

Cholezystektomie

Inhalt

Cholezystektomie	2
Indikation.....	3
48332	4
Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	5
44783	6
Erhebung eines histologischen Befundes	7
44800	8
Eingriffsspezifische Komplikationen	9
44801	10
64980	11
Postoperative Wundinfektionen	12
44819	13
44843	14
Allgemeine postoperative Komplikationen	15
44891	16
44892	17
44893	18
Reinterventionsrate	19
44927	20
Letalität	21
44932	22

Cholezystektomie

Cholezystektomie

Einleitung Leistungsbereich	
Leistungsbereich	Cholezystektomie
Auffälligkeitskriterien	-
Bemerkungen	-

Indikation

Definition Qualitätsindikator	
ID Indikator	1
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Qualitätsziel	Selten fragliche Indikation
Indikatortyp	Indikationsstellung
Rationale	<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"> • die symptomatische Cholelithiasis, • die asymptomatische Cholelithiasis mit erhöhtem Risiko für eine bösartige Erkrankung und • die Cholezystitis. <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 bis 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 bis 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 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>
Methode der Risikoadjustierung	Keine Risikoadjustierung erforderlich
Literaturverzeichnis	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 http://leitlinien.net/ (Recherchedatum: 3.3.2005)
Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators	2005

48332

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	48332
Ergänzung Bezeichnung QI	-
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	$\leq x\%$ (95%-Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	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.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit uncharakteristischen Schmerzen im rechten Oberbauch, ohne Cholestase, ohne sicheren Gallensteinnachweis und ohne akute Entzündungszeichen Grundgesamtheit: Alle Patienten
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Ja

Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase

Definition Qualitätsindikator	
ID Indikator	2
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Qualitätsziel	Bei extrahepatischer Cholestase immer präoperative Abklärung der extrahepatischen Gallenwege
Indikatortyp	Prozessindikator
Rationale	<p>Ursache einer extrahepatischen 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>
Methode der Risikoadjustierung	Keine Risikoadjustierung erforderlich
Literaturverzeichnis	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 http://leitlinien.net/ (Recherchedatum: 3.3.2005)
Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators	2005

44783

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	44783
Ergänzung Bezeichnung QI	-
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	= 100%
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	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.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit erfolgter präoperativer Abklärung der Gallenwege bei extrahepatischer Cholestase Grundgesamtheit: Alle Patienten mit extrahepatischer Cholestase
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Ja

Erhebung eines histologischen Befundes

Definition Qualitätsindikator	
ID Indikator	4
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erhebung eines histologischen Befundes
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Qualitätsziel	Immer Erhebung eines histologischen Befundes
Indikatortyp	Prozessindikator
Rationale	<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 \geq 1 cm bei Steinträgern sind signifikant häufiger mit einem Gallenblasenkarzinom assoziiert als in steinfreier Gallenblase. 3-6% aller Patienten über 60 Jahre mit einem Adenom $>$ 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> <p>Bei der Interpretation der Ergebnisse des Jahres 2004 ist zu berücksichtigen, dass für das Datenfeld „Histologischer Befund“ ein Eintrag nicht zwingend erforderlich war. Daher sind als Grundgesamtheit alle Fälle mit einer Angabe zum histologischen Befund ausgewertet worden. Dadurch ist die Sensitivität dieses Qualitätsindikators eingeschränkt.</p>
Methode der Risikoadjustierung	Keine Risikoadjustierung erforderlich
Literaturverzeichnis	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 http://leitlinien.net/ (Recherchedatum: 3.3.2005)
Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators	2005

44800

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	44800
Ergänzung Bezeichnung QI	-
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	= 100%
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Nur durch eine histologische Untersuchung ist der Ausschluss oder Nachweis von malignen Befunden möglich. Eine histologische Untersuchung ist daher obligat. Zusätzlich stellt die histologische Untersuchung einen unverzichtbaren Parameter zur Überprüfung der Qualität der klinischen und/oder apparativen Diagnostik dar.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten, bei denen postoperativ ein histologischer Befund der Gallenblase erhoben wurde Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Angabe zum histologischen Befund
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vergleichbarkeit ist eingeschränkt wegen Änderung der Rechenregel (neue Grundgesamtheit).

