

## Cholezystektomie

<b>Einleitung Leistungsbereich</b>	
<b>ID Leistungsbereich</b>	12n1
<b>Leistungsbereich</b>	Cholezystektomie
<b>Auffälligkeitskriterien</b>	-
<b>Bemerkungen</b>	Die Fachgruppe ist sich bei der Festlegung von Referenzbereichen für einzelne Qualitätsindikatoren bewusst, dass bei diesen Qualitätsindikatoren möglicherweise viele Krankenhäuser auffällig werden. Die Landesgeschäftsstellen können hier jedoch individuelle und praktikable Lösungen für die Einleitung des Strukturierten Dialoges entwickeln.

**Indikation**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
<b>ID Indikator</b>	1
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Indikation
<b>Qualitätsziel</b>	Selten fragliche Indikation
<b>Indikatortyp</b>	Indikationsstellung
<b>Rationale</b>	<p>Gemäß der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten „Leitlinie zur Behandlung von Gallensteinen“ gibt es folgende definierte Indikationen für die operative Entfernung der Gallenblase (Neubrand et al. 2000):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die symptomatische Cholelithiasis,</li> <li>• die asymptomatische Cholelithiasis mit erhöhtem Risiko für eine bösartige Erkrankung und</li> <li>• die Cholezystitis.</li> </ul> <p>Das Gallensteinleiden mit Beschwerden (symptomatische Cholelithiasis) ist Indikation zur Operation. Man spricht von einer symptomatischen Cholezystolithiasis, wenn bei Patienten, bei denen Gallensteine nachgewiesen wurden, Beschwerden auftreten.</p> <p>Das Risiko, nach der erstmaligen Schmerzepisode weitere Komplikationen zu erleiden, wird auf 1,5% im Jahr geschätzt. Mögliche Komplikationen sind z.B. die Entwicklung von Gallengangsteinen, akute und chronische Entzündungen der Gallenblase oder die Perforation.</p> <p>Für die Empfehlung zur operativen Entfernung der Gallenblase bei der symptomatischen Cholelithiasis wird in der Leitlinie der DGVS zur Behandlung von Gallensteinen der Evidenzgrad III nach ÄzQ angegeben. Bei der Bewertung dieses Evidenzgrads ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Indikationsstellung zur Cholezystektomie bereits zu einer Zeit durchgeführt wurde, als evidenzbasierte Studien zur medizinischen Entscheidungsfindung noch nicht etabliert waren. Der augenscheinliche Nutzen dieses Verfahrens hat in der Folge dazu geführt, dass keine prospektiv-randomisierten Studien zu dieser Problematik erfolgt sind.</p> <p>Der Nachweis von Gallensteinen ohne Beschwerdesymptomatik (asymptomatische Cholelithiasis) stellt keine Indikation zur Operation dar. 60 - 80% der Patienten, bei denen Gallensteine als Nebenbefund nachgewiesen wurden, bleiben ohne Krankheitserscheinungen. Die Wahrscheinlichkeit, Beschwerden zu entwickeln, beträgt in den ersten 10 Jahren nach der Diagnose 2 - 4% pro Jahr. Damit ist die Wahrscheinlichkeit, ernste Komplikationen im weiteren Verlauf zu erleiden, geringer als das Risiko einer Gallenblasenentfernung.</p> <p>Auch das vermutlich leicht erhöhte Gallenblasenkarzinomrisiko bei Vorliegen von Gallensteinen rechtfertigt nicht den Eingriff. Gallenblasenkarzinome treten bei etwa 1% der älteren Personen</p>

