

Externe Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

# Operative Gynäkologie

(Modul 15/1)

Jahresauswertung  
2007

## QUALITÄTSINDIKATOREN

**Sachsenhausen Frankfurt**

Schulstr. 31

60594 Frankfurt

**Geschäftsstelle  
Qualitätssicherung  
Hessen**

Frankfurter Straße 10-14  
65760 Eschborn

**Übersichtstabelle:**

**Sachsenhausen**

Indikatoren zu Prozessen		Referenzbereiche		Ergebnis 2007	Ergebnis 2006
				Klinikwert [ 95 % CI ]	Klinikwert [ 95 % CI ]
1	<b>Indikation bei Ovaryingriffen:</b> fehlende Histologie	Ziel: n.d.		<b>1,5 %</b> [ 0,1 ; 5,3 ]	1,5 % [ 0,1 ; 5,5 ]
2	<b>Indikation bei Ovaryingriffen:</b> Follikel- bzw. Corpus luteum-Zyste oder histologischer Normalbefund als führender histologischer Befund	Ziel: <= 20 % Auffälligkeit: > 20 %		<b>9,7 %</b> [ 1,9 ; 26 ]	6,9 % [ 0,8 ; 22,8 ]
3	<b>Organerhaltung bei Ovaryingriffen:</b> Patientinnen ≤40 Jahre	Ziel: >= 81,2 % Auffälligkeit: < 81,2 %		<b>98,1 %</b> [ 94,5 ; 99,6 ]	97,3 % [ 93,1 ; 99,3 ]
4	<b>Konisation:</b> fehlende Malignitätskriterien	Ziel: <= 10,2 % Auffälligkeit: > 10,2 %		<b>0 %</b> [ 0 ; 26,5 ]	0 % [ 0 ; 12 ]
5	<b>Konisation:</b> fehlende Histologie	Ziel: <= 5 % Auffälligkeit: > 5 %		<b>0 %</b> [ 0 ; 26,5 ]	0 % [ 0 ; 12 ]
6	<b>Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie</b>	Ziel: >= 90 % Auffälligkeit: < 90 %		<b>84,9 %</b> [ 80,9 ; 88,3 ]	93,4 % [ 90 ; 95,9 ]
7	<b>Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie</b>	Ziel: >= 95 % Auffälligkeit: < 95 %		<b>100 %</b> [ 98,9 ; 100 ]	100 % [ 98,6 ; 100 ]
8	<b>Indikation bei Hysterektomie</b>	Ziel: <= 4,3 % Auffälligkeit: > 4,3 %		<b>1,9 %</b> [ 0,8 ; 3,9 ]	1,4 % [ 0,4 ; 3,6 ]

Indikatoren zu Ergebnissen		Referenzbereiche		[ 95 % CI ]	[ 95 % CI ]
9	<b>Organverletzungen bei lap. Operationen:</b> alle Patientinnen	Auffälligkeit: > 1 %		<b>0 %</b> [ 0 ; 2,1 ]	0 % [ 0 ; 2,2 ]
10	<b>Organverletzungen bei lap. Operationen:</b> ohne Entlassungsdiagnose Karzinom, Endometriose und ohne Voroperation	Auffälligkeit: > 1,3 %		<b>0 %</b> [ 0 ; 5,4 ]	0 % [ 0 ; 4,5 ]
11	<b>Organverletzungen bei Hysterektomie:</b> alle Patientinnen	Auffälligkeit: > 3,4 %		<b>0,5 %</b> [ 0 ; 1,9 ]	0,3 % [ 0 ; 1,9 ]
12	<b>Organverletzungen bei Hysterektomie:</b> ohne Entlassungsdiagnose Karzinom, Endometriose und ohne Voroperation	Auffälligkeit: > 3,4 %		<b>0 %</b> [ 0 ; 4 ]	0,9 % [ 0 ; 5,1 ]
13	<b>Postoperative Harnwegsinfektionen:</b> nach Operationen mit postoperativer Verweildauer > 2 Tage	Auffälligkeit: > 3,1 %		<b>0,3 %</b> [ 0,1 ; 0,9 ]	0,7 % [ 0,2 ; 1,5 ]

**Leseanleitung**

**Erläuterungen zu den Tabellenspalten der Übersichtstabelle:**












Indikatoren zu Prozessen/Ergebnissen	Name des Qualitätsindikators & laufende Nummer
Referenzbereiche	Fest definierte oder errechnete Referenzbereiche des jeweiligen Indikators. Zielbereich: anzustrebender Bereich Auffälligkeitsbereich: Bereich rechnerisch auffälliger Ergebnisse n.d.: keine Referenzbereiche definiert
Ergebnis	Wert der eigenen Klinik im betreffenden Erhebungsjahr für den aufgeführten Qualitätsindikator. Die Werte in eckigen Klammern kennzeichnen das 95%-Konfidenzintervall [95% CI]. Das Konfidenzintervall kennzeichnet den Bereich, in dem der Klinikwert unter Ausschluss zufälliger Faktoren mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% liegt. Die Konfidenzintervalle ermöglichen eine Überprüfung auf statistische Signifikanz. Die Bewertung der Ergebnisse wird farblich veranschaulicht (siehe Erläuterungen auf der folgenden Seite ). Die Ergebnisse des Vorjahres wurden neu berechnet. n.b.: nicht berechnet, da keine Fälle beim jeweiligen Qualitätsindikator vorhanden

**Erläuterungen zu den Referenzwerten:**

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

	Grenze Zielbereich	Grenze Auffälligkeitsbereich	
Qualitätsindikator 1:	nicht definiert	nicht definiert	
Qualitätsindikator 2:	fixer Wert	fixer Wert	
Qualitätsindikator 3:	10%-Perzentile	10%-Perzentile	
Qualitätsindikator 4:	90%-Perzentile	90%-Perzentile	
Qualitätsindikator 5:	fixer Wert	fixer Wert	
Qualitätsindikator 6:	fixer Wert	fixer Wert	
Qualitätsindikator 7:	fixer Wert	fixer Wert	
Qualitätsindikator 8:	90%-Perzentile	90%-Perzentile	
Qualitätsindikator 9:	-	90%-Perzentile	
Qualitätsindikator 10:	-	90%-Perzentile	
Qualitätsindikator 11:	-	90%-Perzentile	
Qualitätsindikator 12:	-	90%-Perzentile	
Qualitätsindikator 13:	-	90%-Perzentile	

