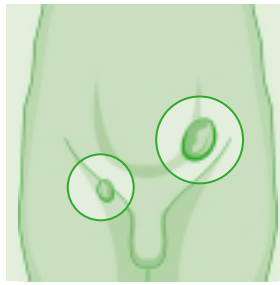


Hernienoperation



BQS - Projektleiter

Dr. Cornelia **Gleisberg**

Mitglieder der Fachgruppe Viszeralchirurgie

Prof. Dr. Hartwig **Bauer**
Berlin

Dr. Erich **Fellmann**
Berlin

Prof. Dr. Peter **Hermanek**
München

Dr. Matthias **Hübner**
Oberursel

Dr. Henry **Jungnickel**
Dresden

Prof. Dr. Ernst **Kraas**
Berlin

Jovita **Ogasa**
Köln

Prof. Dr. Klaus **Rückert**
Hamburg

Dietmar **Rümmelein**
Hamburg

Heinrich-Friedrich **Siefers**
Oelde

Stand: Oktober 2003

Einleitung

Unter einer Hernie (Eingeweidebruch) versteht man eine Verlagerung von Eingeweideanteilen durch eine angeborene oder erworbene Lücke in der Bauchwand.

Im Leistungsbereich Hernienoperation wurden im Verfahrensjahr 2002 Leisten-, Schenkel- und Nabelhernien erfasst. Die häufigste Form ist die Leistenhernie, bei der man zwischen angeborenen und erworbenen Formen unterscheiden kann. Männer sind etwa viermal häufiger betroffen als Frauen.

Da es keine „spontane Heilung“ oder konservative Therapie der Hernienerkrankung gibt, und die Gefahr einer Inkarzeration (Einklemmung) immer gegeben ist, besteht die adäquate Therapie in der operativen Versorgung. Die Versorgung von Hernien gehört zu den häufigsten Operationen in der Chirurgie. Es gibt eine Vielzahl an Operationsverfahren: offen-chirurgische Techniken, endoskopische Verfahren sowie Verfahren mit und ohne Netzimplantation.

Datengrundlage

Für 2002 wurden der BQS 178.779 Datensätze von 1.209 Krankenhäusern übermittelt. Diese Datensätze liegen in zwei Formaten vor: Nach dem Pflichtenheft 3.3 wurden 27.947 Datensätze übermittelt, nach der BQS-Spezifikation 5.0.1 wurden 150.832 Datensätze übermittelt (Abbildung 21.1).

In der Auswertung wurden die Datenfelder des alten und neuen Datensatzformates ohne Informationsverlust aufeinander bezogen (gemappt). Es wurden alle Datensätze ausgewertet, in denen ein Eingriff bei Leistenhernie dokumentiert war.

Die Beteiligung der Bundesländer variiert und weist bezogen auf das Verhältnis von erwarteten zu ausgewerteten Datensätzen eine sehr hohe Spannweite von 42 bis 144 % auf.

Werte über 100% können folgende Ursachen haben:

- Die Anzahl der im Verfahrensjahr 2002 erwarteten Datensätze wurde geschätzt auf Grundlage der für 2001 von den Krankenhäusern vereinbarten Fallpauschalen und Sonderentgelte. Diese Vereinbarungszahlen wurden vom VdAK in einer Statistik zusammengefasst und der BQS für die methodische Sollstatistik zur Verfügung gestellt.
- Nicht alle Krankenhäuser, die im Jahr 2002 Leistungen mit Dokumentationspflicht für die externe Qualitätssicherung erbracht und Datensätze übermittelt haben, waren in der Datenbasis des VdAK enthalten.
- In vielen Krankenhäusern war die Anzahl der für das Jahr 2001 vereinbarten Leistungen niedriger oder höher als die Anzahl der im Jahr 2002 erbrachten Leistungen, für die Datensätze dokumentiert und übermittelt wurden.