	<p>mit Gallensteinen auf. Ein eindeutiger ursächlicher Zusammenhang konnte jedoch bisher nicht gezeigt werden.</p> <p>Der Nachweis einer Porzellangallenblase oder eines Gallenblasen-Polypen in Kombination mit Gallensteinen bedeutet ein erhöhtes Risiko einer bösartigen Entartung. Auch nach Anlage eines Ileumbypass oder nach ausgedehnter Dünndarmresektion besteht ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines Gallenblasenkarzinoms. In diesen Fällen ist trotz Beschwerdefreiheit des Patienten eine Operationsindikation gegeben.</p>
<p><b>Literaturverzeichnis</b></p>	<p>Neubrand M, Sackmann M, Caspary W, Feussner H, Schild H, Lauchart W, Schildberg FW, Reiser M, Classen M, Paumgartner G, Sauerbruch T. Leitlinien zur Behandlung von Gallensteinen. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS). AWMF-Leitlinienregister, Nr 021/008, Entwicklungsstufe 2. März 2000 <a href="http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/ll/index.htm">http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/ll/index.htm</a> (01.06.2004)</p>

## 48332

<b>Definition Kennzahl</b>	
<b>ID-Kennzahl</b>	48332
<b>Kennzahltyp</b>	Anteil
<b>Referenzbereich</b>	<= 5,8% (95%-Perzentile)
<b>Erläuterung zum Referenzbereich</b>	Bei diesem Indikator liegt eine hohe Variabilität der Ergebnisse vor. Es gibt Fälle, in denen eine Cholezystektomie auch bei fehlenden Symptomen gerechtfertigt ist. Die Anzahl dieser Fälle ist jedoch anhand der Literatur nicht exakt quantifizierbar.
<b>Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität</b>	-
<b>Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung</b>	-
<b>Rechenregel</b>	Grundgesamtheit: Alle Fallpauschalen-Fälle (12.01, 12.02, 12.03, 12.04)  Zähler: Patienten mit uncharakteristischen Schmerzen im rechten Oberbauch, ohne Cholestase, und ohne sicheren Gallensteinnachweis und ohne akute Entzündungszeichen
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-

**Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
<b>ID Indikator</b>	2
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase
<b>Qualitätsziel</b>	Bei extrahepatischer Cholestase immer präoperative Abklärung der extrahepatischen Gallenwege
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Rationale</b>	<p>Ursache einer Cholestase ist der Verschluss der großen Gallenwege durch Gallengangsteine (Choledocholithiasis), durch Zysten oder Parasiten, durch Gallenwegsstrikturen oder einen Tumor. Da sich die therapeutischen Konsequenzen erheblich unterscheiden, ist eine differenzierte präoperative Diagnostik erforderlich.</p> <p>Besteht der Verdacht auf das Vorliegen von Gallengangssteinen (Choledocholithiasis) sollte eine ERCP durchgeführt werden (Evidenzgrad III, Empfehlungsgrad C nach ÄzQ, Neubrand et al. 2000), da diese auch therapeutische Optionen bietet.</p> <p>Bei Patienten mit gleichzeitig vorliegenden Gallenblasen- und Gallengangsteinen ist das therapeutische Splitting (endoskopische Gallengangsteinbehandlung und laparoskopische Cholezystektomie) heute in Deutschland Standard (Evidenzgrad III, Empfehlungsgrad B nach ÄzQ, Neubrand et al. 2000).</p>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<p>Neubrand M, Sackmann M, Caspary W, Feussner H, Schild H, Lauchart W, Schildberg FW, Reiser M, Classen M, Paumgartner G, Sauerbruch T. Leitlinien zur Behandlung von Gallensteinen. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS). AWMF-Leitlinienregister, Nr 021/008, Entwicklungsstufe 2. März 2000 <a href="http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/ll/index.htm">http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/ll/index.htm</a> (01.06.2004)</p>

## 44783

<b>Definition Kennzahl</b>	
<b>ID-Kennzahl</b>	44783
<b>Kennzahltyp</b>	Anteil
<b>Referenzbereich</b>	= 100 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich</b>	Die Abklärung sollte in 100% der Fälle erfolgen, da nur auf diese Weise eine maligne Grunderkrankung als Ursache der extrahepatischen Cholestase diagnostiziert oder ausgeschlossen werden kann.
<b>Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität</b>	-
<b>Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung</b>	-
<b>Rechenregel</b>	Grundgesamtheit: Alle Patienten mit extrahepatischer Cholestase  Zähler: Patienten mit erfolgter präoperativer Abklärung der Gallenwege bei extrahepatischer Cholestase
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-

