

Medical outcome: Ergebnisse der Chirurgie KSM von 2000 bis 2005

Operation	Anzahl	Hospitalisationsdauer		Komplikationen		Mortalität	
		KSM	Benchmark	KSM	Benchmark	KSM	Benchmark
Schilddrüsenoperationen	196	3,9 _± 2,2 Tage	1,9 – 3,3 Tage (5)	Recurrens 3,6%	1,2-3% (3,4)	0%	0% (3,4)
Leberresektionen	36	11,0 _± 7,5 Tage	10 Tage (6)	25%	33% (6)	5,5%	4% (6)
Pankreasresektionen	59	14 _± 7 Tage	13-18 Tage (8)	24%	32% (7)	3,4%	3,3-4,6% (1,2)
Oesophagusresektionen	27	15,4 _± 9,3 Tage	24 Tage (9)	33%	36% (9)	3,7%	8-9,2% (1,9)
Magenresektionen	60	14,2 _± 7,2 Tage	18 Tage (10)	23%	24,5% (11)	3,3%	0,8-8,2% (10,11)
Rektumresektionen	223	11,9 _± 7,1 Tage	8-10 Tage* (14)	22%	15-32% (13,15)	2,7%	1,8-3% (12,15)
Rektumamputationen	22	17,0 _± 13,5% Tage	9 Tage* (14)	36%	19% (16)	0%	0% (12)
Lungenresektionen	139	9,7 _± 6,3 Tage	6 (17)	20%	38% (17)	0,7%	2-5% (1,17)

Inhalt der Tabelle

Dargestellt sind die medizinischen Resultate pro Eingriff über den Zeitraum 2000 bis 2005. Sie sind deshalb statistisch aussagekräftig. Es handelt sich bei diesen Operation um relativ schwere und langwierige Eingriffe mit entsprechenden Risiken. Interessant und relevant sind für Patientinnen und Patienten besonders die Komplikationsraten und Mortalitätsdaten im internationalen Vergleich mit sogenannten High-Volume-Zentren, also mit bestmöglichen Ergebnissen. Die obigen Resultate in der Spital Thurgau AG wurden dabei von einem externen, nicht beteiligten Auditor erhoben.

Alle Vergleichsquellen (Benchmark) werden neuere Studien aus der internationalen Fachliteratur herangezogen, sie sind unten aufgelistet.

Kommentar

Die Resultate der Tabelle zeigen, daß die outcome-Qualität in der Chirurgie insgesamt über dem internationalen Standard in High-Volume-Zentren mit besten Voraussetzungen liegt. Dies gilt insbesondere für die besonders wichtigen Komplikationsraten.

Selbstverständlich freuen wir uns über diese nachhaltig gute Qualität im internationalen Vergleich mit großen Zentren. Unsere Mitarbeitenden, insbesondere die Ärzte, können damit zeigen, was sie zu leisten vermögen. Es bleibt aber darauf hinzuweisen, daß jeder Eingriff dieser Komplexität ein individueller Fall ist, Garantien gibt es leider keine.

Zitierte Benchmark-Studien

- 1 Birkmeyer JD, Stukel TA, Siewers AE et al: Surgeon volume and operative mortality in the United States. NEJM 2003; 349: 2117
- 2 Ho V, Heslin MJ: Effect of hospital volume and experience on in-hospital mortality for pnareaticoduodenectomy. Ann Surg 2005; 237: 509
- 3 Ozbas S, Kocak S, Aydintug S et al: Comparison of the complications of subtotal, near total and total thyroidectomy in the surgical management of multinodular goitre. Endocr J 2005; 52: 199
- 4 Gemsenjäger E, Valko P, Schweizer I: Basedow disease. From subtotal to total thyroidectomy. Schweiz Rundsch Med Prax 2002; 91: 206
- 5 Ramanujam LN, Cheah WK: Improvements in health care for patients undergoing thyroidectomy. Asian J Surg 2005; 28: 266
- 6 Schemmer P, Friess H, Hinz U et al: Stapler Hepatectomy is a safe dissection technique: analysis of 300 patients. World J Surg 2006; 30: 419
- 7 Buechler MW, Wagner M, Schmied BM et al: Changes in morbidity after pancreatic resection: toward the end of completion pancreatectomy. Arch Surg 2003; 138: 1310
- 8 Halloran CM, Ghaneh P, Bosonnet L et al: Complications of pancreatic cancer resection. Dig Surg 2002; 19: 138
- 9 Huttli TP, Wichmann MW, Geiger TK et al: Techniques and results of esophageal cancer surgery in Germany. Langenbecks Arch Surg 2002; 387: 125
- 10 Lauritsen M, Bendixen A, Jensen LS et al: Gastric resection for cancer in Denmark 1999-2004. Ugeskr Laeger 2005; 167: 3048
- 11 Kodera Y, Sasako M, Yamamoto S et al: Identification of risk factors for the development of complications following extended and superextended lymphadenectomies for gastric cancer. Br J Surg 2005; 92: 1103
- 12 Ulrich A, Schmidt J, Weitz J et al: Total mesorectal excision: the Heidelberg results after TME. Recent Results Cancer Res 2005; 165: 112
- 13 Bolognese A, Cardi M, Muttillio IA et al: Total mesorectal excision for surgical treatment of rectal cancer. J Surg Oncol 2000; 74: 21
- 14 Schwenk W, Neudecker J, Raue W et al: "Fast Track" rehabilitation after rectal cancer resection. Int J Colorectal Dis 2005; 9: 1
- 15 Law WL, Chu KW : Anterior resection for rectal cancer with mesorectal excision : a prospective evaluation of 622 patients. Ann Surg 2004; 240: 260