Qualitätssicherung in der Chirurgie – was leisten IT-gestützte klinische Behandlungspfade?

Sven Richter, Peter Jacob, Jochen Schuld, Martin K. Schilling

Klinik für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar

Computertomographie des Abdomens vom 18.02.09:

Nach oraler Kontrastierung des Gastrointestinaltraktes Akquisition eines kontrastgestützten Spiraldatensatzes von Höhe des Zwerchfellrandes bis zum Beckenboden. Auswertung und Nachbearbeitung der Daten mittels Workstation.

Klinik: Narbenhernie nach Y-Prothesenersatz 7/08 bei Z. n. Bauchaortenaneurysma.

Zusammenfassende Beurteilung:

- 1. Im Verlauf der mutmaßlichen Laparatomienarbe zeigt sich eine langstreckige hochgradige Ausdünnung der vorderen Bauchwand. Die dorsal hieran angrenzenden Anteilen von Dünn- und Dickdarm wölben sich weit nach ventral vor, wobei die vordere Bauchwand hier partiell nur noch durch einen ganz zarten subcutanen Saum von der Cutis zu separieren ist. Eine eindeutige Bruchpforte lässt sich nicht sichern.
- 2. Regelhafte Dartellung der parenchymatösen Oberbauchorgane ohne Anhalt für einen entzündlichen Prozess oder eine tumoröse Raumforderung.
- 3. Soweit methodisch beurteilbar kein wandüberschreitender Darmprozess.
- 4. Kein lymhomverdächtiges Gewebe. Kein Aszites.
- Gut entfaltete, glatt berandete Harnblase mit homogener Binnenstruktur. Altersgemäße Abbildung von Prostata und Samenblasen.
- 6. Bekannte Y-Prothese der Prostata. Kräftige, teils circuläre Angiosklerose. Teils fortgeschrittene Wirbelsäulendegenerationen.

Die Aufnahmen wurden mitgegeben.

Mit freundlichen Grüßen

Computertomographie des Abdomens vom 18.02.09:

Nach oraler Kontrastierung des Gastrointestinaltraktes Akquisition eines kontrastgestützten Spiraldatensatzes von Höhe des Zwerchfellrandes bis zum Beckenboden.

Auswertung und Nachbearbeitung der Daten mittels Workstation.

Klinik: Narbenhernie nach Y-Prothesenersatz 7/08 bei Z. n. Bauch

Zusammenfassende Beurteilung:

- Im Verlauf der mutmaßlichen Laparate ge Ausdünnung der vorderen Bauch Dünn- und Dickdarm wölben si hier partiell nur noch durch rieren ist. Eine eindeutig
- 2. Regelhafte Dart Oberbauchorgane ohne Anhalt für einen entzündlicher Raumforderung.

streckige hochgradi-

renzenden Anteilen von

bei die vordere Bauchwand

n Saum von der Cutis zu sepa-

sichern.

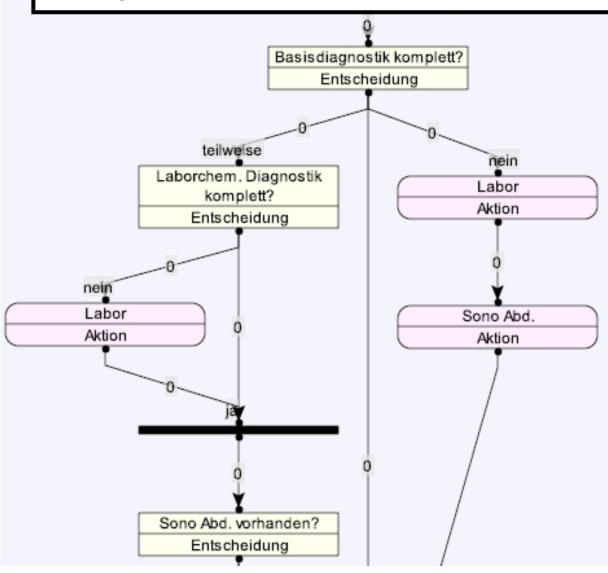
- 3. Sowe: wandüberschreitender Darmprozess.
- 4. Kein i) aewebe. Kein Aszites.
- 5. Gut entfa Abbildung vorstata und Samenblasen.
- 6. Bekannte Y-Prothese der Prostata. Kräftige, teils circuläre Angiosklerose. Teils fortgeschrittene Wirbelsäulendegenerationen.

Die Aufnahmen wurden mitgegeben.

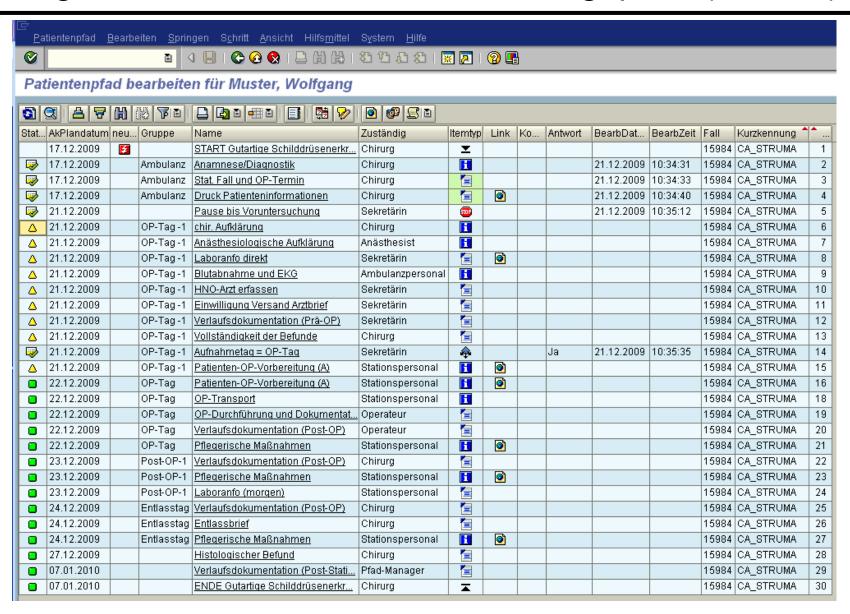
Mit freundlichen Grüßen

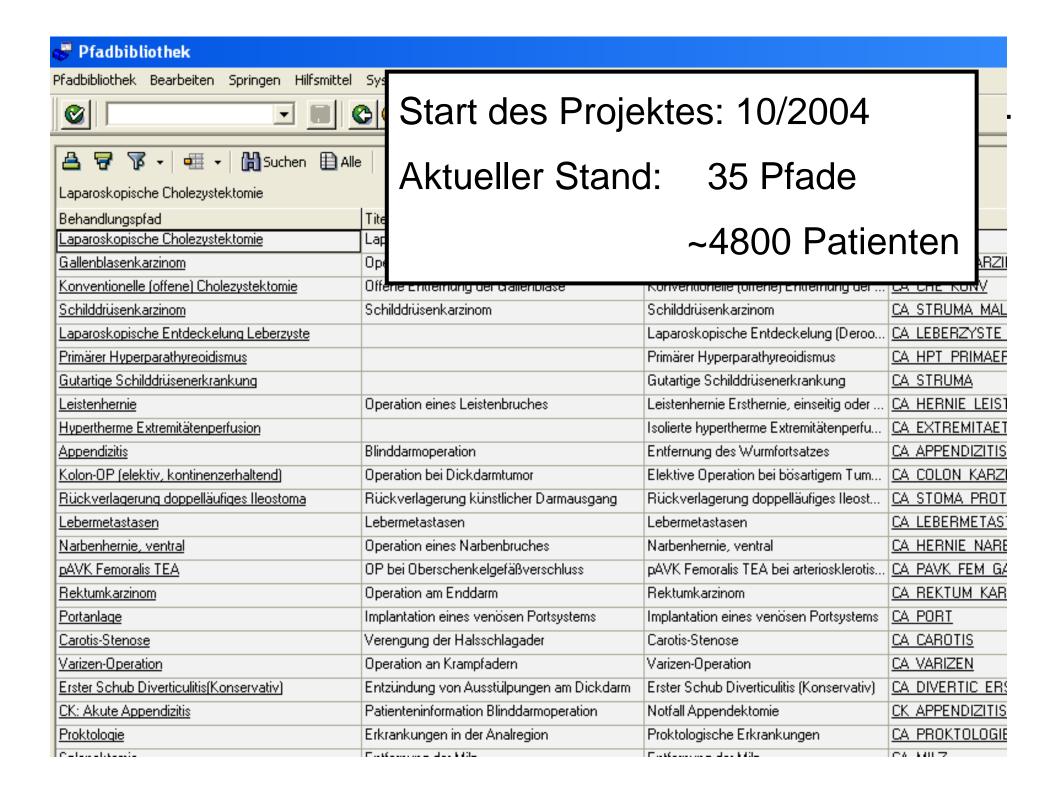


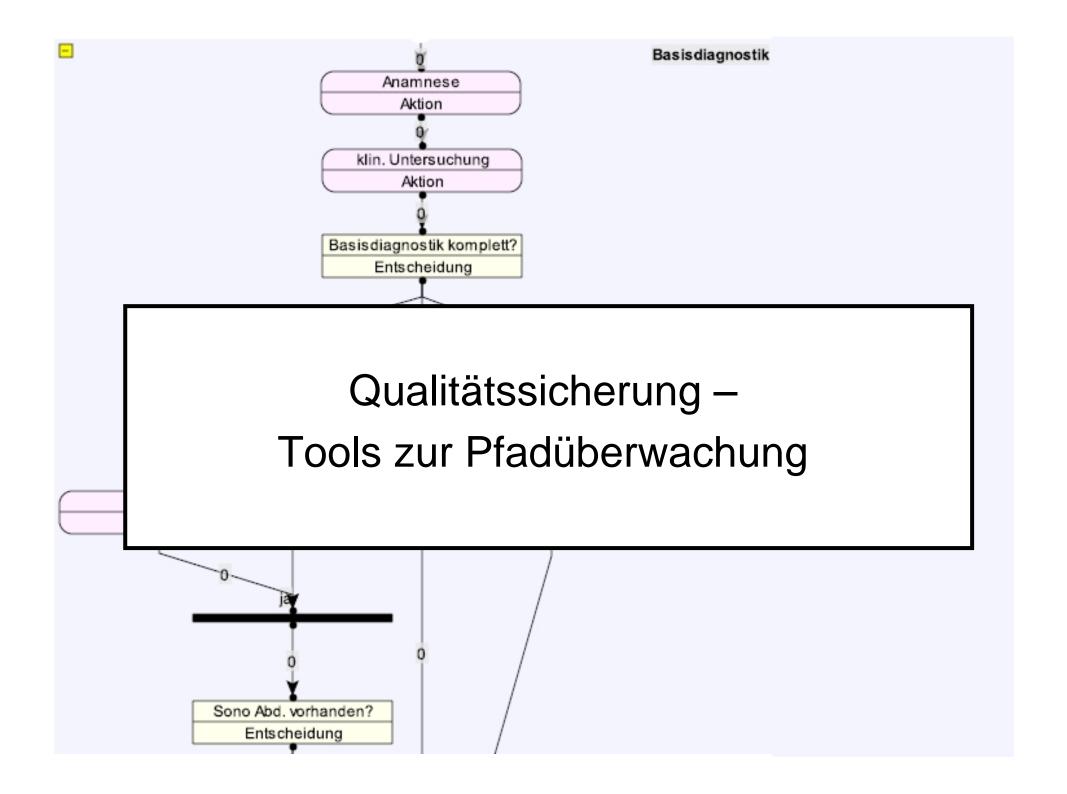
IT-gestützter Klinischer Behandlungspfad (in SAP)

