



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
für das Erfassungsjahr 2017

Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Indikatoren 2017

Stand: 25.04.2018

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	4
12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung	9
Indikatorengruppe: Entfernung des Ovars oder der Adnexe	12
10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	14
52535: Beidseitige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund bei Patientinnen bis 45 Jahre	17
60685: Beidseitige Ovariectomien bei Patientinnen bis 45 Jahre und Ovar- oder Adnexeingriffen mit benigner Histologie	20
60686: Beidseitige Ovariectomien bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahren und Ovar- oder Adnexeingriffen mit benigner Histologie	23
612: Organerhaltung bei Ovareingriffen bei Patientinnen bis 45 Jahre	26
52283: Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	29
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	33
Anhang II: Listen	34
Anhang III: Funktionen	34
Anhang IV: Historie der Qualitätsindikatoren	34

Einleitung

Gynäkologische Operationen umfassen prinzipiell alle Operationen an den inneren weiblichen Geschlechtsorganen. Einige dieser Eingriffe werden inzwischen zunehmend auch ambulant durchgeführt. In dem QS-Verfahren 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 (Ovariectomie). 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). Dieses QS-Verfahren 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 dieses QS-Verfahrens richtet sich auf Organverletzungen bei den laparoskopischen Eingriffen sowie die Sicherung von Befunden durch Gewebeuntersuchungen. Weitere Indikatoren beziehen sich auf die Organerhaltung bei Ovariectomien sowie auf die längere Anwendung von postoperativen 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.

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

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 37 Blutungskomplikationen, 10 Darmverletzungen und 4 Blasenverletzungen. Eine Patientin verstarb nach dem laparoskopischen Eingriff. Im Zusammenhang ihrer Meta-Analyse mit insgesamt 43 Studien haben Chapron et al. (2002) auch 27 RCT mit insgesamt 1.809 gynäkologischen laparoskopischen Operationen bei benignen Erkrankungen betrachtet. Es konnte dargestellt werden, dass die Komplikationsrate bei laparoskopischen Eingriffen (8,9 %) signifikant geringer ist, als bei Laparotomien (15,2 %).

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 (Phillips 1977, Radosa et al. 2014).

Aus den genannten Studienergebnissen und der klinischen Erfahrung kann also auf eine partielle Vermeidbarkeit von Organverletzungen für Laparoskopien geschlossen werden.

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.

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

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

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

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

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

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2017

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
16:O	Operation	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
19: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
34: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 2017	≤ 4,18
Referenzbereich 2016	≤ 3,41 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	Arithmetisches Mittel der Referenzbereiche 2014 und 2015 (95. Perzentil, Toleranzbereich).
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017	-
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die Regressionskoeffizienten wurden laut plan. QI-Richtlinie übernommen.
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_MinLfdNrEingriff 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	-6,149548006925628	0,140	-43,994			
Alter im 2. Quintil der Altersverteilung: 30 bis unter 38 Jahre	0,528851771378460	0,157	3,375	1,697	1,254	2,321
Alter im 3. Quintil der Altersverteilung: 38 bis unter 46 Jahre	0,722354349553227	0,150	4,808	2,059	1,544	2,785
Alter im 4. Quintil der Altersverteilung: 46 bis unter 54 Jahre	0,628967530676940	0,151	4,170	1,876	1,404	2,540
Alter im 5. Quintil der Altersverteilung: ab 54 Jahre	0,940297799409091	0,148	6,367	2,561	1,931	3,449
ASA-Klassifikation 3 oder 4 oder 5	0,295936138109464	0,110	2,685	1,344	1,078	1,661
Adhäsiolysen	0,610755180650604	0,069	8,808	1,842	1,608	2,110
Endometriose	0,272558084744525	0,118	2,312	1,313	1,035	1,644
Exzision	-0,580980577888609	0,101	-5,751	0,559	0,457	0,680
Voroperation im OP-Gebiet	0,700627133290124	0,071	9,826	2,015	1,753	2,319

12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung

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 %-Konfidenzintervall (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 bei 1,4 % liegt (Kaatsch et al. 2015). Dabei steigt die Erkrankungswahrscheinlichkeit mit steigendem Alter kontinuierlich an (Kaatsch et al. 2015, DGGG et al. 2016).

