Beschreibung der Qualitätsindikatoren  
und Kennzahlen nach QSKH-RL

Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Erfassungsjahr 2019

Stand: 29.04.2020



Impressum

**Thema:**

Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach QSKH-RL. Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien). Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2019

**Auftraggeber:**Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum der Abgabe:**29.04.2020

**Herausgeber:**IQTIG – Institut für Qualitätssicherung   
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340  
Telefax: (030) 58 58 26-999

[verfahrenssupport@iqtig.org](mailto:verfahrenssupport@iqtig.org)  
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

[Einleitung 4](#_Toc38892616)

[51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation 5](#_Toc38892617)

[12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung 13](#_Toc38892618)

[Gruppe: Entfernung des Ovars oder der Adnexe 17](#_Toc38892619)

[10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund 19](#_Toc38892620)

[60683: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund 22](#_Toc38892621)

[60684: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund 25](#_Toc38892622)

[60685: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie 28](#_Toc38892623)

[60686: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie 31](#_Toc38892624)

[612: Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre 35](#_Toc38892625)

[52283: Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden 40](#_Toc38892626)

[Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 45](#_Toc38892627)

[Anhang II: Listen 46](#_Toc38892628)

[Anhang III: Vorberechnungen 51](#_Toc38892629)

[Anhang IV: Funktionen 52](#_Toc38892630)

[Anhang V: Historie der Qualitätsindikatoren 55](#_Toc38892631)

Einleitung

Gynäkologische Operationen umfassen prinzipiell alle Operationen an den inneren weiblichen Geschlechtsorganen. Einige dieser Eingriffe werden inzwischen zunehmend auch ambulant durchgeführt. Das QS-Verfahren Gynäkologische Operationen betrachtet die stationär durchgeführten Operationen bei allen Patientinnen ab einem Alter von 11 Jahren und fokussiert hierbei Operationen an den Eileitern (Tuba uterina) und Eierstöcken (Ovarien). In der klinischen Praxis wird unter anderem der Begriff Adnexe verwendet, wenn sowohl die Tuba uterina, wie auch das Ovar gemeint ist. Qualitätsindikatoren, die die Entfernung der Gebärmutter (Hysterektomie) fokussieren, werden seit dem Erfassungsjahr 2013 nicht mehr ausgewertet. Gleichzeitig werden Hysterektomien, die in Kombination mit einer Entfernung des Ovars (Ovariektomie) oder mit der Entfernung des Ovars und der Tuba uterina (Salpingoovariektomie) durchgeführt werden im Rahmen von Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen mitbetrachtet.   
   
Die sorgfältige Abklärung der Notwendigkeit einer Operation ist die Voraussetzung für eine hochwertige Versorgung der Patientinnen. Es gilt stets, zwischen Nutzen und Risiken einer Operation abzuwägen und auch die Möglichkeiten konservativer, d. h. nichtoperativer, Behandlungsmethoden zu prüfen. Gerade bei gutartigen Erkrankungen oder Veränderungen der Ovarien gelten hohe Anforderungen an die Indikationsstellung.   
   
Bei der Durchführung gynäkologischer Operationen können verschiedene Operationszugänge genutzt werden: Durch die Scheide (vaginal), durch die Bauchdecke (abdominal) oder mittels sog. Schlüssellochchirurgie (laparoskopisch). In Bezug auf Organverletzungen werden in diesem QS-Verfahren laparoskopisch durchgeführte Operationen fokussiert. Wenngleich solche minimalinvasiven Operationen allgemein komplikationsarm sind, kann das Auftreten von Komplikationen aber auch hier nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden. Zu den schwerwiegendsten Komplikationen bei laparoskopischen Operationen zählen Organverletzungen, insbesondere Verletzungen an Eileitern/Eierstöcken oder an Harnleiter, Harnblase und Darm. Derartige Komplikationen, können den Heilungsprozess verzögern und sollten daher vermieden werden.   
   
Eine Entfernung des Ovars ohne Indikation bzw. ohne vorliegenden Befund, hat für die behandelte Patientin eine hohe Relevanz. Insbesondere, da durch die Entfernung des Ovars oder der Adnexe die Fruchtbarkeit (Fertilität) und der Zeitpunkt des Einsetzens der Menopause beeinflusst wird. Weitere Indikatoren, die Aspekte der Versorgungsqualität von Patientinnen in der operativen Gynäkologie messen, beziehen sich auf die Organerhaltung bei Operationen am Ovar sowie eine lange Liegedauer eines postoperativen transurethralen Dauerkatheters bei Operationen am Ovar und der Adnexe.   
   
Hinweis: Im vorliegenden Bericht entspricht die Silbentrennung nicht durchgehend den korrekten Regeln der deutschen Rechtschreibung. Wir bitten um Verständnis für die technisch bedingten Abweichungen.

51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation

|  |  |
| --- | --- |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Patientinnen mit Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen |

Hintergrund

Die Versorgungsqualität der Patientinnen hat sich durch die Etablierung von minimal-invasiven Operationen verbessert. Im Zusammenhang ihrer Meta-Analyse mit insgesamt 43 Studien haben Chapron et al. (2002) auch 27 RCTs mit insgesamt 1.809 gynäkologischen laparoskopischen Operationen bei benignen Erkrankungen betrachtet. Es konnte dargestellt werden, dass die Komplikationsrate bei laparoskopischen Operationen (8,9 %) signifikant geringer ist, als bei Laparotomien (15,2 %). Dabei weisen Laparoskopien gleichzeitig einen niedrigeren intraoperativen Blutverlust, geringere postoperative Schmerzen, eine niedrigere postoperative Morbidität sowie die Möglichkeit einer zeitnahen postoperativen Mobilisation im Vergleich zu offenchirurgischen Operationen auf (Juhasz-Böss und Solomayer 2016, Fuentes et al. 2014).   
   
Obwohl das Komplikationsrisiko bei laparoskopischen Operationen vergleichsweise gering ist, können sie auch hier nicht vollkommen vermieden werden und treten vor allem zu Beginn einer laparoskopischen Operation auf. Zu den schwerwiegendsten Komplikationen bei einer laparoskopischen Operation zählen Verletzungen umliegender Organe, zu nennen sind hierbei vor allem Verletzungen des Darmes, der Harnblase und der umliegenden Gefäße. Dies geht mit einer erheblichen Morbidität der Patientinnen und unter Umständen auch mit Todesfällen einhergehen (Juhasz-Böss und Solomayer 2016). Fuentes et al. (2014) untersuchten Komplikationen bei gynäkologischen Laparoskopien. Innerhalb von 12 Jahren wurden in der untersuchten Universitätsklinik insgesamt 2.888 Laparoskopien durchgeführt. Mehr als die Hälfte davon ging mit moderaten technischen Anforderungen an die Operateure einher. Bei 56 Patientinnen (in 1,9 % der Fälle) ist es zu schwerwiegenden Komplikationen gekommen, darunter 37 Blutungskomplikationen, 10 Darmverletzungen und 4 Blasenverletzungen. Eine Patientin verstarb nach der laparoskopischen Operation.   
   
In Verbindung mit Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen wird in der Literatur mehrfach auf die Rolle der operativen Erfahrung des Chirurgen im Hinblick auf das Risiko einer Organverletzung hingewiesen. Sowohl Chapron et al. (1998) als auch Radosa et al. (2014) zeigen, dass eine unzureichende operative Erfahrung der Chirurgen einen wichtigen Einflussfaktor für die postoperative Morbidität nach gynäkologischen laparoskopischen Operationen darstellt. In beiden Studien zeigte sich, dass es bei erfahrenen Operateuren zu niedrigeren Verletzungsraten gekommen ist.   
   
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 (Phillips 1977, Radosa et al. 2014).   
   
Bei der Bewertung der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass in der Grundgesamtheit aller Laparoskopien Operationen unterschiedlicher Komplexität (z. B. diagnostische vs. operative Laparoskopien) betrachtet werden.   
   
Ab dem Erfassungsjahr 2013 wird eine Risikoadjustierung für den Ergebnisindikator "Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen" vorgenommen. 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.

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 10:O | Wievielter gynäkologischer Eingriff während dieses Aufenthaltes? | M | - | LFDNREINGRIFF |
| 12:O | Einstufung nach ASA-Klassifikation | M | 1 = normaler, gesunder Patient  2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung  3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung  4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt  5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt | ASA |
| 13:O | Voroperation im OP-Gebiet | M | 0 = nein  1 = ja | VOROPGLEICH |
| 16:O | Operation | M | OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de | OPSCHLUESSEL |
| 19.1:O | Blase | K | 1 = ja | IOPKOMPLBLASE |
| 19.2:O | Harnleiter | K | 1 = ja | IOPKOMPLHARNL |
| 19.3:O | Urethra | K | 1 = ja | IOPKOMPLURETHRA |
| 19.4:O | Darm | K | 1 = ja | IOPKOMPLDARM |
| 19.5:O | Uterus | K | 1 = ja | IOPKOMPLUTERUS |
| 19.6:O | Gefäß-/Nervenläsion | K | 1 = ja | IOPKOMPLGEFNERV |
| 19.8:O | andere Organverletzungen | K | 1 = ja | IOPKOMPLORGAN |
| 30:B | Entlassungsdiagnose(n) | M | ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de | ENTLDIAG |
| EF\* | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren | - | alter(GEBDATUM;AUFNDATUM) | alter |
| EF\* | Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen | - | ENTLDATUM - OPDATUM | poopvwdauer |

\*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 51906 |
| Bezeichnung | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Bezug zum Verfahren | DeQS  QS-Planung |
| Berechnungsart | Logistische Regression (O/E) |
| Referenzbereich 2019 | ≤ 4,18 |
| Referenzbereich 2018 | ≤ 4,18 |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | Referenzbereich entspricht dem Referenzbereich der Vorjahre und ist in der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren festgeschrieben. |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | - |
| Methode der Risikoadjustierung | Logistische Regression |
| Erläuterung der Risikoadjustierung | Die Regressionskoeffizienten wurden laut plan. QI-RL übernommen. |
| Rechenregeln | **Zähler**  Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung  **Nenner**  Alle Patientinnen mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang bei der ersten Operation  **O (observed)**  Beobachtete Rate an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation  **E (expected)**  **Erwartete Rate an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation, risikoadjustiert nach logistischem GYN-Score für ID 51906** |
| Erläuterung der Rechenregel | Zähler:  Als Organverletzungen zählen Verletzungen von Blase, Harnleiter, Urethra, Darm, Uterus, sowie Gefäß-/Nervenläsion oder andere Organverletzungen.  Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung werden dann gezählt, wenn bei der ersten Operation der berücksichtigten Grundgesamtheit eine Organverletzung vorliegt.    Nenner:  Es werden Patientinnen mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang gezählt.  Patientinnen, bei denen zusätzlich mindestens ein OPS-Kode aus der Liste OPS\_GynLapOP\_EX dokumentiert wurde, werden aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen. |
| Teildatensatzbezug | 15/1:B |
| Zähler (Formel) | O\_51906 |
| Nenner (Formel) | E\_51906 |
| Kalkulatorische Kennzahlen | |  |  | | --- | --- | | O (observed) | | | Art des Wertes | Kalkulatorische Kennzahl | | ID | O\_51906 | | Bezug zu QS-Ergebnissen | 51906 | | Bezug zum Verfahren | DeQS  QS-Planung | | Sortierung | - | | Rechenregel | Beobachtete Rate an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation | | Operator | Anteil | | Teildatensatzbezug | 15/1:B | | Zähler | fn\_Organverletzung | | Nenner | fn\_GynLapOP &  fn\_IstErsteOP | | Darstellung | - | | Grafik | - | |
|  | |  |  | | --- | --- | | E (expected) | | | Art des Wertes | Kalkulatorische Kennzahl | | ID | E\_51906 | | Bezug zu QS-Ergebnissen | 51906 | | Bezug zum Verfahren | DeQS  QS-Planung | | Sortierung | - | | Rechenregel | Erwartete Rate an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation, risikoadjustiert nach logistischem GYN-Score für ID 51906 | | Operator | Mittelwert | | Teildatensatzbezug | 15/1:B | | Zähler | fn\_GYNScore\_51906 | | Nenner | fn\_GynLapOP &  fn\_IstErsteOP | | Darstellung | - | | Grafik | - | |
| Verwendete Funktionen | fn\_GynLapOP fn\_GYNScore\_51906 fn\_IstErsteOP fn\_Organverletzung fn\_Poopvwdauer\_LfdNrEingriff |
| Verwendete Listen | ICD\_GynEndometriose\_Darm\_Uterus\_Septum OPS\_GynLapOP OPS\_GynLapOP\_EX OPS\_GYN\_Adhaesiolyse OPS\_GYN\_Exzision |
| Darstellung | - |
| Grafik | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Eingeschränkt vergleichbar |

