



Externe Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

Operative Gynäkologie (Modul 15/1)

Jahresauswertung

2013

QUALITÄTSINDIKATOREN

HE108

GQH

©
Geschäftsstelle
Qualitätssicherung
Hessen

Frankfurter Straße 10-14
65760 Eschborn

Krankenhaus Sachsenhausen

Frankfurt

Übersichtstabelle:

Sachsenhausen FFM

Kennzahl-ID/ Details auf Seite	Indikatoren zur Indikation und Prozessen	Referenzbereiche	Ergebnis 2013 Klinikwert [95 % CI]	Ergebnis 2012 Klinikwert [95 % CI]
12874 Seite 4	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebseentfernung	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 5 % Ø in Hessen: 1,4 %	0,5 % [0,1 ; 2,9] 1 / 192 Fällen	0,5 % [0,1 ; 2,9] 1 / 194 Fällen
10211 Seite 5	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 20 % Ø in Hessen: 10,6 %	8,5 % [3,7 ; 18,4] 5 / 59 Fällen	6,5 % [2,5 ; 15,4] 4 / 62 Fällen
51907 Seite 6	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 55,9 % Ø in Hessen: 37,9 %	47,5 % [35,3 ; 60] 28 / 59 Fällen	56,5 % [44,1 ; 68,1] 35 / 62 Fällen
612 Seite 7	Organerhaltung bei Ovareingriffen - Patientinnen ≤ 40 Jahre	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 77,8 % Ø in Hessen: 91,4 %	98,4 % [95,3 ; 99,4] 181 / 184 Fällen	97,7 % [94,3 ; 99,1] 173 / 177 Fällen
665 Seite 8	Konisation bei Ektopie oder Normalbefund	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 11,5 % Ø in Hessen: 3,4 %	0 % [0 ; 49] 0 / 4 Fällen	0 % [0 ; 65,8] 0 / 2 Fällen
666 Seite 9	Fehlende Postoperative Histologie nach Konisation	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 5 % Ø in Hessen: 0,7 %	0 % [0 ; 49] 0 / 4 Fällen	0 % [0 ; 65,8] 0 / 2 Fällen
HE15101 Seite 10	Antibiotikaprophylaxe (nach Empfehlungen der PEG) bei Hysterektomie bei Patientinnen mit Hauptdiagnose Leiomyom des Uterus	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 95 % Ø in Hessen: 94,4 %	98,1 % [95,2 ; 99,2] 204 / 208 Fällen	99,6 % [97,8 ; 99,9] 248 / 249 Fällen
HE15102 Seite 11	Hysterektomie bei Hauptdiagnose Leiomyom des Uterus bei Patientinnen ohne malignen Befund und einem Alter unter 35 Jahren	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 4,9 % Ø in Hessen: 1,9 %	1,6 % [0,7 ; 3,7] 5 / 309 Fällen	0,6 % [0,2 ; 2] 2 / 363 Fällen
HE15105 Seite 12	Organerhaltende OP bei Patientinnen unter 40 Jahren und Hauptdiagnose Leiomyom des Uterus	Ziel: ≥ 89,2 % Auffälligkeit: < 57,5 % Ø in Hessen: 71,1 %	90,4 % [86 ; 93,5] 217 / 240 Fällen	92,3 % [87,9 ; 95,2] 193 / 209 Fällen

Indikatoren zu Ergebnissen

51417 Seite 13	Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen (nur Bundesfälle)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 1,9 % Ø in Hessen: 0,4 %	0,4 % [0,1 ; 1,4] 2 / 500 Fällen	0,6 % [0,2 ; 1,6] 3 / 541 Fällen
51906 Seite 14	Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen (O/E) (nur Bundesfälle)	Ziel: ≤ 1 Auffälligkeit: > 4,23 Hessen: 0,39 % O/E = 0,88	0,77 [0,21 ; 2,79] 2 / 500 Fällen (0,4 %)	1,05 % [0,36 ; 3,06] 3 / 544 Fällen (0,55 %)
HE15106 Seite 15	Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen (alle Fälle)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 1,4 % Ø in Hessen: 0,5 %	0,3% [0,1 ; 1] 3 / 897 Fällen	0,5 [0,2 ; 1,1] 5 / 1064 Fällen
HE15103 Seite 16	Organverletzungen bei Hysterektomie (Hauptdiagnose Leiomyom des Uterus)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 3,6 % Ø in Hessen: 1,4 %	0,4 % [0,1 ; 1,6] 2 / 446 Fällen	0,2 % [0 ; 1,2] 1 / 483 Fällen
HE15104 Seite 17	Organverletzungen bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation mit Hysterektomie (Hauptdiagnose Leiomyom des Uterus)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 3 % Ø in Hessen: 0,8 %	0 % [0 ; 3] 0 / 126 Fällen	0,6 % [0,1 ; 3,3] 1 / 169 Fällen

Sentinel Events

51418 Seite 18	Organverletzungen bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation mit laparoskopischer Operation (nur Bundesfälle)	Auffälligkeit: sentinel event in Hessen: 5 Fälle	0 Fälle	0 Fälle
HE15107 Seite 19	Organverletzungen bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation mit laparoskopischer Operation (alle Fälle)	Auffälligkeit: sentinel event in Hessen: 7 Fälle	0 Fälle	1 Fall

LESEANLEITUNG

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

	Hessen gesamt		eigene Klinik	
	N	%	N	%
Datensätze gesamt	2 807	0,0	192	0,0

Erläuterungen zu den Tabellenspalten der Übersichtstabelle:

Indikatoren zu Prozessen/Ergebnissen

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

Referenzbereiche

Fest definierte oder errechnete Referenzbereiche des jeweiligen Indikators.

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

Auffälligkeitsbereich: Bereich rechnerisch auffälliger Ergebnisse

n.d.: keine Referenzbereiche definiert

Ergebnis

Wert der eigenen Klinik im betreffenden Erhebungsjahr für den aufgeführten Qualitätsindikator. Die Werte in eckigen Klammern kennzeichnen das 95%-Konfidenzintervall [95% CI]. Das Konfidenzintervall kennzeichnet den Bereich, in dem der Klinikwert unter Ausschluss zufälliger Faktoren mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% liegt. Die Konfidenzintervalle ermöglichen eine Überprüfung auf statistische Signifikanz. Die Bewertung der Ergebnisse wird farblich veranschaulicht (siehe Erläuterungen auf der folgenden Seite).

n.b.: nicht berechnet, da keine Fälle beim jeweiligen Qualitätsindikator vorhanden

Erläuterungen zu den Referenzbereichen:

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

Qualitätsindikator	Grenze Zielbereich	Grenze Auffälligkeitsbereich	Abbildung auf:
Kennzahl Kurzbezeichnung			
12874 Fehlende Histologie bei Ovareingriff	nicht definiert	fixer Wert	Seite 4
10211 Ovarentfernung ohne pathol Befund	nicht definiert	fixer Wert	Seite 5
51907 Ovarentfernung o. path./spez. Befund	nicht definiert	90%-Perzentile Bund	Seite 6
612 Organerhaltung bei Ovareingriffen	nicht definiert	5%-Perzentile Bund	Seite 7
665 Konisation bei Ekt. oder Normalbefund	nicht definiert	95%-Perzentile Bund	Seite 8
666 Konisation mit fehlender Histo	nicht definiert	fixer Wert	Seite 9
HE15101 AB-Proph. (PEG) bei Hysterek.(D25)	nicht definiert	fixer Wert	Seite 10
HE15102 Hysterekt. bei Pat. < 35 Jahren (D25)	nicht definiert	90%-Perzentile Hessen	Seite 11
HE15105 Organerh. OP bei Utersumyom	75%-Perzentile Hessen	10%-Perzentile Hessen	Seite 12
51417 Organverletzung bei lap. OP (Bund)	nicht definiert	95%-Perzentile Bund	Seite 13
51906 Organverletzung bei lap. OP (O/E) (Bund)	fixer Wert	95%-Perzentile Bund	Seite 14
HE15106 Organverletzung bei lap. OP (alle Fälle)	nicht definiert	90%-Perzentile Hessen	Seite 15
HE15103 Organverl. bei Hysterekt. (D25)	nicht definiert	90%-Perzentile Hessen	Seite 16
HE15104 Organverl. b. Hysterekt.(Risikoarm, D25)	nicht definiert	90%-Perzentile Hessen	Seite 17
51418 Organverl. bei lap OP - Risikoarm - Bund	Sentinel Event	sentinel event	Seite 18
HE15107 Organverl. bei lap OP - Risikoarm - alle	Sentinel Event	sentinel event	Seite 19

Die Auswertungen wurden unter der Verwendung bundeseinheitlicher Rechenregeln des AQUA-Institus Göttingen © 2014 erstellt

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

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

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

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

Erläuterungen zu der farblichen Bewertung der Klinikergebnisse auf Übersichtstabelle:

- Ziel erreicht, Klinikwert erreicht gewünschte Rate
- Klinikwert erreicht Zielvorgabe, jedoch nicht signifikant
- Klinikwert im Warnbereich zwischen Ziel und Auffälligkeit
- Klinikwert auffällig, jedoch nicht signifikant
- Klinikwert signifikant auffällig
- kein Referenzbereich definiert oder keine Fälle vorhanden
- sentinel event; Einzelfallanalyse empfohlen

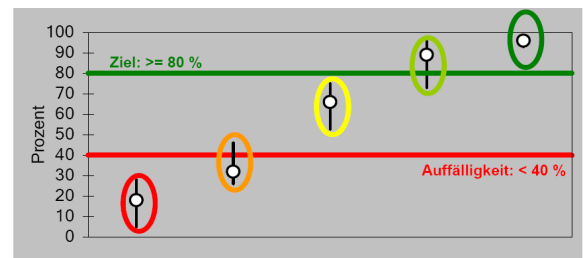


Abb. 1

Erläuterungen zu den grafischen Darstellungen der folgenden Seiten:

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

Auf der X-Achse werden die Ergebnisse der Kliniken für den jeweiligen Qualitätsindikator angegeben (i.d.R. in %). Jeder Punkt repräsentiert den Wert einer Klinik. Die vertikalen Linien auf beiden Seiten des Punktes kennzeichnen das 95%-Konfidenzintervall. Hierbei weisen große Intervalle (=lange Linien) auf geringe Fallzahlen hin. Klinikwerte mit Fallzahlen von unter 20 (Nennerbedingung) werden aufgrund der großen Konfidenzintervalle in der Grafik nicht aufgeführt. Der Ziel- und Auffälligkeitsbereich - sofern definiert - wird jeweils durch eine grüne bzw. rote Linie gekennzeichnet. Als Sortierkriterium wird der Grad der Zielerreichung in aufsteigender Form gewählt ("auffällige" Klinikergebnisse sind links angeordnet).

Alle Ergebnisse außerhalb des Referenzbereiches stellen eine rechnerische Auffälligkeit dar. Zeigt das Konfidenzintervall zusätzlich keine Überschneidung mit dem geforderten Bereich, liegt eine statistisch signifikante Auffälligkeit vor.

Unterhalb der Grafik werden ggf. verschiedene Kennwerte der Verteilung der Klinikergebnisse aufgeführt: Minimum (Min), 10. Perzentile (P10), 25. Perzentile (P25), Median, Mittelwert (Mittel), 75. Perzentile (P75), 90. Perzentile (P90) und Maximum (Max).

Box-Whisker-Plot (s. Abb. 2):

Als Box wird das durch die Quartile bestimmte (graue) Rechteck bezeichnet. Sie umfasst 50% der Krankenhäuser. Durch die Länge der Box ist der Interquartilsabstand abzulesen. Dies ist ein Maß der Streuung, welches durch die Differenz des oberen und unteren Quartils bestimmt ist. Als Weiteres ist der Median in der Box eingezeichnet, welcher durch seine Lage innerhalb der Box einen Eindruck von der Schiefe der den Daten zugrunde liegenden Verteilung vermittelt.

Als „Whisker“ werden die vertikalen Linien bezeichnet. In diesem Bericht stellen sie die 2,5% sowie die 97,5%-Perzentile dar. Innerhalb der Whiskergrenzen liegen somit 95% aller Werte.

Insgesamt werden pro Diagramm vier Boxplots präsentiert. Hierzu wurden die Kliniken in vier Fallzahlkategorien eingeteilt. Diese Fallzahlkategorien sowie die Anzahl der Kliniken, auf denen das Boxplot der jeweiligen Kategorie beruht, werden in einer Tabelle rechts neben der Grafik aufgeführt. Falls ein Krankenhaus keinen Fall in die Berechnung des jeweiligen Qualitätsindikators einbringt, wird es nicht in den Boxplot einbezogen.

In den Abbildungen als Kreuz (X) gekennzeichnet ist der Ergebniswert Ihrer Klinik.

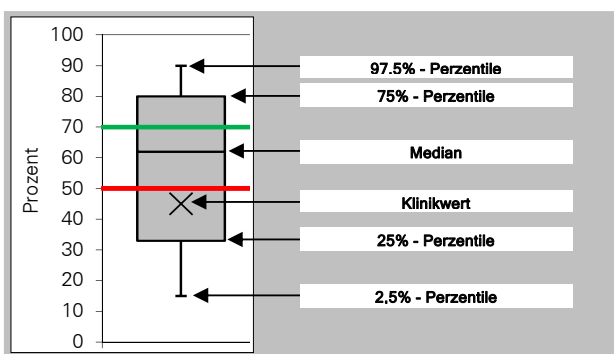


Abb. 2

Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung

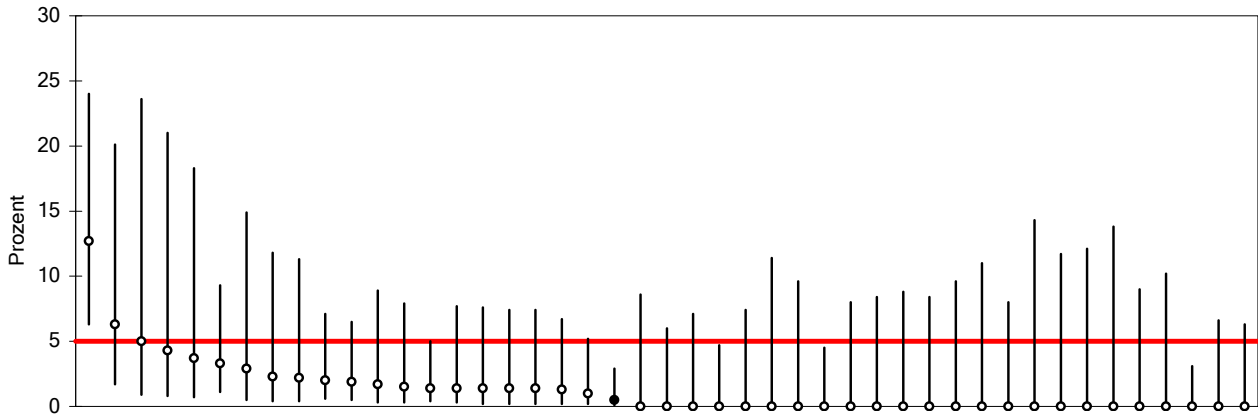
Kennzahl: 15/1 - 12874

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

- davon mit fehlender postoperativer Histologie

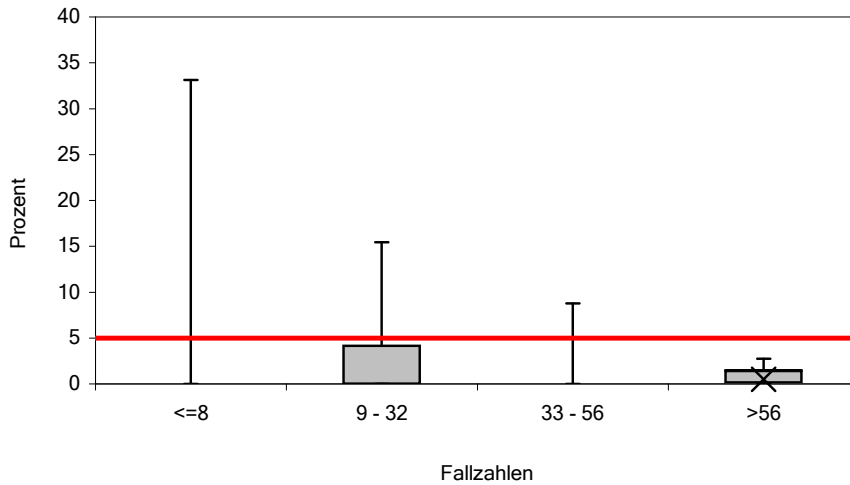
Hessen gesamt		Sachsenhausen FFM	
N	%	N	%
2 807		192	
38	1,4	1	0,5
95 % CI		95% CI	
1 ; 1,9		0,1 ; 2,9	

Vertrauensbereich (in %)



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	1,7	3,5	12,7



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=8	19
9 - 32	18
33 - 56	17
>56	18

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Die routinemäßige Erhebung eines histologischen Befundes erlaubt zum einen eine Überprüfung der Qualität der klinischen und apparativen Diagnostik. Zum anderen ist nur durch eine histologische Untersuchung die Diagnose oder der Ausschluss einer malignen Grunderkrankung möglich. Die präoperative Abgrenzung zu echten benignen und malignen Neoplasien bereitet gelegentlich Schwierigkeiten. Ein Tumormarker mit hoher Spezifität und Sensitivität für die präoperative Diagnostik eines Ovarialkarzinoms steht derzeit nicht zur Verfügung (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF/Deutschen Krebsgesellschaft e.V./Deutschen Krebshilfe e.V., 2013, Leitlinie Nr.032/035OL).

