



Beschreibung der Qualitätsindikatoren für das Verfahrensjahr 2009

Cholezystektomie

Indikatoren 2009

Stand: 09. März 2009

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Thema: Cholezystektomie.....	3
QI 1: Indikation.....	4
QI 2: Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	6
QI 3: Erhebung eines histologischen Befundes	8
QI 4: Eingriffsspezifische Komplikationen	10
QI 5: Allgemeine postoperative Komplikationen	12
QI 6: Reinterventionsrate	14
QI 7: Letalität	16

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52 -0
Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de
www.aqua-institut.de

Thema: Cholezystektomie

Entfernung der Gallenblase

Die Gallenblase ist kein lebenswichtiges Organ, aber sie hat eine durchaus wichtige Rolle bei der Fettverdauung. In der Gallenblase wird der aus der Leber stammende Gallensaft gesammelt und konzentriert. Nach den Mahlzeiten wird der Gallensaft an den Darm abgegeben, damit das Nahrungsfett gut verdaut werden kann.

Gallensteine sind die bekanntesten und häufigsten Probleme der Gallenblase. Nahezu 20% aller Frauen und 10% aller Männer ab dem mittleren Alter haben Gallensteine. Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sich Gallensteine bilden. Es gibt mehrere Gründe für das Entstehen von Gallensteinen. Gallensteine bilden sich verstärkt, wenn – vereinfacht ausgedrückt – das Verhältnis der verschiedenen Bestandteile der Gallenflüssigkeit zueinander nicht stimmt. Die Gallenflüssigkeit besteht zu 80% aus Wasser, aber wenn das Mischverhältnis der übrigen Bestandteile nicht stimmt, können die schlecht löslichen Inhaltsstoffe verklumpen. Auf diese Weise entstehen Gallensteine und die Gallenblase kann sich entzünden.

Die typischen Anzeichen einer Gallenblasenentzündung (Cholezystitis) sind Fieber und Schmerzen im rechten Oberbauch. 90% aller Gallenblasenentzündungen werden durch Gallensteine hervorgerufen. Gallensteine können wenige Millimeter, aber auch mehrere Zentimeter groß sein. Patienten können nur einen (den sog. Solitärstein) oder auch viele Steine in ihrer Gallenblase haben. Wenn kleine Steine in den Gallengang wandern, der die Leber und den Zwölffingerdarm miteinander verbindet, können sie den Abfluss der Gallenflüssigkeit behindern und zu einem Aufstau der Galle führen (Cholestase). Der gelbe Gallenfarbstoff tritt dann in die Blutbahn über und es tritt eine Gelbfärbung der Haut auf. Gleichzeitig verliert der Stuhl seine Farbe und der Urin verfärbt sich braun. Außerdem treten heftige Schmerzen im rechten Oberbauch auf, die sog. Koliken, die auch in Schulter und Rücken ausstrahlen können.

Bei einer Entzündung der Gallenblase, die durch Gallensteine entstanden und mit Beschwerden verbunden ist, sollte eine operative Entfernung der Gallenblase vorgenommen werden (Cholezystektomie). Diese Operation gehört zu den am häufigsten durchgeführten Eingriffen. Inzwischen werden ca. 90% der Gallenblasenoperationen mittels der sogenannten „Schlüssellochoperation“ (Laparoskopie, Bauchspiegelung, minimal-invasive Chirurgie) vorgenommen. Der Eingriff erfolgt über mehrere kleine Schnitte in der Bauchdecke. Die erkrankte Gallenblase wird mit speziellen Instrumenten entfernt. Eine offene Operation (Bauchschnitt) zur Entfernung der Gallenblase ist gegenwärtig nur noch selten erforderlich. Dies kann der Fall sein, wenn bereits vorher größere Operationen im Bauchraum durchgeführt worden sind, in deren Folge Verwachsungen im Bauchraum auftreten können.

QI 1: Indikation

Qualitätsziel

Selten fragliche Indikation

Hintergrund

Gemäß der „S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten und der Deutschen Gesellschaft für Viszeralchirurgie zur Diagnostik und Behandlung von Gallensteinen“ gibt es folgende definierte Indikationen für die operative Entfernung der Gallenblase (DGVS & DGVC 2007):

- die symptomatische Cholezystolithiasis
- die asymptomatische Cholezystolithiasis mit erhöhtem Risiko für eine bösartige Erkrankung und
- die akute Cholezystitis.