Risikofaktoren

| Referenzwahrscheinlichkeit: 0,106 % (Odds: 0,001) | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Risikofaktor | Regressionskoeffizient | Std.- Fehler | Z-Wert | Odds- Ratio | 95 %-Vertrauensbereich |
| Konstante | -6,852984134510029 | 0,236 | -29,085 | - | - |
| Alter (linear) | 0,036855168014893 | 0,009 | 4,013 | - | - |
| Alter (quadratisch) | -0,000176567054514 | 0,000 | -2,063 | - | - |
| ASA-Klassifikation 2 | 0,101516595190660 | 0,054 | 1,892 | 1,107 | 0,996 - 1,230 |
| ASA-Klassifikation 3 | 0,344006061622978 | 0,084 | 4,105 | 1,411 | 1,197 - 1,662 |
| ASA-Klassifikation 4 oder 5 | 1,151665541352943 | 0,313 | 3,682 | 3,163 | 1,714 - 5,840 |
| Adhäsiolysen | 0,575095111960571 | 0,046 | 12,427 | 1,777 | 1,623 - 1,946 |
| Exzision | -0,551251228246621 | 0,071 | -7,794 | 0,576 | 0,502 - 0,662 |
| Endometriose | 0,221184400164244 | 0,077 | 2,862 | 1,248 | 1,072 - 1,452 |
| Voroperation im OP-Gebiet | 0,785136147039151 | 0,049 | 16,048 | 2,193 | 1,992 - 2,413 |

Literatur

Chapron, C; Querleu, D; Bruhat, M-A; Madelenat, P; Fernandez, H; Pierre, F; et al. (1998): Surgical complications of diagnostic and operative gynaecological laparoscopy: a series of 29,966 cases. Human Reproduction 13(4): 867-872. DOI: 10.1093/humrep/13.4.867.

Chapron, C; Fauconnier, A; Goffinet, F; Bréart, G; Dubuisson, JB (2002): Laparoscopic surgery is not inherently dangerous for patients presenting with benign gynaecologic pathology. Results of a meta-analysis. Human Reproduction 17(5): 1334-1342. DOI: 10.1093/humrep/17.5.1334.

Fuentes, MN; Rodríguez-Oliver, A; Naveiro Rilo, JC; Paredes, AG; Aguilar Romero, MT; Parra, JF (2014): Complications of Laparoscopic Gynecologic Surgery. JSLS – Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons 18(3). e2014.00058. DOI: 10.4293/JSLS.2014.00058.

Juhasz-Böss, I; Solomayer, E-F (2016): Komplikationen nach Laparoskopie. Gynäkologe 49(1): 16-23. DOI: 10.1007/s00129-015-3816-7.

Phillips, JM (1977): Complications in Laparoscopy. International Journal of Gynecology & Obstetrics 15(2): 157-162. DOI: 10.1002/j.1879-3479.1977.tb00668.x.

Radosa, MP; Meyberg-Solomayer, G; Radosa, J; Vorwergk, J; Oettler, K; Mothes, A; et al. (2014): Standardised Registration of Surgical Complications in Laparoscopic-Gynaecological Therapeutic Procedures Using the Clavien-Dindo Classification. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 74(8): 752-758. DOI: 10.1055/s-0034-1382925.

12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung

|  |  |
| --- | --- |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Patientinnen mit isolierten Ovareingriffen und fehlender postoperativer Histologie |

Hintergrund

Mit dem Indikator „Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung“ wird festgestellt, wie häufig nach einer Operation an den Ovarien, bei der Gewebe entfernt wurde, dieses nicht histologisch untersucht wurde und somit keine Diagnosesicherung stattgefunden hat.   
   
Die routinemäßige histologische Untersuchung von Gewebe sichert die Diagnose und ist entscheidend für eine adäquate Therapie. Benigne Tumore können beispielsweise eher konservativ oder mittels laparoskopischer Operation behandelt werden. Gleichzeitig besteht das Risiko bei einer Ruptur eines fälschlicherweise als benigne eingeschätzten Ovarialtumors im Stadium 1 die Prognose zu verschlechtern (Timmerman et al. 2010). Kinkel et al. (2005) konnten einen Zusammenhang zwischen der Prävalenz von Ovarialkarzinomen und dem menopausalen Status aufzeigen. Der Fokus der Studie liegt auf der Diagnosesicherung bei Frauen mit Ovarialtumoren. Insgesamt wurden 2.827 Frauen mit einem diagnostizierten Ovarialtumor in die Betrachtung eingeschlossen. Bei den 1.458 prämenopausalen Frauen waren 8,8 % der Ovarialtumore (n=149) bösartig (95 %-Konfidenzintervall (KI) 6–11 %). Bei den 1.369 postmenopausalen Frauen waren 32,4 % der Ovarialtumore (n=460) bösartig. Auch in der Untersuchung von Timmerman et al. (2010) lag bei 542 der 1.938 untersuchten Patientinnen mit einem Adnextumor in der Histologie ein maligner Befund vor. 19,2 % der Adnextumore waren primär invasive Tumore, 5,7 % Borderline-Tumore und 3 % metastasierte Tumore in den Ovarien. Diese Malignomprävalenzen erscheinen hoch bedeutsam vor dem Hintergrund, dass das Lebenszeitrisiko von Frauen an einem Ovarialkarzinom zu erkranken bei 1,4 % liegt (Kaatsch et al. 2015). Dabei steigt die Erkrankungswahrscheinlichkeit mit steigendem Alter kontinuierlich an (DGGG et al. 2017, Kaatsch et al. 2015).   
   
Ein frühzeitiges Erkennen von Veränderungen an den Eierstöcken sowie die histologische Diagnosesicherung und Abgrenzung zwischen benignen und malignen Neoplasien ist wichtig, da sich daraus bedeutende Unterschiede für die nachfolgende Behandlung und Therapie der Patientinnen ableiten, von denen auch die Heilungschancen sowie das Überleben der Patientinnen abhängt (Kinkel et al. 2005). Deshalb sollte eine größtmögliche Diagnosesicherheit erreicht werden, um bei malignen Veränderungen die entsprechend notwendige optimale Therapie(folge) (Primäroperation (komplettes operatives Staging) gefolgt von Chemotherapie) durchführen und so die Überlebensprognose der Patientinnen verbessern zu können (DGGG et al. 2017). Untersuchungen zeigen, dass Patientinnen mit einer frühzeitigen Diagnose eines Ovarialkarzinoms und einem operativen Staging insgesamt ein günstigeres progressionsfreies 5-Jahres-Überleben und 5-Jahres-Gesamtüberleben (79 % progressionsfreies 5-Jahres-Überleben; 89 % 5-Jahres-Gesamtüberleben) aufweisen im Vergleich zu Patientinnen mit inkomplettem Staging, wenn das Karzinom „zufällig“ im Rahmen einer Operation diagnostiziert wurde (61 % progressionsfreies 5-Jahres-Überleben; 71 % 5-Jahres-Überleben) (DGGG et al. 2017) .

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 16:O | Operation | M | OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de | OPSCHLUESSEL |
| 20:O | postoperative Histologie | M | 0 = nein  1 = ja | HISTOLJN |

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 12874 |
| Bezeichnung | Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Bezug zum Verfahren | DeQS  QS-Planung |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2019 | ≤ 5,00 % |
| Referenzbereich 2018 | ≤ 5,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | Referenzbereich entspricht dem Referenzbereich der Vorjahre und ist in der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren festgeschrieben. |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | - |
| Methode der Risikoadjustierung | Keine weitere Risikoadjustierung |
| Erläuterung der Risikoadjustierung | - |
| Rechenregeln | **Zähler**  Isolierter Ovareingriff ohne Angabe einer postoperativen Histologie  **Nenner**  Alle isolierten Ovareingriffe mit Gewebeentfernung (OPS: 5-651.8\*, 5-651.9\*, 5-652\*, 5-653\*, 5-659.2\*) [Folgende OPS sind zusätzlich erlaubt: 1\*, 3\*, 5-540\*, 5-541.0\*, 5-541.1\*, 5-541.2\*, 5-541.3\*, 5-542\*, 5-651.a\*, 5-651.b\*, 5-656\*, 5-657\*, 5-658\*, 5-85\*, 5-87\*, 5-88\*, 5-89\*, 5-9\*, 6\*, 8\*, 9\*] |
| Erläuterung der Rechenregel | Zähler:  Ein isolierter Ovareingriff wird im Zähler gewertet, wenn eine Angabe zur durchgeführten histologischen Untersuchung fehlt.    Nenner:  Alle dokumentierten isolierten Ovareingriffe (OPS: 5-651.8\*, 5-651.9\*, 5-652\*, 5-653\*, 5-659.2\*) einer Patientin bilden die Grundgesamtheit. |
| Teildatensatzbezug | 15/1:O |
| Zähler (Formel) | HISTOLJN %==% 0 |
| Nenner (Formel) | fn\_GynIsolierteAdnexe |
| Verwendete Funktionen | fn\_GynIsolierteAdnexe |
| Verwendete Listen | OPS\_GynOvarOP OPS\_GynOvarOPZusatz |
| Darstellung | - |
| Grafik | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Eingeschränkt vergleichbar |

Literatur

DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe]; DKG [Deutsche Krebsgesellschaft]; Deutsche Krebshilfe; AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]; DEGRO [Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie]; DEGUM [Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin]; et al. (2017): AWMF-Registernummer 032-035OL. S3-Leitlinie: Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren. Langversion. Version 2.1. Stand: 09.11.2017. Berlin [u. a.]: DGGG [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx\_szleitlinien/032-035-OLl\_Ovarialkarzinom\_2017-11.pdf (abgerufen am: 22.01.2019).

Kaatsch, P; Spix, C; Katalinic, A; Hentschel, S; Luttmann, S; Stegmaier, C; et al. (2015): Krebs in Deutschland 2011/2012. 10. Ausgabe. Berlin [u. a.]: RKI [Robert Koch-Institut], GEKID [Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland]. ISBN: 978-3-89606-228-4. DOI: 10.17886/rkipubl-2015-004.

Kinkel, K; Lu, Y; Mehdizade, A; Pelte, M-F; Hricak, H (2005): Indeterminate Ovarian Mass at US: Incremental Value of Second Imaging Test for Characterization – Meta-Analysis and Bayesian Analysis. Radiology 236(1): 85-94. DOI: 10.1148/radiol.2361041618.

Timmerman, D; Ameye, L; Fischerova, D; Epstein, E; Melis, GB; Guerriero, S; et al. (2010): Simple ultrasound rules to distinguish between benign and malignant adnexal masses before surgery: prospective validation by IOTA group. BMJ – British Medical Journal 341: c6839. DOI: 10.1136/bmj.c6839.

