloads/QIDB/2010/AQUA_15n1_Indikatoren_2010.pdf)

8. Indikation bei Hysterektomie

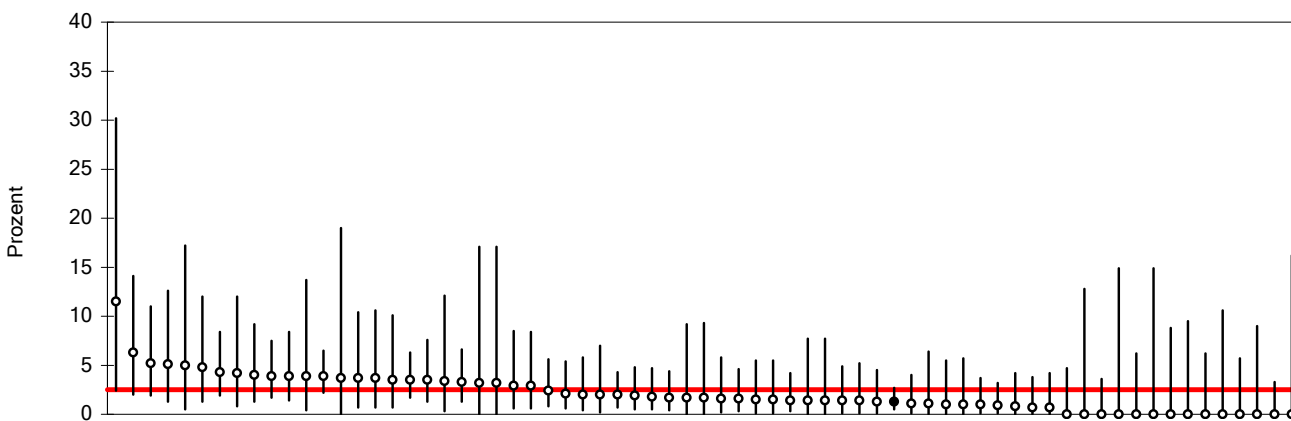
Kennzahl: 2010/15n1-GYN/672

Patientinnen mit subtotaler und einfacher Hysterektomie unter Ausschluß von Patientinnen mit führendem histologischen Befund maligne und ohne Entlassungsdiagnose Transsexualismus
- davon Patientinnen < 35 Jahre

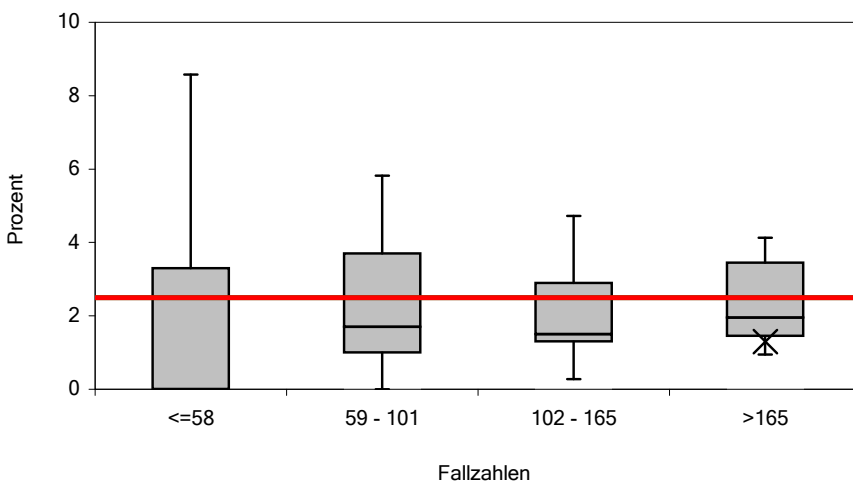
Hessen gesamt		Sachsenhausen	
N	%	N	%
8 510		543	
186	2,2	7	1,3

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
1,9 ; 2,5	0,5 ; 2,7



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	0,9	1,7	2,2	3,5	4,2	11,5



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=58	19
59 - 101	17
102 - 165	17
>165	18

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Die Hysterektomie ist ein relativ großer chirurgischer Eingriff mit einer nicht unerheblichen Morbidität. Der Verdacht, dass weltweit unnötig viele Hysterektomien durchgeführt werden, hat auch in der internationalen Literatur vor allem dadurch zunehmend Bestätigung gefunden, dass große regionale Unterschiede existieren und offensichtlich auch andere als rein medizinische Gründe die Indikationshäufigkeit beeinflussen (Roos 1984a, 1984b). So war die Hysterektomierate bei Frauen mit geringerem Bildungsgrad und niedrigem sozialen Status doppelt so hoch wie bei Frauen mit einem akademischen Abschluss und ebenfalls höher bei Frauen mit geringerem Einkommen (Kjerulf et al. 1993, Settnes & Jorgensen 1996, Harlow & Barbieri 1999). Auch war sie niedriger, wenn die Patientin eine ärztliche Kollegin war (Domenighetti et al. 1993).