Das Gallensteinleiden mit Beschwerden (symptomatische Cholelithiasis) ist Indikation zur Operation. Man spricht von einer symptomatischen Cholezystolithiasis, wenn bei Patienten, bei denen Gallensteine nachgewiesen wurden, Beschwerden auftreten.

Das Risiko, nach der erstmaligen Schmerzepisode weitere Komplikationen zu erleiden, wird auf 1 bis 3% im Jahr geschätzt. Mögliche Komplikationen sind z. B. die Entwicklung von Gallengangsteinen, akute und chronische Entzündungen der Gallenblase oder die Perforation.

Für die Empfehlung zur operativen Entfernung der Gallenblase bei der symptomatischen Cholezystolithiasis wird in der Leitlinie der DGVS und DGV zur Behandlung von Gallensteinen der Evidenzgrad Ib nach ÄZQ und die Empfehlungsstärke A angegeben.

Der Nachweis von Gallensteinen ohne Beschwerdesymptomatik (asymptomatische Cholelithiasis) stellt keine Indikation zur Operation dar. 60 bis 80% der Patienten, bei denen Gallensteine als Nebenbefund nachgewiesen wurden, bleiben ohne Krankheitserscheinungen. Die Wahrscheinlichkeit, Beschwerden zu entwickeln, beträgt in den ersten 5 Jahren nach der Diagnose 2 bis 4% pro Jahr und halbiert sich in den folgenden Jahren auf 1 bis 2%. Die jährliche Inzidenz von Komplikationen liegt bei 0,1 bis 0,3%.

Auch das vermutlich leicht erhöhte aber immer noch sehr niedrige Gallenblasenkarzinomrisiko bei Vorliegen von Gallensteinen rechtfertigt nicht den Eingriff. Gallenblasenkarzinome treten bei etwa 1% der älteren Personen mit Gallensteinen auf. Ein eindeutiger ursächlicher Zusammenhang konnte jedoch bisher nicht gezeigt werden.

Der Nachweis einer Porzellangallenblase oder eines Gallenblasen-Polypen bedeutet ein erhöhtes Risiko einer bösartigen Entartung. Auch nach Anlage eines Ileumbypass oder nach ausgedehnter Dünndarmresektion besteht ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines Gallenblasenkarzinoms. In diesen Fällen kann trotz Beschwerdefreiheit des Patienten eine Operationsindikation gegeben sein.

Kennzahl 48332

Rechenregel

Zähler: Patienten mit uncharakteristischen Schmerzen im rechten Oberbauch, ohne Cholestase, ohne sicheren Gallensteinnachweis und ohne akute Entzündungszeichen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Verwendete Datenfelder

Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname
8	Schmerzen im rechten Oberbauch	0 = nein 1 = ja	OBERBAUCHSCH
9	Cholestase	0 = nein 1 = ja	CHOLESTANAMN
10	sicherer Gallensteinnachweis	0 = nein 1 = ja	PRAEOPGSTEIN
18	akute Entzündungszeichen	0 = nein 1 = ja	ENTZZAKUTJN

Literatur

Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS), Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGVC). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Gallensteinen. S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten und der Deutschen Gesellschaft für Viszeralchirurgie. AWMF-Leitlinienregister, Nr. 021/008, Entwicklungsstufe 3. Juli 2007. <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/021-008.htm> (Recherchedatum: 11.11.2009).

QI 2: Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase

Qualitätsziel

Bei extrahepatischer Cholestase immer präoperative Abklärung der extrahepatischen Gallenwege

Hintergrund

Ursache einer extrahepatischen Cholestase ist der Verschluss der großen Gallenwege durch Gallengangsteine (Choledocholithiasis), durch Zysten oder Parasiten, durch Gallenwegsstrikturen oder einen Tumor. Da sich die therapeutischen Konsequenzen erheblich unterscheiden, ist eine differenzierte präoperative Diagnostik erforderlich.

Besteht der Verdacht auf das Vorliegen von Gallengangssteinen (Choledocholithiasis), und der sonografische Nachweis gelingt nicht, bestimmen die klinischen Symptome und die Zeichen der bilären Abflussbehinderung den Einsatz der weiteren diagnostischen Maßnahmen, der sich auch nach ihrer Verfügbarkeit richtet (IIa, Konsens B).