Gruppe: Entfernung des Ovars oder der Adnexe

|  |  |
| --- | --- |
| Bezeichnung Gruppe | Entfernung des Ovars oder der Adnexe |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Patientinnen mit Entfernung des Ovars oder der Adnexe |

Hintergrund

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 Einblutung oder Torsion. In den meisten Fällen sind Funktionszysten 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 (Osmers 1996, Pascual et al. 1997). Ein Tumormarker mit hoher Spezifität und Sensitivität für die präoperative Diagnostik steht derzeit nicht zur Verfügung (DGGG et al. 2017).   
   
Bereits die einseitige Entfernung eines Ovars kann für die Patientinnen Folgen hinsichtlich der Fertilität, Morbidität und Mortalität haben. Das Risiko für ein früheres Einsetzen der Menopause ist bei Patienten mit unilateraler Ovariektomie im Vergleich zu Frauen mit zwei intakten Ovarien um 28 % erhöht (RR 1,28; 95 %- KI 1,15–1,42). Im Median kamen Frauen mit einseitiger Ovariektomie mit 49,6 Jahren (49,2–50,0) und Frauen mit zwei intakten Ovarien mit 50,7 Jahren (50,6–50,8) in die Menopause (Bjelland et al. 2014).   
   
Die Entfernung der Ovarien ohne pathologischen Befund ist vor der Menopause gleichwohl ohne oder nach erfülltem Kinderwunsch nicht indiziert. Neben der sofortigen Infertilität nach der Entnahme beider Ovarien bzw. des letztverbliebenen Ovars wird in Studien darauf verwiesen, dass mit der Entnahme beider Eierstöcke ein schnelles ggf. auch sofortiges Einsetzen der Menopause folgt, das häufig mit klimakterischen Beschwerden (Hitzewallungen, Schweißausbrüchen) verbunden ist (DGGG et al. 2017, Shuster et al. 2010). Darüber hinaus wird in Studien auf verschiedene Morbiditätsrisiken in Verbindung mit der beidseitigen Ovariektomie hingewiesen. Shuster et al. (2010) stellen dar, dass Frauen mit einer beidseitigen Entfernung der Ovarien ein erhöhtes Risiko für Osteoporose haben. In weiteren Studien werden erhöhte Risiken für eine koronare Herzkrankheit (Hazard Ratio (HR) 1,17; 95 %- KI 1,02–1,35), für Karzinome (HR 1,17; 95 %- KI 1,04–1,32) (Parker et al. 2009), für Parkinson (HR 1,68; 95 %- KI 1,06–2,67) (Rocca et al. 2008) sowie für Demenz (Relatives Risiko (RR) 2,33; 95 %- KI 1,44–3,77) (Phung et al. 2010) bei Patientinnen mit bilateraler Ovariektomie aufgezeigt. Zudem weist Madalinska et al. (2006) darauf hin, dass Patientinnen nach einer beidseitigen Entfernung der Ovarien häufig unter sexuellen Beschwerden (z. B. Dyspareunie) leiden.   
   
Neben dem erhöhten Morbiditätsrisiko wird in der Literatur auch auf ein erhöhtes Mortalitätsrisiko für Patientinnen mit bilateraler Ovariektomie hingewiesen. Shuster et al. (2010) legen in ihrer Untersuchung dar, dass vor allem Frauen, die vor dem 45. Lebensjahr eine beidseitige Ovariektomie erhalten, ein ca. zweifach erhöhtes Mortalitätsrisiko haben (HR 1,93; 95 %- KI 1,25–2,96). Gründe hierfür sind vorwiegend kardiovaskuläre Erkrankungen (Shuster et al. 2010). Auch Rivera et al. (2009) zeigen, dass Patientinnen mit bilateraler Ovariektomie im Alter unter 45 Jahren ein höheres Mortalitätsrisiko aufgrund von Herz- bzw. Kreislauferkrankungen haben als Frauen ohne bilaterale Ovariektomie (HR 1,44; 95 %- KI 1,01–2,05).   
   
Eine prophylaktische beidseitige Entnahme beider Ovarien zur primären Prävention eines Mammakarzinoms wird bei Patientinnen mit BRCA1- oder BRCA2-Genmutation empfohlen. Darüber hinaus kann die Entnahme beider Eierstöcke indiziert sein, um das Risiko eines kontralateralen Zweitkarzinoms der Mamma zu reduzieren (DGGG et al. 2017).

10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 16:O | Operation | M | OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de | OPSCHLUESSEL |
| 20:O | postoperative Histologie | M | 0 = nein  1 = ja | HISTOLJN |
| 21:O | führender Befund | K | s. Anhang: HistolOpGyn | HISTOL |
| 30:B | Entlassungsdiagnose(n) | M | ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de | ENTLDIAG |

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 10211 |
| Bezeichnung | Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Bezug zum Verfahren | DeQS  QS-Planung |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2019 | ≤ 20,00 % |
| Referenzbereich 2018 | ≤ 20,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | Referenzbereich entspricht dem Referenzbereich der Vorjahre und ist in der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren festgeschrieben. |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | - |
| Methode der Risikoadjustierung | Keine weitere Risikoadjustierung |
| Erläuterung der Risikoadjustierung | - |
| Rechenregeln | **Zähler**  Alle isolierten Ovareingriffe mit Gewebeentnahme und Angabe einer Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund  **Nenner**  Alle durchgeführten isolierten Ovareingriffe mit vollständiger Entfernung des Ovars oder der Adnexe (OPS: 5-652.4\*, 5-652.6\*, 5-652.y\*, 5-653\*)[Folgende OPS sind zusätzlich erlaubt: 1\*, 3\*, 5-540\*, 5-541.0\*, 5-541.1\*, 5-541.2\*, 5-541.3\*, 5-542\*, 5-651.a\*, 5-651.b\*, 5-651.x\*, 5-651.y\*, 5-656\*, 5-657\*, 5-658\*, 5-85\*, 5-87\*, 5-88\*, 5-89\*, 5-9\*, 6\*, 8\*, 9\*] und Angaben zur postoperativen Histologie, unter Ausschluss von Patientinnen mit Salpingoovariektomie bei Mammakarzinom (Entlassungsdiagnose C50\* mit gleichzeitiger Dokumentation von OPS: 5-652\* oder 5-653\*), mit prophylaktischer Operation an der Brustdrüse oder am Ovar wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen (Entlassungsdiagnose: Z40.00, Z40.01) oder mit bösartiger Neubildung an der Brustdrüse in der Eigenanamnese (Entlassungsdiagnose: Z85.3) und Ausschluss von Patientinnen mit der Diagnose Transsexualismus (F64.0). |
| Erläuterung der Rechenregel | Zähler:  Ein isolierter Ovareingriff wird dann berücksichtigt, wenn nach Untersuchung des Gewebes „Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste“ oder „histologisch Normalbefund“ als führender histologischer Befund vorliegt.    Nenner:  Nur isolierte Ovareingriffe (OPS: 5-652.4\*, 5-652.6\*, 5-652.y\*, 5-653\*) mit Angabe zur Histologie werden in der Grundgesamtheit berücksichtigt. |
| Teildatensatzbezug | 15/1:O |
| Zähler (Formel) | HISTOL %in% c("01","02") |
| Nenner (Formel) | fn\_GynIsolierteAdnexeAblativ &  !(ENTLDIAG %any\_like% LST$ICD\_GynCAOvar &  OPSCHLUESSEL %any\_like% LST$OPS\_GynOvarOP\_EX) &  !(ENTLDIAG %any\_like% LST$ICD\_GynCARisiko) &  !(ENTLDIAG %any\_like% LST$ICD\_GynTranssex) &  HISTOLJN %==% 1 |
| Verwendete Funktionen | fn\_GynIsolierteAdnexeAblativ |
| Verwendete Listen | ICD\_GynCAOvar ICD\_GynCARisiko ICD\_GynTranssex OPS\_GynOvarOPAblativ OPS\_GynOvarOPAblativZusatz OPS\_GynOvarOP\_EX |
| Darstellung | - |
| Grafik | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Eingeschränkt vergleichbar |

60683: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 16:O | Operation | M | OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de | OPSCHLUESSEL |
| 20:O | postoperative Histologie | M | 0 = nein  1 = ja | HISTOLJN |
| 21:O | führender Befund | K | s. Anhang: HistolOpGyn | HISTOL |
| 30:B | Entlassungsdiagnose(n) | M | ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de | ENTLDIAG |
| EF\* | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren | - | alter(GEBDATUM;AUFNDATUM) | alter |

\*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 60683 |
| Bezeichnung | Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund |
| Indikatortyp | - |
| Art des Wertes | Transparenzkennzahl |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2019 | - |
| Referenzbereich 2018 | - |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | - |
| Methode der Risikoadjustierung | Stratifizierung |
| Erläuterung der Risikoadjustierung | Das dazugehörige Stratum wird durch die Transparenzkennzahl 60684 abgebildet. |
| Rechenregeln | **Zähler**  Alle isolierten Operationen am Ovar mit Angabe einer Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund  **Nenner**  Alle durchgeführten isolierten Operationen am Ovar mit Ovariektomie oder Salpingoovariektomie (OPS: 5-652.4\*, 5-652.6\*, 5-652.y\*, 5-653\*) bei Patientinnen bis 45 Jahre [Folgende OPS sind zusätzlich erlaubt: 1\*, 3\*, 5-540\*, 5-541.0\*, 5-541.1\*, 5-541.2\*, 5-541.3\*, 5-542\*, 5-651.a\*, 5-651.b\*, 5-651.x\*, 5-651.y\*, 5-656\*, 5-657\*, 5-658\*, 5-85\*, 5-87\*, 5-88\*, 5-89\*, 5-9\*, 6\*, 8\*, 9\*] und Angaben zur postoperativen Histologie, unter Ausschluss von Patientinnen mit (Salpingo-) Ovariektomie bei Mammakarzinom (Entlassungsdiagnose C50\* mit gleichzeitiger Dokumentation von OPS: 5-652\* oder 5-653\*), mit prophylaktischer Operation an der Brustdrüse oder am Ovar wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen (Entlassungsdiagnose: Z40.00\*, Z40.01\*), oder mit bösartiger Neubildung an der Brustdrüse in der Eigenanamnese (Entlassungsdiagnose: Z85.3\*) und unter Ausschluss von Patientinnen mit der Diagnose Transsexualismus (F64.0\*). |
| Erläuterung der Rechenregel | Zähler:  Eine isolierte Operation am Ovar wird dann berücksichtigt, wenn nach Untersuchung des Gewebes eine „Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste“ oder ein „histologischer Normalbefund“ als führender histologischer Befund vorliegt.    Nenner:  Nur isolierte Operationen am Ovar (OPS: 5-652.4\*, 5-652.6\*, 5-652.y\*, 5-653\*) bei Patientinnen bis 45 Jahre mit Angabe zur Histologie werden in der Grundgesamtheit berücksichtigt. |
| Teildatensatzbezug | 15/1:O |
| Zähler (Formel) | HISTOL %in% c("01","02") |
| Nenner (Formel) | fn\_GynIsolierteAdnexeAblativ &  !(ENTLDIAG %any\_like% LST$ICD\_GynCAOvar &  OPSCHLUESSEL %any\_like% LST$OPS\_GynOvarOP\_EX) &  !(ENTLDIAG %any\_like% c(LST$ICD\_GynCARisiko,   LST$ICD\_GynTranssex)) &  HISTOLJN %==% 1 &  alter %<=% 45 |
| Verwendete Funktionen | fn\_GynIsolierteAdnexeAblativ |
| Verwendete Listen | ICD\_GynCAOvar ICD\_GynCARisiko ICD\_GynTranssex OPS\_GynOvarOPAblativ OPS\_GynOvarOPAblativZusatz OPS\_GynOvarOP\_EX |
| Darstellung | - |
| Grafik | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Eingeschränkt vergleichbar |

