



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
für das Erfassungsjahr 2016

Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Indikatoren 2016

Stand: 26.04.2017

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Indikatorengruppe: Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen.....	4
51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation ...	6
51418: Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation	9
12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung	11
Indikatorengruppe: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	14
10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	16
51907: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund	18
52535: Beidseitige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund bei Patientinnen bis 45 Jahre	21
60676: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an beidseitigen Ovariektomien bei Ovar- oder Adnexeingriffen mit benigner Histologie.....	24
612: Organerhaltung bei Ovareingriffen	27
52283: Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	30
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	34
Anhang II: Listen.....	35
Anhang III: Funktionen	39
Anhang IV: Historie der Qualitätsindikatoren	39

Einleitung

Gynäkologische Operationen umfassen prinzipiell alle Operationen an den inneren weiblichen Geschlechtsorganen. Einige dieser Eingriffe werden inzwischen zunehmend auch ambulant durchgeführt. In dem vorliegenden Leistungsbereich Gynäkologische Operationen werden allerdings ausschließlich operative Eingriffe an den Eileitern und Eierstöcken betrachtet, die stationär durchgeführt werden. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um Operationen zur Entnahme der Eierstöcke (Ovariektomie). Qualitätsindikatoren zur Entfernung der Gebärmutter (Hysterektomie) werden seit dem Erfassungsjahr 2013 nicht mehr ausgewertet.

Die sorgfältige Abklärung der Notwendigkeit eines operativen Eingriffs 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 Eingriffe können verschiedene Operationszugänge genutzt werden: Durch die Scheide (vaginal), durch die Bauchdecke (abdominal) oder mittels sog. Schlüssellochchirurgie (laparoskopisch). Dieser Leistungsbereich fokussiert insbesondere auf laparoskopisch durchgeführte Operationen. Wenngleich solche minimalinvasiven Eingriffe 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.

Der Fokus der Qualitätsindikatoren in diesem Leistungsbereich richtet sich auf Organverletzungen bei den laparoskopischen Eingriffen sowie die Sicherung von Befunden durch Gewebeuntersuchungen. Weitere Indikatoren beziehen sich auf die Organerhaltung bei Ovarieingriffen sowie auf die längere Anwendung von transurethralen Dauerkathetern bei Ovar- und Adnexeingriffen.

Sofern nicht anders angegeben, ist die Beschreibung der Qualitätsindikatoren eine Fortschreibung der QIDB 2014 des AQUA-Instituts. Anpassungen erfolgten seither im Rahmen der Verfahrenspflege durch das IQTiG.

Indikatorengruppe: Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen

Bezeichnung der Indikatorengruppe	Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Hintergrund

Laparoskopische Eingriffe gelten als minimal-invasive Eingriffe mit einem vergleichsweise geringen Risiko. Dennoch können Komplikationen nicht vollständig ausgeschlossen werden. Zu den schwerwiegendsten Komplikationen bei einem laparoskopischen Eingriff zählen Verletzungen umliegender Organe, die teilweise 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 erfassten sie insgesamt 2.888 Komplikationen während des stationären Aufenthalts. 1,9 % der Komplikationen waren dabei schwerwiegend, darunter 1,3 % Blutungskomplikationen, 0,4 % Darmverletzungen und 0,1 % Blasenverletzungen. Eine Patientin verstarb nach dem laparoskopischen Eingriff. In ihrer Meta-Analyse haben Chapron et al. (2002) die Komplikationen aus 27 RCT zu insgesamt 1.809 gynäkologischen laparoskopischen Operationen bei benignen Erkrankungen betrachtet. Bei 8,9 % der Eingriffe traten Komplikationen auf, wovon 1,4 % schwerwiegende Komplikationen (Lungenembolie, Blasen-, Ureter- und Darmverletzungen) waren.

In Verbindung mit Organverletzungen bei laparoskopischen Eingriffen 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 Eingriffen darstellt. In beiden Studien hatten erfahrene Operateure niedrigere Verletzungsraten.

Die Qualifikation des Operateurs kann vom Krankenhaus insofern gesteuert werden, dass bei Patientinnen mit erhöhtem Risiko einer Organverletzung, z. B. bei fortgeschrittener Endometriose, ein erfahrener Operateur gewählt wird oder aber diese Patientin an ein geeignetes Zentrum überwiesen wird. Auch zeigt die klinische Erfahrung, dass ein gut abgestimmtes Zusammenspiel aller an der Behandlung Beteiligten und eine sorgfältig organisierte Ausbildung der Operateure zu besseren Ergebnissen führt.

Aus den genannten Studienergebnissen und der klinischen Erfahrung kann also auf eine partielle Vermeidbarkeit von Organverletzungen für Laparoskopien geschlossen werden. Es liegt eine Evidenzstärke III. Grades (AHCPR) für diesen Indikator vor.

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

(Die Rationale wurde erstellt unter Berücksichtigung des Gutachtens: Geraedts M, Reiter A. Evaluation der Qualitätsindikatoren in der operativen Gynäkologie sowie Empfehlungen für die Modifikation des Erhebungsbogens und der Indikatoren. Gutachten im Auftrag der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen. Düsseldorf: Heinrich-Heine Universität; 2001. Eine Überarbeitung wurde durch die Fachgruppe Gynäkologie vorgenommen.)

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.

Literatur

Chapron, C; Querleu D; Bruhat MA; Madelenat P; Fernandez H; Pierre F; Dubuisson JB; (1998) Surgical complications of diagnostic and operative gynaecological laparoscopy: a series of 29.966 cases. Hum Reprod; 13 (4): 867-872.

Chapron, C; Fauconnier, A; Goffinet, F; Breart, 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.

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.

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

Jansen, FW; Kapiteyn, K; Trimbo-Kemper, T; Hermans, J; Trimbo, JB; (1997) Complications of laparoscopy: a prospective multicentre observational study. *Br J Obstet Gynaecol*; 104 (5): 595-600.

Kuno, K; Menzin, A; Kauder, HH; Sison, C; Gal, D; (1998) Prophylactic ureteral catheterization in gynecologic surgery. *Urology*; 52 (6): 1004-1008.

Leonard, F; Lecuru, F; Rizk, E; Chasset, S; Robin, F; Taurelle, R; (2000) Perioperative morbidity of gynecological laparoscopy. A prospective monocenter observational study. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 79 (2): 129-134.

Phillips, JM; (1977) Complications in laparoscopy. *Int J Gynaecol Obstet*; 15 (2): 157-162.

Piscitelli, JT; Simel, DL; Addison, WA; (1987) Who should have intravenous pyelograms before hysterectomy for benign disease? *Obstet Gynecol*; 69 (4): 541-545.

Radosa, MP; Meyberg-Solomayer, G; Radosa, J; Vorwegk, 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.

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2016

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
9:O	Wievielter gynäkologischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
11: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
17:O	Operation	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
21:O	Art der Komplikation	K	1 = Blase 2 = Harnleiter 3 = Urethra 4 = Darm 5 = Uterus 6 = Gefäß-/Nervenläsion 7 = Lagerungsschaden 8 = andere Organverletzungen 9 = andere intraoperative Komplikationen	IOPKOMP
36: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

Berechnung

QI-ID	51906
Bewertungsart	Logistische Regression (O / E)
Referenzbereich 2016	<= 3,41 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Referenzbereich 2015	<= 4,13 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Erläuterung zum Referenzbereich 2016	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016	-
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregel	<p>Zähler Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung</p> <p>Nenner Alle Patientinnen mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang bei der ersten Operation</p> <p>O (observed) Beobachtete Rate an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation</p> <p>E (expected) Erwartete Rate an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation, risikoadjustiert nach logistischem GYN-Score für QI-ID 51906</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>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.</p> <p>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.</p>
Teildatensatzbezug	15/1:B
Zähler (Formel)	O_51906
Nenner (Formel)	E_51906

Logistische Regression	O (observed)	
	Unterkennzahl	O_51906
	Operator	Anteil
	Teildatensatz	15/1:B
	Zähler	fn_Organverletzung
	Nenner	(fn_GynLapOP) UND fn_IstErsteOP
	E (expected)	
	Unterkennzahl	E_51906
	Operator	Mittelwert
	Teildatensatz	15/1:B
Zähler	fn_GYNScore_51906	
Nenner	(fn_GynLapOP) UND fn_IstErsteOP	
Verwendete Funktionen	fn_GynLapOP fn_GYNScore_51906 fn_IstErsteOP fn_Organverletzung	
Verwendete Listen	@ICD_GynEndometriose_Darm_Uterus_Septum @OPS_GynLapOP @OPS_GynLapOP_EX @OPS_GYN_Adhaesiolyse @OPS_GYN_Exzision	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar	