Die Vollständigkeit der Datensätze liegt insgesamt bei 77%. Dieser Wert ist für einen Leistungsbereich im ersten Jahr der bundesweiten Einführung als gut einzuschätzen.

Die Vollständigkeit der teilnehmenden Krankenhäuser weist ebenfalls auf eine gute Beteiligung hin und liegt bei 98%.

Basisdaten

In 153.056 Fällen (88,89%) handelte es sich um das erstmalige Auftreten eines Bruchs.

In 19.125 Fällen (11,11%) lag ein Rezidiv vor.

Tabelle 21.1 zeigt die Häufigkeitsverteilung der erfassten Bruchformen, während Tabelle 21.2 die Verteilung der Operationsverfahren darstellt.

Die mittlere Verweildauer von Patienten über 14 Jahren, die an einer Leistenhernie operiert wurden, betrug 5,99 Tage. Der Median der Verweildauer dieser Patienten lag bei fünf Tagen.

Qualitätsziel: Seltenes Auftreten von Wundhämatomen, Nachblutungen, Wundinfektionen, Abszess- bildungen

Problem

Dieser Ergebnisindikator betrifft das Auftreten von „Früh-Komplikationen“, die während des stationären Aufenthalts zu beobachten sind. Die Häufigkeit von Wundhämatomen, Nachblutungen, Wundinfektionen und Abszessbildungen im Operationsgebiet wird in einer Rate zusammenfassend dargestellt.

Ergebnisse

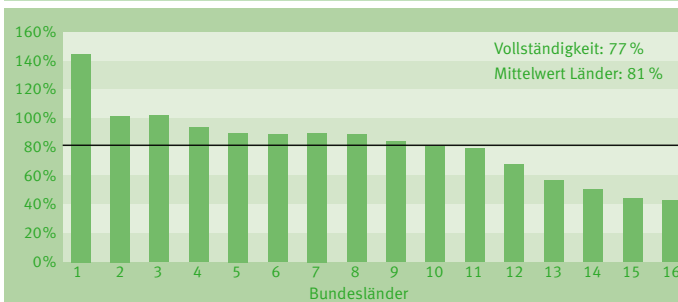
Die mittlere Komplikationsrate bezogen auf alle Patienten lag bei 2,68 %.

Die Krankenhausergebnisse umfassten Raten zwischen 0 und 19,4 %. Der Median der Krankenhausergebnisse lag bei 2,2 % (Abbildung 21.2).

Die Analyse der Komplikationsraten für verschiedene operative Verfahren zeigte folgende Ergebnisse:

- Operationen, die konventionell mit Implantat ausgeführt wurden, zeigten eine Komplikationsrate von 3,62 %.
- Für endoskopische Operationsverfahren lag diese Rate bei 1,43 %.

Abbildung 21.1: Datengrundlage und Verteilung der Vollständigkeit gelieferter Datensätze nach Bundesländern



Vollständigkeit Datensätze		2002
Ausgewertete Datensätze (Version 3.3 und 5.0.1)		178.779
Gelieferte Datensätze (Version 3.3)		27.947
Gelieferte Datensätze (Version 5.0.1)		150.832
Erwartete Datensätze		233.084
Vollständigkeit (ausgewertete Datensätze)		77 %
Vollständigkeit Krankenhäuser		2002
Teilnehmende Krankenhäuser (gesamt)		1.209
Teilnehmende Krankenhäuser (Version 3.3)		613
Teilnehmende Krankenhäuser (Version 5.0.1)		1.136
Erwartete Krankenhäuser		1.240
Vollständigkeit		98 %