60684: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 16:O | Operation | M | OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de | OPSCHLUESSEL |
| 20:O | postoperative Histologie | M | 0 = nein  1 = ja | HISTOLJN |
| 21:O | führender Befund | K | s. Anhang: HistolOpGyn | HISTOL |
| 30:B | Entlassungsdiagnose(n) | M | ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de | ENTLDIAG |
| EF\* | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren | - | alter(GEBDATUM;AUFNDATUM) | alter |

\*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 60684 |
| Bezeichnung | Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund |
| Indikatortyp | - |
| Art des Wertes | Transparenzkennzahl |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2019 | - |
| Referenzbereich 2018 | - |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | - |
| Methode der Risikoadjustierung | Stratifizierung |
| Erläuterung der Risikoadjustierung | Das dazugehörige Stratum wird durch die Transparenzkennzahl 60683 abge-bildet. |
| Rechenregeln | **Zähler**  Alle isolierten Operationen am Ovar mit Angabe einer Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund  **Nenner**  Alle durchgeführten isolierten Operationen am Ovar mit Ovariektomie oder Salpingoovariektomie (OPS: 5-652.4\*, 5-652.6\*, 5-652.y\*, 5-653\*) bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre [Folgende OPS sind zusätzlich erlaubt: 1\*, 3\*, 5-540\*, 5-541.0\*, 5-541.1\*, 5-541.2\*, 5-541.3\*, 5-542\*, 5-651.a\*, 5-651.b\*, 5-651.x\*, 5-651.y\*, 5-656\*, 5-657\*, 5-658\*, 5-85\*, 5-87\*, 5-88\*, 5-89\*, 5-9\*, 6\*, 8\*, 9\*] und Angaben zur postoperativen Histologie, unter Ausschluss von Patientinnen mit (Salpingo-) Ovariektomie bei Mammakarzinom (Entlassungsdiagnose C50\* mit gleichzeitiger Dokumentation von OPS: 5-652\* oder 5-653\*), mit prophylaktischer Operation an der Brustdrüse oder am Ovar wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen (Entlassungsdiagnose: Z40.00\*, Z40.01\*), oder mit bösartiger Neubildung an der Brustdrüse in der Eigenanamnese (Entlassungsdiagnose: Z85.3\*) und unter Ausschluss von Patientinnen mit der Diagnose Transsexualismus (F64.0\*). |
| Erläuterung der Rechenregel | Zähler:  Eine isolierte Operation am Ovar wird dann berücksichtigt, wenn nach Untersuchung des Gewebes eine „Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste“ oder ein „histologischer Normalbefund“ als führender histologischer Befund vorliegt.    Nenner:  Nur isolierte Operationen am Ovar (OPS: 5-652.4\*, 5-652.6\*, 5-652.y\*, 5-653\*) bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre mit Angabe zur Histologie werden in der Grundgesamtheit berücksichtigt. |
| Teildatensatzbezug | 15/1:O |
| Zähler (Formel) | HISTOL %in% c("01","02") |
| Nenner (Formel) | fn\_GynIsolierteAdnexeAblativ &  !(ENTLDIAG %any\_like% LST$ICD\_GynCAOvar &  OPSCHLUESSEL %any\_like% LST$OPS\_GynOvarOP\_EX) &  !(ENTLDIAG %any\_like% c(LST$ICD\_GynCARisiko,  LST$ICD\_GynTranssex)) &  HISTOLJN %==% 1 &  alter %between% c(46,55) |
| Verwendete Funktionen | fn\_GynIsolierteAdnexeAblativ |
| Verwendete Listen | ICD\_GynCAOvar ICD\_GynCARisiko ICD\_GynTranssex OPS\_GynOvarOPAblativ OPS\_GynOvarOPAblativZusatz OPS\_GynOvarOP\_EX |
| Darstellung | - |
| Grafik | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Eingeschränkt vergleichbar |

60685: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 16:O | Operation | M | OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de | OPSCHLUESSEL |
| 17:O | Ist das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden? | K | 0 = nein  1 = ja | KONTRALATOVAR |
| 21:O | führender Befund | K | s. Anhang: HistolOpGyn | HISTOL |
| 30:B | Entlassungsdiagnose(n) | M | ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de | ENTLDIAG |
| EF\* | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren | - | alter(GEBDATUM;AUFNDATUM) | alter |

\*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 60685 |
| Bezeichnung | Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2019 | Sentinel Event |
| Referenzbereich 2018 | Sentinel Event |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | - |
| Methode der Risikoadjustierung | Stratifizierung |
| Erläuterung der Risikoadjustierung | Das dazugehörige Stratum wird durch den Qualitätsindikator 60686 abgebildet. |
| Rechenregeln | **Zähler**  Patientinnen mit beidseitiger (Salpingo-) Ovariektomie  **Nenner**  Alle Patientinnen bis 45 Jahre mit Operationen am Ovar oder der Tuba uterina (OPS: 5-65\*, 5-66\* [die Angabe zusätzlicher Kodes ist erlaubt]) und führendem histologischen Normalbefund oder benignem Befund (Schlüssel Histologie: 01-09), unter Ausschluss von Patientinnen mit (Salpingo-) Ovariektomie bei Mammakarzinom (Entlassungsdiagnose C50\* mit gleichzeitiger Dokumentation von OPS: 5-652\* oder 5-653\*), mit prophylaktischer Operation an der Brustdrüse oder am Ovar wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen (Z40.00\*, Z40.01\*), oder mit bösartiger Neubildung an der Brustdrüse in der Eigenanamnese (Z85.3\*) und unter Ausschluss von Patienten mit der Diagnose Transsexualismus (F64.0\*). |
| Erläuterung der Rechenregel | Zähler:  Im Zähler werden folgende Fälle betrachtet:  1. Patientinnen mit der Angabe „nein“ im Datenfeld „Ist das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden?“  2. Patientinnen mit mindestens einem OPS-Kode aus (5-652.40:R, 5-652.41:R, 5-652.42:R, 5-652.43:R, 5-652.44:R, 5-652.45:R, 5-652.4x:R, 5-652.60:R, 5-652.61:R, 5-652.62:R, 5-652.63:R, 5-652.64:R, 5-652.65:R, 5-652.6x:R, 5-652.y:R, 5-653.30:R, 5-653.31:R, 5-653.32:R, 5-653.33:R, 5-653.34:R, 5-653.35:R, 5-653.3x:R, 5-653.y:R)  UND  mindestens einem OPS-Kode aus (5-652.40:L, 5-652.41:L, 5-652.42:L, 5-652.43:L, 5-652.44:L, 5-652.45:L, 5-652.4x:L, 5-652.60:L, 5-652.61:L, 5-652.62:L, 5-652.63:L, 5-652.64:L, 5-652.65:L, 5-652.6x:L, 5-652.y:L, 5-653.30:L, 5-653.31:L, 5-653.32:L, 5-653.33:L, 5-653.34:L, 5-653.35:L, 5-653.3x:L, 5-653.y:L)  3. Patientinnen mit mindestens einem OPS-Kode aus (5-652.40:B, 5-652.41:B, 5-652.42:B, 5-652.43:B, 5-652.44:B, 5-652.45:B, 5-652.4x:B, 5-652.60:B, 5-652.61:B, 5-652.62:B, 5-652.63:B, 5-652.64:B, 5-652.65:B, 5-652.6x:B, 5-652.y:B, 5-653.30:B, 5-653.31:B, 5-653.32:B, 5-653.33:B, 5-653.34:B, 5-653.35:B, 5-653.3x:B, 5-653.y:B)    Nenner:  Nur Patientinnen mit mindestens einer Angabe zur Histologie werden berücksichtigt.  1. „Normalbefund“  2. benigner Befund: „Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste”, “seröses oder mucinöses Zystadenom (z.B. Kystom, seröse Zyste)“, „Dermoid (z.B. benignes Teratom)“, „Endometriose“, „andere benigne Befunde (z.B. Fibrom, Thekom, Theko-/Zystadenofibrom, Hydatide)“, „Entzündung“, „Extrauteringravidität“, „Stieldrehung“. |
| Teildatensatzbezug | 15/1:B |
| Zähler (Formel) | fn\_GynIsoAblativSalpingoOvariektomieBdsOhneZusatz |
| Nenner (Formel) | fn\_SalpingoOvarOPmitHistoBefund & alter %<=% 45 |
| Verwendete Funktionen | fn\_AdnexBefund fn\_GynIsoAblativSalpingoOvariektomieBdsOhneZusatz fn\_SalpingoOvarOPmitHistoBefund |
| Verwendete Listen | ICD\_GynCAOvar ICD\_GynCARisiko ICD\_GynTranssex OPS\_GynIsoliertAblativBeidseitigOvarOP OPS\_GynIsoliertAblativLinksOvarOP OPS\_GynIsoliertAblativRechtsOvarOP OPS\_GynOvarOPGesamt OPS\_GynOvarOP\_EX OPS\_GynTubauterinaOPGesamt |
| Darstellung | - |
| Grafik | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Eingeschränkt vergleichbar |

60686: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 16:O | Operation | M | OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de | OPSCHLUESSEL |
| 17:O | Ist das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden? | K | 0 = nein  1 = ja | KONTRALATOVAR |
| 21:O | führender Befund | K | s. Anhang: HistolOpGyn | HISTOL |
| 30:B | Entlassungsdiagnose(n) | M | ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de | ENTLDIAG |
| EF\* | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren | - | alter(GEBDATUM;AUFNDATUM) | alter |

\*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 60686 |
| Bezeichnung | Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2019 | ≤ 45,00 % (95. Perzentil) |
| Referenzbereich 2018 | ≤ 40,23 % (95. Perzentil) |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | - |
| Methode der Risikoadjustierung | Stratifizierung |
| Erläuterung der Risikoadjustierung | Das dazugehörige Stratum wird durch den Qualitätsindikator 60685 abgebildet. |
| Rechenregeln | **Zähler**  Patientinnen mit beidseitiger (Salpingo-) Ovariektomie  **Nenner**  Alle Patientinnen im Alter ab 46 und bis 55 Jahre mit Operationen am Ovar- oder Tuba uterina (OPS: 5-65\*, 5-66\* [die Angabe zusätzlicher Kodes ist erlaubt]) und führendem histologischen Normalbefund oder benignem Befund (Schlüssel Histologie: 01-09), unter Ausschluss von Patientinnen mit (Salpingo-) Ovariektomie bei Mammakarzinom (Entlassungsdiagnose C50\* mit gleichzeitiger Dokumentation von OPS: 5-652\* oder 5-653\*), mit prophylaktischer Operation an der Brustdrüse oder am Ovar wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen (Z40.00\*, Z40.01\*), oder mit bösartiger Neubildung an der Brustdrüse in der Eigenanamnese (Z85.3\*) und unter Ausschluss von Patientinnen mit der Diagnose Transsexualismus (F64.0\*). |
| Erläuterung der Rechenregel | Zähler:  Im Zähler werden folgende Fälle betrachtet:  1. Patientinnen mit der Angabe „nein“ im Datenfeld „Ist das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden?“  2. Patientinnen mit mindestens einem OPS-Kode aus (5-652.40:R, 5-652.41:R, 5-652.42:R, 5-652.43:R, 5-652.44:R, 5-652.45:R, 5-652.4x:R, 5-652.60:R, 5-652.61:R, 5-652.62:R, 5-652.63:R, 5-652.64:R, 5-652.65:R, 5-652.6x:R, 5-652.y:R, 5-653.30:R, 5-653.31:R, 5-653.32:R, 5-653.33:R, 5-653.34:R, 5-653.35:R, 5-653.3x:R, 5-653.y:R)  UND  mindestens einem OPS-Kode aus (5-652.40:L, 5-652.41:L, 5-652.42:L, 5-652.43:L, 5-652.44:L, 5-652.45:L, 5-652.4x:L, 5-652.60:L, 5-652.61:L, 5-652.62:L, 5-652.63:L, 5-652.64:L, 5-652.65:L, 5-652.6x:L, 5-652.y:L, 5-653.30:L, 5-653.31:L, 5-653.32:L, 5-653.33:L, 5-653.34:L, 5-653.35:L, 5-653.3x:L, 5-653.y:L)  3. Patientinnen mit mindestens einem OPS-Kode aus (5-652.40:B, 5-652.41:B, 5-652.42:B, 5-652.43:B, 5-652.44:B, 5-652.45:B, 5-652.4x:B, 5-652.60:B, 5-652.61:B, 5-652.62:B, 5-652.63:B, 5-652.64:B, 5-652.65:B, 5-652.6x:B, 5-652.y:B, 5-653.30:B, 5-653.31:B, 5-653.32:B, 5-653.33:B, 5-653.34:B, 5-653.35:B, 5-653.3x:B, 5-653.y:B)    Nenner:  Nur Patientinnen mit mindestens einer Angabe zur Histologie werden berücksichtigt.  1. „Normalbefund“  2. benigner Befund: „Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste”, “seröses oder mucinöses Zystadenom (z.B. Kystom, seröse Zyste)“, „Dermoid (z.B. benignes Teratom)“, „Endometriose“, „andere benigne Befunde (z.B. Fibrom, Thekom, Theko-/Zystadenofibrom, Hydatide)“, „Entzündung“, „Extrauteringravidität“, „Stieldrehung“. |
| Teildatensatzbezug | 15/1:B |
| Zähler (Formel) | fn\_GynIsoAblativSalpingoOvariektomieBdsOhneZusatz |
| Nenner (Formel) | fn\_SalpingoOvarOPmitHistoBefund &  alter %between% c(46,55) |
| Verwendete Funktionen | fn\_AdnexBefund fn\_GynIsoAblativSalpingoOvariektomieBdsOhneZusatz fn\_SalpingoOvarOPmitHistoBefund |
| Verwendete Listen | ICD\_GynCAOvar ICD\_GynCARisiko ICD\_GynTranssex OPS\_GynIsoliertAblativBeidseitigOvarOP OPS\_GynIsoliertAblativLinksOvarOP OPS\_GynIsoliertAblativRechtsOvarOP OPS\_GynOvarOPGesamt OPS\_GynOvarOP\_EX OPS\_GynTubauterinaOPGesamt |
| Darstellung | - |
| Grafik | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Eingeschränkt vergleichbar |