Die jüngeren Empfehlungen der Fachgesellschaften und Experten zur Indikationsstellung zur Hysterektomie sind weitestgehend konsistent. Sie spiegeln den Wandel der Praxis von einer großzügigen Indikationsstellung hin zu einem differenzierten und individualisierten Vorgehen unter Ausschöpfung der alternativen Verfahren wider, ohne sich gleichzeitig darauf festzulegen, welche Behandlungsmethode unter welchen Gesichtspunkten als die beste eingestuft werden sollte. Kontrollierte Studien, welche eine solche Aussage erlaubten, sind ebenfalls nicht verfügbar.

Um diesen medizinisch wie gesundheitsökonomisch relevanten Aspekt der Versorgung unter Qualitätsgesichtspunkten darstellen zu können, wurde der vorliegende Indikator im Expertenkonsens der Fachgruppe Gynäkologie definiert. Die Bewertung der Ergebnisse erfordert die Berücksichtigung insbesondere der eingeschränkten Spezifität. Dies ist durch die Analyse auffälliger Ergebnisse im Strukturierten Dialog gewährleistet. Eine Weiterentwicklung des Indikators unter Nutzung der Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog soll erfolgen.

(siehe http://www.sqg.de/downloads/QIDB/2010/AQUA_15n1_Indikatoren_2010.pdf)

9. Organverletzungen bei lap. Operationen
alle Patientinnen

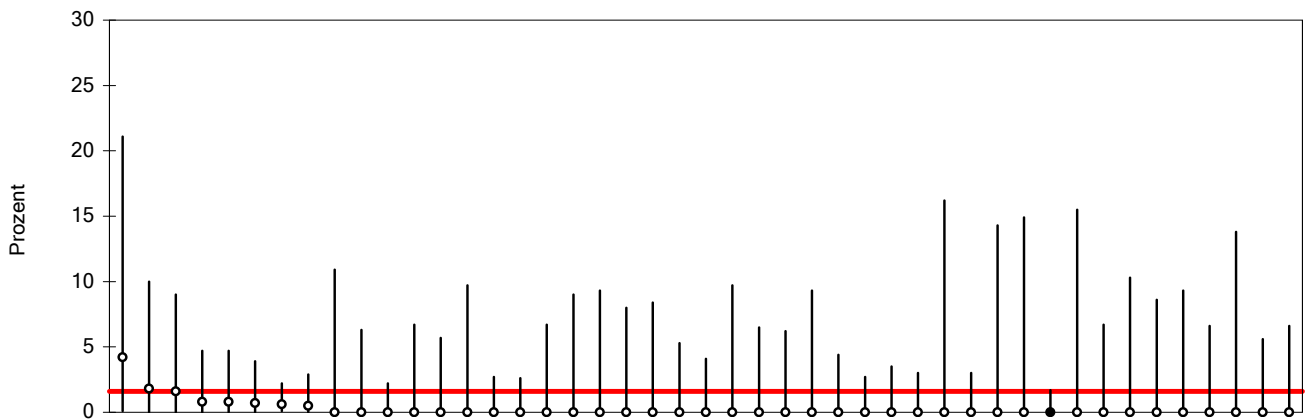
Kennzahl: 2010/15n1-GYN/1054

Patientinnen mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang
- davon mit mindestens einer Organverletzung

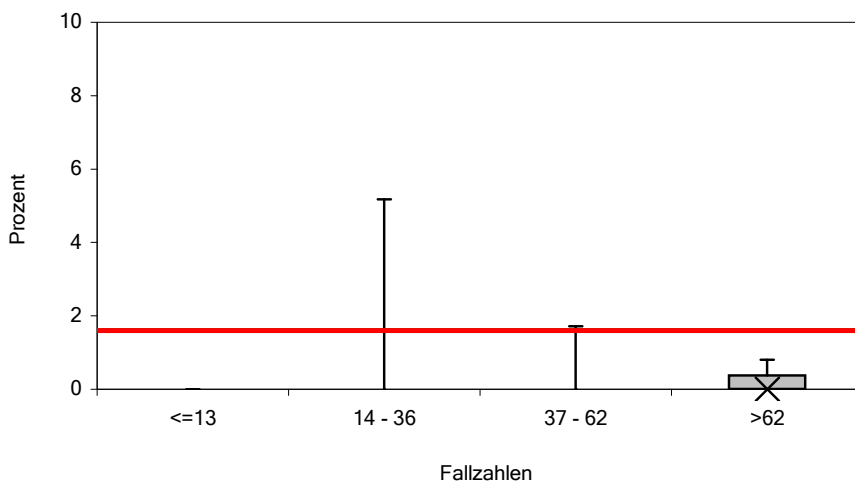
Hessen gesamt		Sachsenhausen	
N	%	N	%
3 747		210	
10	0,3	0	0,0

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
0,1 ; 0,5	0 ; 1,7



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,8	4,2



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=13	18
14 - 36	18
37 - 62	17
>62	18

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Leitfrage: Ist die Organverletzungsrate durch hohe Versorgungsqualität beeinflussbar?

