



Externe Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

# Operative Gynäkologie (Modul 15/1)

Jahresauswertung

2011

QUALITÄTSINDIKATOREN

HE108

**GQH**

©  
Geschäftsstelle  
Qualitätssicherung  
Hessen

**Krankenhaus Sachsenhausen**

Frankfurt

Frankfurter Straße 10-14  
65760 Eschborn

**Übersichtstabelle:**

**Sachsenhausen**

Kennzahl-ID/ Details auf Seite		Indikatoren zur Indikation und Prozessen		Referenzbereiche	Ergebnis 2011 Klinikwert [ 95 % CI ]	Ergebnis 2010 Klinikwert [ 95 % CI ]
<b>12874</b> <b>Seite 4</b>	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 5 % Ø in Hessen: 1,8 %		<b>0,5 %</b> [ 0 ; 3,1 ] 1 / 184 Fällen	<b>0,6 %</b> [ 0 ; 3,2 ] 1 / 175 Fällen	
<b>10211</b> <b>Seite 5</b>	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 20 % Ø in Hessen: 14,7 %		<b>14,3 %</b> [ 5,9 ; 27,4 ] 7 / 49 Fällen	<b>9,3 %</b> [ 3 ; 20,4 ] 5 / 54 Fällen	
<b>612</b> <b>Seite 6</b>	Organerhaltung bei Ovareingriffen - Patientinnen <=40 Jahre	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 74,2 % Ø in Hessen: 90,6 %		<b>98,3 %</b> [ 95,2 ; 99,7 ] 178 / 181 Fällen	<b>92,8 %</b> [ 87,5 ; 96,4 ] 142 / 153 Fällen	
<b>665</b> <b>Seite 7</b>	Konisation bei Ektopie oder Normalbefund	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 12,7 % Ø in Hessen: 2,9 %		<b>0 %</b> [ 0 ; 70,8 ] 0 / 3 Fällen	<b>0 %</b> [ 0 ; 46 ] 0 / 6 Fällen	
<b>666</b> <b>Seite 8</b>	Fehlende Postoperative Histologie nach Konisation	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 5 % Ø in Hessen: 0,3 %		<b>0 %</b> [ 0 ; 70,8 ] 0 / 3 Fällen	<b>0 %</b> [ 0 ; 46 ] 0 / 6 Fällen	
<b>235</b> <b>Seite 9</b>	Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90 % Ø in Hessen: 98,3 %		<b>99 %</b> [ 97,9 ; 99,6 ] 603 / 609 Fällen	<b>98,8 %</b> [ 97,5 ; 99,5 ] 562 / 569 Fällen	
<b>672</b> <b>Seite 10</b>	Hysterektomie bei Patientinnen ohne malignen Befund und einem Alter unter 35 Jahren	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 2,5 % Ø in Hessen: 2 %		<b>1 %</b> [ 0,4 ; 2,2 ] 6 / 581 Fällen	<b>1,3 %</b> [ 0,5 ; 2,7 ] 7 / 543 Fällen	
<b>HE1101</b> <b>Seite 11</b>	Organerhaltende OP bei Patientinnen unter 40 Jahren und Diagnose Uterus myomatosus	Ziel: >= 74,3 % Auffälligkeit: < 52,9 % Ø in Hessen: 66,4 %		<b>95,9 %</b> [ 92,1 ; 98,2 ] 188 / 196 Fällen	<b>91 %</b> [ 85,6 ; 94,9 ] 152 / 167 Fällen	
<b>Indikatoren zu Ergebnissen</b>						
<b>1054</b> <b>Seite 12</b>	Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 0 % Ø in Hessen: 0,1 %		<b>0,4 %</b> [ 0 ; 2,3 ] 1 / 247 Fällen	<b>0 %</b> [ 0 ; 1,7 ] 0 / 210 Fällen	
<b>HE1201</b> <b>Seite 13</b>	Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen - erweiterte Einschlusskriterien	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 2 % Ø in Hessen: 0,5 %		<b>0,6 %</b> [ 0,2 ; 1,3 ] 6 / 1019 Fällen	<b>0,6 %</b> [ 0,2 ; 1,4 ] 6 / 924 Fällen	
<b>553</b> <b>Seite 14</b>	Organverletzungen bei Hysterektomie	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 2,9 % Ø in Hessen: 1,5 %		<b>1,3 %</b> [ 0,6 ; 2,6 ] 8 / 609 Fällen	<b>1,1 %</b> [ 0,4 ; 2,3 ] 6 / 569 Fällen	
<b>557</b> <b>Seite 15</b>	Organverletzungen bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation mit Hysterektomie	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 2,9 % Ø in Hessen: 1,1 %		<b>0 %</b> [ 0 ; 2,4 ] 0 / 154 Fällen	<b>1,2 %</b> [ 0,1 ; 4,2 ] 2 / 173 Fällen	
<b>Sentinel Events</b>						
<b>1055</b> <b>Seite 16</b>	Organverletzungen bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation mit laparoskopischer Operation	Auffälligkeit: sentinel event in Hessen: 0 Fälle		0 Fälle	0 Fälle	
<b>HE1202</b> <b>Seite 17</b>	Organverletzungen bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation mit laparoskopischer Operation - erweiterte Einschlusskriterien	Auffälligkeit: sentinel event in Hessen: 12 Fälle		0 Fälle	2 Fälle	

**LESEANLEITUNG**

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

	Hessen gesamt		eigene Klinik	
	N	%	N	%
Datensätze gesamt	2 899	0,0	184	0,0

**Erläuterungen zu den Tabellenspalten der Übersichtstabelle:**

**Indikatoren zu Prozessen/Ergebnissen**

Kennzahl-ID, Seite mit ausführlichen Informationen zum Indikator, QI-Bezeichnung

**Referenzbereiche**

Fest definierte oder errechnete Referenzbereiche des jeweiligen Indikators.

Zielbereich: anzustrebender Bereich (zum Teil direkt an den Auffälligkeitsbereich angrenzend)

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 Referenzbereichen:**

Die Referenzbereiche können entweder fest definiert oder aus dem Gesamtdatenbestand errechnet werden. Wurde der Referenzbereich anhand eines Absolutwertes 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 %"). Die Hessenrate (falls verwendet) entspricht dem Prozentwert von "Hessen gesamt".

Qualitätsindikator Kennzahl	Kurzbezeichnung	Grenze Zielbereich	Grenze Auffälligkeitsbereich	Abbildung auf:
12874	fehlende Histologie bei Ovaryingriff	nicht definiert	fixer Wert	Seite 4
10211	Ovarentfernung ohne pathol Befund	nicht definiert	fixer Wert	Seite 5
612	Organerhaltung bei Ovaryingriffen	nicht definiert	5%-Perzentile Hessen	Seite 6
665	Konisation bei Ekt. oder Normalbefund	nicht definiert	95%-Perzentile Hessen	Seite 7
666	Konisation mit fehlende Histo	nicht definiert	fixer Wert	Seite 8
235	AB-Prophyl. bei Hysterektomie	nicht definiert	fixer Wert	Seite 9
672	Hysterekt. bei Pat. unter 35Jahren	nicht definiert	fixer Wert	Seite 10
HE1101	Organerh. OP bei Utersumyom	75%-Perzentile Hessen	5%-Perzentile Hessen	Seite 11
1054	Organverletzung bei lap. OP	nicht definiert	90%-Perzentile Hessen	Seite 12
HE1201	Organverletzung bei lap. OP -erw.	nicht definiert	90%-Perzentile Hessen	Seite 13
553	Organverl. bei Hysterekt.	nicht definiert	90%-Perzentile Hessen	Seite 14
557	Organverl. bei Hysterekt.	nicht definiert	90%-Perzentile Hessen	Seite 15
1055	Organverl. bei lap OP - Risikoarm	Sentinel Event	sentinel event	Seite 16
HE1202	Organverl. bei lap OP - Risikoarm -erw.	Sentinel Event	sentinel event	Seite 17