Literatur

Bjelland, EK; Wilkosz, P; Tanbo, TG; Eskild, A (2014): Is unilateral oophorectomy associated with age at menopause? A population study (the HUNT2 Survey). Human Reproduction 29(4): 835-841. DOI: 10.1093/humrep/deu026.

DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe]; DKG [Deutsche Krebsgesellschaft]; Deutsche Krebshilfe; AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]; DEGRO [Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie]; DEGUM [Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin]; et al. (2017): AWMF-Registernummer 032-035OL. S3-Leitlinie: Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren. Langversion. Version 2.1. Stand: 09.11.2017. Berlin [u. a.]: DGGG [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx\_szleitlinien/032-035-OLl\_Ovarialkarzinom\_2017-11.pdf (abgerufen am: 22.01.2019).

Madalinska, JB; van Beurden, M; Bleiker, EMA; Valdimarsdottir, HB; Hollenstein, J; Massuger, LF; et al. (2006): The Impact of Hormone Replacement Therapy on Menopausal Symptoms in Younger High-Risk Women After Prophylactic Salpingo-Oophorectomy. JOC – Journal of Clinical Oncology 24(22): 3576-3582. DOI: 10.1200/jco.2005.05.1896.

Osmers, R (1996): Sonographic evaluation of ovarian masses and its therapeutical implications. Ultrasound in Obstetrics and Gynecology 8(4): 217-222. DOI: 10.1046/j.1469-0705.1996.08040217.x.

Parker, WH; Broder, MS; Chang, E; Feskanich, D; Farquhar, C; Liu, Z; et al. (2009): Ovarian Conservation at the Time of Hysterectomy and Long-Term Health Outcomes in the Nurses’ Health Study. Obstetrics & Gynecology 113(5): 1027-1037. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181a11c64.

Pascual, MA; Hereter, L; Tresserra, F; Carreras, O; Ubeda, A; Dexeus, S (1997): Transvaginal sonographic appearance of functional ovarian cysts. Human Reproduction 12(6): 1246-1249. DOI: 10.1093/humrep/12.6.1246.

Phung, TKT; Waltoft, BL; Laursen, TM; Settnes, A; Kessing, LV; Mortensen, PB; et al. (2010): Hysterectomy, Oophorectomy and Risk of Dementia: A Nationwide Historical Cohort Study. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 30(1): 43-50. DOI: 10.1159/000314681.

Rivera, CM; Grossardt, BR; Rhodes, DJ; Brown, RD Jr; Roger, VL; Melton, LJ III; et al. (2009): Increased cardiovascular mortality after early bilateral oophorectomy. Menopause 16(1): 15-23. DOI: 10.1097/gme.0b013e31818888f7.

Rocca, WA; Bower, JH; Maraganore, DM; Ahlskog, JE; Grossardt, BR; de Andrade, M; et al. (2008): Increased risk of parkinsonism in women who underwent oophorectomy before menopause. Neurology 70(3): 200-209. DOI: 10.1212/01.wnl.0000280573.30975.6a.

Shuster, LT; Rhodes, DJ; Gostout, BS; Grossardt, BR; Rocca, WA (2010): Premature menopause or early menopause: Long-term health consequences. Maturitas 65(2): 161-166. DOI: 10.1016/j.maturitas.2009.08.003.

612: Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre

|  |  |
| --- | --- |
| Qualitätsziel | Möglichst viele Patientinnen mit Organerhaltung bei Operationen am Ovar mit histologischem Normalbefund oder benigner Histologie |

Hintergrund

In der Literatur lassen sich nur wenige Anhaltspunkte zur Organerhaltung bei gynäkologischen Operationen finden. Dies liegt vor allem daran, dass sich die Notwenigkeit der Organerhaltung, aus Erkenntnissen der Organentfernung, ergibt. Die Sicherheit von organerhaltendem Operieren speziell bei Dermoiden wurde in einer retrospektiven Studie mit 65 Patientinnen mit der von (Salpingo-) Ovariektomien verglichen (Chapron et al. 1994). 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 und Garcea 1998, Nezhat et al. 1999, Nasioudis et al. 2017).   
   
Zu den klinischen Folgen der einseitigen (Salpingo-) Ovariektomie steht eine geringe Datenlage zur Verfügung. Bukovsky et al. (1995) konnten in einer randomisiert kontrollierten Studie eine signifikant eingeschränkte Ovarialfunktion, gemessen an Hormonspiegeln im Serum, sechs 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 (Salpingo-) Ovariektomie ausschließlich auf dem Surrogatparameter „Hormonspiegel im Serum“ basieren. Außerdem ist der Vorteil der Organerhaltung abgeleitet aus den Folgen der (Salpingo-) Ovariektomie. Ob ein Restovar in der Lage ist, diese Folgen abzuwenden, ist nicht gesichert. Ebenfalls zu berücksichtigen ist das Vorhandensein eines kontralateralen Ovars.

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 16:O | Operation | M | OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de | OPSCHLUESSEL |
| 21:O | führender Befund | K | s. Anhang: HistolOpGyn | HISTOL |
| 30:B | Entlassungsdiagnose(n) | M | ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de | ENTLDIAG |
| EF\* | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren | - | alter(GEBDATUM;AUFNDATUM) | alter |

\*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 612 |
| Bezeichnung | Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2019 | ≥ 75,00 % (5. Perzentil) |
| Referenzbereich 2018 | ≥ 74,04 % (5. Perzentil) |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | Auf Grund einer hohen Variabilität der Ergebnisse und wegen des Fehlens von evidenzbasierten Kriterien für die Festlegung eines festen Referenzwertes ist für diesen Indikator das 5. Perzentil als Referenzwert definiert. |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | - |
| Methode der Risikoadjustierung | Keine weitere Risikoadjustierung |
| Erläuterung der Risikoadjustierung | - |
| Rechenregeln | **Zähler**  Alle Operationen am Ovar, die organerhaltend durchgeführt wurden  **Nenner**  Operationen am Ovar (OPS: 5-65\* [die Angabe zusätzlicher Kodes ist erlaubt]) und führendem histologischen Normalbefund oder benignem Befund: (Schlüssel Histologie: 01-09) bei Patientinnen bis 45 Jahre, unter Ausschluss von Patientinnen mit Mammakarzinom (Entlassungsdiagnose C50\*), mit prophylaktischer Operation an der Brustdrüse oder am Ovar wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen (Entlassungsdiagnose: Z40.00\*, Z40.01\*) oder mit bösartiger Neubildung an der Brustdrüse in der Eigenanamnese (Entlassungsdiagnose: Z85.3\*) und unter Ausschluss von Patientinnen mit der Diagnose Transsexualismus (F64.0\*). |
| Erläuterung der Rechenregel | Zähler:  Alle Operationen am Ovar, die organerhaltend durchgeführt wurden. Ausgeschlossen sind Operationen, bei denen eine Entfernung des Ovars vorgenommen wurde (OPS: 5-652.4\*, 5-652.6\*, 5-652.y\*, 5-653\*).    Nenner:  Nur Patientinnen mit mindestens einer Angabe zur Histologie werden berücksichtigt: “Normalbefund“ oder benigner Befund: „Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste”, “seröses oder mucinöses Zystadenom (z.B. Kystom, seröse Zyste)“, „Dermoid (z. B. benignes Teratom)“, „Endometriose“, „andere benigne Befunde (z. B. Fibrom, Thekom, Theko-/Zystadenofibrom, Hydatide)“, „Entzündung“, „Extrauteringravidität“, „Stieldrehung“. |
| Teildatensatzbezug | 15/1:O |
| Zähler (Formel) | fn\_OPOvarerhaltend |
| Nenner (Formel) | (OPSCHLUESSEL %any\_like% LST$OPS\_GynOvarOPGesamt &  fn\_AdnexBefund &  !(ENTLDIAG %any\_like% c(LST$ICD\_GynCAOvar, LST$ICD\_GynCARisiko, LST$ICD\_GynTranssex))) &  alter %<=% 45 |
| Verwendete Funktionen | fn\_AdnexBefund fn\_OPOvarerhaltend |
| Verwendete Listen | ICD\_GynCAOvar ICD\_GynCARisiko ICD\_GynTranssex OPS\_GynOvarOPAblativ OPS\_GynOvarOPGesamt |
| Darstellung | - |
| Grafik | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Eingeschränkt vergleichbar |

Literatur

Bukovsky, I; Halperin, R; Schneider, D; Golan, A; Hertzianu, I; Herman, A (1995): Ovarian function following abdominal hysterectomy with and without unilateral oophorectomy. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 58(1): 29-32. DOI: 10.1016/0028-2243(94)01969-E.

Campo, S; Garcea, N (1998): Laparoscopic Conservative Excision of Ovarian Dermoid Cysts with and without an Endobag. Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists 5(2): 165-170. DOI: 10.1016/S1074-3804(98)80084-4.

Chapron, C; Dubuisson, J-B; Samouh, N; Foulot, H; Aubriot, F-X; Amsquer, Y; et al. (1994): Treatment of ovarian dermoid cysts. Place and modalities of operative laparoscopy. Surgical Endoscopy 8(9): 1092-1095. DOI: 10.1007/bf00705727.

Lass, A (1999): The fertility potential of women with a single ovary. Human Reproduction Update 5(5): 546-550. DOI: 10.1093/humupd/5.5.546.

Nasioudis, D; Alevizakos, M; Holcomb, K; Witkin, SS (2017): Malignant and borderline epithelial ovarian tumors in the pediatric and adolescent population. Maturitas 96: 45-50. DOI: 10.1016/j.maturitas.2016.11.011.