Bei cholezystektomierten Patienten mit symptomatischen Gallengangssteinen sollte eine endoskopische Steinextraktion nach Papillotomie vorgenommen werden (Evidenzgrad IIa, Empfehlungsgrad A nach ÄZQ, DGVS & DGVC 2007), Altersgrenzen lassen sich für diesen Eingriff nicht begründen.

Bei Patienten mit gleichzeitig vorliegenden Gallenblasen- und Gallengangsteinen wird das therapeutische Splitting (endoskopische Gallengangsteinbehandlung und laparoskopische Cholezystektomie) empfohlen (Evidenzgrad III, Empfehlungsgrad C nach ÄZQ, DGVS & DGVC 2007). Der überwiegende Teil (>85%) der deutschen Krankenhäuser bevorzugt diese Methode. In Zentren mit hoher Expertise kann eine laparoskopische Cholezystektomie mit einer laparoskopischen Choledochusrevision erfolgen (Evidenzgrad Ib, Empfehlungsgrad A nach ÄZQ, DGVS & DGVC 2007).

Kennzahl 44783

Rechenregel

Zähler: Patienten mit erfolgter präoperativer Abklärung der Gallenwege bei extrahepatischer Cholestase

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit extrahepatischer Cholestase

Verwendete Datenfelder

Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname
23	extrahepatische Cholestase	0 = nein 1 = ja	CHOLESTDIAGN
24	Abklärung erfolgt	0 = nein 1 = ja	CHOLESTABKLAERUNG

Literatur

Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS), Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGVC). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Gallensteinen. S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen und der Deutschen Gesellschaft

für Viszeralchirurgie . AWMF-Leitlinienregister, Nr. 021/008, Entwicklungsstufe 3. Juli 2007.
<http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/021-008.htm> (Recherchedatum: 11.11.2009).

QI 3: Erhebung eines histologischen Befundes

Qualitätsziel

Immer Erhebung eines histologischen Befundes

Hintergrund

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. So ist z. B. bei männlichen Steinträgern mit Konkrementen über 3 cm Größe das Risiko, ein Gallenblasenkarzinom zu erleiden, 9 bis 10fach erhöht (Diehl 1983, Lowenfels et al. 1985 und 1989). Polypen ≥ 1 cm bei Steinträgern sind signifikant häufiger mit einem Gallenblasenkarzinom assoziiert als in steinfreier Gallenblase. 3 bis 6% aller Patienten über 60 Jahre mit einem Adenom > 1 cm entwickeln ein Karzinom, während bei der Porzellangallenblase eine Karzinomrate von bis zu 20% angegeben wird. Trotz des Evidenztyps III nach ÄZQ wurde der Empfehlungsgrad in der Leitlinie als hoch eingeschätzt (Empfehlungsgrad B nach ÄZQ, DGVS & DGVC 2007). Darüber hinaus kommt es auch immer wieder unvermutet zur Entdeckung von Gallenblasenkarzinomen im Operationspräparat, auch wenn keine der typischen Risikokonstellationen vorliegt (Contini et al. 1999).

Nach Ansicht der Fachgruppe Viszeralchirurgie ist nicht auszuschließen, dass unter zunehmendem ökonomischem Druck in den Krankenhäusern weniger histologische Untersuchungen durchgeführt werden.

Kennzahl 44800

Rechenregel

Zähler: Patienten, bei denen postoperativ ein histologischer Befund der Gallenblase erhoben wurde
Grundgesamtheit: Alle Patienten

Verwendete Datenfelder

Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname
49	histologischer Befund veranlasst	0 = nein 1 = ja	HISTBEFUNDVERANL

Literatur

Contini S, Dalla Valle R, Zinicola R. Unexpected gallbladder cancer after laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc 1999; 13: 264-267.

Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS), Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGVC). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Gallensteinen. S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen und der Deutschen Gesellschaft für Viszeralchirurgie. AWMF-Leitlinienregister, Nr. 021/008, Entwicklungsstufe 3. Juli 2007. <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/021-008.htm> (Recherchedatum: 11.11.2009).

Diehl AK. Gallstone size and the risk of gallbladder cancer. JAMA 1983; 250: 2323-2326. Lowenfels AB, Walker AM, Althaus DP, Townsend G, Domellof L. Gallstone growth, size and risk of gallbladder cancer: an interradical study. Int J Epidemiol 1989; 18: 50-54.