Weitere Informationen und Literaturangaben siehe www.sqg.de

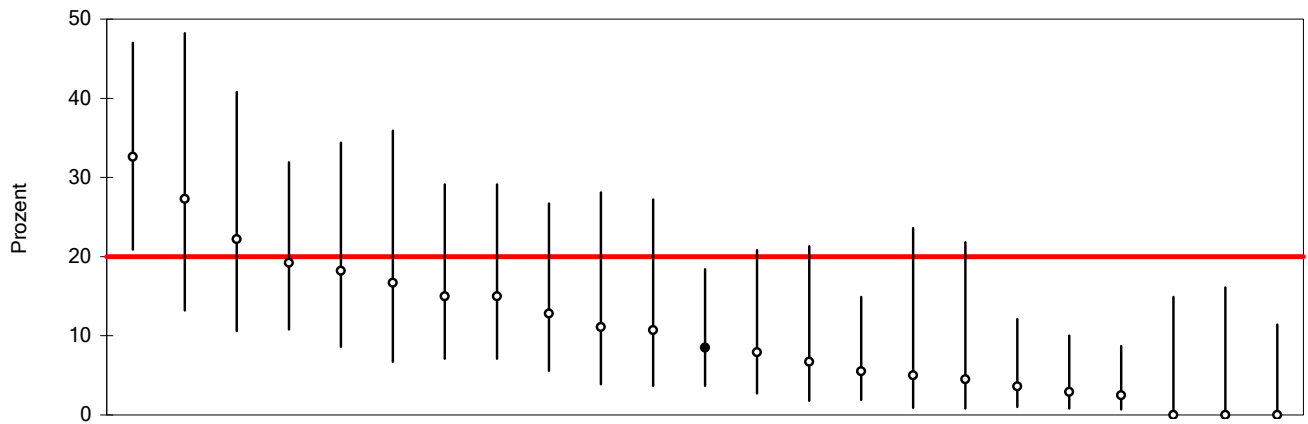
Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund

Kennzahl: 15/1 - 10211

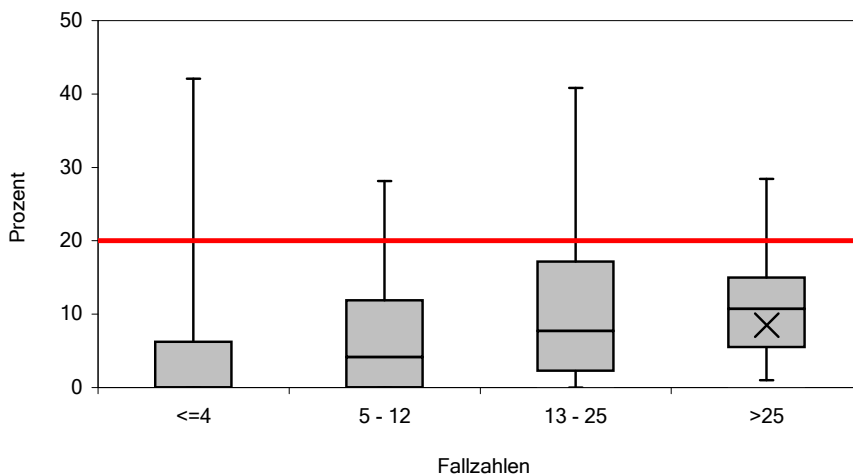
Patientinnen mit isoliertem ablativen Ovareingriff (ohne Adnexektomie bei C50 u. ohne Z40.01)
- davon mit Follikel- bzw. Corpus luteum-Zyste oder Normalbefund als führendem histologischen Befund

Hessen gesamt		Sachsenhausen FFM	
N	%	N	%
1 217		59	
129	10,6	5	8,5
95 % CI		95% CI	
9 ; 12,5		3,7 ; 18,4	

Vertrauensbereich (in %)



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,5	4,1	8,5	10,8	15,9	21,6	32,6



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=4	20
5 - 12	16
13 - 25	15
>25	17

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 (Pascual et al. 1997; Osmers 1996; Querleu et al. 1993). Ein Tumormarker mit hoher Spezifität und Sensitivität für die präoperative Diagnostik steht derzeit nicht zur Verfügung (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF/Deutschen Krebsgesellschaft e.V. /Deutschen Krebshilfe e.V., 2013, Leitlinie Nr.032/035OL).

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

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

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

Weitere Informationen und Literaturangaben siehe www.sqg.de

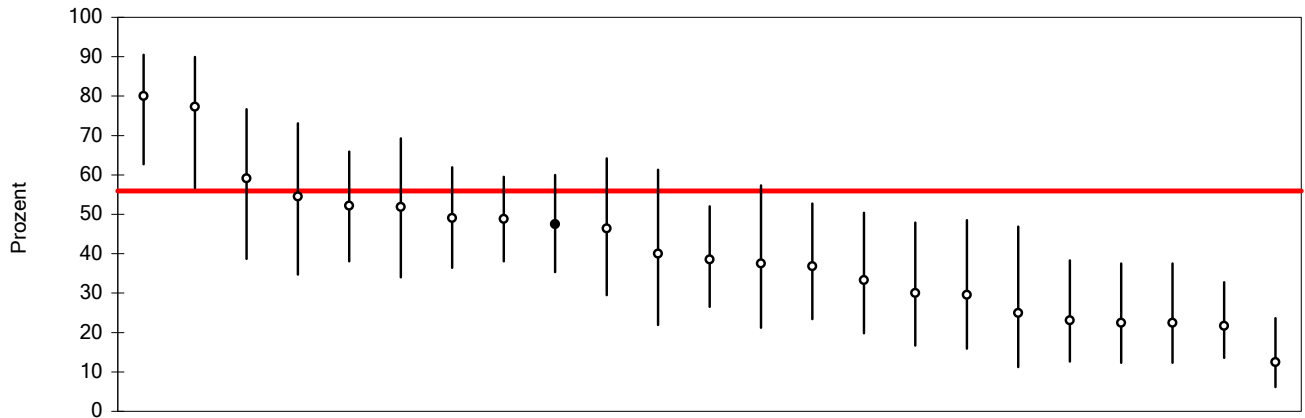
Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund

Kennzahl: 15/1 - 51907

	Hessen gesamt		Sachsenhausen FFM	
	N	%	N	%
Patientinnen mit isoliertem ablativen Ovareingriff (ohne Adnexektomie bei C50 u. ohne Z40.01)	1 217		59	
- davon mit Follikel- bzw. Corpus luteum-Zyste oder Normalbefund oder ohne eine spezifische Angabe als führenden histologischen Befund	461	37,9	28	47,5

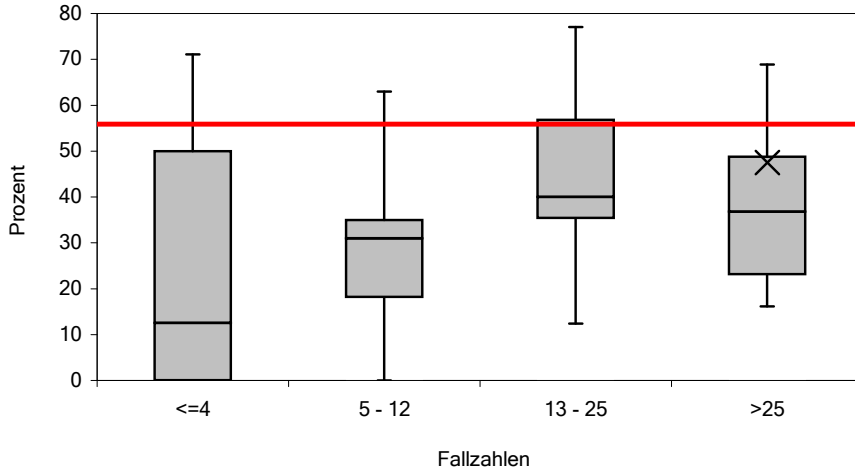
Vertrauensbereich (in %)

Hessen gesamt	Sachsenhausen FFM
95 % CI	95% CI
35,2 ; 40,6	35,3 ; 60



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
12,5	22,5	27,3	38,5	40,9	50,5	58,2	80,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=4	20
5 - 12	16
13 - 25	15
>25	17

