



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesqualitätsbericht 2022

# **QS-Verfahren** ***Cholezystektomie***

Erfassungsjahre 2020 und 2021

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 28. Oktober 2022

---

# Impressum

**Thema:**

Bundesqualitätsbericht 2022. QS-Verfahren *Cholezystektomie*. Erfassungsjahre 2020 und 2021

**Ansprechpartnerin:**

Theresia Höhne

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum der Abgabe:**

15. August 2022, aktualisierte Version am 28. Oktober 2022

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0  
Telefax: (030) 58 58 26-999

[info@iqtig.org](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis.....	5
1 Hintergrund .....	6
2 Einordnung der Ergebnisse .....	9
2.1 Datengrundlage.....	9
2.2 Risikoadjustierung.....	13
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens .....	13
2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren.....	14
2.5 Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf.....	18
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen .....	19
3.1 Hintergrund.....	19
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) .....	19
3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren.....	19
4 Evaluation.....	21
5 Fazit und Ausblick.....	23
Glossar.....	25
Literatur.....	30

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die Qualitätsindikatoren (EJ 2021 und EJ 2020) .....	7
Tabelle 2: Übersicht über Datenannahme und Auswertungsbasis (QS-Datensätze) für das Erfassungsjahr 2021 .....	10
Tabelle 3: Verknüpfungsrate übermittelter QS-Daten mit Sozialdaten für das Erfassungsjahr 2021 .....	11
Tabelle 4: Übersicht über Datenannahme und Auswertungsbasis (QS-Datensätze) für das Erfassungsjahr 2020 .....	12
Tabelle 5: Verknüpfungsrate übermittelter QS-Daten mit Sozialdaten für das Erfassungsjahr 2020 .....	12
Tabelle 6: Übersicht über die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (EJ 2021).....	14
Tabelle 7: Übersicht über die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (EJ 2020).....	15

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
aQua-Institut	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ( <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> )
ID	Identifikationsnummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
MDS	Minimaldatensatz
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PID	patientenidentifizierende Daten
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QS CHE	QS-Verfahren <i>Cholezystektomie</i>
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch

# 1 Hintergrund

In Deutschland werden jährlich rund 175.000 Cholezystektomien (Entfernungen der Gallenblase) durchgeführt, wobei in ca. 90 % aller Fälle die Cholezystektomie laparoskopisch, d. h. mittels sogenannter Schlüssellochchirurgie, vorgenommen wird. Operationsverfahren, bei denen der operative Zugang über natürliche Körperöffnungen (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery, NOTES) erfolgt und die bislang noch nicht Eingang in die Routine gefunden haben, können hinsichtlich ihrer Risiken noch nicht sicher eingeschätzt werden. In seltenen Fällen kann auch eine Entfernung der Gallenblase im Rahmen einer aus anderen Gründen durchgeführten Bauchoperation sinnvoll und notwendig sein (Begleitcholezystektomie). Bei der operativen Versorgung eines Gallensteinleidens können vereinzelt schwerwiegende Komplikationen auftreten, wie z. B. Verletzungen der Gallenwege oder der Blutgefäße. Die Häufigkeit solcher Ereignisse wird im QS-Verfahren *Cholezystektomie (QS CHE)* beobachtet und analysiert.

In den Erfassungsjahren 2004 bis 2014 gab es bereits ein QS-Verfahren *Cholezystektomie* in der externen stationären Qualitätssicherung. Die Qualitätsindikatoren des damaligen QS-Verfahrens bezogen sich auf intra- und postoperative Komplikationen, auf ungeplante Folgeoperationen und auf die Sterblichkeit im Krankenhaus. Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren wiesen seinerzeit ein gleichbleibend gutes Niveau der Versorgungsqualität aus. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass das bis 2014 bestehende QS-Verfahren als (ausschließliche) Datenquelle die stationäre Falldokumentation durch die Leistungserbringer heranzog. Das hatte zur Folge, dass eine Bewertung der Versorgungsqualität nur bis zum Ende des stationären Aufenthalts nach einer Cholezystektomie möglich war. Komplikationen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus konnten nicht erfasst werden.

Diese Problematik aufgreifend wurde die damals nach § 137a SGB V beauftragte Institution, das aQua-Institut, am 19. Juli 2012 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Weiterentwicklung des QS-Verfahrens *Cholezystektomie* beauftragt. Der Auftrag beinhaltete die Entwicklung von Indikatoren für die Nachbeobachtung (Follow-up), welche die Komplikationen und die Reinterventionen nach dem ersten eingriffsbedingten stationären Aufenthalt abbilden. Ein weiterer Teil des Auftrags umfasste die Prüfung einer möglichst umfangreichen Nutzung von Daten, die bereits im Rahmen der Abrechnung dokumentiert werden (Sozialdaten bei den Krankenkassen), um bestehende Aufwände bei der Falldokumentation zu verringern. Das bis dahin laufende QS-Verfahren wurde ab dem Erfassungsjahr 2015 ausgesetzt.

Am 20. Juli 2017 wurde das IQTIG vom G-BA mit der Erstellung einer Spezifikation und der Erarbeitung prospektiver Rechenregeln für das weiterentwickelte QS-Verfahren beauftragt. Am 19. Juli 2018 erfolgte der Beschluss des G-BA, die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)<sup>1</sup> um themenspezifische Bestimmungen für das

---

<sup>1</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 16. Dezember 2021, in Kraft getreten am 1. Januar 2022. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am 09.06.2022).

QS-Verfahren zu ergänzen. Der Regelbetrieb des rein stationären QS-Verfahrens hat am 1. Januar 2019 begonnen, d. h. die Datenerhebung und -übermittlungen von zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V sowie von Sozialdaten bei den Krankenkassen zu den stationären Folgebehandlungen sowie im Anschluss daran die Datenverarbeitung.

Ziele des weiterentwickelten QS-Verfahrens sind gemäß DeQS-RL:

- die Verbesserung der Durchführung der Eingriffe zur Erhöhung der Patientensicherheit
- die Verringerung der Komplikationsraten während und nach den Eingriffen
- die Verringerung von Folgeerkrankungen durch die Eingriffe

Um die Komplikationen, die Reinterventionen und die Sterblichkeit möglichst vollständig zu erfassen, werden die Behandlungsfälle über einen Zeitraum von 30, 90 und 365 Tagen nachverfolgt (Follow-up). Das QS-Verfahren *QS CHE* umfasst sieben Follow-up-Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse für die Erfassungsjahre (EJ) 2020 und 2021 berichtet werden können (Tabelle 1).

Für die Berechnung der Indikatoren werden neben der stationären Falldokumentation insbesondere Sozialdaten bei den Krankenkassen nach § 299 SGB V ausgewertet, wodurch der weitere Krankheitsverlauf einer Patientin oder eines Patienten über einen längeren Zeitraum nach der Entlassung nachvollzogen werden kann. Sozialdatenbasierte Indikatoren können erst mit einem gewissen Zeitverzug ausgewertet und berichtet werden, da der Zeitraum des Nachverfolgens, welcher in diesem QS-Verfahren bei bis zu einem Jahr liegt, abgeschlossen sein muss und die Abrechnungsdaten des Leistungserbringers bei der Krankenkasse angekommen und im Anschluss an das IQTIG übermittelt werden müssen.

Die gelieferten Daten weisen auch in diesem Auswertungsjahr eine stabile und ausreichend gute Datenqualität auf. Deshalb kann auch in diesem Bericht die Auswertungssystematik von zwei Erfassungsjahren dargestellt werden. Somit werden Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2021 für vier Indikatoren (IDs 58000, 58002, 58003, 58004) mit einem 30-Tage-Follow-up berichtet sowie Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2020 mit einem Follow-up-Intervall von 90 und 365 Tagen (IDs 58001, 58005, 58006).

Tabelle 1: Übersicht über die Qualitätsindikatoren (EJ 2021 und EJ 2020)

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen	2021
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen	2021
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen	2021

<b>ID</b>	<b>Indikator</b>	<b>Datenquelle</b>	<b>Erfassungsjahr</b>
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen	2021
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen	2020
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen	2020
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen	2020



## 2 Einordnung der Ergebnisse

Der vorliegende Bundesqualitätsbericht ist der zweite Bericht zum weiterentwickelten QS-Verfahren *QS CHE* gemäß der DeQS-RL. Er enthält deskriptive Analysen, jedoch noch keine Aussagen zu Handlungsbedarfen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren, keine Ergebnisse aus Stellungnahmeverfahren und zur Datenvalidierung.

Das IQTIG hat im Bericht „Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Empfehlungen zum Erfassungsjahr 2020“ (IQTIG 2021) bereits dargelegt, dass die Qualitätsindikatoren noch überarbeitet werden, da sich diese auf dem Stand der Weiterentwicklung (2013) durch die vormalige Institution nach § 137a SGB V befanden und für alle Indikatoren Risikoadjustierungsmodelle vorgesehen sind, welche ebenfalls noch entwickelt werden müssen. Daher wurde seitens des IQTIG empfohlen, das Stellungnahmeverfahren für das QS-Verfahren *QS CHE* auszusetzen und die Indikatorenergebnisse nicht zur einrichtungsbezogenen Veröffentlichung zu empfehlen. Der G-BA hat sich der Empfehlung folgend am 5. Juli 2021 für eine Aussetzung des Stellungnahmeverfahrens ausgesprochen. Da die Ergebnisse dadurch nicht vollumfänglich mit den Fachkommissionen auf Landesebene diskutiert und analysiert werden konnten, werden auch keine Einschätzungen zum Verfahren bzw. Handlungsempfehlungen oder Empfehlungen zur Weiterentwicklung formuliert. Zur Einordnung der Ergebnisse können dessen ungeachtet jedoch bereits Rückmeldungen aus dem Expertengremium auf Bundesebene eingebracht werden.

Nachfolgend wird eine allgemeine Übersicht zur Datengrundlage im Verfahren abgebildet (vgl. Abschnitt 2.1) und anschließend auf die sich im Aufbau befindliche Risikoadjustierung eingegangen (vgl. Abschnitt 2.2). Abschließend werden die Ergebnisse der Erfassungsjahre 2020 und 2021 einer ersten Bewertung unterzogen (vgl. Abschnitt 2.3).

### 2.1 Datengrundlage

#### QS-Dokumentation zum Erfassungsjahr 2021

Für das Erfassungsjahr 2021 übermittelten insgesamt 967 Leistungserbringer Datensätze zu durchgeführten Cholezystektomien (Soll: 965). Insgesamt wurden dem IQTIG 149.215 QS-Datensätze übermittelt, von diesen wurden 812 sogenannte Überlieger<sup>2</sup> aus der Auswertung ausgeschlossen und 1.385 Überlieger aus dem vorangegangenen Jahr (2020) eingeschlossen. An dieser Stelle ist anzumerken, dass im Erfassungsjahr 2020 zunächst lediglich 818 Überlieger aus der Auswertung ausgeschlossen wurden. Aufgrund von Datensätzen, die nach dem Stichtag 24. März 2021 geliefert wurden, finden sich im aktuellen Datenpool insgesamt 1.385 Überlieger aus dem Erfassungsjahr 2020.

---

<sup>2</sup> QS-Datensätze werden immer dem Jahr (bzw. Quartal) zugeordnet, in dem das Entlassungsdatum der Patientin bzw. des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Bei sogenannten Überliegern handelt sich um Patientinnen und Patienten, die in einem Jahr aufgenommen bzw. eine Prozedur erhielten, jedoch erst im darauf folgenden Jahr entlassen wurden.

Die Auswertungsgrundlage beläuft sich somit auf insgesamt 149.788 Datensätze (149.756 Basisbögen und 32 Minimaldatensätze). Da die Auswertungen auf Basis des Standorts erfolgen, welcher die Prozedur durchführte, kam es in den bereits bestehenden Verfahren nach DeQS-RL zu größeren Diskrepanzen zwischen den Auswertungs- und Solldaten. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass einige Patientinnen und Patienten einer Prozedur an einem anderen Krankenhausstandort als dem entlassenden Krankenhausstandort unterzogen wurden. Insgesamt wurden 149.417 Datensätze via Sollstatistik übermittelt, sodass die erwarteten und gelieferten Dokumentationen mit 100,25 % nahezu übereinstimmen (Tabelle 2). Für das Erfassungsjahr 2021 konnten alle Datenannahmestellen fristgerecht QS-Dokumentationsdaten übermitteln.