Risikofaktoren

Risikofaktor	Regressionskoeffizient	Std.-Fehler	Z-Wert	Odds-Ratio	Odds-Ratio (95% C.I.)	
					unterer Wert	oberer Wert
Konstante	-5,972007296219251	0,128	-46,686	-	-	-
Alter im 2. Quintil der Altersverteilung: 30 bis unter 38 Jahre	0,077982043717333	0,153	0,508	1,081	0,800	1,461
Alter im 3. Quintil der Altersverteilung: 38 bis unter 46 Jahre	0,437823564220479	0,141	3,115	1,549	1,176	2,041
Alter im 4. Quintil der Altersverteilung: 46 bis unter 54 Jahre	0,677153713626931	0,136	4,991	1,968	1,509	2,568
Alter im 5. Quintil der Altersverteilung: ab 54 Jahre	0,776500057014473	0,138	5,622	2,174	1,658	2,850
ASA-Klassifikation 3, 4 oder 5	0,253632478441785	0,121	2,096	1,289	1,017	1,634
Adhäsiolyse	0,634509659309169	0,072	8,861	1,886	1,639	2,170
Endometriose	0,518417278738761	0,118	4,407	1,679	1,334	2,115
Exzision	-0,481712876693724	0,098	-4,919	0,618	0,510	0,748
Voroperation im OP-Gebiet	0,691791440717172	0,073	9,456	1,997	1,730	2,305

51418: Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2016

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
13:O	Voroperation im OP-Gebiet	M	0 = nein 1 = ja	VOROPGLEICH
17:O	Operation	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
21:O	Art der Komplikation	K	1 = Blase 2 = Harnleiter 3 = Urethra 4 = Darm 5 = Uterus 6 = Gefäß-/Nervenläsion 7 = Lagerungsschaden 8 = andere Organverletzungen 9 = andere intraoperative Komplikationen	IOPKOMP
36:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Berechnung

QI-ID	51418
Bewertungsart	Sentinel-Event
Referenzbereich 2016	Sentinel-Event
Referenzbereich 2015	Sentinel-Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2016	Die Bundesfachgruppe Gynäkologie hält bei jedem einzelnen kritischen Indikatorereignis „Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation“ eine Analyse im Strukturierten Dialog für erforderlich. Der Referenzbereich dieses Indikators wird deshalb als „Sentinel-Event“ definiert. Im Rahmen des Strukturierten Dialogs kann in Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern herausgefunden werden, ob bei den betroffenen Patientinnen ein kritisches Outcome vorgelegen hat.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregel	<p>Zähler Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung</p> <p>Nenner Alle Patientinnen ohne Karzinom, ohne Endometriose und ohne Voroperation im OP-Gebiet mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>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 mindestens einer Operation der berücksichtigten Grundgesamtheit eine Organverletzung vorliegt.</p> <p>Nenner: Es werden Patientinnen ohne Karzinom, ohne Endometriose und ohne Voroperation im gleichen OP-Gebiet 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.</p>
Teildatensatzbezug	15/1:B
Zähler (Formel)	fn_Organverletzung
Nenner (Formel)	(fn_GynLapOP) UND (NICHT fn_GynCA UND NICHT ENTLDIAG EINSIN @ICD_GynEndometriose UND VOROPGLEICH = 0)
Verwendete Funktionen	fn_GynCA fn_GynLapOP fn_Organverletzung
Verwendete Listen	@ICD_GynCA @ICD_GynEndometriose @OPS_GynLapOP @OPS_GynLapOP_EX
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit isolierten Ovareingriffen und fehlender postoperativer Histologie
Indikatortyp	Indikationsstellung

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. Kinkel et al. (2005) zeigen, dass bei den insgesamt 2.827 untersuchten Patientinnen mit einem Ovarialtumor 1.607 maligne Ovarialkarzinome diagnostiziert wurden. Bei den prämenopausalen Patientinnen waren 8,8 % der Ovarialtumore bösartig (n = 1.458; 95 %-KI 6–11 %), bei den postmenopausalen Patientinnen 32,4 % (n = 1.369; 95 %-KI 29–35 %). 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, mit insgesamt nur 1,4 % angegeben wird (RKI/GEKID 2015; Givens et al. 2009).

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 (DKG et al. 2013). 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) (DKG et al. 2013). Die präoperative Abgrenzung zu echten benignen und malignen Neoplasien bereitet gelegentlich Schwierigkeiten.

Ein Tumormarker mit hoher Spezifität und Sensitivität für die präoperative Diagnostik eines Ovarialkarzinoms steht derzeit nicht zur Verfügung (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF/Deutschen Krebsgesellschaft e.V./Deutschen Krebshilfe e.V., 2013, Leitlinie Nr. 032/035OL).

Literatur

Leitlinienprogramm Onkologie (AWMF, Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe) (2013): S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren, Langversion 1.1, 2013, AWMF-Registernummer: 032/035OL, <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html> (Recherchedatum: 15.10.2015). Stand: 01.01.2014, gültig bis 30.06.2016.

Kinkel, K; Lu, Y; Mehdizade, A; Pelte, MF; 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.

RKI/GEKID (2015). Krebs in Deutschland 2011/2012. 10. Ausgabe. Berlin: Robert Koch-Institut; Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland. DOI: 10.17886/rkipubl-2015-004.

Givens, V; Mitchell, GE; Harraway-Smith, C; Reddy, A; Maness, DL (2009). Diagnosis and management of adnexal masses. *American Family Physician* 80(8): 815-820.

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. DOI: 10.1136/bmj.c6839.

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2016

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
17:O	Operation	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
24:O	postoperative Histologie	M	0 = nein 1 = ja	HISTOLJN

Berechnung

QI-ID	12874
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2016	<= 5,00 % (Zielbereich)
Referenzbereich 2015	<= 5,00 % (Zielbereich)
Erläuterung zum Referenzbereich 2016	Bei diesem Qualitätsindikator wird ein Krankenhausergebnis von 0 Fällen angestrebt. Als erreichbares Ziel wird ein Referenzbereich von <= 5,00 % festgelegt, da die Durchführung dieser diagnostischen Maßnahme in seltenen Fällen nachvollziehbar nicht umsetzbar sein kann. Aus der Grundgesamtheit explizit ausgeschlossen sind Eingriffe, bei denen keine Histologie zu erwarten ist (z. B. Adhäsioyosen).
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016	Erkenntnisse aus den Strukturierten Dialogen zu diesem Indikator weisen auf Fälle hin, in denen der QS-Dokumentationsbogen aufgrund interner Abläufe geschlossen wird, obwohl der histologische Befund noch nicht eingetroffen ist. Aus Sicht der Bundesfachgruppe sollten die klinikinternen Prozesse jedoch so geregelt sein, dass der Dokumentationsbogen erst dann geschlossen wird, wenn der histologische Befund vorliegt. Daher wird empfohlen, fehlerhafte Dokumentationen in diesem Indikator, wenn sie jährlich wiederholt auftreten, als qualitativ auffällig zu bewerten.
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregel	<p>Zähler Patientinnen mit fehlender postoperativer Histologie</p> <p>Nenner Alle Patientinnen mit isoliertem Ovareingriff (OPS: 5-651.8*, 5-651.9*, 5-652*, 5-653*, 5-659*) [Folgende OPS sind zusätzlich erlaubt: 1*, 3*, 5-540*, 5-541.0*-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*]</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>Zähler: Eine Patientin wird im Zähler gewertet, wenn für alle bei ihr durchgeführten isolierten Ovareingriffe der berücksichtigten Grundgesamtheit die postoperative Histologie fehlt.</p> <p>Nenner: Wurde mindestens ein isolierter Ovareingriff (OPS: 5-651.8*, 5-651.9*, 5-652*, 5-653*, 5-659*) bei einer Patientin dokumentiert, wird diese in der Grundgesamtheit berücksichtigt.</p>
Teildatensatzbezug	15/1:B
Zähler (Formel)	fn_keinePostOPHistologie
Nenner (Formel)	fn_GynIsolierteAdnexe
Verwendete Funktionen	fn_GynIsolierteAdnexe fn_keinePostOPHistologie
Verwendete Listen	@OPS_GynOvarOP @OPS_GynOvarOPZusatz
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

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

Bezeichnung der Indikatorengruppe	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit isolierten Ovareingriffen mit vollständiger Entfernung des Ovars oder der Adnexe und Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund
Indikatorartyp	Indikationsstellung

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 Einblutungen oder Torsionen. In den meisten Fällen sind sie asymptomatisch und bilden sich spontan zurück. Allerdings bereitet die Abgrenzung zu echten benignen und malignen Neoplasien gelegentlich Schwierigkeiten. Zur präoperativen Differenzierung werden hauptsächlich die Verlaufsbeobachtung, die Dopplersonographie oder auch die Sonographie herangezogen. Häufig sind Aussagen zur Größe des Tumors, der Anzahl der Kammern, zum Vorliegen solider Anteile, der Dicke etwaiger Septen, dem Vorhandensein von Binnenstrukturen oder auch der Viskosität der Zystenflüssigkeit möglich (Pascual et al. 1997; Osmer 1996; Querleu et al. 1993). Ein Tumormarker mit hoher Spezifität und Sensitivität für die präoperative Diagnostik steht derzeit nicht zur Verfügung. (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF/Deutschen Krebsgesellschaft e.V. /Deutschen Krebshilfe e.V., 2013, Leitlinie Nr. 032/035OL).