Ein frühzeitiges Erkennen von Veränderungen an den Eierstöcken sowie die histologische Diagnosesicherung und Abgrenzung zwischen benignen und malignen Neoplasien ist wichtig, da sich daraus bedeutende Unterschiede für die nachfolgende Behandlung und Therapie der Patientinnen ableiten, von denen auch die Heilungschancen sowie das Überleben der Patientinnen abhängt (Kinkel et al. 2005). Deshalb sollte eine größtmögliche Diagnosesicherheit erreicht werden, um bei malignen Veränderungen die entsprechend notwendige optimale Therapie(folge) (Primäroperation (komplettes operatives Staging) gefolgt von Chemotherapie) durchführen und so die Überlebensprognose der Patientinnen verbessern zu können (DGGG et al. 2016). Untersuchungen zeigen, dass Patientinnen mit einer frühzeitigen Diagnose eines Ovarialkarzinoms und einem operativen Staging insgesamt ein günstigeres progressionsfreies 5-Jahres-Überleben und 5-Jahres-Gesamtüberleben (79 % progressionsfreies 5-Jahres-Überleben; 89 % 5-Jahres-Gesamtüberleben) aufweisen im Vergleich zu Patientinnen mit inkomplettem Staging, wenn das Karzinom „zufällig“ im Rahmen einer Operation diagnostiziert wurde (61 % progressionsfreies 5-Jahres-Überleben; 71 % 5-Jahres-Überleben) (DGGG et al. 2016).

Literatur

DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe]; DKG [Deutsche Krebsgesellschaft]; Deutsche Krebshilfe; AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]; DEGRO [Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie]; DEGUM [Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin]; et al. (2016): AWMF-Registernummer 032-035OL. S3-Leitlinie: Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren [Langfassung]. Version 2.0. Stand: 01.10.2016. Berlin [u. a.]: DGGG [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-035-OLI_Ovarialkarzinom_2016-10.pdf (abgerufen am: 15.06.2017). [Update Verfahrenspflege 17.07.2017, IQTIG].

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

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

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2017

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

Berechnung

QI-ID	12874
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2017	≤ 5,00 %
Referenzbereich 2016	≤ 5,00 % (Zielbereich)
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	Referenzbereich aus dem Jahr 2015 (Zielbereich). 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. Adhäsiolysen).
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017	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	Zähler Patientinnen mit fehlender postoperativer Histologie 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*, 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*]
Erläuterung der Rechenregel	Zähler: Eine Patientin wird im Zähler gewertet, wenn für alle bei ihr durchgeführten isolierten Ovareingriffe der berücksichtigten Grundgesamtheit die postoperative Histologie fehlt. 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.
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: Entfernung des Ovars oder der Adnexe

Bezeichnung der Indikatorengruppe	Entfernung des Ovars oder der Adnexe
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Entfernung des Ovars oder der Adnexe
Indikatortyp	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 (Osmer 1996, Pascual et al. 1997). Ein Tumormarker mit hoher Spezifität und Sensitivität für die präoperative Diagnostik steht derzeit nicht zur Verfügung (DGGG et al. 2016).

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 oder der Adnexe ohne pathologischen Befund hat für Patientinnen im gebärfähigen 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 (DGGG et al. 2016, Shuster et al. 2010). 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 %- 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 weist Madalinska et al. (2006) darauf hin, dass Patientinnen nach einer beidseitigen Entfernung der Ovarien häufig unter sexuellen Beschwerden (z. B. Dyspareunie) leiden.

Neben dem erhöhten Morbiditätsrisiko wird in der Literatur auch auf ein erhöhtes Mortalitätsrisiko für Patientinnen mit bilateraler 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. Das Risiko für ein früheres Einsetzen der Menopause ist bei Patienten mit unilateraler Ovariectomie im Vergleich zu Frauen mit zwei intakten Ovarien um 28 % erhöht (RR 1,28; 95 %- KI 1,15–1,42). Im Median kamen Frauen mit einseitiger 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 (DGGG et al. 2016).

Literatur

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

DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe]; DKG [Deutsche Krebsgesellschaft]; Deutsche Krebshilfe; AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]; DEGRO [Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie]; DEGUM [Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin]; et al. (2016): AWMF-Registernummer 032-035OL. S3-Leitlinie: Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren [Langfassung]. Version 2.0. Stand: 01.10.2016. Berlin [u. a.]: DGGG [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-035-OLI_Ovarialkarzinom_2016-10.pdf (abgerufen am: 15.06.2017). [Update Verfahrenspflege 17.07.2017, IQTIG].