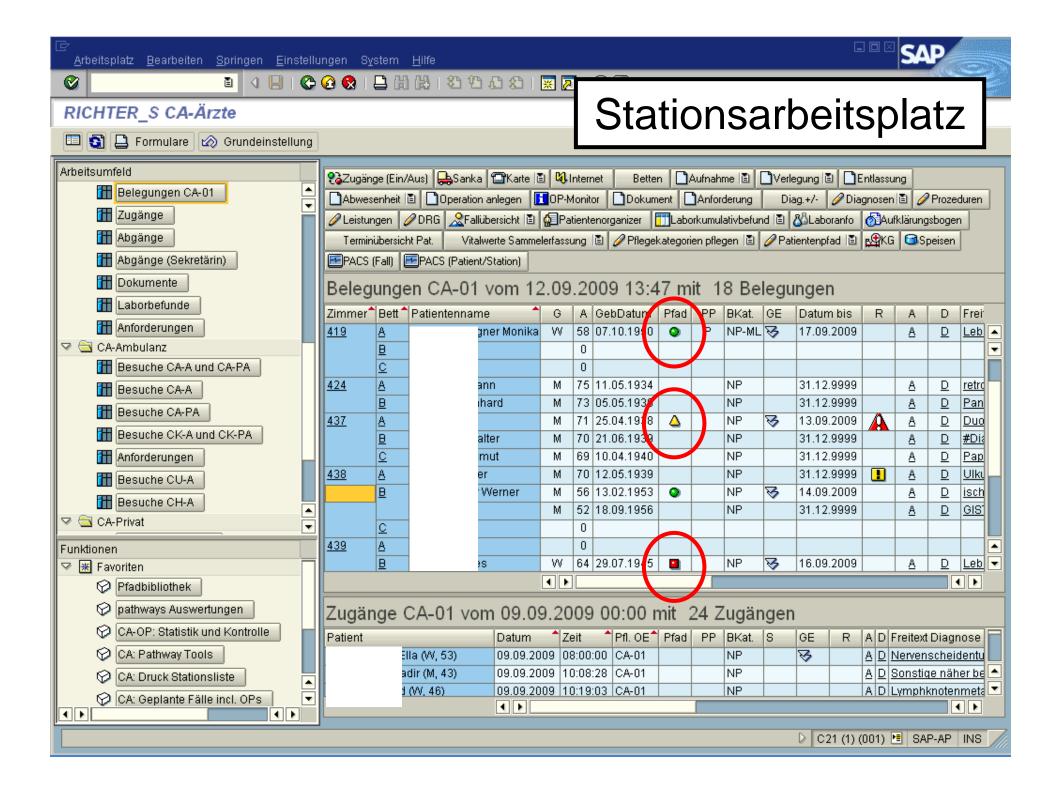


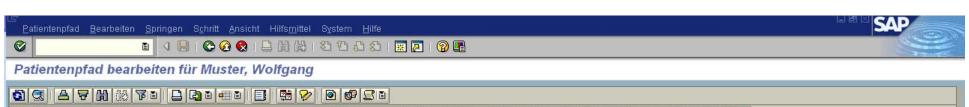
IT-gestützter Klinischer Behandlungspfad (in SAP)







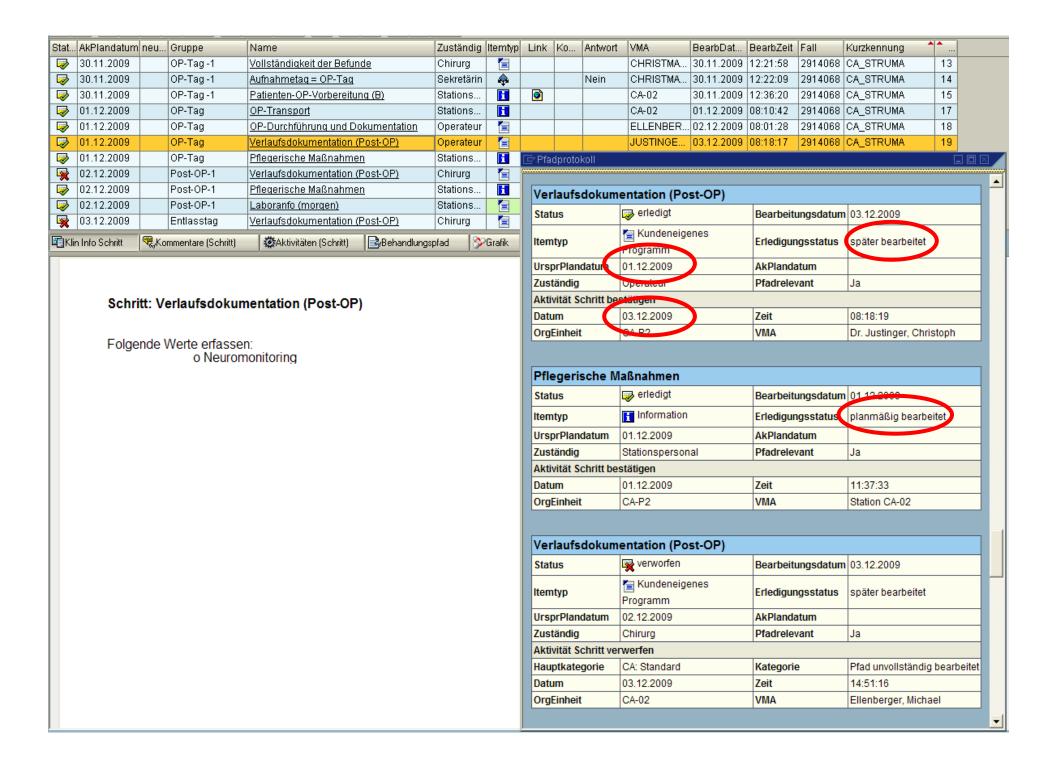


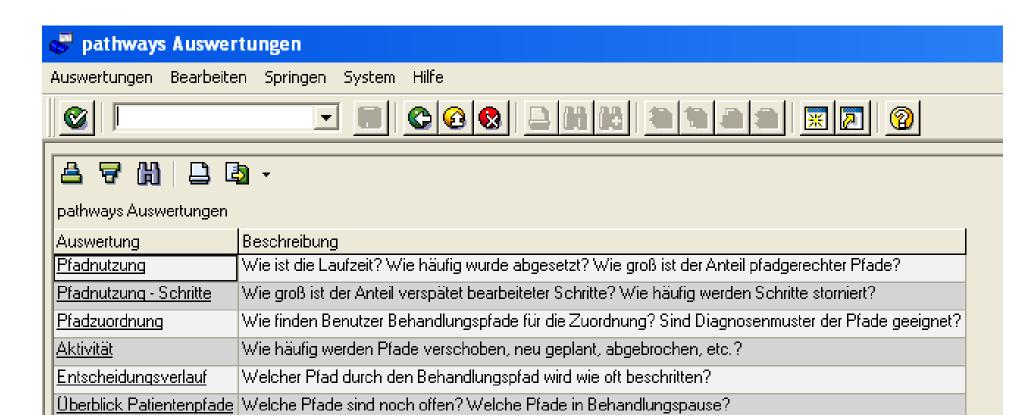




Schritt: Pflegerische Maßnahmen

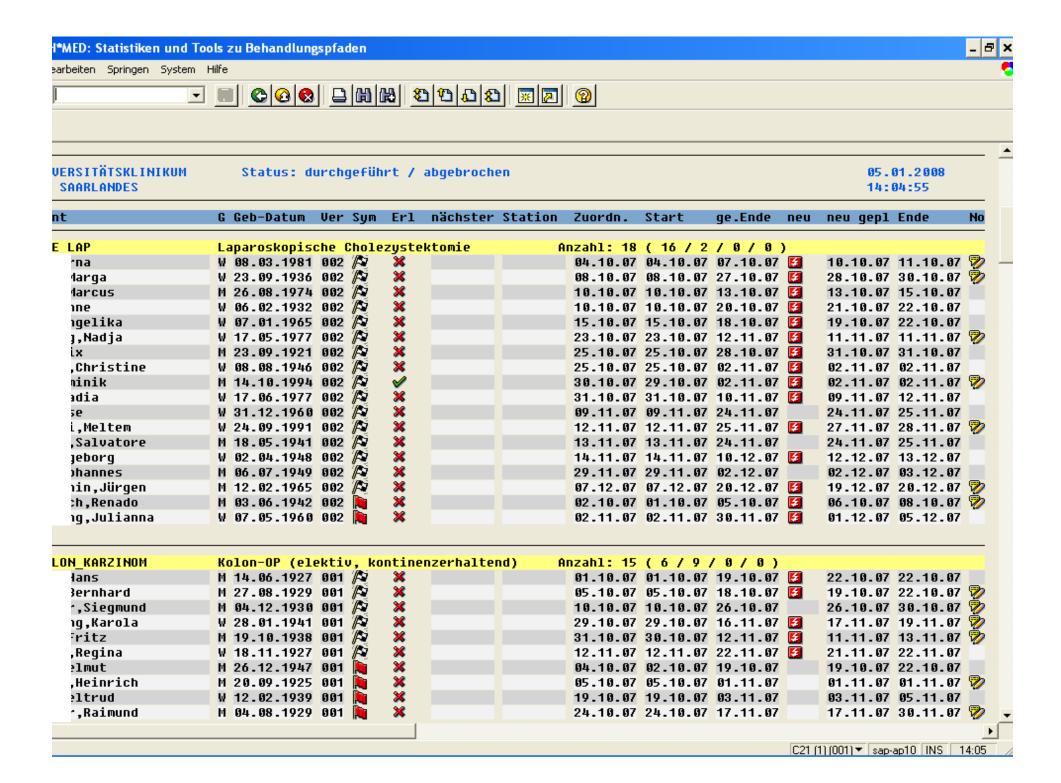
- o Schmerzmittelgabe: bei Bedarf 3 x 1 Tbl. (50 mg) Diclofenac plus 40 mg Pantoprazol als Magenschutz
- o Einen i.v. Zugang (Braunüle) belassen, mit Mandrin abstöpseln
- o 3x1 Calciumbrause-Tabletté 500 mg
- o 2x1 Rocaltrol 0,25 µg
- o Bei Kribbelparästhesien Calcium Glukonat i.v. (max. 15 mg
- Calcium/kg KG/h), erneute Ca-Kontrolle nach 4-6 h
- o Thromboseprophylaxe mit NMH (Niedrigrisikoeingriff)
- (http://ca/Klinische_Pfade/Thromboseprophylaxe.htm#NR)
- o Wundkontrolle, Verbandswechsel
- o Drainagen entfernen
- o Kostaufbau: Vollkost
- o Weiterführen der vorbestehenden Medikation
- o Vollmobilisation