**Erläuterungen zu den Kennzahlen mit "Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)":**

Ergebnisindikatoren bedürfen häufig einer Risikoadjustierung, um einen fairen Vergleich der Werte zwischen den Krankenhäusern zu gewährleisten. Hierzu werden unterschiedliche Methoden (z.B. Stratifizierung, Standardisierung, Adjustierung) angewandt. Bei einer Risikoadjustierung mit logistischer Regression sollen patientenseitige Faktoren, die einen Einfluss auf das Ergebnis haben und mutmaßlich nicht von den Krankenhäusern beeinflusst werden können, herausgerechnet werden. Dies wird dadurch beschränkt, dass nur diese Faktoren, die auch erfasst werden, miteinbezogen werden können. Der Einfluss eines jeden Faktors wird mit einem entsprechenden Parameter quantifiziert. Dies geschieht auf Bundesebene (AQUA) anhand der Daten aller bundesweit erfassten Patienten. Mit den vorliegenden Parametern kann nun für jeden einzelnen Fall das Risiko errechnet werden, zu welchem ein definiertes Ereignis (z.B. Tod) eintritt.

Mit dem O/E wird damit folgendes ausgedrückt: Verhältnis der beobachteten (=Observed) Rate zu der nach entsprechender Risikoadjustierung zu erwartenden (=Expected) Rate. Liegt die Zahl unter Null, so ist das Ergebnis besser als anhand des Patienteneinflusses zu erwarten war, liegt die Zahl dagegen über 1 so hätte man unter Berücksichtigung des Patienteneinflusses ein besseres Ergebnis erwartet.

Die risikoadjustierte Rate beschreibt die Rate, die erreicht worden wäre, wenn das Krankenhaus bezüglich aller berücksichtigten Risikofaktoren denselben Patientemix gehabt hätte, der landesweit beobachtet werden konnte. Sie berechnet sich aus der Multiplikation der hessenweit beobachteten Gesamtrate mit dem Verhältnis aus beobachteter zu erwarteter Rate der Klinik.

**Erläuterungen zu der farblichen Bewertung der Klinikergebnisse auf Übersichtstabelle:**

- 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
- sentinel event; Einzelfallanalyse empfohlen

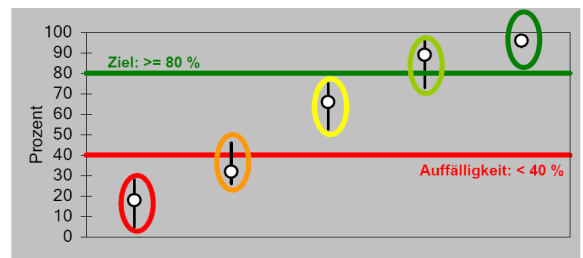


Abb. 1

**Erläuterungen zu den grafischen Darstellungen der folgenden Seiten:**

**League-Table (s. auch Abb. 1):**

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. 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. 2):**

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.

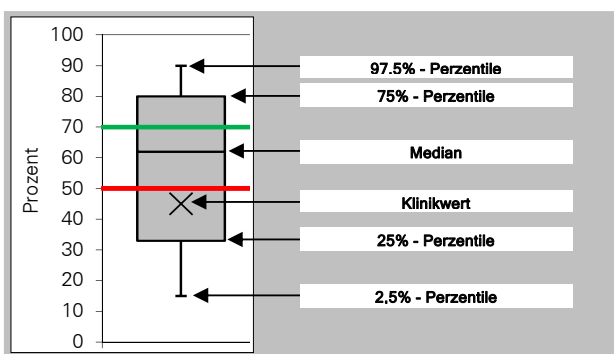


Abb. 2

**Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung**

Kennzahl: 15/1 - 12874

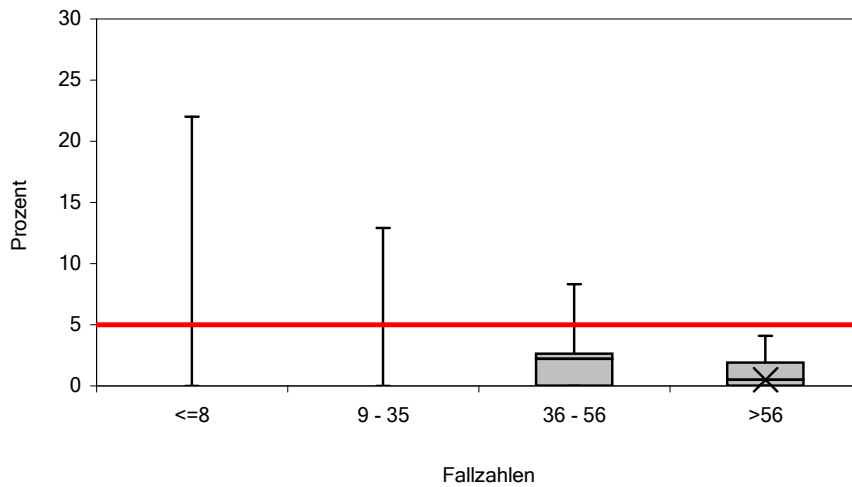
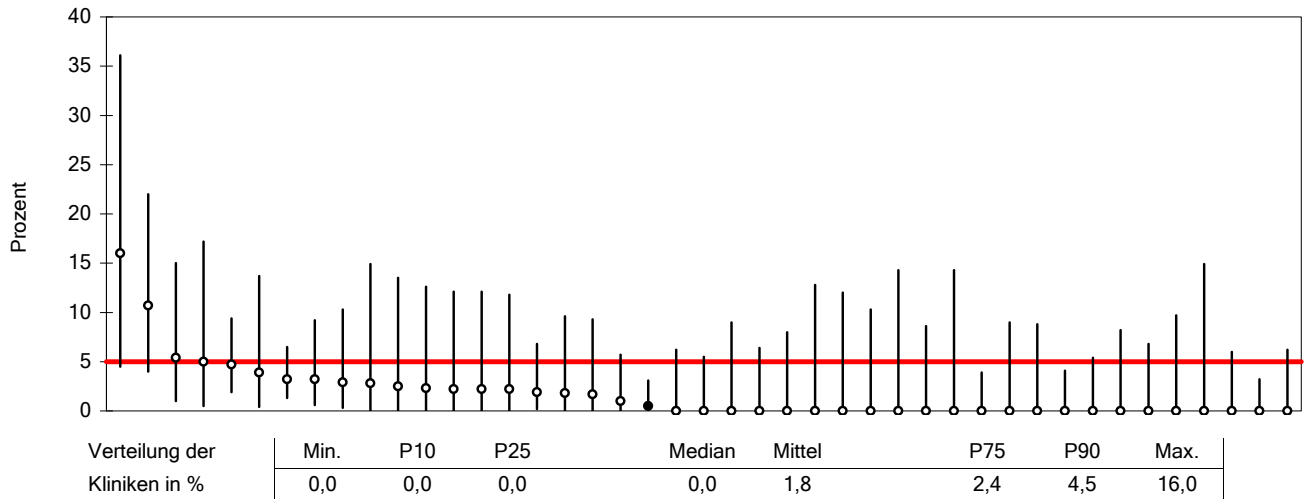
Patientinnen mit isoliertem Ovareingriff (ohne Adnexektomie bei Mamma-Ca)