Eingriffsspezifische Komplikationen

Definition Qualitätsindikator	
ID Indikator	5
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsspezifische Komplikationen
In BQS-Qualitätsreport 2004	Ja
Qualitätsziel	Selten eingriffsspezifische, behandlungsbedürftige Komplikationen in Abhängigkeit vom OP-Verfahren
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Rationale	<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 90er 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 (Hölbling et al. 1995). Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass aufgrund unterschiedlicher Definitionen von Komplikationen und differierender Erfassungszeiträume ein Vergleich nur eingeschränkt möglich ist .</p>
Methode der Risikoadjustierung	Stratifizierung
Literaturverzeichnis	<p>Birth M, Keller R, Bruch H-P. Laparoskopische Cholezystektomie. Viszeralchirurgie 2003; 38: 72-76.</p> <p>Hölbling 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>
Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators	2005

44801

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	44801
Ergänzung Bezeichnung QI	Mindestens eine eingriffsspezifische Komplikation
In BQS-Qualitätsreport 2004	Ja
Referenzbereich 2004	$\leq x\%$ (95%-Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Hohe Variabilität der Ergebnisse, in Metaanalysen von kontrollierten Studien erreichte Komplikationsraten können aufgrund von Selektionsverzerrungen nicht für einen validen Vergleich herangezogen werden.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	Isolierte Angabe „Sonstige Komplikationen“ $\geq 95\%$ -Perzentile
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	Die häufige isolierte Angabe „Sonstige Komplikationen“ kann auf eine nicht ausreichend spezifische Dokumentation hinweisen.
Rechenregel	Zähler: Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation (Blutung, periphere Gallengangsverletzung, Okklusion oder Durchtrennung des DHC, Residualstein im Gallengang oder sonstige) Grundgesamtheit: Alle Patienten
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vergleichbarkeit ist eingeschränkt. Gründe: <ol style="list-style-type: none"> 1. Es sind Eingriffe mit operativer Revision der Gallengänge in den Katalog der einbezogenen Leistungen neu aufgenommen worden. 2. Die Abfrage im entsprechenden Datenfeld wurde verändert.

64980

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	64980
Ergänzung Bezeichnung QI	Okklusion oder Durchtrennung des DHC
In BQS-Qualitätsreport 2004	Ja
Referenzbereich 2004	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Bei der Durchtrennung oder Okklusion des Ductus hepatocholedochus handelt es sich um eine seltene, schwerwiegende Komplikationen, die teilweise vermeidbar ist. Daher sollte für alle diese Fälle eine Einzelfallanalyse erfolgen.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC Grundgesamtheit: Alle Patienten
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Kennzahl wurde 2004 neu eingeführt.

Postoperative Wundinfektionen

Definition Qualitätsindikator	
ID Indikator	6
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Postoperative Wundinfektionen
In BQS-Qualitätsreport 2004	Ja
Qualitätsziel	Selten postoperative Wundinfektionen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Rationale	<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 Antibiotikaprophylaxe 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> <p>Referenzdaten werden für Deutschland vom Nationalen Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen veröffentlicht. Ebenfalls liegen vergleichbare Referenzdaten aus den USA vor.</p>
Methode der Risikoadjustierung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Additiver Score (NNIS) 2. Stratifizierung nach OP-Verfahren
Literaturverzeichnis	<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>Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen. KISS Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System. Modul OP-KISS. Abschnitt A: Referenzdaten. 2004. http://www.nrz-hygiene.de/dwnld/referenz_op_.pdf (Recherchedatum:03-3-2005)</p> <p>NNIS System. National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System Report, data summary from January 1992 to June 2004, issued October 2004. Am J Infect Control 2004; 32 (8): 470-485.</p> <p>Steinbrecher E, Sohr D, Hansen S, Nassauer A, Daschner F, Rüden H, Gastmeier P. Surveillance postoperativer Wundinfektionen - Referenzdaten des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (KISS). Der Chirurg 2002; 73 (1): 76-82.</p>
Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators	2005