**Farbliche Bewertung der Klinikergebnisse:**

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

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

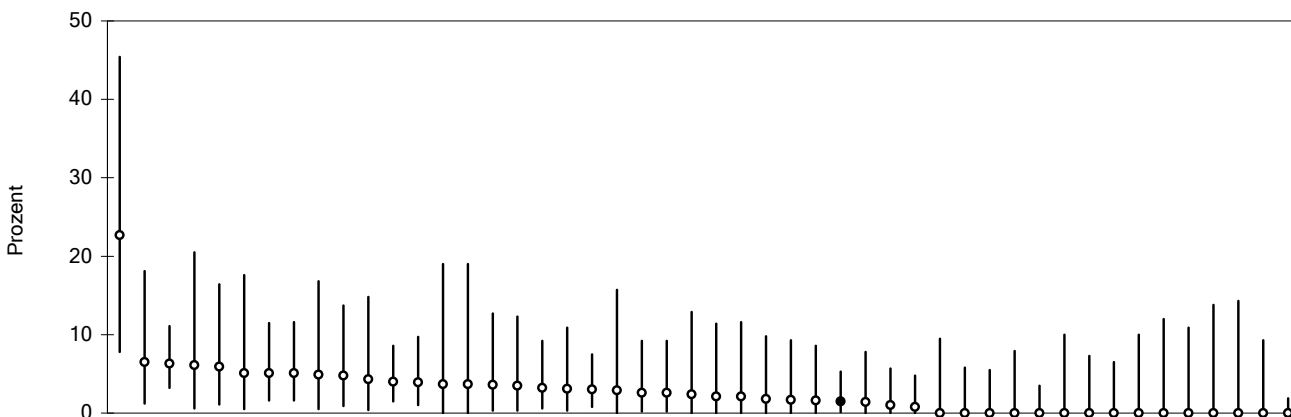
<p>Um einen Überblick über die Verteilung der Qualitätsindikatoren-Ergebnisse aller beteiligten Kliniken zu ermöglichen, werden diese zusätzlich grafisch dargestellt. Dies erfolgt in Form von sog. League tables (frei übersetzt: Krankenhaus-Liga-Tabellen) und Boxplot-Darstellungen.</p>	
<p>League-Table:</p>	<p>Auf der X-Achse werden die Ergebnisse der Kliniken für den jeweiligen Qualitätsindikator angegeben (i.d.R. in %). Jeder Punkt repräsentiert den Wert einer Klinik; der Wert Ihrer Klinik ist schwarz markiert. Die vertikalen Linien auf beiden Seiten der Punkte kennzeichnen das 95%-Konfidenzintervall. Hierbei weisen grosse Intervalle (=lange Linien) auf geringe Fallzahlen hin. Klinikwerte mit Fallzahlen von unter 20 (Nennerbedingung) werden aufgrund der grossen Konfidenzintervalle in der Grafik nicht aufgeführt. Der Ziel- und Auffälligkeitsbereich - sofern definiert - ist jeweils durch eine grüne bzw. rote Linie gekennzeichnet.</p> <p>Die Darstellung in Form von league tables ermöglicht die Abbildung signifikanter Unterschiede zwischen beteiligten Einrichtungen bzw. zwischen einer Einrichtung und dem geforderten Referenzbereich.</p> <p style="text-align: center;"> <span style="color: red;">—</span> Grenze des Auffälligkeitsbereichs                      <span style="color: green;">—</span> Grenze des Zielbereichs         </p>
<p>Boxplot-Darstellung:</p>	<p>Als Box wird das durch die Quartile bestimmte (graue) Rechteck bezeichnet. Sie umfasst 50% der Krankenhäuser der jeweiligen Gruppe. Die Länge der Box gibt den Interquartilbereich wieder. Dies ist ein Maß der Streuung, welches durch die Differenz des oberen und unteren Quartils bestimmt ist. Der horizontale Strich innerhalb der Box kennzeichnet den Median, welcher durch die Lage innerhalb der Box einen Eindruck von der den Daten zugrundeliegenden Verteilung vermittelt. Die vertikalen Linien unter- und oberhalb der Box werden als "Whisker" bezeichnet. Der untere Endpunkt gibt die 2,5%-Perzentile der der jeweiligen Gruppe wieder; das obere Ende die 97,5%-Perzentile.</p> <p>Insgesamt werden pro Diagramm vier Boxplots präsentiert. Hierzu wurden die Kliniken vorab in vier Gruppen eingeteilt. Die Gruppeneinteilung erfolgte anhand der Gesamtfallzahl des jeweiligen Qualitätsindikators. Die Gruppengrenzen werden durch die Quartile der Fallzahlen der beteiligten Kliniken bestimmt. Die daraus resultierenden Fallzahlkategorien sowie die Anzahl der Kliniken, auf denen das Boxplot der jeweiligen Kategorie beruht, werden in einer Tabelle rechts neben der Grafik aufgeführt.</p> <p>Das Ergebnis Ihrer Klinik wird in der Abbildung als Kreuz (X) gekennzeichnet.</p>

**1. Indikation bei Ovaryingriffen**

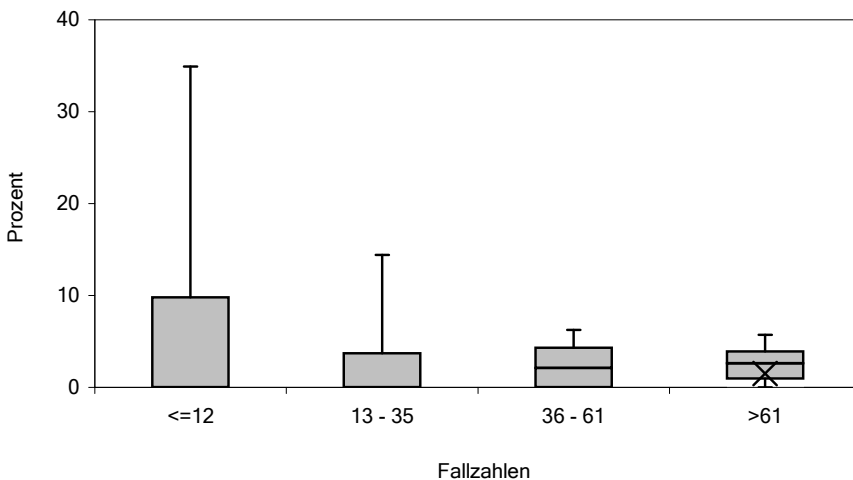
fehlende Histologie

Kennzahl: 2007/15n1-GYN/47596

	Hessen gesamt		Sachsenhausen	
	N	%	N	%
Patientinnen mit isoliertem Ovaryingriff (ohne Adnexektomie bei Mamma-Ca)	3 467		136	
- davon mit fehlender postoperativer Histologie	98	2,8	2	1,5
Vertrauensbereich (in %)	95 % CI 2,3 ; 3,4		95% CI 0,1 ; 5,3	



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	0,0	2,3	2,8	3,9	5,3	22,7



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=12	20
13 - 35	21
36 - 61	17
>61	20

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

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

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

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

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

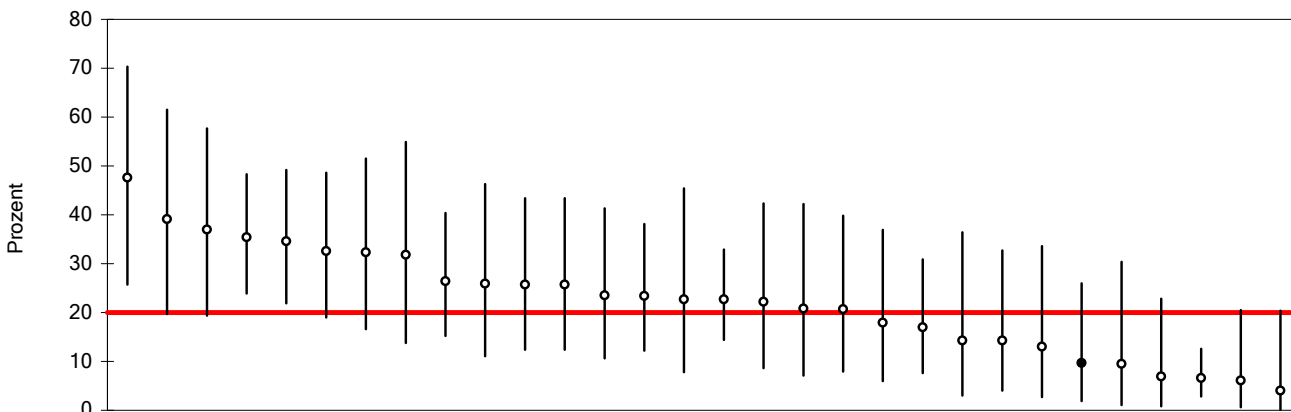
(Quelle: <http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/2007/ergebnisse/leistungsbereiche/gynop/indikatoren/3/rationale>)