- davon mit fehlender postoperativer Histologie

Hessen gesamt		Sachsenhausen	
N	%	N	%
2 899		184	
53	1,8	1	0,5

Vertrauensbereich (in %)

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



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=8	19
9 - 35	17
36 - 56	19
>56	17

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

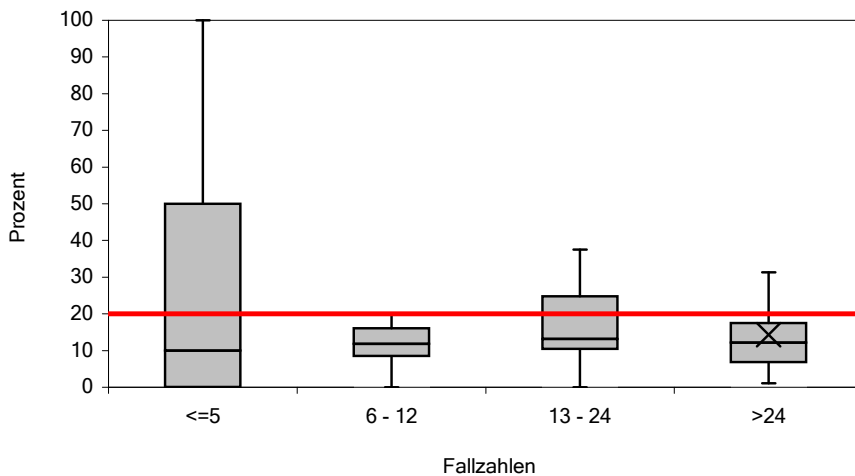
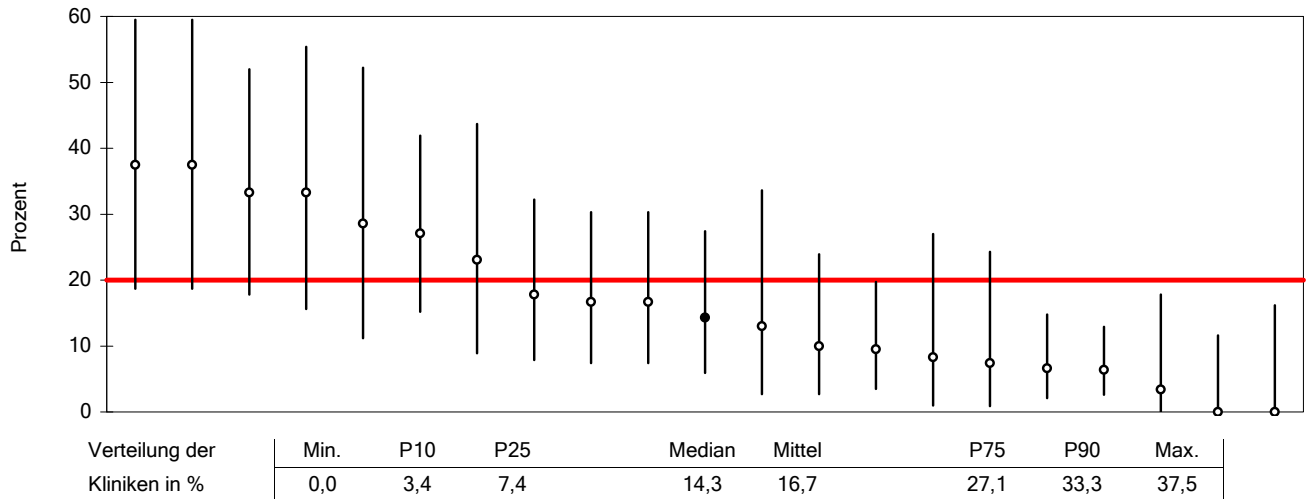
Die routinemäßige Erhebung eines histologischen Befundes erlaubt zum einen eine Überprüfung der Qualität der klinischen und apparativen Diagnostik. Zum anderen ist nur durch eine histologische Untersuchung die Diagnose oder der Ausschluss einer malignen Grunderkrankung möglich. Die präoperative Abgrenzung zu echten benignen und malignen Neoplasien bereitet gelegentlich Schwierigkeiten. Ein Tumormarker mit hoher Spezifität und Sensitivität für die präoperative Diagnostik eines Ovarialkarzinoms steht derzeit nicht zur Verfügung (DGGG et al. 2008, Leitlinie Nr. 015/003).

Weitere Informationen und Literaturangaben siehe [www.sqg.de](http://www.sqg.de)

**Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund**

Kennzahl: 15/1 - 10211

	Hessen gesamt		Sachsenhausen	
	N	%	N	%
Patientinnen mit isoliertem ablativen Ovareingriff (ohne Adnexektomie bei Mamma-Ca)	1 194		49	
- davon mit Follikel- bzw. Corpus luteum-Zyste oder Normalbefund als führendem histologischen Befund	175	14,7	7	14,3
Vertrauensbereich (in %)	95 % CI 12,7 ; 16,8		95% CI 5,9 ; 27,4	



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=5	18
6 - 12	18
13 - 24	16
>24	14

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).

Weitere Informationen und Literaturangaben siehe [www.sqg.de](http://www.sqg.de)

**Organerhaltung bei Ovarieingriffen  
- Patientinnen <=40 Jahre**

Kennzahl: 15/1 - 612

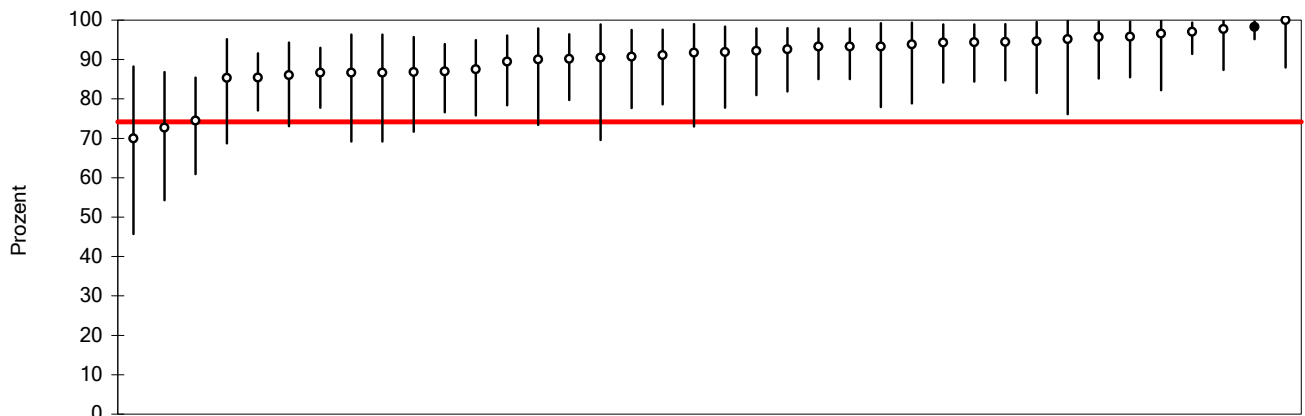
Patientinnen mit Ovarieingriffen und führendem benignen histologischen Befund (10 - 16, 18 lt. Schlüssel 3) und einer gültigen Altersangabe ≤ 40 Jahre