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

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

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

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

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

Querleu, D; Parmentier, D; Chevallier, L (1993): Kystes de l'ovaire: stratégie et pronostic [Ovarian cysts: strategy and prognosis]. *Contraception – Fertilité – Sexualité* 21(2): 167-172.

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

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

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

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2017

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

Berechnung

QI-ID	10211
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2017	≤ 20,00 %
Referenzbereich 2016	≤ 20,00 % (Toleranzbereich)
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	<p>Referenzbereich aus dem Jahr 2015 (Toleranzbereich).</p> <p>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.</p>
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017	-
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

Vergleichbar

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2017

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
16:O	Operation	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
17:O	Ist das kontralaterale Ovar noch vorhanden?	K	0 = nein 1 = ja	KONTRALATOVAR
22:O	postoperative Histologie	M	0 = nein 1 = ja	HISTOLJN
23:O	führender Befund	K	s. Anhang: HistolOpGyn	HISTOL
34: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 2017	Sentinel-Event
Referenzbereich 2016	Sentinel-Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	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 2017	-
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 Eigenanamnese (Entlassungsdiagnose: 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 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_GynOvarCARisiko UND NICHT ENTLDIAG EINSIN @ICD_GynTranssex UND HISTOLJN = 1 UND ALTER ZWISCHEN 11 UND 45
Verwendete Funktionen	fn_GynIsolierteAdnexeAblativBeidseitig
Verwendete Listen	@ICD_GynCAOvar @ICD_GynOvarCARisiko @ICD_GynTranssex @OPS_GynOvarOPAblativBeidseitig @OPS_GynOvarOPAblativLinks @OPS_GynOvarOPAblativRechts @OPS_GynOvarOPAblativZusatz @OPS_GynOvarOP_EX
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar

60685: Beidseitige Ovariektomien bei Patientinnen bis 45 Jahre und Ovar- oder Adnexeingriffen mit benigner Histologie

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2017

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
16:O	Operation	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
17:O	Ist das kontralaterale Ovar noch vorhanden?	K	0 = nein 1 = ja	KONTRALATOVAR
23:O	führender Befund	K	s. Anhang: HistolOpGyn	HISTOL
34: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	60685
Bewertungsart	Sentinel Event
Referenzbereich 2017	Sentinel-Event
Referenzbereich 2016	Indikator im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017	-
Methode der Risikoadjustierung	Stratifizierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Das dazugehörige Stratum wird durch den Qualitätsindikator 60686 abgebildet.
Rechenregel	<p>Zähler Patientinnen mit beidseitiger (Salpingo-)Ovariektomie</p> <p>Nenner Alle Patientinnen bis 45 Jahre mit Ovar- oder Adnexeingriffen (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 Eigenanamnese (Z85.3*) oder der Diagnose Transsexualismus (F64.0*).</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 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 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)	fn_GynIsolierteAdnexeAblativBeidseitigOhneZusatz
Nenner (Formel)	fn_Ovar_Adnexeingriffe UND Alter ZWISCHEN 11 UND 45
Verwendete Funktionen	fn_benignerAdnexBefund fn_GynIsolierteAdnexeAblativBeidseitigOhneZusatz fn_Ovar_Adnexeingriffe

Verwendete Listen	@ICD_GynCAOvar @ICD_GynOvarCARisiko @ICD_GynTranssex @OPS_GynAdnexeOPGesamt @OPS_GynOvarOPAblativBeidseitig @OPS_GynOvarOPAblativLinks @OPS_GynOvarOPAblativRechts @OPS_GynOvarOPGesamt @OPS_GynOvarOP_EX
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Indikator im Vorjahr nicht berechnet

60686: Beidseitige Ovariektomien bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahren und Ovar- oder Adnexeingriffen mit benigner Histologie