**Präoperative Verweildauer**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
<b>ID Indikator</b>	3
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Präoperative Verweildauer
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst kurze präoperative Verweildauer im Krankenhaus bei Patienten der Risikoklasse ASA 1 oder 2 in Abhängigkeit von der Dringlichkeit des Eingriffs
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Rationale</b>	<p>Die akute Entzündung der Gallenblase (Cholezystitis) ist eine Indikation zur Frühoperation. Die akute Entzündung der Gallenblase ist die häufigste Komplikation des Gallensteinleidens. In ca. 90% der Fälle entsteht die Entzündung auf Grund einer steinbedingten mechanischen Abflussbehinderung aus der Gallenblase. Durch den Verschluss kommt es zum Rückstau von Galleflüssigkeit in die Gallenblase, häufig gefolgt von einer sekundären Keimbesiedlung. Neben der Operation ist bei akuter Cholezystitis in Ausnahmefällen eine konservative Therapie denkbar, unter ihr kommt es aber in 30 - 50% der Fälle zum Wiederauftreten von Entzündungen und bei 2% der Patienten zur Gallenblasenperforation. Wird der operative Eingriff erst nach einem konservativem Therapieversuch durchgeführt, wird eine höhere Letalität beobachtet als nach sofortiger Operation.</p> <p>Die Evidenz für diese Empfehlungen wird in der Leitlinie der DGVS zur Behandlung von Gallensteinen mit Grad I-II nach ÄzQ angegeben (Neubrand et al. 2000).</p>
<b>Literaturverzeichnis</b>	Neubrand M, Sackmann M, Caspary W, Feussner H, Schild H, Lauchart W, Schildberg FW, Reiser M, Classen M, Paumgartner G, Sauerbruch T. Leitlinien zur Behandlung von Gallensteinen. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS). AWMF-Leitlinienregister, Nr 021/008, Entwicklungsstufe 2. März 2000 <a href="http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/ll/index.htm">http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/ll/index.htm</a> (01.06.2004)

## 44790

<b>Definition Kennzahl</b>	
<b>ID-Kennzahl</b>	44790
<b>Kennzahltyp</b>	Anzahl
<b>Referenzbereich</b>	Kein Referenzbereich
<b>Erläuterung zum Referenzbereich</b>	<p>Die Fachgruppe hält es nicht für sinnvoll, für diesen Indikator isoliert einen Auffälligkeitsbereich festzulegen.</p> <p>Dieser Qualitätsindikator ist durch den Chirurgen nur bedingt beeinflussbar (Bsp: „verspätete“ konsiliarische Vorstellung durch andere Fachdisziplinen).</p> <p>Die Einleitung eines Strukturierten Dialoges kann jedoch angezeigt sein, wenn ein Krankenhaus zusätzlich bei anderen Qualitätsindikatoren auffällig ist.</p>
<b>Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität</b>	-
<b>Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung</b>	-
<b>Rechenregel</b>	<p>Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Risikoklasse ASA 1 oder 2 und elektiven Operationen (FP 12.03, 12.04) und gültigen Angaben der präoperativen Verweildauer</p> <p>Zähler: Präoperative Verweildauer (Median)</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-

## 44791

<b>Definition Kennzahl</b>	
<b>ID-Kennzahl</b>	44791
<b>Kennzahltyp</b>	Anzahl
<b>Referenzbereich</b>	Kein Referenzbereich
<b>Erläuterung zum Referenzbereich</b>	<p>Die Fachgruppe hält es nicht für sinnvoll, für diesen Indikator isoliert einen Auffälligkeitsbereich festzulegen.</p> <p>Dieser Qualitätsindikator ist durch den Chirurgen nur bedingt beeinflussbar (Bsp: „verspätete“ konsiliarische Vorstellung durch andere Fachdisziplinen).</p> <p>Die Einleitung eines Strukturierten Dialoges kann jedoch angezeigt sein, wenn ein Krankenhaus zusätzlich bei anderen Qualitätsindikatoren auffällig ist.</p>
<b>Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität</b>	-
<b>Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung</b>	-
<b>Rechenregel</b>	<p>Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Risikoklasse ASA 1 oder 2 und akuten Operationen (FP 12.01, 12.02) und gültigen Angaben der präoperativen Verweildauer</p> <p>Zähler: Präoperative Verweildauer (Median)</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-