**2. Indikation bei Ovarieingriffen**

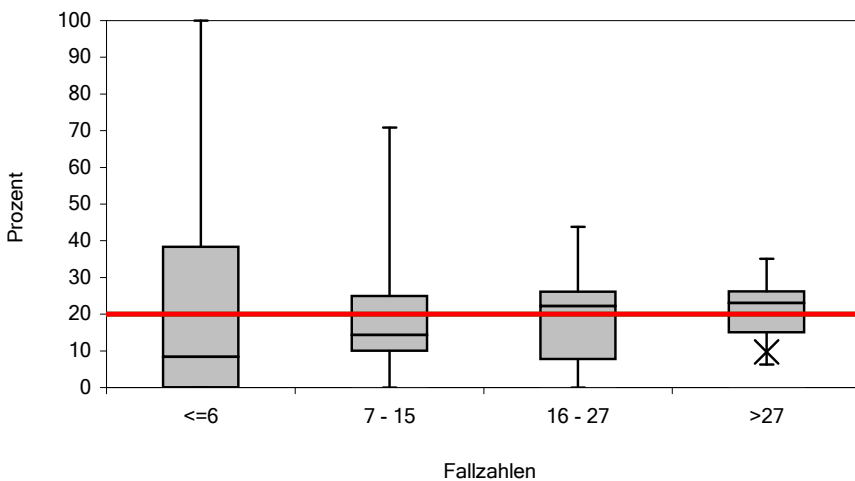
Follikel- bzw. Corpus luteum-Zyste oder histologischer Normalbefund als führender histologischer Befund

Kennzahl: 2007/15n1-GYN/66595

	Hessen gesamt		Sachsenhausen	
	N	%	N	%
Patientinnen mit isoliertem ablativen Ovarieingriff (ohne Adnexektomie bei Mamma-Ca)	1 482		31	
- davon mit Follikel- bzw. Corpus luteum-Zyste oder Normalbefund als führendem histologischen Befund	310	20,9	3	9,7
Vertrauensbereich (in %)	95 % CI 18,9 ; 23,1		95% CI 1,9 ; 26	



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	4,0	6,9	14,3	22,7	22,3	30,5	35,6	47,6



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=6	22
7 - 15	17
16 - 27	19
>27	18

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

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

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

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

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

(Quelle: <http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/2007/ergebnisse/leistungsbereiche/gynop/indikatoren/3/rationale>)

### 3. Organerhaltung bei Ovarieingriffen

Patientinnen ≤ 40 Jahre

Kennzahl: 2007/15n1-GYN/47601

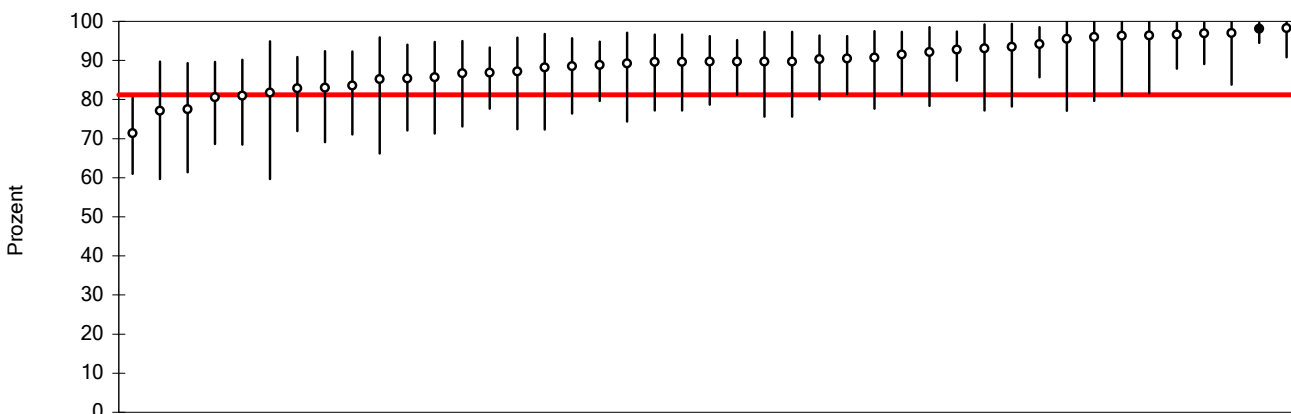
Patientinnen mit Ovarieingriffen und führendem benignen histologischen Befund (10 - 16, 18 lt. Schlüssel 3) und einer gültigen Altersangabe ≤ 40 Jahre

- davon mit organerhaltender Operation

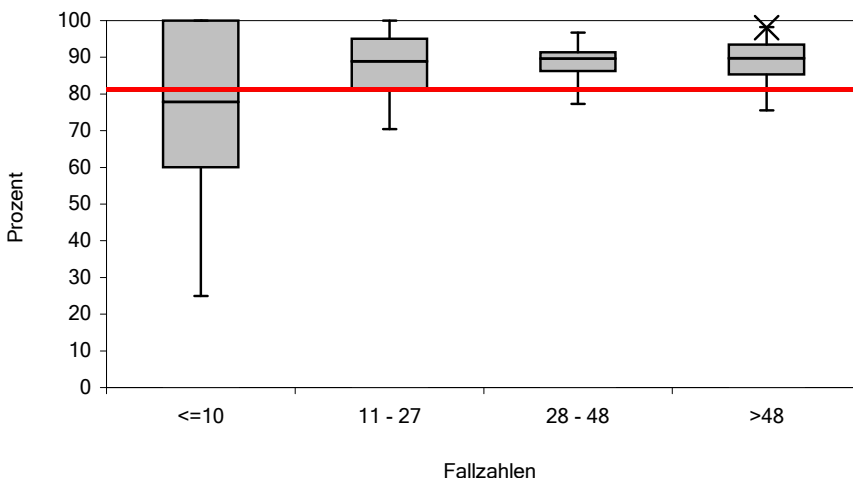
Hessen gesamt		Sachsenhausen	
N	%	N	%
2 561		158	
2 259	88,2	155	98,1

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
86,9 ; 89,4	94,5 ; 99,6



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	71,4	81,2	85,6	89,7	89,0	93,3	96,6	98,3



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=10	21
11 - 27	19
28 - 48	19
>48	19

#### Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

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

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

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

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

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

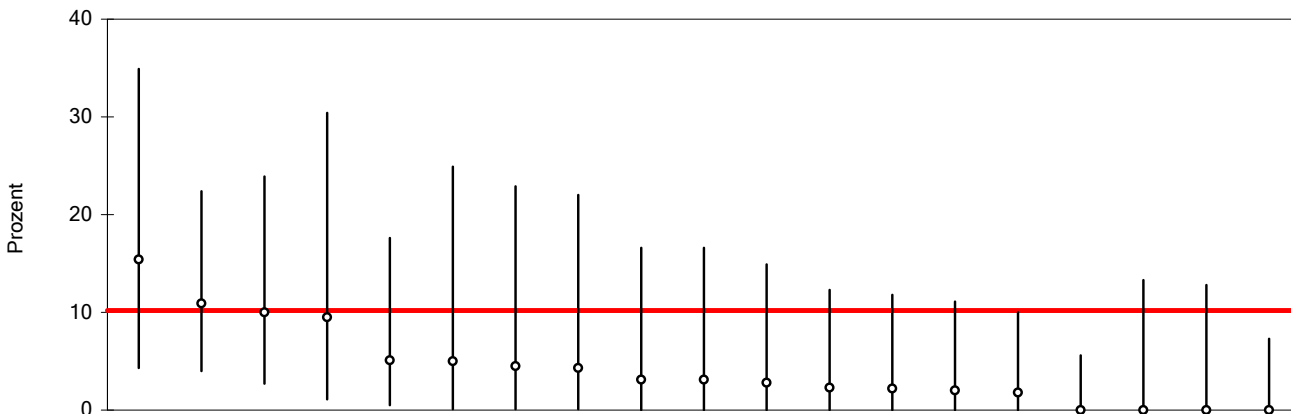
(Quelle: <http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/2007/ergebnisse/leistungsbereiche/gynop/indikatoren/4/rationale>)