Tabelle 2: Übersicht über Datenannahme und Auswertungsbasis (QS-Datensätze) für das Erfassungsjahr 2021

	<b>Bund (gesamt)</b>
<b>Datenannahme IQTIG (inkl. MDS)</b>	149.215
<b>Ausschluss von Überliegern<sup>1</sup></b>	812
<b>Einschluss von Überliegern aus Vorjahr</b>	1.385
<b>Minimaldatensätze (MDS)</b>	32
<b>Auswertungsgrundlage (Datensätze gesamt)</b>	149.788
<b>Solldaten</b>	149.417

1 Die Patientinnen und Patienten wurden im Jahr 2021 aufgenommen bzw. erhielten eine Prozedur, wurden jedoch nicht im Jahr 2021 entlassen. Da diese Fälle nicht der Sollstatistik 2021 zugerechnet werden, werden sie aus der Auswertung 2021 ausgeschlossen.

### Sozialdaten zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2021 (vorläufig)

Tabelle 3 stellt die vorläufige Anzahl der an das IQTIG übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe mit einem Follow-up-Zeitraum von 30 Tagen aus dem Erfassungsjahr 2021 auf Bundesebene dar. Die letzte Spalte weist die Verknüpfungsrates der Sozialdaten bei den Krankenkassen mittels des Pseudonyms der elektronischen Gesundheitskarten (patientenidentifizierende Daten, PID) mit den für das Erfassungsjahr 2021 gelieferten QS-Daten auf. Für die Verknüpfung der beiden Datensätze gilt, dass die QS-Dokumentationsdaten führend sind, d. h., es wird für jeden QS-Dokumentationsdatensatz per PID geprüft, ob ein entsprechender Sozialdatensatz vorliegt. Ist dies der Fall, werden die Datensätze verknüpft. Nicht verknüpfbare QS-Dokumentationsdatensätze bzw. Sozialdatensätze können für die Indikatorberechnung aktuell nicht berücksichtigt bzw. ausgewertet werden.

Durch Korrekturen und Nachlieferungen durch die Krankenkassen kann sich die Verknüpfungsrates noch einmal ändern. Denn basierend auf den Daten des Erfassungsjahres 2021 können in diesem Bericht nur die Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum bis zu 30 Tagen berechnet werden. Im nächsten Jahr werden sämtliche Indikatoren auf Grundlage der Daten des Erfassungsjahres 2021 ausgewertet.

Im vergangenen Jahr bestanden geringfügige Verknüpfungsprobleme, welche bis zum Erfassungsjahr 2021 nahezu vollständig ausgeräumt werden konnten. Mitunter entstanden diese bspw. dadurch, dass krankenhauseseitig übermittelte QS-Datensätze keine PID enthielten und somit eine Verknüpfung mit dem entsprechenden Sozialdatensatz nicht möglich war. Ursächlich hierfür könnten eine fehlerhafte Dokumentation bei den Leistungserbringern oder eine Bereitstellung von fehlerhaften QS-Erfassungssystemen durch die Softwareanbieter sein. Des Weiteren wurden kassenseitig, bis auf wenige Ausnahmen, keine Datensätze zu minderjährigen Personen übermittelt. In den bisherigen DeQS-RL-Verfahren mit Sozialdaten (*Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie, QS PCI, und Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen, QS WI*) sind minderjährige Patienten und Patientinnen nicht Bestandteil der Qualitätssicherung, weshalb davon auszugehen ist, dass es sich bei den fehlenden Datensätzen lediglich um ein softwarebasiertes Problem handelt. Dies konnte durch regelhafte Rückmeldungen an die Krankenkassen korrigiert werden, sodass zum Erfassungsjahr 2021 Personen unter 18 Jahren, wie von der Spezifikation vorgesehen, im Verfahren berücksichtigt und ausgewertet werden konnten. Gemäß § 16 der DeQS-RL soll durch die Bundesauswertungsstelle eine Prüfung der Sozialdatenlieferung auf Validität erfolgen. Ziel der Validierung ist die Beschreibung der Datenqualität und, sofern Auffälligkeiten erkannt werden, die Rückmeldung an die betroffene Krankenkasse. Dazu wird geprüft, ob die Sozialdatenspezifikation korrekt von den Krankenkassen umgesetzt wurde. Krankenkassenspezifische Verzerrungen der Indikatorergebnisse, welche durch eine fehlerhafte Datenlieferung bedingt sind, sollen dadurch in zukünftigen Lieferungen vermieden werden. Darüber hinaus wird im Sinne des Datenschutzes und der Datensparsamkeit geprüft, ob nur verfahrensrelevante Daten exportiert wurden.

Tabelle 3: Verknüpfungsrates übermittelter QS-Daten mit Sozialdaten für das Erfassungsjahr 2021

	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrates mit Sozialdaten
<b>Bund (gesamt)</b>	149.756	99,60 % N= 149.150

**QS-Dokumentation zum Erfassungsjahr 2020**

Für das Erfassungsjahr 2020 übermittelten insgesamt 973 Krankenhäuser Daten zu durchgeführten Cholezystektomien (Soll: 977). Insgesamt wurden dem IQTIG 148.852 QS-Datensätze übermittelt, von diesen wurden 818 sogenannte Überlieger aus der Auswertung ausgeschlossen und 1.366 Überlieger aus dem vorangegangenen Jahr (2019) eingeschlossen. Die Auswertungsgrundlage beläuft sich somit auf insgesamt 149.400 Datensätze (149.366 Basisbögen und 34 Minimaldatensätze). Es wurden 149.556 Datensätze via Sollstatistik übermittelt, sodass die erwarteten und gelieferten Dokumentationen mit 99,90 % nahezu deckungsgleich sind. Für das Erfassungsjahr 2020 konnten alle Datenannahmestellen fristgerecht QS-Dokumentationsdaten übermitteln.

Tabelle 4: Übersicht über Datenannahme und Auswertungsbasis (QS-Datensätze) für das Erfassungsjahr 2020

	<b>Bund (gesamt)</b>
<b>Datenannahme IQTIG (inkl. MDS)</b>	148.852
<b>Ausschluss von Überliegern<sup>1</sup></b>	818
<b>Einschluss von Überliegern aus Vorjahr</b>	1.366
<b>Minimaldatensätze (MDS)</b>	34
<b>Auswertungsgrundlage (Datensätze gesamt)</b>	149.366
<b>Solldaten</b>	149.556

<sup>1</sup> Die Patientinnen und Patienten wurden im Jahr 2020 aufgenommen bzw. erhielten eine Prozedur, wurden jedoch nicht im Jahr 2020 entlassen. Da diese Fälle nicht der Sollstatistik 2020 zugerechnet werden, werden sie aus der Auswertung 2020 ausgeschlossen.

### Sozialdaten zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2020

Tabelle 5 stellt die Anzahl der an das IQTIG übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2020 auf Bundesebene dar. Die letzte Spalte weist die Verknüpfungsrates der Sozialdaten bei den Krankenkassen mittels des Pseudonyms der elektronischen Gesundheitskarten (patientenidentifizierende Daten, PID) mit den für das Erfassungsjahr 2020 gelieferten QS-Daten auf.

Tabelle 5: Verknüpfungsrates übermittelter QS-Daten mit Sozialdaten für das Erfassungsjahr 2020

	<b>Anzahl übermittelter QS-Daten</b>	<b>Verknüpfungsrates mit Sozialdaten</b>
<b>Bund (gesamt)</b>	149.366	99,37 % N= 148.420

Für die Verknüpfung der beiden Datensätze gilt, dass die QS-Dokumentationsdaten führend sind, d. h., es wird für jeden QS-Dokumentationsdatensatz per PID geprüft, ob ein entsprechender Sozialdatensatz vorliegt. Ist dies der Fall, werden die Datensätze verknüpft. Nicht verknüpfbare QS-Dokumentationsdatensätze bzw. Sozialdatensätze können für die Indikatorenberechnung aktuell nicht berücksichtigt bzw. ausgewertet werden.

Für das Erfassungsjahr 2020 konnte im Verfahren QS CHE eine Matchingquote (Verknüpfungsrates) zwischen den QS-Dokumentations- und Sozialdaten von 99,37 % erzielt werden (vgl. Tabelle 5). Damit liegt die Rate über der Mindestanforderung von 95 %.

## 2.2 Risikoadjustierung

Behandelte Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers weisen unterschiedliche patientenseitige Risikofaktoren (bspw. Komorbiditäten) auf. Diese Risikofaktoren variieren zudem zwischen Patientinnen und Patienten verschiedener Leistungserbringer erheblich. Ziel der Risikoadjustierung ist es, bei der Berechnung von Qualitätsindikatoren einen faireren Vergleich der Ergebnisse zu ermöglichen, indem Unterschiede bei patientenseitigen Komorbiditäten ausgeglichen werden.

Bei Anlauf des neuen Verfahrens lag der Fokus zunächst auf dem Aufbau des ordnungsgemäßen Regelbetriebs, der Qualitätssicherung der Datenflüsse sowie einer fristgerechten Auswertung der Ergebnisse. Um eine Risikoadjustierung in diesem Verfahren zu implementieren, werden diverse Codes, die Komorbiditäten kodieren, benötigt. Diese wurden mit dem Expertengremium auf Bundesebene spezifisch zusammengestellt. Die für das Verfahren als relevant eingeschätzten Komorbiditäten orientieren sich an bestehenden Risikoadjustierungsmodellen wie dem Elixhauser- und Charlson-Komorbiditätsindex, den verwendeten Modellen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und den Empfehlungen aus dem Weiterentwicklungsbericht des aQua-Instituts zum Verfahren *Cholezystektomie* (AQUA 2013). Für den Aufbau des Risikoadjustierungsmodells wurde insbesondere darauf geachtet, keine zusätzlichen Dokumentationsfelder für den Leistungserbringer notwendig zu machen. Bislang werden wenige Vorerkrankungen im Dokumentationsbogen für das Verfahren *QS CHE* erfasst.

Alle relevanten Risikofaktoren werden zu gleichen Teilen sowohl aus der Falldokumentation der Leistungserbringer als auch aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen angefordert. Erste Codes werden mit der Spezifikation 2023 geliefert, sodass voraussichtlich in der zweiten Jahreshälfte 2023 mit dem Aufbau eines ersten Risikoadjustierungsmodells begonnen werden kann. Eine Analyse dazu, welche Patienten- bzw. Falleigenschaften sich für eine Risikoadjustierung eignen und zu einem faireren Vergleich der Leistungserbringerergebnisse führen, kann abschließend nur anhand einer adäquaten Datenbasis und unter Einbezug der klinischen Expertinnen und Experten durchgeführt werden. Des Weiteren bedarf es hierbei eines entsprechenden zeitlichen Vorlaufs. Für die vorliegende Auswertung besteht deshalb weiterhin die Einschränkung, dass relevante Einflussfaktoren, wie zum Beispiel Komorbiditäten, keine Berücksichtigung finden. Ein Vergleich der Leistungserbringerergebnisse ist daher zum aktuellen Zeitpunkt nur sehr eingeschränkt möglich.

## 2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

Das QS-Verfahren *QS CHE* wird seit dem Erfassungsjahr 2019 unter der DeQS-RL geführt. Die Datenvalidierung gemäß § 16 DeQS-RL umfasst u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien. Für dieses QS-Verfahren wurden für die statistische Basisprüfung noch keine Auffälligkeitskriterien entwickelt. Daher können für *QS CHE* keine Ergebnisse im Bundesqualitätsbericht 2022 berichtet werden.

## 2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren für Indexeingriffe aus den Erfassungsjahren 2020 und 2021 dargestellt. Für alle Indikatoren sind Risikoadjustierungsmodelle vorgesehen, welche noch erarbeitet werden müssen. Ein fairer Leistungserbringervergleich ist daher zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich, allerdings können die Daten eine erste Orientierung bieten (Tabelle 6 und Tabelle 7).