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2017

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
16:O	Operation	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
17:O	Ist das kontralaterale Ovar noch vorhanden?	K	0 = nein 1 = ja	KONTRALATOVAR
23:O	führender Befund	K	s. Anhang: HistolOpGyn	HISTOL
34: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	60686
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2017	≤ 44,45 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Referenzbereich 2016	Indikator im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017	-
Methode der Risikoadjustierung	Stratifizierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Das dazugehörige Stratum wird durch den Qualitätsindikator 60685 abgebildet.
Rechenregel	<p>Zähler Patientinnen mit beidseitiger (Salpingo-)Ovariektomie</p> <p>Nenner Alle Patientinnen im Alter ab 46 und bis 55 Jahren mit Ovar- oder Adnexeingriffen (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 Eigenanamnese (Z85.3*) oder der Diagnose Transsexualismus (F64.0*).</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 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 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)	fn_GynIsolierteAdnexeAblativBeidseitigOhneZusatz
Nenner (Formel)	fn_Ovar_Adnexeingriffe UND alter ZWISCHEN 46 UND 55
Verwendete Funktionen	fn_benignerAdnexBefund fn_GynIsolierteAdnexeAblativBeidseitigOhneZusatz fn_Ovar_Adnexeingriffe

Verwendete Listen	@ICD_GynCAOvar @ICD_GynOvarCARisiko @ICD_GynTranssex @OPS_GynAdnexeOPGesamt @OPS_GynOvarOPAblativBeidseitig @OPS_GynOvarOPAblativLinks @OPS_GynOvarOPAblativRechts @OPS_GynOvarOPGesamt @OPS_GynOvarOP_EX
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Indikator im Vorjahr nicht berechnet

612: Organerhaltung bei Ovareingriffen bei Patientinnen bis 45 Jahre

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

Hintergrund

Leitfrage: Geht ein organerhaltendes Vorgehen bei Ovareingriffen 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 und Garcea 1998, Nezhat et al. 1999, Nasioudis et al. 2017).

Noch dürrtiger 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, sechs 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.

Literatur

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

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

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

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

Nasioudis, D; Alevizakos, M; Holcomb, K; Witkin, SS (2017): Malignant and borderline epithelial ovarian tumors in the pediatric and adolescent population. *Maturitas* 96: 45-50. DOI: 10.1016/j.maturitas.2016.11.011. [Update Verfahrenspflege 06.11.2017, IQTiG].

Nezhat, CR; Kalyoncu, S; Nezhat, CH; Johnson, E; Berlanda, N; Nezhat, F (1999): Laparoscopic Management of Ovarian Dermoid Cysts: Ten Years' Experience. *JSL – Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons* 3(3): 179-184

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2017

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
16:O	Operation	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
23:O	führender Befund	K	s. Anhang: HistolOpGyn	HISTOL
34: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 2017	≥ 72,82 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)
Referenzbereich 2016	≥ 79,11 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	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 2017	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregel	<p>Zähler Patientinnen, bei denen alle Ovareingriffe organerhaltend durchgeführt wurden.</p> <p>Nenner Alle Patientinnen bis 45 Jahre mit Ovareingriff (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 Eigenanamnese (Entlassungsdiagnose: Z85.3*)</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>Zähler: Patientinnen zählen nur dann, wenn alle Ovareingriffe organerhaltend durchgeführt wurden. Ausgeschlossen sind Eingriffe, bei denen eine Entfernung des Ovars oder der Adnexe vorgenommen wurde (OPS: 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y*, 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 Ovareingriff (OPS: 5-65*) mit führendem benignen histologischen Befund bei einer Patientin dokumentiert, wird diese in der Grundgesamtheit berücksichtigt.</p>
Teildatensatzbezug	15/1:B
Zähler (Formel)	fn_OPOrganerhaltend
Nenner (Formel)	(fn_Ovareingriff UND NICHT ENTLDIAG EINSIN @ICD_GynCAOvar UND NICHT ENTLDIAG EINSIN @ICD_GynOvarCARisiko) UND (ALTER ZWISCHEN 11 UND 45)
Verwendete Funktionen	fn_AdnexOrganerhaltend fn_benignerAdnexBefund fn_OPOrganerhaltend fn_Ovareingriff
Verwendete Listen	@ICD_GynCAOvar @ICD_GynOvarCARisiko @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

Dieser Indikationsindikator mit dem Ziel die Anzahl von Patientinnen, deren Blasenentleerung 24 Stunden nach einem Ovar- oder Adnexeingriff noch mittels transurethralen Dauerkatheters assistiert erfolgt, so niedrig wie möglich zu halten, wurde als wichtiger Bestandteil der postoperativen Patientinnenversorgung im Jahr 2014 wiederaufgenommen.

Mit einer systematischen Recherche nach evidenzbasierten Leitlinien und systematischen Reviews hat das IQTIG den Hintergrund dieses Qualitätsindikators (QI) zum Erfassungsjahr 2017 aktualisiert. Details zur Literaturrecherche sind im Recherchebericht (IQTIG 2018) dargestellt, welcher unter verfahrenssupport (at) iqtig.org angefordert werden kann.