**4. Konisation**

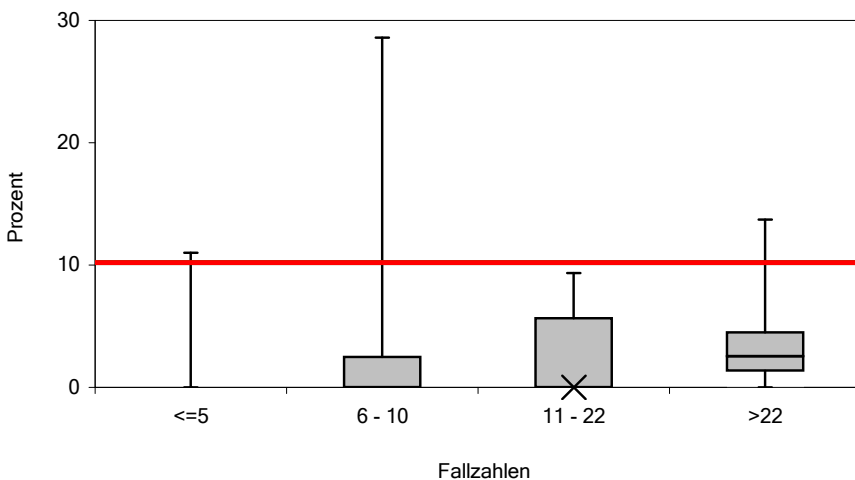
fehlende Malignitätskriterien

Kennzahl: 2007/15n1-GYN/66238

	Hessen gesamt		Sachsenhausen	
	N	%	N	%
Patientinnen mit Konisation	1 059		12	
- davon mit führender Histologie "Ektopie" oder mit histologischem Normalbefund	39	3,7	0	0,0
Vertrauensbereich (in %)	95 % CI 2,6 ; 5		95% CI 0 ; 26,5	



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	1,9	3,1	4,3	5,1	10,2	15,4



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=5	19
6 - 10	16
11 - 22	16
>22	16

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

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

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

Der Konisation folgt zwingend die fachgerechte histopathologische Aufarbeitung und Befundung des exzidierten Gewebes.

Die Indikation zur Konisation wird also gestellt als Ergebnis einer komplexen diagnostischen Kette. Diese kann sowohl auf verschiedene Versorgungssektoren (ambulant, stationär) als auch auf mehrere Fachdisziplinen (Gynäkologen, Pathologen) übergreifen. Wie auch bei anderen invasiven Eingriffen, muss die Indikation zur Konisation sehr sorgfältig gestellt werden.

(Quelle: <http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/2007/ergebnisse/leistungsbereiche/gynop/indikatoren/5/rationale>)



**5. Konisation**

fehlende Histologie

Kennzahl: 2007/15n1-GYN/66239

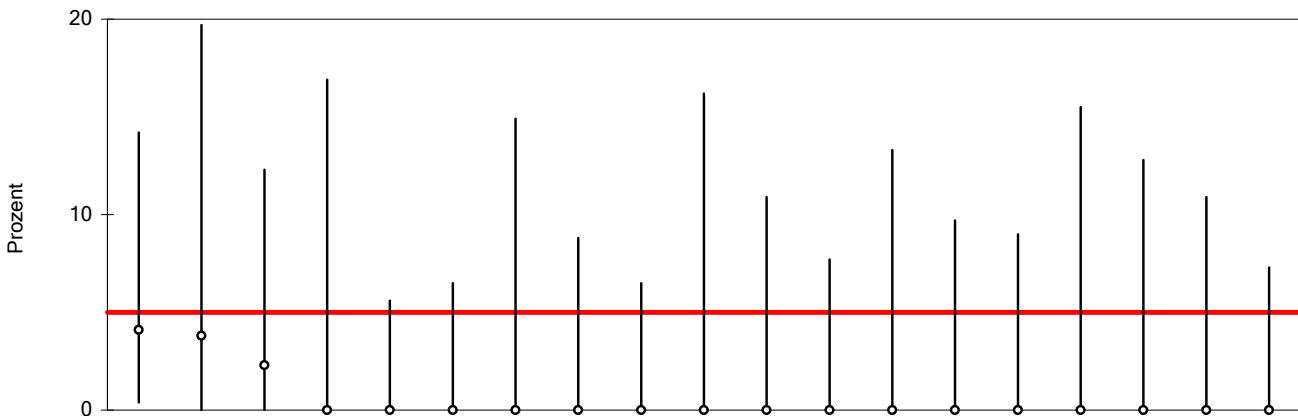
Patientinnen mit Konisation

- davon ohne postoperative Histologie

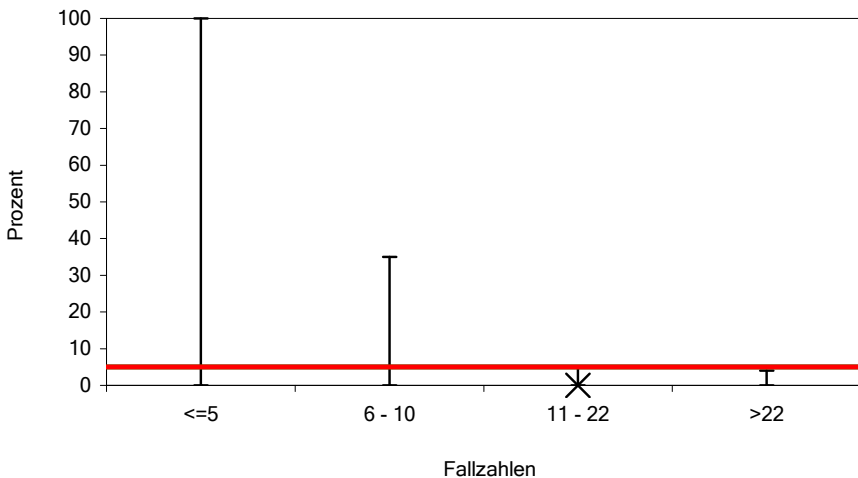
Hessen gesamt		Sachsenhausen	
N	%	N	%
1 059		12	
14	1,3	0	0,0

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
0,7 ; 2,2	0 ; 26,5



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	2,6	4,1



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=5	19
6 - 10	16
11 - 22	16
>22	16

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

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

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

Der Konisation folgt zwingend die fachgerechte histopathologische Aufarbeitung und Befundung des exzidierten Gewebes.

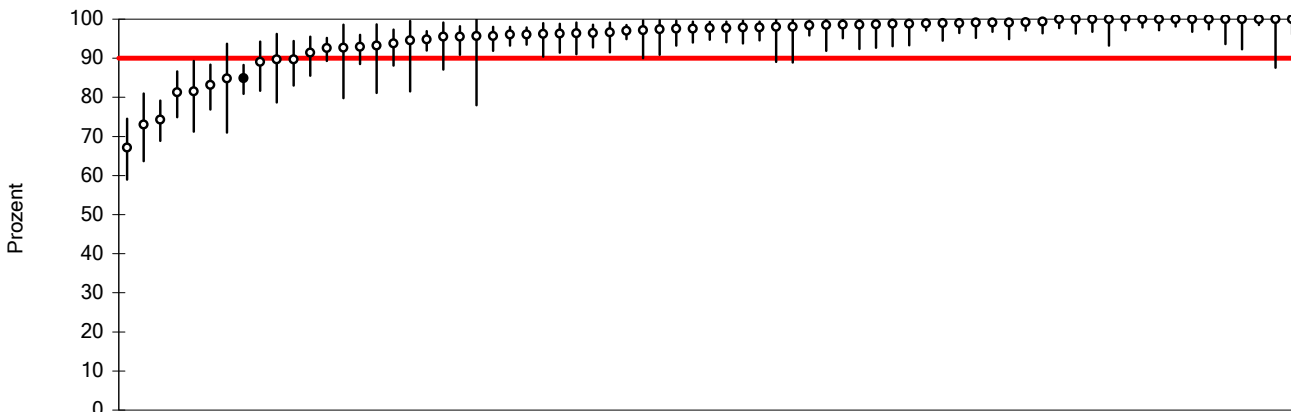
Die Indikation zur Konisation wird also gestellt als Ergebnis einer komplexen diagnostischen Kette. Diese kann sowohl auf verschiedene Versorgungssektoren (ambulant, stationär) als auch auf mehrere Fachdisziplinen (Gynäkologen, Pathologen) übergreifen. Wie auch bei anderen invasiven Eingriffen, muss die Indikation zur Konisation sehr sorgfältig gestellt werden.

