

Appendektomie

Appendektomie.....	2
Diagnosestellung.....	3
45322.....	5
Histologische Untersuchung.....	6
6449.....	7
Perforation und präoperative Verweildauer	8
45324.....	10
Postoperative Wundinfektion.....	11
45325.....	13
45333.....	14
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen	16
45349.....	17

Appendektomie

Appendektomie

Leistungsbereich	
Leistungsbereich	Appendektomie
Historie	QI-Historie-12n2-APP.doc
Laienverständliche Hintergrundinformation zum Leistungsbereich	-
Einleitung	Die Appendektomie ist bereits seit über 20 Jahren Gegenstand der Qualitätsbetrachtung im Rahmen des „Tracer“-Konzepts. Dieses Konzept sieht vor, die Qualität einer chirurgischen Abteilung anhand von Ergebnissen bestimmter Standardoperationen, so genannter „Tracer“ zu bewerten. Neben der Cholezystektomie und der Leistenhernienoperation zeigte sich die Appendektomie hierfür als besonders geeignet. Mit Blick auf die insgesamt sehr geringen Komplikationsraten in Deutschland konnte in den vergangenen Jahren eine auf hohem Niveau stabile Versorgungssituation konstatiert werden.
Stellungnahmen zum Leistungsbereich	-

Appendektomie

Diagnosestellung

Indikator	
Laufende Nummer Indikator	1
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Diagnosestellung
Begründung, warum dieser QI derzeit nicht als QI für Patienten empfohlen wird	<p>Für diesen Qualitätsindikator kann die Empfehlung für eine Veröffentlichung der Ergebnisse zum jetzigen Zeitpunkt nicht befürwortet werden, da eine vollständige Evaluation dieses Qualitätsindikators anhand des QUALIFY-Instruments (http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/online/public/leistungen/qualify) noch nicht erfolgt ist.</p> <p>Der Qualitätsindikator wurde als Grundlage für den Strukturierten Dialog mit den Krankenhäusern entwickelt. Bei diesem Dialog besprechen Fachleute die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit leitenden Mitarbeitern in den Krankenhäusern. Zur endgültigen Einschätzung der Versorgungssituation können die Fachleute zusätzliche Informationen (z. B. zum gesundheitlichen Allgemeinzustand der Patienten vor der Behandlung oder zu organisatorischen Abläufen im Krankenhaus) hinzuziehen. Bei Bedarf werden Ziele zur Verbesserung der Versorgung gemeinsam mit dem Krankenhaus formuliert. Der Strukturierte Dialog ist damit ein wesentlicher Bestandteil des Verfahrens der externen Qualitätssicherung.</p> <p>Soll das Ergebnis eines Qualitätsindikators zur Information von Patienten veröffentlicht werden, müssen bestimmte methodische Kriterien unbedingt erfüllt sein. Um Fehlschlüsse aus dem Ergebnis zu verhindern, muss z. B. der gesundheitliche Allgemeinzustand der Patienten vor der Behandlung für die Berichterstattung über Komplikationen im Krankenhaus bereits bei der Berechnung des Qualitätsindikators berücksichtigt sein.</p> <p>Bearbeitungsstand 2007.</p>
Interpretationshilfe	-
Qualitätsziel	Oft Bestätigung der klinischen Verdachtsdiagnose „Akute Appendizitis“ durch histologischen Befund
Indikatortyp	Indikationsstellung
Rationale	<p>Die klinische Diagnose der akuten Appendizitis ist im Einzelfall schwierig zu stellen, da sie auf wenig sensitiven und spezifischen Parametern wie der Anamnese, dem Vorhandensein von rechtsseitigen Unterbauchschmerzen und erhöhten Entzündungsparametern beruht. Insbesondere bei Kindern und alten Menschen können die typischen Zeichen der akuten Appendizitis fehlen, während sie bei Frauen Ausdruck einer gynäkologischen Erkrankung sein können (Andersson et al. 1999).</p> <p>Die Rate falsch negativer Appendektomien wird in der Literatur mit 12 bis 28,8% angegeben. Sie liegt bei Frauen doppelt so hoch wie bei Männern. Eine unkritische Diagnosestellung führt zu einer erhöhten Rate von unnötigen Eingriffen (Andersson et al. 1992, Hale et al. 1997, Koch et al. 2000).</p> <p>Dagegen führt eine zu kritische Diagnosestellung möglicherweise zu einer höheren Anzahl von Patienten mit perforierter Appendizitis. Daher sollte die Betrachtung der Ergebnisse dieses Qualitätsindikators in Verbindung mit den Ergebnissen des Qualitätsindikators „Perforation und präoperative Verweildauer“ erfolgen. Diese sind auf der Ergebnishomepage der BQS unter www.bqs-outcome.de einzusehen.</p>
Literaturverzeichnis	<p>Andersson RE, Hugander AP, Ghazi SH, Ravn H, Offenbartl SK, Nystrom PO, Olaison GP. Diagnostic value of disease history, clinical presentation, and inflammatory parameters of appendicitis. World J Surg 1999; 23 (2): 133-140.</p> <p>Andersson RE, Hugander A, Thulin AJG. Diagnostic accuracy and perforation rate in appendicitis: Association with age and sex of the patient and with appendectomy rate. European Journal of Surgery 1992; 158: 37-41.</p> <p>Hale DA, Jaques DP, Molloy M, Pearl RH, Schutt DC, d'Avis JC. Appendectomy – Improving Care Through Quality Improvement. Archives of Surgery 1997; 132: 153-157.</p> <p>Koch A, Schreiber LD, Mokros W, Rupprecht H, Lippert H. Qualitätssicherung Appendizitis – was hat sich geändert? – Analyse zweier prospektiver multizentrischer Qualitätssicherungsstudien. Zentralbl Chir 2000; 125 (2): 185-191.</p>