- davon mit organerhaltender Operation

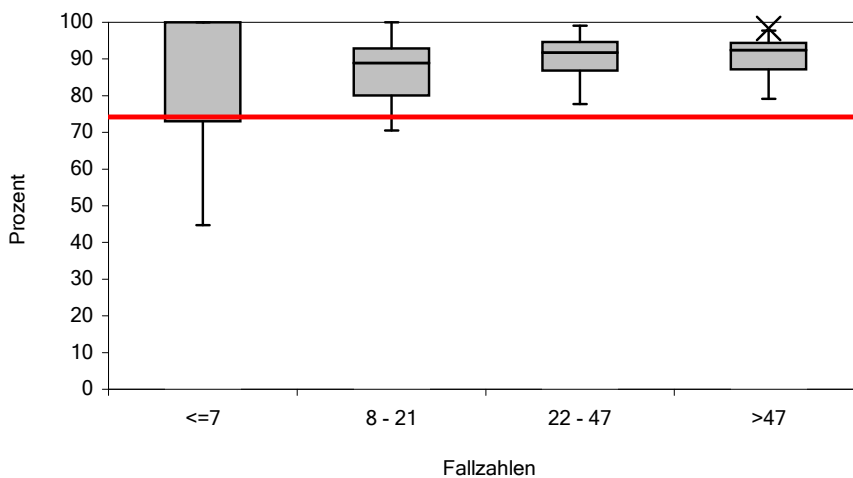
Hessen gesamt		Sachsenhausen	
N	%	N	%
2 180		181	
1 974	90,6	178	98,3

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
89,2 ; 91,7	95,2 ; 99,7



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	70,0	85,4	86,9	91,8	90,4	94,5	96,7	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=7	20
8 - 21	17
22 - 47	17
>47	18

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 dürftiger 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.

Weitere Informationen und Literaturangaben siehe [www.sqg.de](http://www.sqg.de)

**Konisation bei Ektopie oder Normalbefund**

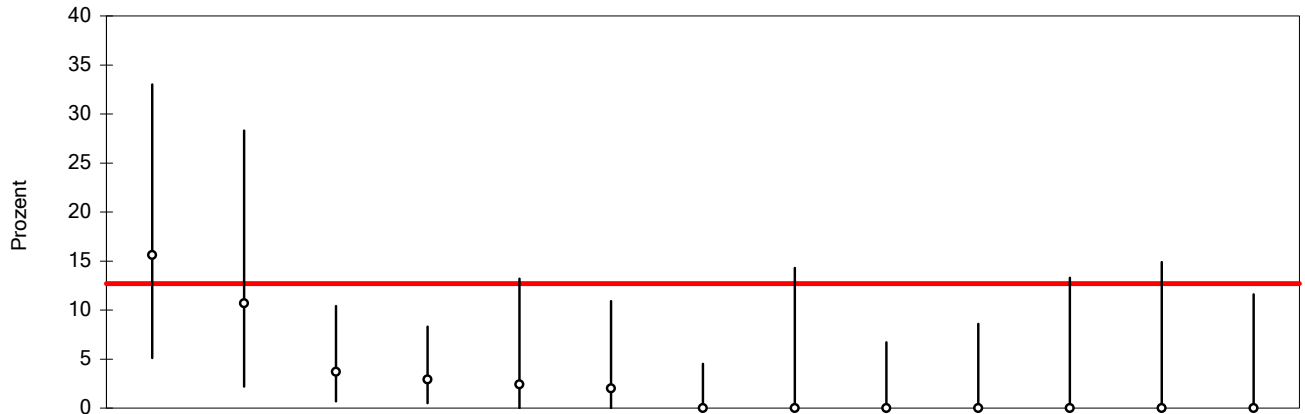
Kennzahl: 15/1 - 665

Patientinnen mit Konisation und vorhandener Histologie

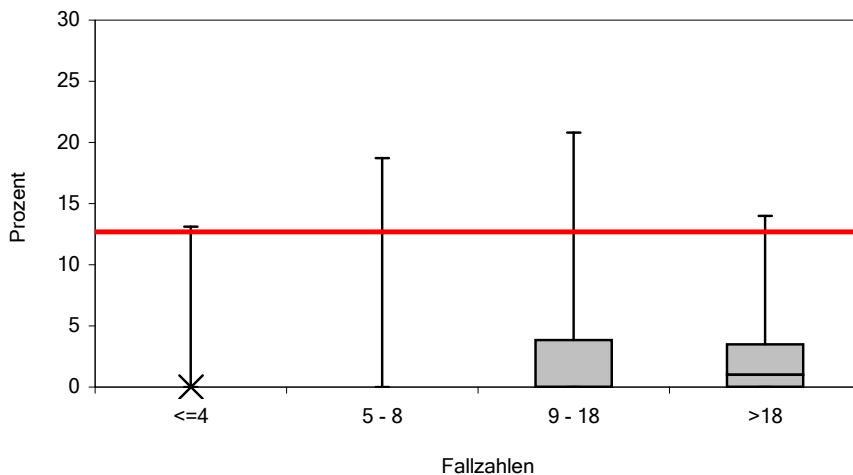
- davon mit führender Histologie "Ektopie" oder mit histologischem Normalbefund

Hessen gesamt		Sachsenhausen	
N	%	N	%
945		3	
27	2,9	0	0,0
95 % CI		95% CI	
1,9 ; 4,1		0 ; 70,8	

Vertrauensbereich (in %)



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	2,9	9,3	15,6



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=4	20
5 - 8	10
9 - 18	15
>18	14

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.

Weitere Informationen und Literaturangaben siehe [www.sqg.de](http://www.sqg.de)



**Fehlende Postoperative Histologie nach Konisation**

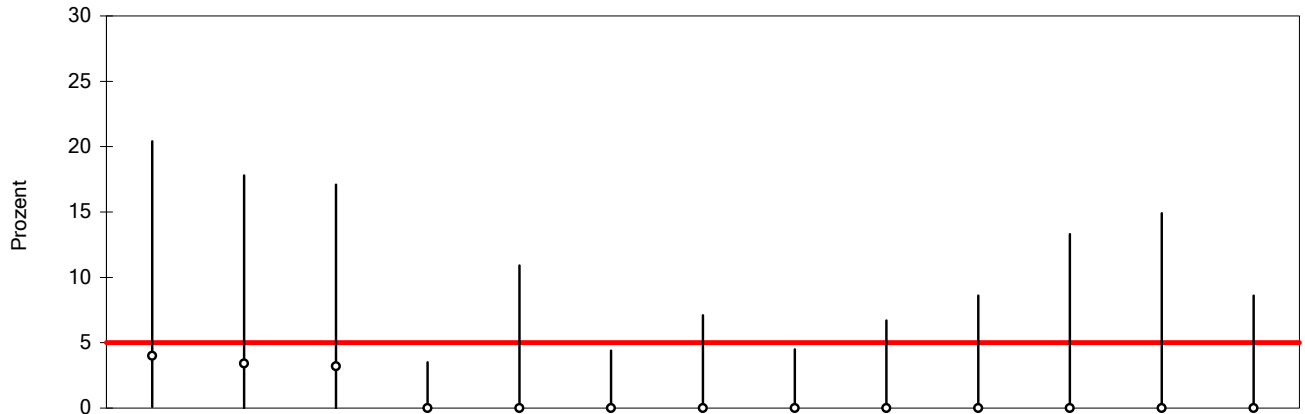
Kennzahl: 15/1 - 666

Patientinnen mit Konisation

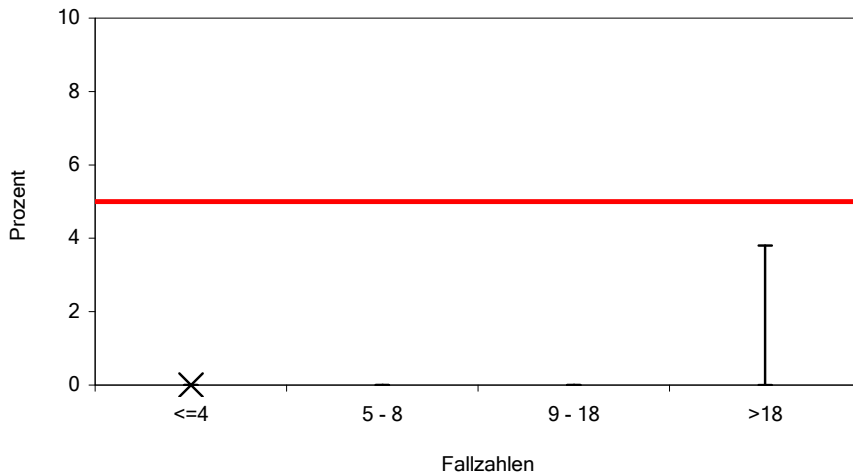
- davon ohne postoperative Histologie

Hessen gesamt		Sachsenhausen	
N	%	N	%
948		3	
3	0,3	0	0,0
95 % CI		95% CI	
0,1 ; 0,9		0 ; 70,8	