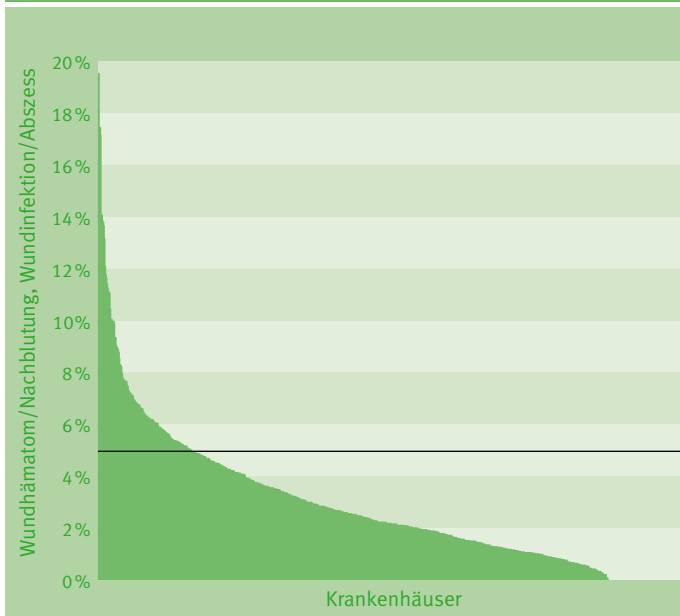
Tabelle 21.1: Bruchformen

	Anzahl der Patienten	Anteil
Leistenbruch	145.124	84,29 %
Schenkelbruch	5.853	3,40 %
Nabelbruch	25.304	14,70 %

Tabelle 21.2: Operationsverfahren

Operationsverfahren	Anzahl der Patienten	Anteil
Konventionell	125.168	72,70 %
Endoskopisch	46.350	26,92 %
Umstieg	663	0,39 %
Ohne Implantat	86.054	49,98 %
Mit Implantat	86.127	50,02 %

Abbildung 21.2: Anteil von Wundhämatomen, Nachblutungen, Wundinfektionen, Abszessbildungen an allen Fällen



Gesamtrate	2,68 %
Vertrauensbereich	2,60 - 2,75 %
Median der Krankenhauseergebnisse	2,2 %
Spannweite der Krankenhauseergebnisse	0 - 19,4 %

1.094 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit, Gesamtrate bezogen auf 178.779 Fälle. Der Referenzbereich wurde bei $\leq 5\%$ festgelegt.

Bewertung

Die Gesamtrate von 2,68 % ist als Ausdruck guter Versorgungsqualität zu werten. Die Krankenhausergebnisse zeigen eine große Spannweite mit maximalen Komplikationsraten von nahezu 20%. Für die Bewertung dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die ausgewerteten Komplikationen im Datensatz 2002 in einem Datenfeld abgefragt wurden. Eine differenzierte Betrachtung der einzelnen Komplikationen, die unterschiedliche klinische Konsequenzen haben, kann daher nicht erfolgen.

Die Fachgruppe Viszeralchirurgie empfiehlt, bei Krankenhausergebnissen mit Raten oberhalb von 5 % auf der Landesebene einen strukturierten Dialog mit den betreffenden Krankenhäusern einzuleiten. Dies betrifft bundesweit 171 von 1.094 Krankenhäusern.

Qualitätsziel: Geringe Reinterventionsrate

Problem

Die Rate an Reinterventionen ist eine Kennzahl für schwerwiegende Frühkomplikationen.

Als Reintervention bezeichnet man einen erneuten, ungeplanten Eingriff, der nach einer Operation wegen gravierender postoperativ aufgetretener Komplikationen erforderlich wird. Anlass zur Reintervention können beispielsweise Blutungen, Organverletzungen, massive Wundheilungsstörungen oder ein Rezidiv sein. Die erneuten Eingriffe können sowohl offen-chirurgisch, endoskopisch als auch interventionell durchgeführt werden.

Erfasst wurden durch die Datensatzabfrage nur die Reinterventionen, die während desselben stationären Aufenthalts erforderlich wurden.

Ergebnisse

Die Gesamtrate bezogen auf alle Patienten betrug 1,03 % an Reinterventionen. Die Spannweite der Krankenhausergebnisse reichte von 0 bis 7,7 %. Der Median der Krankenhausergebnisse lag bei 0,8 % (Abbildung 21.3).