Lowenfels AB, Lindstrom CG, Conway MJ, Hatings PR. Gallstones and risk of gallbladder cancer. J Natl Cancer Inst 1985; 75: 77-80.

QI 4: Eingriffsspezifische Komplikationen

Qualitätsziel

Selten eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen in Abhängigkeit vom Operationsverfahren

Hintergrund

Bei diesem Qualitätsindikator werden verschiedene eingriffsspezifische Komplikationen subsumiert, die in wissenschaftlichen Studien zur Beurteilung der Ergebnisqualität herangezogen werden.

Verletzungen des Ductus hepatocholedochus einschließlich seiner Begleitstrukturen im Ligamentum hepatooduodenale sind mit einer signifikanten Morbidität und Letalität belastet (Shea et al. 1996). Während zu Beginn der 1990er Jahre die Rate an Gallengangverletzungen bei laparoskopischer Cholezystektomie noch höher lag als bei der offenen Operation, haben sich diese Unterschiede mittlerweile nivelliert (Birth et al. 2003), bzw. haben sich die Verhältnisse umgekehrt (Ludwig et al. 2002) und die laparoskopische Cholezystektomie ist fast überall die Methode der Wahl (Kraas & Farke 2002).

Die Rate an eingriffsspezifischen Komplikationen bei der laparoskopischen Cholezystektomie wird in einer Metaanalyse mit 1,35% angegeben (Hölbling et al. 1995). Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass aufgrund unterschiedlicher Definitionen von Komplikationen und differierender Erfassungszeiträume ein Vergleich nur eingeschränkt möglich ist.

Kennzahl 76479 – Mindestens eine eingriffsspezifische Komplikation

Rechenregel

Zähler: Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation (Blutung oder sonstige Gallenwegsverletzungen oder Okklusion oder Durchtrennung des DHC oder sonstige)

Grundgesamtheit: Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation (OPS 5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)

Verwendete Datenfelder

Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname
35	Operation (OPS)	OPS Version 2009	OPSCHLUESSEL
50	eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja	EINGRSPEZKOM
51	Blutung	1 = ja	EINGRSPEZK09
52	Okklusion oder Durchtrennung des DHC	1 = ja	EINGRSPEZOKKLU
53	sonstige Gallenwegsverletzungen	1 = ja	EINGRSPEZK05
55	sonstige	1 = ja	EINGRSPEZSONST

Kennzahl 64980 – Okklusion oder Durchtrennung des DHC

Rechenregel

Zähler: Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Verwendete Datenfelder

Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname
52	Okklusion oder Durchtrennung des DHC	1 = ja	EINGRSPEZOKKLU

Literatur

Birth M, Keller R, Bruch H-P. Laparoskopische Cholezystektomie. Viszeralchirurgie 2003; 38: 72-76.

Hölbling N, Pilz E, Feil W, Schiessel R. Laparoskopische Cholezystektomie – eine Metaanalyse von 23.700 Fällen und der Stellenwert im eigenen Patientenkollektiv. Wien Klin Wochenschr 1995; 107 (5): 158-162.

Kraas F, Farke S. Laparoskopische Cholezystektomie. Kongressbd Dtsch Ges Chir Kongr 2002; 119: 322-327.

Ludwig K, Lorenz D, Koeckerling F. Surgical strategies in the laparoscopic therapy of cholecystolithiasis and common duct stones. Anz J Surg 2002; 72 (8): 547-552.

Shea JA, Healey MJ, Berlin JA, Clarke JR, Malet PF, Staroscik RN, Schwartz JS, Williams SV. Mortality and Complications Associated with Laparoscopic Cholecystectomy. A Meta-Analysis. Ann Surg 1996; 224 (5): 609-620.

QI 5: Allgemeine postoperative Komplikationen

Qualitätsziel

Selten allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen in Abhängigkeit vom OP-Verfahren

Hintergrund

Unter den „allgemeinen postoperativen Komplikationen“ werden kardiovaskuläre Komplikationen, postoperative Pneumonien, Lungenembolien, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombosen und Harnwegsinfekte zusammengefasst. Die Rate an diesen Komplikationen geht in der wissenschaftlichen Literatur in die Beurteilung des postoperativen Outcome ein. Gesamtmorbidität und -letalität sind bei der laparoskopischen Cholezystektomie mit der Einschränkung fehlender Daten des Evidenzlevels I deutlich geringer als bei der offenen Cholezystektomie (Shea et al. 1996).