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

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

Gerade die beidseitige Entfernung der Ovarien bzw. Adnexen ohne pathologischen Befund hat für Patientinnen im geburtsfähigen Alter weitreichende Konsequenzen (z.B. bezüglich eines Kinderwunsches). Aber auch ohne oder nach erfülltem Kinderwunsch ist eine Entfernung der Ovarien ohne pathologischen Befund vor der Menopause 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 (Shuster et al. 2010; Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF/Deutschen Krebsgesellschaft e.V. /Deutschen Krebshilfe e.V., 2013, Leitlinie Nr. 032/035OL). Darüber hinaus wird in Studien auf verschiedene Morbiditätsrisiken in Verbindung mit der beidseitigen Ovariectomie 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 % Konfidenzintervall (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; p = 0,03) (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 Ovariectomie aufgezeigt. Zudem weisen Madalinska et al. (2006) sowie Shuster et al. (2010) 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 Ovariectomie hingewiesen. Shuster et al. (2010) legen in ihrer Untersuchung dar, dass vor allem Frauen, die vor dem 45. Lebensjahr eine beidseitige Ovariectomie 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 Ovariectomie im Alter unter 45 Jahren ein höheres Mortalitätsrisiko aufgrund von Herz- bzw. Kreislauferkrankungen haben als Frauen ohne bilaterale Ovariectomie (HR 1,44; 95 % KI 1,01–2,05; p = 0,04).

Bereits die einseitige Entfernung eines Ovars kann für die Patientinnen Folgen hinsichtlich der Fertilität, Morbidität und Mortalität haben. Bjelland et al. (2014) stellen dar, dass das Risiko für ein früheres Einsetzen der Menopause bei Patientinnen mit unilateraler Ovariectomie im Vergleich zu Frauen mit zwei intakten Ovarien um 28 % erhöht ist (RR 1,28; 95 % KI 1,15–1,42). Im Median kamen Frauen mit einseitiger Ovariectomie 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).

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 (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF/Deutschen Krebsgesellschaft e.V. /Deutschen Krebshilfe e.V., 2012, Leitlinie Nr. 032 – 045OL).

(Die Rationale wurde erstellt unter Berücksichtigung des Gutachtens: Geraedts M, Reiter A. Evaluation der Qualitätsindikatoren in der operativen Gynäkologie sowie Empfehlungen für die Modifikation des Erhebungsbogens und der Indikatoren. Gutachten im Auftrag der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen. Düsseldorf: Heinrich-Heine Universität; 2001. Eine Überarbeitung wurde durch die Fachgruppe Gynäkologie vorgenommen.)

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): 835-41. DOI: 10.1093/humrep/deu026

Leitlinienprogramm Onkologie (AWMF, Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe) (2012): S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Langversion 3.0, 2012, AWMF-Registernummer: 032/045OL, <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Mammakarzinom.67.0.html> (Recherchedatum: 15.10.2015). Stand: Juli 2012, gültig bis 30.06.2017.

Leitlinienprogramm Onkologie (AWMF; Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe) (2013): S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren, Langversion 1.1, 2013, AWMF-Registernummer: 032/035OL, <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html> (Recherchedatum: 15.10.2015). Stand: 01.01.2014, gültig bis 30.06.2016.

Madalinska, JB; van Beurden, M; Bleiker, EM; 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. *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 Obstet Gynecol*; 8 (4): 217-222.

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 and 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. *Hum Reprod*; 12 (6): 1246-1249.

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.

Querleu, D; Parmentier, D; Chevallier, L; (1993) Ovarian cysts: strategy and prognosis. *Contracept Fertil Sex*; 21 (2): 167-172.

Rivera, CM; Grossardt, BR; Rhodes, DJ; Brown, RD; Roger, VL; Melton, LJ; 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). DOI: 10.1016/j.maturitas.2009.08.003.

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2016

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

Berechnung

QI-ID	10211
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2016	<= 20,00 % (Toleranzbereich)
Referenzbereich 2015	<= 20,00 % (Toleranzbereich)
Erläuterung zum Referenzbereich 2016	Unter Berücksichtigung flächendeckender Versorgungsdaten hält die Bundesfachgruppe die Festlegung eines festen Referenzbereichs von 20,00 % für gerechtfertigt. Der Referenzbereich ist auch eine Frage des gesellschaftlichen Konsenses über das Verhältnis von Nutzen (frühzeitige Operation echter Tumore) und Risiken (überflüssige Operationen bei Follikel- und Corpus-luteum-Zysten). Eine Rate oberhalb von 20,00 % kann als sehr auffällig angesehen werden.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregel	<p>Zähler</p> <p>Patientinnen mit Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Patientinnen mit isoliertem Ovareingriff 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 Adnektomie 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*) und mit bösartiger Neubildung an der Brustdrüse in der Eigen- oder Familienanamnese (Entlassungsdiagnose: Z80.3*, Z85.3*)</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>Zähler:</p> <p>Patientinnen mit „Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste“ oder „histologisch Normalbefund“ als führender histologischer Befund zählen dann, wenn bei mindestens einem isolierten Ovareingriff der berücksichtigten Grundgesamtheit „Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste“ oder „histologisch Normalbefund“ als führender histologischer Befund vorliegt.</p> <p>Nenner:</p> <p>Nur Patientinnen mit mindestens einer Angabe zur Histologie werden berücksichtigt; wurde mindestens ein isolierter Ovareingriff (OPS: 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y*, 5-653*) bei einer Patientin dokumentiert, wird diese in der Grundgesamtheit berücksichtigt.</p>
Teildatensatzbezug	15/1:B
Zähler (Formel)	HISTOL IN ('01','02')
Nenner (Formel)	fn_GynIsolierteAdnexeAblativ UND NICHT (ENTLDIAG EINSIN @ICD_GynCAOvar UND OPSCHLUESSEL EINSIN @OPS_GynOvarOP_EX) UND NICHT ENTLDIAG EINSIN @ICD_GynCARisiko UND HISTOLJN = 1
Verwendete Funktionen	fn_GynIsolierteAdnexeAblativ
Verwendete Listen	@ICD_GynCAOvar @ICD_GynCARisiko @OPS_GynOvarOPAblativ @OPS_GynOvarOPAblativZusatz @OPS_GynOvarOP_EX
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar

51907: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2016

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

Berechnung

QI-ID	51907
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2016	<= 28,46 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Referenzbereich 2015	<= 48,15 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Erläuterung zum Referenzbereich 2016	Auf Grund einer hohen Variabilität der Ergebnisse und wegen des Fehlens von evidenzbasierten Kriterien für die Festlegung eines festen Referenzwertes wird für diesen Indikator das 90. Perzentil als Referenzwert definiert.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregel	<p>Zähler</p> <p>Patientinnen mit Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund, sowie Patientinnen mit Veränderungen an den Adnexen, bei denen keiner der folgenden Befunde der führende histologische Befund ist: Cystoma serosum, Cystoma mucinosum, Dermoidzyste, Endometriose, Entzündung, Extrauterin gravidität oder primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Patientinnen mit isoliertem Ovareingriff 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 Adnektomie 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*) und mit bösartiger Neubildung an der Brustdrüse in der Eigen- oder Familienanamnese (Entlassungsdiagnose: Z80.3*, Z85.3*)</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>Zähler:</p> <p>Patientinnen mit „Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste“ oder „histologisch Normalbefund“ als führender histologischer Befund zählen dann, wenn bei mindestens einem isolierten Ovareingriff der berücksichtigten Grundgesamtheit „Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste“ oder „histologisch Normalbefund“ als führender histologischer Befund vorliegt. Außerdem zählen Patientinnen mit nicht näher spezifizierten Veränderungen an den Adnexen (Schlüssel Histologie, Schlüsselwert 19), d.h. Patientinnen, bei denen keiner der folgenden Befunde als führender histologischer Befund dokumentiert wurde: „Normalbefund“, „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“, „Extrauterin gravidität“, „Stieldrehung“, „Borderline-Veränderungen“ oder „primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive und Metastasen anderer Malignome“.</p> <p>Nenner:</p> <p>Nur Patientinnen mit mindestens einer Angabe zur Histologie werden berücksichtigt; wurde mindestens ein isolierter Ovareingriff (OPS: 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y*, 5-653*) bei einer Patientin dokumentiert, wird diese in der Grundgesamtheit berücksichtigt.</p>
Teildatensatzbezug	15/1:B
Zähler (Formel)	HISTOL IN ('01', '02', '19')
Nenner (Formel)	fn_GynIsolierteAdnexeAblativ UND NICHT (ENTLDIAG EINSIN @ICD_GynCAOvar UND OPSCHLUESSEL EINSIN @OPS_GynOvarOP_EX) UND NICHT ENTLDIAG EINSIN @ICD_GynCARisiko UND HISTOLJN = 1
Verwendete Funktionen	fn_GynIsolierteAdnexeAblativ

Verwendete Listen	@ICD_GynCAOvar @ICD_GynCARisiko @OPS_GynOvarOPAblativ @OPS_GynOvarOPAblativZusatz @OPS_GynOvarOP_EX
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar

52535: Beidseitige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund bei Patientinnen bis 45 Jahre