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Siehe Seite 5

**Organerhaltung bei Ovarieingriffen
- Patientinnen ≤ 40 Jahre**

Kennzahl: 15/1 - 612

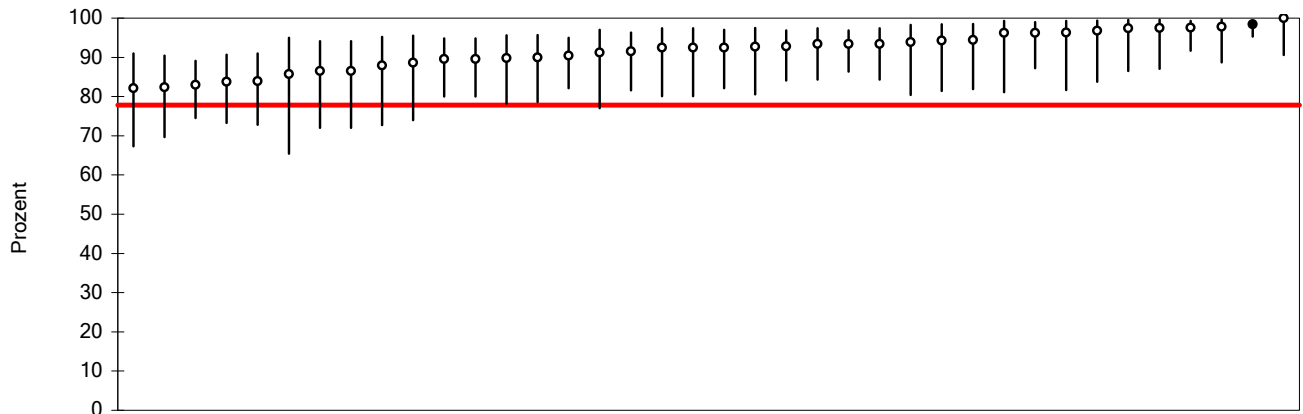
Patientinnen mit Ovarieingriffen und führendem benignen histologischen Befund (10 - 16, 18 lt. Schlüssel 2) und einer gültigen Altersangabe ≤ 40 Jahre

- davon mit organerhaltender Operation

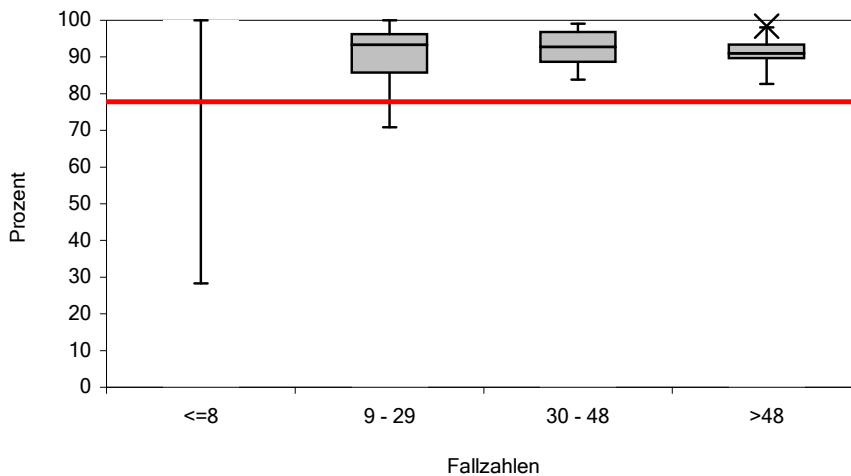
Hessen gesamt		Sachsenhausen FFM	
N	%	N	%
2 260		184	
2 065	91,4	181	98,4

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
90,1 ; 92,5	95,3 ; 99,4



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	82,1	83,9	88,9	92,5	91,6	95,8	97,5	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=8	18
9 - 29	17
30 - 48	17
>48	18

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

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

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

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

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

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

Weitere Informationen und Literaturangaben siehe www.sqg.de

Konisation bei Ektopie oder Normalbefund

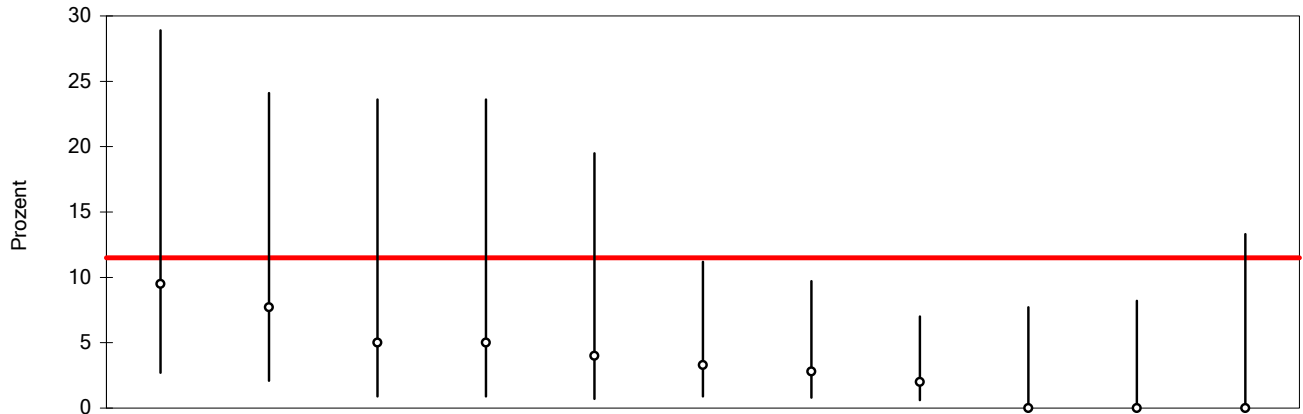
Kennzahl: 15/1 - 665

Patientinnen mit Konisation und vorhandener Histologie

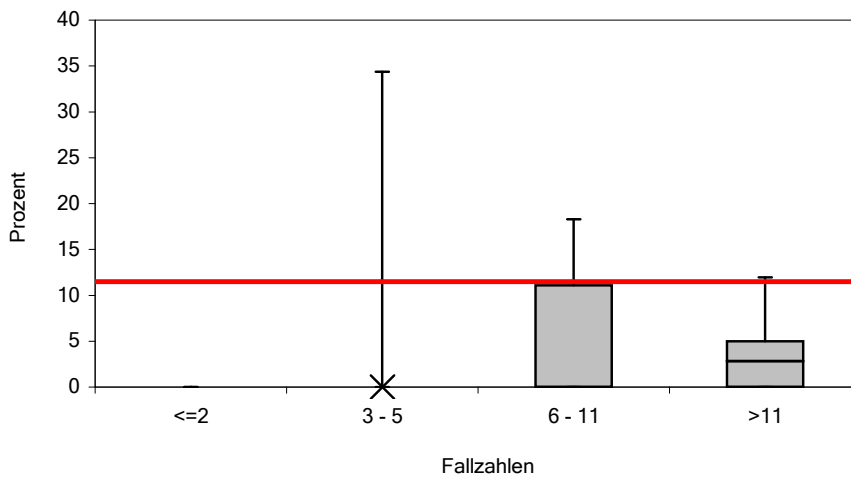
- davon mit führender Histologie "Ektopie" oder mit histologischem Normalbefund

Hessen gesamt		Sachsenhausen FFM	
N	%	N	%
728		4	
25	3,4	0	0,0
95 % CI		95% CI	
2,3 ; 5		0 ; 49	

Vertrauensbereich (in %)



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	1,0	3,3	3,6	5,0	7,7	9,5



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=2	16
3 - 5	16
6 - 11	13
>11	15

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. 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 (DKG/DGGG 2008, Leitlinie Nr. 032/033; DGGG et al. 2008, Leitlinie Nr. 015/027; European Commission 2008).

Der Konisation folgt zwingend die fachgerechte histopathologische Aufarbeitung und Befundung des exzidierten Gewebes. Die Indikation zur Konisation wird also gestellt als Ergebnis einer komplexen diagnostischen Kette. Diese kann sowohl auf verschiedene Versorgungssektoren (ambulant, stationär) als auch auf mehrere Fachdisziplinen (Gynäkologen, Pathologen) übergreifen. Wie auch bei anderen invasiven Eingriffen, muss die Indikation zur Konisation sehr sorgfältig gestellt werden.