Wie bereits in Kapitel 2 beschrieben wurde vonseiten des G-BA für das QS-Verfahren *QS CHE* kein Stellungnahmeverfahren empfohlen, deshalb kann an dieser Stelle noch keine Aussage zu etwaigen rechnerischen oder qualitativen Auffälligkeiten getroffen werden. Ungeachtet dessen erfolgt eine Einordnung der Ergebnisse anhand der Rückmeldungen aus dem Expertengremium auf Bundesebene. Für die Indikatorenergebnisse aus dem Erfassungsjahr 2020 ist überdies zu beachten, dass es aufgrund des seit 2020 geltenden bundesweiten Verzeichnisses der Standorte nach § 108 SGB V zugelassener Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen zu einer eingeschränkten Vergleichbarkeit der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit den Vorjahresergebnissen kommt. So weit möglich wurden die Standorte aus dem Jahr 2019 in Zusammenarbeit mit den Datenanahmestellen auf die Standorte 2020 gemappt. Nach Abschluss der Überführung der alten auf die neuen Standortnummern muss entsprechend darauf hingewiesen werden, dass nicht alle Standorte der Leistungserbringer aus den Vorjahren gemappt werden konnten.

Tabelle 6: Übersicht über die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (EJ 2021)

ID	Indikator	Ergebnis 2021 (Referenzbereich)	Ergebnis 2020	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
<b>Indikatoren zur Ergebnisqualität</b>				
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	0,88 % (≤ 2,98 %; 95. Perzentil)	0,92 %	Eingeschränkt vergleichbar
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	1,16 % (≤ 3,33 %; 95. Perzentil)	1,10 %	Eingeschränkt vergleichbar
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	1,31 % (≤ 4,34 %; 95. Perzentil)	2,35 %	Eingeschränkt vergleichbar
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	2,64 % (≤ 7,12 %; 95. Perzentil)	2,62 %	Eingeschränkt vergleichbar

Tabelle 7: Übersicht über die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (EJ 2020)

ID	Indikator	Ergebnis 2020 (Referenzbereich)	Ergebnis 2019	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
<b>Indikatoren zur Ergebnisqualität</b>				
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	4,18 % (≤ 10,34 %; 95. Perzentil)	3,87 %	Eingeschränkt vergleichbar
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	2,85 % (≤ 6,71 %; 95. Perzentil)	2,72 %	Eingeschränkt vergleichbar
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	2,07 % (≤ 5,31 %; 95. Perzentil)	1,78 %	Eingeschränkt vergleichbar

### Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen (QI 58000)

Der Indikator „Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen“ (ID 58000) erhebt die gravierendsten operationsbedingten Komplikationen bei einer Cholezystektomie, wie beispielsweise intraoperative Verletzungen der Gallengänge oder die Durchtrennung oder den Verschluss des Ductus hepatocholedochus (Hauptgallengang). Gemäß S3-Leitlinie zur Prävention, Diagnostik und Behandlung von Gallensteinen variieren die Angaben zur Häufigkeit der intraoperativen Verletzung, Durchtrennung oder dem postoperativen Verschlusses der Gallengänge zwischen 0,1 und 0,5 % (Gutt et al. 2018). Im internationalen Vergleich liegen die Raten zwischen 0,3 und 1,5 % (de'Angelis et al. 2021, Hassler et al. 2021). Es ist zu berücksichtigen, dass unterschiedliche Definitionen von Gallengangverletzungen in den einzelnen Untersuchungen zu unterschiedlichen Raten führen. Für offene Cholezystektomien (0,2 – 0,3 %) wird im Vergleich zu laparoskopischen Cholezystektomien (0,4 – 1,5 %) jedoch national wie auch international eine geringere Häufigkeit für Gallengangverletzungen angegeben (de'Angelis et al. 2021, Gutt et al. 2018). Zum Erfassungsjahr 2021 erfolgte eine Anpassung der Rechenregel für den Qualitätsindikator, weshalb die Ergebnisse mit denen des Vorjahres eingeschränkt vergleichbar sind. Der Indikator 58000 erzielte für das Erfassungsjahr 2021 ein Ergebnis von 0,88 % (EJ 2020: 0,92 %), die Rechenregel Anpassung hatte also scheinbar keine starken Effekte auf das Bundesergebnis. Für einzelne Leistungserbringer könnten die Auswirkungen der Rechenregel Anpassung stärker ausfallen. Die Anpassung der Rechenregel für diesen Indikator erfolgte aufgrund der Datenvalidierung der ersten beiden Erfassungsjahre (2019 und 2020). Es wurde deutlich, dass die Kombination von fallbezogener QS-Dokumentation und Sozialdaten im Indikator geschärft werden muss, um alle relevanten Komplikationen korrekt für das Verfahren auslösen zu können. Überdies erfolgte, entsprechend der Empfehlung des Expertengremiums, eine umfassende Überarbeitung und Aktualisierung der Ein- und Ausschlusskriterien für die einzelnen Verfahrensfiler. Für den Indikator 58000 ergab sich hierbei lediglich die Streichung des Codes K83.2 (Perforation des Gallengangs) aus der Indikatorberechnung, da mit diesem Kode die Perforation als Folge der Gallensteinerkrankung, nicht die Perforation im Rahmen der Cholezystektomie.

**Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen (QI 58004)**

Zu den erfassten Komplikationen zählen im Verfahren auch allgemeine postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen, z. B. eine Thrombose oder eine Lungenembolie. Im Erfassungsjahr 2021 traten in 1,16 % der Eingriffe postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen nach der Cholezystektomie auf. Aufgrund der, wie beim Indikator 58000 bereits beschrieben, umfassenden Anpassung der Indikatorrechenregeln und Spezifikation ist auch dieser Indikator nur eingeschränkt zum Vorjahr vergleichbar (EJ 2020: 1,10 %).

**Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen (QI 58002)**

Mit dem Qualitätsindikator „Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen“ (ID 58002) werden die postoperativen Infektionsraten nach einer Cholezystektomie gemessen. Im Erfassungsjahr 2021 traten in 1,31 % der Indexeingriffe eingriffsspezifische Infektionen auf. Das Bundesergebnis basierend auf den Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2020 lag bei 0,59 %. Der Anstieg kann auf eine Rechenregeländerung zurückgeführt werden. Seit dem Erfassungsjahr 2021 lösen einige Diagnosen alleinstand, also ohne gleichzeitige Kodierung eines Operationen- oder Prozedurenschlüssels (OPS) aus. Durch ein Datenfeld im Dokumentationsbogen erfolgt für den Indexaufenthalt (der Aufenthalt, bei welchem die Cholezystektomie durchgeführt wurde) eine Einordnung, ob die Diagnose bereits vor oder erst nach der Cholezystektomie bestand. Eine zusätzliche Kodierung eines OPS ist in diesem Fall nicht mehr notwendig, um eine Infektion als eingriffsspezifische Komplikation zuordnen zu können. Für alle Folgeaufenthalte ergibt sich die Zuordnung bereits aus dem zeitlichen Verlauf. Im Zuge der ersten Überarbeitung aller Indikatoren wurden auch für diesen Indikator diverse Codes gestrichen oder neu aufgenommen, die Aufnahmen finden jedoch erst mit der Spezifikation 2023 Eingang in das Verfahren. Alle Streichungen von Codes waren darauf zurückzuführen, dass diese keine eingriffsspezifische Infektion nach einer Cholezystektomie darstellen. Bei der diesjährigen Datenprüfung konnte außerdem für diesen Indikator eine deutliche Verschiebung in der Dokumentation von der akuten Peritonitis (K65.0) hin zur sonstigen Peritonitis (K65.8) festgestellt werden. Mutmaßlich kann von einer Änderung im Kodierverhalten bedingt durch eine Anpassung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ausgegangen werden.

**Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen (QI 58003)**

Mit dem Indikator „Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen“ (ID 58003) werden alle Fälle dokumentiert, bei denen interventionsbedürftige Blutungen bei oder innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie auftraten. Für das Erfassungsjahr 2020 lag das Bundesergebnis nach den Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2020 noch bei 3,62 %. Mit dem Erfassungsjahr 2021 wurde der Code T81.0 (Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, andernorts nicht klassifiziert) aus der Indikatorberechnung gestrichen, da er für die Erfassung einer interventionsbedürftigen Blutung zu unspezifisch ist. Das Bundesergebnis für das Erfassungsjahr 2021 lag nach dieser Anpassung bei 2,64 %. Mit den verbleibenden Codes werden nun ausschließlich ausgeprägte und schwerwiegende Blutungskomplikationen erfasst, welche interventionsbedürftig (therapiebedürftig) sind.



**Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen (QI 58001)**

Erneute operative oder interventionelle Eingriffe nach einer Gallenblasenentfernung wegen postoperativ auftretender Komplikationen werden mit dem Indikator „Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“ (ID 58001) erhoben. Auftretenden Komplikationen können bspw. belassene Gallengangsteine, Gallengangsverletzungen, Blutgefäßverletzungen und Blutungen sowie postoperative Entzündungen zugrunde liegen. Im Erfassungsjahr 2019 war nach den Rechenregeln 2019 bei 4,83 % der Cholezystektomie-Patientinnen und -Patienten eine Reintervention aufgrund von Komplikationen notwendig. Das Bundesergebnis für das Erfassungsjahr 2020 liegt bei 4,18 %. Veränderungen in diesem Indikator ergaben sich ebenfalls aus der Überarbeitung der Spezifikation und den damit einhergehenden Kodestreichungen und -aufnahmen. Eine Rechenregeländerung kam dadurch zustande, dass der Reoperationscode (5-983) nur noch für den Zeitraum des Indexaufenthalts in der Indikatorberechnung Berücksichtigung findet. Eine Kausalität zwischen dem Indexeingriff und einer Reoperation kann für den initialen stationären Aufenthalt festgestellt werden. Für alle Folgeaufenthalte finden Reoperationen allerdings keine Betrachtung, da diese auch aus anderen medizinischen Gründen als durch Komplikationen des Indexeingriffs notwendig werden können.

**Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres (QI 58005)**

Im QS-Verfahren *QS CHE* werden auch allgemeine postoperative Komplikationen innerhalb von 365 Tagen erfasst. Langfristige postoperative Komplikationen, die sowohl nach einer laparoskopischen als auch nach einer offen-chirurgischen Cholezystektomie auftreten können, symptomatisch werden oder versorgt werden müssen, sind beispielsweise Hernien (Eingeweidebrüche), insbesondere Narben- und Trokarhernien (Jensen et al. 2021, Khan und Ma 2020) sowie Verwachsungen (Adhäsionen) (Brüggmann et al. 2010). Auf Bundesebene lag das Ergebnis des Indikators für das Erfassungsjahr 2019 (nach den Rechenregeln von 2019) bei 13,20 %. Das Bundesergebnis für das Erfassungsjahr 2020 liegt bei 2,49 %. Der drastische Fallzahlrückgang (Rechenregeln 2019: 20.378 Fälle, Rechenregeln 2020: 4.236 Fälle) kann durch eine Rechenregeländerung begründet werden. Hintergrund dieser Änderung war, dass Adhäsiolysen, welche zeitgleich mit der Cholezystektomie durchgeführt werden, nicht als Komplikation der Cholezystektomie zu werten sind. Durch den Einbau eines zeitlichen Mindestabstandes zum Indexeingriff reduzierte sich die Anzahl der Fälle für das Erfassungsjahr 2020 von ca. 16.000 auf 4.236 Fälle. Circa 12.000 Fälle sind auf Adhäsiolysen zurückzuführen, welche zeitgleich zum Indexeingriff stattfanden.

Des Weiteren wurden in diesem Indikator einige Kodestreichungen und -aufnahmen beschlossen sowie die alleinstehende Auslösung eines Diagnosekodes zur Dokumentation einer Hernie ohne die Kombination mit einem OPS.

### **Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen (QI 58006)**

Der Indikator 58006 weist die Mortalitätsrate innerhalb von 90 Tagen nach einer Cholezystektomie aus. Die Vermeidung von postoperativen Komplikationen und deren angemessene Behandlung ist der wichtigste Schritt zur Vermeidung von postoperativen Todesfällen. Dieser Indikator dient der indirekten Überprüfung einer guten Diagnose- und Behandlungsqualität bei Cholezystektomien. 1,78 % der Patientinnen und Patienten mit Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2019 sind nach der Cholezystektomie innerhalb von 90 Tagen verstorben. Das Bundesergebnis für das Erfassungsjahr 2020 liegt bei 2,07 % und ist im Vergleich zum Vorjahr leicht angestiegen. Cholezystektomien können planbar durchgeführt werden, sofern keine Entzündung der Gallenblase vorliegt. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hatte im Zuge der COVID-19-Pandemie in einem Schreiben an alle Krankenhäuser appelliert, sämtliche planbaren Aufnahmen, Operationen und Eingriffe, soweit dies medizinisch vertretbar sei, ab dem 16. März 2020 (Kalenderwoche 12) auf unbestimmte Zeit zu verschieben (Osterloh 2020). Wie im letzten Bundesqualitätsbericht bereits dargestellt, kam es zwischen den Erfassungsjahren 2019 und 2020 zu einem Fallzahlrückgang von ca. 7 %. Das Expertengremium auf Bundesebene bestätigt einen Zusammenhang zur COVID-19-Pandemie, da den Expertinnen und Experten bekannte Kliniken lange Zeit keine elektiven Eingriffe durchführt haben. Mutmaßlich sind Patientinnen und Patienten in dieser Zeit erst mit fortgeschrittenem Erkrankungsbild ins Krankenhaus gekommen und konnten unter Umständen durch verringerte OP-Kapazitäten und Personalmangel nicht sofort versorgt werden. Dieser Sachverhalt kann zum jetzigen Zeitpunkt jedoch nicht tiefergehend nachverfolgt werden, da noch kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt wurde.