Nezhat, CR; Kalyoncu, S; Nezhat, CH; Johnson, E; Berlanda, N; Nezhat, F (1999): Laparoscopic Management of Ovarian Dermoid Cysts: Ten Years' Experience. JSLS – Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons 3(3): 179-184. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3113151/pdf/jsls-3-3-179.pdf (abgerufen am: 19.06.2017).

52283: Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden

|  |  |
| --- | --- |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Patientinnen mit einer assistierten Blasenentleerung mittels transurethralen Dauerkatheters länger als 24 Stunden nach einer Operation am Ovar oder der Tuba uterina |

Hintergrund

Dieser Qualitätsindikator zur Indikationsstellung mit dem Ziel die Anzahl von Patientinnen, deren Blasenentleerung 24 Stunden nach einer Operation am Ovar oder der Tuba uterina noch mittels transurethralen Dauerkatheters assistiert erfolgt, so niedrig wie möglich zu halten, wurde als wichtiger Bestandteil der postoperativen Patientinnenversorgung im Jahr 2014 wiederaufgenommen.   
   
Mit einer systematischen Recherche nach evidenzbasierten Leitlinien und systematischen Reviews hat das IQTIG den Hintergrund dieses Qualitätsindikators (QI) zum Erfassungsjahr 2017 aktualisiert. Details zur Literaturrecherche sind im Recherchebericht (IQTIG 2018) dargestellt, welcher unter verfahrenssupport (at) iqtig.org angefordert werden kann.   
   
Die Recherche fokussierte auf Patientinnen mit einer gynäkologischen Operation im Allgemeinen und adressiert eine breitere Population in ihren Fragestellungen als beim bestehenden QI. Ausgehend von den inhaltlichen und methodischen Einschlusskriterien wurden keine nationalen bzw. internationalen Leitlinien, jedoch zwei systematische Reviews identifiziert, in denen die Fragestellungen untersucht wurden.   
   
Die Ergebnisse des methodisch guten systematischen Reviews von Zhang et al. (2015) zeigen, dass Patientinnen mit einer sofortigen Blasenkatheterentfernung nach jeweils unterschiedlichen gynäkologischen Operationen ein geringeres Risiko für positive Urinkulturen sowie symptomatische Harnwegsinfektionen hatten, als Patientinnen, bei denen der Katheter verspätet, nach 12 bis 36 Stunden bzw. nach 12 bis 24 Stunden entfernt wurde. Bezogen auf das Auftreten von harnwegsinfektionsbedingtem, postoperativem Fieber zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen einer sofortigen und einer verzögerten Katheterentfernung nach 24 bis 36 Stunden.   
   
In einem systematischen Review von Fattah und Santoso (2013) wurden ebenfalls verschiedene Zeitpunkte der Blasenkatheterentfernung nach der Durchführung von gynäkologischen Operationen (Vaginalprolaps und Hysterektomie) hinsichtlich des Outcomes ‚Harnwegsinfektion‘ untersucht. Die Ergebnisse aus vier, auf jeweils einer Studie basierenden Vergleichen zeigen, dass eine frühere Katheterentfernung mit geringeren postoperativen Harnwegsinfektionen einhergeht. Die methodische Qualität des systematischen Reviews wird allerdings als ungenügend bewertet.   
   
Die Erkenntnisse aus der systematischen Recherche sind konsistent zu den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) des Robert Koch-Instituts. Dieses empfiehlt, einen Blasenverweilkatheter - unabhängig von der Population und den Indikationsstellungen - so schnell wie möglich wieder zu entfernen (Martius et al. 2015). Als Grund wird hier angegeben, dass postoperative Harnwegsinfektionen (23,2 %) zu den häufigsten nosokomialen Infektionen in Deutschland gehören. Den zweithöchsten Anteil der nosokomialen Infektionen, nach den postoperativen Wundinfektionen (24,7 %) (Martius et al. 2015). Nosokomiale Harnwegsinfektionen stehen dabei in der Regel in Zusammenhang mit transurethralen Dauerkathetern, die eine Eintrittspforte für einen Erregereintrag in die Harnröhre darstellen.

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 15:O | OP-Datum | K | - | OPDATUM |
| 16:O | Operation | M | OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de | OPSCHLUESSEL |
| 21:O | führender Befund | K | s. Anhang: HistolOpGyn | HISTOL |
| 27.2:O | transurethraler Dauerkatheter | K | 1 = ja | TRANSDAUERKATH |
| 28:O | Dauer der assistierten Blasenentleerung | K | 1 = > 0 Stunden und ≤ 8 Stunden  2 = > 8 Stunden und ≤ 16 Stunden  3 = > 16 Stunden und ≤ 24 Stunden  4 = > 24 Stunden und ≤ 32 Stunden  5 = > 32 Stunden und ≤ 40 Stunden  6 = > 40 Stunden und ≤ 48 Stunden  7 = > 48 Stunden | ASSBLASSENTLDAUER |
| 30:B | Entlassungsdiagnose(n) | M | ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de | ENTLDIAG |

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 52283 |
| Bezeichnung | Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2019 | ≤ 6,15 % (90. Perzentil) |
| Referenzbereich 2018 | ≤ 4,94 % (90. Perzentil) |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | - |
| Methode der Risikoadjustierung | Keine weitere Risikoadjustierung |
| Erläuterung der Risikoadjustierung | - |
| Rechenregeln | **Zähler**  Assistierte Blasenentleerungen länger als 24 Stunden mittels eines transurethralen Dauerkatheters  **Nenner**  Alle isolierten Operationen am Ovar oder der Tuba uterina. Ausgeschlossen werden Patientinnen mit bösartigen Neubildungen der Genitalorgane (Entlassungsdiagnose: C51\*, C52\*, C53\*, C54\*, C55\*, C56\*, C57\*, C58\*). Ebenfalls nicht berücksichtigt werden Operationen am Ovar oder der Tuba uterina mit gleichzeitiger Erfassung von Hysterektomie/Exenteration des kleinen Beckens, zusätzlicher Plastiken, inkontinenzchirurgischen Operationen, gleichzeitiger Operation der Harnblase (OPS 5-57\*) oder mit führendem malignen Befund (Schlüssel Histologie: 11, 22, 23, 24, 31). |
| Erläuterung der Rechenregel | Nenner:  Es werden isolierte Operationen am Ovar oder der Tuba uterina (5-65\*, 5-66\*) berücksichtigt. Ausgeschlossen werden Patientinnen mit einem ICD-Kode zu bösartigen Neubildungen der weiblichen Genitalorgane als Entlassungsdiagnose (C51\*, C52\*, C53\*, C54\*, C55\*, C56\*, C57\*, C58\*). Ebenfalls nicht berücksichtigt werden Operationen am Ovar oder der Tuba uterina mit gleichzeitiger Erfassung von Hysterektomie/Exenteration des kleinen Beckens (5-682\*, 5-683\*, 5-684\*, 5-685\*, 5-686\*, 5-687\*), zusätzlicher Plastiken, inkontinenzchirurgischen Operationen (5-592\*, 5-593\*, 5-594\*, 5-595\*, 5596\*, 5-704\*), gleichzeitiger Operationen an der Harnblase (OPS: 5-57\*) oder mit führendem histologischer Befund: „Adnexe: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive“ oder „Carcinoma in situ“, „invasives Karzinom Ia“, „invasives Karzinom > Ia“ der Cervix uteri oder „Corpus uteri: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive“. |
| Teildatensatzbezug | 15/1:O |
| Zähler (Formel) | TRANSDAUERKATH %==% 1 &  (   fn\_OPin2018 | ASSBLASSENTLDAUER %in% c(4,5,6,7)  ) |
| Nenner (Formel) | (OPSCHLUESSEL %any\_like% c(LST$OPS\_GynOvarOPGesamt, LST$OPS\_GynTubauterinaOPGesamt)) &  !(OPSCHLUESSEL %any\_like% c(LST$OPS\_GynHysterektomieExenteration, LST$OPS\_OPHarnblase, LST$OPS\_GynPlastiken) |  HISTOL %in% c("11","22","23","24","31") | ENTLDIAG %any\_like% LST$ICD\_GynNeubildungen) |
| Verwendete Funktionen | fn\_OPin2018 |
| Verwendete Listen | ICD\_GynNeubildungen OPS\_GynHysterektomieExenteration OPS\_GynOvarOPGesamt OPS\_GynPlastiken OPS\_GynTubauterinaOPGesamt OPS\_OPHarnblase |
| Darstellung | - |
| Grafik | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Eingeschränkt vergleichbar |

Literatur

Fattah, ANA; Santoso, BI (2013): Urinary catheterization in gynecological surgery: When should it be removed? Medical Journal of Indonesia 22(3): 183-188. DOI: 10.13181/mji.v22i3.589.

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018): Aktualisierung des Indikationsindikators „Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden“ (QI-ID 52283). Recherchebericht zur wissenschaftlichen Evidenz. Stand: 09.01.2018. Berlin: IQTIG. [nicht veröffentlicht, bei Bedarf über verfahrenssupport@iqtig.org anfragen].

Martius, J; Exner, M; Piechota, H; Simon, A; Trphaus, A; Kraus-Haas, M (2015): Prävention und Kontrolle Katheter-assoziierter Harnwegsinfektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 58(6): 641-650. DOI: 10.1007/s00103-015-2152-3.

Zhang, P; Hu, W-L; Cheng, B; Cheng, L; Xiong, X-K; Zeng, Y-J (2015): A systematic review and meta-analysis comparing immediate and delayed catheter removal following uncomplicated hysterectomy. International Urogynecology Journal 26(5): 665-674. DOI: 10.1007/s00192-014-2561-0.

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

| Schlüssel: HistolOpGyn | |
| --- | --- |
| 01 | Adnexe: Normalbefund |
| 02 | Adnexe: Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste |
| 03 | Adnexe: seröses oder mucinöses Zystadenom (z.B. Kystom, seröse Zyste) |
| 04 | Adnexe: Dermoid (z.B. benignes Teratom) |
| 05 | Adnexe: Endometriose |
| 06 | Adnexe: andere benigne Befunde (z.B. Fibrom, Thekom, Theko-/Zystadenofibrom, Hydatide) |
| 07 | Adnexe: Entzündung |
| 08 | Adnexe: Extrauteringravidität |
| 09 | Adnexe: Stieldrehung |
| 10 | Adnexe: Borderline-Veränderungen |
| 11 | Adnexe: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive und Metastasen anderer Malignome |
| 19 | Adnexe: Veränderungen an den Adnexen, die in den Schlüsselwerten 01 - 11 nicht erfasst sind |
| 20 | Cervix uteri: Ektopie |
| 21 | Cervix uteri: Dysplasie |
| 22 | Cervix uteri: Carcinoma in situ |
| 23 | Cervix uteri: invasives Karzinom la |
| 24 | Cervix uteri: invasives Karzinom > la |
| 28 | Cervix uteri: histologisch Normalbefund |
| 29 | Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 20 - 24 nicht erfasst sind |
| 30 | Corpus uteri: Myom |
| 31 | Corpus uteri: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive |
| 38 | Corpus uteri: histologisch Normalbefund |
| 39 | Corpus uteri: Veränderungen des Corpus uteri, die in den Schlüsselwerten 30 und 31 nicht erfasst sind |
| 70 | Vagina/Vulva: entzündliche Veränderung |
| 71 | Vagina/Vulva: benigne Neoplasien |
| 72 | Vagina/Vulva: maligne Neoplasien |
| 78 | Vagina/Vulva: histologisch Normalbefund |
| 79 | Vagina/Vulva: Veränderungen der Vagina/Vulva, die in den Schlüsselwerten 70 - 72 nicht erfasst sind |
| 80 | Endometriose anderer Lokalisationen |
| 81 | Sonstige histologische Befunde anderer Lokalisationen |