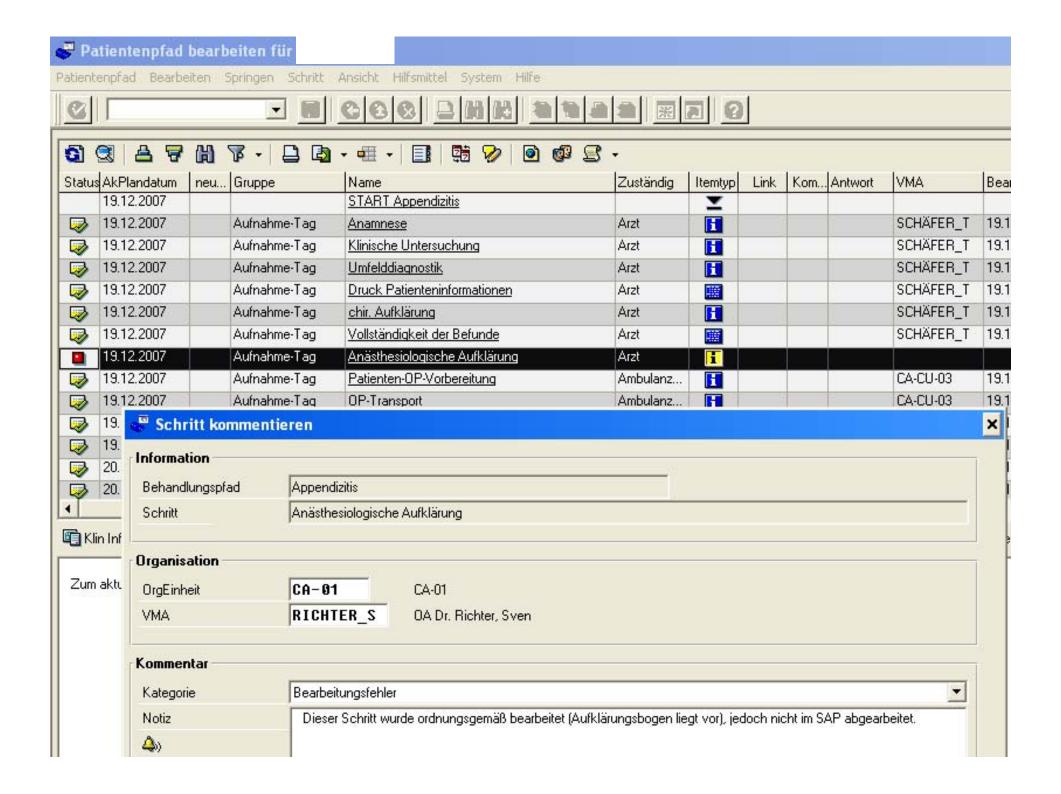


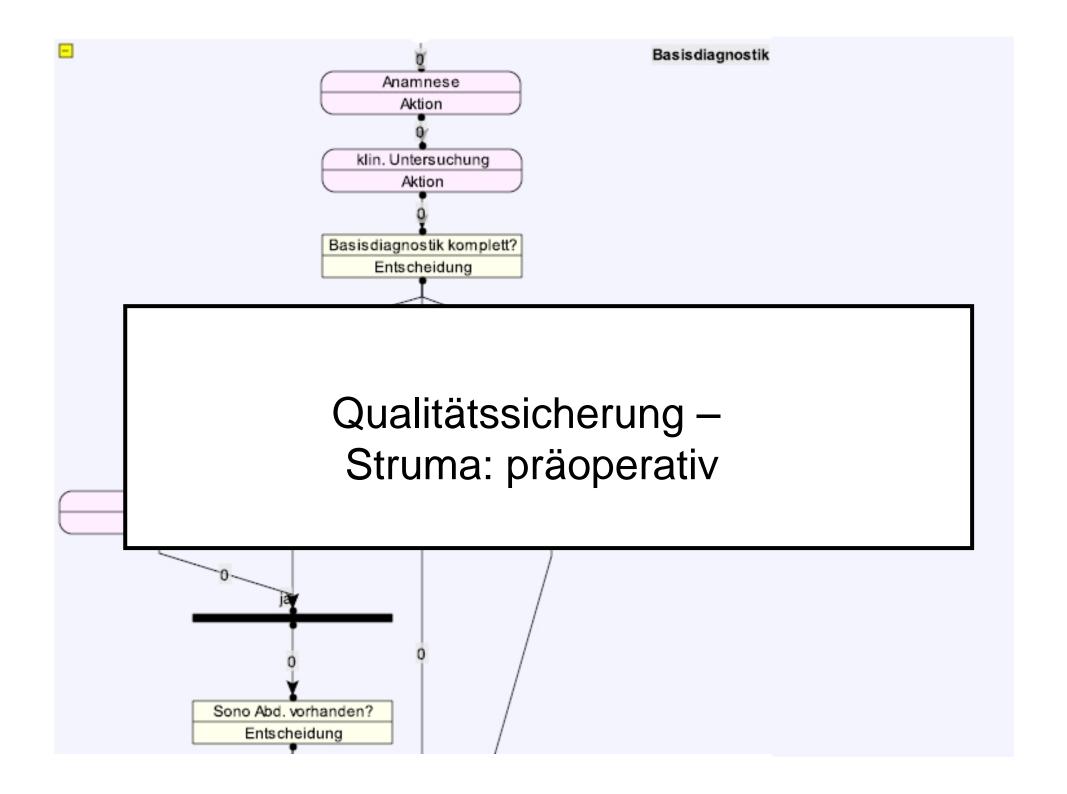


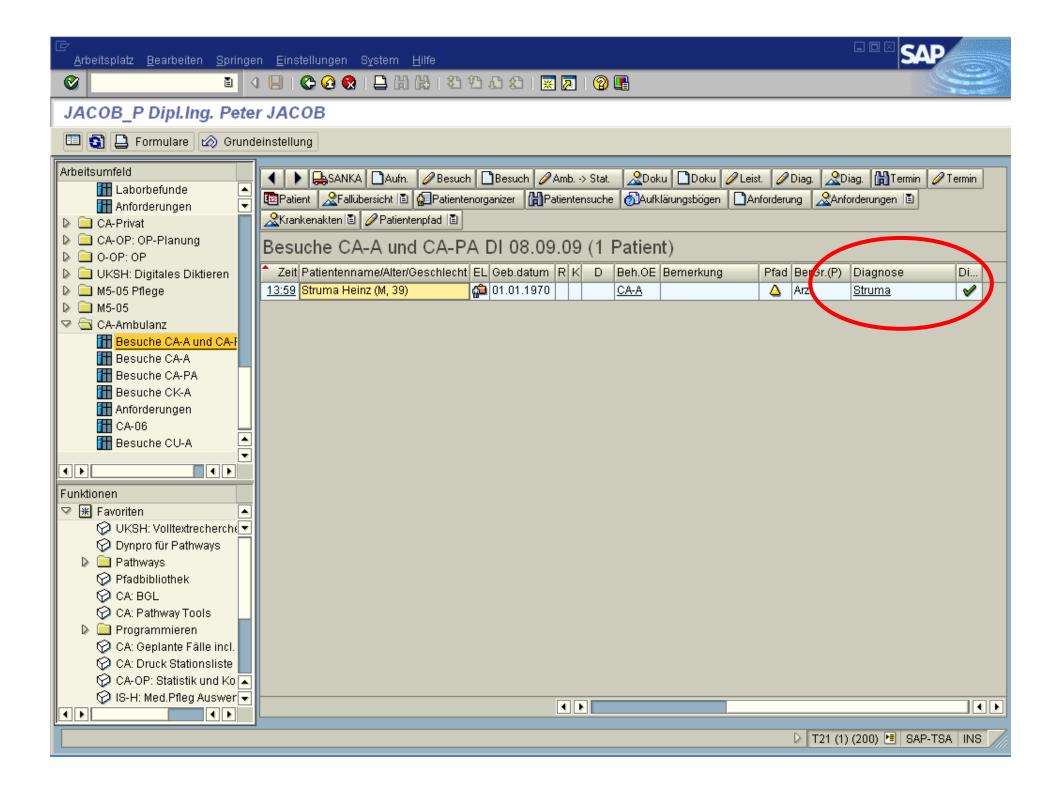
Controlling

pathways: Auswertung Pfadzuordnung Auswertung Bearbeiten Springen System Hilfe **Ø** Gruppierung Aggregation Spalten ▼ | Behandlungspfad AnzGesamt AnzVorschi AnzAlle AnzSuche AnzSystem %Vorschlag % Alle % Suchen % System Behandlungspfad CA APPENDIZITIS:Appendizitis 68.3 82 56 26.8 4,9 0.0 45,7 CA BAA:Bauchaortenaneurysma 116 54 53 46,6 7,8 0,0 CA CAROTIS:Carotis-Stenose 9.8 26.8 41 26 4 0 11 63.4 0.0 CA_CHE_KONV:Konventionelle (offene) Cholezystektomie 2 28 4.9 0.0 68,3 41 11 26,8 CA CHE LAP:Laparoskopische Cholezystektomie 323 84 36 203 0,0 62,8 26.0 11.1 CA_COLON_KARZINOM:Kolon-OP (elektiv, kontinenzerhaltend) 22 78 30.6 54,2 144 44 15.3 0,0 CA_DIVERTIC_ERST:Erster Schub Diverticulitis(Konservativ) 9 6 1 66,7 22,2 0,0 11,1 0.0 CA_DIVERTIC_NOTFALL:Sigmadivertikulitis - Notfall 3 2 Π 33,3 66,7 0,0 CA_DIVERTIC_OP:Sigmadivertikulitis - OP-Pfad 0.0 100.0 0 n 0.0 0.0 CA_EXTREMITAETENPERF: Hypertherme Extremitätenperfusion 23 13 26.1 56.5 6 17.4 0.0 CA GALLE KARZINOM:Gallenblasenkarzinom 17 6 0 11 35,3 0,0 0.0 64,7 CA_HERNIE_BAUCHWAND: Nabel- und epigastrische Hernie 0,0 6 0 85,7 14,3 0,0 CA_HERNIE_LEISTE:Leistenhernie 345 92 34 219 26,7 9,9 0,0 63,5 CA_HERNIE_NARBE:Narbenhernie, ventral 161 8 72 50.3 5.0 0.0 44,7 81 CA_HPT_PRIMAER:Primärer Hyperparathyreoidismus 44 14 26 31.8 9.1 0,0 59,1 4 CA LEBERMETASTASEN:Lebermetastasen 45,2 126 54 15 57 42.9 11.9 0,0 CA_LEBERZYSTE_LAP:Laparoskopische Entdeckelung Leberzyste 44.4 22.2 0.0 33,3 CA MILZ:Splenektomie 7 3 Π 42.9 57,1 0.0 0.0 CA_PANKREASKOPF_CA:Pankreaskopfkarzinom 50 1 47 4.0 2.0 0,0 94,0 39 0.0 CA_PANKREASKOPF_RES:Pankreaskopfresektion 52 13 0 75.0 25.0 0,0 CA_PAVK_FEM_GABEL:pAVK Femoralis TEA 25 36,7 12,2 0.0 51,0 49 18 CA PORT:Port 140 100 40 0,0 71,4 0,0 28,6 0 CA_PROKTOLOGIE:Proktologie 80 51 29 0 0 63,8 36.3 0,0 0,0













Patientenpfad bearbeiten für Muster, Wolfgang



Klinische Untersuchung (Einteilung der Struma Grad I-III)

OP-Indikationen:

- o Malignitätsverdacht: solitärer solider kalter Knoten
 - sonographisch malignitätsverdächtige Knotenstruma
 - verdächtige oder kanzeröse Zytologie
- o Symptomatische Struma: Dysphagie, Dyspnoe, Stridor, obere
- Einflussstauung, kosmetische Gründe
- o Retrosternale Struma
- o Jede Form von Hyperthyreose (nach Vorbehandlung und nach

Aufklärung über die inferiore Möglichkeit der Radiojodtherapie)

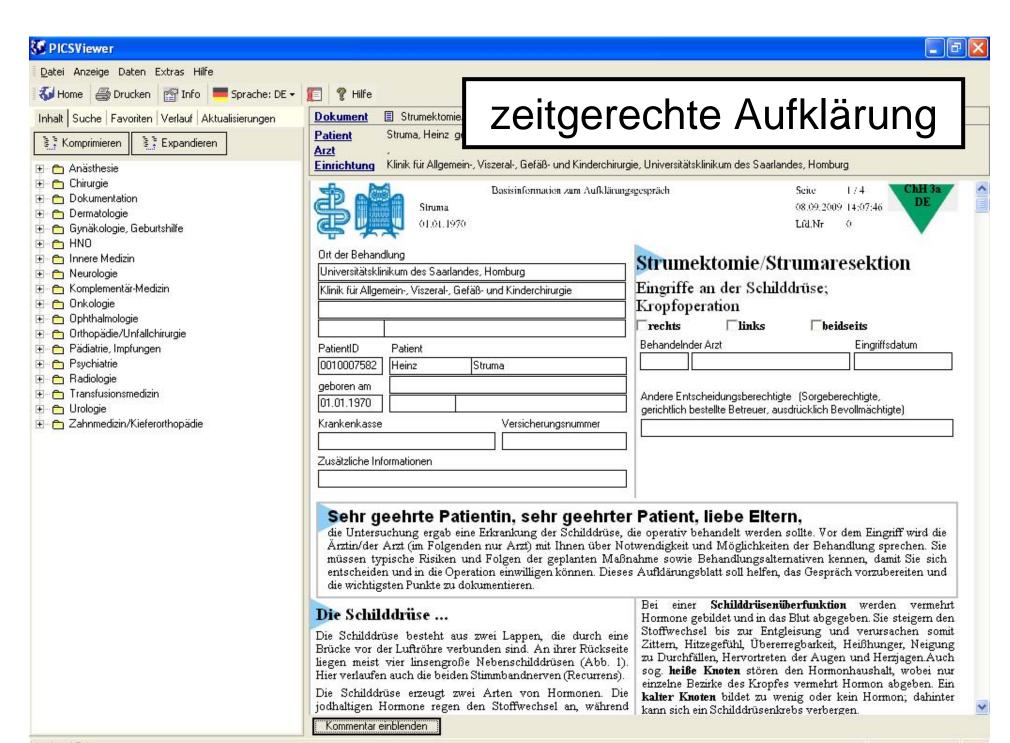
OP-Kontraindikationen

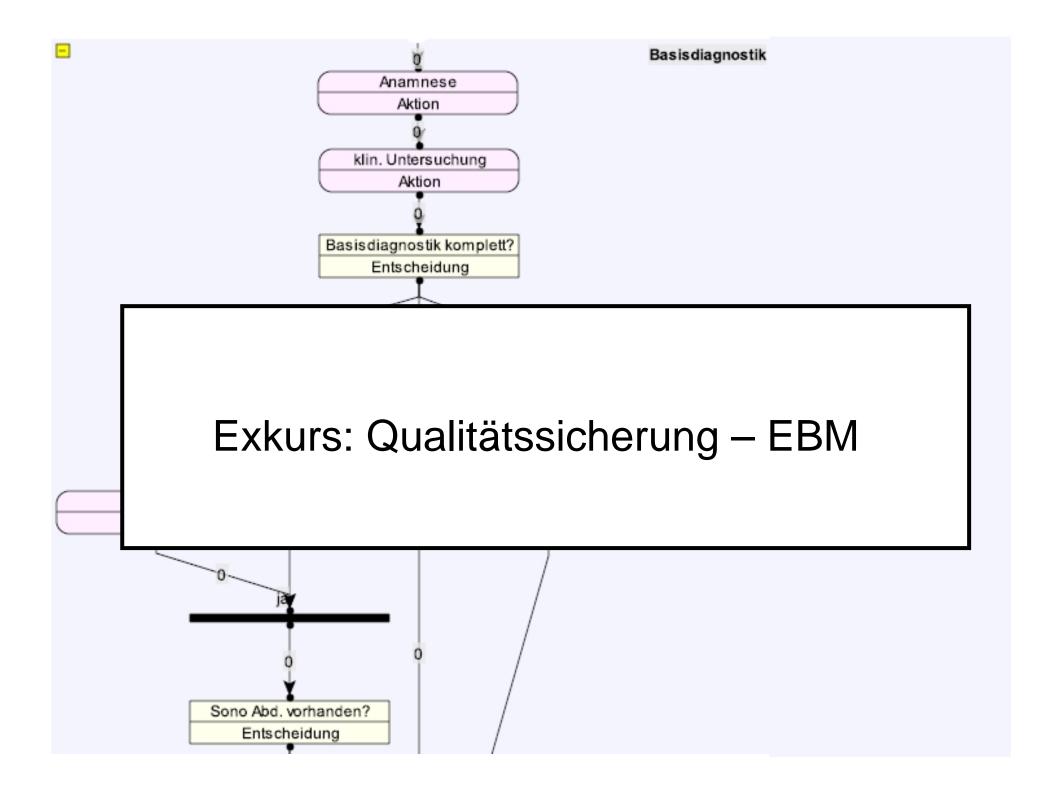
bei "peripherer" Hyperthyreose: fT3 und/oder fT4 > Norm (präoperative thyreostatische Therapie notwendig!)

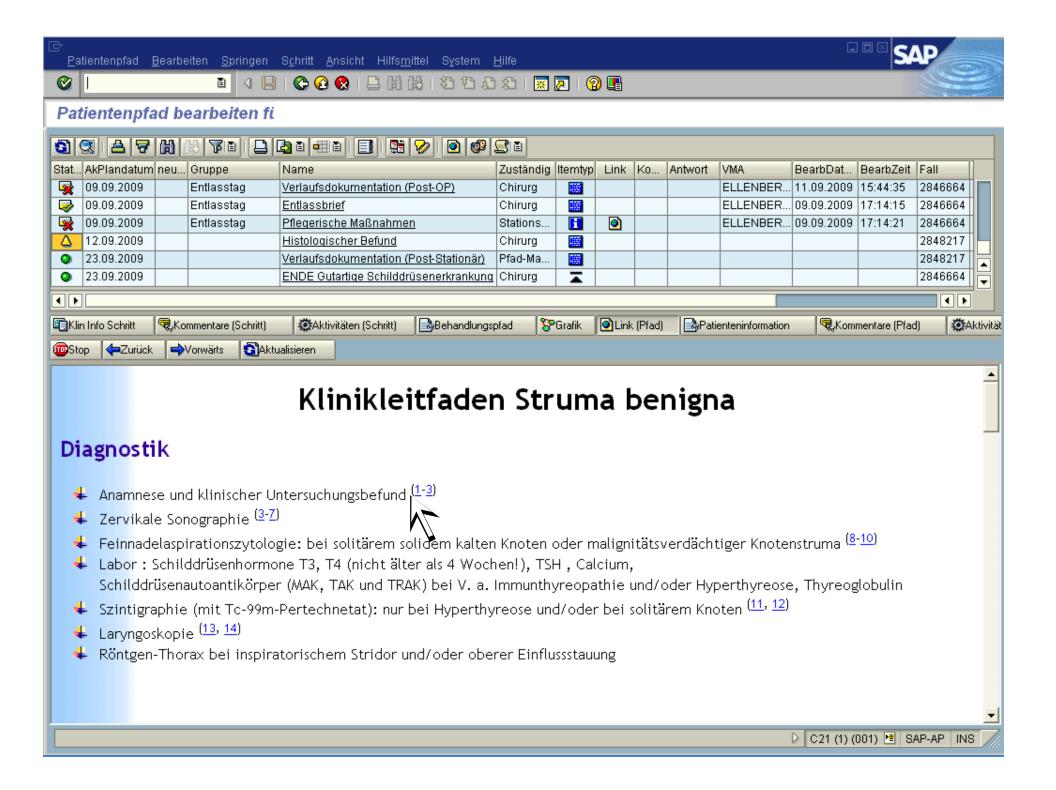
Umfelddiagnostik

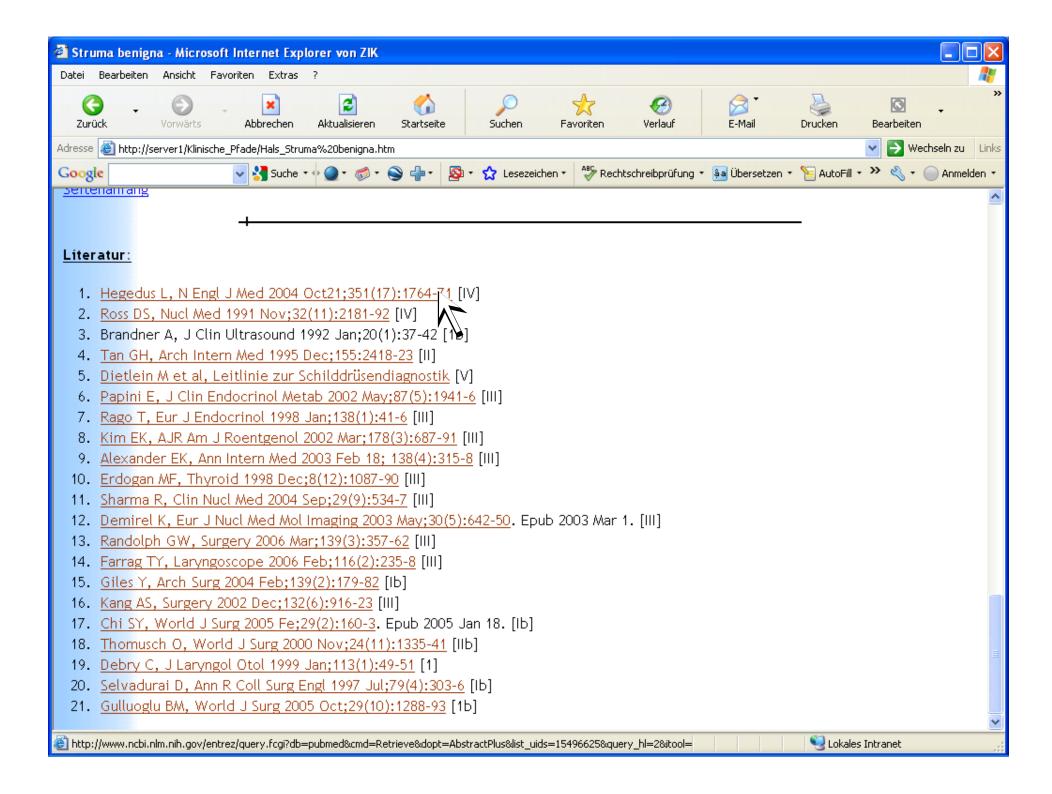
Krankheitsspezifische und ergänzende Diagnostik durchführen:

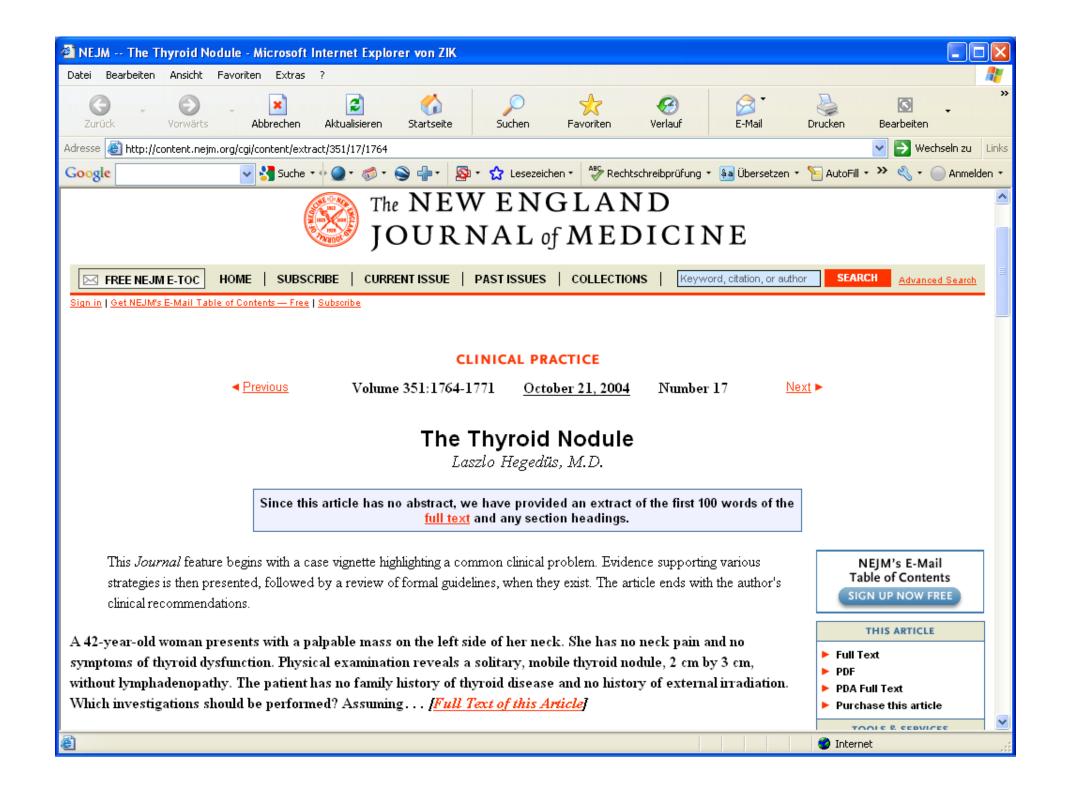
- o Zervikale Sonographie
- o Feinnadelaspirationszytologie: bei solitärem solidem kalten Knoten
- oder malignitätsverdächtiger Knotenstruma
- o Szintigraphie nicht zwingend erforderlich (mit Tc-99m-Pertechnetat):
- nur bei Hyperthyreose und/oder bei solitärem Knoten
- o HNO-Konsil: Laryngoskopie
- o Thorax-Röntgen
- o ggfs. Konsile (Kardiologie, Hämostaseologie, Pulmonologie [Lufu] usw.) nach Rücksprache mit Anästhesie veranlassen und anmelden.