Die Recherche fokussierte auf Patientinnen mit einem gynäkologischen Eingriff im Allgemeinen und adressiert eine breitere Population in ihren Fragestellungen als beim bestehenden QI. Ausgehend von den inhaltlichen und methodischen Einschlusskriterien wurden keine nationalen bzw. internationalen Leitlinien, jedoch zwei systematische Reviews identifiziert, in denen die Fragestellungen untersucht wurden.

Die Ergebnisse des methodisch guten systematischen Reviews von Zhang et al. (2015) zeigen, dass Patientinnen mit einer sofortigen Blasenentleerung nach jeweils unterschiedlichen gynäkologischen Eingriffen ein geringeres Risiko für positive Urinkulturen sowie symptomatische Harnwegsinfektionen hatten, als Patientinnen, bei denen der Katheter verspätet, nach 12 bis 36 Stunden bzw. nach 12 bis 24 Stunden entfernt wurde. Bezogen auf das Auftreten von harnwegsinfektionsbedingtem, postoperativem Fieber zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen einer sofortigen und einer verzögerten Katheterentfernung nach 24 bis 36 Stunden.

In einem systematischen Review von Fattah und Santoso (2013) wurden ebenfalls verschiedene Zeitpunkte der Blasenentleerung nach der Durchführung von gynäkologischen Eingriffen (Vaginalprolaps und Hysterektomie) hinsichtlich des Outcomes ‚Harnwegsinfektion‘ untersucht. Die Ergebnisse aus vier, auf jeweils einer Studie basierenden Vergleichen zeigen, dass eine frühere Katheterentfernung mit geringeren postoperativen Harnwegsinfektionen einhergeht. Die methodische Qualität des systematischen Reviews wird allerdings als ungenügend bewertet.

Die Erkenntnisse aus der systematischen Recherche sind konsistent zu den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) des Robert Koch-Instituts. Dieses empfiehlt, einen Blasenverweilkatheter - unabhängig von der Population und Indikationsstellungen - so schnell wie möglich wieder zu entfernen (Martius et al. 2015). Als Grund wird hier angegeben, dass postoperative Harnwegsinfektionen (23,2 %) zu den häufigsten nosokomialen Infektionen in Deutschland gehören. Den zweithöchsten Anteil der nosokomialen Infektionen, nach den postoperativen Wundinfektionen (24,7 %) (Martius et al. 2015). Nosokomiale Harnwegsinfektionen stehen dabei in der Regel in Zusammenhang mit transurethralen Dauerkathetern, die eine Eintrittspforte für einen Erreger in die Harnröhre darstellen.

Die Ergebnisse der aktuellen Bundesauswertung 2016 unterstützen ebenfalls die Rechercheergebnisse. Gerade bei kleineren gynäkologischen Eingriffen, wie z. B. bei alleinigen Ovar- und Adnexeingriffen, ist eine lange postoperative Liegedauer eines transurethralen Dauerkatheters nicht indiziert. Zugleich zeigen die Daten des Erfassungsjahrs 2016, dass bei 7.545 von 108.563 Patientinnen mit einem organerhaltenden Adnexeingriff und benignen histologischen Befund eine assistierte Blasenentleerung länger als 24 Stunden durchgeführt wurde (6,95%). Davon erfolgte die Blasenentleerung bei 91,94 % der Patientinnen (6.937 von 7.545) mittels eines transurethralen Dauerkatheters. Bei den ablativen Adnexeingriffen mit benignem histologischen Befund wurde bei 11,4 % der operierten Patientinnen (9.231 von 83.591 Patientinnen) eine assistierte Blasenentleerung länger als 24 Stunden durchgeführt. Bei 92,21 % der Patientinnen (8.512 von 9.231 Patientinnen) geschah dieses über einen transurethralen Dauerkatheter (IQTIG 2016).

Literatur

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

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2016): Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien). Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2016. Qualitätsindikatoren. Stand: 12.07.2017. Berlin: IQTIG. URL: https://www.iqtig.org/downloads/ergebnisse/bundesauswertung/2016/indirekte_verfahren/QSKH_15n1-GYN-OP_2016_BUAW_V02_2017-07-12.pdf (abgerufen am: 15.01.2018).