Diverse Studien mit detaillierten Fragestellungen sind zu diesem Thema publiziert. So konnte z. B. kein Vorteil für eine routinemäßige präoperative i. v. Pyelographie oder für das Einführen von Ureterkathetern zur Prävention von Verletzungen der Harnwegsorgane nachgewiesen werden (Kuno et al. 1998; Piscitelli et al. 1987). Drei gut angelegte, z. T. prospektive und multizentrische Studien mit Fallzahlen von 1.000 bis knapp 30.000 Operationen beschäftigten sich mit der Rolle der operativen Erfahrung des Chirurgen im Hinblick auf das Risiko einer Organverletzung bei laparoskopischen Eingriffen der Gynäkologie. In allen Studien hatten erfahrene Operateure deutlich niedrigere Verletzungsraten als Anfänger zu verzeichnen (Chapron et al. 1998; Jansen et al. 1997; Leonard et al. 2000; Phillips 1977).

Die Qualifikation des Operators kann vom Krankenhaus insofern gesteuert werden, dass bei Patientinnen mit erhöhtem Risiko einer Organverletzung, z. B. bei fortgeschrittener Endometriose, ein erfahrener Operateur gewählt wird oder aber diese Patientin an ein geeignetes Zentrum überwiesen wird.

Auch zeigt die klinische Erfahrung, dass ein gut abgestimmtes Zusammenspiel aller an der Behandlung Beteiligten und eine sorgfältig organisierte Ausbildung der Operateure zu besseren Ergebnissen führt. Aus den genannten Studienergebnissen und der klinischen Erfahrung kann also auf eine partielle Vermeidbarkeit von Organverletzungen für Laparoskopien geschlossen werden. Es liegt eine Evidenzstärke III. Grades (AHCPR) für diesen Indikator vor.

Bei der Bewertung der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass in der Grundgesamtheit aller Laparoskopien Eingriffe unterschiedlicher Komplexität (z. B. diagnostische vs. operative Laparoskopien) betrachtet werden. Die Grundgesamtheiten der Indikatoren „Organverletzungen bei Hysterektomie“ und „Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen“ werden trotz Überschneidungen nicht weiter differenziert, da sonst zu kleine Gruppen entstehen würden. Die bedeutendsten Einflussfaktoren (Karzinome im kleinen Becken, Endometriose, Voroperationen) sind im Auswertungskonzept berücksichtigt

(siehe http://www.sqg.de/downloads/QIDB/2010/AQUA_15n1_Indikatoren_2010.pdf)

10. Organverletzungen bei lap. Operationen

ohne Entlassungsdiagnose Karzinom, Endometriose und ohne Voroperation

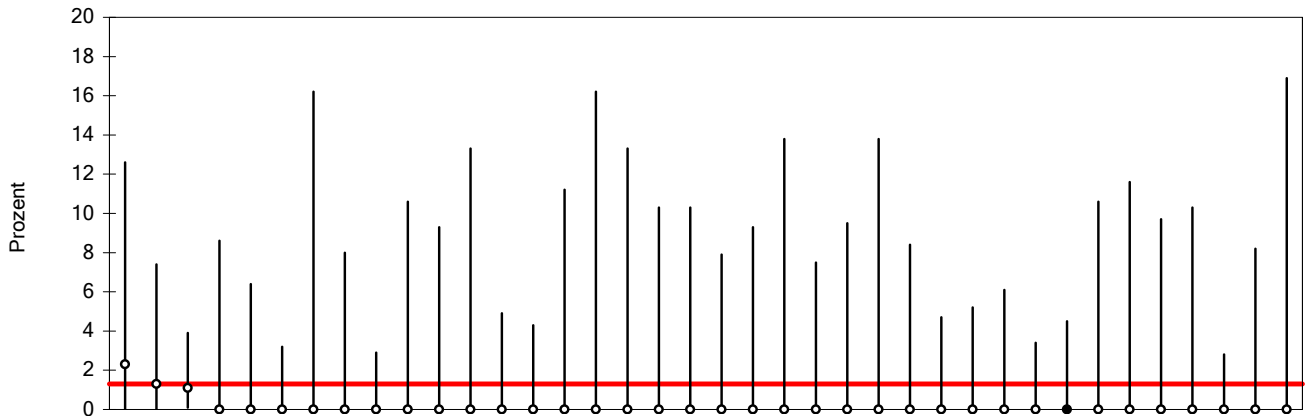
Kennzahl: 2010/15n1-GYN/1055

Patientinnen mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang sowie ohne Entlassungsdiagnose Karzinom, Endometriose und ohne Voroperation im gleichen OP-Gebiet
- davon mit mindestens einer Organverletzung