Weitere Informationen und Literaturangaben siehe www.sqg.de

Fehlende Postoperative Histologie nach Konisation

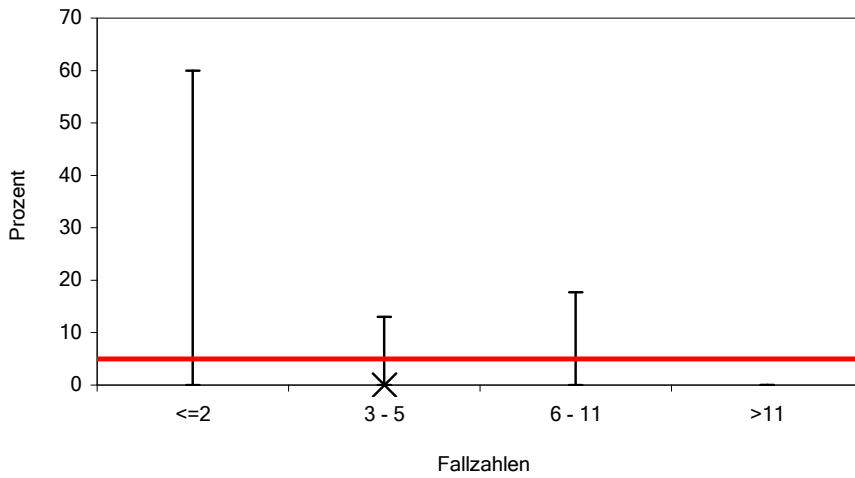
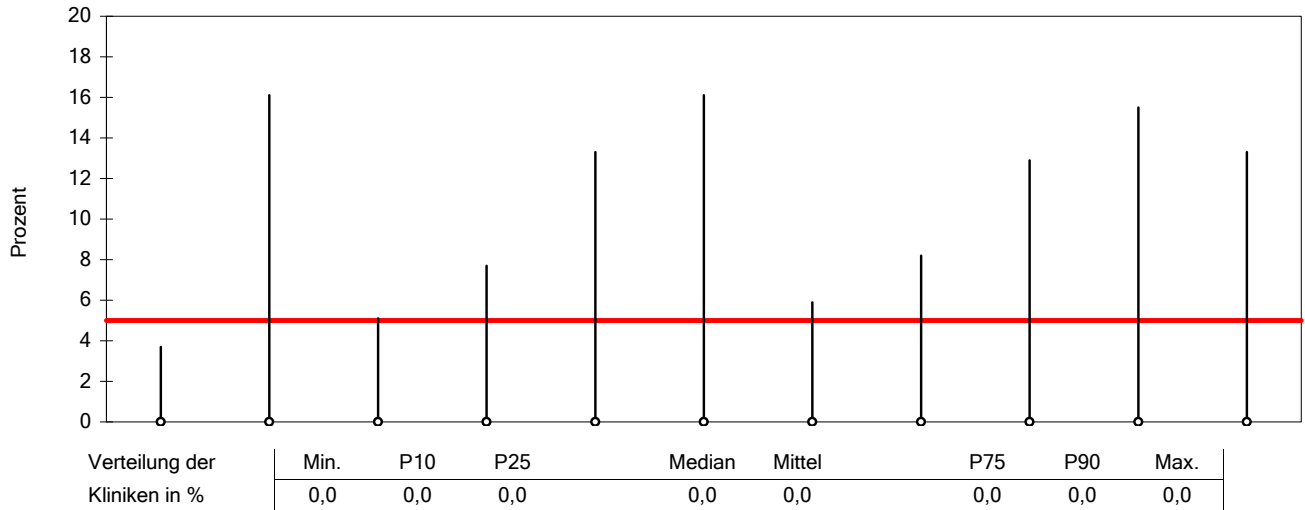
Kennzahl: 15/1 - 666

Patientinnen mit Konisation

- davon ohne postoperative Histologie

Hessen gesamt		Sachsenhausen FFM	
N	%	N	%
733		4	
5	0,7	0	0,0
95 % CI		95% CI	
0,3 ; 1,6		0 ; 49	

Vertrauensbereich (in %)



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=2	17
3 - 5	15
6 - 11	14
>11	15

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Siehe S. 8

Antibiotikaprophylaxe (nach Empfehlungen der PEG) bei Hysterektomie bei Patientinnen mit Hauptdiagnose Leiomyom des Uterus

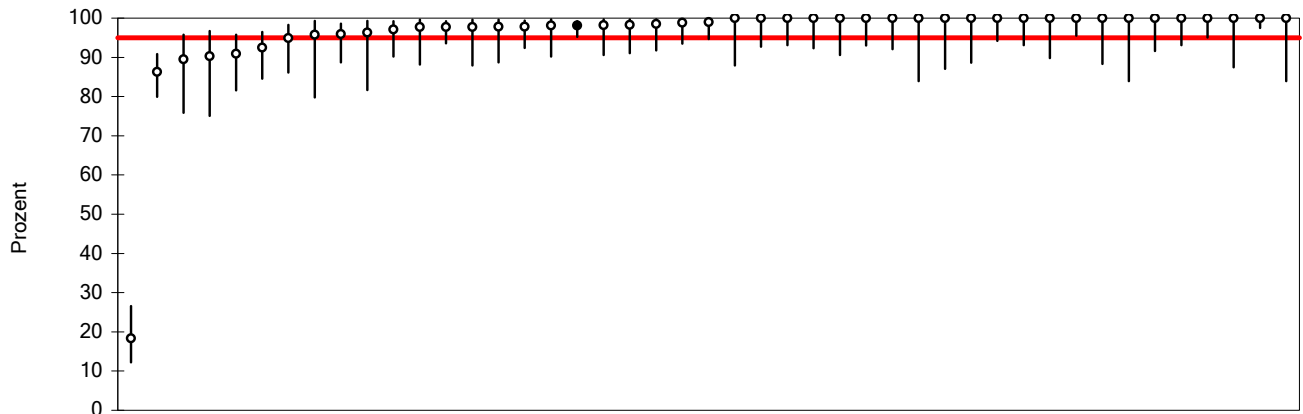
Kennzahl: 15/1 - HE15101

Patientinnen mit Hysterektomie bei Diagnose Leiomyom des Uterus (nur vaginale Hysterektomie oder nicht-vaginale Hysterektomie mit besonderen Risiken*)
 - davon mit Antibiotikaprophylaxe

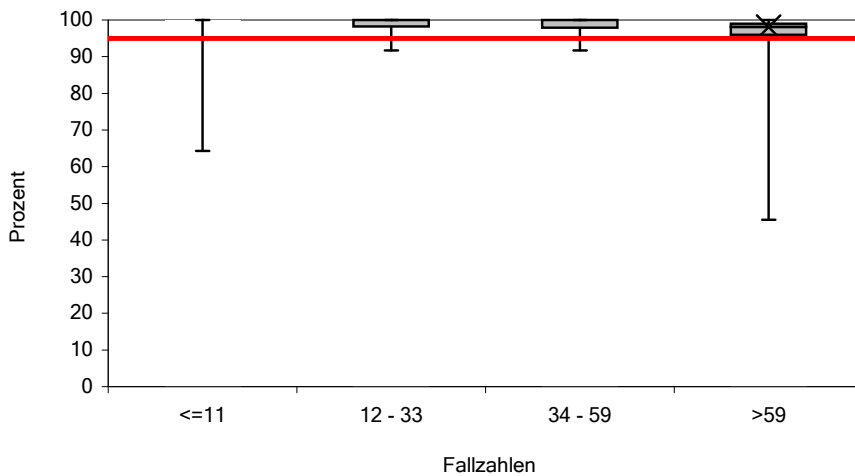
Hessen gesamt		Sachsenhausen FFM	
N	%	N	%
2 927		208	
2 763	94,4	204	98,1

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
93,5 ; 95,2	95,2 ; 99,2



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	18,3	91,5	97,7	99,0	96,1	100,0	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=11	19
12 - 33	15
34 - 59	17
>59	17

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Die Paul-Ehrlich-Gesellschaft (PEG) hat 2010 neue Empfehlungen zur Antibiotikaprophylaxe veröffentlicht. Für die Hysterektomie wurde folgende Empfehlung abgegeben: „Für eine perioperative Antibiotika-Prophylaxe in der Gynäkologie liegen zahlreiche Metaanalysen vor. Eine Indikation besteht generell bei gynäkologischen Karzinomoperationen, bei vaginaler Hysterektomie und bedingt in Abhängigkeit von vorliegenden Risikofaktoren auch bei abdominaler Hysterektomie (Lofgren et al., Postoperative infections and antibiotic prophylaxis for hysterectomy in Sweden)“

Entsprechend dieser Empfehlung wurde der frühere Qualitätsindikator "Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie" modifiziert und entspricht somit auch den Leitlinien der DGGG. Risikofaktoren konnten, soweit sie auch im Erfassungsinstrument abgebildet sind, berücksichtigt werden.

*ASA 3-5, Alter > 70, Notfall-OP, Vorbestrahlung

Hysterektomie bei Hauptdiagnose Leiomyom des Uterus bei Patientinnen ohne malignen Befund und einem Alter unter 35 Jahren

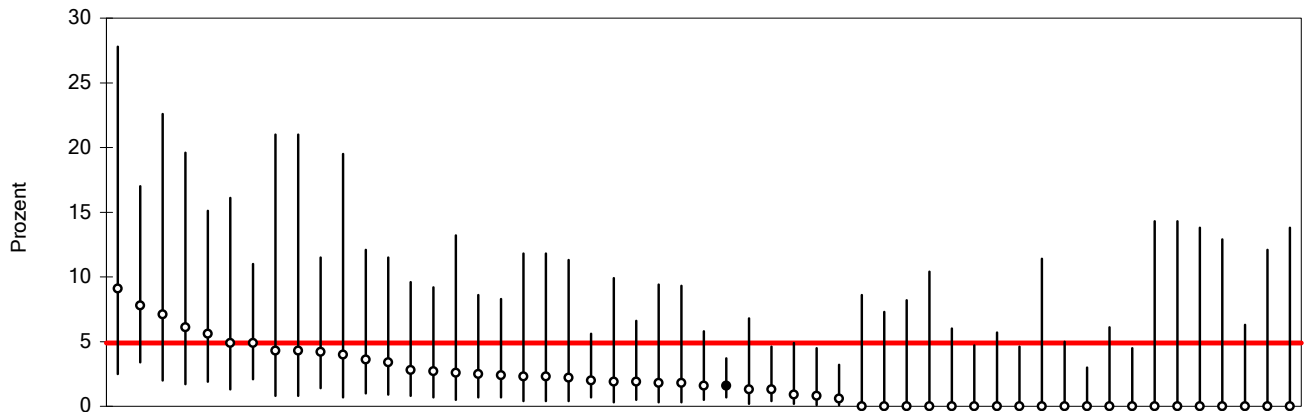
Kennzahl: 15/1 - HE15102

Patientinnen mit subtotaler und einfacher Hysterektomie bei Diagnose Leiomyom des Uterus
exl. Fälle mit führendem hist. Befund maligne oder Entlassungsdiagnose Transsexualismus
- davon Patientinnen < 35 Jahre