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

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

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2017

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

Berechnung

QI-ID	52283
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2017	≤ 5,59 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Referenzbereich 2016	≤ 6,85 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017	-
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. Ausgeschlossen werden Patientinnen mit bösartigen Neubildungen der Genitalorgane (Entlassungsdiagnose: C51*, C52*, C53*, C54*, C55*, C56*, C57*, C58*). Ebenfalls nicht berücksichtigt werden Ovar- oder Adnexeingriffe mit gleichzeitiger Erfassung von Hysterektomie / Exenteration des kleinen Beckens, zusätzlicher Plastiken, inkontinenzchirurgischen Eingriffen, gleichzeitiger Operation der Harnblase (OPS 5-57*) oder mit führendem malignen Befund (Schlüssel Histologie: 11, 22, 23, 24, 31).</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>Nenner: Es werden Patientinnen mit Ovar- oder Adnexeingriff (5-65*, 5-66*) berücksichtigt. Ausgeschlossen werden Patientinnen mit einem ICD-Kode zu bösartigen Neubildungen der weiblichen Genitalorgane als Entlassungsdiagnose (C51*, C52*, C53*, C54*, C55*, C56*, C57*, C58*). Ebenfalls nicht berücksichtigt werden Ovar- oder Adnexeingriffe mit gleichzeitiger Erfassung von Hysterektomie/Exenteration des kleinen Beckens (5-682*, 5-683*, 5-684*, 5-685*, 5-686*, 5-687*), zusätzlicher Plastiken, inkontinenzchirurgischen Eingriffen (5-592*, 5-593*, 5-594*, 5-595*, 5596*, 5-704*), gleichzeitiger Operationen an der Harnblase (OPS: 5-57*) oder mit führendem histologischer Befund: „Adnexe: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive“ oder „Carcinoma in situ“, „invasives Karzinom Ia“, „invasives Karzinom > Ia“ der Cervix uteri oder „Corpus uteri: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive“.</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	Eingeschränkt 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_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_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_GynOvarCARisiko	ICD	Risikofaktoren für Bösartige Neubildungen	Z40.00%, Z40.01%, Z85.3%
@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%
@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-

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			<p>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%, 5-683.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-</p>

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			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. Adhäsionslysen)	5-651.8%, 5-651.9%, 5-652%, 5-653%, 5-659%
@OPS_GynOvarOPAbativ	OPS	Isolierter ablativer Ovaryeingriff	5-652.4%, 5-652.6%, 5-652.y%, 5-653%
@OPS_GynOvarOPAbativBeidseitig	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_GynOvarOPAbativLinks	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_GynOvarOPAbativRechts	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_GynOvarOPAbativZusatz	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%
@OPS_GYN_Adhaesioolyse	OPS	Adhäsionslyse 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%

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
@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_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	// Berechnetes Feld fn_GYNScore_51906 PROZEDUR GYNScore_51906; VAR // definiere Summationsvariable log_odds log_odds = 0;

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
			<pre> { // Konstante log_odds := log_odds + 1 * -6.149548006925628; // Alter im 2. Quintil der Altersverteilung: 30 bis unter 38 Jahre log_odds := log_odds + AnzahlWAHR(alter > 29 UND alter <= 37) * 0.528851771378460; // Alter im 3. Quintil der Altersverteilung: 38 bis unter 46 Jahre log_odds := log_odds + AnzahlWAHR(alter > 37 UND alter <= 45) * 0.722354349553227; // Alter im 4. Quintil der Altersverteilung: 46 bis unter 54 Jahre log_odds := log_odds + AnzahlWAHR(alter > 45 UND alter <= 53) * 0.628967530676940; // Alter im 5. Quintil der Altersverteilung: ab 54 Jahre log_odds := log_odds + AnzahlWAHR(alter > 53) * 0.940297799409091; // ASA-Klassifikation 3 oder 4 oder 5 log_odds := log_odds + AnzahlWAHR(ASA IN (3,4,5)) * 0.295936138109464; // Adhäsiolysen log_odds := log_odds + AnzahlWAHR(OPSCHLUESSEL EINSIN @OPS_GYN_Adhaesiolyse) * 0.610755180650604; // Endometriose log_odds := log_odds + AnzahlWAHR(ENTLDIAG EINSIN @ICD_GynEndometriose_Darm_Uterus_Septum) * 0.272558084744525; // Exzision log_odds := log_odds + AnzahlWAHR(OPSCHLUESSEL EINSIN @OPS_GYN_Exzision) * -0.580980577888609; // Voroperation im OP-Gebiet log_odds := log_odds + AnzahlWAHR(VOROPGLEICH = 1) * 0.700627133290124; </pre>