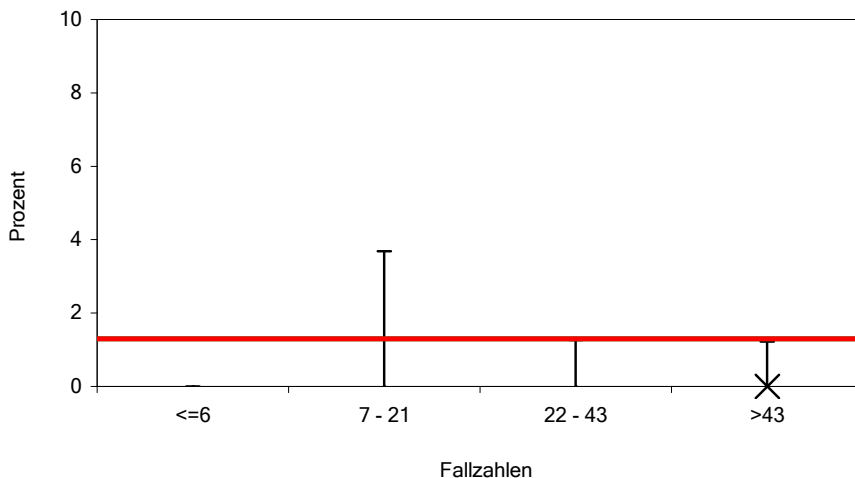
Hessen gesamt		Sachsenhausen	
N	%	N	%
2 338		81	
5	0,2	0	0,0

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
0,1 ; 0,5	0 ; 4,5



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	2,3



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=6	20
7 - 21	16
22 - 43	19
>43	16

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Leitfrage: Ist die Organverletzungsrate durch hohe Versorgungsqualität beeinflussbar?

Diverse Studien mit detaillierten Fragestellungen sind zu diesem Thema publiziert. So konnte z. B. kein Vorteil für eine routinemäßige präoperative i. v. Pyelographie oder für das Einführen von Ureterkathetern zur Prävention von Verletzungen der Harnwegsorgane nachgewiesen werden (Kuno et al. 1998; Piscitelli et al. 1987). Drei gut angelegte, z. T. prospektive und multizentrische Studien mit Fallzahlen von 1.000 bis knapp 30.000 Operationen beschäftigten sich mit der Rolle der operativen Erfahrung des Chirurgen im Hinblick auf das Risiko einer Organverletzung bei laparoskopischen Eingriffen der Gynäkologie. In allen Studien hatten erfahrene Operateure deutlich niedrigere Verletzungsraten als Anfänger zu verzeichnen (Chapron et al. 1998; Jansen et al. 1997; Leonard et al. 2000; Phillips 1977).

Die Qualifikation des Operateurs kann vom Krankenhaus insofern gesteuert werden, dass bei Patientinnen mit erhöhtem Risiko einer Organverletzung, z. B. bei fortgeschrittener Endometriose, ein erfahrener Operateur gewählt wird oder aber diese Patientin an ein geeignetes Zentrum überwiesen wird. Auch zeigt die klinische Erfahrung, dass ein gut abgestimmtes Zusammenspiel aller an der Behandlung Beteiligten und eine sorgfältig organisierte Ausbildung der Operateure zu besseren Ergebnissen führt. Aus den genannten Studienergebnissen und der klinischen Erfahrung kann also auf eine partielle Vermeidbarkeit von Organverletzungen für Laparoskopien geschlossen werden. Es liegt eine Evidenzstärke III. Grades (AHCPR) für diesen Indikator vor.

Bei der Bewertung der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass in der Grundgesamtheit aller Laparoskopien Eingriffe unterschiedlicher Komplexität (z. B. diagnostische vs. operative Laparoskopien) betrachtet werden. Die Grundgesamtheiten der Indikatoren „Organverletzungen bei Hysterektomie“ und „Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen“ werden trotz Überschneidungen nicht weiter differenziert, da sonst zu kleine Gruppen entstehen würden. Die bedeutendsten Einflussfaktoren (Karzinome im kleinen Becken, Endometriose, Voroperationen) sind im Auswertungskonzept berücksichtigt.

