



A. Shaleva

Klinik und Poliklinik für Urologie, Kinderurologie und Uroonkologie, Universitätsklinikum Essen, Essen, Deutschland

Ursachen der stationären Wiederaufnahme nach den uroonkologischen Operationen

Die Häufigkeit der stationären Wiederaufnahme von Patienten nach uroonkologischen Eingriffen ist ein wichtiger Parameter in Beurteilung der Qualität der medizinischen Versorgung. In den USA benötigten ca. 20 % der Versicherten von Medicare 2003–2004 eine stationäre Therapie innerhalb der 30 Tage nach Entlassung aus urologischen Kliniken. Der Kostenaufwand dafür betrug 17,4 Mrd. \$. Laut des systematischen Reviews von 34 Studien sind 27 % der Wiederaufnahmen vermeidbar [1].

Es wurden die Gründe für eine ungeplante stationäre Wiederaufnahme nach großen uroonkologischen Operationen (radikale Prostatektomie [RP], radikale Nephrektomie [RN], Nierenteilresektion [PN] und radikale Zystektomie [RZ]) analysiert. Es wurden 8822 Patienten in der Analyse eingeschlossen [2].

Die Rate der ungeplanten stationären 30-Tage-Wiederaufnahme betrug 5,5 % ($n = 484$); detailliert war die Quote für RP 4,1 %, RN 5,2 %, PN 4,5 %, RZ 15,9 %. Die durchschnittliche Zeit zwischen der Entlassung und Wiederaufnahme belief sich auf 8,7 Tage. Die Komplikationsrate war nach der radikalen Zystektomie mit 27,5 % am höchsten im Vergleich mit 5,5 % für die radikale Prostatektomie, 8,1 % radikale Nephrektomie und 6,5 % Nierenteilresektion.

Die multivariante Regressionsanalyse ergab, dass eine kardiopulmonale Anamnese und ein ASA-Score über 2 unabhängige Prädiktoren für die Wiederaufnahme nach radikaler Prostatektomie sind; Patienten, die nicht nach Hause, sondern in die ambulante/stationäre Pflege- oder akute Rehabilitationseinrichtungen ent-

lassen wurden, haben eine 2,7-fach höhere Wahrscheinlichkeit der ungeplanten Wiederaufnahme. Das Alter ≥ 75 Jahre, Rauchen und Diabetes mellitus waren mit der bis 2fach erhöhten Häufigkeit der notfallmäßigen Vorstellung nach Nephrektomie assoziiert; eine Hypoalbuminämie war ein unabhängiger Prädiktor der Wiederaufnahme für die Patienten nach Nephrektomie.

Im Patientenkollektiv gehörten die wundassozierten Komplikationen (Wundinfektion, Wunddehiszenz, ventrale Hernie, Stomakomplikationen) zu den häufigsten Gründen für die Rehospitalisierung mit 12,6 %; akutes Nierenversagen, Niereninsuffizienz, Harnwegsinfekt 12,6 %; gastrointestinale Beschwerden (Ileus, Obstipation, gastrointestinale Blutung) 11,2 %; thromboembolische Ereignisse 9,8 %. Thromboembolien waren nach radikaler Prostatektomie am häufigsten (13,6 %); nach Zystektomie oder Nierenteilresektion – renale oder urogenitale Ursachen (19,6 %); wundassozierte Komplikationen waren nach radikaler Nephrektomie die Hauptgründe für die Wiederaufnahme.

Die Autoren betonen die Bedeutung der Identifikation der modifizierbaren Prädiktoren, die zur Rehospitalisierung führen. Die Anwendung von niedermolekularem Heparin für 4 Wochen nach Prostatektomie, Optimierung des perioperativen Managements, testgerechte antibiotische Therapie, Verbesserung der operativen Techniken bei Zystektomie, Verlängerung des stationären Aufenthalts bei älteren multimorbiden Patienten, Einsatz der minimal-invasiven Techniken bei der Nieren- und Prostatachirurgie können

die Rate der stationären Wiederaufnahme nach den uroonkologischen Eingriffen senken [2, 3].

Korrespondenzadresse

Dr. A. Shaleva

Klinik und Poliklinik für Urologie, Kinderurologie und Uroonkologie, Universitätsklinikum Essen
 Hufelandstr. 55, 45147, Essen, Deutschland
 andriy.shaleva@uk-essen.de

Interessenkonflikt. A. Shaleva gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Walraven C van et al (2011) Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. *CMAJ* 183(7):E391–E402. doi:10.1503/cmaj.101860
2. Schmid M et al (2015) Causes of hospital readmissions after urologic cancer surgery. *Urol Oncol*:doi:10.1016/j.urolonc.2015.11.019
3. James AC et al (2016) Root causes and modifiability of 30-day hospital readmissions after radical cystectomy for bladder cancer. *J Urol*. doi:10.1016/j.juro.2015.10.175