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2016

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
17:O	Operation	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
18:O	Ist das kontralaterale Ovar noch vorhanden?	K	0 = nein 1 = ja	KONTRALATOVAR
24:O	postoperative Histologie	M	0 = nein 1 = ja	HISTOLJN
25:O	führender Befund	K	s. Anhang: HistolOpGyn	HISTOL
36: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

Berechnung

QI-ID	52535
Bewertungsart	Sentinel-Event
Referenzbereich 2016	Sentinel-Event
Referenzbereich 2015	Sentinel-Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2016	Die Bundesfachgruppe hält für Fälle mit beidseitiger Entfernung der Ovarien oder der Adnexe ohne pathologischen Befund bei Patientinnen im Alter bis 45 Jahre eine Einzelfallanalyse für erforderlich. Der Referenzbereich dieses Indikators wird daher als "Sentinel-Event" definiert.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregel	<p>Zähler Patientinnen mit Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund</p> <p>Nenner Alle Patientinnen bis 45 Jahre mit isoliertem Ovareingriff mit beidseitiger vollständiger Entfernung der Ovarien oder der Adnexe, mit Angaben zur postoperativen Histologie, unter Ausschluss von Patientinnen mit Adnektomie 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*), mit bösartiger Neubildung an der Brustdrüse in der Eigen- oder Familienanamnese (Entlassungsdiagnose: Z80.3*, Z85.3*) und mit Störungen der Geschlechtsidentität (Entlassungsdiagnose: F64.0*)</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>Zähler: Patientinnen mit „Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste“ oder „histologisch Normalbefund“ als führender histologischer Befund werden nur dann eingeschlossen, wenn bei mindestens einem isolierten Ovareingriff der berücksichtigten Grundgesamtheit „Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste“ oder „histologisch Normalbefund“ als führender histologischer Befund vorliegt.</p> <p>Nenner: Nur Patientinnen mit mindestens einer Angabe zur Histologie und einer gültigen Altersangabe werden berücksichtigt. Im Nenner werden Fälle mit der Angabe „nein“ im Datenfeld „Ist das kontralaterale Ovar noch vorhanden?“ und Fälle 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)] ODER 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) berücksichtigt.</p> <p>Folgende OPS-Kodes 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*, 5-653.2*, 5-656*, 5-657*, 5-658*, 5-85*, 5-87*, 5-88*, 5-89*, 5-9*, 6*, 8*, 9*.</p>

Teildatensatzbezug	15/1:B
Zähler (Formel)	HISTOL IN ('01','02')
Nenner (Formel)	fn_GynIsolierteAdnexeAblativBeidseitig UND NICHT (ENTLDIAG EINSIN @ICD_GynCAOvar UND OPSCHLUESSEL EINSIN @OPS_GynOvarOP_EX) UND NICHT ENTLDIAG EINSIN @ICD_GynCARisiko UND NICHT ENTLDIAG EINSIN @ICD_GynTranssex UND HISTOLJN = 1 UND ALTER ZWISCHEN 1 UND 45
Verwendete Funktionen	fn_GynIsolierteAdnexeAblativBeidseitig
Verwendete Listen	@ICD_GynCAOvar @ICD_GynCARisiko @ICD_GynTranssex @OPS_GynOvarOPAblativBeidseitig @OPS_GynOvarOPAblativLinks @OPS_GynOvarOPAblativRechts @OPS_GynOvarOPAblativZusatz @OPS_GynOvarOP_EX
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar

60676: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an beidseitigen Ovariectomien bei Ovar- oder Adnexeingriffen mit benigner Histologie

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2016

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
17:O	Operation	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
18:O	Ist das kontralaterale Ovar noch vorhanden?	K	0 = nein 1 = ja	KONTRALATOVAR
25:O	führender Befund	K	s. Anhang: HistolOpGyn	HISTOL
36: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

Berechnung

QI-ID	60676
Bewertungsart	Logistische Regression (O / E)
Referenzbereich 2016	Nicht definiert
Referenzbereich 2015	Indikator im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2016	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016	-
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregel	<p>Zähler Patientinnen mit beidseitiger (Salpingo-)Ovariektomie</p> <p>Nenner Alle Ovar- und Adnexeingriffe (OPS: 5-65* , 5-66* [die Angabe zusätzlicher Codes ist erlaubt]) und führendem histologischen Befund: benigne (Schlüssel Histologie: 01-09), unter Ausschluss von Patientinnen mit Adnektomie 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*), mit bösartiger Neubildung an der Brustdrüse in der Eigen- oder Familienanamnese (Z80.3* , Z85.3*) oder der Diagnose Transsexualismus (F64.0*).</p> <p>O (observed) Beobachtete Rate an beidseitigen (Salpingo-)Ovariektomien bei Ovar- und Adnexeingriffen</p> <p>E (expected) Erwartete Rate an beidseitigen (Salpingo-)Ovariektomien bei Ovar- und Adnexeingriffen, risikoadjustiert nach logistischem GYN-Score für QI-ID 60676</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>Zähler: Im Zähler werden Fälle mit der Angabe „nein“ im Datenfeld „Ist das kontralaterale Ovar noch vorhanden?“ und Fälle 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))</p> <p>UND</p> <p>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)</p> <p>ODER</p> <p>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)] berücksichtigt.</p> <p>Nenner: Nur Patientinnen mit mindestens einer Angabe zur Histologie werden berücksichtigt. Als benigner histologischer Befund zählen: „Normalbefund“, „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“, „Extrauterin gravidität“, „Stieldrehung“.</p>

Teildatensatzbezug	15/1:B	
Zähler (Formel)	O_60676	
Nenner (Formel)	E_60676	
Logistische Regression	O (observed)	
	Unterkennzahl	O_60676
	Operator	Anteil
	Teildatensatz	15/1:B
	Zähler	fn_GynIsolierteAdnexeAblativBeidseitigOhneZusatz
	Nenner	fn_Ovar_Adnexeingriffe
	E (expected)	
	Unterkennzahl	E_60676
	Operator	Mittelwert
	Teildatensatz	15/1:B
	Zähler	fn_GYNScore_60676
	Nenner	fn_Ovar_Adnexeingriffe
Verwendete Funktionen	fn_benignerAdnexBefund fn_GynIsolierteAdnexeAblativBeidseitigOhneZusatz fn_GYNScore_60676 fn_Ovar_Adnexeingriffe	
Verwendete Listen	@ICD_GynCAOvar @ICD_GynCARisiko @ICD_GynTranssex @OPS_GynAdnexeOPGesamt @OPS_GynOvarOPAblativBeidseitig @OPS_GynOvarOPAblativLinks @OPS_GynOvarOPAblativRechts @OPS_GynOvarOPGesamt @OPS_GynOvarOP_EX	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Indikator im Vorjahr nicht berechnet	

Risikofaktoren

Risikofaktor	Regressionskoeffizient	Std.-Fehler	Z-Wert	Odds-Ratio	Odds-Ratio (95% C.I.)	
					unterer Wert	oberer Wert
Konstante	-5,960575693656896	0,155	-38,579	-	-	-
Alter im 2. Quintil der Altersverteilung: 29 bis unter 38 Jahre	1,478957703996519	0,170	8,680	3,325	2,372	4,661
Alter im 3. Quintil der Altersverteilung: 38 bis unter 47 Jahre	3,045555527851655	0,159	19,188	11,755	8,583	16,098
Alter im 4. Quintil der Altersverteilung: 47 bis unter 57 Jahre	4,854043777850721	0,156	31,190	57,433	42,202	78,161
Alter im 5. Quintil der Altersverteilung: ab 57 Jahre	6,723728768463403	0,155	43,254	202,616	149,037	275,458

612: Organerhaltung bei Ovarieingriffen

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen mit Organerhaltung bei Ovarieingriffen mit benigner Histologie
Indikatortyp	Prozessindikator

Hintergrund

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

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

Noch dürftiger ist die Datenlage zu den klinischen Folgen der einseitigen Adnektomie. Bukovsky et al. (1995) konnten in einer randomisiert kontrollierten Studie eine signifikant eingeschränkte Ovarialfunktion, gemessen an Hormonspiegeln im Serum, 6 Monate nach einseitiger Ovariectomie 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 Ovariectomie und kam zu folgendem Ergebnis: Frauen mit nur einem Ovar unterscheiden sich nicht im Hinblick auf Fertilität zu gleichaltrigen Frauen mit zwei Ovarien. Dagegen scheint ihre reproduktive Phase verkürzt durch Limitierung der zur Verfügung stehenden Eizellen.

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

(Die Rationale wurde erstellt unter Berücksichtigung des Gutachtens: Geraedts M, Reiter A. Evaluation der Qualitätsindikatoren in der operativen Gynäkologie sowie Empfehlungen für die Modifikation des Erhebungsbogens und der Indikatoren. Gutachten im Auftrag der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen. Düsseldorf: Heinrich-Heine Universität; 2001. Eine Überarbeitung wurde durch die Fachgruppe Gynäkologie vorgenommen.)