Kennzahl 44891 – Bei allen Patienten

Rechenregel

Zähler: Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Verwendete Datenfelder

Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname
58	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja	POKOMPLIKAT

Kennzahl 44892 – Bei Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation

Rechenregel

Zähler: Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation

Grundgesamtheit: Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation (OPS 5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)

Verwendete Datenfelder

Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname
35	Operation (OPS)	OPS Version 2009	OPSCHLUESSEL
58	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja	POKOMPLIKAT

Kennzahl 44893 – Bei Patienten mit offen-chirurgischer Operation

Rechenregel

Zähler: Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation

Grundgesamtheit: Patienten mit offen-chirurgischer Operation (OPS 5-511.01, 5-511.02)

Verwendete Datenfelder

Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname
35	Operation (OPS)	OPS Version 2009	OPSCHLUESSEL
58	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja	POKOMPLIKAT

Literatur

Shea JA, Healey MJ, Berlin JA, Clarke JR, Malet PF, Staroscik RN, Schwartz JS, Williams SV. Mortality and Complications Associated with Laparoscopic Cholecystectomy. A Meta-Analysis. Ann Surg 1996; 224 (5): 609-620.

QI 6: Reinterventionsrate

Qualitätsziel

Geringe Reinterventionsrate in Abhängigkeit vom OP-Verfahren

Hintergrund

Die Rate an Reinterventionen ist eine Kennzahl für schwerwiegende Frühkomplikationen, die in wissenschaftlichen Untersuchungen zur Bewertung eines Operationsverfahrens herangezogen wird (Shea et al. 1996).

Eine Reintervention ist ein erneuter operativer oder interventioneller Eingriff nach einer Operation wegen postoperativ aufgetretenen Komplikationen. Typische Gründe für eine Reintervention nach Cholezystektomie sind belassene Gallengangsteine (nicht als Komplikation anzusehen sind diejenigen Gallengangsteine, die im Rahmen eines therapeutischen Splittings geplant postoperativ endoskopisch entfernt werden sollen), Gallengangsverletzungen, Blutungen und Entzündungen.

Aus der Literatur ist bekannt, dass die operative Ausgangssituation einen Einfluss auf die Reinterventionsrate hat. Zum Beispiel ist bei elektiv durchgeführten Cholezystektomien die Reinterventionsrate geringer als bei akuten Eingriffen. Bei laparoskopisch durchgeführten Cholezystektomien ist seltener eine Reintervention erforderlich als bei offenen Operationen (Ludwig et al. 2001). Allerdings ist zu berücksichtigen, dass der Schweregrad der Komplikation, die zur Reintervention führt, in der Auswertung nicht erfasst wird. Darüber hinaus liegt bei den offen chirurgischen Eingriffen eine primär negative Selektion des Patientenkollektivs vor. Um den Einfluss eines durch abdominelle Voroperationen bedingten Operationssitus zu berücksichtigen, werden die laparoskopisch begonnen und beendeten Eingriffe für diesen Indikator ausgewertet. Laparoskopisch begonnene Eingriffe, bei denen wegen schwierigerem Situs ein Umstieg auf die offene Operationstechnik erfolgt, werden somit ausgeschlossen.

Weiterhin haben Auswertungen der AQUA-Daten gezeigt, dass bei Entzündungen und bei Patienten der ASA-Klassen 4 oder 5 die Reinterventionsrate signifikant erhöht ist und diese Risikofaktoren nicht gleichmäßig auf die Krankenhäuser verteilt sind.

Zur Risikoadjustierung der Reinterventionsrate wird daher eine risikostandardisierte Fallkonstellation gebildet, indem die relevanten Einflussfaktoren aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen werden.

Kennzahl 44927

Rechenregel

Zähler: Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikationen

Grundgesamtheit: Patienten mit laparoskopisch durchgeführter Operation (OPS 5-511.11, 5-511.12) der Risikoklassen ASA 1 bis 3 ohne akute Entzündungszeichen

Erläuterung zur Rechenregel

Die Operationsart wird anhand der OPS-Kodierung unterschieden.