(Quelle: <http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/2007/ergebnisse/leistungsbereiche/gynop/indikatoren/5/rationale>)

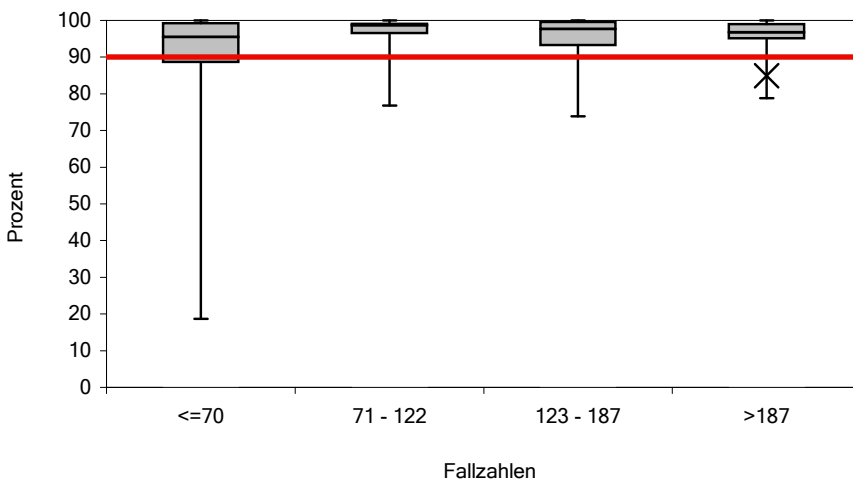
### 6. Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie

Kennzahl: 2007/15n1-GYN/47637

	Hessen gesamt		Sachsenhausen	
	N	%	N	%
Patientinnen mit Hysterektomie	10 576		383	
- davon mit Antibiotikaprophylaxe	9 997	94,5	325	84,9
Vertrauensbereich (in %)	95 % CI		95% CI	
	94,1 ; 95		80,9 ; 88,3	



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	67,1	84,9	94,7	97,7	95,2	99,1	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=70	19
71 - 122	19
123 - 187	20
>187	18

#### Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

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

Die Arbeitsgruppe von Mittendorf et al. (1993) stellte in einer Metaanalyse von randomisiert kontrollierten Studien fest, dass Wundinfektionen nach abdominalen Hysterektomie durch Antibiotikaprophylaxe signifikant um etwa 12% reduziert werden können (Evidenzgrad Ia, AHCPR). Auch bei vaginalem Operationszugang hat sich eine Antibiotikaprophylaxe in zahlreichen randomisiert kontrollierten Studien als effektiv erwiesen (u. a. Boodt et al. 1990; Dhar et al. 1993; Mickal et al. 1980, Löfgren et al. 2004) (Evidenzgrad Ib, AHCPR). Verschiedene Leitlinien (SIGN 2000, ASHP Therapeutic Guidelines 1999, AWMF-Leitlinie Nr. 029/022) sprechen deshalb eine klare Empfehlung für eine Antibiotikaprophylaxe aus. Für die abdominale Hysterektomie gibt das SIGN (2000) ein Number-needed-to-treat (NNT) von 8, bei vaginalen Hysterektomien von 4 an. Das bedeutet, dass 8 bzw. 4 Patientinnen eine prophylaktische Antibiotikagabe verabreicht werden muss, um 1 zusätzliche Wundinfektion zu vermeiden.

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

(Quelle: <http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/2007/ergebnisse/leistungsbereiche/gynop/indikatoren/6/rationale>)

### 7. Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie

Kennzahl: 2007/15n1-GYN/50554

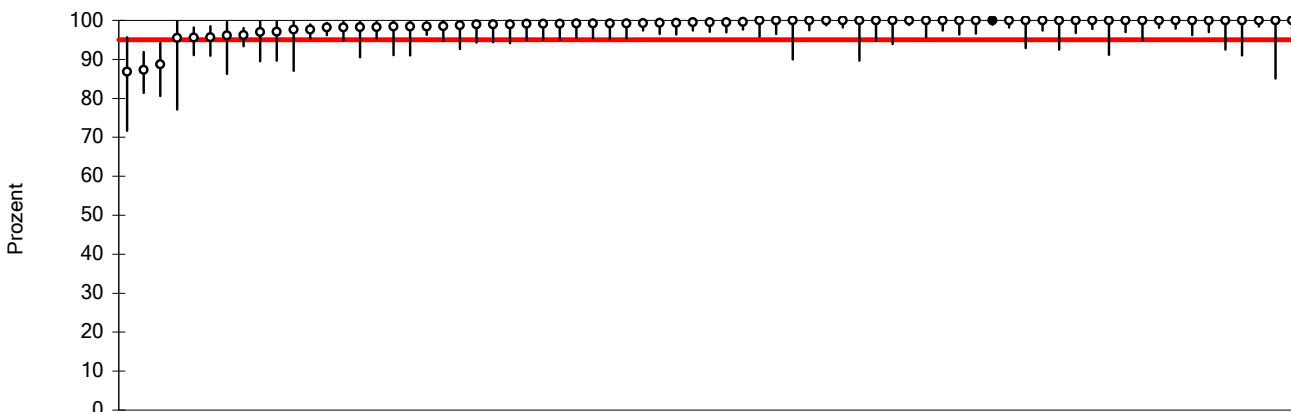
Patientinnen > 40 Jahre mit Hysterektomie

- davon mit medikamentöse Thromboseprophylaxe

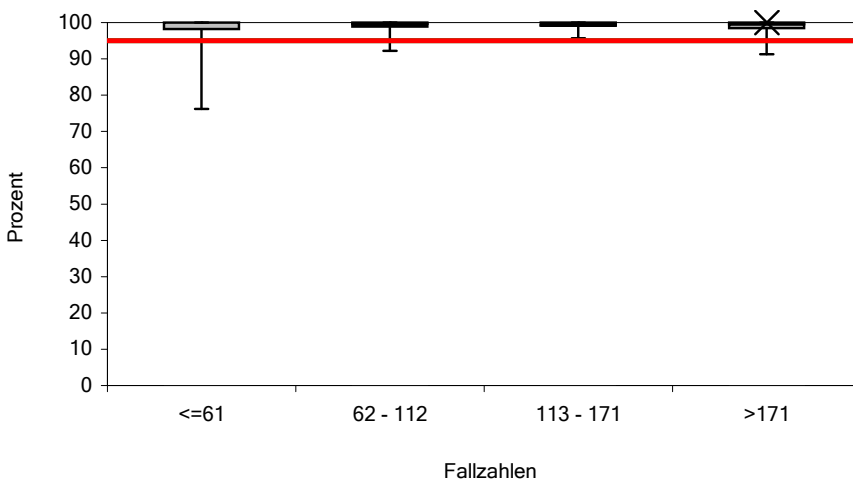
Hessen gesamt		Sachsenhausen	
N	%	N	%
9 536		342	
9 415	98,7	342	100,0

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
98,5 ; 98,9	98,9 ; 100



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	86,8	96,2	98,4	99,5	98,6	100,0	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=61	20
62 - 112	18
113 - 171	19
>171	19

#### Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

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

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

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

(Quelle: <http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/2007/ergebnisse/leistungsbereiche/gynop/indikatoren/8/rationale>)