Literatur

Bukovsky I, Halperin R, Schneider D, Golan A, Hertzianu I, Herman A. Ovarian function following abdominal hysterectomy with and without unilateral oophorectomy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995; 58 (1): 29-32.

Campo S, Garcea N. Laparoscopic conservative excision of ovarian dermoid cysts with and without an endobag. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1998; 5 (2): 165-170.

Chapron C, Dubuisson JB, Samouh N, Foulot H, Aubriot FX, Amsquer Y, Morice P. Treatment of ovarian dermoid cysts. Place and modalities of operative laparoscopy. Surg Endosc 1994; 8 (9): 1092-1095.

Lass A. The fertility potential of women with a single ovary. Human Reproduction 1999; 5 (5): 546-550.

Lin P, Falcone T, Tulandi T. Excision of ovarian dermoid cyst by laparoscopy and by laparotomy. Am J Obstet Gynecol 1995; 173 (3 Pt 1): 769-771.

Nezhat CR, Kalyoncu S, Nezhat CH, Johnson E, Berlanda N, Nezhat F. Laparoscopic management of ovarian dermoid cysts: ten years' experience. JSL 1999; 3 (3): 179-184.

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2016

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
17:O	Operation	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
25:O	führender Befund	K	s. Anhang: HistolOpGyn	HISTOL
36: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

Berechnung

QI-ID	612
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2016	>= 79,11 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)
Referenzbereich 2015	>= 78,37 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)
Erläuterung zum Referenzbereich 2016	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 2016	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregel	<p>Zähler Patientinnen mit organerhaltender Operation</p> <p>Nenner Alle Patientinnen bis 40 Jahre mit Ovarieingriff (OPS: 5-65* [die Angabe zusätzlicher Codes ist erlaubt]) und führendem histologischen Befund: benigne (Schlüssel Histologie: 01-09), 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*) und mit bösartiger Neubildung an der Brustdrüse in der Eigen- oder Familienanamnese (Entlassungsdiagnose: Z80.3*, Z85.3*)</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>Zähler: Patientinnen zählen nur dann, wenn alle Ovarieingriffe organerhaltend durchgeführt wurden. Ausgeschlossen sind Patientinnen, bei denen eine Entfernung des Ovars oder der Adnexen vorgenommen wurde (OPS: 5-652.4*, 5-652.6*, 5-653*).</p> <p>Nenner: 1. Als benigner histologischer Befund zählen: „Normalbefund“, „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“, „Extrauterin gravidität“, „Stieldrehung“. 2. Wurde mindestens ein Ovarieingriff (OPS: 5-65*) mit führendem benignen histologischen Befund und einer gültigen Altersangabe bei einer Patientin dokumentiert, wird diese in der Grundgesamtheit berücksichtigt.</p>
Teildatensatzbezug	15/1:B
Zähler (Formel)	fn_OPOrganerhaltend
Nenner (Formel)	(OPSCHLUESSEL EINSIN @OPS_GynOvarOPGesamt UND fn_benignerAdnexBefund UND NICHT ENTLDIAG EINSIN @ICD_GynCAOvar UND NICHT ENTLDIAG EINSIN @ICD_GynCARisiko) UND (ALTER ZWISCHEN 1 UND 40)
Verwendete Funktionen	fn_AdnexOrganerhaltend fn_benignerAdnexBefund fn_OPOrganerhaltend fn_Ovareingriff
Verwendete Listen	@ICD_GynCAOvar @ICD_GynCARisiko @OPS_GynOvarOPAblativ @OPS_GynOvarOPGesamt
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar

52283: Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit einer assistierten Blasenentleerung mittels transurethralen Dauerkatheters länger als 24 Stunden nach einem Ovar- oder Adnexeingriff
Indikatortyp	Indikationsstellung

Hintergrund

Postoperative Harnwegsinfektionen gehören zu den häufigsten nosokomialen Infektionen in Deutschland. Eine aktuelle, repräsentative Querschnittstudie in deutschen Krankenhäusern ergab, dass 4,5 % der vollstationär behandelten Patienten eine nosokomiale Infektion erwerben. 3,3 % aller Patienten erwerben diese während des aktuellen Krankenhausaufenthaltes. Den zweithöchsten Anteil der nosokomialen Infektionen, nach den postoperativen Wundinfektionen (24,7 %), stellen die Harnwegsinfektionen mit 22,4 % dar (NRZ 2012). Nosokomiale Harnwegsinfektionen stehen dabei in der Regel in Zusammenhang mit transurethralen Dauerkathetern, die eine Eintrittspforte für einen Erregereintrag in die Harnröhre darstellen. Die Katheterisierung mit einem Blasenkatheeter gehört damit zu den bedeutendsten Risikofaktoren für eine Harnwegsinfektion, mit der Möglichkeit des Entstehens von schwerwiegenden Komplikationen wie der Pyelonephritis, Bakteriämie oder Urosepsis (Martius et al. 1999). Ein entsprechender Indikator erfasst somit einen wichtigen und qualitätsrelevanten Aspekt der Patientensicherheit.

Auch in zahlreichen nationalen und internationalen Leitlinien wird eine strenge Indikationsstellung vor der Anlage eines Blasenverweilkatheters bzw. die Indikationsüberprüfung eines liegenden Blasenkatheeters empfohlen. Die „Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut“ (KRINKO) führt in ihrer Empfehlung zur Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiertes Harnwegsinfektionen auf, dass Dauerkatheter nur nach strenger Indikationsstellung gelegt und so früh wie möglich wieder entfernt werden sollen (Kategorie IB) (Martius et al. 1999). Auch in der Leitlinie der „Agency for Healthcare Research and Quality“ (AHRQ) zu katheter-assoziierten Harnwegsinfektionen wird empfohlen, den Blasenkatheeter direkt am OP-Tag (außer bei urologischen Eingriffen) zu entfernen (Kategorie B) (AHRQ 2011). Das „Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee“ (HICPAC) empfiehlt ebenfalls, dass Dauerkatheter nur bei gegebener Indikation (u.a. akuter Harnverhalt, urologischer Eingriff bzw. Eingriff am Urogenitaltrakt oder erwartete lange OP-Zeit) gelegt werden sollten. Eine routinemäßige Anlage bei Patienten, die operiert wurden, wird nicht empfohlen (Kategorie IB). Der Blasenkatheeter sollte nach der Operation so schnell wie möglich entfernt werden, vorzugsweise noch innerhalb der ersten 24 Stunden (Kategorie IB). Vor allem bei Patienten mit erhöhtem Risiko für eine Harnwegsinfektion (z.B. Frauen, ältere Patienten) sollte die Liegedauer des Blasenkatheeters generell reduziert werden (Kategorie IB) (Gould et al. 2010). Grundsätzlich ist die Anlage bzw. das Liegenlassen eines transurethralen Dauerkatheters aus rein pflegerischen Gründen oder aufgrund einer bestehenden Inkontinenz des Patienten nicht angebracht (Gould et al. 2010).

Gerade bei kleineren gynäkologischen Eingriffen, wie z.B. bei alleinigen Ovar- und Adnexeingriffen, ist eine lange postoperative Liegedauer eines transurethralen Dauerkatheters nicht indiziert. Dennoch zeigen die bundesweiten Daten des Erfassungsjahrs 2013, dass bei 7.832 von 88.705 Patientinnen mit einem organerhaltenden Adnexeingriff und benignen histologischen Befund eine assistierte Blasenentleerung länger als 24 Stunden durchgeführt wurde (8,8 %). Davon erfolgte die Blasenentleerung bei 94,8 % der Patientinnen (7.425 von 88.705) mittels eines transurethralen Dauerkatheters. Bei den ablativen Adnexeingriffen mit benignem histologischen Befund wurde sogar bei 14,7 % der operierten Patientinnen (9.913 von 67.601 Patientinnen) eine assistierte Blasenentleerung länger als 24 Stunden durchgeführt. Bei 91,1 % der Patientinnen (9.034 von 67.601 Patientinnen) geschah dieses über einen transurethralen Dauerkatheter (AQUA 2014).

Literatur

AHRQ (2011). Catheter-associated UTIs. In: Guidelines on urological infections. Grabe, M; Bjerklund-Johansen, T; Botto, H; Wullt, B; Cek, M; Naber, K; et al. (Eds.). Arnhem, The Netherlands: European Association of Urology (EAU): 39-41.

AQUA (2014). 15/1 - Gynäkologische Operationen. Qualitätsindikatoren. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2013. Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH.

Gould, CV; Umscheid, CA; Agarwal, RK; Kuntz, G; Pegues, DA; Healthcare Infection Control Practices Advisory, C (2010). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. Infect Control Hosp Epidemiol 31(4): 319-326.

Martius, J; Brühl, P; Dettenkofer, M; Hartenauer, U; Niklas, S; Piechota, H-J (1999). Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiertes Harnwegsinfektionen. Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz (42): 806-809.

NRZ (2012). Deutsche Daten im Rahmen der ersten europäischen Prävalenzerhebung zum Vorkommen nosokomialer Infektionen und zur Antibiotikaaanwendung. Epidemiologisches Bulletin (26): 239-240.