Laparoskopisch durchgeführt: OPS 5-511.11, 5-511.12

Offen-chirurgisch: OPS 5-511.01, 5-511.02

Verwendete Datenfelder

Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname
18	akute Entzündungszeichen	0 = nein 1 = ja	ENTZZAKUTJN
31	Einstufung nach ASA-Klassifikation	1 = normaler, ansonsten gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung 5 = moribunder Patient	ASA
35	Operation (OPS)	OPS Version 2009	OPSCHLUESSEL
44	akute Entzündung	0 = nein 1 = ja	AKUTENTZUEND
45	Empyem	0 = nein 1 = ja	EMPYEM
46	Gallenblasenperforation	0 = nein 1 = ja	GALLBLAPERFO
65	Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich	0 = nein 1 = ja	REINTERVENT

Literatur

Ludwig K, Köckerling F, Hohenberger W, Lorenz D. Die chirurgische Therapie der Cholecysto-/Choledocholithiasis – Ergebnisse einer deutschlandweiten Umfrage an 859 Kliniken mit 123.090 Cholezystektomien. *Chirurg* 2001; 72: 1171-1178.

Shea JA, Healey BS, Berlin JA, Clarke JR, Malet PF, Staroscik RN, Schwartz JS, Williams SV. Mortality and Complications Associated with Laparoscopic Cholecystectomy. A Meta-Analysis. *Ann Surg* 1996; 224 (5): 609-620.

QI 7: Letalität

Qualitätsziel

Geringe Letalität

Hintergrund

Bei Untersuchungen zum postoperativen Outcome wird in den meisten klinischen Studien die postoperative Letalität erfasst. Die Angaben zur Mortalitätsrate schwanken zwischen 0,04% und 0,09% für die laparoskopische Cholezystektomie bzw. 0,53% und 0,74% für die offene Cholezystektomie (Hölbling et al. 1995, Ludwig et al. 2001, Shea et al. 1996). Im deutschsprachigen Raum wird die Letalität für alle Cholezystektomien mit 0,1% bis 0,2% angegeben (Kraas & Frauenschuh 2001). Beim Vergleich mit diesen Angaben ist zu berücksichtigen, dass die wissenschaftlichen Untersuchungen auf Studienkollektiven basieren, während die AQUA-Daten die tatsächliche Versorgungssituation in allen deutschen Krankenhäusern, die diese Operation durchführen, erfassen.

Kennzahl 44932 — Bei Patienten der Risikoklassen ASA 1 bis 3

Rechenregel

Zähler: Verstorbene Patienten

Grundgesamtheit: Patienten der Risikoklassen ASA 1 bis 3

Verwendete Datenfelder

Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname
31	Einstufung nach ASA-Klassifikation	1 = normaler, ansonsten gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung 5 = moribunder Patient	ASA
68	Entlassungsgrund	01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod	ENTLGRUND

		<p>08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)</p> <p>09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</p> <p>10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung</p> <p>11 = Entlassung in ein Hospiz</p> <p>12 = interne Verlegung</p> <p>13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung</p> <p>14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>16 = externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung</p> <p>17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG</p> <p>18 = Rückverlegung</p> <p>19 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung</p> <p>20 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation</p> <p>21 = Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme</p> <p>22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung</p>	
--	--	--	--

Literatur

Hölbling N, Pilz E, Feil W, Schiessel R. Laparoskopische Cholezystektomie – eine Metaanalyse von 23.700 Fällen und der Stellenwert im eigenen Patientenkollektiv. Wien Klin Wochenschr 1995; 107 (5): 158-162.

Kraas E, Frauenschuh D. Chirurgie der Gallenblase und Gallenwege durch MIC. Chirurg 2001; 72: 378-388.

Ludwig K, Köckerling F, Hohenberger W, Lorenz D. Die chirurgische Therapie der Cholezysto-/Choledocholithiasis. Ergebnisse einer deutschlandweiten Umfrage an 859 Kliniken mit 123.090 Cholezystektomien. *Chirurg* 2001; 72 (10): 1171-1178.

Shea JA, Healey BS, Berlin JA, Clarke JR, Malet PF, Staroscik RN, Schwartz JS, Williams SV. Mortality and Complications Associated with Laparoscopic Cholecystectomy. A Meta-Analysis. *Ann Surg* 1996; 224 (5): 609-620.