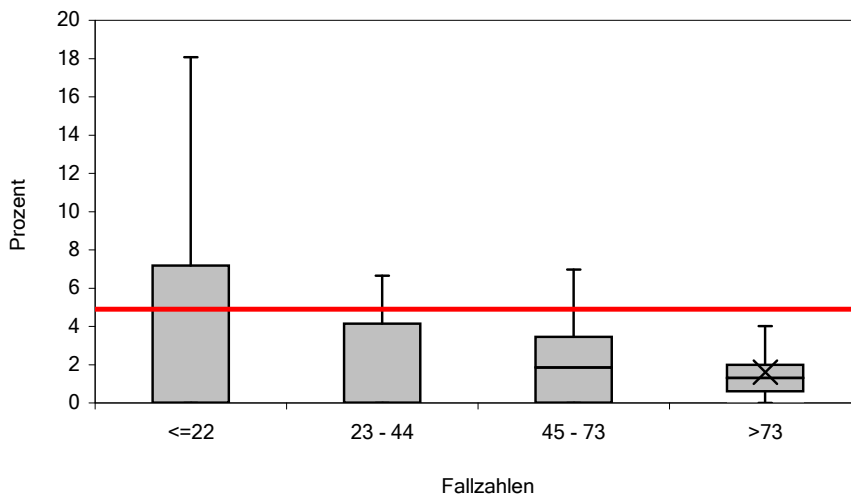
Hessen gesamt		Sachsenhausen FFM	
N	%	N	%
3 762		309	
70	1,9	5	1,6

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
1,5 ; 2,3	0,7 ; 3,7



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	0,0	1,6	2,0	2,8	4,9	9,1



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=22	18
23 - 44	19
45 - 73	16
>73	17

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.

Der hessische Fachausschuss hat die 90%-Perzentile aus Hessen als Referenzbereich festgelegt.

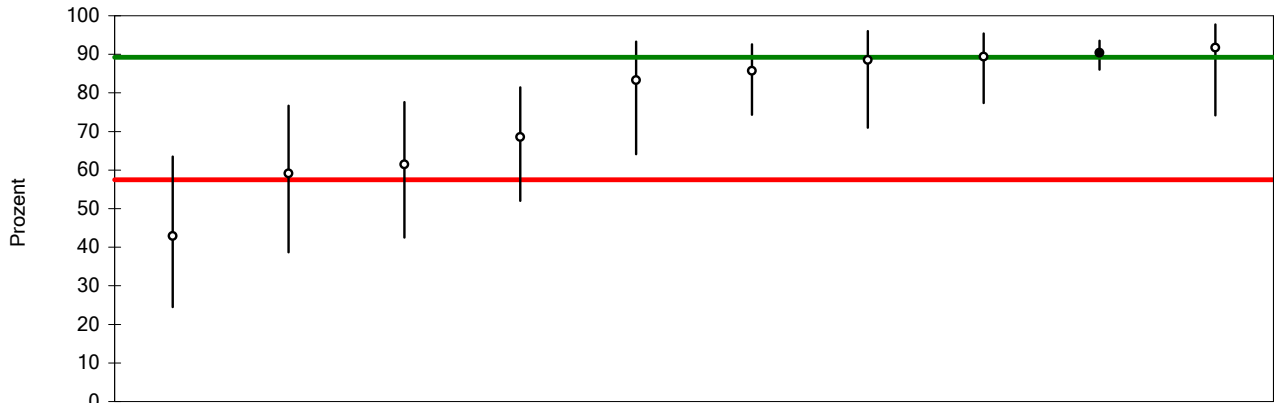
Organerhaltende OP bei Patientinnen unter 40 Jahren und Hauptdiagnose Leiomyom des Uterus

Kennzahl: 15/1 - HE15105

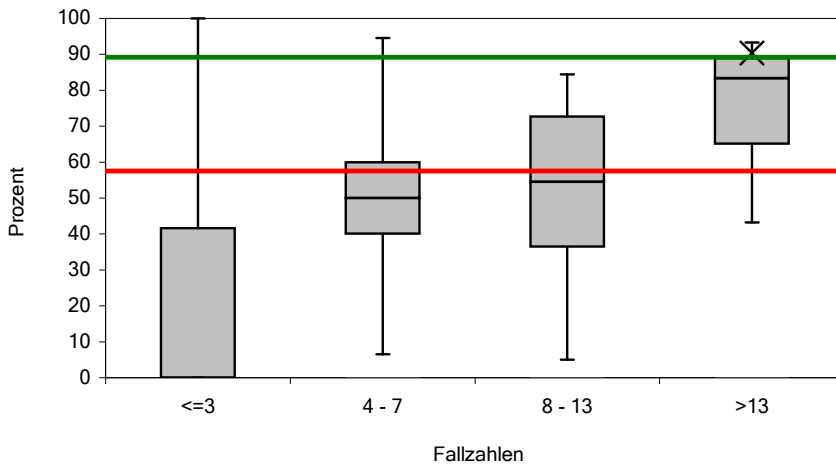
Alle Patientinnen unter 40 Jahren mit Uterus myomatosus (außer reine Diagnostik und Patientinnen mit bösartigen Neubildungen, in-situ Neubildungen, Neubildungen unsicheren Charakters, entzündlichen Erkrankungen, Prolaps, Inkontinenz oder Endometriose)
 - davon Patientinnen mit organerhaltendem Vorgehen

Hessen gesamt		Sachsenhausen FFM	
N	%	N	%
887		240	
631	71,1	217	90,4
95 % CI		95% CI	
68,1 ; 74		86 ; 93,5	

Vertrauensbereich (in %)



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	42,9	57,5	63,3	84,5	76,1	89,2	90,5	91,7



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=3	19
4 - 7	14
8 - 13	17
>13	15

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Der hessische Fachausschuss hat als unteren Referenzbereich die 10%-Perzentile aus Hessen festgelegt, als Zielbereich wurde die 75% Perzentile aus Hessen verwendet.

Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen (nur Bundesfälle)

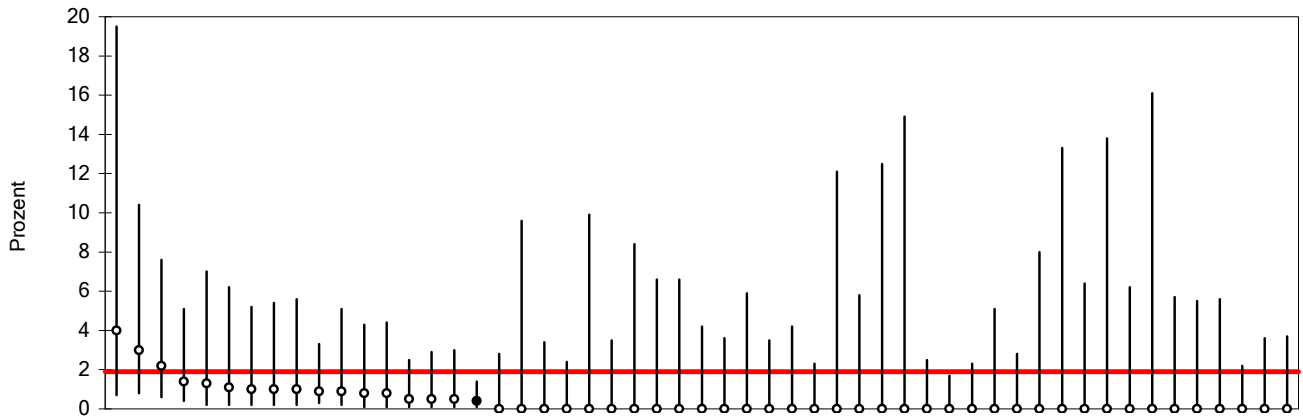
Kennzahl: 15/1 - 51417

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

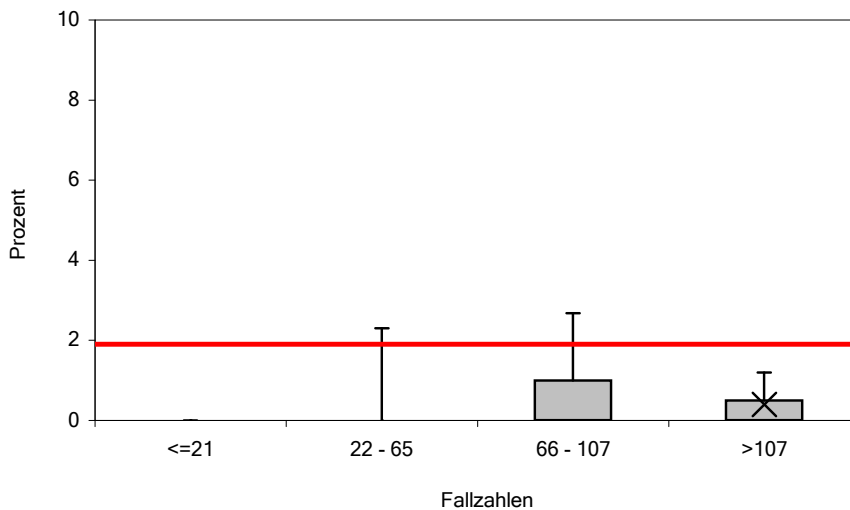
Hessen gesamt		Sachsenhausen FFM	
N	%	N	%
5 582		500	
22	0,4	2	0,4