### **2.5 Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf**

Für dieses QS-Verfahren wurde für das Erfassungsjahr 2021 kein besonderer Handlungsbedarf festgestellt.

## **3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen**

### **3.1 Hintergrund**

Dieses Kapitel stellt die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens und der durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL im Jahr 2021 dar, die sich auf die Erfassungsjahre 2020 und ggf. 2019 bezogen. Die entsprechenden Informationen werden dem IQTIG in den länderbezogenen Verfahren in den Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) gemäß § 19 Teil 1 DeQS-RL durch die Landesarbeitsgemeinschaften für Qualitätssicherung übermittelt. In den bundesbezogenen Verfahren erstellt das IQTIG als durchführende Stelle diese Informationen ebenfalls in diesem Format.

### **3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)**

Das QS-Verfahren *QS CHE* wird seit dem Erfassungsjahr 2019 unter der DeQS-RL geführt. Die Datenvalidierung gemäß § 16 DeQS-RL umfasst u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien. Für dieses QS-Verfahren wurden für die statistische Basisprüfung noch keine Auffälligkeitskriterien entwickelt. Daher können im Bundesqualitätsbericht 2022 keine Ergebnisse berichtet werden.

### **3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren**

Das IQTIG hat im Bericht „Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Empfehlungen zum Erfassungsjahr 2020“ (IQTIG 2021) bereits dargelegt, dass die Indikatoren noch überarbeitet werden und für alle Indikatoren Risikoadjustierungsmodelle vorgesehen und in der Entwicklung sind. Aufgrund dessen wurde seitens des IQTIG empfohlen, das Stellungnahmeverfahren für die Erfassungsjahre 2019 sowie 2020 für das QS-Verfahren *QS CHE* auszusetzen und die Indikatorenergebnisse nicht zur einrichtungsbezogenen Veröffentlichung zu empfehlen.

Entgegen dieser Empfehlungen wurden von acht Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) Ergebnisse aus einem Stellungnahmeverfahren übermittelt. Fünf der LAG übermittelten lediglich, dass kein Stellungnahmeverfahren aufgrund der Empfehlung des IQTIG und G-BA durchgeführt wurde. Eine LAG gab allgemein an, dass das Stellungnahmeverfahren für die Jahre 2019 und 2020 durchgeführt wurde, um die Leistungserbringer mit dem neuen Verfahren vertraut zu machen. Außerdem diente es der Fachkommission dazu, sich einen Überblick über die Ergebnisse und deren Hintergründe zu verschaffen. In einem rechnerisch auffälligen Fall gab die LAG an, dass keine operationsbedingten Gallenwegskomplikationen im Sinne des Indikators 58000 aufgetreten sind, sodass es zu einer Fehldokumentation kam. An dieser Stelle ist davon auszugehen, dass die Gallenwegskomplikation in einem Folgeaufenthalt aufgetreten ist, also über Sozialdaten bei den Krankenkassen eine Auslösung im Indikator herbeigeführt hat. Bei Verfahren mit

Follow-up-Indikatoren, welche als Datengrundlage die fallbezogene QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen heranziehen, werden Leistungserbringer, welche den Indexeingriff durchgeführt haben, zur Stellungnahme verpflichtet. Leistungserbringer/Standorte können jedoch nur Leistungen bewerten, welche in der eigenen Einrichtung durchgeführt wurden (fallbezogene QS-Dokumentation). Tritt nach der Entlassung der Patientin oder des Patienten eine verfahrensrelevante Komplikation auf, die in einer anderen Einrichtung behandelt wird (Abbildung über Sozialdaten bei den Krankenkassen), erlangt die erste, den Indexeingriff durchführende Einrichtung hierüber aus datenschutzrechtlichen Gründen (bisher) keine Kenntnis. Demzufolge kann für etwaige Auffälligkeiten im Stellungnahmeverfahren nicht die gesamte Patientenkarriere betrachtet und bewertet werden. Für das Verfahren *QS CHE* betrifft dies alle Indikatoren. Mit der Erstellung der mandantenfähigen Datenbank wurde durch das IQTIG auf diese Problematik hingewiesen. Der G-BA wurde gebeten, die datenschutzrechtlichen Bedenken auszuräumen und eine Zusammenführung der Daten in der DeQS-RL zu verankern, um kommende Stellungnahmeverfahren nicht zu gefährden und sinnvoll durchführbar machen zu können. Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts wird über diesen Sachverhalt in der Rechtsabteilung des G-BA noch beraten.

## 4 Evaluation

Gemäß der DeQS-RL beinhaltet der Bundesqualitätsbericht eine fortlaufende Evaluation des Verfahrens (Teil 1 § 20 Satz 3 DeQS-RL). Des Weiteren soll, „[...] sobald eine ausreichende Datengrundlage vorliegt [...]“, eine empirische Abschätzung über das Ausmaß des Verbesserungspotenzials vorgenommen sowie „[...] die Zielerreichung näher quantifiziert [...]“ werden (Teil 2 Verfahren 3 (QS CHE) § 2 Abs. 6 DeQS-RL). Beides zusammen bildet die Grundlage für die Entscheidung über den weiteren Fortgang des Verfahrens im Rahmen der abschließenden Bewertung. Wie diese abschließende Bewertung des Verfahrens gestaltet werden soll, ist in den Tragenden Gründen nicht aufgeführt.

Vorgaben zur fortlaufenden Evaluation im jährlichen Bundesqualitätsbericht werden ebenfalls nicht näher definiert. Um die Evaluationsergebnisse eines jeden Jahres sinnvoll für eine Bewertung des gesamten Verfahrens bis zum 30. Juni 2025 effizient und effektiv nutzen zu können, hat das IQTIG ein über die Jahre hinweg gleich strukturiertes Vorgehen vorgeschlagen. Für die fortlaufende Evaluation sollen der Status quo der Umsetzung, Prozessprobleme sowie verfahrenstechnische Rückmeldungen aus den Bundesländern erfasst und berichtet werden. Dies erfolgt mithilfe einer Konsultation der Stakeholder (im Sinne einer multiperspektivischen Prozessbeurteilung), um Probleme frühzeitig zu erkennen und Verfahrenselemente ggf. anzupassen zu können. Die Teilnahme an der Evaluation erfolgt für die Landesarbeitsgemeinschaften auf freiwilliger Basis.

Die Rückmeldungen aus den Bundesländern werden jährlich im Rahmen einer strukturierten Abfrage über eine vordefinierte Excel-Datei erfasst. Die LAG sollen bei der Beantwortung der Evaluationsfragen auch die Rückmeldungen der jeweiligen Fachkommission auf Landesebene sowie der Leistungserbringer (Krankenhäuser, Vertragsärztinnen und Vertragsärzte) berücksichtigen. Die Evaluationsfragen beinhalten folgende Dimensionen:

- Einschätzung von **Prozessen** (Erfassung, Spezifikation, Export, Plausibilisierung etc.)
- Einschätzung zu **Indikatoren und Ergebnissen** (Indikatorergebnisse, qualitätssichernde Maßnahmen, Rechenregeln etc.)
- Einschätzungen zu **sonstigen Themen**

Die erhobenen Informationen zu den Prozessen auf Landesebene und die Rückmeldungen der Leistungserbringer und Fachkommissionen werden im Anschluss zusammengeführt und ausgewertet. Unter anderem dienen diese Rückmeldungen der Landesebene dem IQTIG dazu, etwaigen Verbesserungsbedarf in Bezug auf die Prozesse des QS-Verfahrens zu erkennen und Handlungsempfehlungen zu formulieren.

Für die Erfassungsjahre 2019 und 2020 haben zwei LAG die Evaluationsfragen beantwortet und an das IQTIG übermittelt. Die an das IQTIG zurückgemeldeten Einschätzungen wurden im Anschluss aufbereitet und werden nachfolgend zusammenfassend dargestellt.

**1. Gab es für das Erfassungsjahr leistungserbringerübergreifend auftretende Probleme hinsichtlich des/der QS-Dokumentationsbogens/bögen (Fragen zur Dokumentation, zu Ausfüllhinweisen, zu Plausibilitätsregeln u. ä.)?**

Eine LAG wies daraufhin, dass leistungserbringerseitig häufiger die Rückfrage aufkomme, wie mit Patientinnen und Patienten umzugehen sei, die während des Aufenthalts eine Cholezystektomie und anschließend einen weiteren dokumentationspflichtigen Vorgang, wie bspw. einen Totalendoprothesen-Wechsel (TEP-Wechsel), erfahren. Wenn sich bei diesem TEP-Wechsel Komplikationen ergeben, es z. B. zu einer Transfusion kommt, stelle sich die Frage, ob die ICD- und OPS-Kodes dennoch im Dokumentationsbogen zu dokumentieren sind, obwohl kein Zusammenhang bestehen würde. *(Anmerkung des IQTIG: Dies wurde wiederholt im Expertengremium thematisiert und wird aktuell auf Bundesebene für die Spezifikation 2023 bearbeitet.)*

**2. Gab es Probleme hinsichtlich einzelner Qualitätsindikatoren, der dazugehörigen Rechenregeln oder der Indikatorenergebnisse?**

Eine zweite LAG thematisierte, wie auch schon die erste LAG bei der ersten Frage, Probleme in der Zuordnung von Blutungsereignissen, bei denen bspw. Transfusionen aufgrund anderer Vorerkrankungen oder Eingriffe als der Cholezystektomie verabreicht wurden. Außerdem wurden weitere Fälle berichtet, bei denen Reinterventionen angerechnet wurden, die jedoch laut Dokumentation des Leistungserbringers nicht stattgefunden haben.

Die zweite LAG merkte weiter an, dass Kliniken bei den Follow-up-Indikatoren die Auffälligkeiten aufgrund fehlender Informationen aus den Sozialdaten nicht nachvollziehen konnten. Die LAG betonte, dass an dieser Stelle eindeutig Nachbesserungsbedarf in der Richtlinie bestünde bezüglich der Verfügbarkeit von Informationen zu Patientinnen und Patienten, die bei anderen Leistungserbringern (weiter-)behandelt wurden.

**3. Gab es Probleme hinsichtlich der qualitätssichernden Maßnahmen bzw. des Stellungnahmeverfahrens?**

Eine LAG führte an, dass aufgrund der Empfehlung des IQTIG und der Zustimmung des G-BA kein Stellungnahmeverfahren im Jahr 2021 durchgeführt wurde.

**4. Gibt es aus Ihrer Sicht anderweitige Themen oder Probleme?**

Eine LAG gab an, dass die noch fehlende Risikoadjustierung die Ergebnisse derzeit nur bedingt einordnen lässt.

## 5 Fazit und Ausblick

Im vorliegenden Bundesqualitätsbericht können zum zweiten Mal die Ergebnisse des Verfahrens *QS CHE* berichtet werden. Es ist das einzige Verfahren, bei welchem alle Indikatoren neben fallbezogenen QS-Daten auch Sozialdaten bei den Krankenkassen nutzen.