Appendektomie

Stellungnahmen zum QI	-
Aktuelle Bewertung QUALIFY	
Relevanz	
Wissenschaftlichkeit	
Praktikabilität	

Appendektomie

45322

Kennzahl																	
ID-Kennzahl	45322																
Ergänzung Bezeichnung QI	-																
Referenzbereich 2007	>= x% (Toleranzbereich; 5%-Perzentil)																
Referenzbereich 2006	>= x% (5%-Perzentile)																
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	<p>Eine unkritische Diagnosestellung führt zu einer erhöhten Rate von unnötigen Eingriffen. Die Rate negativer Appendektomien sollte 20% nicht überschreiten (Siewert et al. 2002). Dieser Wert lässt sich allerdings anhand von Daten der Literatur nicht hart genug begründen. Daher hat sich die Fachgruppe hier für die Festlegung einer Perzentile entschieden.</p> <p>Dieser Referenzbereich ist für die Auswertung des Erfassungsjahres 2003 festgelegt worden. Da für das Erfassungsjahr 2007 für diesen Leistungsbereich keine Probeauswertung zur Verfügung stand (keine Dokumentationsverpflichtung in diesem Leistungsbereich im Erfassungsjahr 2007), erfolgt keine spezifische Festlegung eines Referenzbereichs für die Auswertung der Daten des Jahres 2007.</p>																
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Keine Risikoadjustierung erforderlich																
Rechenregel	<p>Zähler: Patienten mit histologischem Befund „akut entzündet“ oder „Perforation“</p> <p>Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Verdacht auf akute Appendizitis</p>																
Erläuterung der Rechenregel	-																
Verwendete Datenfelder	<p>Feldnamen 10.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>27</td> <td>akut entzündet</td> <td>1 = ja</td> <td>ENTZZAKUT</td> </tr> <tr> <td>29</td> <td>Perforation</td> <td>1 = ja</td> <td>ENTZPERFORAT</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>V.a. akute Appendizitis</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>PRENTZZAKUT</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	27	akut entzündet	1 = ja	ENTZZAKUT	29	Perforation	1 = ja	ENTZPERFORAT	8	V.a. akute Appendizitis	0 = nein 1 = ja	PRENTZZAKUT
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname														
27	akut entzündet	1 = ja	ENTZZAKUT														
29	Perforation	1 = ja	ENTZPERFORAT														
8	V.a. akute Appendizitis	0 = nein 1 = ja	PRENTZZAKUT														
Datenbasis BQS- Spezifikation	10.0																
Teildatensatzbezug	12/2:B																
Kommentar zur Kennzahl (BQS)	-																
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	Da für das Erfassungsjahr 2007 für diesen Leistungsbereich keine Probeauswertung zur Verfügung stand (keine Dokumentationsverpflichtung in diesem Leistungsbereich im Erfassungsjahr 2007), erfolgt keine spezifische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006.																
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Da für das Erfassungsjahr 2007 für diesen Leistungsbereich keine Probeauswertung zur Verfügung stand (keine Dokumentationsverpflichtung in diesem Leistungsbereich im Erfassungsjahr 2007), erfolgt keine spezifische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen.																