44819

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	44819
Ergänzung Bezeichnung QI	bei allen Patienten
In BQS-Qualitätsreport 2004	Ja
Referenzbereich 2004	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Ein Referenzbereich wurde für die risikoadjustierte Wundinfektionsrate (Risikoklasse 0) festgelegt.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	Rate von 0% bei mehr als 100 Fällen in der Grundgesamtheit
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit postoperativer Wundinfektion Grundgesamtheit: Alle Patienten
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vergleichbarkeit ist eingeschränkt, da Eingriffe mit operativer Revision der Gallengänge in den Katalog der einbezogenen Leistungen neu aufgenommen worden sind.

44843

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	44843
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Patienten mit Risikoklasse 0
In BQS-Qualitätsreport 2004	Ja
Referenzbereich 2004	Für Risikoklasse 0: <= 2%
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Aufgrund der Risikoadjustierung können hier Referenzdaten des NRZ und des NNIS der CDC zur Festlegung herangezogen. Wundinfektionsraten des NRZ (2004) in dieser Risikoklasse : 2,17% bei offen-chirurgischer Operation 0,69% bei laparoskopischer Operation Wundinfektionsraten der NNIS (2004) in dieser Risikoklasse : 0,68%
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit postoperativer Wundinfektion Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Risikoklasse 0
Erläuterung der Rechenregel	Risikoklassen werden gebildet gemäß NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance der Centers for Disease Control). Es wird jeweils ein Risikopunkt vergeben, wenn - ASA > = 3 - OP-Dauer > 75%-Perzentile der OP-Dauer-Verteilung in der Grundgesamtheit - ein kontaminierter oder septischer Eingriff vorliegt. Patienten der Risikoklasse 0 haben 0 Risikopunkte. OP-Dauer > 75%-Perzentile: 80 min
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Ja. Obwohl Eingriffe mit operativer Revision der Gallengänge in den Katalog der einbezogenen Leistungen neu aufgenommen worden sind, ist die Vergleichbarkeit dennoch gegeben, da eine risikoadjustierte Rate betrachtet wird, in der die möglicherweise verlängerte Operationsdauer als Einflussfaktor berücksichtigt wird..

Allgemeine postoperative Komplikationen

Definition Qualitätsindikator	
ID Indikator	7
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine postoperative Komplikationen
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Qualitätsziel	Selten allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen in Abhängigkeit vom OP-Verfahren
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Rationale	<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>
Methode der Risikoadjustierung	<p>Stratifizierung nach OP-Verfahren Stratifizierung nach ASA-Risikoklassen</p>
Literaturverzeichnis	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.
Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators	2005

Cholezystektomie

44891

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	44891
Ergänzung Bezeichnung QI	alle Patienten
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	$\leq x\%$ (95%-Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Die Angabe eines absoluten Grenzwertes ist nicht sinnvoll, da verschiedene Komplikationen subsummiert werden.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation Grundgesamtheit: Alle Patienten
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Ja. Obwohl Eingriffe mit operativer Revision der Gallengänge in den Katalog der einbezogenen Leistungen neu aufgenommen worden sind, ist die Vergleichbarkeit dennoch gegeben, da das spezifische Risiko allgemeiner Komplikationen dadurch nicht wesentlich beeinflusst wird.