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
0,3 ; 0,6	0,1 ; 1,4



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



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=21	18
22 - 65	18
66 - 107	17
>107	17

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.

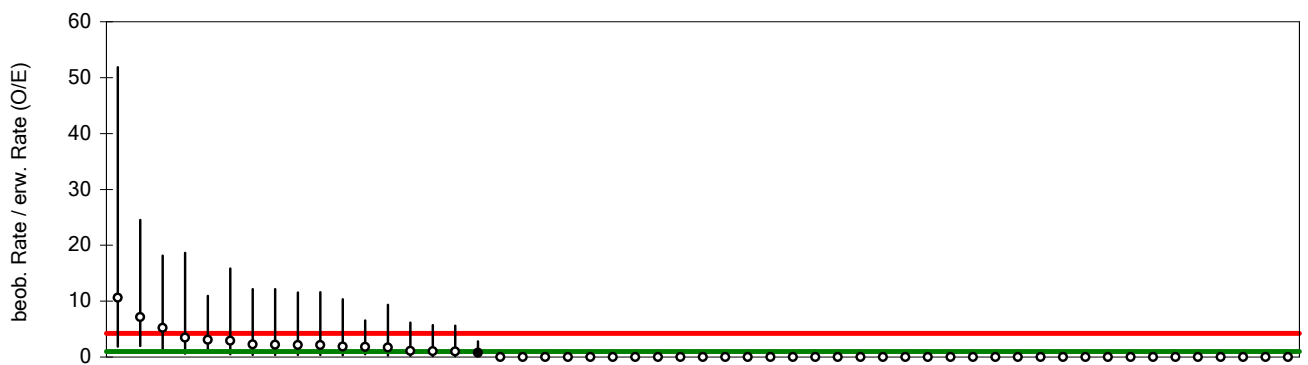
Bei der Bewertung der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass in der Grundgesamtheit aller Laparoskopien Eingriffe unterschiedlicher Komplexität (z. B. diagnostische vs. operative Laparoskopien) betrachtet werden. Die bedeutendsten Einflussfaktoren (Karzinome im kleinen Becken, Endometriose, Voroperationen) sind im Auswertungskonzept berücksichtigt

Weitere Informationen und Literaturangaben siehe www.sqg.de

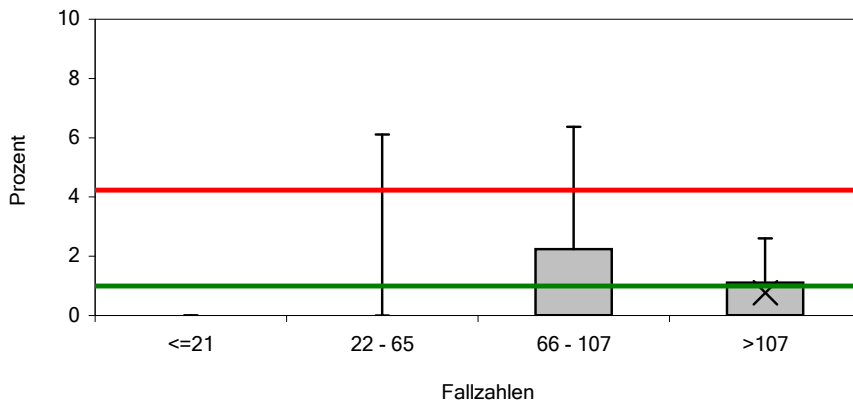
Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen (O/E) (nur Bundesfälle)

Kennzahl: 15/1 - 51906

	Sachsenhausen	
	Hessen gesamt	FFM
	N	N
Patientinnen mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang bei der ersten OP	5 584	500
- davon mit mindestens einer Organverletzung	22	2
Raten	%	%
beobachtete Rate (O)	0,39	0,4
erwartete Rate (E)	0,45	0,52
beobachtete Rate / erwartete Rate	0,88	0,77
Vertrauensbereich (95% CI)	0,58 ; 1,33	0,21 ; 2,79
risikoadjustierte Rate [O/E*O(Hessen)], Werte in %	0	0,3



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,1	2,8	10,6



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=21	18
22 - 65	18
66 - 107	17
>107	17

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Siehe S. 13

Ab dem Erfassungsjahr 2013 wird eine Risikoadjustierung (O/E) für den Indikator vorgenommen. Eine Erläuterung der Risikoadjustierung findet sich auf Seite 3 oben. Als Regressionsgewichte wurden Risikofaktoren gewählt, die in der QS-Dokumentation erfasst wurden und für die im statistischen Schätzmodell relevante Effekte für das betrachtete Outcome nachgewiesen werden konnten.

Risikofaktoren: Alter, ASA, Voroperation im OP-Gebiet, Inzision des Ovars oder lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe, Adhäsionslyse am Ovar und Tuba uterina, Operationen bei EU-Gravidität.

Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen (alle Fälle)

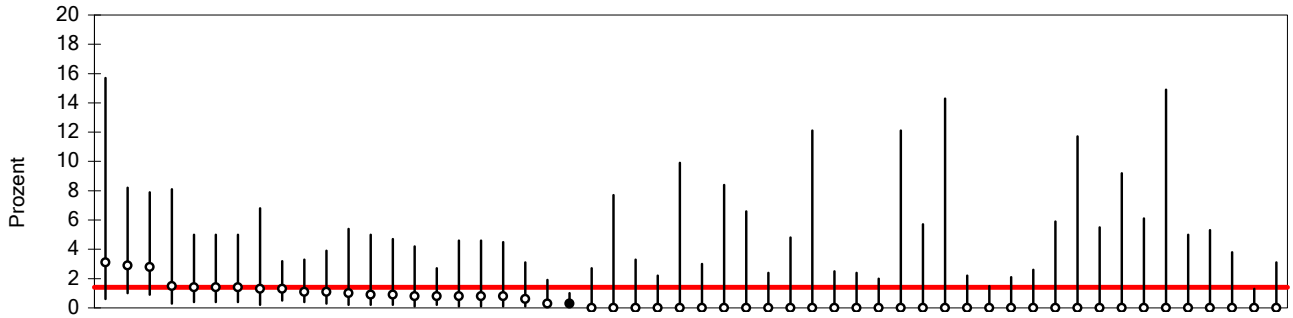
Kennzahl: 15/1 - HE15106

Patientinnen mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang (alle Fälle)
 - davon mit mindestens einer Organverletzung

Hessen gesamt		Sachsenhausen FFM	
N	%	N	%
7 409		897	
38	0,5	3	0,3

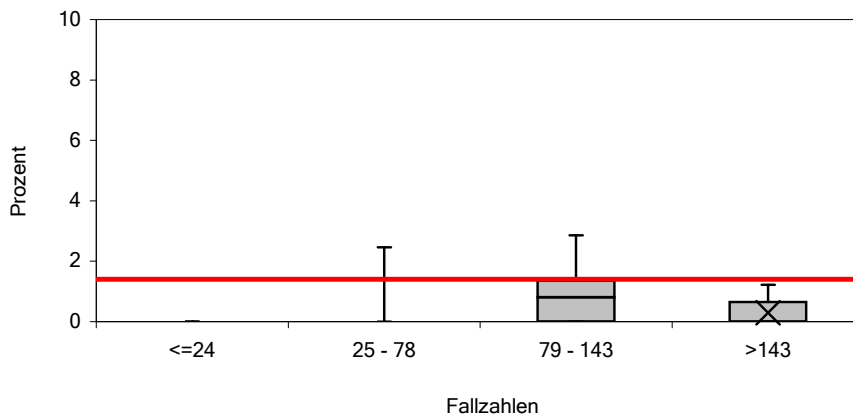
Vertrauensbereich (in %)

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



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,9	1,4	3,1



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=24	18
25 - 78	17
79 - 143	19
>143	16

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Siehe S. 13.