Appendektomie

Histologische Untersuchung

Indikator	
Laufende Nummer Indikator	2
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Histologische Untersuchung
Begründung, warum dieser QI derzeit nicht als QI für Patienten empfohlen wird	<p>Für diesen Qualitätsindikator kann die Empfehlung für eine Veröffentlichung der Ergebnisse zum jetzigen Zeitpunkt nicht befürwortet werden, da eine vollständige Evaluation dieses Qualitätsindikators anhand des QUALIFY-Instruments (http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/online/public/leistungen/qualify) noch nicht erfolgt ist.</p> <p>Der Qualitätsindikator wurde als Grundlage für den Strukturierten Dialog mit den Krankenhäusern entwickelt. Bei diesem Dialog besprechen Fachleute die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit leitenden Mitarbeitern in den Krankenhäusern. Zur endgültigen Einschätzung der Versorgungssituation können die Fachleute zusätzliche Informationen (z. B. zum gesundheitlichen Allgemeinzustand der Patienten vor der Behandlung oder zu organisatorischen Abläufen im Krankenhaus) hinzuziehen. Bei Bedarf werden Ziele zur Verbesserung der Versorgung gemeinsam mit dem Krankenhaus formuliert. Der Strukturierte Dialog ist damit ein wesentlicher Bestandteil des Verfahrens der externen Qualitätssicherung.</p> <p>Soll das Ergebnis eines Qualitätsindikators zur Information von Patienten veröffentlicht werden, müssen bestimmte methodische Kriterien unbedingt erfüllt sein. Um Fehlschlüsse aus dem Ergebnis zu verhindern, muss z. B. der gesundheitliche Allgemeinzustand der Patienten vor der Behandlung für die Berichterstattung über Komplikationen im Krankenhaus bereits bei der Berechnung des Qualitätsindikators berücksichtigt sein.</p> <p>Bearbeitungsstand 2007.</p>
Interpretationshilfe	-
Qualitätsziel	Immer histologische Untersuchung bei der operativen Behandlung der Appendizitis
Indikatortyp	Prozessindikator
Rationale	Die histologische Untersuchung der Appendix vermiformis ermöglicht dem Operateur Rückschlüsse auf die Qualität seiner Diagnosestellung im Rahmen des Qualitätsmanagements. Sie ist zusätzlich erforderlich zum Ausschluss von anderen, zum Teil bösartigen Erkrankungen, die gegebenenfalls eine weitere Therapie erforderlich machen, und von Veränderungen, die bei makroskopisch unauffälligem Befund Beschwerden des Patienten erklären, wie etwa eine, nur histologisch zu identifizierende, neurogene Appendikopathie (Di Sebastiano et al. 1999, Güller et al. 2001, Klotter et al. 1998).
Literaturverzeichnis	<p>Di Sebastiano P, Fink T, Di Mola FF, Weihe E, Friess H, Büchler MW. Neuroimmune appendicitis. The Lancet 1999; 354: 461-466.</p> <p>Güller U, Oertli D, Terracciano L, Harder F. Neurogene Appendicopathie: Ein häufiges, fast unbekanntes Krankheitsbild – Auswertung von 816 Appendices und Literaturübersicht. Der Chirurg 2001; 72: 684-689.</p> <p>Klotter H-J, Mersdorf E, Stauch G, Thiel R. Umsetzung der Ergebnisse der Qualitätssicherung bei der Tracerdiagnose Appendizitis in die klinische Routine. In: Ekkernkamp A, Scheibe O (Hrsg.). Qualitätsmanagement in der Medizin. 1998: 1-8.</p>
Stellungnahmen zum QI	-
Aktuelle Bewertung QUALIFY	
Relevanz	
Wissenschaftlichkeit	
Praktikabilität	