Vertrauensbereich (in %)



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	3,4	4,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=4	20
5 - 8	10
9 - 18	15
>18	14

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, biopsisch 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.

Weitere Informationen und Literaturangaben siehe [www.sgg.de](http://www.sgg.de)

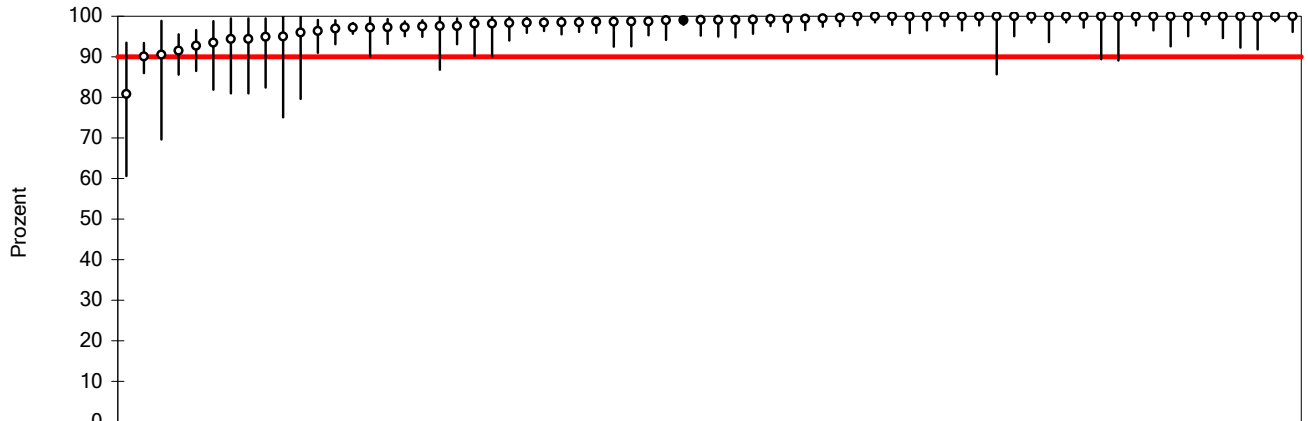
**Antibiotikaprohylaxe bei Hysterektomie**

Kennzahl: 15/1 - 235

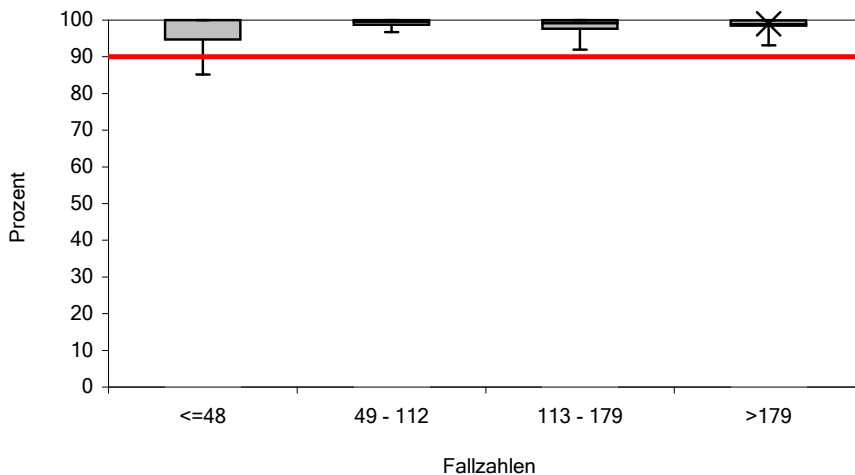
Patientinnen mit Hysterektomie  
- davon mit Antibiotikaprohylaxe

Hessen gesamt		Sachsenhausen	
N	%	N	%
9 959		609	
9 794	98,3	603	99,0
95 % CI		95% CI	
98,1 ; 98,6		97,9 ; 99,6	

Vertrauensbereich (in %)



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	80,8	94,4	97,5	99,1	98,0	100,0	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=48	19
49 - 112	18
113 - 179	17
>179	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 abdominaler Hysterektomie durch Antibiotikaprohylaxe signifikant um etwa 12% reduziert werden können (Evidenzgrad Ia, AHCPR). Auch bei vaginalem Operationszugang hat sich eine Antibiotikaprohylaxe 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 Antibiotikaprohylaxe 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 Antibiotikaprohylaxe 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).

Weitere Informationen und Literaturangaben siehe [www.sqg.de](http://www.sqg.de)