(siehe http://www.sqg.de/downloads/QIDB/2010/AQUA_15n1_Indikatoren_2010.pdf)

11. Organverletzungen bei Hysterektomie
alle Patientinnen

Kennzahl: 2010/15n1-GYN/553

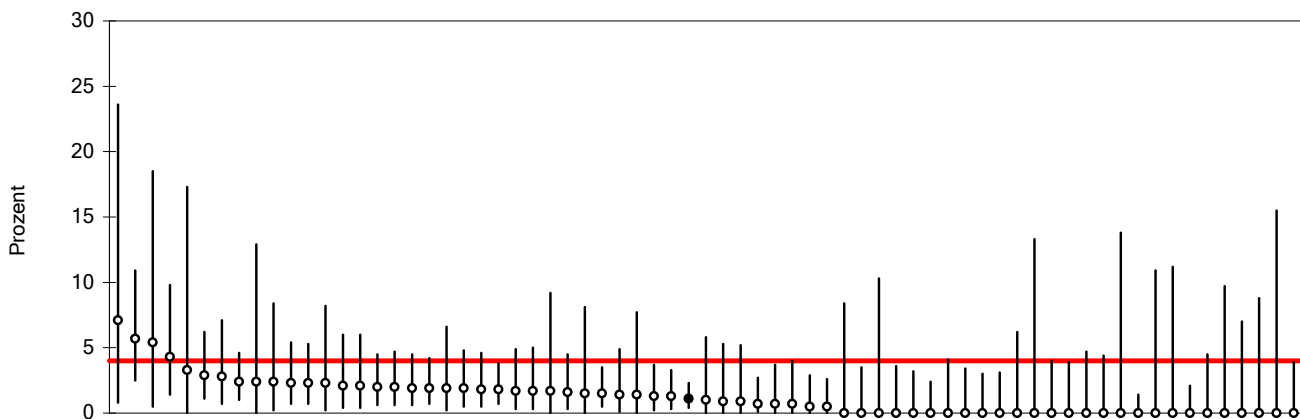
Patientinnen mit Hysterektomie

- davon mit mindestens einer Organverletzung

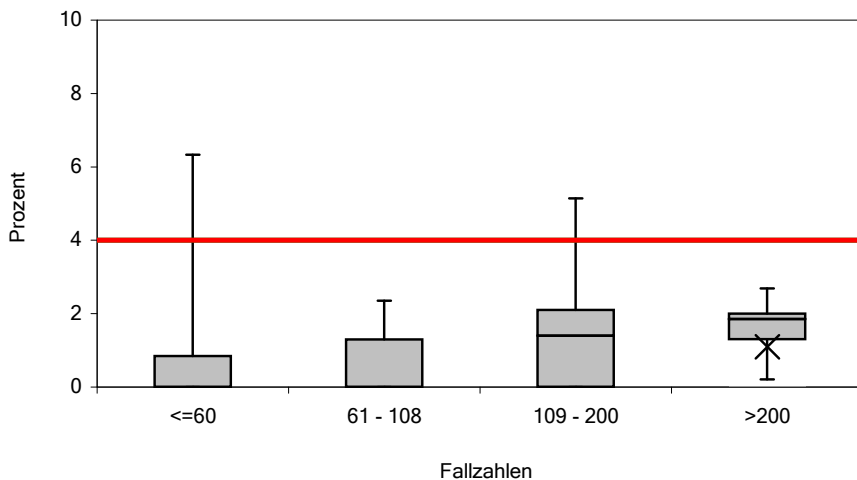
Hessen gesamt		Sachsenhausen	
N	%	N	%
9 855		569	
136	1,4	6	1,1

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
1,2 ; 1,6	0,4 ; 2,3



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	0,0	1,0	1,3	1,9	2,5	7,1



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=60	19
61 - 108	18
109 - 200	17
>200	18

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Organverletzungen stellen zwar mengenmäßig nicht den bedeutendsten Anteil der Komplikationen bei einer Hysterektomie, sie können aber insbesondere bei verzögerter Erkennung zu einer beträchtlichen postoperativen Morbidität beitragen. Da die Angaben in der Literatur sich häufig entweder auf die Gesamtkomplikationen, unterschiedliche laparoskopische Eingriffe oder Verletzungen einzelner Organe beziehen, ist eine konkrete Angabe zur Inzidenz aller Organverletzungen in Abhängigkeit vom Operationsweg schwer möglich. Auch werden zwar zum Teil unterschiedliche Organverletzungsraten für die einzelnen Zugangswege angegeben; die Debatte darüber, welches der beste Zugangsweg ist, ist in der Fachwelt aber noch nicht abgeschlossen. In diese Überlegung fließen neben patientenbezogenen Faktoren auch die Vorlieben des Operateurs (Shao & Wong 2001 E=III), die unterschiedlichen Komplikationsraten, die Verweildauern, die Erholungszeiten der Patientin und die Kosten ein.