*QS CHE* befindet sich weiterhin im Aufbau. Diverse Anfangsfehler bspw. bei der Datenübermittlung/-verarbeitung der Sozialdaten bei den Krankenkassen konnten bereits ausgeräumt werden, sodass auch im zweiten Jahr die Auswertungen beschleunigt bereitgestellt und somit eine feste Auswertungssystematik (ein Indikatorenset mit Betrachtung unterschiedlicher Erfassungsjahre) etabliert werden konnte. Zum jetzigen Zeitpunkt bleibt die weitere Ausrichtung des Verfahrens abzuwarten, da ein kompletter Verfahrenszyklus noch nicht abgeschlossen werden konnte. Die praktische Umsetzung in Form eines Stellungnahmeverfahrens und weiterer qualitätssichernder Maßnahmen durch die Fachkommissionen auf Landesebene ist bisher weiterhin ausstehend. Wenn sich die praktische Umsetzung auf Landesebene etabliert hat, werden die jeweiligen Rückmeldungen weiteren inhaltlichen Anpassungsbedarf sowie neue Qualitätsaspekte für das Verfahren aufzeigen. Durch das Engagement einzelner LAG konnten bereits jetzt sinnvolle Verbesserungen angestoßen werden. Um ein Stellungnahmeverfahren durchführen zu können, ist es zwingend notwendig, dass der G-BA die Möglichkeiten schafft, Daten unterschiedlicher Leistungserbringer bzw. unterschiedliche Datenquellen in Follow-up-Indikatoren zusammenzuführen. Mit der Erstellung der Mandantenfähigen Datenbank hat das IQTIG gemäß Richtlinienbeauftragung den Weg geebnet, um Leistungserbringern und LAG unterjährig oder bei der Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens nach definierten Kriterien den Zugriff auf fallbezogene Daten zu ermöglichen. Hierfür müssen jedoch die datenschutzrechtlichen Bedenken ausgeräumt und die Datenzusammenführung und Zugriffsrechte in der DeQS-RL strukturell verankert werden. Solange diese rechtliche Grundlage aussteht, kann die Patientenkarriere für alle Indikatoren des Verfahrens nicht adäquat nachverfolgt und Komplikationen nicht vollumfassend bewertet werden, sobald eine Weiterbehandlung in einer anderen Einrichtung erfolgt als der, die den Indexeingriff vorgenommen hat.

Mit dem Expertengremium auf Bundesebene wurden die komplexen Rechenregeln der sozialdatenbasierten Indikatoren weiteren Prüfungen unterzogen und umfassend überarbeitet. Außerdem wurden die Ein- und Ausschlusskriterien hinsichtlich der einzelnen Verfahrensfiler weiter aktualisiert. Dadurch konnten Indikatoren wie bspw. der Indikator „Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres“ (ID 58005) weiter geschärft werden, um ein mögliches Komplikationsgeschehen nach einer Cholezystektomie kausal und valide abzubilden. Probleme in der Zuordnung von Komplikationsereignissen, aufgrund anderer Vorerkrankungen oder Eingriffe als der Cholezystektomie, können u. U. durch die automatisierte Datenerfassung zu falschen rechnerischen Auffälligkeiten führen. Für eine adäquate Einschätzung der Fehleranfälligkeit sind die Einschätzungen und Bewertungen aus den zukünftigen Stellungnahmeverfahren essenziell. Anhand dessen muss geprüft werden, ob und inwieweit Ausschlüsse inhaltlich definiert und praktisch umgesetzt werden können.

QS CHE betritt in vielen Bereichen Neuland. So wurde im vergangenen Jahr die gängige Berichtsstruktur speziell für das Verfahren angepasst, da es nunmehr möglich sein musste, ein Indikatorset mit unterschiedlichen Erfassungsjahren und Datenquellen in einem Auswertungsbericht darstellen zu können. Auch das Zusammenspiel von fallbezogener QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen wird zukünftig weiter überarbeitet und optimiert werden, um die Dokumentationsaufwände für Leistungserbringer gering zu halten und etwaige Kodier- und Dokumentationsfehler sichtbar zu machen.

Ein weiteres Ziel für das kommende Verfahrensjahr wird der Aufbau eines verfahrensspezifischen Risikoadjustierungsmodells sein. Erste Codes werden mit der Spezifikation 2023 geliefert, sodass voraussichtlich in der zweiten Jahreshälfte 2023 mit der Entwicklung eines ersten Risikoadjustierungsmodells begonnen werden kann.



## Glossar

Begriff	Erläuterung
<b>Auffälligkeit, qualitative (auffälliger Indikatorwert)</b>	Bewertung der Versorgungsqualität von Leistungserbringerergebnissen auf Grundlage eines Stellungnahmeverfahrens und einer Begutachtung durch Expertinnen und Experten, wenn diese Versorgungsqualität ein Qualitätsziel verfehlt. Stellungnahmeverfahren werden mit Leistungserbringern geführt, die rechnerisch auffällige Ergebnisse aufweisen.
<b>Auffälligkeit, rechnerische (auffälliger Indikatorwert)</b>	Bewertung der Versorgungsqualität eines Leistungserbringers auf Grundlage des Ergebnisses eines Qualitätsindikators für diesen Leistungserbringer, wenn dieses außerhalb des Referenzbereichs liegt. Ist die Abweichung vom Referenzbereich statistisch signifikant, wird das Ergebnis auch als „statistisch auffällig“ bezeichnet.
<b>Auffälligkeitskriterien</b>	Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Die Daten jedes Leistungserbringers werden anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten QS-Daten geprüft. Es werden zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden: Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.
<b>Basisdatensatz</b>	Der Basisdatensatz stellt einen dokumentationspflichten Behandlungsfall dar, welcher kein Minimaldatensatz ist. Ein Basisdatensatz kann pro Patientin oder Patient je Krankenhausaufenthalt (stationär) bzw. Behandlungsquartal (ambulant) einmal dokumentiert werden, auch wenn die Patientin oder der Patient in diesem Zeitraum mehrere Prozeduren erhält.
<b>Datenquelle</b>	Stelle, an der Daten für die Qualitätssicherung generiert oder erfasst werden. Zurzeit stehen folgende Datenquellen zur Verfügung: Dokumentation der Leistungserbringer (fallbezogen und einrichtungsbezogen), Sozialdaten bei den Krankenkassen und Befragung von Patientinnen und Patienten.
<b>Datensatz</b>	Der Begriff wird im Kontext der Qualitätssicherung unterschiedlich verwendet: 1. als eine in einer direkten Beziehung zueinander stehende Menge von Daten(-feldern), die einem Behandlungsfall bzw. einer Prozedur zuordenbar ist (bspw. ein Dokumentationsbogen); 2. als Datei, die mehrere Einzeldatensätze übergreift, bspw. ein von einer Krankenkasse übermittelter Sozialdatensatz; 3. als Spezifizierung der Auswahl und ggf. Verknüpfung zu erfassender Daten (bspw. hinsichtlich QS-Dokumentation, Sozialdaten, Klinische Krebsregister).

Begriff	Erläuterung
<b>Erfassungsjahr</b>	Jahr, dem (fall- bzw. einrichtungsbezogen) erfasste Daten für die Auswertung zugeordnet werden. Bei den meisten Verfahren entspricht dies dem Jahr, in dem eine Patientin oder ein Patient entlassen wurde; bei ambulanten Fällen sind Aufnahmejahr und Entlassungsjahr identisch, weil Aufnahme und Entlassung am selben Tag erfolgt.
<b>Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)</b>	Oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Ärztinnen, Zahnärzte und Zahnärztinnen, Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt unter anderem den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung und beschließt die Qualitätssicherungsmaßnahmen nach §§ 136 ff. SGB V.
<b>Grundgesamtheit</b>	Die Grundgesamtheit gibt alle für die Auswertung eines Indikators relevanten Behandlungsfälle an, für welche die Dokumentationspflicht ausgelöst wurde (ohne Minimaldatensätze). Die Grundgesamtheit kann von Indikator zu Indikator variieren, weil sich die Indikatoren jeweils auf eine ausgewählte Patientengruppe beziehen und nur diese in die Auswertung eingeschlossen wird. In die Grundgesamtheit können Daten aus verschiedenen Quellen (Qualitätssicherungsdaten, Sozialdaten bei den Krankenkassen oder Daten aus der Patientenbefragung) eingehen.
<b>Indikatorwert</b>	Das numerische Ergebnis, das durch Anwendung der Rechenregeln eines Qualitätsindikators auf die qualitätsbezogenen Daten resultiert.
<b>Kennzahl</b>	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen zusätzliche Informationen, zum Beispiel zu Teilpopulationen der Grundgesamtheit an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt.
<b>Leistungserbringer</b>	Einrichtungen (z. B. Krankenhäuser, Praxen, Medizinische Versorgungszentren) oder Personen (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte), die Patientinnen und Patienten medizinisch-pflegerisch versorgen.
<b>Minimaldatensatz (MDS)</b>	Ein Behandlungsfall kann als dokumentationspflichtig ausgelöst werden, obwohl eine abschlussfähige Dokumentation nicht möglich ist, weil z. B. der Eingriff abgebrochen wurde. Für diesen Fall wird anstatt der vollen Dokumentation nur ein sogenannter Minimaldatensatz fällig. Minimaldatensätze werden in der Auswertung der Qualitätsindikatoren nicht berücksichtigt und dienen lediglich dem Fallzahlabgleich.

Begriff	Erläuterung
<p><b>O, E, N</b> (<b>O / N, O / E, E / N</b>)</p>	<p>O (observed) bezeichnet die Anzahl der beobachteten Zählerereignisse. Der Quotient <math>O / N</math> ist die beobachtete Rate (z. B. Anteil der Fälle mit Komplikationen) und wird in Prozent ausgedrückt. Das Ergebnis eines ratenbasierten Qualitätsindikators ist eine solche beobachtete Rate.</p> <p>E (expected) bezeichnet bei risikoadjustierten Indikatoren die erwartete Anzahl an interessierenden Ereignissen (z. B. Komplikationen). Das Ergebnis des Qualitätsindikators ist in diesem Fall der Quotient <math>O / E</math> aus beobachteter und erwarteter Anzahl an Ereignissen. Ein Wert von <math>O / E = 2</math> bedeutet, dass doppelt so viele Ereignisse eingetreten sind, wie unter Berücksichtigung der Patientencharakteristika erwartet. Zusätzlich zu <math>O / N</math> und <math>O / E</math> wird auch der Quotient <math>E / N</math> dargestellt, also die erwartete Rate an interessierenden Ereignissen (in Prozent). <math>E / N</math> ist ein Maß für das durchschnittliche Risiko der behandelten Patientinnen und Patienten.</p> <p>N bezeichnet die Anzahl der Fälle in der Grundgesamtheit.</p>
<p><b>Perzentile</b></p>	<p>Perzentile werden zur Beschreibung der Lage einzelner Leistungserbringerergebnisse relativ zu den Ergebnissen aller anderen Leistungserbringer verwendet. Die Perzentile untergliedern die der Größe nach sortierten Werte in 100 gleich große Bereiche. Das x-te Perzentil der Leistungserbringerergebnisse ist der kleinste Wert, für den gilt, dass mindestens x % der Leistungserbringerergebnisse kleiner oder gleich diesem Wert sind. Liegen beispielsweise 1.000 der Größe nach geordnete Ergebniswerte vor, so entspricht der 250. Wert dem 25. Perzentil.</p>
<p><b>Qualitätsindikator</b></p>	<p>Qualitätsindikatoren sind quantitative Größen, die Aussagen über die Erfüllung konkreter Qualitätsanforderungen mittels eines Messverfahrens und eines Bewertungskonzepts ermöglichen. Qualitätsindikatoren umfassen die drei Komponenten Qualitätsziel, Messverfahren und Bewertungskonzept.</p>
<p><b>Qualität</b></p>	<p>Grad, in dem Merkmale eines Objekts Anforderungen erfüllen. Mit Objekt sind dabei beispielsweise auch Dienstleistungen wie eine medizinische Behandlung gemeint. Siehe auch: Versorgungsqualität.</p>
<p><b>Qualitätsmessung</b></p>	<p>Empirische Beschreibung der Erfüllung von Anforderungen anhand von Qualitätsindikatoren.</p>
<p><b>Qualitätsmodell</b></p>	<p>Die Summe der zur Beschreibung der Qualität eines Versorgungsbereichs ausgewählten Qualitätsaspekte (siehe Qualitätsaspekte). Für jeden Versorgungsbereich, in dem ein neues QS-Verfahren entworfen wird, wird ein individuelles Qualitätsmodell entwickelt, welches als Basis für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren dient.</p>