Bewertung

Die Reinterventionsrate von 1,03 % entspricht den Erwartungswerten aus der Literatur. Daher kann dieses Ergebnis als Ausdruck unauffälliger Versorgungsqualität angesehen werden. Auffällig ist jedoch die Spannweite der Krankenhausergebnisse mit Raten zwischen 0 und 7,7 %. Mit Krankenhäusern, die Reinterventionsraten über 3 % aufweisen, soll auf der Landesebene ein strukturierter Dialog aufgenommen werden. Dies betrifft bundesweit 81 Krankenhäuser.

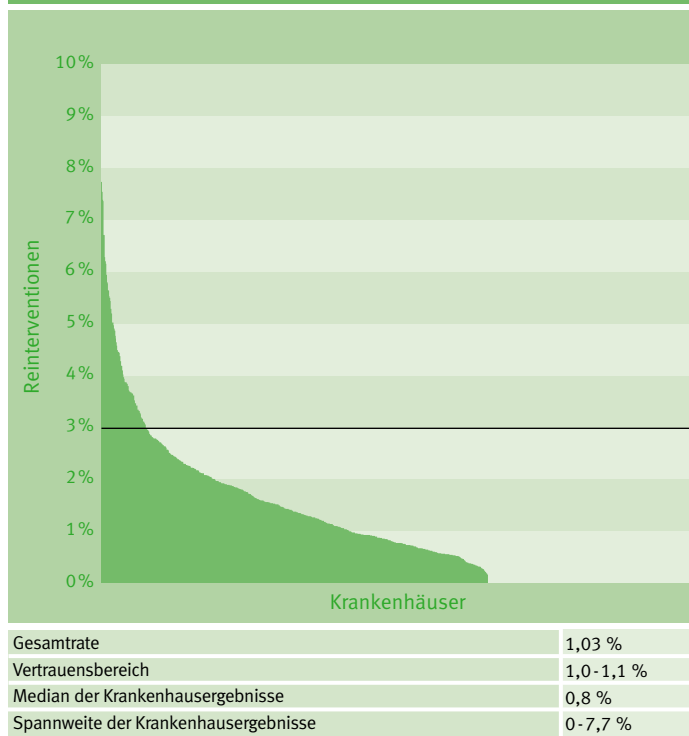
Ausblick

Nach einer Überarbeitung des Datensatzes werden seit 2003 ausschließlich Leistenhernien, die den größten Teil der Eingeweidebrüche ausmachen, erfasst. Die Bezeichnung des Leistungsbereichs wurde daher von „Hernienoperation“ zu „Leistenhernie“ geändert.

Durch ein Teildatensatzkonzept ist seit 2003 die Dokumentation einer Operation der rechten und linken Seite zum gleichen Operationszeitpunkt (einseitiges, beidseitiges Vorgehen) in einem Datensatz möglich. Nach Beschluss des Bundeskuratoriums Qualitätssicherung besteht für diesen Leistungsbereich im Jahr 2004 keine bundesweite Dokumentationspflicht, weil ein erheblicher Anteil der Operationen ambulant durchgeführt wird und weil bei stationären Versorgungen der Krankenhausaufenthalt in vielen Fällen so kurz ist, dass die Ergebnisqualität nicht mehr ausreichend beurteilt werden kann. Ohne Möglichkeiten der Verlaufsbeobachtung der Patienten kann insbesondere die Rezidivrate als entscheidender Ergebnisparameter nicht beurteilt werden.

Die Fachgruppe plädiert für eine Fortführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung für den Leistungsbereich „Leistenhernie“ unter Einbeziehung des ambulanten Sektors.

Abbildung 21.3: Anteil von Reinterventionen an allen Fällen



1.094 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit, Gesamtrate bezogen auf 178.779 Fälle. Der Referenzbereich wurde bei $\leq 3\%$ festgelegt.