### 8. Indikation bei Hysterektomie

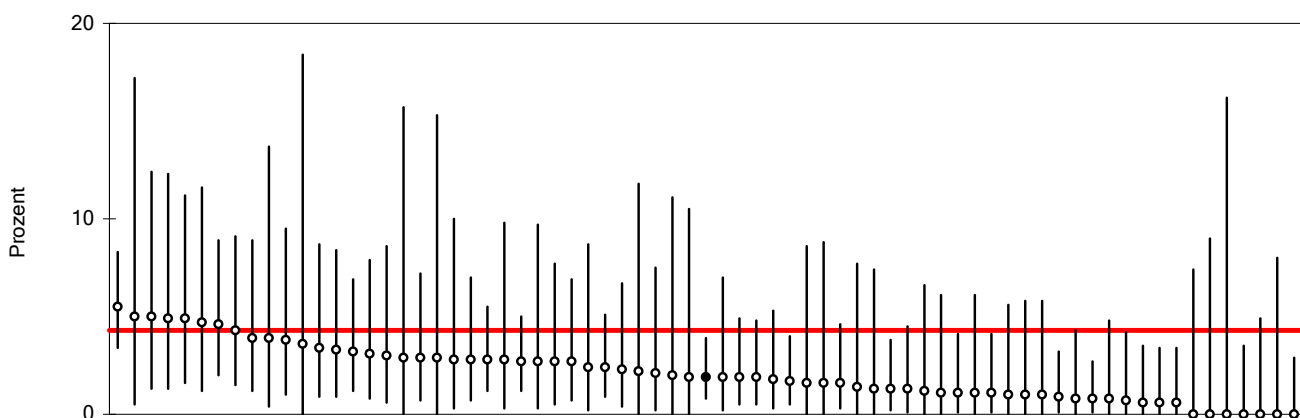
Kennzahl: 2007/15n1-GYN/47654

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

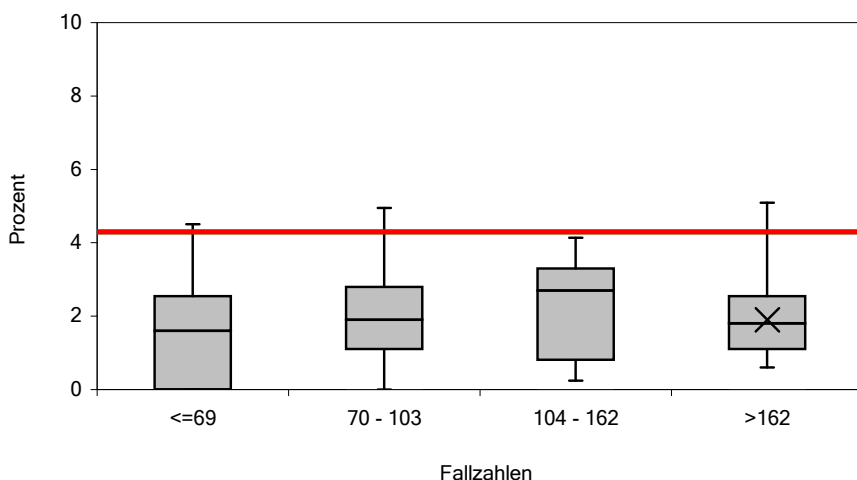
Hessen gesamt		Sachsenhausen	
N	%	N	%
9 207		365	
200	2,2	7	1,9

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
1,9 ; 2,5	0,8 ; 3,9



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,6	1,1	1,9	2,1	2,9	4,3	5,5



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=69	19
70 - 103	21
104 - 162	17
>162	19

#### Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

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

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

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

(Quelle: <http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/2007/ergebnisse/leistungsbereiche/gynop/indikatoren/7/rationale>)

**9. Organverletzungen bei lap. Operationen**  
alle Patientinnen

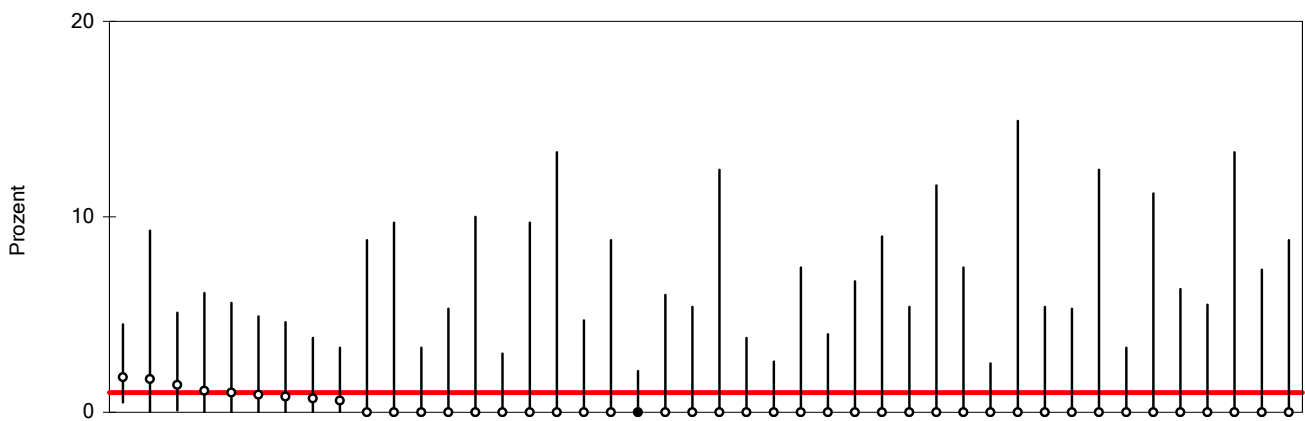
Kennzahl: 2007/15n1-GYN/8986

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

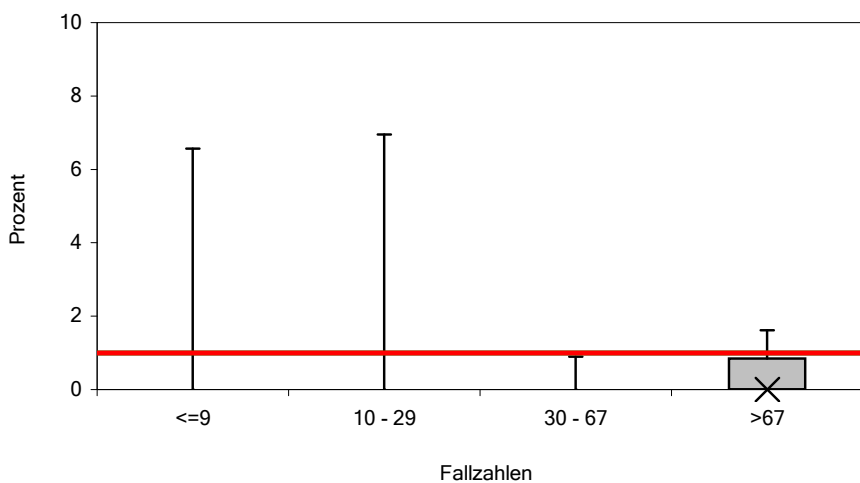
Hessen gesamt		Sachsenhausen	
N	%	N	%
3 691		173	
16	0,4	0	0,0

Vertrauensbereich (in %)

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



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



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=9	20
10 - 29	19
30 - 67	20
>67	19

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Leitfrage: Ist die Organverletzungsrate durch hohe Versorgungsqualität beeinflussbar?