44892

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	44892
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	$\leq x\%$ (95%-Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Die Angabe eines absoluten Grenzwertes ist nicht sinnvoll, da verschiedene Komplikationen subsummiert werden.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation Grundgesamtheit: Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation (OPS 5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Ja. Obwohl Eingriffe mit operativer Revision der Gallengänge in den Katalog der einbezogenen Leistungen neu aufgenommen worden sind, ist die Vergleichbarkeit dennoch gegeben, da das spezifische Risiko allgemeiner Komplikationen dadurch nicht wesentlich beeinflusst wird.

44893

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	44893
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Patienten mit offen-chirurgischer Operation
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	$\leq x\%$ (95%-Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Die Angabe eines absoluten Grenzwertes ist nicht sinnvoll, da verschiedene Komplikationen subsummiert werden.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation Grundgesamtheit: Patienten mit offen-chirurgischer Operation (OPS 5-511.01, 5-511.02)
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Ja. Obwohl Eingriffe mit operativer Revision der Gallengänge in den Katalog der einbezogenen Leistungen neu aufgenommen worden sind, ist die Vergleichbarkeit dennoch gegeben, da das spezifische Risiko allgemeiner Komplikationen dadurch nicht wesentlich beeinflusst wird.

Reinterventionensrate

Definition Qualitätsindikator	
ID Indikator	8
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Reinterventionensrate
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Qualitätsziel	Geringe Reinterventionensrate in Abhängigkeit vom OP - Verfahren
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Rationale	<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 offen chirurgischen Eingriffen eine primär negative Selektion des Patientenkollektivs vor.</p>
Methode der Risikoadjustierung	Stratifizierung
Literaturverzeichnis	<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-/Cholelithiasis - Ergebnisse einer deutschlandweiten Umfrage an 859 Kliniken mit 123.090 Cholezystektomien. Der Chirurg 2001; 72: 1171-1178.</p>
Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators	2005

44927

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	44927
Ergänzung Bezeichnung QI	-
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	Für Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation: <= 2%
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Orientierung an Ergebnissen einer Metaanalyse (Hölbling et al. 1995)
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikationen Grundgesamtheit: Alle Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation (OPS 5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)
Erläuterung der Rechenregel	Die Operationsart wird anhand der OPS-Kodierung unterschieden. Laparoskopisch begonnen: OPS 5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22 Offen-chirurgisch: OPS 5-511.01, 5-511.02
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Ja. Obwohl Eingriffe mit operativer Revision der Gallengänge in den Katalog der einbezogenen Leistungen neu aufgenommen worden sind, ist die Vergleichbarkeit nach Ansicht der Fachgruppe Viszeralchirurgie dennoch gegeben, da das spezifische Risiko einer Reintervention dadurch nicht wesentlich beeinflusst wird.

Cholezystektomie

Letalität

Definition Qualitätsindikator	
ID Indikator	9
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Letalität
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Qualitätsziel	Geringe Letalität
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Rationale	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 (Hölbling 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).
Methode der Risikoadjustierung	Stratifizierung
Literaturverzeichnis	Hölbling 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. Kraas E, Frauenschuh D. Chirurgie der Gallenblase und Gallenwege durch MIC. Chirurg 2001; 72: 378-388. Ludwig K, Köckerling F, Hohenberger W, Lorenz D. Die chirurgische Therapie der Cholezysto-/Cholelithiasis. Ergebnisse einer deutschlandweiten Umfrage an 859 Kliniken mit 123.090 Cholezystektomien. Der Chirurg 2001; 72 (10): 1171 – 1178. 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.
Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators	2005

44932

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	44932
Ergänzung Bezeichnung QI	Letalität (Risikoklassen ASA 1-3)
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	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 bei Patienten mit niedrigem oder mittlerem präoperativen Risiko (ASA-Klassen 1 bis 3) der eingehenden Analyse im Rahmen des Strukturierten Dialoges.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Verstorbene Patienten Grundgesamtheit: Patienten der Risikoklasse ASA 1 bis 3
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Nein. Es werden in diesem Jahr erstmalig Patienten der ASA-Klassen 1 bis 3 in einer Gruppe ausgewertet.