**Erhebung eines histologischen Befundes**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
<b>ID Indikator</b>	4
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Erhebung eines histologischen Befundes
<b>Qualitätsziel</b>	Immer Erhebung eines histologischen Befundes
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Rationale</b>	<p>Die routinemäßige Erhebung eines histologischen Befundes erlaubt zum einen eine Überprüfung der Qualität der klinischen und apparativen Diagnostik.</p> <p>Zum anderen ist nur durch eine histologische Untersuchung die Diagnose oder der Ausschluss einer malignen Grunderkrankung möglich. So ist z.B. bei männlichen Steinträgern mit Konkrementen über 3 cm Größe das Risiko, ein Gallenblasenkarzinom zu erleiden, 9 – 10fach erhöht. Polypen <math>\geq</math> 1cm bei Steinträgern sind signifikant häufiger mit einem Gallenblasenkarzinom assoziiert als in steinfreier Gallenblase. 3-6% aller Patienten über 60 Jahre mit einem Adenom <math>&gt;</math> 1 cm entwickeln ein Karzinom, während bei der Porzellangallenblase eine Karzinomrate von bis zu 20% angegeben wird. Trotz des Evidenztyps III nach ÄzQ wurde der Empfehlungsgrad in der Leitlinie der DGVS als sehr hoch eingeschätzt (Empfehlungsgrad A nach ÄzQ, Neubrand et al. 2000).</p> <p>Nach Ansicht der Fachgruppe Viszeralchirurgie ist nicht auszuschließen, dass unter zunehmendem ökonomischem Druck in den Krankenhäusern weniger histologische Untersuchungen durchgeführt werden.</p>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<p>Neubrand M, Sackmann M, Caspary W, Feussner H, Schild H, Lauchart W, Schildberg FW, Reiser M, Classen M, Paumgartner G, Sauerbruch T. Leitlinien zur Behandlung von Gallensteinen. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS). AWMF-Leitlinienregister, Nr 021/008, Entwicklungsstufe 2. März 2000 <a href="http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/ll/index.htm">http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/ll/index.htm</a> (01.06.2004)</p>

## 44800

<b>Definition Kennzahl</b>	
<b>ID-Kennzahl</b>	44800
<b>Kennzahltyp</b>	Anteil
<b>Referenzbereich</b>	= 100%
<b>Erläuterung zum Referenzbereich</b>	<p>Nur durch eine histologische Untersuchung ist der Ausschluss oder Nachweis von malignen Befunden möglich. Eine histologische Untersuchung ist daher obligat.</p> <p>Zusätzlich stellt die histologische Untersuchung einen unverzichtbaren Parameter zur Überprüfung der Qualität der klinischen und/oder apparativen Diagnostik dar.</p>
<b>Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität</b>	-
<b>Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung</b>	-
<b>Rechenregel</b>	<p>Grundgesamtheit: Alle Patienten</p> <p>Zähler: Patienten, bei denen postoperativ ein histologischer Befund der Gallenblase erhoben wurde</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-