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

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

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

(Quelle: <http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/2007/ergebnisse/leistungsbereiche/gynop/indikatoren/1/rationale>)

### 10. Organverletzungen bei lap. Operationen

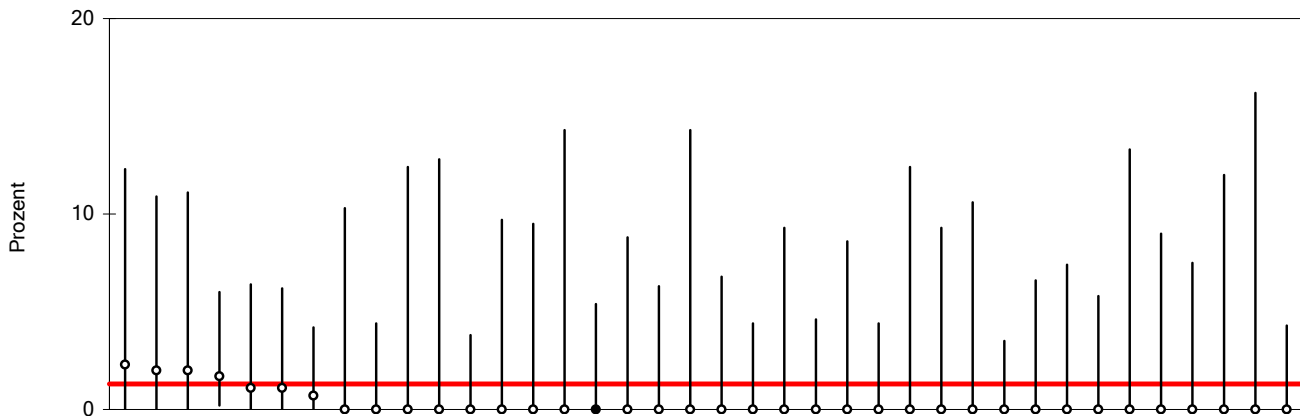
ohne Entlassungsdiagnose Karzinom, Endometriose und ohne Voroperation

Kennzahl: 2007/15n1-GYN/47589

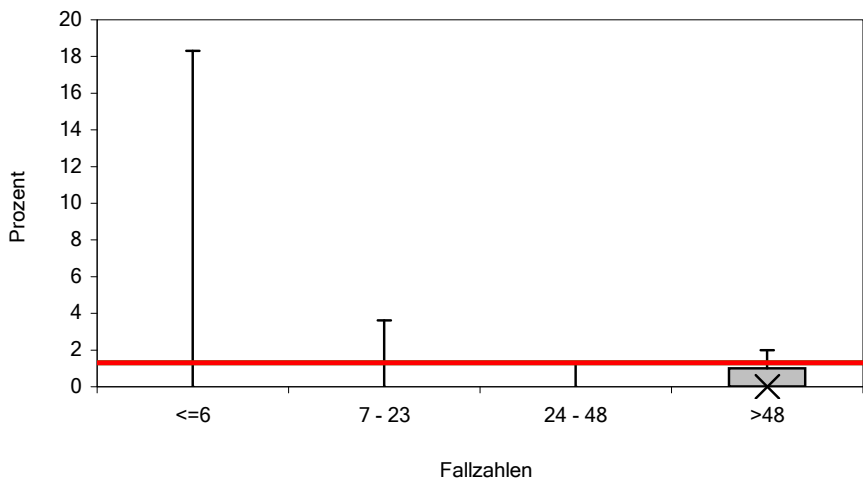
Patientinnen mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang sowie ohne Entlassungsdiagnose Karzinom, Endometriose und ohne Voroperation im gleichen OP-Gebiet  
- davon mit mindestens einer Organverletzung

Hessen gesamt		Sachsenhausen	
N	%	N	%
2 382		67	
10	0,4	0	0,0
95 % CI		95% CI	
0,2 ; 0,8		0 ; 5,4	

Vertrauensbereich (in %)



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



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=6	19
7 - 23	18
24 - 48	19
>48	18

#### Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

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

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

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

(Quelle: <http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/2007/ergebnisse/leistungsbereiche/gynop/indikatoren/1/rationale>)

**11. Organverletzungen bei Hysterektomie**  
alle Patientinnen

Kennzahl: 2007/15n1-GYN/47608

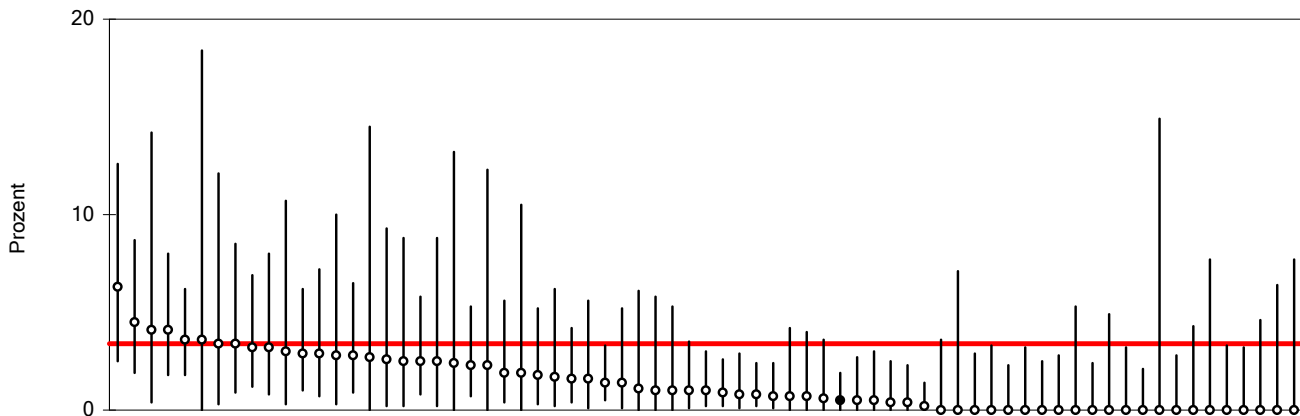
Patientinnen mit Hysterektomie

- davon mit mindestens einer Organverletzung

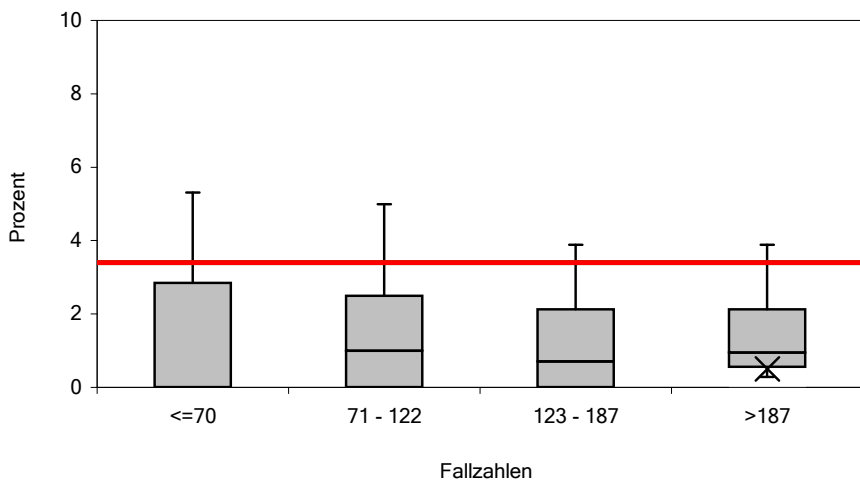
Hessen gesamt		Sachsenhausen	
N	%	N	%
10 576		383	
143	1,4	2	0,5

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
1,1 ; 1,6	0 ; 1,9



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	0,0	1,0	1,4	2,5	3,4	6,3



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=70	19
71 - 122	19
123 - 187	20
>187	18

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

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

(Quelle: <http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/2007/ergebnisse/leistungsbereiche/gynop/indikatoren/2/rationale>)