Bei der Kennzahl HE15106 sind die in Hessen zusätzlich dokumentierten Fälle bei Diagnose Leiomyom des Uterus mit eingeschlossen.

Organverletzungen bei Hysterektomie (Hauptdiagnose Leiomyom des Uterus)

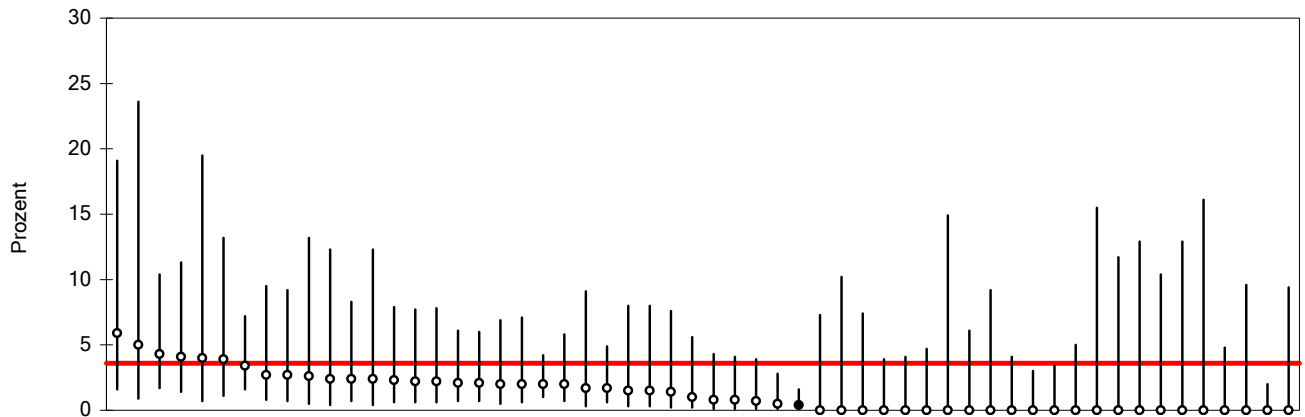
Kennzahl: 15/1 - HE15103

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

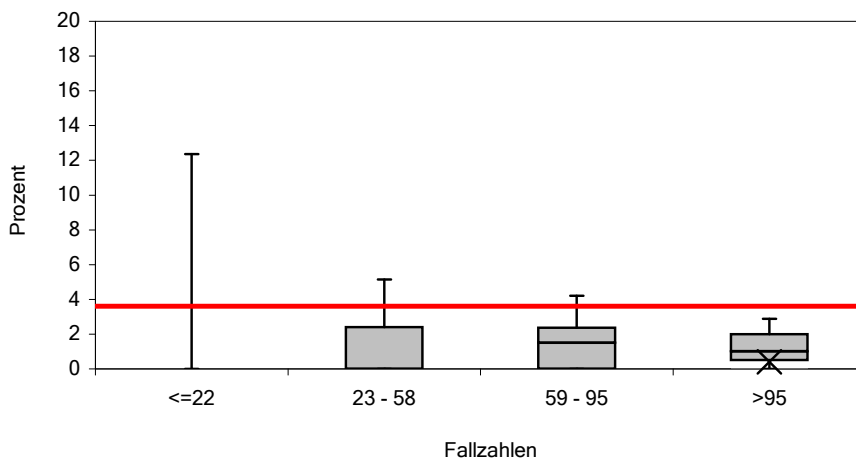
Hessen gesamt		Sachsenhausen FFM	
N	%	N	%
5 176		446	
70	1,4	2	0,4

Vertrauensbereich (in %)

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



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	0,0	0,9	1,4	2,2	3,7	5,9



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=22	19
23 - 58	17
59 - 95	18
>95	17

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.

Organverletzungen bei bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation mit Hysterektomie (Hauptdiagnose Leiomyom des Uterus)

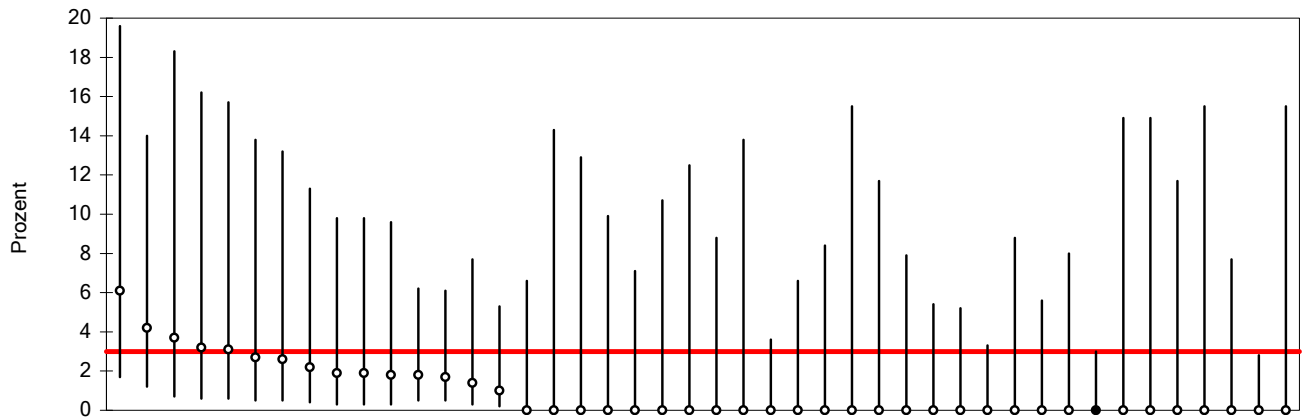
Kennzahl: 15/1 - HE15104

Patientinnen mit Hysterektomie bei Hauptdiagnose Leiomyom des Uterus ohne Entlassungsdiagnose Karzinom bzw. Endometriose und ohne Voroperation im gleichen OP-Gebiet
- davon mit mindestens einer Organverletzung

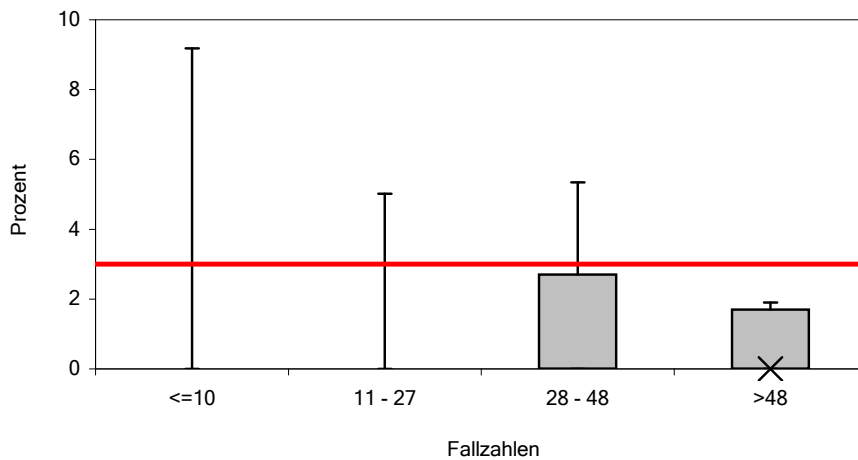
Hessen gesamt		Sachsenhausen FFM	
N	%	N	%
2 503		126	
21	0,8	0	0,0

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
0,5 ; 1,3	0 ; 3



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	1,8	3,0	6,1



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=10	19
11 - 27	17
28 - 48	17
>48	17

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Siehe S. 16 - Berechnung hier für ein "risikoarmes" Kollektiv.

Organverletzungen bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation mit laparoskopischer Operation (nur Bundesfälle)

Kennzahl: 15/1 - 51418

	Hessen gesamt		Sachsenhausen FFM	
	N	%	N	%
Patientinnen mit aussch. laparoskopischem Eingriff oder Umsteiger ohne Entlassungsdiagnose Karzinom bzw. Endometriose und ohne Voroperation im gleichen OP-Gebiet	3 083		126	
- davon mit mindestens einer Organverletzung	5	0,2	0	0,0

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Siehe Seite 13 - Berechnung hier für ein "risikoarmes" Kollektiv

Organverletzungen bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation mit laparoskopischer Operation (alle Fälle)

Kennzahl: 15/1 - HE15107

	Hessen gesamt		Sachsenhausen FFM	
	N	%	N	%
Patientinnen mit ausschl. laparoskopischem Eingriff oder Umsteiger ohne Entlassungsdiagnose Karzinom bzw. Endometriose und ohne Voroperation im gleichen OP-Gebiet	3 934		246	
- davon mit mindestens einer Organverletzung	7	0,2	0	0,0

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Siehe Seite 13 - Berechnung hier für ein "risikoarmes" Kollektiv. Außerdem sind die in Hessen zusätzlich dokumentierten Fälle bei Diagnose Leiomyom des Uterus mit eingeschlossen.