**Hysterektomie bei Patientinnen ohne malignen Befund und einem Alter unter 35 Jahren**

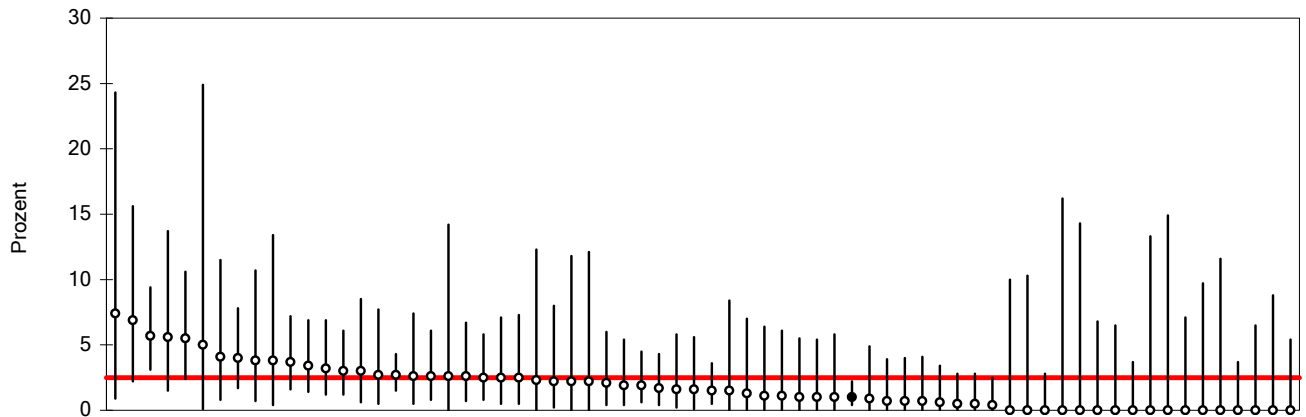
Kennzahl: 15/1 - 672

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

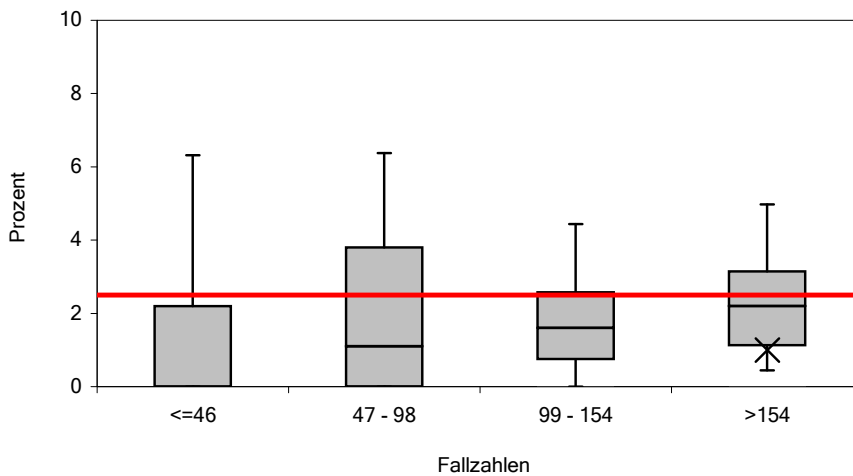
Hessen gesamt		Sachsenhausen	
N	%	N	%
8 606		581	
174	2,0	6	1,0

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
1,7 ; 2,3	0,4 ; 2,2



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	0,3	1,6	1,9	2,6	4,0	7,4



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=46	19
47 - 98	17
99 - 154	18
>154	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 (Kjerulff 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.

Weitere Informationen und Literaturangaben siehe [www.sqg.de](http://www.sqg.de)

**Organerhaltende OP bei Patientinnen unter 40 Jahren und Diagnose Uterus myomatosus**

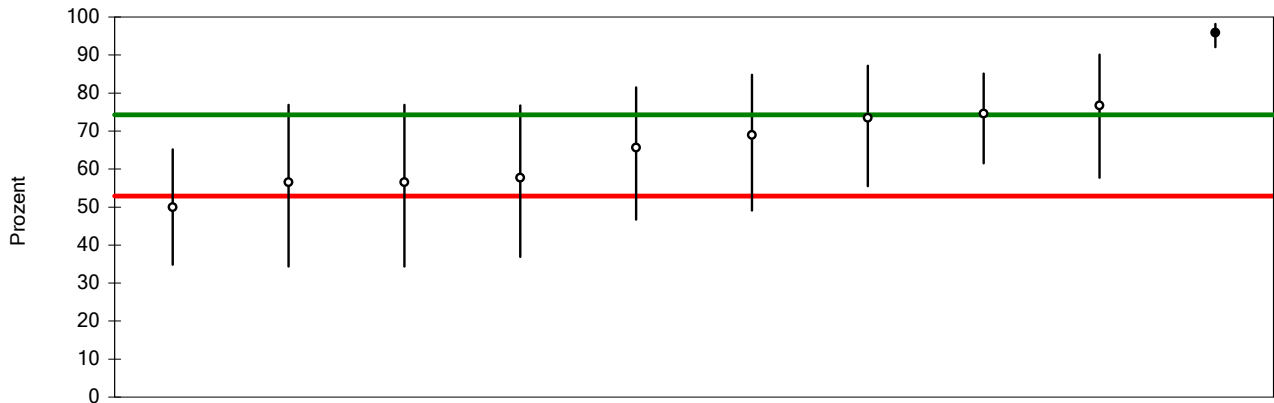
Kennzahl: 15/1 - HE1101

Alle Patientinnen unter 40 Jahren mit Uterus myomatosus (außer reine Diagnostik und Patientinnen mit bösartigen Neubildungen, in-situ Neubildungen, Neubildungen unsicheren Charakters, entzündlichen Erkrankungen, Prolaps, Inkontinenz oder Endometriose)  
 - davon Patientinnen mit organerhaltendem Vorgehen

Hessen gesamt		Sachsenhausen	
N	%	N	%
861		196	
572	66,4	188	95,9

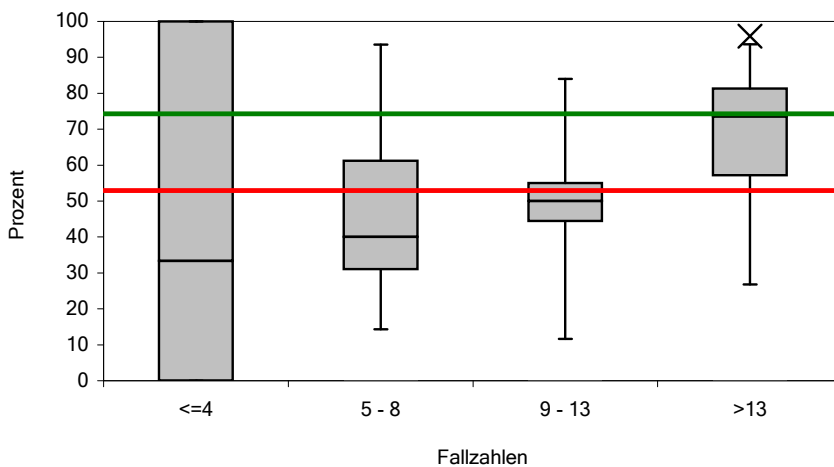
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
63,2 ; 69,6	92,1 ; 98,2



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
50,0	55,9	56,8	67,3	67,6	74,3	78,6	95,9



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=4	17
5 - 8	19
9 - 13	11
>13	15

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

In Deutschland kommt immer wieder die Diskussion auf, ob zu viele Hysterektomien ohne wirklich nötige Indikation durchgeführt werden. Gerade auch das zunehmende Durchschnittsalter bei Geburt spricht zumindest für ein differenziertes Vorgehen bei Gebärmuttermyomen. In Hessen werden seit längerem neben dem bundesweit verpflichtenden Datensatz zusätzlich alle Eingriffe bei Uterus myomatosus miterfasst. So kann bei einem operativen Eingriff mit dieser Diagnose dargestellt werden wie häufig organerhaltend operiert wird.

**Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen**

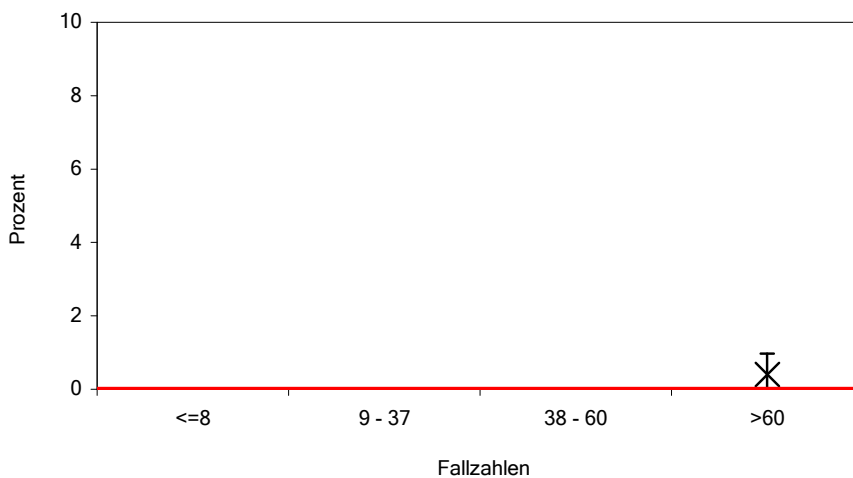
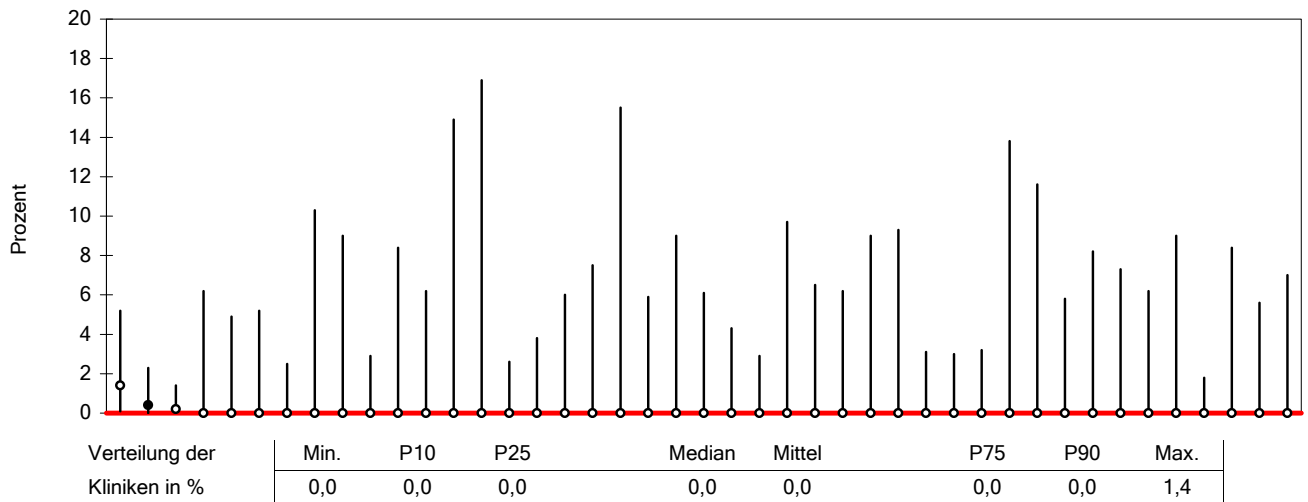
Kennzahl: 15/1 - 1054

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

Hessen gesamt		Sachsenhausen	
N	%	N	%
3 672		247	
4	0,1	1	0,4

Vertrauensbereich (in %)

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



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

Weitere Informationen und Literaturangaben siehe [www.sqg.de](http://www.sqg.de)

**Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen  
- erweiterte Einschlusskriterien**

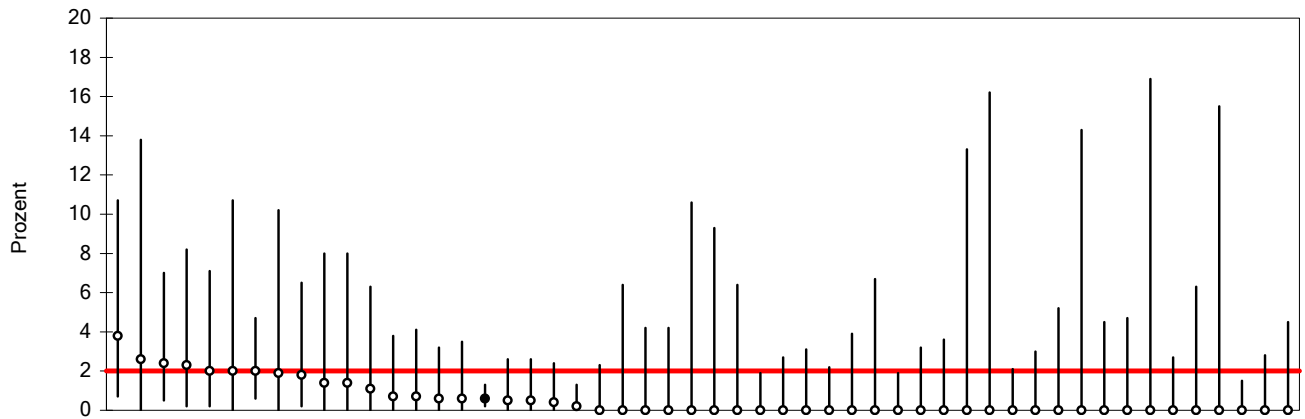
Kennzahl: 15/1 - HE1201

Patientinnen mit laparoskopischem OP-Zugang oder mit  
laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang (Umsteiger)  
- davon mit mindestens einer Organverletzung

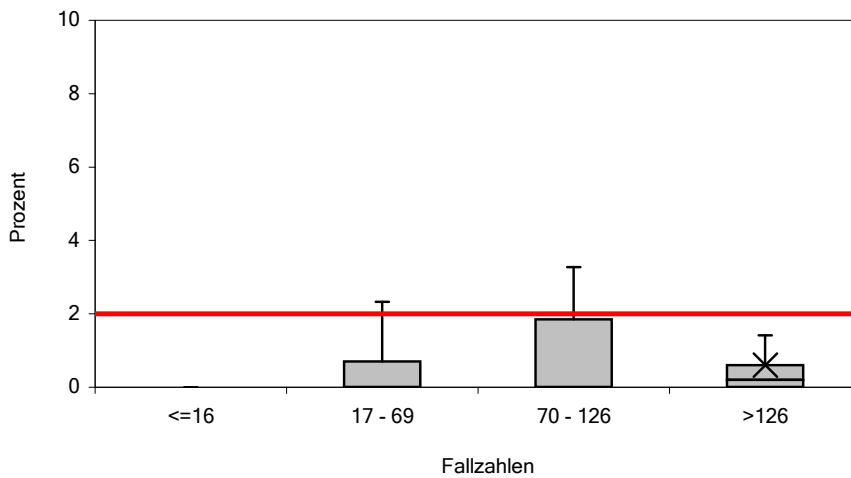
Hessen gesamt		Sachsenhausen	
N	%	N	%
6 986		1 019	
37	0,5	6	0,6

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
0,4 ; 0,7	0,2 ; 1,3



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



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=16	21
17 - 69	19
70 - 126	16
>126	19

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

siehe Seite 12 - Die Erweiterung der Einschlusskriterien bedeutet, dass zum einen auch Diagnostische Massnahmen (OPS 1-), Bildgebende Diagnostik (OPS 3-), Medikamente (OPS 6-), Nichtoperative Therapeutische Massnahmen (OPS 8-) und Ergänzende Massnahmen (OPS 9-) zum Anderen auch begleitende laparoskopische Eingriffe (z.B. Bridenlösung oder Adhäsioolyse OPS 5-469) zusätzlich erlaubt sind.

**Organverletzungen bei Hysterektomie**

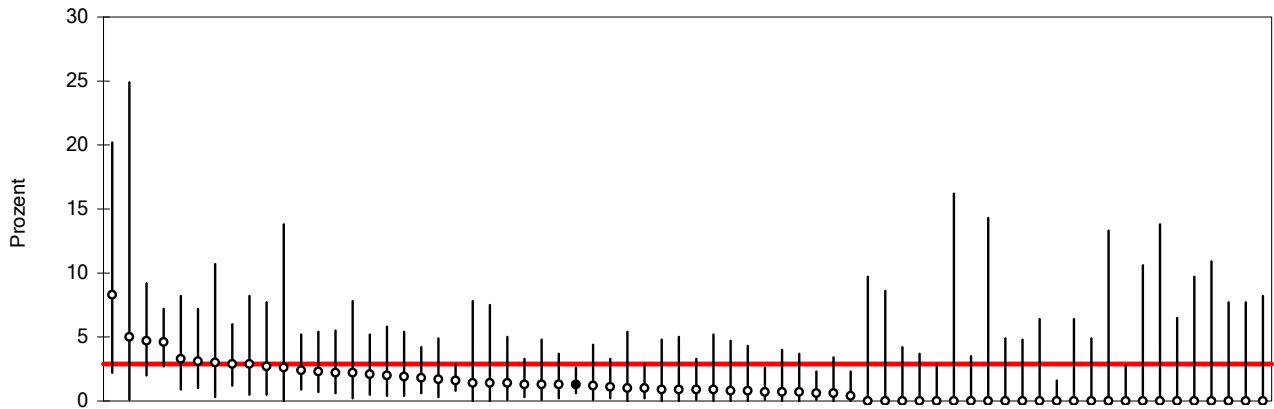
Kennzahl: 15/1 - 553

Alle Patientinnen mit Hysterektomie (OPS: 5-682\*, 5-683\*, 5-684\*, 5-685\*, 5-686\* [die Angabe zusätzlicher OPS-Kodes ist erlaubt])  
 - davon mit mindestens einer Organverletzung