### 12. Organverletzungen bei Hysterektomie

ohne Entlassungsdiagnose Karzinom, Endometriose und ohne Voroperation

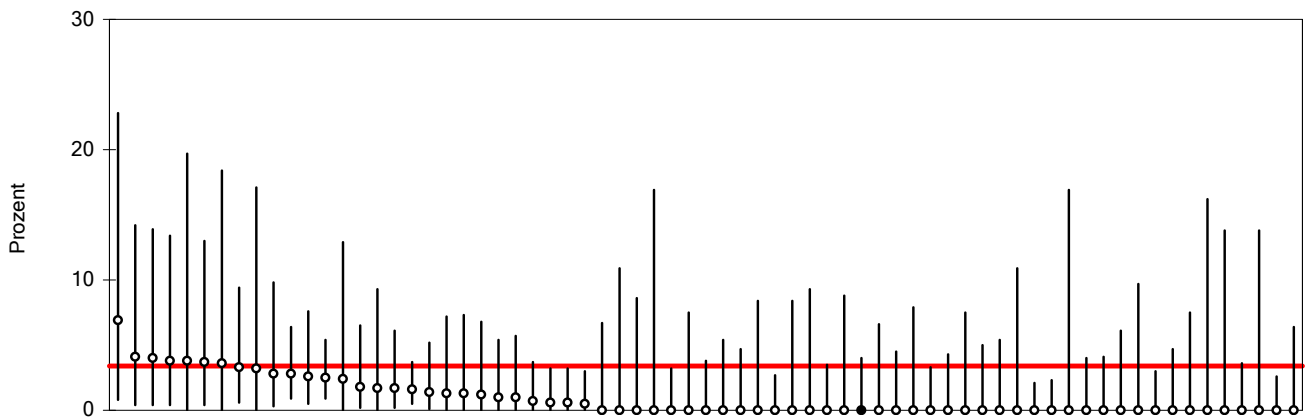
Kennzahl: 2007/15n1-GYN/47612

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

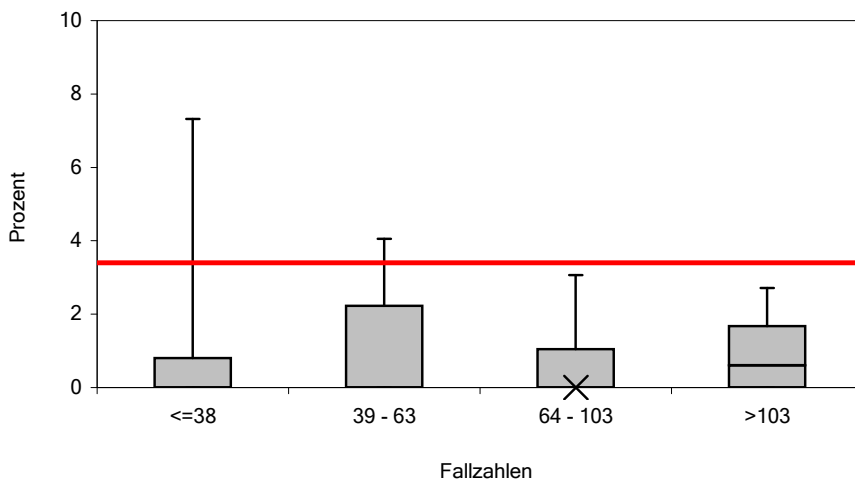
Hessen gesamt		Sachsenhausen	
N	%	N	%
5 865		90	
55	0,9	0	0,0

Vertrauensbereich (in %)

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



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



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=38	20
39 - 63	18
64 - 103	20
>103	18

#### Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Organverletzungen stellen zwar mengenmäßig nicht den bedeutendsten Anteil der Komplikationen bei einer Hysterektomie, sie können aber insbesondere bei verzögerter Erkennung zu einer beträchtlichen postoperativen Morbidität beitragen.

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

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

Als Risikofaktoren für Organverletzungen werden von Petri das Vorliegen einer Endometriose, Entzündungen, Voroperationen, kongenitale Anomalien, stattgehabte Strahlentherapie, intraligamentäre und zervikale Myome, ein unerfahrener Operateur, mangelhafter Zugang, Beleuchtung und Darstellung angegeben (Petri 1999). Diese Zusammenstellung stellt jedoch keine systematische empirische Rangfolge dar, sie beruht eher auf der Analyse von Schadenfällen.

Patientenunabhängig und damit durch die Klinik beeinflussbar sind nur der „unerfahrene Operateur“ (wobei hierzu keine Definition vorliegt), die allgemeine Sorgfalt und der mangelhafte Zugang sowie Beleuchtung und Darstellung. In der Literatur finden sich Hinweise auf einen Zusammenhang nur zwischen dem Auftreten von Organverletzungen und der Erfahrung des Operateurs. Des Weiteren konnten keine Methoden identifiziert werden, welche speziell die Vermeidung von Organverletzungen bei Hysterektomien ermöglichen.

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

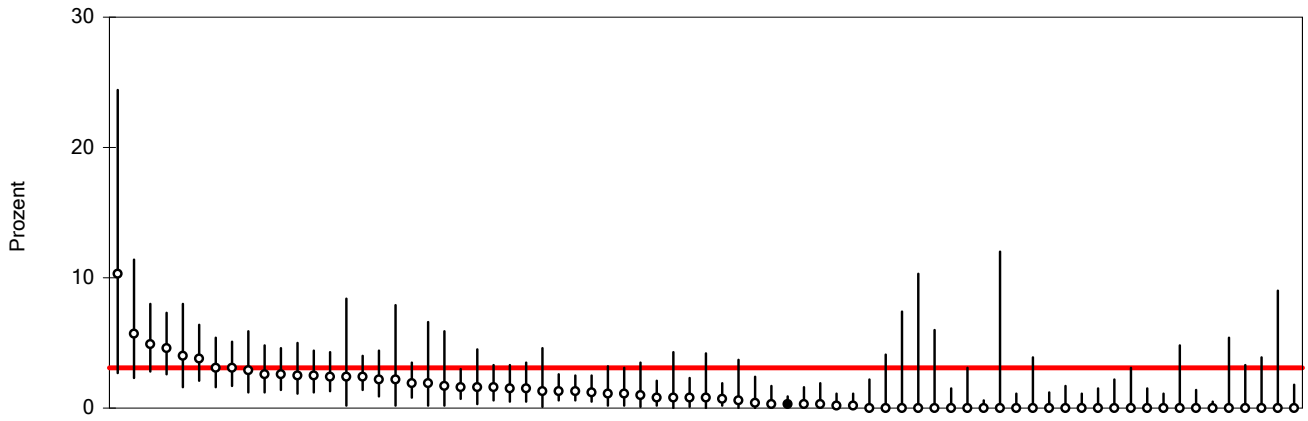
(Quelle: <http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/2007/ergebnisse/leistungsbereiche/gynop/indikatoren/2/rationale>)



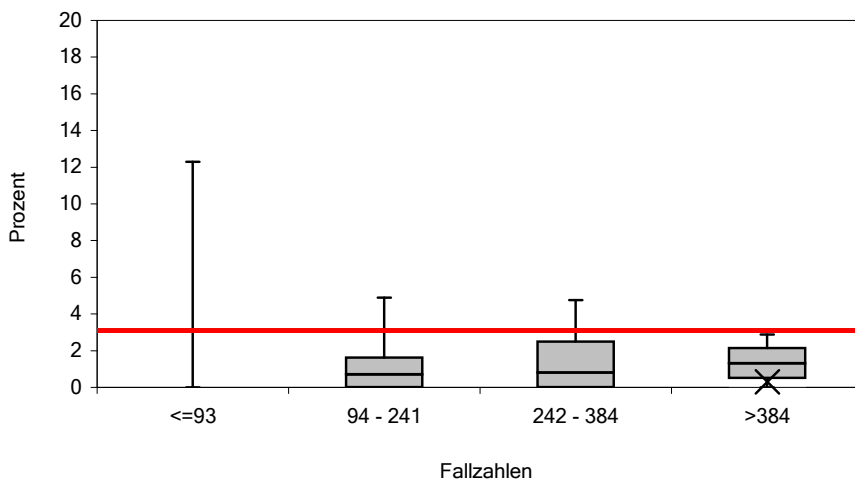
**13. Postoperative Harnwegsinfektionen**  
nach Operationen mit postoperativer Verweildauer > 2 Tage

Kennzahl: 2007/15n1-GYN/HE1234

	Hessen gesamt		Sachsenhausen	
	N	%	N	%
Patientinnen mit gynäkologischen Eingriffen und postoperativer Verweildauer > 2 Tage	21 536		987	
- davon mit postoperativer Harnwegsinfektion	277	1,3	3	0,3
Vertrauensbereich (in %)	95 % CI 1,1 ; 1,4		95% CI 0,1 ; 0,9	



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	0,0	0,8	1,3	1,9	3,1	10,3



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=93	21
94 - 241	20
242 - 384	21
>384	19

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

-