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2016

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
17:O	Operation	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
25:O	führender Befund	K	s. Anhang: HistolOpGyn	HISTOL
33:O	transurethraler Dauerkatheter	K	1 = ja	TRANSDAUERKATH
36:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Berechnung

QI-ID	52283
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2016	<= 6,85 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Referenzbereich 2015	<= 8,52 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Erläuterung zum Referenzbereich 2016	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016	Es wird darum gebeten, den Indikator ausführlich im Länderbericht zum Strukturierten Dialog darzustellen. Die Erkenntnisse des Strukturierten Dialogs sollen auf Bundesebene herangezogen werden, um die Hintergründe hoher Raten zu analysieren und den Indikator ggf. anpassen zu können.
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregel	<p>Zähler Patientinnen mit assistierter Blasenentleerung länger als 24 Stunden mittels eines transurethralen Dauerkatheters</p> <p>Nenner Alle Patientinnen mit Ovar- oder Adnexeingriff ohne gleichzeitige Hysterektomie/Exenteration des kleinen Beckens, ohne zusätzliche Plastiken oder inkontinenzchirurgische Eingriffe und unter Ausschluss von Patientinnen mit führendem malignen Befund (Schlüssel Histologie: 11, 22, 23, 24, 31), mit bösartigen Neubildungen der weiblichen Genitalorgane (Entlassungsdiagnose: C51*, C52*, C53*, C54*, C55*, C56*, C57*, C58*) und mit Operationen an der Harnblase (OPS: 5-57*)</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>Nenner: Es werden Patientinnen mit Ovar- oder Adnexeingriff (5-65*, 5-66*) ohne gleichzeitige Hysterektomie/Exenteration des kleinen Beckens (5-682*, 5-683*, 5-684*, 5-685*, 5-686*, 5-687*), ohne zusätzliche Plastiken oder inkontinenzchirurgische Eingriffe (5-592*, 5-593*, 5-594*, 5-595*, 5-596*, 5-704.0*) und ohne Operationen an der Harnblase (OPS: 5-57*) berücksichtigt. Zusätzlich ausgeschlossen werden Patientinnen mit einem führendem histologischen 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“. Desweiteren werden Patientinnen mit einem ICD-Code zu bösartigen Neubildungen der weiblichen Genitalorgane als Entlassungsdiagnose (C51*, C52*, C53*, C54*, C55*, C56*, C57*, C58*) ausgeschlossen.</p>
Teildatensatzbezug	15/1:B
Zähler (Formel)	TRANSDAUERKATH = 1
Nenner (Formel)	(OPSchLUESSEL EINSIN @OPS_GynOvarOPGesamt ODER OPSchLUESSEL EINSIN @OPS_GynAdnexeOPGesamt) UND NICHT OPSchLUESSEL EINSIN @OPS_GynHysterektomieExenteration UND NICHT OPSchLUESSEL EINSIN @OPS_GynPlastiken UND NICHT HISTOL IN ('11','22','23','24','31') UND NICHT ENTLDIAG EINSIN @ICD_GynNeubildungen UND NICHT OPSchLUESSEL EINSIN @OPS_OPHarnblase
Verwendete Listen	@ICD_GynNeubildungen @OPS_GynAdnexeOPGesamt @OPS_GynHysterektomieExenteration @OPS_GynOvarOPGesamt @OPS_GynPlastiken @OPS_OPHarnblase
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: HistoOpGyn	
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: Extrauterin gravidität
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 Ia
24	Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia
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_GynCA	ICD	Gynäkologische Karzinome (mit Relevanz als Confounder bei gynäkologischen Eingriffen)	C16%, C17%, C18%, C19%, C20%, C21%, C22%, C23%, C24%, C25%, C26%, C45%, C48%, C49.4%, C49.5%, C51%, C52%, C53%, C54%, C55%, C56%, C57%, C58%, C64%, C65%, C66%, C67%, C68%
@ICD_GynCAOvar	ICD	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse (Mammakarzinom)	C50%
@ICD_GynCARisiko	ICD	Risikofaktoren für Bösartige Neubildungen	Z40.00%, Z40.01%, Z80.3%, Z85.3%
@ICD_GynEndometriose	ICD	Endometriose	N80%
@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	Transsexualismus	F64.0%
@OPS_GynAdnexeOPGesamt	OPS	Adnexeeingriffe (ohne Einschränkungen)	5-66%
@OPS_GynHysterektomieExenteration	OPS	Hysterektomie/Exenteration des kleinen Beckens	5-682%, 5-683%, 5-684%, 5-685%, 5-686%, 5-687%
@OPS_GynLapOP	OPS	Gynäkologische Operationen mit laparoskopischem oder laparoskopischem und abdominalem Zugang	5-650.4%, 5-650.5%, 5-651.82%, 5-651.83%, 5-651.92%, 5-651.93%, 5-651.a2%, 5-651.a3%, 5-651.b2%, 5-651.b3%, 5-651.x2%, 5-651.x3%, 5-652.42%, 5-652.43%, 5-652.52%, 5-652.53%, 5-652.62%, 5-652.63%, 5-653.22%, 5-653.23%, 5-653.32%, 5-653.33%, 5-656.82%, 5-656.83%, 5-656.92%, 5-656.93%, 5-656.a2%, 5-656.a3%, 5-656.b2%, 5-656.b3%, 5-656.x2%, 5-656.x3%, 5-657.62%, 5-657.63%, 5-657.72%, 5-657.73%, 5-657.82%, 5-657.83%, 5-657.92%, 5-657.93%, 5-657.x2%, 5-657.x3%, 5-659.22%, 5-659.23%, 5-659.x2%, 5-659.x3%, 5-660.4%, 5-660.5%, 5-661.42%, 5-661.43%, 5-661.52%, 5-661.53%, 5-661.62%, 5-661.63%, 5-663.02%, 5-663.03%, 5-663.12%, 5-663.13%, 5-663.22%, 5-663.23%, 5-663.32%, 5-663.33%, 5-663.42%, 5-663.43%, 5-663.52%, 5-663.53%, 5-663.x2%, 5-663.x3%, 5-665.42%, 5-665.43%, 5-665.52%, 5-665.53%, 5-665.x2%, 5-665.x3%, 5-666.82%, 5-666.83%, 5-666.92%, 5-666.93%, 5-666.a2%, 5-666.a3%, 5-666.b2%, 5-666.b3%, 5-666.x2%, 5-666.x3%, 5-683.13%, 5-683.14%, 5-683.23%, 5-683.24%, 5-744.02%, 5-744.03%, 5-744.12%, 5-744.13%, 5-744.22%, 5-744.23%, 5-744.32%, 5-744.33%, 5-744.42%, 5-744.43%