**Eingriffsspezifische Komplikationen**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
<b>ID Indikator</b>	5
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Eingriffsspezifische Komplikationen
<b>Qualitätsziel</b>	Selten eingriffsspezifische, behandlungsbedürftige Komplikationen in Abhängigkeit vom OP-Verfahren
<b>Indikatortyp</b>	Ergebnisindikator
<b>Rationale</b>	<p>Bei diesem Qualitätsindikator werden verschiedene eingriffsspezifische Komplikationen subsumiert, die in wissenschaftlichen Studien zur Beurteilung des Outcome herangezogen werden.</p> <p>Verletzungen des Ductus hepatocholedochus einschließlich seiner Begleitstrukturen im Ligamentum hepatoduodenale sind mit einer signifikanten Morbidität und Letalität belastet (Shea et al. 1996). Während zu Beginn der 90iger Jahre die Rate an Gallengangsverletzungen bei laparoskopischer Cholezystektomie noch höher lag als bei der offenen Operation, haben sich diese Unterschiede mittlerweile nivelliert (Birth et al. 2003).</p> <p>Gesamtmorbidität und -letalität sind bei der laparoskopischen Cholezystektomie mit der Einschränkung fehlender Daten des Evidenzlevels I deutlich geringer als bei der offenen Cholezystektomie (Shea et al. 1996).</p> <p>Die Rate an eingriffsspezifischen Komplikationen bei der laparoskopischen Cholezystektomie wird in einer Metaanalyse mit 1,35% angegeben (Höbling et al. 1998).</p>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<p>Birth M, Keller R, Bruch H-P. Laparoskopische Cholezystektomie. Viszeralchirurgie 2003; 38: 72-76.</p> <p>Höbling N, Pilz E, Feil W, Schiessel R. Laparoskopische Cholezystektomie – eine Metaanalyse von 23 700 Fällen und der Stellenwert im eigenen Patientenkollektiv Wien Klin Wochenschr 1995; 107/5: 158-162.</p> <p>Shea JA, Healey MJ, Berlin JA, Clarke JR, Malet PF, Staroscik RN, Schwartz JS, Williams SV. Mortality and Complications Associated with Laparoscopic Cholecystectomy. A Meta-Analysis. Annals of Surger 1996; 224 (5): 609-620.</p>

## 44801

<b>Definition Kennzahl</b>	
<b>ID-Kennzahl</b>	44801
<b>Kennzahltyp</b>	Anteil
<b>Referenzbereich</b>	<= 7,0% (95%-Perzentile)
<b>Erläuterung zum Referenzbereich</b>	Hohe Variabilität der Ergebnisse, in Metaanalysen von kontrollierten Studien erreichte Komplikationsraten können aufgrund von Selektionsverzerrungen nicht für einen validen Vergleich herangezogen werden.
<b>Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität</b>	-
<b>Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung</b>	-
<b>Rechenregel</b>	Grundgesamtheit: Alle Patienten  Zähler: Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation (Gefäßverletzung oder Verletzung von Nachbarorganen oder Gallengangsverletzungen oder persistierende Gallenfistel oder Ikterus postoperativ)
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-

**Postoperative Wundinfektionen**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
<b>ID Indikator</b>	6
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Postoperative Wundinfektionen
<b>Qualitätsziel</b>	Selten postoperative Wundinfektionen (Risikoadjustiert nach den Kriterien der CDC)
<b>Indikatortyp</b>	Ergebnisindikator
<b>Rationale</b>	<p>Wundinfektionen und Abszesse sind Komplikationen im postoperativen Verlauf, die für den Patienten mit subjektivem Krankheitsgefühl, einem verlängerten stationären Aufenthalt, verzögerter Erholung und Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit einhergehen.</p> <p>Von Seiten der Krankenhäuser wird versucht, das Wundinfektionsrisiko durch Maßnahmen wie den Bau geeigneter Operationsräume, Hygienevorschriften und die routinemäßige Durchführung einer Antibiotikaphylaxe bei bestimmten Operationen zu reduzieren. Die Effektivität einer Reihe prophylaktischer Maßnahmen ist in der wissenschaftlichen Literatur mit hoher Evidenz belegt (Evidenzgrad I, Einteilung nach CDC).</p> <p>Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse hat die US-amerikanische Gesundheitsbehörde Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Richtlinien erstellt, die detaillierte Handlungsanweisungen zur Verringerung des postoperativen Wundinfektionsrisikos geben (Mangram et al. 1999).</p> <p>Das Risiko für eine postoperative Wundinfektion wird jedoch nicht allein durch die Qualität der ärztlichen oder pflegerischen Leistung beeinflusst. Die CDC hat Risikofaktoren identifiziert und einen Score zur Beurteilung des präoperativen Wundinfektionsrisikos entwickelt (Culver et al. 1991). Die Anwendung dieses Scores ermöglicht einen Vergleich risikoadjustierter Wundinfektionsraten.</p> <p>Für die Definition postoperativer Wundinfektionen werden die Definitionen der CDC in der Übersetzung des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen verwendet (Steinbrecher et al. 2002).</p>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<p>Culver DH, Horan TC, Gaynes RP, Martone WJ, Jarvis WR, Emori TG, Banerjee S, Edwards JR, Tolson JS, Henderson TS, Hughes JM. Surgical Wound Infection Rates By Wound Class, Operative Procedure, and Patient Risk Index. The American Journal of Medicine 1991; 91 (Suppl 3B): 3B-152S-3B-157S.</p> <p>Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, 1999. Infection Control and Hospital Epidemiology 1999; 20 (4): 247-280.</p> <p>Steinbrecher E, Sohr D, Hansen S, Nassauer A, Daschner F, Rüden H, Gastmeier P. Surveillance postoperativer</p>