Appendektomie

6449

Kennzahl												
ID-Kennzahl	6449											
Ergänzung Bezeichnung QI	-											
Referenzbereich 2007	>= 95% (Zielbereich)											
Referenzbereich 2006	>= 95%											
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	<p>Eine pathologische Untersuchung als regelmäßiger Bestandteil des Behandlungsablaufs bei der Appendektomie ist von größter Wichtigkeit, um die Wertigkeit der diagnostischen und therapeutischen Schritte zu ermitteln.</p> <p>Dieser Referenzbereich ist für die Auswertung des Erfassungsjahres 2003 festgelegt worden. Da für das Erfassungsjahr 2007 für diesen Leistungsbereich keine Probeauswertung zur Verfügung stand (keine Dokumentationsverpflichtung in diesem Leistungsbereich im Erfassungsjahr 2007), erfolgt keine spezifische Festlegung eines Referenzbereichs für die Auswertung der Daten des Jahres 2007.</p>											
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Keine Risikoadjustierung erforderlich											
Rechenregel	<p>Zähler: Patienten mit histologischer Untersuchung</p> <p>Grundgesamtheit: Alle Patienten</p>											
Erläuterung der Rechenregel	-											
Verwendete Datenfelder	<p>Feldnamen 10.0:</p> <table border="1" data-bbox="395 981 1437 1077"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>24</td> <td>histologische Untersuchung</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>HISTOLJN</td> </tr> </tbody> </table>				Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	24	histologische Untersuchung	0 = nein 1 = ja	HISTOLJN
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname									
24	histologische Untersuchung	0 = nein 1 = ja	HISTOLJN									
Datenbasis BQS- Spezifikation	10.0											
Teildatensatzbezug	12/2:B											
Kommentar zur Kennzahl (BQS)	-											
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	Da für das Erfassungsjahr 2007 für diesen Leistungsbereich keine Probeauswertung zur Verfügung stand (keine Dokumentationsverpflichtung in diesem Leistungsbereich im Erfassungsjahr 2007), erfolgt keine spezifische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006.											
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Da für das Erfassungsjahr 2007 für diesen Leistungsbereich keine Probeauswertung zur Verfügung stand (keine Dokumentationsverpflichtung in diesem Leistungsbereich im Erfassungsjahr 2007), erfolgt keine spezifische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen.											

Perforation und präoperative Verweildauer

Indikator	
Laufende Nummer Indikator	3
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Perforation und präoperative Verweildauer
Begründung, warum dieser QI derzeit nicht als QI für Patienten empfohlen wird	<p>Für diesen Qualitätsindikator kann die Empfehlung für eine Veröffentlichung der Ergebnisse zum jetzigen Zeitpunkt nicht befürwortet werden, da eine vollständige Evaluation dieses Qualitätsindikators anhand des QUALIFY-Instruments (http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/online/public/leistungen/qualify) noch nicht erfolgt ist.</p> <p>Der Qualitätsindikator wurde als Grundlage für den Strukturierten Dialog mit den Krankenhäusern entwickelt. Bei diesem Dialog besprechen Fachleute die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit leitenden Mitarbeitern in den Krankenhäusern. Zur endgültigen Einschätzung der Versorgungssituation können die Fachleute zusätzliche Informationen (z. B. zum gesundheitlichen Allgemeinzustand der Patienten vor der Behandlung oder zu organisatorischen Abläufen im Krankenhaus) hinzuziehen. Bei Bedarf werden Ziele zur Verbesserung der Versorgung gemeinsam mit dem Krankenhaus formuliert. Der Strukturierte Dialog ist damit ein wesentlicher Bestandteil des Verfahrens der externen Qualitätssicherung.</p> <p>Soll das Ergebnis eines Qualitätsindikators zur Information von Patienten veröffentlicht werden, müssen bestimmte methodische Kriterien unbedingt erfüllt sein. Um Fehlschlüsse aus dem Ergebnis zu verhindern, muss z. B. der gesundheitliche Allgemeinzustand der Patienten vor der Behandlung für die Berichterstattung über Komplikationen im Krankenhaus bereits bei der Berechnung des Qualitätsindikators berücksichtigt sein.</p> <p>Bearbeitungsstand 2007.</p>
Interpretationshilfe	-
Qualitätsziel	Möglichst kurze präoperative Verweildauer bei histologisch nachgewiesener Perforation (Ex-/Postbetrachtung)
Indikatortyp	Prozessindikator
Rationale	<p>Die Perforation der akuten Appendizitis ist eine gravierende Komplikation, die mit erhöhter Morbidität und Letalität einhergeht. Ziel der ärztlichen Therapie ist es, durch möglichst frühzeitige Operation die Perforation zu vermeiden.</p> <p>Die Perforationsrate ist abhängig von der Dauer zwischen Symptombeginn und Operation. Diese kann durch den Patienten selbst, den einweisenden Arzt, den erstuntersuchenden Arzt im Krankenhaus und der Verlaufsbeobachtung im Krankenhaus beeinflusst werden (Hale et al. 1997).</p> <p>Für die Bundesauswertung wird daher die Rate von Perforationen bei Patienten mit einem präoperativen Aufenthalt von über einen Tag ermittelt. Durch diese Berechnung ist es in gewissem Umfang möglich, einen Anhalt für eine zu spät gestellte Operationsindikation zu gewinnen.</p> <p>In einer Untersuchung an US-amerikanischen Militärkrankenhäusern befanden sich 4,5% aller Patienten mit perforierter Appendizitis zum Zeitpunkt der Operation länger als 24 Stunden im Krankenhaus.</p> <p>Methodik: Zur Darstellung der rechtzeitigen Indikationsstellung wurde berechnet, wie hoch bei Patienten mit nachgewiesener Perforation der Anteil der Patienten mit einer präoperativen Verweildauer von mehr als einem Tag war.</p> <p>Mit dieser Berechnung wurde erfasst,</p> <ul style="list-style-type: none"> • ob bei Patienten, deren Wurmfortsatz bereits vor der stationären Aufnahme perforiert war, die Operation nach der Aufnahme schnell erfolgt ist. • ob bei Patienten mit einer akuten Appendizitis durch rechtzeitige Indikationsstellung zur Operation eine Perforation während des stationären Aufenthaltes möglichst vermieden wurde. <p>Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sollen in Verbindung mit den Ergebnissen des</p>