Begriff	Erläuterung
<b>Qualitätssicherung</b>	Unter Qualitätssicherung im Gesundheitswesen werden hier alle Prozesse und Maßnahmen verstanden, durch die die Qualität der Versorgung gewährleistet oder verbessert werden soll.
<b>Qualitätssicherung, externe</b>	Prozesse und Maßnahmen, durch die für ausgewählte Versorgungsbereiche die Qualität der teilnehmenden Einrichtungen bewertet wird und ggf. Handlungskonsequenzen aus den Ergebnissen initiiert werden. Externe Qualitätssicherung wird in der Regel einrichtungsübergreifend durchgeführt und mit einem Feedback an die teilnehmenden Einrichtungen verbunden.
<b>Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren)</b>	Vom G-BA in Richtlinien festgelegtes Bündel an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung in Bezug auf bestimmte medizinisch-pflegerische Leistungen und Leistungsbereiche. Dazu gehören im Wesentlichen die Festlegung der einbezogenen Leistungen oder Leistungsbereiche, Qualitätsindikatoren (mit Qualitätszielen, Mess- und Auswertungsmethoden sowie Regeln zur Bewertung), Spezifikationen (bspw. der QS-Dokumentation, des QS-Filters oder der Nutzung von Sozialdaten, sowie der zugehörigen Datenflüsse), die Auswertung, die Vorgehensweise zur Bewertung sowie die Regelung qualitätsverbessernder Maßnahmen.
<b>Qualitätsziel</b>	Anforderung an Strukturen, Prozesse oder Ergebnisse einer medizinischen Versorgungsleistung. Ein Qualitätsziel gibt die gewünschte Richtung der Ergebnisse eines Qualitätsindikators vor (z. B. „Die Sterblichkeit nach elektiver Hüftendoprothesenversorgung soll möglichst niedrig sein“).
<b>Referenzbereich</b>	Der Bereich auf der Messskala eines Qualitätsindikators, der ein bestimmtes Qualitätsniveau repräsentiert. Ein Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein Qualitätsmerkmal dar (z. B. „Eine Komplikationsrate unter 5 % entspricht erwartbarer Qualität“).
<b>Referenzwert</b>	Der Referenzwert eines Indikators ist die Grenze des Referenzbereiches, die die Indikatorergebnisse in rechnerisch auffällige und unauffällige Ergebnisse unterteilt. Referenzwerte werden entweder evidenzbasiert als feste Größe oder datengestützt auf Basis der Verteilung der Ergebnisse (als Perzentil – perzentilbasierte Referenzbereiche) festgelegt
<b>Sentinel Event</b>	Sentinel-Event-Indikatoren erfassen seltene, schwerwiegende Ereignisse (Sentinel Events) von besonderer Bedeutung. Jeder Fall stellt eine Auffälligkeit dar, die eine Einzelfallanalyse im Stellungsverfahren nach sich zieht.

Begriff	Erläuterung
<b>Sollstatistik</b>	In der Sollstatistik wird die Vollständigkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) überprüft. Gezeigt werden dokumentationspflichtige Fälle von einem Leistungserbringer der externen Qualitätssicherung in einem Erfassungsjahr und die vom Leistungserbringer abgerechneten Leistungen gemäß QS-Filter.
<b>Sozialdaten bei den Krankenkassen</b>	Daten, die die Krankenkassen nach § 284 SGB V erheben und speichern. Dazu gehören u. a. Abrechnungsdaten für medizinische Behandlungen und Versichertenstammdaten. Nach § 299 Abs. 1a SGB V dürfen diese in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung genutzt werden.
<b>Stellungnahmeverfahren</b>	Liegen die Ergebnisse eines Leistungserbringers für einen Qualitätsindikator außerhalb des dafür festgelegten Referenzbereichs, wird das Stellungnahmeverfahren von der jeweils zuständigen Landesarbeitsgemeinschaft eingeleitet. Darin soll überprüft werden, ob neben der rechnerischen Auffälligkeit auch eine qualitative Auffälligkeit vorliegt. Das Stellungnahmeverfahren kann in Form einer angeforderten schriftlichen Stellungnahme, eines Gespräches sowie einer Begehung der Einrichtung durchgeführt werden.
<b>Versorgungsqualität</b>	Grad, in dem die Gesundheitsversorgung von Einzelpersonen und Populationen Anforderungen erfüllt, die patientenzentriert sind und mit professionellem Wissen übereinstimmen
<b>Vertrauensbereich (Konfidenzintervall)</b>	Bereich um einen empirisch bestimmten Wert (z. B. Indikatorwert), innerhalb dessen unter Berücksichtigung aller zufälligen Einflüsse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit (meist festgelegt als 95 %) der zugrunde liegende Wert liegt.
<b>Zähler</b>	Der Zähler gibt an, bei wie vielen Fällen aus der Grundgesamtheit das für die Auswertung des Indikators interessierende Ereignis (zum Beispiel das Auftreten von Komplikationen) zutrifft.

## Literatur

- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2013): Weiterentwicklung des Leistungsbereichs Cholezystektomie. Indikatorenset 1.0. Stand: 31.07.2013. Göttingen: AQUA. Signatur: 13-SQG-010b. URL: [https://sqq.de/upload/CONTENT/Technische\\_Entwicklung/Cholezystektomie/Weiterentwicklung\\_Cholezystektomie\\_Indikatorenset-1.0.pdf](https://sqq.de/upload/CONTENT/Technische_Entwicklung/Cholezystektomie/Weiterentwicklung_Cholezystektomie_Indikatorenset-1.0.pdf) (abgerufen am: 26.01.2018).
- Brüggmann, D; Tchartchian, G; Wallwiener, M; Münstedt, K; Tinneberg, H-R; Hackethal, A (2010): Intraabdominale Adhäsionen. Definition, Entstehung, Bedeutung in der operativen Medizin und Möglichkeiten der Reduktion. *Deutsches Ärzteblatt* 107(44): 769-775. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0769.
- de'Angelis, N; Catena, F; Memeo, R; Coccolini, F; Martínez-Pérez, A; Romeo, OM; et al. (2021): 2020 WSES guidelines for the detection and management of bile duct injury during cholecystectomy. *World Journal of Emergency Surgery* 16:30. DOI: 10.1186/s13017-021-00369-w.
- Gutt, C; Jenssen, C; Barreiros, AP; Gotze, TO; Stokes, CS; Jansen, PL; et al. (2018): AWMF-Registernummer 021-008. Aktualisierte S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) zur Prävention, Diagnostik und Behandlung von Gallensteinen [Langfassung]. *Zeitschrift für Gastroenterologie* 56(8): 912-966. DOI: 10.1055/a-0644-2972.
- Hassler, KR; Collins, JT; Philip, K; Jones, MW (2021): Laparoscopic Cholecystectomy. In: *StatPearls [Internet]*. Last Update: 21.04.2021. Treasure Island, US-FL: StatPearls Publishing. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448145/#article-24022.s1> (abgerufen am: 05.08.2021).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021): Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Empfehlungen zum Erfassungsjahr 2020. Stand: 14.07.2021. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2020/IQTIG\\_Oeffentliche-Berichterstattung-von-Ergebnissen\\_EJ-2020\\_barrierefrei\\_2021-07-14.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2020/IQTIG_Oeffentliche-Berichterstattung-von-Ergebnissen_EJ-2020_barrierefrei_2021-07-14.pdf) (abgerufen am: 13.06.2022).
- Khan, Z; Ma, K (2020): Complications of laparoscopic surgery. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine* 30(11): 342-346. DOI: 10.1016/j.ogrm.2020.09.003.
- Osterloh, F (2020): Coronavirus. Krankenhäuser verschieben planbare Eingriffe. *Deutsches Ärzteblatt International* 117(12): A575-A577. URL: <https://cfdn.aerzteblatt.de/pdf/117/12/a575.pdf?ts=17%2E03%2E2020+08%3A59%3A17> (abgerufen am: 05.08.2021).

Skovbo Jensen, SA-M; Fonnes, S; Gram-Hanssen, A; Andresen, K; Rosenberg, J (2021): Low long-term incidence of incisional hernia after cholecystectomy: A systematic review with meta-analysis. *Surgery* 169(6): 1268-1277. DOI: 10.1016/j.surg.2020.12.027.



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

# Cholezystektomie

Erfassungsjahre 2020 und 2021

Veröffentlichungsdatum: 30. Juni 2022

---



# Impressum

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-340  
Telefax: (030) 58 58 26-341

[verfahrensupport@iqtig.org](mailto:verfahrensupport@iqtig.org)  
<https://www.iqtig.org/>

## Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht.....	4
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021.....	6
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2020.....	7
Einleitung.....	8
Datengrundlagen.....	10
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten.....	10
Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen.....	12
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen.....	13
58000: Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen.....	13
58004: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen.....	15
58002: Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen.....	17
58003: Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen.....	19
58001: Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen.....	21
58005: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres.....	23
58006: Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen.....	25

## Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien (AKs) für eine Übersicht zusammengefasst.

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum des Patienten oder der Patientin liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.
- Im ersten Jahr der Datenauswertung enthielten die Datenlieferungen der gesetzlichen Krankenkassen keine vollständigen Daten zu minderjährigen Kindern, weshalb diese in den vorliegenden Auswertungen für Indexeingriffe aus dem Jahr 2020 nicht berücksichtigt werden konnten.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können. In dieser Auswertung werden die Indikatoren ohne Referenzbereich ausgegeben, da benötigte Risikoadjustierungsmodelle derzeit noch entwickelt werden.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.
- Sogenannte Follow-up-Indikatoren, sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren, werden zeitlich verzögert berichtet. Dies ist abhängig vom Nachbeobachtungszeitraum, der für das QS-Verfahren CHE bei bis zu einem Jahr liegt. Zudem können die Sozialdaten bei den Krankenkassen nur mit Zeitverzug bereitgestellt und ausgewertet werden. Deshalb werden die nachfolgenden Tabellen getrennt nach Jahr des jeweiligen Indexeingriffes aufgeführt:

- nach Follow-up-Indikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2021 sowie
  - nach Follow-up-Indikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2020
- 
- Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.
  - Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren CHE finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-che/>. Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

## Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,98 % (95. Perzentil)	0,88 % N = 149.150	0,83 % - 0,93 %
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	≤ 3,33 % (95. Perzentil)	1,16 % N = 149.150	1,11 % - 1,22 %
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	≤ 4,34 % (95. Perzentil)	1,31 % N = 149.150	1,26 % - 1,37 %
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	≤ 7,12 % (95. Perzentil)	2,64 % N = 149.150	2,56 % - 2,73 %

## Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2020

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	≤ 10,34 % (95. Perzentil)	4,18 % N = 148.420	4,08 % - 4,29 %
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	≤ 6,71 % (95. Perzentil)	2,85 % N = 148.420	2,77 % - 2,94 %
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	≤ 5,31 % (95. Perzentil)	2,07 % N = 148.420	2,00 % - 2,14 %

## Einleitung

Der vorliegende Rückmeldebericht beinhaltet die Bundesergebnisse für das QS-Verfahren Cholezystektomie (CHE).

Bei den Verfahren und Prozessen der medizinischen Qualitätssicherung stehen die Interessen der Patientinnen und Patienten im Vordergrund, mit dem Ziel, die Qualität der Versorgung zu verbessern. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) (<https://www.g-ba.de/richtlinien/105/>) das QS-Verfahren Cholezystektomie (CHE) als drittes Verfahren aufgenommen und in den dazugehörigen Themenspezifischen Bestimmungen als länderbezogenes Verfahren zur Beurteilung von stationär erbrachten Cholezystektomien (Indexeingriffe) bestimmt.

Das QS-Verfahren Cholezystektomie (QS CHE) soll sicherstellen, dass möglichst alle Patientinnen und Patienten eine qualitativ hochwertige Versorgung mit gerechtfertigter Indikationsstellung und unter Einhaltung der medizinischen Standards erhalten. Das zum Erfassungsjahr 2019 neu eingeführte QS-Verfahren verfolgt mehrere Zielsetzungen:

- Verbesserung der Durchführung der Eingriffe zur Erhöhung der Patientensicherheit
- Verringerung der Komplikationsraten während und nach den Eingriffen
- Verringerung von Folgeerkrankungen durch die Eingriffe

In Deutschland werden jährlich rund 175.000 Cholezystektomien durchgeführt, wobei in ca. 90 % aller Fälle die laparoskopische Cholezystektomie zum Einsatz kommt. Bei der operativen Versorgung eines Gallensteinleidens können vereinzelt schwerwiegende Komplikationen, wie zum Beispiel Verletzungen der Gallenwege oder der Blutgefäße, auftreten. Die Häufigkeit solcher Ereignisse wird im Rahmen des QS-Verfahrens Cholezystektomie betrachtet und analysiert.