Auch finden sich kaum Angaben in der Literatur zu den konkreten Auswirkungen einer Organverletzung für die betroffene Patientin oder das Gesundheitssystem. Je nach Schwere der Verletzung sind aber eine Verlängerung der Operationszeit zur Korrektur/Reparatur, die Notwendigkeit eines weiteren Eingriffes bei verspäteter Erkennung und schlimmstenfalls eine Invalidisierung der betroffenen Patientin mit daraus resultierendem Leid und verstärktem Ressourcenverbrauch plausible Folgen. Die Vermeidung von Organverletzungen unabhängig vom operativen Zugang sollte somit grundsätzlich das Ziel jeder Klinik sein.

Als Risikofaktoren für Organverletzungen werden von Petri das Vorliegen einer Endometriose, Entzündungen, Voroperationen, kongenitale Anomalien, stattgehabte Strahlentherapie, intraligamentäre und zervikale Myome, ein unerfahrener Operateur, mangelhafter Zugang, Beleuchtung und Darstellung angegeben (Petri 1999). Diese Zusammenstellung stellt jedoch keine systematische empirische Rangfolge dar, sie beruht eher auf der Analyse von Schadenfällen. Patientennunabhängig und damit durch die Klinik beeinflussbar sind nur der „unerfahrene Operateur“ (wobei hierzu keine Definition vorliegt), die allgemeine Sorgfalt und der mangelhafte Zugang sowie Beleuchtung und Darstellung. In der Literatur finden sich Hinweise auf einen Zusammenhang nur zwischen dem Auftreten von Organverletzungen und der Erfahrung des Operateurs. Des Weiteren konnten keine Methoden identifiziert werden, welche speziell die Vermeidung von Organverletzungen bei Hysterektomien ermöglichen.

Eine daraus abgeleitete Forderung, Hysterektomien grundsätzlich nur noch von „erfahrenen Operateuren“ durchführen zu lassen, würde zunächst Studien voraussetzen, die den unerlässlichen Erfahrungsgrad quantifizieren. Als Nebeneffekt müssten Auswirkungen auf die Weiterbildung und die langfristige Sicherung der Anzahl erfahrener Operateure bedacht werden.

(siehe http://www.sqg.de/downloads/QIDB/2010/AQUA_15n1_Indikatoren_2010.pdf)

12. Organverletzungen bei Hysterektomie

ohne Entlassungsdiagnose Karzinom, Endometriose und ohne Voroperation

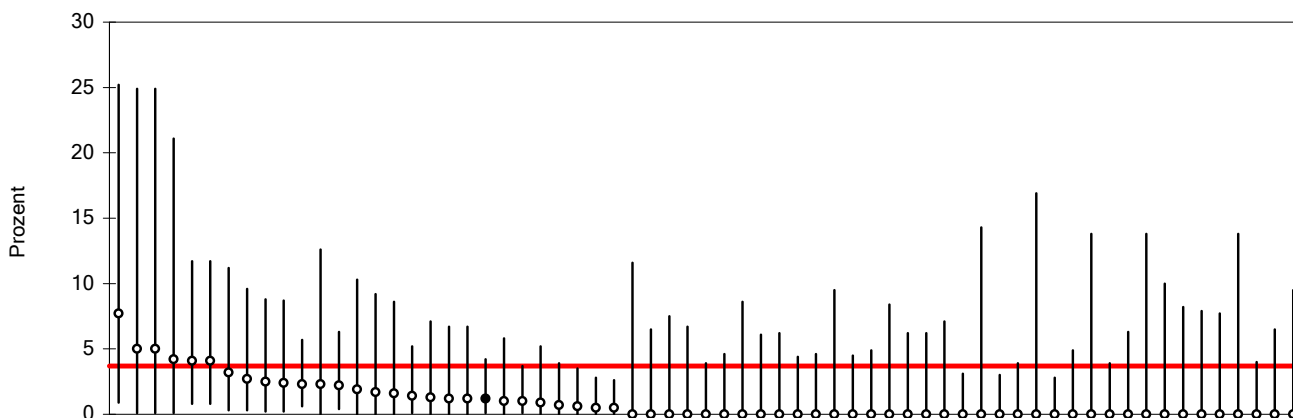
Kennzahl: 2010/15n1-GYN/557

Patientinnen mit Hysterektomie ohne Entlassungsdiagnose Karzinom und ohne Entlassungsdiagnose Endometriose und ohne Voroperation im gleichen OP-Gebiet
- davon mit mindestens einer Organverletzung