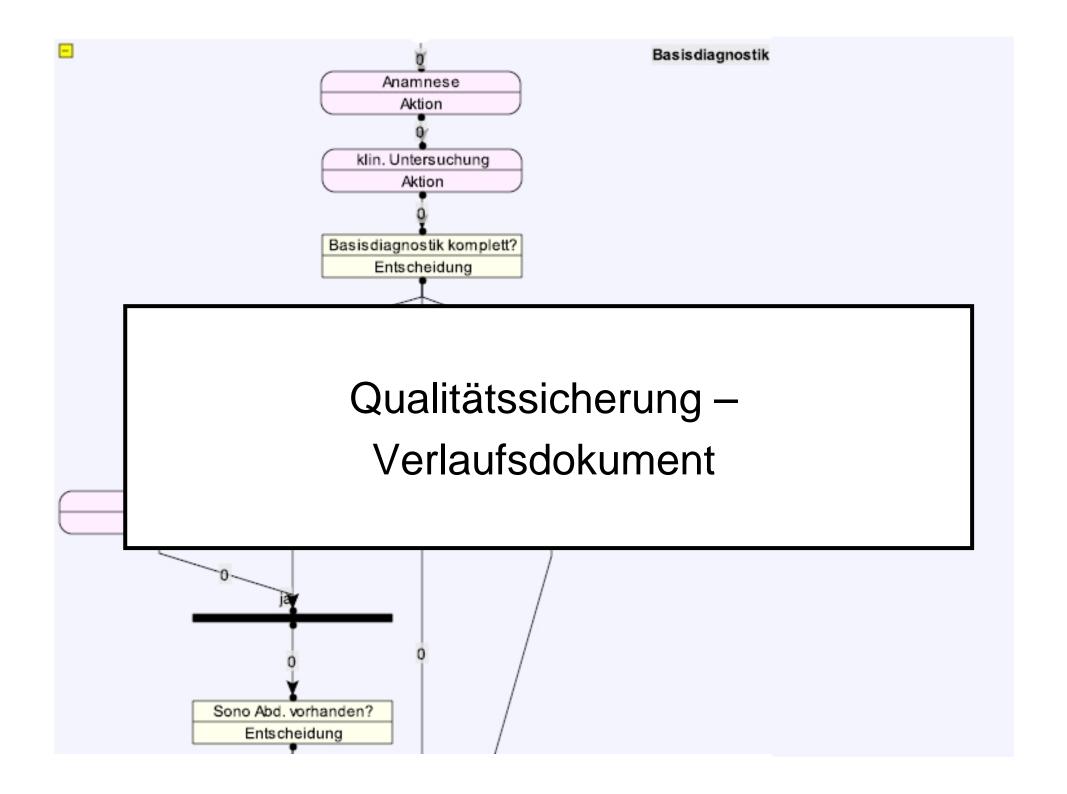


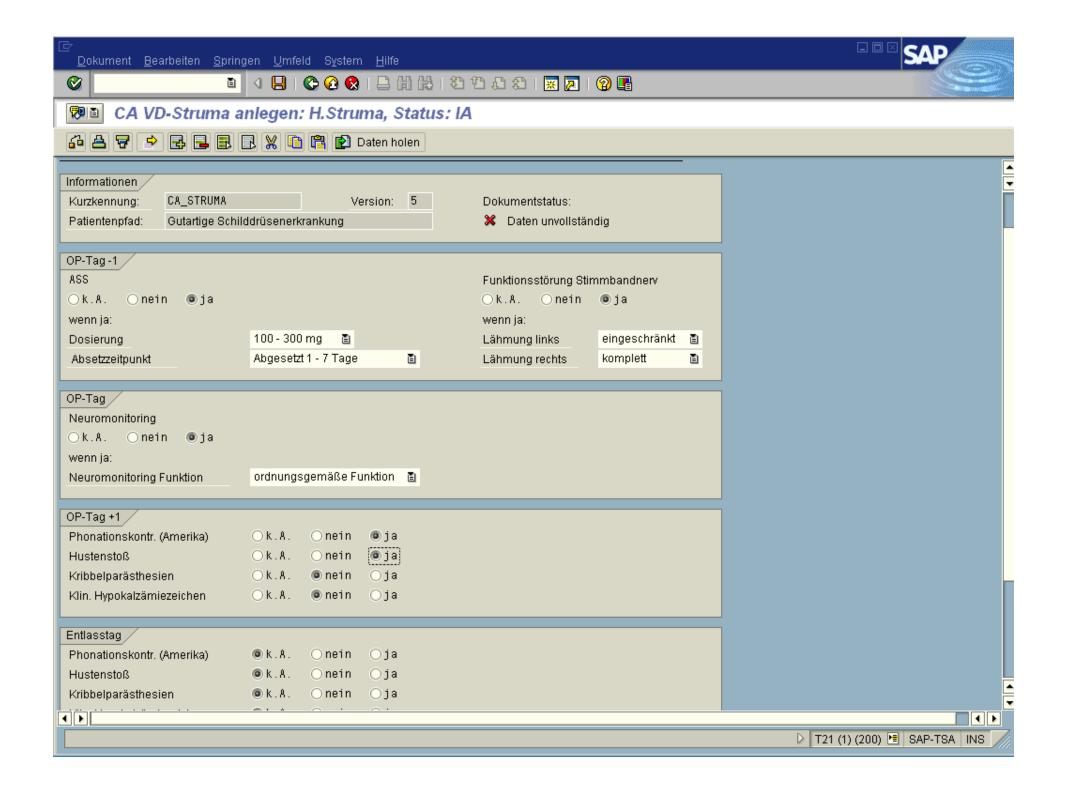


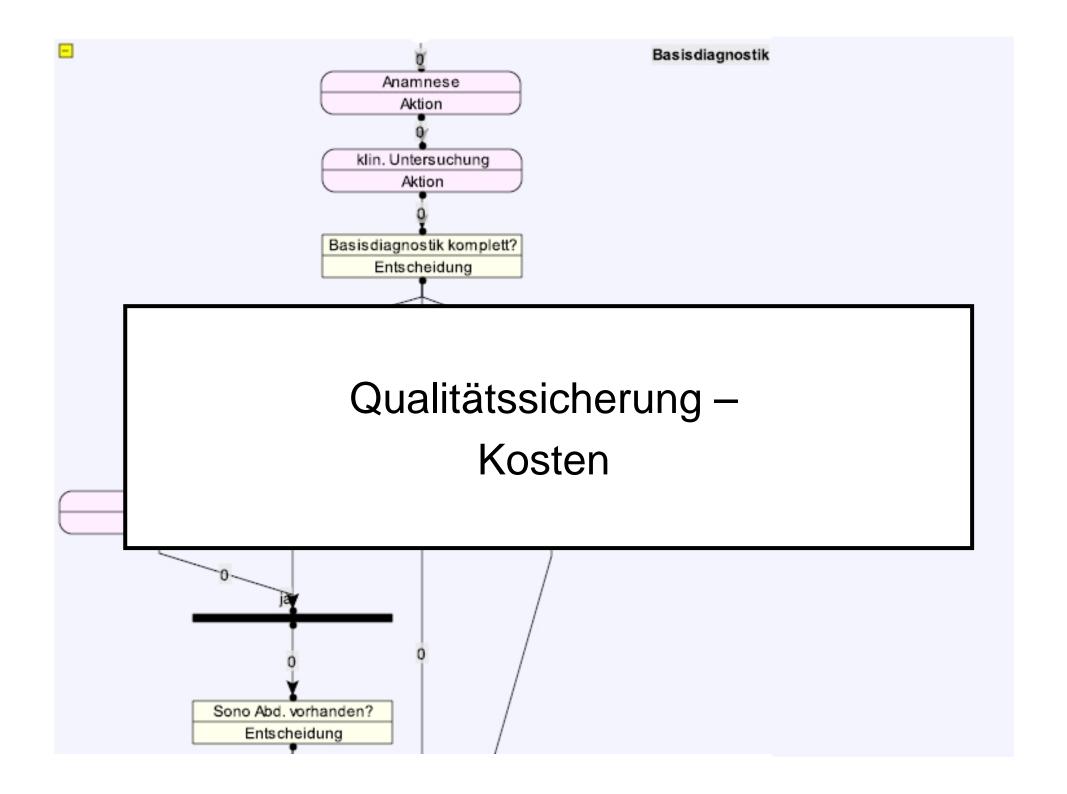


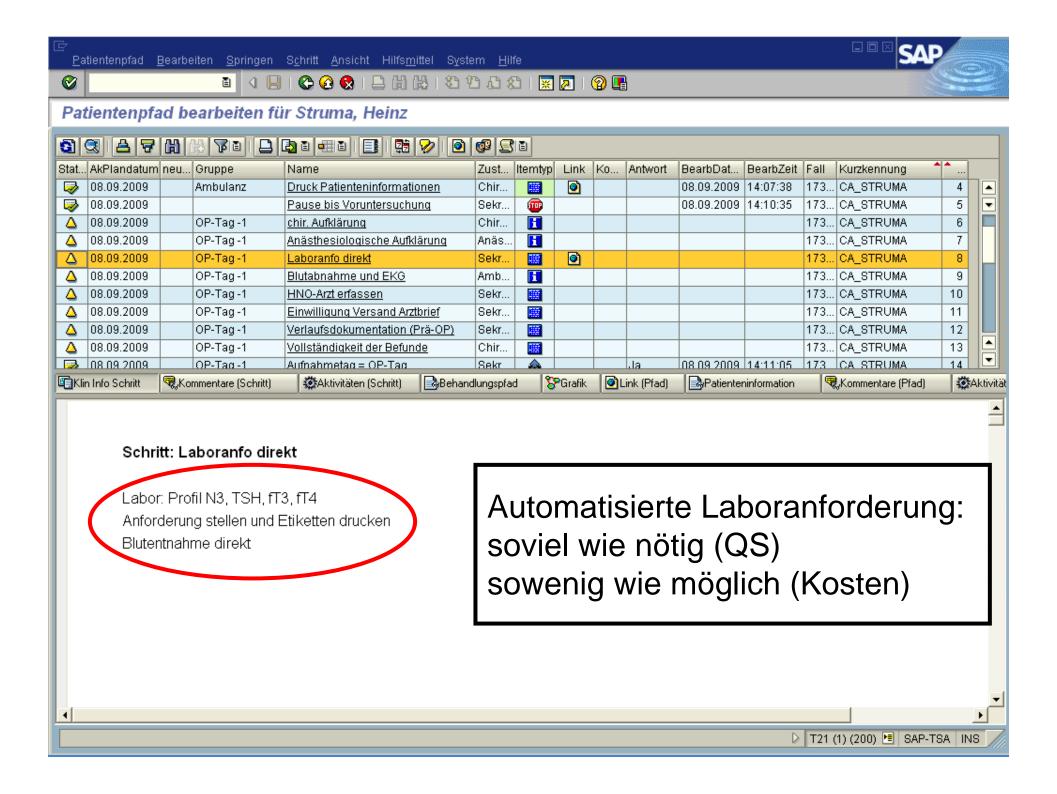


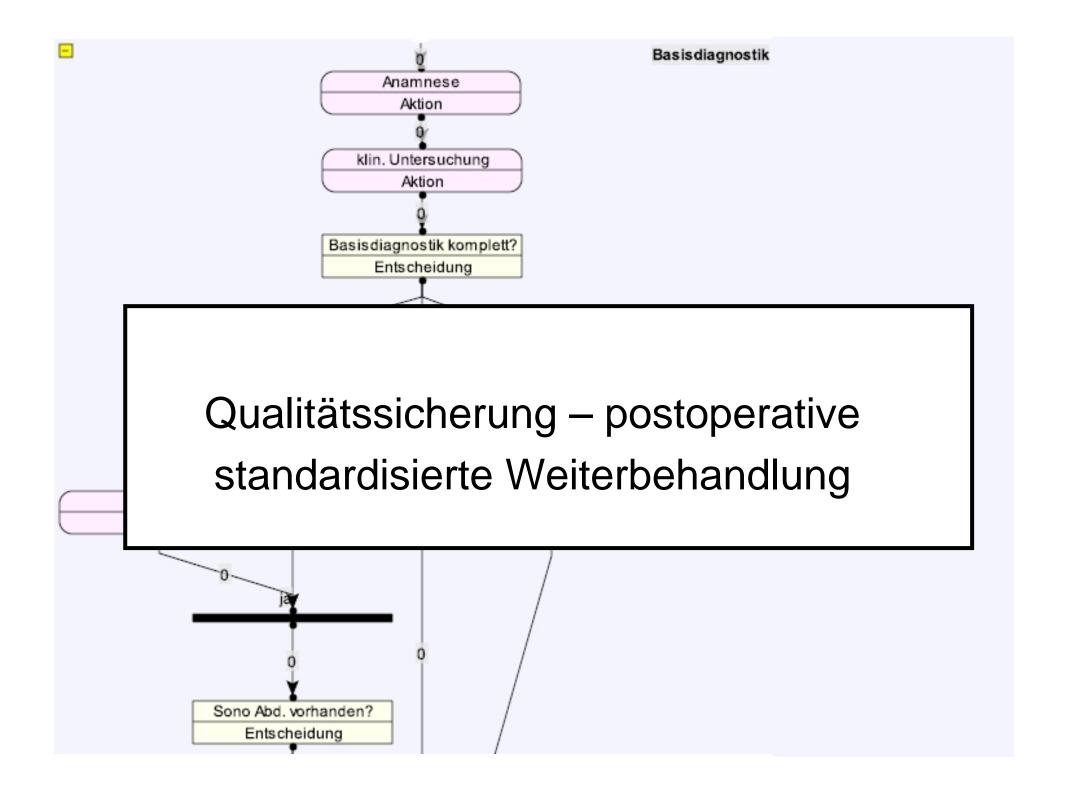


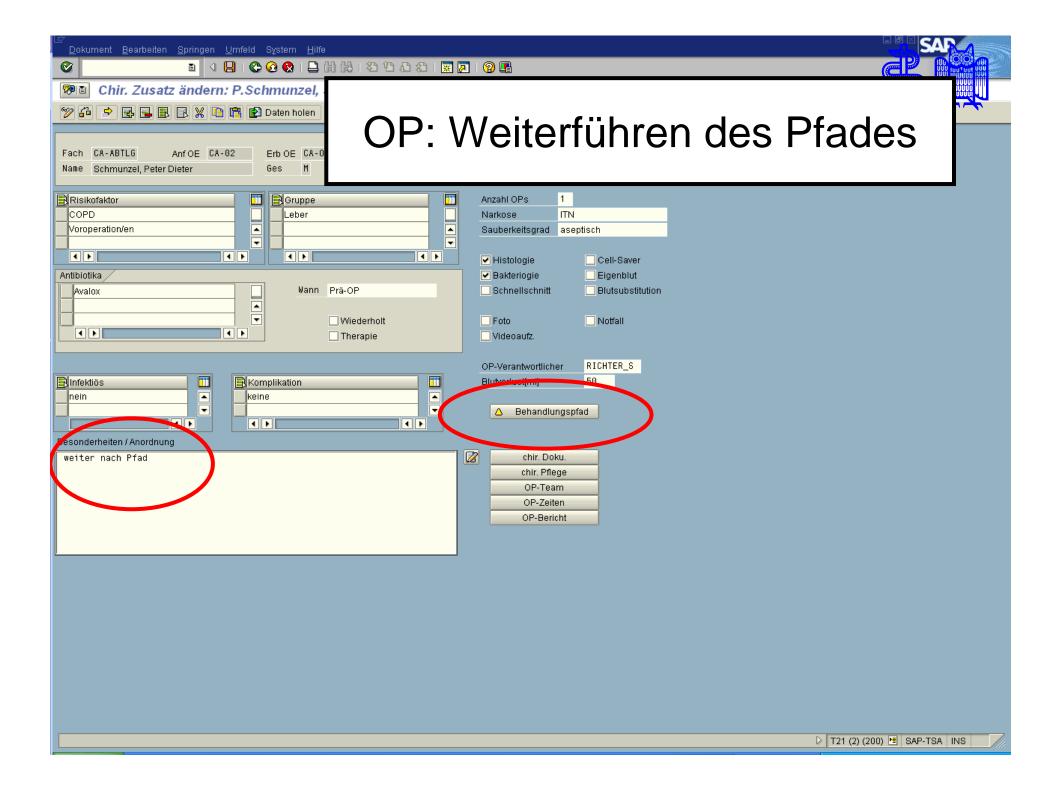


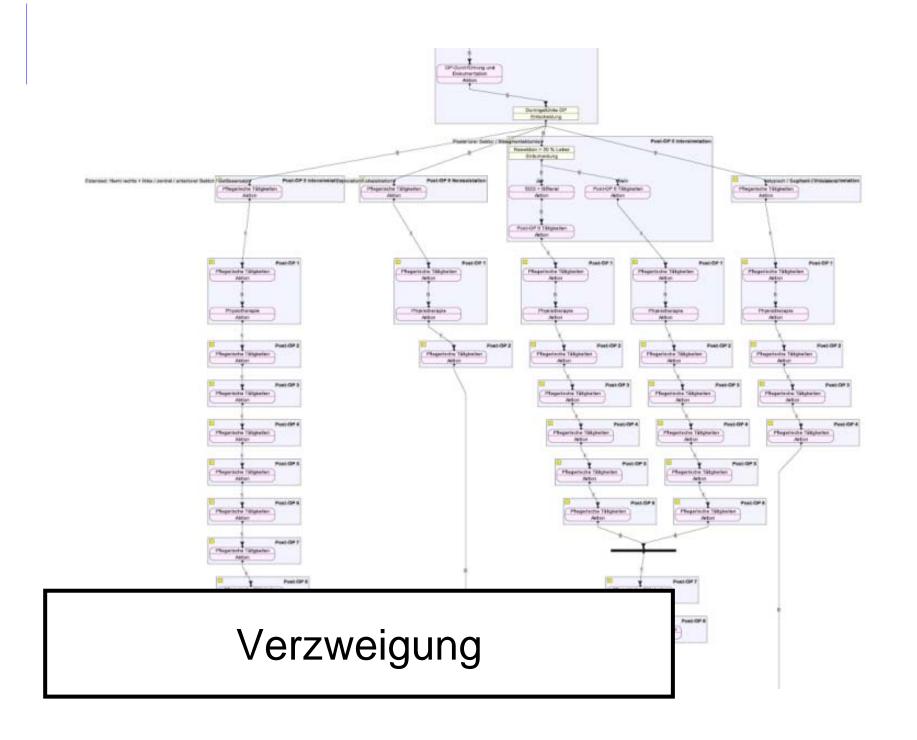


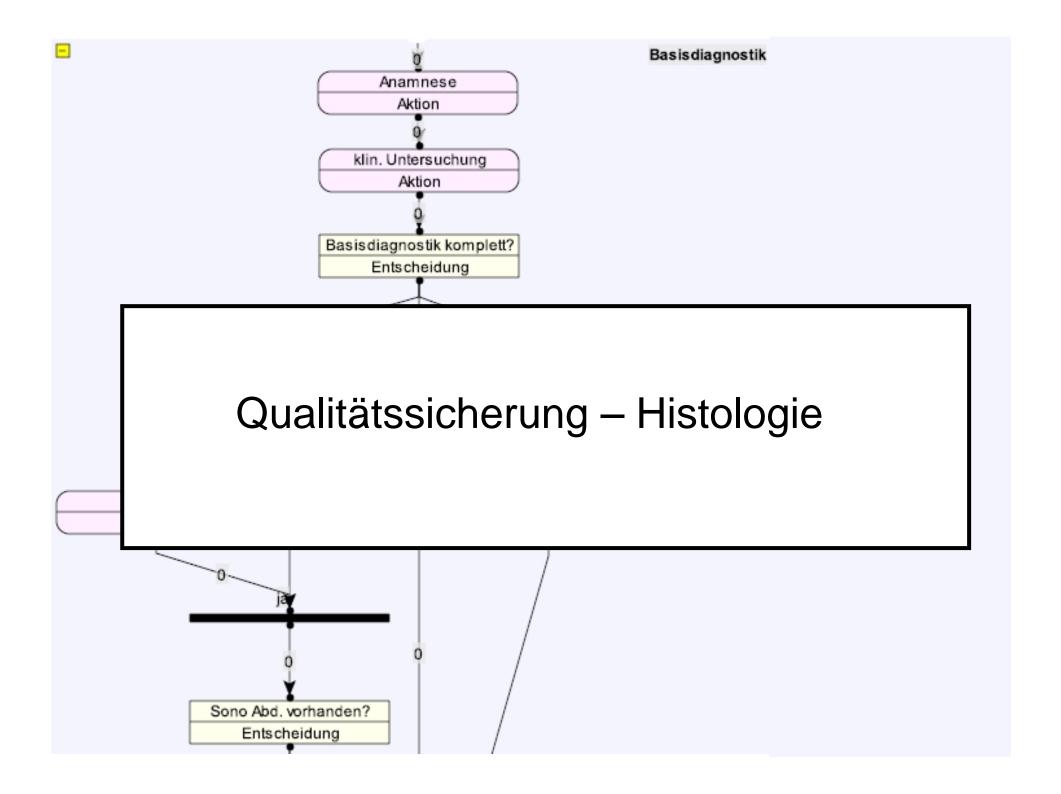


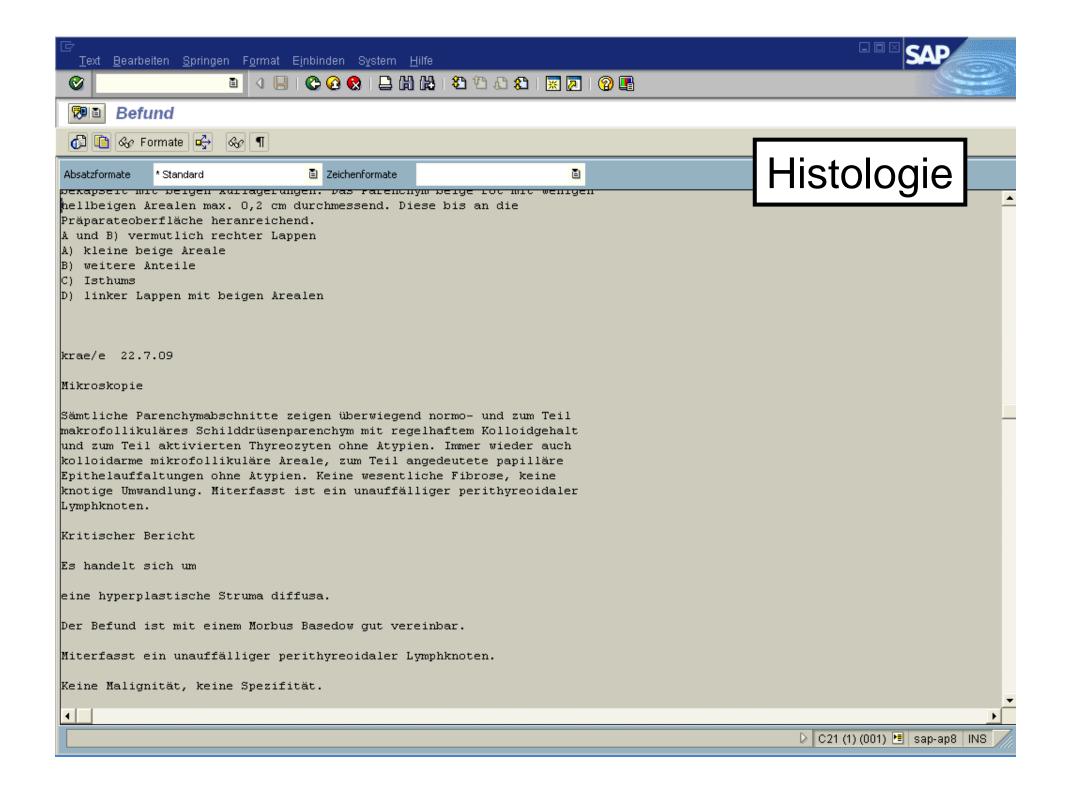


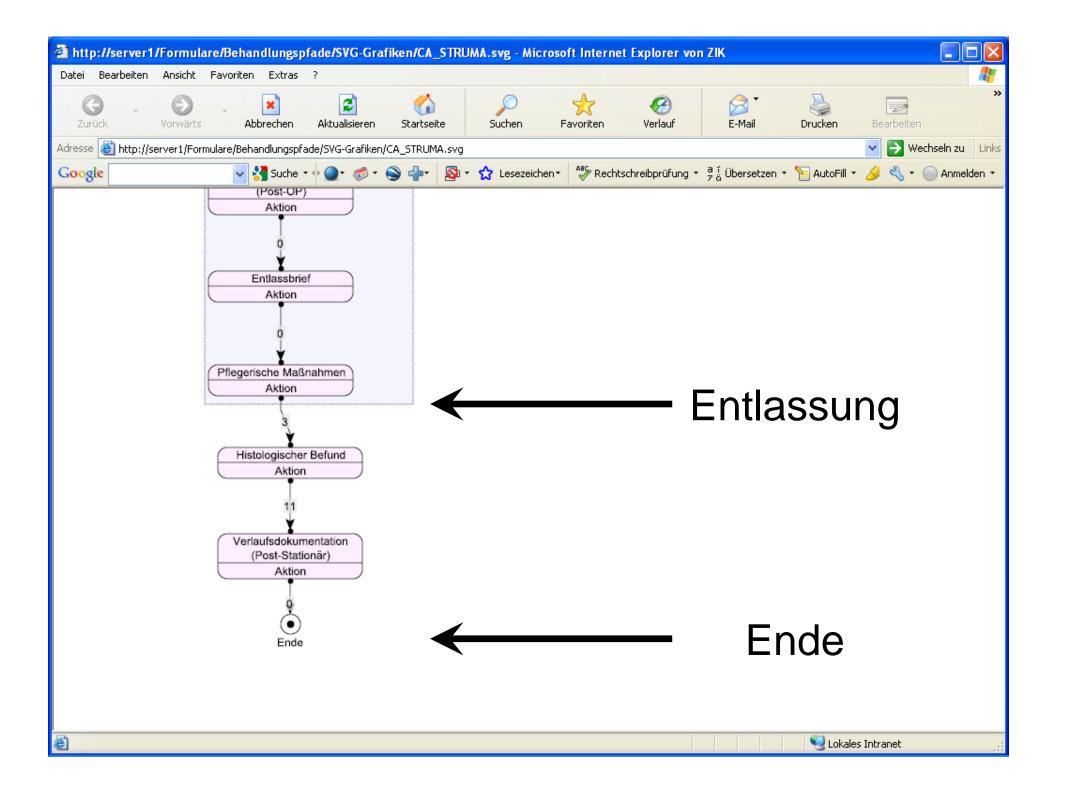


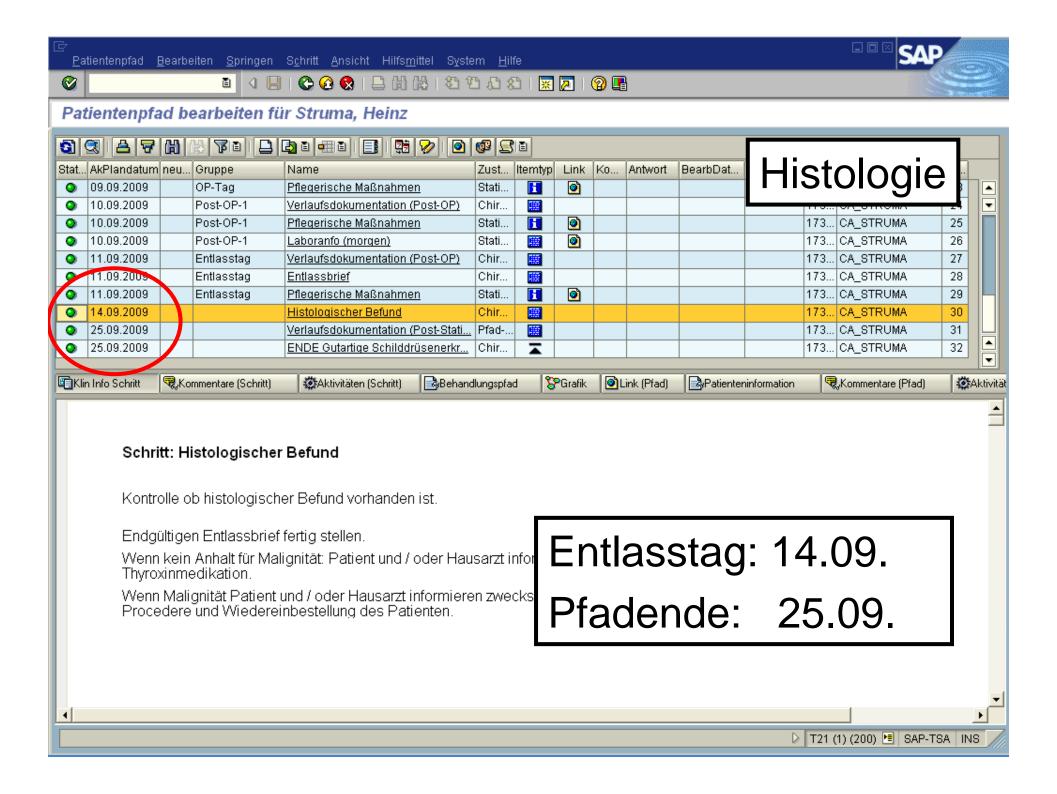


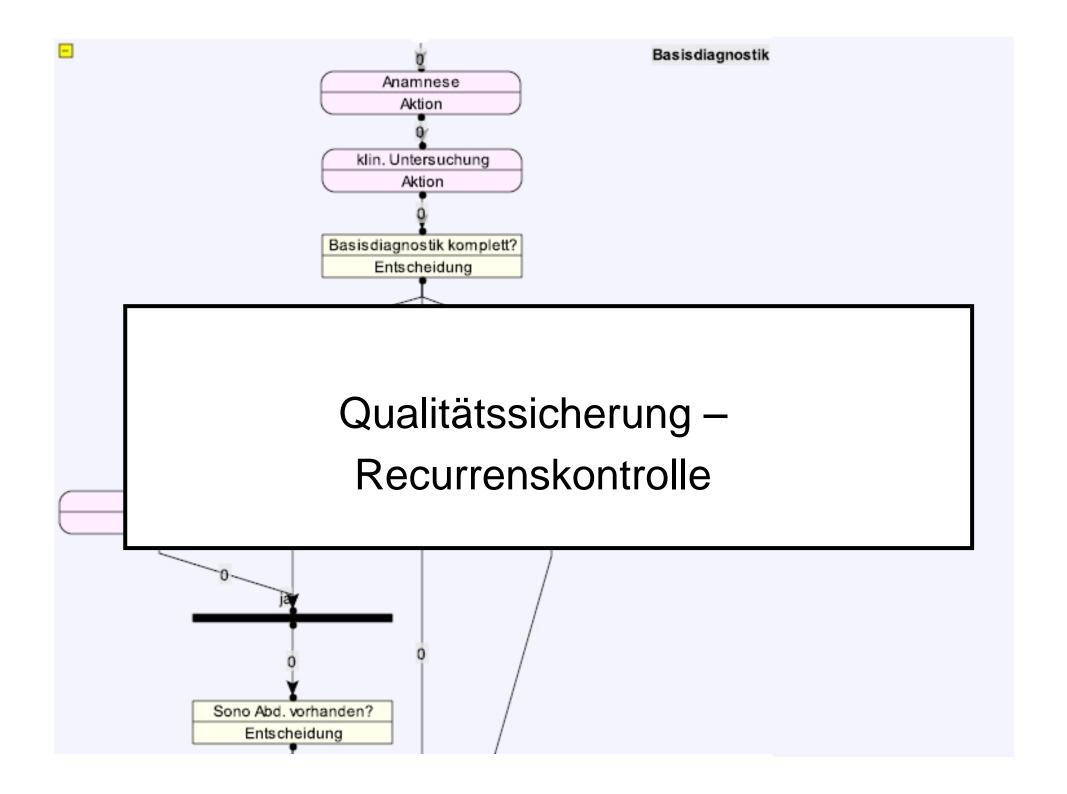


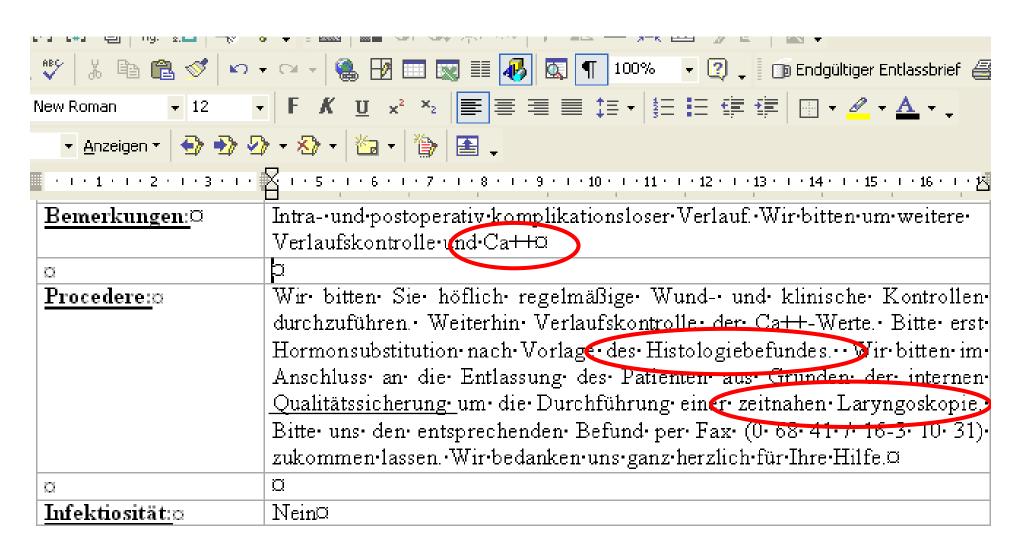




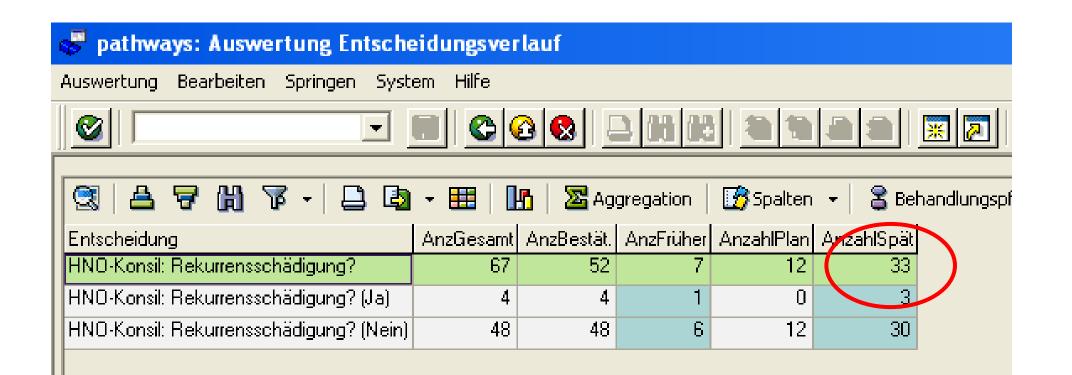




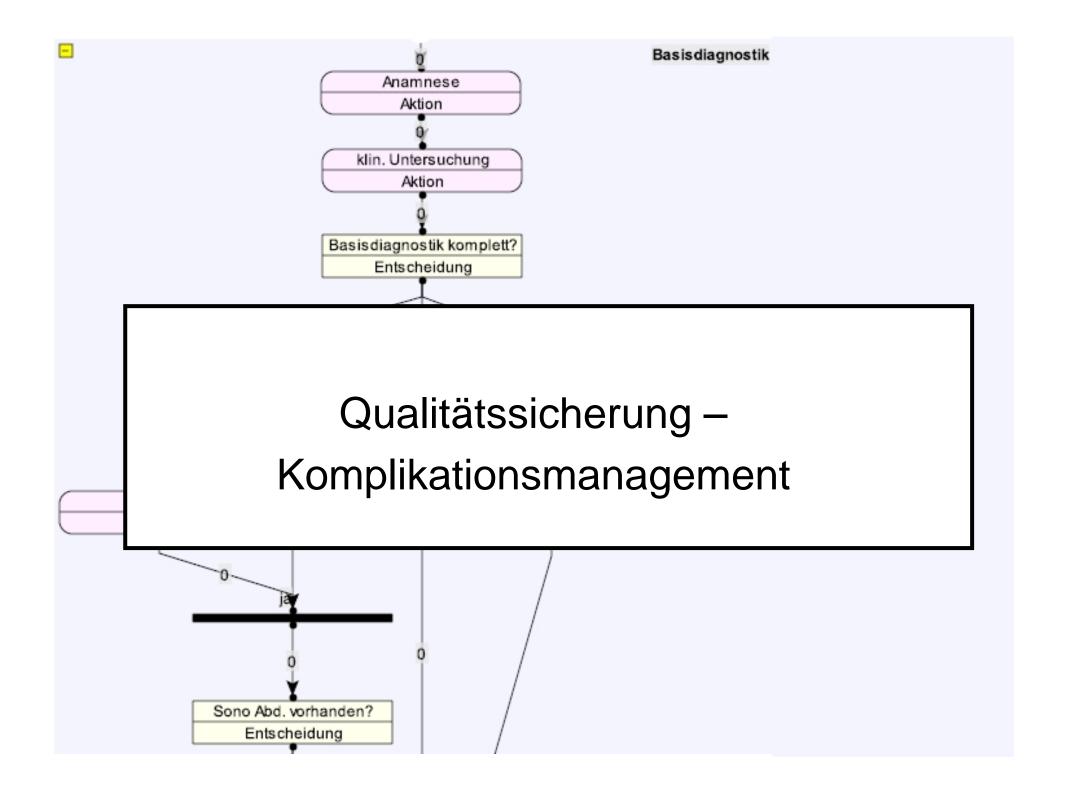