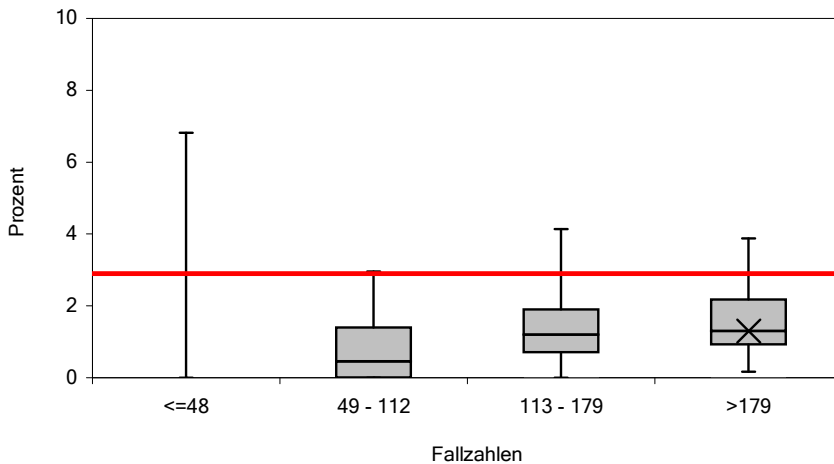
Hessen gesamt		Sachsenhausen	
N	%	N	%
9 959		609	
146	1,5	8	1,3

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
1,2 ; 1,7	0,6 ; 2,6



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	0,0	0,9	1,3	1,9	2,9	8,3



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=48	19
49 - 112	18
113 - 179	17
>179	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, stattehabte 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.

**Organverletzungen bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation mit Hysterektomie**

Kennzahl: 15/1 - 557

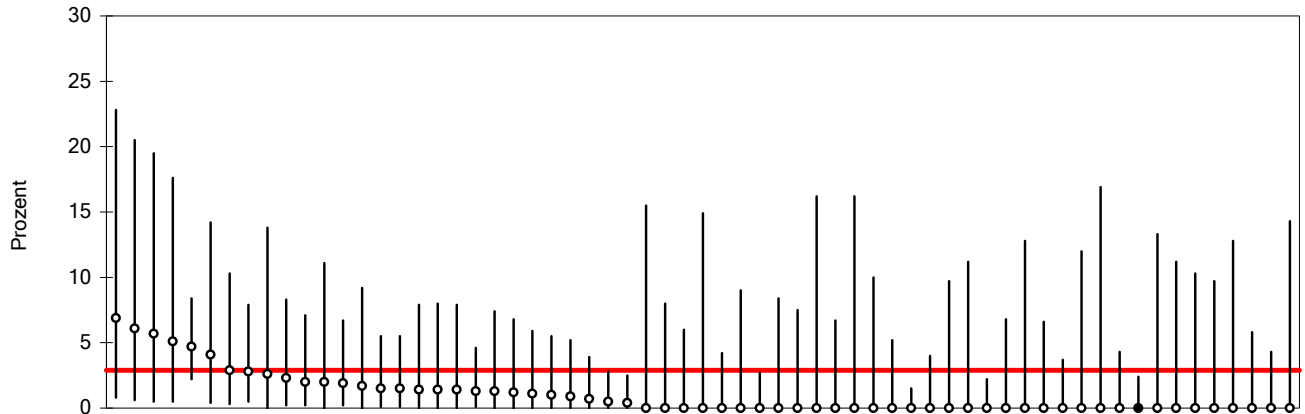
Patientinnen mit Hysterektomie ohne Entlassungsdiagnose Karzinom und ohne Entlassungsdiagnose Endometriose und ohne Voroperation im gleichen OP-Gebiet

- davon mit mindestens einer Organverletzung

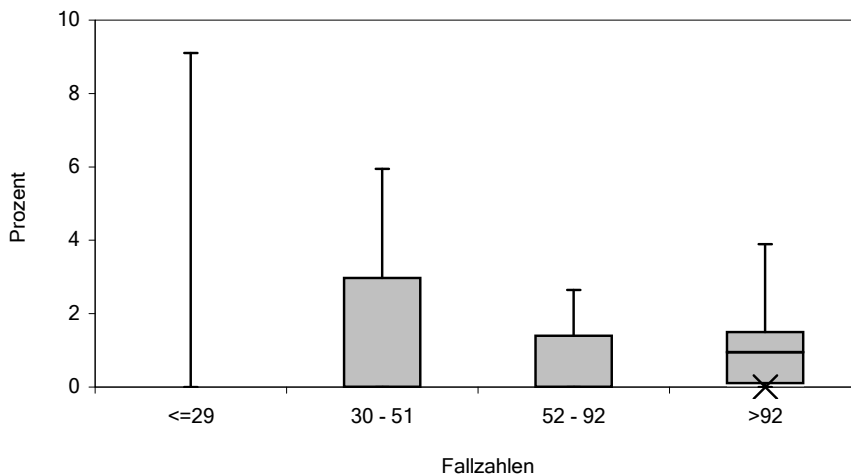
Hessen gesamt		Sachsenhausen	
N	%	N	%
4 864		154	
52	1,1	0	0,0

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
0,8 ; 1,4	0 ; 2,4



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	1,5	2,9	6,9



Fallzahlkategorien	Anzahl Kliniken
<=29	20
30 - 51	16
52 - 92	18
>92	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.

Weitere Informationen und Literaturangaben siehe [www.sqg.de](http://www.sqg.de)



**Organverletzungen bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation mit laparoskopischer Operation**

Kennzahl: 15/1 - 1055

	Hessen gesamt		Sachsenhausen	
	N	%	N	%
Patientinnen mit aussch. laparoskopischem Eingriff oder Umsteiger ohne Entlassungsdiagnose Karzinom bzw. Endometriose und ohne Voroperation im gleichen OP-Gebiet	2 187		90	
- davon mit mindestens einer Organverletzung	0	0,0	0	0,0

Vorgangsnummer(n)

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

siehe Seite 12 - Berechnung hier für ein "risikoarmes" Kollektiv

## Organverletzungen bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation mit laparoskopischer Operation - erweiterte Einschlusskriterien

Kennzahl: 15/1 - HE1202

	Hessen gesamt		Sachsenhausen	
	N	%	N	%
Patientinnen mit laparoskopischem Eingriff oder Umsteiger ohne Entlassungsdiagnose Karzinom bzw. Endometriose und ohne Voroperation im gleichen OP-Gebiet	3 616		278	
- davon mit mindestens einer Organverletzung	12	0,3	0	0,0

Vorgangsnummer(n)

### Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

siehe Seite 12 - Berechnung hier für ein "risikoarmes" Kollektiv bei erweiterten Einschlusskriterien (s.a. Seite 13)