Appendektomie

	Qualitätsindikator „Diagnosestellung“ erfolgen, um sowohl eine zu kritische wie auch eine zu unkritische Diagnosestellung betrachten zu können.
Literaturverzeichnis	Hale DA, Jaques DP, Molloy M, Pearl RH, Schutt DC, d'Avis JC. Appendectomy – Improving Care Through Quality Improvement. Archives of Surgery 1997; 132: 153-157.
Stellungnahmen zum QI	-
Aktuelle Bewertung QUALIFY	
Relevanz	
Wissenschaftlichkeit	
Praktikabilität	

Appendektomie

45324

Kennzahl																					
ID-Kennzahl	45324																				
Ergänzung Bezeichnung QI	-																				
Referenzbereich 2007	<= x% (Toleranzbereich; 90%-Perzentil)																				
Referenzbereich 2006	<= x% (90%-Perzentile)																				
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	<p>Dieser Qualitätsindikator ist durch den Chirurgen nur bedingt beeinflussbar (Bsp.: „verspätete“ konsiliarische Vorstellung durch andere Fachdisziplinen). Daher kann hier nach Ansicht der Fachgruppe kein absoluter Wert festgelegt werden.</p> <p>Dieser Referenzbereich ist für die Auswertung des Erfassungsjahres 2003 festgelegt worden. Da für das Erfassungsjahr 2007 für diesen Leistungsbereich keine Probeauswertung zur Verfügung stand (keine Dokumentationsverpflichtung in diesem Leistungsbereich im Erfassungsjahr 2007), erfolgt keine spezifische Festlegung eines Referenzbereichs für die Auswertung der Daten des Jahres 2007.</p>																				
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Keine Risikoadjustierung																				
Rechenregel	<p>Zähler: Patienten mit präoperativer Verweildauer* > 1 Tag</p> <p>Grundgesamtheit: Patienten mit histologisch nachgewiesener Perforation und gültigen Angaben der postoperativen Verweildauer</p>																				
Erläuterung der Rechenregel	* errechnet aus Differenz der Verweildauer und postoperativer Verweildauer																				
Verwendete Datenfelder	<p>Feldnamen 10.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>45</td> <td>Entlassungsdatum</td> <td></td> <td>ENTLDATEM</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Aufnahmedatum</td> <td></td> <td>AUFNDATEM</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>OP-Datum</td> <td></td> <td>OPDATEM</td> </tr> <tr> <td>29</td> <td>Perforation</td> <td>1 = ja</td> <td>ENTZPERFORAT</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	45	Entlassungsdatum		ENTLDATEM	6	Aufnahmedatum		AUFNDATEM	14	OP-Datum		OPDATEM	29	Perforation	1 = ja	ENTZPERFORAT
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname																		
45	Entlassungsdatum		ENTLDATEM																		
6	Aufnahmedatum		AUFNDATEM																		
14	OP-Datum		OPDATEM																		
29	Perforation	1 = ja	ENTZPERFORAT																		
Datenbasis BQS- Spezifikation	10.0																				
Teildatensatzbezug	12/2:B																				
Kommentar zur Kennzahl (BQS)	-																				
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	Da für das Erfassungsjahr 2007 für diesen Leistungsbereich keine Probeauswertung zur Verfügung stand (keine Dokumentationsverpflichtung in diesem Leistungsbereich im Erfassungsjahr 2007), erfolgt keine spezifische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006.																				
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Da für das Erfassungsjahr 2007 für diesen Leistungsbereich keine Probeauswertung zur Verfügung stand (keine Dokumentationsverpflichtung in diesem Leistungsbereich im Erfassungsjahr 2007), erfolgt keine spezifische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen.																				