	Wundinfektionen - Referenzdaten des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (KISS). Der Chirurg 2002; 73 (1): 76-82.
--	--

44819

<b>Definition Kennzahl</b>	
<b>ID-Kennzahl</b>	44819
<b>Kennzahltyp</b>	Anteil
<b>Referenzbereich</b>	Kein Referenzbereich
<b>Erläuterung zum Referenzbereich</b>	-
<b>Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität</b>	-
<b>Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung</b>	-
<b>Rechenregel</b>	Grundgesamtheit: Alle Patienten  Zähler: Patienten mit postoperativer Wundinfektion
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-

44843

<b>Definition Kennzahl</b>	
<b>ID-Kennzahl</b>	44843
<b>Kennzahltyp</b>	Anteil
<b>Referenzbereich</b>	Für Risikoklasse 0: $\leq 2\%$
<b>Erläuterung zum Referenzbereich</b>	Aufgrund der Risikoadjustierung wurden hier Referenzwerte des NRZ und des NNIS der CDC zur Festlegung herangezogen.
<b>Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität</b>	Wundinfektionsraten des NRZ (2002) in dieser Risikoklasse : 1,13% Wundinfektionsraten der NNIS (2002) in dieser Risikoklasse : 0,67%
<b>Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung</b>	-
<b>Rechenregel</b>	Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Risikoklasse 0  Zähler: Patienten mit postoperativer Wundinfektion
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	Risikoklassen werden gebildet gemäß NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance der Centers for Disease Control). Es wird jeweils ein Risikopunkt vergeben, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>- ASA <math>\geq 3</math></li> <li>- OP-Dauer &gt; 75%-Perzentile der OP-Dauer-Verteilung in der Grundgesamtheit</li> <li>- ein kontaminierter oder septischer Eingriff vorliegt.</li> </ul> Patienten der Risikoklasse 0 haben 0 Risikopunkte

**Allgemeine postoperative Komplikationen**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
<b>ID Indikator</b>	7
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Allgemeine postoperative Komplikationen
<b>Qualitätsziel</b>	Selten allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen in Abhängigkeit vom OP - Verfahren
<b>Indikatortyp</b>	Ergebnisindikator
<b>Rationale</b>	<p>Unter den „allgemeinen postoperativen Komplikationen“ werden kardiovaskuläre Komplikationen, postoperative Pneumonien und Harnwegsinfekte zusammengefasst. Die Rate an diesen Komplikationen geht in der wissenschaftlichen Literatur in die Beurteilung des postoperativen Outcome ein.</p> <p>Gesamtmorbidität und -letalität sind bei der laparoskopischen Cholezystektomie mit der Einschränkung fehlender Daten des Evidenzlevels I deutlich geringer als bei der offenen Cholezystektomie (Shea et al. 1996).</p>
<b>Literaturverzeichnis</b>	Shea JA, Healey MJ, Berlin JA, Clarke JR, Malet PF, Staroscik RN, Schwartz JS, Williams SV. Mortality and Complications Associated with Laparoscopic Cholecystectomy. A Meta-Analysis. Annals of Surger 1996; 224 (5): 609-620.