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
			<pre>// Berechnung des Risikos aus der Summationsvariable log_odds ERGEBNIS := Exponential(log_odds) / (1 + Exponential(log_odds)) * 100; }</pre>
fn_IstErsteOP	boolean	OP ist die erste OP	LFDNREINGRIFF = fn_MinLfdNrEingriff
fn_keinePostOPHistologie	boolean	Histologie fehlt für alle durchgeführten Eingriffe	ErsterWert(Maximum((_B (fn_GynIsolierteAdnexe = Wahr)):HISTOLJN) = 0, Falsch)
fn_MinLfdNrEingriff	integer	Minimum des Feldes LFDNREINGRIFF gruppiert nach Basisdatensatz; Der Eintrag erfolgt für jeden Datensatz	Minimum(_B:LFDNREINGRIFF)
fn_OPOrganerhaltend	boolean	Mindestens ein Eingriff ist ein Ovareingriff und alle durchgeführten Ovareingriffe sind organerhaltend.	(_B (fn_Ovareingriff = Wahr))->RecordCount > 0 UND ((_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
fn_Ovar_Adnexeingriffe	boolean	Ovar- und Adnexeingriffe	<pre>(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_GynOvarCARisiko) UND NICHT ENTLDIAG EINSIN @ICD_GynTranssex</pre>

Anhang IV: Historie der Qualitätsindikatoren

Aktuelle Qualitätsindikatoren 2017

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	Ja	Ja	Eingeschränkt vergleichbar	Die Regressionskoeffizienten wurden laut plan. QI-Richtlinie übernommen.
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung	Nein	Nein	Vergleichbar	-
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	Nein	Nein	Vergleichbar	-
52535	Beidseitige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund bei Patientinnen bis 45 Jahre	Nein	Ja	Eingeschränkt vergleichbar	Nenner: Kein Ausschluss mehr von Patientinnen mit der Diagnose „Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] in der Familienanamnese“ (ICD-Kode Z80.3).
60685 (NEU)	Beidseitige Ovariectomien bei Patientinnen bis 45 Jahre und Ovar- oder Adnexeingriffen mit benigner Histologie	-	-	Indikator im Vorjahr nicht berechnet	-
60686 (NEU)	Beidseitige Ovariectomien bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahren und Ovar- oder Adnexeingriffen mit benigner Histologie	-	-	Indikator im Vorjahr nicht berechnet	-
612	Organerhaltung bei Ovareingriffen bei Patientinnen bis 45 Jahre	Nein	Ja	Eingeschränkt vergleichbar	Nenner: Kein Ausschluss mehr von Patientinnen mit der Diagnose „Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] in der Familienanamnese“ (ICD-Kode Z80.3). Zudem werden zukünftig Patientinnen bis zu einem Alter von 45 Jahren eingeschlossen (bisher: 40 Jahre).
52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	Nein	Ja	Eingeschränkt vergleichbar	Nenner: Ausschluss von Patientinnen mit vaginaler Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik (OPS-Kode 5-704*) (bisher nur Ausschluss des Kodes 5-704.0*).

2016 zusätzlich berechnete Qualitätsindikatoren

QI-ID	QI-Bezeichnung	Begründung für Streichung
51418	Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation	Aufgrund stabil guter Bundesergebnisse im Verlauf der letzten Jahre kann für diesen Qualitätsindikator kein Qualitätsdefizit mehr festgestellt werden.
51907	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund	Der nach wie vor gesehene Handlungsbedarf bezieht sich auf eine Verbesserung der Datenvalidität zur Dokumentation des histologischen Befundes. Aus diesem Grund wird der Qualitätsindikator zukünftig über ein Auffälligkeitskriterium im Rahmen der Datenvalidierung abgebildet.
60676	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an beidseitigen Ovariectomien bei Ovar- oder Adnexeingriffen mit benigner Histologie	Der Indikator wird ersetzt durch die beiden neuen Indikatoren „Beidseitige Ovariectomien bei Patientinnen bis 45 Jahre und Ovar- oder Adnexeingriffen mit benigner Histologie“ und „Beidseitige Ovariectomien bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahren und Ovar- oder Adnexeingriffen mit benigner Histologie.“