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
@OPS_GynLapOP_EX	OPS	Ausschlusskriterien zur Definition von Operationen mit laparoskopischem oder laparoskopischem und abdominalem Zugang	5-650.2%, 5-650.3%, 5-650.6%, 5-650.7%, 5-650.x%, 5-650.y%, 5-651.80%, 5-651.81%, 5-651.84%, 5-651.85%, 5-651.8x%, 5-651.90%, 5-651.91%, 5-651.94%, 5-651.95%, 5-651.9x%, 5-651.a0%, 5-651.a1%, 5-651.a4%, 5-651.a5%, 5-651.ax%, 5-651.b0%, 5-651.b1%, 5-651.b4%, 5-651.b5%, 5-651.bx%, 5-651.x0%, 5-651.x1%, 5-651.x4%, 5-651.x5%, 5-651.xx%, 5-651.y%, 5-652.40%, 5-652.41%, 5-652.44%, 5-652.45%, 5-652.4x%, 5-652.50%, 5-652.51%, 5-652.54%, 5-652.55%, 5-652.5x%, 5-652.60%, 5-652.61%, 5-652.64%, 5-652.65%, 5-652.6x%, 5-652.y%, 5-653.20%, 5-653.21%, 5-653.24%, 5-653.25%, 5-653.2x%, 5-653.30%, 5-653.31%, 5-653.34%, 5-653.35%, 5-653.3x%, 5-653.y%, 5-656.90%, 5-656.91%, 5-656.94%, 5-656.95%, 5-656.9x%, 5-656.a0%, 5-656.a1%, 5-656.a4%, 5-656.a5%, 5-656.ax%, 5-656.b0%, 5-656.b1%, 5-656.b4%, 5-656.b5%, 5-656.bx%, 5-656.x0%, 5-656.x1%, 5-656.x4%, 5-656.x5%, 5-656.xx%, 5-656.y%, 5-657.60%, 5-657.61%, 5-657.64%, 5-657.65%, 5-657.6x%, 5-657.70%, 5-657.71%, 5-657.74%, 5-657.75%, 5-657.7x%, 5-657.80%, 5-657.81%, 5-657.84%, 5-657.85%, 5-657.8x%, 5-657.90%, 5-657.91%, 5-657.94%, 5-657.95%, 5-657.9x%, 5-657.x0%, 5-657.x1%, 5-657.x4%, 5-657.x5%, 5-657.xx%, 5-657.y%, 5-658.6%, 5-658.7%, 5-658.8%, 5-658.9%, 5-658.x%, 5-658.y%, 5-659.20%, 5-659.21%, 5-659.24%, 5-659.25%, 5-659.2x%, 5-659.x0%, 5-659.x1%, 5-659.x4%, 5-659.x5%, 5-659.xx%, 5-659.y%, 5-660.2%, 5-660.3%, 5-660.6%, 5-660.7%, 5-660.x%, 5-660.y%, 5-661.40%, 5-661.41%, 5-661.44%, 5-661.45%, 5-661.4x%, 5-661.50%, 5-661.51%, 5-661.54%, 5-661.55%, 5-661.5x%, 5-661.60%, 5-661.61%, 5-661.64%, 5-661.65%, 5-661.6x%, 5-661.y%, 5-663.00%, 5-663.01%, 5-663.04%, 5-663.05%, 5-663.0x%, 5-663.10%, 5-663.11%, 5-663.14%, 5-663.15%, 5-663.1x%, 5-663.20%, 5-663.21%, 5-663.24%, 5-663.25%, 5-663.2x%, 5-663.30%, 5-663.31%, 5-663.34%, 5-663.35%, 5-663.3x%, 5-663.40%, 5-663.41%, 5-663.44%, 5-663.45%, 5-663.4x%, 5-663.50%, 5-663.51%, 5-663.54%, 5-663.55%, 5-663.5x%, 5-663.x0%, 5-663.x1%, 5-663.x4%, 5-663.x5%, 5-663.xx%, 5-663.y%, 5-665.40%, 5-665.41%, 5-665.44%, 5-665.45%, 5-665.4x%, 5-665.50%, 5-665.51%, 5-665.54%, 5-665.55%, 5-665.5x%, 5-665.x0%, 5-665.x1%, 5-665.x4%, 5-665.x5%, 5-665.xx%, 5-665.y%, 5-666.80%, 5-666.81%, 5-666.84%, 5-666.85%, 5-666.8x%, 5-666.90%, 5-666.91%, 5-666.94%, 5-666.95%, 5-666.9x%, 5-666.a0%, 5-666.a1%, 5-666.a4%, 5-666.a5%, 5-666.ax%, 5-666.b0%, 5-666.b1%, 5-666.b4%, 5-666.b5%, 5-666.bx%, 5-666.x0%, 5-666.x1%, 5-666.x4%, 5-666.x5%, 5-666.xx%, 5-666.y%, 5-669%, 5-682.00%, 5-682.01%, 5-682.04%, 5-682.05%, 5-682.0x%, 5-682.1%, 5-682.10%, 5-682.11%, 5-682.14%, 5-682.15%, 5-682.1x%, 5-682.20%, 5-682.2x%, 5-682.x%, 5-682.x0%, 5-682.x1%, 5-682.x4%, 5-682.x5%, 5-682.xx%, 5-682.y%, 5-683.00%, 5-683.01%, 5-683.02%, 5-683.05%, 5-683.0x%, 5-683.10%, 5-683.11%, 5-683.12%, 5-683.15%, 5-683.1x%, 5-683.20%, 5-683.21%, 5-683.22%, 5-683.25%, 5-683.2x%, 5-683.x0%, 5-683.x1%, 5-

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			683.x2%, 5-683.x5%, 5-683.xx%, 5-683.y%, 5-684.0%, 5-684.1%, 5-684.2%, 5-684.3%, 5-684.x%, 5-684.y%, 5-685.00%, 5-685.01%, 5-685.02%, 5-685.03%, 5-685.0x%, 5-685.1%, 5-685.2%, 5-685.3%, 5-685.40%, 5-685.41%, 5-685.42%, 5-685.43%, 5-685.4x%, 5-685.x%, 5-685.y%, 5-686.00%, 5-686.01%, 5-686.02%, 5-686.03%, 5-686.0x%, 5-686.1%, 5-686.2%, 5-686.3%, 5-686.x%, 5-686.y%, 5-687.0%, 5-687.1%, 5-687.2%, 5-687.30%, 5-687.31%, 5-687.3x%, 5-687.y%, 5-689.00%, 5-689.01%, 5-689.02%, 5-689.05%, 5-689.0x%, 5-689.x%, 5-689.y%, 5-744.00%, 5-744.01%, 5-744.04%, 5-744.05%, 5-744.0x%, 5-744.10%, 5-744.11%, 5-744.14%, 5-744.15%, 5-744.1x%, 5-744.20%, 5-744.21%, 5-744.24%, 5-744.25%, 5-744.2x%, 5-744.30%, 5-744.31%, 5-744.34%, 5-744.35%, 5-744.3x%, 5-744.40%, 5-744.41%, 5-744.44%, 5-744.45%, 5-744.4x%
@OPS_GynOvarOP	OPS	Adnexeingriff (ohne Ovaryeingriffe, die keine Histologie benötigen, z. B. Adhäsioylysen)	5-651.8%, 5-651.9%, 5-652%, 5-653%, 5-659%
@OPS_GynOvarOPAblativ	OPS	Isolierter ablativer Ovaryeingriff	5-652.4%, 5-652.6%, 5-652.y%, 5-653%
@OPS_GynOvarOPAblativBeidseitig	OPS	Isolierter ablativer Ovaryeingriff beidseitig	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
@OPS_GynOvarOPAblativLinks	OPS	Isolierter ablativer Ovaryeingriff links	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
@OPS_GynOvarOPAblativRechts	OPS	Isolierter ablativer Ovaryeingriff rechts	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
@OPS_GynOvarOPAblativZusatz	OPS	Isolierter ablativer Ovaryeingriff mit Zusatzeingriffen	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%, 5-652.4%, 5-652.6%, 5-652.y%, 5-653%, 5-656%, 5-657%, 5-658%, 5-85%, 5-87%, 5-88%, 5-89%, 5-9%, 6%, 8%, 9%
@OPS_GynOvarOPGesamt	OPS	Ovaryeingriffe (ohne Einschränkung)	5-65%
@OPS_GynOvarOPZusatz	OPS	Zusätzlich zu Adnexeingriffen erlaubte Codes, die dennoch einen isolierten Adnexeingriff kennzeichnen	1%, 3%, 5-540%, 5-541.0%, 5-541.1%, 5-541.2%, 5-541.3%, 5-542%, 5-651.8%, 5-651.9%, 5-651.a%, 5-651.b%, 5-651.x%, 5-651.y%, 5-652%, 5-653%, 5-656%, 5-657%, 5-658%, 5-659%, 5-85%, 5-87%, 5-88%, 5-89%, 5-9%, 6%, 8%, 9%
@OPS_GynOvarOP_EX	OPS	Ausschluss Ovaryektomie und Salpingoovaryektomie	5-652%, 5-653%
@OPS_GynPlastiken	OPS	Plastiken oder inkontinenzchirurgische Eingriffe	5-592%, 5-593%, 5-594%, 5-595%, 5-596%, 5-704.0%

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
@OPS_GYN_Adhaesiolyse	OPS	Adhäsiolyse an Darm, Peritoneum oder Ovar	5-469.11%, 5-469.20%, 5-469.21%, 5-469.22%, 5-657.62%, 5-657.63%, 5-657.73%
@OPS_GYN_Exzision	OPS	Exzisionsbiopsie oder Exzision einer Ovarialzyste	5-651.82%, 5-651.92%
@OPS_OPHarnblase	OPS	Operationen an der Harnblase	5-57%

Anhang III: Funktionen

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
fn_AdnexOrganerhaltend	boolean	Organerhaltende Adnex-OP	NICHT OPSCHLUESSEL EINSIN @OPS_GynOvarOPAblativ
fn_benignerAdnexBefund	boolean	Benigner Adnexbefund (lt. Schlüssel Histologie)	HISTOL IN ('01','02','03','04','05','06','07','08','09')
fn_GynCA	boolean	Entlassungsdiagnose Karzinom (ICD C51-C58, C16-C26, C64-C68, C45, C48, C49.4, C49.5)	ENTLTDIAG EINSIN @ICD_GynCA
fn_GynIsolierteAdnexe	boolean	Isolierte Adnexeingriffe (OPS 5-651.8*, 5-651.9*, 5-652*, 5-653*, 5-659*) mit Zusatzeingriffen	OPSCHLUESSEL EINSIN @OPS_GynOvarOP UND OPSCHLUESSEL ALLEIN @OPS_GynOvarOPZusatz
fn_GynIsolierteAdnexeAblativ	boolean	Isolierte Adnexeingriffe, ablativ (OPS 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y, 5-653*) mit Zusatzeingriffen	OPSCHLUESSEL EINSIN @OPS_GynOvarOPAblativ UND OPSCHLUESSEL ALLEIN @OPS_GynOvarOPAblativZusatz
fn_GynIsolierteAdnexeAblativBeidseitig	boolean	Isolierte Adnexeingriffe, beidseitig, ablativ (OPS 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y, 5-653*) mit Zusatzeingriffen	(KONTRALATOVAR = 0 ODER ((OPSCHLUESSEL EINSIN @OPS_GynOvarOPAblativRechts UND OPSCHLUESSEL EINSIN @OPS_GynOvarOPAblativLinks) ODER OPSCHLUESSEL EINSIN @OPS_GynOvarOPAblativBeidseitig)) UND OPSCHLUESSEL ALLEIN @OPS_GynOvarOPAblativZusatz
fn_GynIsolierteAdnexeAblativBeidseitigOhneZusatz	boolean	Isolierte Adnexeingriffe, beidseitig, ablativ (OPS 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y, 5-653*)	KONTRALATOVAR = 0 ODER ((OPSCHLUESSEL EINSIN @OPS_GynOvarOPAblativRechts UND OPSCHLUESSEL EINSIN @OPS_GynOvarOPAblativLinks) ODER OPSCHLUESSEL EINSIN @OPS_GynOvarOPAblativBeidseitig)
fn_GynLapOP	boolean	Gynäkologische Operationen mit laparoskopischem oder laparoskopischem und abdominalem Zugang unter Ausschluss von Operationen mit anderen Zugangsarten	OPSCHLUESSEL EINSIN @OPS_GynLapOP UND NICHT OPSCHLUESSEL EINSIN @OPS_GynLapOP_EX
fn_GYNScore_51906	float	Score zur logistischen Regression - QI-ID 51906	PROZEDUR GYNScore_51906; VAR // Regressionskoeffizienten rfKonstante = -5.972007296219251;