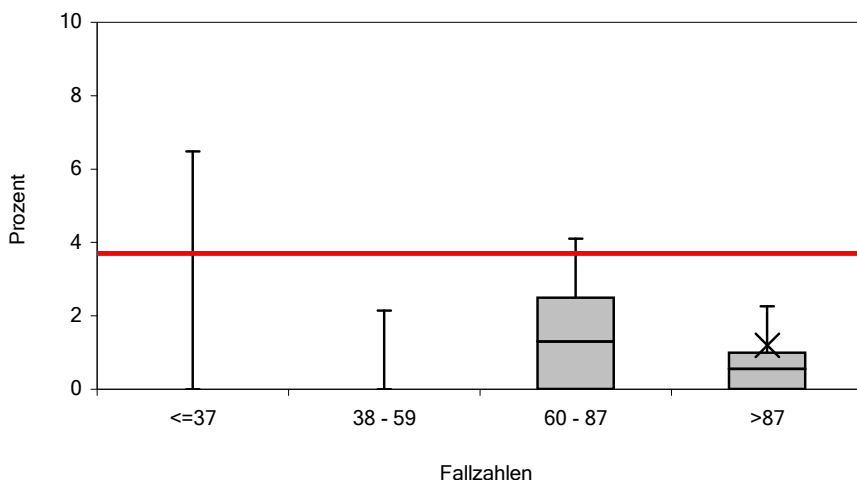
Hessen gesamt		Sachsenhausen	
N	%	N	%
5 061		173	
45	0,9	2	1,2

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
0,6 ; 1,2	0,1 ; 4,2



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,4	3,0	7,7



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=37	19
38 - 59	17
60 - 87	17
>87	18

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

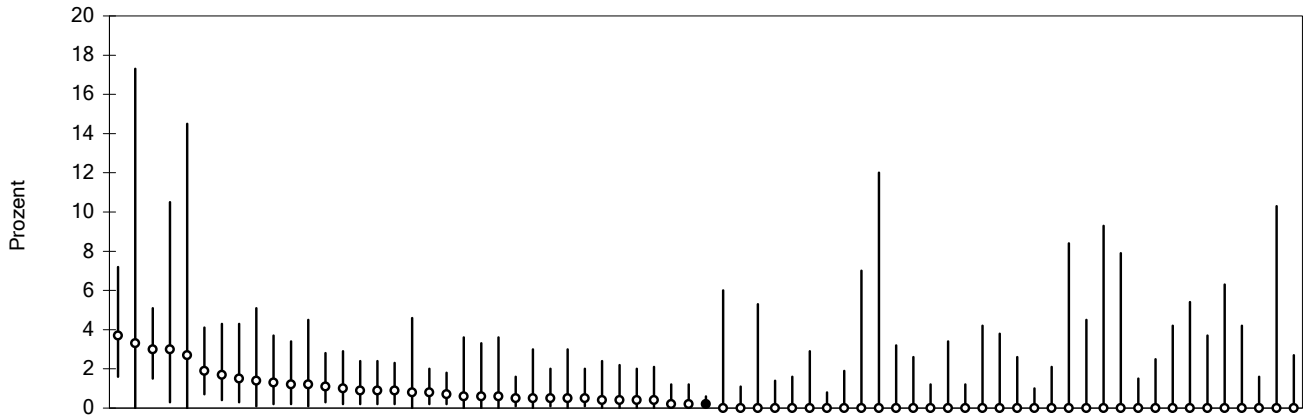
Organverletzungen stellen zwar mengenmäßig nicht den bedeutendsten Anteil der Komplikationen bei einer Hysterektomie, sie können aber insbesondere bei verzögerter Erkennung zu einer beträchtlichen postoperativen Morbidität beitragen. Da die Angaben in der Literatur sich häufig entweder auf die Gesamtkomplikationen, unterschiedliche laparoskopische Eingriffe oder Verletzungen einzelner Organe beziehen, ist eine konkrete Angabe zur Inzidenz aller Organverletzungen in Abhängigkeit vom Operationsweg schwer möglich. Auch werden zwar zum Teil unterschiedliche Organverletzungsraten für die einzelnen Zugangswege angegeben; die Debatte darüber, welches der beste Zugangsweg ist, ist in der Fachwelt aber noch nicht abgeschlossen. In diese Überlegung fließen neben patientenbezogenen Faktoren auch die Vorlieben des Operateurs (Shao & Wong 2001 E=III), die unterschiedlichen Komplikationsraten, die Verweildauern, die Erholungszeiten der Patientin und die Kosten ein. Auch finden sich kaum Angaben in der Literatur zu den konkreten Auswirkungen einer Organverletzung für die betroffene Patientin oder das Gesundheitssystem. Je nach Schwere der Verletzung sind aber eine Verlängerung der Operationszeit zur Korrektur/Reparatur, die Notwendigkeit eines weiteren Eingriffes bei verspäteter Erkennung und schlimmstenfalls eine Invalidisierung der betroffenen Patientin mit daraus resultierendem Leid und verstärktem Ressourcenverbrauch plausible Folgen. Die Vermeidung von Organverletzungen unabhängig vom operativen Zugang sollte somit grundsätzlich das Ziel jeder Klinik sein. Als Risikofaktoren für Organverletzungen werden von Petri das Vorliegen einer Endometriose, Entzündungen, Voroperationen, kongenitale Anomalien, stattgehabte Strahlentherapie, intraligamentäre und zervikale Myome, ein unerfahrener Operateur, mangelhafter Zugang, Beleuchtung und Darstellung angegeben (Petri 1999). Diese Zusammenstellung stellt jedoch keine systematische empirische Rangfolge dar, sie beruht eher auf der Analyse von Schadenfällen. Patientenunabhängig und damit durch die Klinik beeinflussbar sind nur der „unerfahrene Operateur“ (wobei hierzu keine Definition vorliegt), die allgemeine Sorgfalt und der mangelhafte Zugang sowie Beleuchtung und Darstellung. In der Literatur finden sich Hinweise auf einen Zusammenhang nur zwischen dem Auftreten von Organverletzungen und der Erfahrung des Operateurs. Des Weiteren konnten keine Methoden identifiziert werden, welche speziell die Vermeidung von Organverletzungen bei Hysterektomien ermöglichen. Eine daraus abgeleitete Forderung, Hysterektomien grundsätzlich nur noch von „erfahrenen Operateuren“ durchführen zu lassen, würde zunächst Studien voraussetzen, die den unerlässlichen Erfahrungsgrad quantifizieren. Als Nebeneffekt müssten Auswirkungen auf die Weiterbildung und die langfristige Sicherung der Anzahl erfahrener Operateure bedacht werden.