Anhang II: Listen

| Listenname | Typ | Beschreibung | Werte |
| --- | --- | --- | --- |
| ICD\_GynCAOvar | ICD | Bösartige Neubildungen der Brustdrüse (Mammakarzinom) | C50% |
| ICD\_GynCARisiko | ICD | Risikofaktoren für Bösartige Neubildungen | Z40.00%, Z40.01%, Z85.3% |
| ICD\_GynEndometriose\_Darm\_Uterus\_Septum | ICD | Endometriose an Darm, Uterus oder Septum rectovaginale und der Vagina | N80.0%, N80.4%, N80.5% |
| ICD\_GynNeubildungen | ICD | Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane | C51%, C52%, C53%, C54%, C55%, C56%, C57%, C58% |
| ICD\_GynTranssex | ICD | Diagnose Transsexualismus | F64.0% |
| OPS\_GYN\_Adhaesiolyse | OPS | Adhäsiolyse an Darm, Peritoneum oder Ovar | 5­469.11%, 5­469.20%, 5­469.21%, 5­469.22%, 5­657.62%, 5­657.63%, 5­657.73% |
| OPS\_GYN\_Exzision | OPS | Exzisionsbiopsie oder Exzision einer Ovarialzyste | 5­651.82%, 5­651.92% |
| OPS\_GynHysterektomieExenteration | OPS | Hysterektomie/Exenteration des kleinen Beckens | 5­682%, 5­683%, 5­684%, 5­685%, 5­686%, 5­687% |
| OPS\_GynIsoliertAblativBeidseitigOvarOP | OPS | Isolierte ablative Operation am Ovar | 5­652.40:B, 5­652.41:B, 5­652.42:B, 5­652.43:B, 5­652.44:B, 5­652.45:B, 5­652.4x:B, 5­652.60:B, 5­652.61:B, 5­652.62:B, 5­652.63:B, 5­652.64:B, 5­652.65:B, 5­652.6x:B, 5­652.y:B, 5­653.30:B, 5­653.31:B, 5­653.32:B, 5­653.33:B, 5­653.34:B, 5­653.35:B, 5­653.3x:B, 5­653.y:B |
| OPS\_GynIsoliertAblativLinksOvarOP | OPS | Isolierte ablative Operation am Ovar links | 5­652.40:L, 5­652.41:L, 5­652.42:L, 5­652.43:L, 5­652.44:L, 5­652.45:L, 5­652.4x:L, 5­652.60:L, 5­652.61:L, 5­652.62:L, 5­652.63:L, 5­652.64:L, 5­652.65:L, 5­652.6x:L, 5­652.y:L, 5­653.30:L, 5­653.31:L, 5­653.32:L, 5­653.33:L, 5­653.34:L, 5­653.35:L, 5­653.3x:L, 5­653.y:L |
| OPS\_GynIsoliertAblativRechtsOvarOP | OPS | Isolierte ablative Operation am Ovar rechts | 5­652.40:R, 5­652.41:R, 5­652.42:R, 5­652.43:R, 5­652.44:R, 5­652.45:R, 5­652.4x:R, 5­652.60:R, 5­652.61:R, 5­652.62:R, 5­652.63:R, 5­652.64:R, 5­652.65:R, 5­652.6x:R, 5­652.y:R, 5­653.30:R, 5­653.31:R, 5­653.32:R, 5­653.33:R, 5­653.34:R, 5­653.35:R, 5­653.3x:R, 5­653.y:R |
| OPS\_GynLapOP | OPS | Gynäkologische Operationen mit laparoskopischem oder laparoskopischem und abdominalem Zugang | 5­650.4%, 5­650.5%, 5­651.82%, 5­651.83%, 5­651.92%, 5­651.93%, 5­651.a2%, 5­651.a3%, 5­651.b2%, 5­651.b3%, 5­651.x2%, 5­651.x3%, 5­652.42%, 5­652.43%, 5­652.52%, 5­652.53%, 5­652.62%, 5­652.63%, 5­653.22%, 5­653.23%, 5­653.32%, 5­653.33%, 5­656.82%, 5­656.83%, 5­656.92%, 5­656.93%, 5­656.a2%, 5­656.a3%, 5­656.b2%, 5­656.b3%, 5­656.x2%, 5­656.x3%, 5­657.62%, 5­657.63%, 5­657.72%, 5­657.73%, 5­657.82%, 5­657.83%, 5­657.92%, 5­657.93%, 5­657.x2%, 5­657.x3%, 5­659.22%, 5­659.23%, 5­659.x2%, 5­659.x3%, 5­660.4%, 5­660.5%, 5­661.42%, 5­661.43%, 5­661.52%, 5­661.53%, 5­661.62%, 5­661.63%, 5­663.02%, 5­663.03%, 5­663.12%, 5­663.13%, 5­663.22%, 5­663.23%, 5­663.32%, 5­663.33%, 5­663.42%, 5­663.43%, 5­663.52%, 5­663.53%, 5­663.x2%, 5­663.x3%, 5­665.42%, 5­665.43%, 5­665.52%, 5­665.53%, 5­665.x2%, 5­665.x3%, 5­666.82%, 5­666.83%, 5­666.92%, 5­666.93%, 5­666.a2%, 5­666.a3%, 5­666.b2%, 5­666.b3%, 5­666.x2%, 5­666.x3%, 5­683.13%, 5­683.14%, 5­683.23%, 5­683.24%, 5­744.02%, 5­744.03%, 5­744.12%, 5­744.13%, 5­744.22%, 5­744.23%, 5­744.32%, 5­744.33%, 5­744.42%, 5­744.43% |
| OPS\_GynLapOP\_EX | OPS | Ausschlusskriterien zur Definition von Operationen mit laparoskopischem oder laparoskopischem und abdominalem Zugang | 5­650.2%, 5­650.3%, 5­650.6%, 5­650.7%, 5­650.x%, 5­650.y%, 5­651.80%, 5­651.81%, 5­651.84%, 5­651.85%, 5­651.8x%, 5­651.90%, 5­651.91%, 5­651.94%, 5­651.95%, 5­651.9x%, 5­651.a0%, 5­651.a1%, 5­651.a4%, 5­651.a5%, 5­651.ax%, 5­651.b0%, 5­651.b1%, 5­651.b4%, 5­651.b5%, 5­651.bx%, 5­651.x0%, 5­651.x1%, 5­651.x4%, 5­651.x5%, 5­651.xx%, 5­651.y%, 5­652.40%, 5­652.41%, 5­652.44%, 5­652.45%, 5­652.4x%, 5­652.50%, 5­652.51%, 5­652.54%, 5­652.55%, 5­652.5x%, 5­652.60%, 5­652.61%, 5­652.64%, 5­652.65%, 5­652.6x%, 5­652.y%, 5­653.20%, 5­653.21%, 5­653.24%, 5­653.25%, 5­653.2x%, 5­653.30%, 5­653.31%, 5­653.34%, 5­653.35%, 5­653.3x%, 5­653.y%, 5­656.90%, 5­656.91%, 5­656.94%, 5­656.95%, 5­656.9x%, 5­656.a0%, 5­656.a1%, 5­656.a4%, 5­656.a5%, 5­656.ax%, 5­656.b0%, 5­656.b1%, 5­656.b4%, 5­656.b5%, 5­656.bx%, 5­656.x0%, 5­656.x1%, 5­656.x4%, 5­656.x5%, 5­656.xx%, 5­656.y%, 5­657.60%, 5­657.61%, 5­657.64%, 5­657.65%, 5­657.6x%, 5­657.70%, 5­657.71%, 5­657.74%, 5­657.75%, 5­657.7x%, 5­657.80%, 5­657.81%, 5­657.84%, 5­657.85%, 5­657.8x%, 5­657.90%, 5­657.91%, 5­657.94%, 5­657.95%, 5­657.9x%, 5­657.x0%, 5­657.x1%, 5­657.x4%, 5­657.x5%, 5­657.xx%, 5­657.y%, 5­658.6%, 5­658.7%, 5­658.8%, 5­658.9%, 5­658.x%, 5­658.y%, 5­659.20%, 5­659.21%, 5­659.24%, 5­659.25%, 5­659.2x%, 5­659.x0%, 5­659.x1%, 5­659.x4%, 5­659.x5%, 5­659.xx%, 5­659.y%, 5­660.2%, 5­660.3%, 5­660.6%, 5­660.7%, 5­660.x%, 5­660.y%, 5­661.40%, 5­661.41%, 5­661.44%, 5­661.45%, 5­661.4x%, 5­661.50%, 5­661.51%, 5­661.54%, 5­661.55%, 5­661.5x%, 5­661.60%, 5­661.61%, 5­661.64%, 5­661.65%, 5­661.6x%, 5­661.y%, 5­663.00%, 5­663.01%, 5­663.04%, 5­663.05%, 5­663.0x%, 5­663.10%, 5­663.11%, 5­663.14%, 5­663.15%, 5­663.1x%, 5­663.20%, 5­663.21%, 5­663.24%, 5­663.25%, 5­663.2x%, 5­663.30%, 5­663.31%, 5­663.34%, 5­663.35%, 5­663.3x%, 5­663.40%, 5­663.41%, 5­663.44%, 5­663.45%, 5­663.4x%, 5­663.50%, 5­663.51%, 5­663.54%, 5­663.55%, 5­663.5x%, 5­663.x0%, 5­663.x1%, 5­663.x4%, 5­663.x5%, 5­663.xx%, 5­663.y%, 5­665.40%, 5­665.41%, 5­665.44%, 5­665.45%, 5­665.4x%, 5­665.50%, 5­665.51%, 5­665.54%, 5­665.55%, 5­665.5x%, 5­665.x0%, 5­665.x1%, 5­665.x4%, 5­665.x5%, 5­665.xx%, 5­665.y%, 5­666.80%, 5­666.81%, 5­666.84%, 5­666.85%, 5­666.8x%, 5­666.90%, 5­666.91%, 5­666.94%, 5­666.95%, 5­666.9x%, 5­666.a0%, 5­666.a1%, 5­666.a4%, 5­666.a5%, 5­666.ax%, 5­666.b0%, 5­666.b1%, 5­666.b4%, 5­666.b5%, 5­666.bx%, 5­666.x0%, 5­666.x1%, 5­666.x4%, 5­666.x5%, 5­666.xx%, 5­666.y%, 5­669%, 5­682.00%, 5­682.01%, 5­682.04%, 5­682.05%, 5­682.0x%, 5­682.1%, 5­682.10%, 5­682.11%, 5­682.14%, 5­682.15%, 5­682.1x%, 5­682.20%, 5­682.2x%, 5­682.x%, 5­682.x0%, 5­682.x1%, 5­682.x4%, 5­682.x5%, 5­682.xx%, 5­682.y%, 5­683.00%, 5­683.01%, 5­683.02%, 5­683.05%, 5­683.0x%, 5­683.10%, 5­683.11%, 5­683.12%, 5­683.15%, 5­683.1x%, 5­683.20%, 5­683.21%, 5­683.22%, 5­683.25%, 5­683.2x%, 5­683.x0%, 5­683.x1%, 5­683.x2%, 5­683.x5%, 5­683.xx%, 5­683.y%, 5­684.0%, 5­684.1%, 5­684.2%, 5­684.3%, 5­684.x%, 5­684.y%, 5­685.00%, 5­685.01%, 5­685.02%, 5­685.03%, 5­685.0x%, 5­685.1%, 5­685.2%, 5­685.3%, 5­685.40%, 5­685.41%, 5­685.42%, 5­685.43%, 5­685.4x%, 5­685.x%, 5­685.y%, 5­686.00%, 5­686.01%, 5­686.02%, 5­686.03%, 5­686.0x%, 5­686.1%, 5­686.2%, 5­686.3%, 5­686.x%, 5­686.y%, 5­687.0%, 5­687.1%, 5­687.2%, 5­687.30%, 5­687.31%, 5­687.3x%, 5­687.y%, 5­689.00%, 5­689.01%, 5­689.02%, 5­689.05%, 5­689.0x%, 5­689.x%, 5­689.y%, 5­744.00%, 5­744.01%, 5­744.04%, 5­744.05%, 5­744.0x%, 5­744.10%, 5­744.11%, 5­744.14%, 5­744.15%, 5­744.1x%, 5­744.20%, 5­744.21%, 5­744.24%, 5­744.25%, 5­744.2x%, 5­744.30%, 5­744.31%, 5­744.34%, 5­744.35%, 5­744.3x%, 5­744.40%, 5­744.41%, 5­744.44%, 5­744.45%, 5­744.4x% |
| OPS\_GynOvarOP | OPS | Adnexeingriff (ohne Ovareingriffe, die keine Histologie benötigen, z. B. Adhäsiolysen) | 5­651.8%, 5­651.9%, 5­652%, 5­653%, 5­659.2% |
| OPS\_GynOvarOP\_EX | OPS | Ausschluss Ovariektomie und Salpingoovariektomie | 5­652%, 5­653% |
| OPS\_GynOvarOPAblativ | OPS | Isolierter ablativer Ovareingriff | 5­652.4%, 5­652.6%, 5­652.y%, 5­653% |
| OPS\_GynOvarOPAblativZusatz | OPS | Isolierter ablativer Ovareingriff mit Zusatzeingriffen | 1%, 3%, 5­540%, 5­541.0%, 5­541.1%, 5­541.2%, 5­541.3%, 5­542%, 5­651.a%, 5­651.b%, 5­651.x%, 5­651.y%, 5­652.4%, 5­652.6%, 5­652.y%, 5­653%, 5­656%, 5­657%, 5­658%, 5­85%, 5­87%, 5­88%, 5­89%, 5­9%, 6%, 8%, 9% |
| OPS\_GynOvarOPGesamt | OPS | Operationen am Ovar (ohne Einschränkungen) | 5­65% |
| OPS\_GynOvarOPZusatz | OPS | Zusätzlich zu Adnexeingriffen erlaubte Codes, die dennoch einen isolierten Adnexeingriff kennzeichnen | 1%, 3%, 5­540%, 5­541.0%, 5­541.1%, 5­541.2%, 5­541.3%, 5­542%, 5­651.8%, 5­651.9%, 5­651.a%, 5­651.b%, 5­652%, 5­653%, 5­656%, 5­657%, 5­658%, 5­659.2%, 5­85%, 5­87%, 5­88%, 5­89%, 5­9%, 6%, 8%, 9% |
| OPS\_GynPlastiken | OPS | Plastiken oder inkontinenzchirurgische Operationen | 5­592%, 5­593%, 5­594%, 5­595%, 5­596%, 5­704% |
| OPS\_GynTubauterinaOPGesamt | OPS | Operationen an der Tuba uterina (Operationen am Eileiter) (ohne Einschränkungen) | 5­66% |
| OPS\_OPHarnblase | OPS | Operationen an der Harnblase (ohne Einschränkungen) | 5­57% |