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
			<pre> rfAlterQuintil2 = 0.077982043717333; rfAlterQuintil3 = 0.437823564220479; rfAlterQuintil4 = 0.677153713626931; rfAlterQuintil5 = 0.776500057014473; rfASA345 = 0.253632478441785; rfVoroperation = 0.691791440717172; rfExzision = -0.481712876693724; rfAdhaesiolyse = 0.634509659309169; rfEndometriose = 0.518417278738761; // Variablen zur Berechnung fKonstante; fAlter; fASA; fVoroperation; fExzision; fAdhaesiolyse; fEndometriose; dSum; { // Konstante fKonstante := rfKonstante; // Alter PRUEFUNG{ WENN alter > 29 UND alter <= 37 DANN fAlter := rfAlterQuintil2; WENN alter > 37 UND alter <= 45 DANN fAlter := rfAlterQuintil3; WENN alter > 45 UND alter <= 53 DANN fAlter := rfAlterQuintil4; WENN alter > 53 DANN fAlter := rfAlterQuintil5; SONST fAlter := 0; }; // ASA-Klassifikation PRUEFUNG{ ASA WENN (3,4,5) DANN fASA := rfASA345; SONST fASA := 0; }; </pre>

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
			<pre> // Voroperation im gleichen OP-Gebiet WENN{ (VOROPGLEICH = 1) DANN fVoroperation := rfVoroperation; SONST fVoroperation := 0; }; // Exzisionsbiopsie oder Exzision einer Ovarialzyste WENN{ (OPSCHLUESSEL EINSIN @OPS_GYN_Exzision) DANN fExzision := rfExzision; SONST fExzision := 0; }; // Adhäsiolyse an Darm, Peritoneum oder Ovar WENN{ (OPSCHLUESSEL EINSIN @OPS_GYN_Adhaesiolyse) DANN fAdhaesiolyse := rfAdhaesiolyse; SONST fAdhaesiolyse := 0; }; // Endometriose an Darm, Uterus oder Septum rectovaginale und der Vagina WENN{ (ENTLDIAG EINSIN @ICD_GynEndometriose_Darm_Uterus_Septum) DANN fEndometriose := rfEndometriose; SONST fEndometriose := 0; }; dSum := fKonstante + fAlter + fASA + fVoroperation + fExzision + fAdhaesiolyse + fEndometriose; ERGEBNIS := Exponential(dSum) / (1 + Exponential(dSum)) * 100; } </pre>
fn_GYNScore_60676	float	Score zur logistischen Regression - QI-ID 60676	<pre> PROZEDUR GYNScore_60676; VAR // Regressionskoeffizienten </pre>

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
			<pre> rfKonstante = -5.960575693656896; rfAlterQuintil2 = 1.478957703996519; rfAlterQuintil3 = 3.045555527851655; rfAlterQuintil4 = 4.854043777850721; rfAlterQuintil5 = 6.723728768463403; // Variablen zur Berechnung fKonstante; fAlter; dSum; { // Konstante fKonstante := rfKonstante; // Alter PRUEFUNG{ WENN alter >= 29 UND alter < 38 DANN fAlter := rfAlterQuintil2; WENN alter >= 38 UND alter < 47 DANN fAlter := rfAlterQuintil3; WENN alter >= 47 UND alter < 57 DANN fAlter := rfAlterQuintil4; WENN alter >= 57 DANN fAlter := rfAlterQuintil5; SONST fAlter := 0; }; dSum := fKonstante + fAlter; ERGEBNIS := Exponential(dSum) / (1 + Exponential(dSum)) * 100; } </pre>
fn_IstErsteOP	boolean	OP ist die erste OP	<pre> PROZEDUR IstErsteOP; { ERGEBNIS := LFDNREINGRIFF = Minimum(_B:LFDNREINGRIFF); } </pre>

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
fn_keinePostOPHistologie	boolean	Histologie fehlt für alle durchgeführten Eingriffe	(_B (fn_GynIsolierteAdnexe = Wahr)):HISTOLJN ALLEIN (0)
fn_OPOrganerhaltend	boolean	Organerhaltende Adnex-OP	(_B (fn_Ovareingriff = Wahr)):fn_AdnexOrganerhaltend ALLEIN Wahr
fn_Organverletzung	boolean	Organverletzung	IOPKOMP EINSIN (1,2,3,4,5,6,8)
fn_Ovareingriff	boolean	Ovareingriff	OPSCHLUESSEL EINSIN @OPS_GynOvarOPGesamt UND fn_benignerAdnexBefund UND ALTER ZWISCHEN 1 UND 40
fn_Ovar_Adnexeingriffe	boolean	Ovar- und Adnexeingriffe	(OPSCHLUESSEL EINSIN @OPS_GynOvarOPGesamt ODER OPSCHLUESSEL EINSIN @OPS_GynAdnexeOPGesamt) UND fn_benignerAdnexBefund UND NICHT ((ENTLDIAG EINSIN @ICD_GynCAOvar UND OPSCHLUESSEL EINSIN @OPS_GynOvarOP_EX) ODER ENTLDIAG EINSIN @ICD_GynCARisiko) UND NICHT ENTLDIAG EINSIN @ICD_GynTranssex

Anhang IV: Historie der Qualitätsindikatoren

Aktuelle Qualitätsindikatoren 2016

Indikator		Anpassungen im Vergleich zum Vorjahr			
QI-ID	QI-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	Nein	Ja	Eingeschränkt vergleichbar	Überarbeitung des Risikoadjustierungsmodells und damit im Vergleich zum Vorjahr Berücksichtigung anderer Risikofaktoren. Nenner: Zusätzliche Berücksichtigung der OPS-Kodes 5-683.13% "Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovarektomie, einseitig: Endoskopisch (laparoskopisch)", 5-683.14% "Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovarektomie, einseitig: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch", 5-683.23% "Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovarektomie, beidseitig: Endoskopisch (laparoskopisch)", 5-683.24% "Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovarektomie, beidseitig: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch"
51418	Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation	Nein	Ja	Vergleichbar	Nenner: Zusätzliche Berücksichtigung der OPS-Kodes 5-683.13% "Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovarektomie, einseitig: Endoskopisch (laparoskopisch)", 5-683.14% "Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovarektomie, einseitig: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch", 5-683.23% "Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovarektomie, beidseitig: Endoskopisch (laparoskopisch)", 5-683.24% "Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovarektomie, beidseitig: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch"
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung	Nein	Nein	Vergleichbar	-
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	Nein	Ja	Eingeschränkt vergleichbar	Zähler: Anpassung an den überarbeiteten Schlüssel Histologie.

Indikator		Anpassungen im Vergleich zum Vorjahr			
QI-ID	QI-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
51907	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund	Nein	Ja	Eingeschränkt vergleichbar	Zähler: Anpassung an den überarbeiteten Schlüssel Histologie.
52535	Beidseitige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund bei Patientinnen bis 45 Jahre	Nein	Ja	Eingeschränkt vergleichbar	Zähler: Anpassung an den überarbeiteten Schlüssel Histologie. Nenner: Zusätzliche Berücksichtigung des neuen Datenfeldes „Ist das kontralaterale Ovar noch vorhanden?“
60676 (NEU)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an beidseitigen Ovariectomien bei Ovar- oder Adnexeingriffen mit benigner Histologie	-	-	Indikator im Vorjahr nicht berechnet	-
612	Organerhaltung bei Ovaryingriffen	Nein	Ja	Eingeschränkt vergleichbar	Nenner: Anpassung an den überarbeiteten Schlüssel Histologie.
52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	Nein	Nein	Vergleichbar	-

2015 zusätzlich berechnete Qualitätsindikatoren

QI-ID	QI-Bezeichnung	Begründung für Streichung
51417	Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	Kein Referenzbereich definiert.