Postoperative Wundinfektion

Indikator	
Laufende Nummer Indikator	4
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Postoperative Wundinfektion
Begründung, warum dieser QI derzeit nicht als QI für Patienten empfohlen wird	<p>Für diesen Qualitätsindikator kann die Empfehlung für eine Veröffentlichung der Ergebnisse zum jetzigen Zeitpunkt nicht befürwortet werden, da eine vollständige Evaluation dieses Qualitätsindikators anhand des QUALIFY-Instruments (http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/online/public/leistungen/qualify) noch nicht erfolgt ist.</p> <p>Der Qualitätsindikator wurde als Grundlage für den Strukturierten Dialog mit den Krankenhäusern entwickelt. Bei diesem Dialog besprechen Fachleute die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit leitenden Mitarbeitern in den Krankenhäusern. Zur endgültigen Einschätzung der Versorgungssituation können die Fachleute zusätzliche Informationen (z. B. zum gesundheitlichen Allgemeinzustand der Patienten vor der Behandlung oder zu organisatorischen Abläufen im Krankenhaus) hinzuziehen. Bei Bedarf werden Ziele zur Verbesserung der Versorgung gemeinsam mit dem Krankenhaus formuliert. Der Strukturierte Dialog ist damit ein wesentlicher Bestandteil des Verfahrens der externen Qualitätssicherung.</p> <p>Soll das Ergebnis eines Qualitätsindikators zur Information von Patienten veröffentlicht werden, müssen bestimmte methodische Kriterien unbedingt erfüllt sein. Um Fehlschlüsse aus dem Ergebnis zu verhindern, muss z. B. der gesundheitliche Allgemeinzustand der Patienten vor der Behandlung für die Berichterstattung über Komplikationen im Krankenhaus bereits bei der Berechnung des Qualitätsindikators berücksichtigt sein.</p> <p>Bearbeitungsstand 2007.</p>
Interpretationshilfe	-
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 z. B. 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. 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 haben Risikofaktoren identifiziert und einen Score zur Beurteilung des präoperativen Wundinfektionsrisikos entwickelt (Culver et al. 1991). In die Berechnung dieses Scores gehen die Merkmale Operationsdauer, ASA-Risikoklasse und präoperative Wundkontaminationsklasse ein. 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>
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): 152S-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.</p>

Appendektomie

	Surveillance postoperativer Wundinfektionen – Referenzdaten des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (KISS). Der Chirurg 2002; 73 (1): 76-82.
Stellungnahmen zum QI	-
Aktuelle Bewertung QUALIFY	
Relevanz	
Wissenschaftlichkeit	
Praktikabilität	

Appendektomie

45325

Kennzahl				
ID-Kennzahl	45325			
Ergänzung Bezeichnung QI	bei allen Patienten			
Referenzbereich 2007	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert			
Referenzbereich 2006	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.			
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	-			
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Keine Risikoadjustierung erforderlich			
Rechenregel	Zähler: Patienten mit postoperativer Wundinfektion Grundgesamtheit: Alle Patienten			
Erläuterung der Rechenregel	-			
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 10.0:			
	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname
	35	postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)	0 = nein 1 = ja	POSTOPWUNDINFEKTION
Datenbasis BQS- Spezifikation	10.0			
Teildatensatzbezug	12/2:B			
Kommentar zur Kennzahl (BQS)	-			
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	Da für das Erfassungsjahr 2007 für diesen Leistungsbereich keine Probeauswertung zur Verfügung stand (keine Dokumentationsverpflichtung in diesem Leistungsbereich im Erfassungsjahr 2007), erfolgt keine spezifische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006.			
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Da für das Erfassungsjahr 2007 für diesen Leistungsbereich keine Probeauswertung zur Verfügung stand (keine Dokumentationsverpflichtung in diesem Leistungsbereich im Erfassungsjahr 2007), erfolgt keine spezifische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen.			