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

| Funktion | FeldTyp | Beschreibung | Script |
| --- | --- | --- | --- |
| fn\_AdnexBefund | boolean | Normalbefund und benigner Adnexbefund (lt. Schlüssel Histologie) | HISTOL %in% c("01", "02", "03", "04", "05", "06", "07", "08", "09") |
| fn\_GynIsoAblativSalpingoOvariektomieBdsOhneZusatz | boolean | Isolierte Ablative beidseitige Salpingoovariektomie (OPS 5-652.4\*, 5-652.6\*, 5-652.y\*, 5-653\*) | KONTRALATOVAR %==% 0 |  (  (OPSCHLUESSEL %any\_like% LST$OPS\_GynIsoliertAblativRechtsOvarOP &  OPSCHLUESSEL %any\_like% LST$OPS\_GynIsoliertAblativLinksOvarOP) |  OPSCHLUESSEL %any\_like% LST$OPS\_GynIsoliertAblativBeidseitigOvarOP  ) |
| fn\_GynIsolierteAdnexe | boolean | Isolierte Adnexeingriffe (OPS 5-651.8\*, 5-651.9\*, 5-652\*, 5-653\*, 5-659.2\*) mit Zusatzeingriffen | OPSCHLUESSEL %any\_like%  LST$OPS\_GynOvarOP &  OPSCHLUESSEL %all\_like%  LST$OPS\_GynOvarOPZusatz |
| fn\_GynIsolierteAdnexeAblativ | boolean | Isolierte Adnexeingriffe, ablativ (OPS 5-652.4\*, 5-652.6\*, 5-652.y\*, 5-653\*) mit Zusatzeingriffen | OPSCHLUESSEL %any\_like%  LST$OPS\_GynOvarOPAblativ &  OPSCHLUESSEL %all\_like%  LST$OPS\_GynOvarOPAblativZusatz |
| fn\_GynLapOP | boolean | Gynäkologische Operationen mit laparoskopischem oder laparoskopischem und abdominalem Zugang unter Ausschluss von Operationen mit anderen Zugangsarten | OPSCHLUESSEL %any\_like%  LST$OPS\_GynLapOP &  !(OPSCHLUESSEL %any\_like%  LST$OPS\_GynLapOP\_EX) |
| fn\_GYNScore\_51906 | float | Score zur logistischen Regression - ID 51906 | # Funktion fn\_GYNScore\_51906    # definiere Summationsvariable log\_odds  log\_odds <- 0    # Konstante  log\_odds <- log\_odds + (1) \* -﻿6.852984134510029    # Alter (linear)  log\_odds <- log\_odds + (alter) \* 0.036855168014893    # Alter (quadratisch)  log\_odds <- log\_odds + (I(alter^2)) \* -﻿0.000176567054514    # ASA-Klassifikation 2  log\_odds <- log\_odds + (ASA %==% 2) \* 0.101516595190660    # ASA-Klassifikation 3  log\_odds <- log\_odds + (ASA %==% 3) \* 0.344006061622978    # ASA-Klassifikation 4 oder 5  log\_odds <- log\_odds + (ASA %in% c(4,5)) \* 1.151665541352943    # Adhäsiolysen  log\_odds <- log\_odds + (OPSCHLUESSEL %any\_like% LST$OPS\_GYN\_Adhaesiolyse) \* 0.575095111960571    # Exzision  log\_odds <- log\_odds + (OPSCHLUESSEL %any\_like% LST$OPS\_GYN\_Exzision) \* -﻿0.551251228246621    # Endometriose  log\_odds <- log\_odds + (ENTLDIAG %any\_like% LST$ICD\_GynEndometriose\_Darm\_Uterus\_Septum) \* 0.221184400164244    # Voroperation im OP-Gebiet  log\_odds <- log\_odds + (VOROPGLEICH %==% 1) \* 0.785136147039151    # Berechnung des Risikos aus der Summationsvariable log\_odds  plogis(log\_odds) \* 100 |
| fn\_IstErsteOP | boolean | OP ist die erste OP | fn\_Poopvwdauer\_LfdNrEingriff %==% (maximum(fn\_Poopvwdauer\_LfdNrEingriff) %group\_by% TDS\_B) |
| fn\_OPin2018 | boolean | - | startsWith(as.character(OPDATUM), "2018") |
| fn\_OPOvarerhaltend | boolean | Alle durchgeführten Ovaroperationen sind organerhaltend durchgeführt | !(OPSCHLUESSEL %any\_like% LST$OPS\_GynOvarOPAblativ) |
| fn\_Organverletzung | boolean | Organverletzung | IOPKOMPLBLASE %==% 1 |  IOPKOMPLHARNL %==% 1 |  IOPKOMPLURETHRA %==% 1 |  IOPKOMPLDARM %==% 1 |  IOPKOMPLUTERUS %==% 1 |  IOPKOMPLGEFNERV %==% 1 |  IOPKOMPLORGAN %==% 1 |
| fn\_Poopvwdauer\_LfdNrEingriff | integer | Kombination von poopvwdauer und lfdNrEingriff, um bei identischer postoperativer Verweildauer (OP am selben Tag) nach der laufenden Nummer zu differenzieren | poopvwdauer \* 100 - LFDNREINGRIFF |
| fn\_SalpingoOvarOPmitHistoBefund | boolean | Operationen am Ovar oder der Tuba uterina und histologischem Normalbefund oder benignem Befund. Zusätzliche Angaben zu Ausschlusskriterien. | OPSCHLUESSEL %any\_like% c(LST$OPS\_GynOvarOPGesamt,  LST$OPS\_GynTubauterinaOPGesamt) &  fn\_AdnexBefund &  !(  (ENTLDIAG %any\_like% LST$ICD\_GynCAOvar &  OPSCHLUESSEL %any\_like% LST$OPS\_GynOvarOP\_EX) |  ENTLDIAG %any\_like% c(LST$ICD\_GynCARisiko,  LST$ICD\_GynTranssex)  ) |

Anhang V: Historie der Qualitätsindikatoren

Da Fälle mit einer Aufnahme in 2018 und einer Entlassung in 2019 in den Datensatz 2019 eingehen (d. h. Überliegerfälle sind im Datensatz 2019 enthalten), gehen für das Erfassungsjahr 2019 tendenziell etwas mehr Fälle in die Auswertung ein als im EJ 2018. Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Zusammensetzung der betrachteten Patienten-Grundgesamtheit die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen im Vergleich zu 2018 relevant beeinflusst, sind die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des EJ 2019 mit den Ergebnissen des Vorjahres als eingeschränkt vergleichbar einzustufen. Liegen bei einem Qualitätsindikator oder einer Kennzahl weitere Gründe für die Einschränkung der Vergleichbarkeit vor, sind diese in der Spalte „Erläuterung“ erwähnt.

Aktuelle Qualitätsindikatoren 2019

| Indikator | | Anpassung im Vergleich zum Vorjahr | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ID | QI-Bezeichnung | Referenzbereich | Rechenregel | Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Erläuterung |
| 51906 | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation | Nein | Nein | Eingeschränkt vergleichbar | Zum Erfassungsjahr 2019 wurden die ASA-Klassen und der Risikofaktor "Alter" anders gruppiert und die Koeffizienten auf der Datenbasis 2017 und 2018 neu berechnet. |
| 12874 | Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung | Nein | Ja | Eingeschränkt vergleichbar | Zum Erfassungsjahr 2019 erfolgt die Auswertung des Indikators nicht mehr auf Patientenebene, sondern auf Operationsebene. Des Weiteren wurde der Nenner präzisiert: Ausschluss der unspezifischen OPS-Kodes aus der Kategorie „Andere Operationen am Ovar“. |
| 10211 | Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund | Nein | Ja | Eingeschränkt vergleichbar | Zum Erfassungsjahr 2019 erfolgt die Auswertung des Indikators nicht mehr auf Patientenebene, sondern auf Operationsebene. Des Weiteren wurde der Nenner präzisiert: Ausschluss von Patientinnen mit der Diagnose Transsexualismus (ICD-10-GM F64.0) und Einschluss von Patientinnen mit der Diagnose bösartige Neubildungen an der Brustdrüse in der Familienanamnese (ICD-10-GM Z80.3). |
| 60685 | Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie | Nein | Nein | Eingeschränkt vergleichbar | – |
| 60686 | Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie | Nein | Nein | Eingeschränkt vergleichbar | – |
| 612 | Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre | Nein | Nein | Eingeschränkt vergleichbar | – |
| 52283 | Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden | Nein | Nein | Eingeschränkt vergleichbar | – |

2018 zusätzlich berechnete Qualitätsindikatoren: keine

Aktuelle Kennzahlen 2019

| Kennzahl | | | Anpassung im Vergleich zum Vorjahr | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kennzahlkategorie | ID | Kennzahl-Bezeichnung | Referenz- bereich | Rechen- regel | Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Erläuterung |
| TKez | 60683 | Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund | - | Nein | Eingeschränkt vergleichbar | – |
| TKez | 60684 | Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund | - | Nein | Eingeschränkt vergleichbar | – |

2018 zusätzlich berechnete Kennzahlen: keine