(siehe http://www.sgg.de/downloads/QIDB/2010/AQUA_15n1_Indikatoren_2010.pdf)

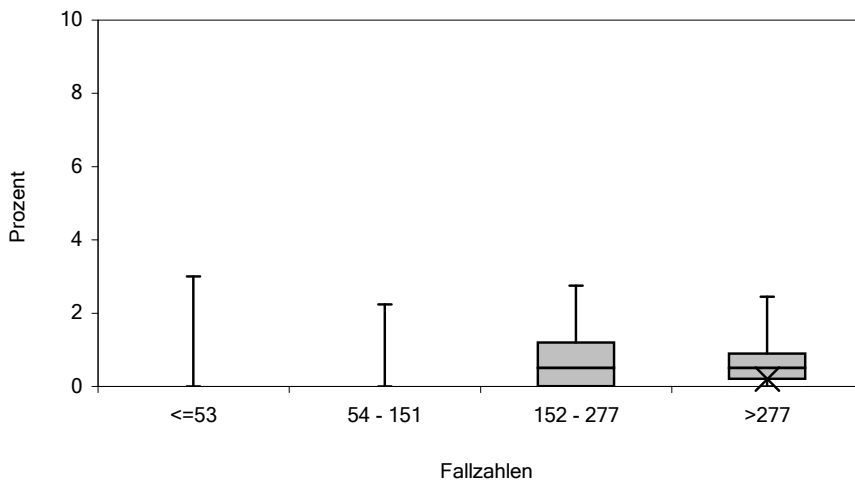
13. Postoperative Harnwegsinfektionen
nach Operationen mit postoperativer Verweildauer > 2 Tage

Kennzahl: 2010/15n1-GYN/HE1234

	Hessen gesamt		Sachsenhausen	
	N	%	N	%
Patientinnen mit gynäkologischen Eingriffen und postoperativer Verweildauer > 2 Tage	15 986		1 252	
- davon mit postoperativer Harnwegsinfektion	95	0,6	2	0,2
Vertrauensbereich (in %)	95 % CI		95% CI	
	0,5 ; 0,7		0 ; 0,6	



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	0,0	0,2	0,6	0,8	1,5	3,7



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=53	21
54 - 151	20
152 - 277	20
>277	21

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Dieser Qualitätsindikator wird auf Beschluss des hessischen Fachausschusses "Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie" weiter geführt, um die Entwicklung bei postoperativen Harnwegsinfekten beobachten zu können.