Appendektomie

45333

Kennzahl				
ID-Kennzahl	45333			
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Patienten mit Risikoklasse 0			
Referenzbereich 2007	<= x% (Toleranzbereich; 95%-Perzentil)			
Referenzbereich 2006	<= x% (95%-Perzentile)			
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	<p>Ein Vergleich mit Daten aus der Literatur (Steinbrecher et al. 2002) ist aufgrund der sehr kurzen postoperativen Verweildauer deutlich eingeschränkt. Daher hat die Fachgruppe Viszeralchirurgie hier eine Perzentile als Referenzbereich festgelegt.</p> <p>Dieser Referenzbereich ist für die Auswertung des Erfassungsjahres 2003 festgelegt worden. Da für das Erfassungsjahr 2007 für diesen Leistungsbereich keine Probeauswertung zur Verfügung stand (keine Dokumentationsverpflichtung in diesem Leistungsbereich im Erfassungsjahr 2007), erfolgt keine spezifische Festlegung eines Referenzbereichs für die Auswertung der Daten des Jahres 2007.</p>			
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Additiver Score			
Rechenregel	<p>Zähler: Patienten mit postoperativer Wundinfektion</p> <p>Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Risikoklasse 0</p>			
Erläuterung der Rechenregel	<p>Risikoklassen werden gebildet nach NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance der Centers for Disease Control).</p> <p>Es wird jeweils ein Risikopunkt vergeben, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASA >= 3 - OP-Dauer > 75%-Perzentil der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit - ein kontaminierter oder septischer Eingriff vorliegt. <p>Patienten der Risikoklasse 0 haben 0 Risikopunkte</p> <p>OP-Dauer > 75%-Perzentil: 55 min (BQS-Bundesdatenpool 2003)</p>			
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 10.0:			
	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname
	35	postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)	0 = nein 1 = ja	POSTOPWUNDINFEKTION
	13	Einstufung nach ASA-Klassifikation	1 = normaler, ansonsten gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung 5 = moribunder Patient	ASA
	17	Dauer des Eingriffs (Schnitt-Nahtzeit)		OPDAUER
15	Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)	1 = aseptische Eingriffe 2 = bedingt aseptische Eingriffe 3 = kontaminierte Eingriffe 4 = septische Eingriffe	PRAEOPCDC	

Appendektomie

Datenbasis BQS-Spezifikation	10.0
Teildatensatzbezug	12/2:B
Kommentar zur Kennzahl (BQS)	-
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	Da für das Erfassungsjahr 2007 für diesen Leistungsbereich keine Probeauswertung zur Verfügung stand (keine Dokumentationsverpflichtung in diesem Leistungsbereich im Erfassungsjahr 2007), erfolgt keine spezifische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006.
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Da für das Erfassungsjahr 2007 für diesen Leistungsbereich keine Probeauswertung zur Verfügung stand (keine Dokumentationsverpflichtung in diesem Leistungsbereich im Erfassungsjahr 2007), erfolgt keine spezifische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen.