Sprechstunden:8	Allgemeinchirurgie	→	täglith→ 830···1130-	-Uhre	Koloproktologie, entz	iindl.Damedaankunge	ı→ Fr.	—	830-1130
×	Endowine/Minimalinwasiv	e Chirurgie-	•Mo/Mi•830··1130	-Uhr¤	Gefäßchirurgie	→	Di.	→	830-1130
×	Hepatopankreatobiliäre Chir	urgie 🛶	Mo7Do →830···—·1130·	-Uhră	Kinderchirurgie	-+	täglid	h→	13.00: 15.00
×	Lebertransplantation	→	Mo nach Vereinba	rungi	Privatsprechstunde	→	Mi	-	13.0016.00
×	Osophagus-/-Magenchirurg	ie —⊪	Mi/Do.→830···—·1130·	-Uhrë		→	sowie	etgl.	nach Vereinb



Problem: Stimmbandkontrolle (HNO)



Pancreatojejunal Leakage After Pancreas Head Resection: Anatomic and Surgeon-Related Factors

O. Kollmar · M. R. Moussavian · M. Bolli · S. Richter ·

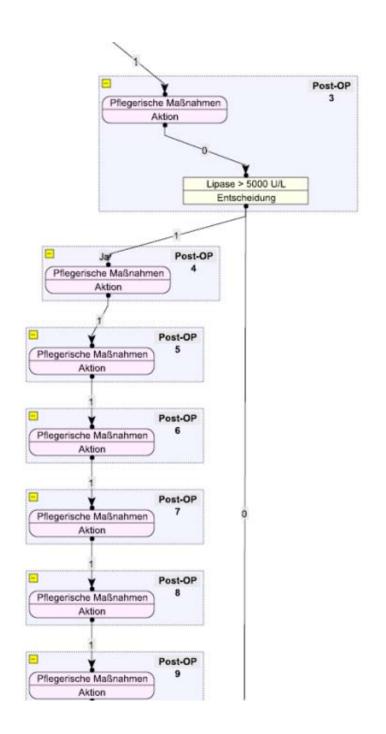
M. K. Schilling

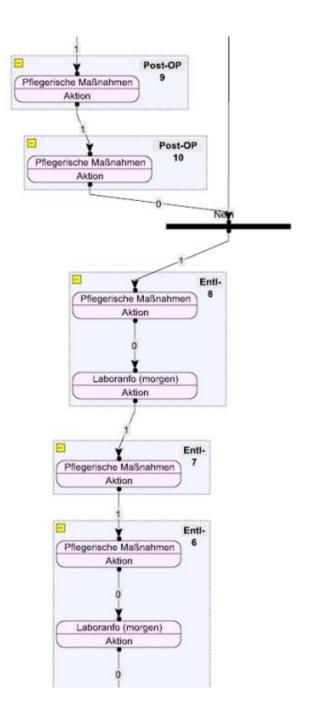
ORIGINAL ARTICLE

Impact of Postoperative Pancreatic Fistula on Surgical Outcome—The Need for a Classification-driven Risk Management

Andreas Schmid Frymerman • Jochen Schuld • Patrick Ziehen • Otto Kollmar • Christoph Justinger • Marco Merai • Sven Richter • Martin Karl Schilling • Mahammed Reza Manssavian

Journal of Gastrointestinal Surgery 2010





"Computers in the future will contain 1,000 vacuum tubes and probably weigh more than 1,5 tons "

US-Zeitschrift *Popular Mechanics*, 1949