## 44891

<b>Definition Kennzahl</b>	
<b>ID-Kennzahl</b>	44891
<b>Kennzahltyp</b>	Anteil
<b>Referenzbereich</b>	<= 10,5% (95%-Perzentile)
<b>Erläuterung zum Referenzbereich</b>	Die Angabe eines absoluten Grenzwertes erscheint nicht sinnvoll, da verschiedene Komplikationen subsumiert werden.
<b>Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität</b>	-
<b>Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung</b>	-
<b>Rechenregel</b>	Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Vergütung nach Fallpauschalen  Zähler: Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-

## 44892

<b>Definition Kennzahl</b>	
<b>ID-Kennzahl</b>	44892
<b>Kennzahltyp</b>	Anteil
<b>Referenzbereich</b>	<= 9,1% (95%-Perzentile)
<b>Erläuterung zum Referenzbereich</b>	Die Angabe eines absoluten Grenzwertes erscheint nicht sinnvoll, da verschiedene Komplikationen subsumiert werden.
<b>Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität</b>	-
<b>Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung</b>	-
<b>Rechenregel</b>	<p>Grundgesamtheit: Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation (OPS 5-511.1y, 5-511.11, 5-511.2y, 5-511.21) und mit Ausschluss von Patienten mit nach Sonderentgelt vergüteten Operationen</p> <p>Zähler: Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-

44893

<b>Definition Kennzahl</b>	
<b>ID-Kennzahl</b>	44893
<b>Kennzahltyp</b>	Anteil
<b>Referenzbereich</b>	<= 25,0% (95%-Perzentile)
<b>Erläuterung zum Referenzbereich</b>	Die Angabe eines absoluten Grenzwertes erscheint nicht sinnvoll, da verschiedene Komplikationen subsumiert werden.
<b>Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität</b>	-
<b>Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung</b>	-
<b>Rechenregel</b>	<p>Grundgesamtheit: Alle Patienten mit offen-chirurgischer Operation (OPS 5-511.0y, 5-511.01) und mit Ausschluss von Patienten mit nach Sonderentgelt vergüteten Operationen</p> <p>Zähler: Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-

**Reinterventionensrate**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
<b>ID Indikator</b>	8
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Reinterventionensrate
<b>Qualitätsziel</b>	Geringe Reinterventionensrate in Abhängigkeit vom OP - Verfahren
<b>Indikatortyp</b>	Ergebnisindikator
<b>Rationale</b>	<p>Die Rate an Reinterventionen ist eine Kennzahl für schwerwiegende Frühkomplikationen, die in wissenschaftlichen Untersuchungen zur Bewertung eines Operationsverfahrens herangezogen wird (Shea et al. 1996).</p> <p>Eine Reintervention ist ein erneuter operativer oder interventioneller Eingriff nach einer Operation wegen postoperativ aufgetretenen Komplikationen. Typische Gründe für eine Reintervention nach Cholezystektomie sind belassene Gallengangsteine, Gallengangsverletzungen, Blutungen und Entzündungen.</p> <p>Aus der Literatur ist bekannt, dass die operative Ausgangssituation einen Einfluss auf die Reinterventionensrate hat. Zum Beispiel ist bei elektiv durchgeführten Cholezystektomien die Reinterventionensrate geringer als bei akuten Eingriffen. Bei laparoskopischen durchgeführten Cholezystektomien ist seltener eine Reintervention erforderlich als bei offenen Operationen (Ludwig et al. 2001). Allerdings ist zu berücksichtigen, dass der Schweregrad der Komplikation, die zur Reintervention führt, in der Auswertung nicht erfasst wird. Darüber hinaus liegt bei den offenen chirurgischen Eingriffen eine primär negative Selektion des Patientenkollektivs vor.</p>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<p>Shea JA, Healey BS, Berlin JA, Clarke JR, Malet PF, Staroscik RN, Schwartz JS, Williams SV. Mortality and Complications Associated with Laparoscopic Cholecystectomy. A Meta-Analysis Ann Surg 1996; 224 (5): 609-620.</p> <p>Höbling N, Pilz E, Feil W, Schiessel R. Laparoskopische Cholezystektomie – eine Metaanalyse von 23 700 Fällen und der Stellenwert im eigenen Patientenkollektiv Wien Klin Wochenschr 1995; 107/5: 158-162.</p> <p>Ludwig K, Köckerling F, Hohenberger W, Lorenz D. Die chirurgische Therapie der Cholecysto-/Choledocholithiasis - Ergebnisse einer deutschlandweiten Umfrage an 859 Kliniken mit 123.090 Cholezystektomien. Der Chirurg 2001; 72: 1171-1178.</p>