Appendektomie

Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen

Indikator	
Laufende Nummer Indikator	5
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen
Begründung, warum dieser QI derzeit nicht als QI für Patienten empfohlen wird	<p>Für diesen Qualitätsindikator kann die Empfehlung für eine Veröffentlichung der Ergebnisse zum jetzigen Zeitpunkt nicht befürwortet werden, da eine vollständige Evaluation dieses Qualitätsindikators anhand des QUALIFY-Instruments (http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/online/public/leistungen/qualify) noch nicht erfolgt ist.</p> <p>Der Qualitätsindikator wurde als Grundlage für den Strukturierten Dialog mit den Krankenhäusern entwickelt. Bei diesem Dialog besprechen Fachleute die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit leitenden Mitarbeitern in den Krankenhäusern. Zur endgültigen Einschätzung der Versorgungssituation können die Fachleute zusätzliche Informationen (z. B. zum gesundheitlichen Allgemeinzustand der Patienten vor der Behandlung oder zu organisatorischen Abläufen im Krankenhaus) hinzuziehen. Bei Bedarf werden Ziele zur Verbesserung der Versorgung gemeinsam mit dem Krankenhaus formuliert. Der Strukturierte Dialog ist damit ein wesentlicher Bestandteil des Verfahrens der externen Qualitätssicherung.</p> <p>Soll das Ergebnis eines Qualitätsindikators zur Information von Patienten veröffentlicht werden, müssen bestimmte methodische Kriterien unbedingt erfüllt sein. Um Fehlschlüsse aus dem Ergebnis zu verhindern, muss z. B. der gesundheitliche Allgemeinzustand der Patienten vor der Behandlung für die Berichterstattung über Komplikationen im Krankenhaus bereits bei der Berechnung des Qualitätsindikators berücksichtigt sein.</p> <p>Bearbeitungsstand 2007.</p>
Interpretationshilfe	-
Qualitätsziel	Selten allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Rationale	<p>Unter den „allgemeinen postoperativen Komplikationen“ werden kardiovaskuläre Komplikationen, postoperative Pneumonien, Thrombosen, Lungenembolien und Harnwegsinfekte zusammengefasst. Die Rate an diesen Komplikationen geht in der wissenschaftlichen Literatur in die Beurteilung des postoperativen Outcome größerer Operationen ein.</p> <p>Allgemeine postoperative Komplikationen nach Appendektomie sind selten. So wird die Rate an postoperativen Pneumonien in einer prospektiven multizentrischen Studie an 4.846 Patienten mit 0,25% angegeben. Die Rate an postoperativen Harnwegsinfekten betrug 0,6% (Koch et al. 2000).</p>
Literaturverzeichnis	Koch A, Schreiber LD, Mokros W, Rupprecht H, Lippert H. Qualitätssicherung Appendizitis – was hat sich geändert? – Analyse zweier prospektiver multizentrischer Qualitätssicherungsstudien. Zentralbl Chir 2000; 125 (2): 185-191.
Stellungnahmen zum QI	-
Aktuelle Bewertung QUALIFY	
Relevanz	
Wissenschaftlichkeit	
Praktikabilität	

Appendektomie

45349

Kennzahl									
ID-Kennzahl	45349								
Ergänzung Bezeichnung QI	-								
Referenzbereich 2007	<= x% (Toleranzbereich; 95%-Perzentil)								
Referenzbereich 2006	<= x% (95%-Perzentile)								
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	Die Angabe eines absoluten Grenzwertes erscheint nicht sinnvoll, da Komplikationen unspezifisch subsummiert werden. Dieser Referenzbereich ist für die Auswertung des Erfassungsjahres 2003 festgelegt worden. Da für das Erfassungsjahr 2007 für diesen Leistungsbereich keine Probeauswertung zur Verfügung stand (keine Dokumentationsverpflichtung in diesem Leistungsbereich im Erfassungsjahr 2007), erfolgt keine spezifische Festlegung eines Referenzbereichs für die Auswertung der Daten des Jahres 2007.								
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Keine Risikoadjustierung erforderlich								
Rechenregel	Zähler: Patienten mit mindestens einer behandlungsbedürftigen postoperativen Komplikation Grundgesamtheit: Alle Patienten								
Erläuterung der Rechenregel	-								
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 10.0: <table border="1" data-bbox="395 958 1441 1104"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>37</td> <td>allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>POKOMPLIKAT</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	37	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja	POKOMPLIKAT
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname						
37	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja	POKOMPLIKAT						
Datenbasis BQS- Spezifikation	10.0								
Teildatensatzbezug	12/2:B								
Kommentar zur Kennzahl (BQS)	-								
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	Da für das Erfassungsjahr 2007 für diesen Leistungsbereich keine Probeauswertung zur Verfügung stand (keine Dokumentationsverpflichtung in diesem Leistungsbereich im Erfassungsjahr 2007), erfolgt keine spezifische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006.								
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Da für das Erfassungsjahr 2007 für diesen Leistungsbereich keine Probeauswertung zur Verfügung stand (keine Dokumentationsverpflichtung in diesem Leistungsbereich im Erfassungsjahr 2007), erfolgt keine spezifische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen.								