## 44927

<b>Definition Kennzahl</b>	
<b>ID-Kennzahl</b>	44927
<b>Kennzahltyp</b>	Anteil
<b>Referenzbereich</b>	Für Patienten mit laparoskopisch begonnener OP: <= 2%
<b>Erläuterung zum Referenzbereich</b>	Orientierung an Ergebnissen einer Metaanalyse (Höbling et al. 1995)
<b>Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität</b>	-
<b>Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung</b>	-
<b>Rechenregel</b>	Grundgesamtheit: Alle Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation und mit Ausschluss von Patienten mit nach Sonderentgelt vergüteten Operationen  Zähler: Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikationen
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-

**Letalität**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
<b>ID Indikator</b>	9
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Letalität
<b>Qualitätsziel</b>	Geringe Letalität
<b>Indikatortyp</b>	Ergebnisindikator
<b>Rationale</b>	Bei Untersuchungen zum postoperativen Outcome wird in den meisten klinischen Studien die postoperative Letalität erfasst. Die Angaben zur Mortalitätsrate schwanken zwischen 0,04% und 0,09% für die laparoskopische Cholezystektomie bzw. 0,53% und 0,74% für die offene Cholezystektomie (Höbling et al. 1995, Ludwig et al. 2001, Shea et al. 1996). Im deutschsprachigen Raum wird die Letalität für alle Cholezystektomien mit 0,1% bis 0,2% angegeben (Kraas & Frauenschuh 2001).
<b>Literaturverzeichnis</b>	<p>Höbling N, Pilz E, Feil W, Schiessel R. Laparoskopische Cholezystektomie – eine Metaanalyse von 23 700 Fällen und der Stellenwert im eigenen Patientenkollektiv Wien Klin Wochenschr 1995; 107/5: 158-162.</p> <p>Kraas E, Frauenschuh D. Chirurgie der Gallenblase und Gallenwege durch MIC. Chirurg 2001; 72: 378-388.</p> <p>Ludwig K, Köckerling F, Hohenberger W, Lorenz D. Die chirurgische Therapie der Cholezysto-/Choledocholithiasis. Ergebnisse einer deutschlandweiten Umfrage an 859 Kliniken mit 123.090 Cholezystektomien. Der Chirurg 2001; 72 (10): 1171 – 1178.</p> <p>Shea JA, Healey BS, Berlin JA, Clarke JR, Malet PF, Staroscik RN, Schwartz JS, Williams SV. Mortality and Complications Associated with Laparoscopic Cholecystectomy. A Meta-Analysis Ann Surg 1996; 224 (5): 609-620.</p>

## 44931

<b>Definition Kennzahl</b>	
<b>ID-Kennzahl</b>	44931
<b>Kennzahltyp</b>	Anteil
<b>Referenzbereich</b>	Sentinel event
<b>Erläuterung zum Referenzbereich</b>	Todesfälle nach Gallenblasenoperationen sind sehr selten. Da auch Patienten mit erhöhtem Risiko operiert werden müssen (z.B. Vorerkrankungen an Herz oder Lunge), kann eine Letalitätsrate von 0% realistischerweise nicht gefordert werden. Nach Ansicht der Fachgruppe bedarf jedoch jeder Todesfall der eingehenden Analyse im Rahmen des Strukturierten Dialoges.
<b>Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität</b>	-
<b>Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung</b>	-
<b>Rechenregel</b>	Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Vergütung nach Fallpauschalen und mit Ausschluss von Patienten mit nach Sonderentgelt vergüteten Operationen  Zähler: Verstorbene Patienten
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-