Die Qualitätsindikatoren des Verfahrens Cholezystektomie beziehen sich entsprechend auf operationsbedingte Gallenwegskomplikationen, wie intraoperative Verletzungen, Durchtrennung oder Verschluss des Ductus hepatocholedochus und auf eingriffsspezifische Infektionen sowie interventionsbedürftige Blutungen. Zusätzlich werden weitere allgemeine postoperative Komplikationen (nach 30 bzw. 365 Tagen) sowie Reinterventionen und die Sterblichkeit nach 90 Tagen betrachtet.

Alle sieben Qualitätsindikatoren basieren auf Informationen aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und ziehen zusätzlich Informationen aus den Sozialdaten bei den gesetzlichen Krankenkassen für die Berechnung heran.

Die QS-Dokumentationsdaten werden jährlich von den Leistungserbringern dokumentiert und

quartalsweise sowie abschließend jährlich über die Datenannahmestellen (DAS) an das IQTIG übermittelt. Auch Sozialdaten bei den gesetzlichen Krankenkassen (Abrechnungsdaten sowie Versichertenstammdaten) werden in regelmäßigen Abständen an das IQTIG übermittelt.

Analog zu den erfassten QS-Dokumentationsdaten wird im Vorfeld der Sozialdatenlieferungen mittels einer Spezifikation festgelegt, welche Informationen aus den Sozialdaten bei den gesetzlichen Krankenkassen an das IQTIG übermittelt werden müssen. Die Selektion der Daten findet mittels eines sogenannten Patientenfilters statt, welcher die zu übermittelnden Patienten und Patientinnen bzw. Versicherten definiert (hier: Abrechnung einer Cholezystektomie in einem definierten Zeitraum). In einem zweiten Schritt wird dann durch die Krankenkasse überprüft, welche Leistungen bzw. Medikamente für den definierten Patienten abgerechnet wurden. Traten in einem bestimmten Zeitraum eine oder mehrere der zuvor definierten Diagnosen, Eingriffe, Abrechnungskodes oder Verordnungen auf, so werden auch diese Informationen an das IQTIG, zusammen mit den sogenannten Versichertenstammdaten, pseudonymisiert übermittelt.

Im Anschluss werden die übermittelten Sozialdaten mit den QS-Dokumentationsdaten über ein eindeutiges Patientenpseudonym (Patientenidentifizierende Daten – PID) verknüpft. Für die Verknüpfung der beiden Datensätze gilt, dass die QS-Dokumentationsdaten führend sind, d. h. es wird für jeden QS-Dokumentationsdatensatz per PID geprüft, ob ein entsprechender Sozialdatensatz vorliegt. Ist dies der Fall, werden die Datensätze verknüpft. Nicht verknüpfbare QS-Dokumentationsdatensätze bzw. Sozialdatensätze können für die QI-Berechnung aktuell nicht ausgewertet bzw. berücksichtigt werden. Im Kapitel Datengrundlagen wird die Information zur Anzahl der verknüpfbaren QS- mit den Sozialdatendatensätzen berichtet. Im Verfahren QS CHE enthält ein Berichtsjahr immer Auswertungen von 2 Indexjahren:

- für Indikatoren mit Follow-up-Intervallen von 90 und 365 Tagen (QI-ID 58001, 58005, 58006): Auswertung im zweiten Jahr nach dem Indexeingriff
- für den Indikator mit einem Follow-up bis zu 30 Tagen (QI-ID 58000, 58002, 58003, 58004): Auswertung im ersten Jahr nach dem Indexeingriff

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren CHE finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-che/>. Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.



## Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf zwei unterschiedlichen Datenquellen (QS-Dokumentationsdaten durch den Leistungserbringer und den Sozialdaten der Krankenkassen) sowie unterschiedlichen Datenjahren. Alle Indikatoren des QS-Verfahrens Cholezystektomie basieren auf einer Kombination beider Datenquellen. Die Datengrundlage umfasst im Folgenden:

Übersicht über die in die Auswertung eingezogenen QS-Dokumentationsdaten:

- Datengrundlage nach Standort
- Vollzähligkeitsanalyse nach Institutskennzeichen-Nummer bzw. Betriebsstättennummer

Übersicht über die in die Auswertung eingezogenen Sozialdaten bei den Krankenkassen:

- Anzahl der gelieferten Datensätze durch die Krankenkassen
- Anzahl der mit QS-Datensätzen verknüpften Sozialdatensätze

Bitte beachten Sie, dass auf den Daten des Erfassungsjahres 2021 in diesem Bericht nur die Indikatoren mit einem Follow-up bis zu 30 Tagen berechnet werden. Im nächsten Jahr werden sämtliche Indikatoren auf den Daten des Erfassungsjahres 2021 ausgewertet. Durch Korrekturen und Nachlieferungen durch die Krankenkassen kann sich die Verknüpfungsrate noch einmal ändern.

### Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die nachfolgende Tabelle stellt die nach Standortnummer (vgl. auch Standortverzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V) eingegangenen QS-Dokumentationsdaten für das Erfassungsjahr 2021 bzw. 2020 dar.

Die Vollzähligkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) wird anhand der Sollstatistik überprüft.

Die Sollstatistik zeigt anhand der beim Leistungserbringer abgerechneten Leistungen gemäß QS-Filter, wie viele Fälle bei einem Leistungserbringer für die externe Qualitätssicherung in einem Erfassungsjahr dokumentationspflichtig waren. Diese Informationen werden zusätzlich zu den QS-Dokumentationsdaten an das IQTIG übermittelt. Die übermittelten Daten zur Sollstatistik bilden die Grundlage für die Ermittlung der Vollzähligkeit bei den Leistungserbringern.

Für das QS-Verfahren CHE erfolgt die Auswertung entsprechend dem behandelnden Standort, da es bspw. sein kann, dass der entlassende Standort nicht immer auch der leistungserbringende Standort ist. Dies kann je nach Leistungserbringer unterschiedlich sein. Die Sollstatistik basiert jedoch auf dem entlassenen Standort. Eine Umstellung der Sollstatistik

vom entlassenen Standort auf den behandelnden Standort ist nicht möglich, da letzterer nicht immer der abrechnende oder der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist.

Ab dem Jahr 2020 wurde, gemäß Spezifikation, die Sollstatistik vom Standortbezug entkoppelt und auf Ebene des Institutionskennzeichens erstellt. Die Darstellung der Datengrundlage, sowie Vollständigkeit in den Berichten, erfolgt daher ebenfalls auf Ebene des Institutionskennzeichens.

Erfassungsjahr 2021		geliefert	erwartet	Vollständigkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	149.788	149.417	100,25
	Basisdatensatz	149.756		
	MDS	32		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		967	965	100,21
Anzahl ausgewerteter Standorte Bund (gesamt)		1.116		
Anzahl entlassender Standorte Bund (gesamt)		1.157		

Erfassungsjahr 2020		geliefert	erwartet	Vollständigkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	149.400	149.556	99,90
	Basisdatensatz	149.366		
	MDS	34		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		973	977	99,59
Anzahl ausgewerteter Standorte Bund (gesamt)		1.173		
Anzahl entlassender Standorte Bund (gesamt)		1.219		

## Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die nachfolgenden Tabellen stellen die Anzahl der übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2021 bzw. 2020 auf Ebene des Leistungserbringers dar. Die letzte Spalte weist die Verknüpfungsrate mittels elektronischer Gesundheitskarten-Pseudonym (PID) mit den für Indexeingriffe des Erfassungsjahres 2021 bzw. 2020 gelieferten QS-Daten auf. Für die Verknüpfung der beiden Datensätze gilt, dass die QS-Dokumentationsdaten führend sind, d. h. es wird für jeden QS-Dokumentationsdatensatz per PID geprüft, ob ein entsprechender Sozialdatensatz vorliegt. Ist dies der Fall, werden die Datensätze verknüpft. Nicht verknüpfbare QS-Dokumentationsdatensätze bzw. Sozialdatensätze können für die QI-Berechnung aktuell nicht ausgewertet bzw. berücksichtigt werden.

### Verknüpfungsrate mit Sozialdaten

Erfassungsjahr 2021	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten
Bund (gesamt)	149.756	99,60 N = 149.150

### Verknüpfungsrate mit Sozialdaten

Erfassungsjahr 2020	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten
Bund (gesamt)	149.366	99,37 N = 148.420

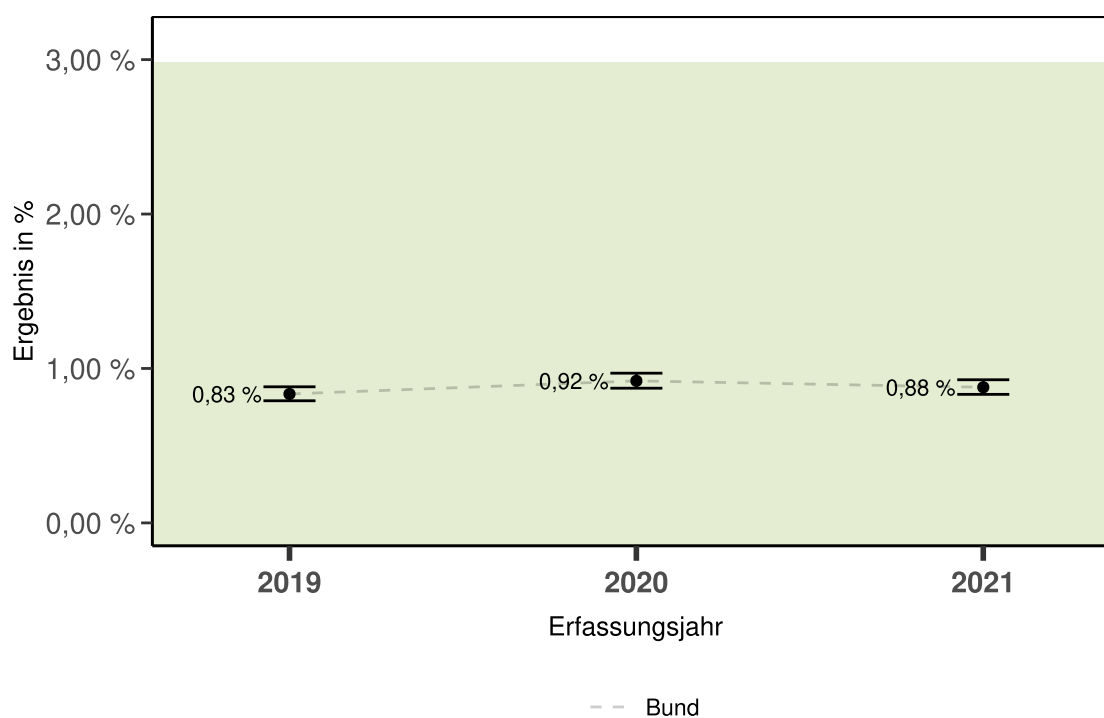
## Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

### 58000: Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen

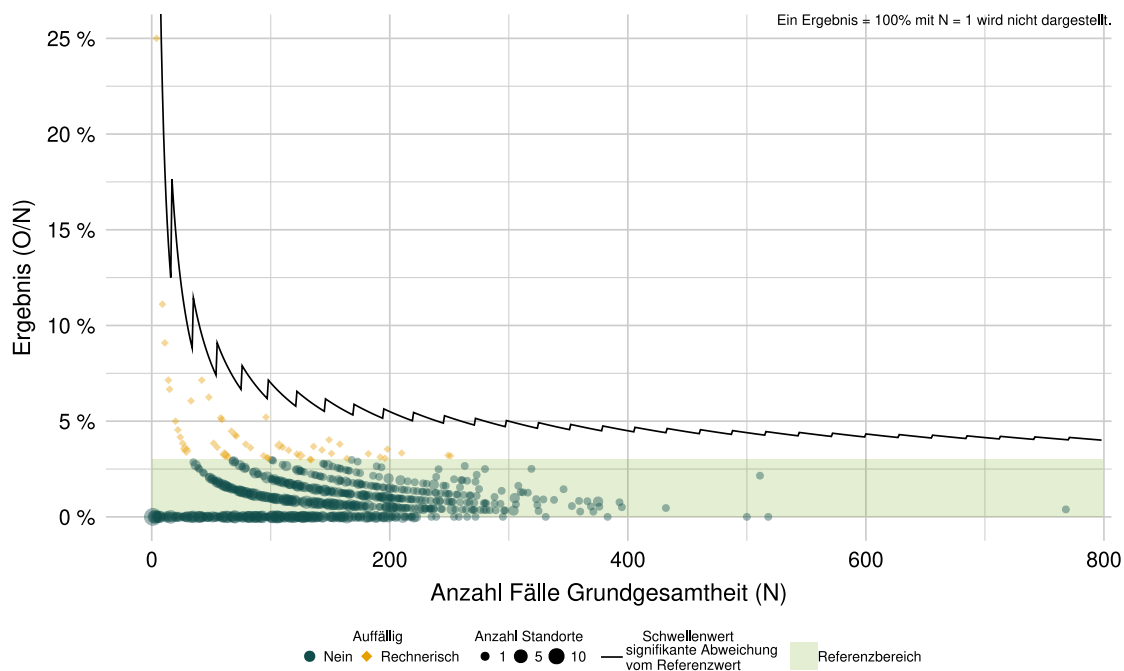
Qualitätsziel	Möglichst wenig operationsbedingte Gallenwegskomplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
ID	58000
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit operationsbedingten Gallenwegskomplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
Referenzbereich	≤ 2,98 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

#### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

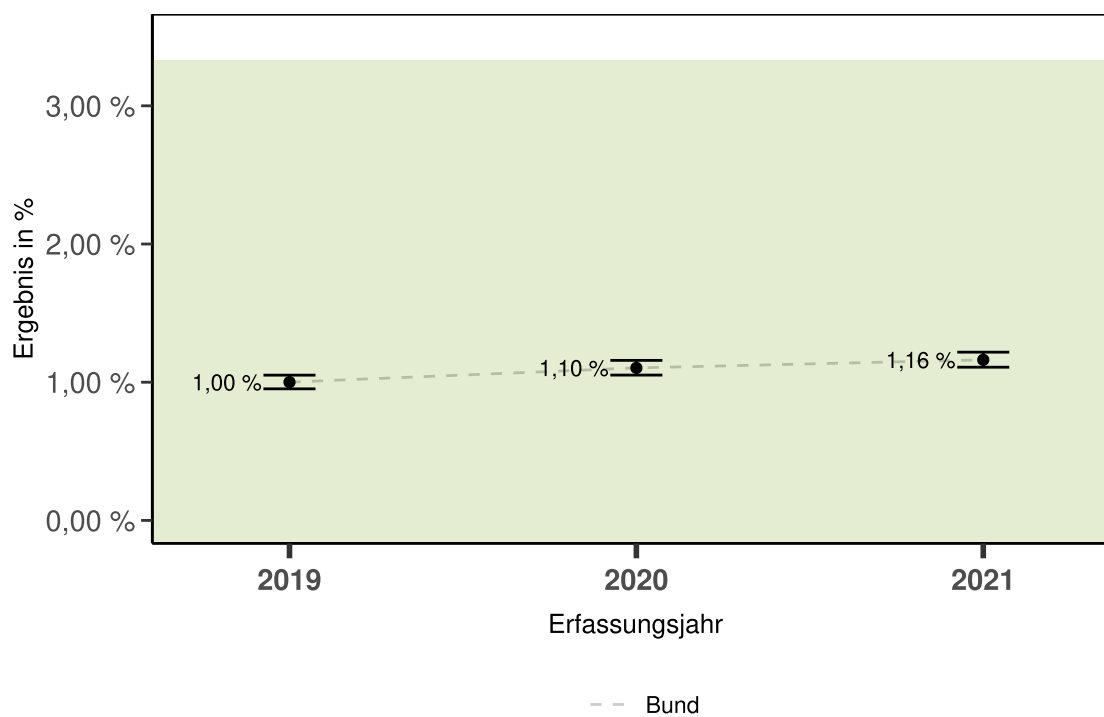
EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Bund</b>	2019: 1.296 / 155.229 2020: 1.365 / 148.420 <b>2021: 1.310 / 149.150</b>	2019: 0,83 % 2020: 0,92 % <b>2021: 0,88 %</b>	2019: 0,79 % - 0,88 % 2020: 0,87 % - 0,97 % <b>2021: 0,83 % - 0,93 %</b>

### 58004: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen

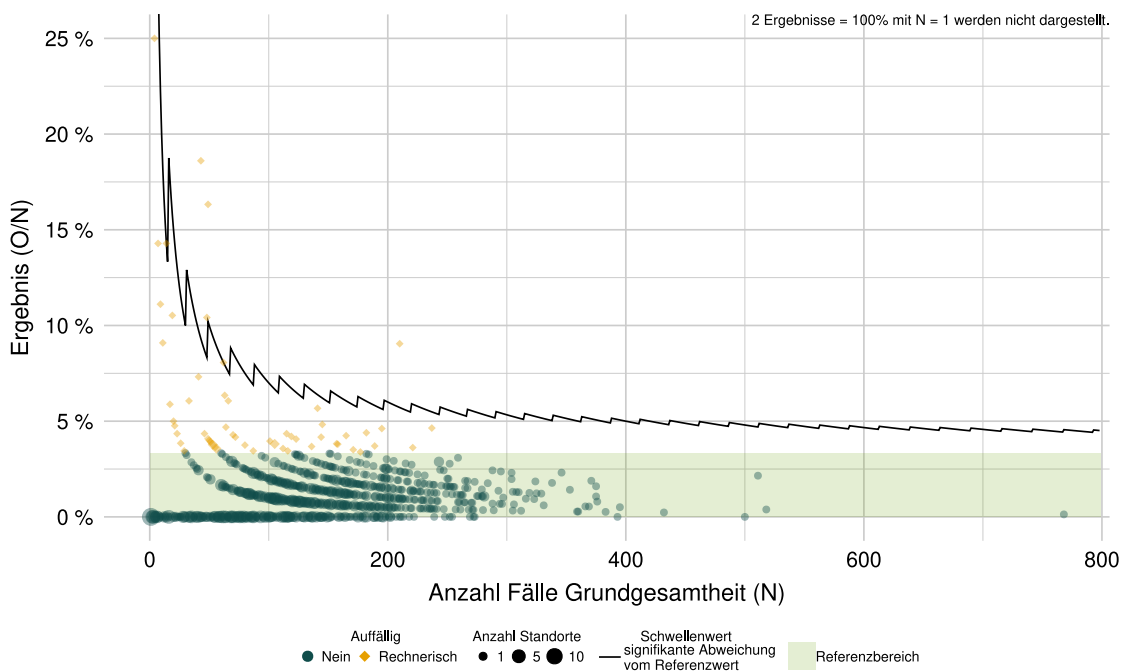
Qualitätsziel	Möglichst wenig weitere postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
ID	58004
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit weiteren Komplikationen bei Cholezystektomie intra- oder postoperativ innerhalb von 30 Tagen
Referenzbereich	≤ 3,33 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

#### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

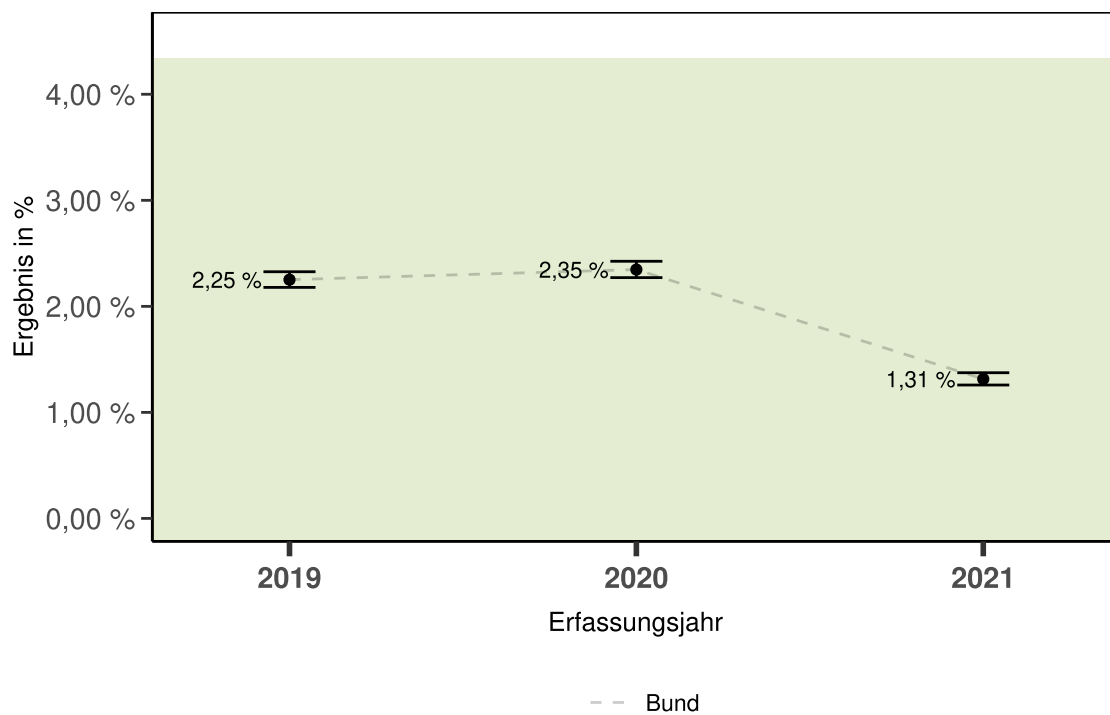
EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Bund</b>	2019: 1.553 / 155.229 2020: 1.638 / 148.420 2021: 1.733 / 149.150	2019: 1,00 % 2020: 1,10 % 2021: 1,16 %	2019: 0,95 % - 1,05 % 2020: 1,05 % - 1,16 % 2021: 1,11 % - 1,22 %

## 58002: Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen

Qualitätsziel	Möglichst wenig eingriffsspezifische Infektionen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
ID	58002
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit eingriffsspezifischen Infektionen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
Referenzbereich	≤ 4,34 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

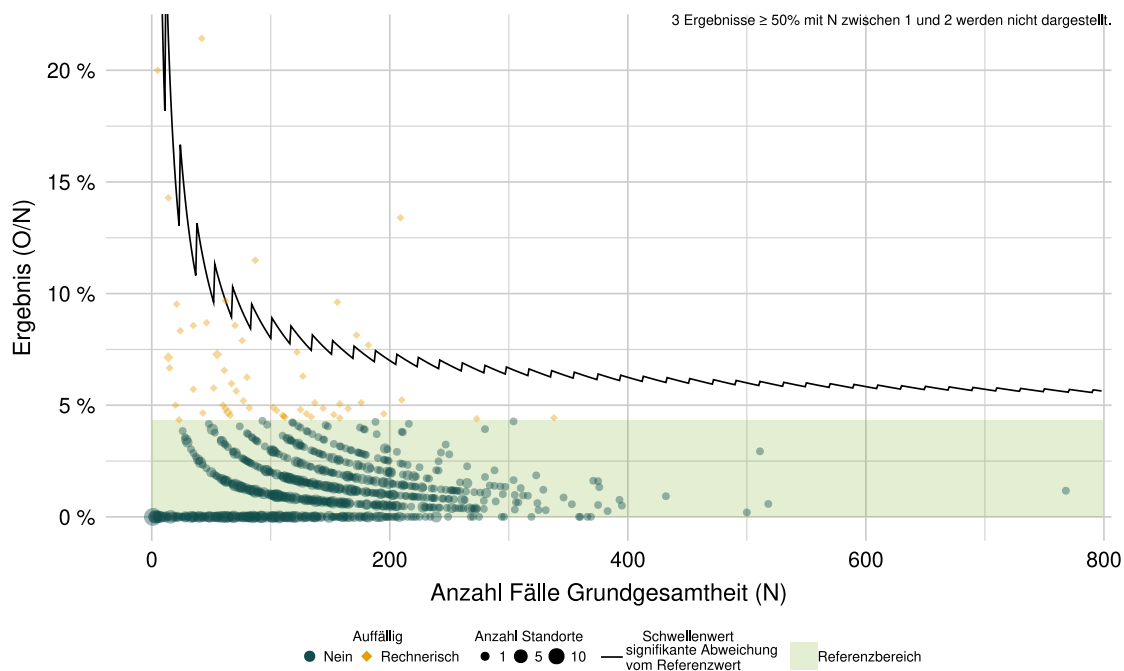
### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre





### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

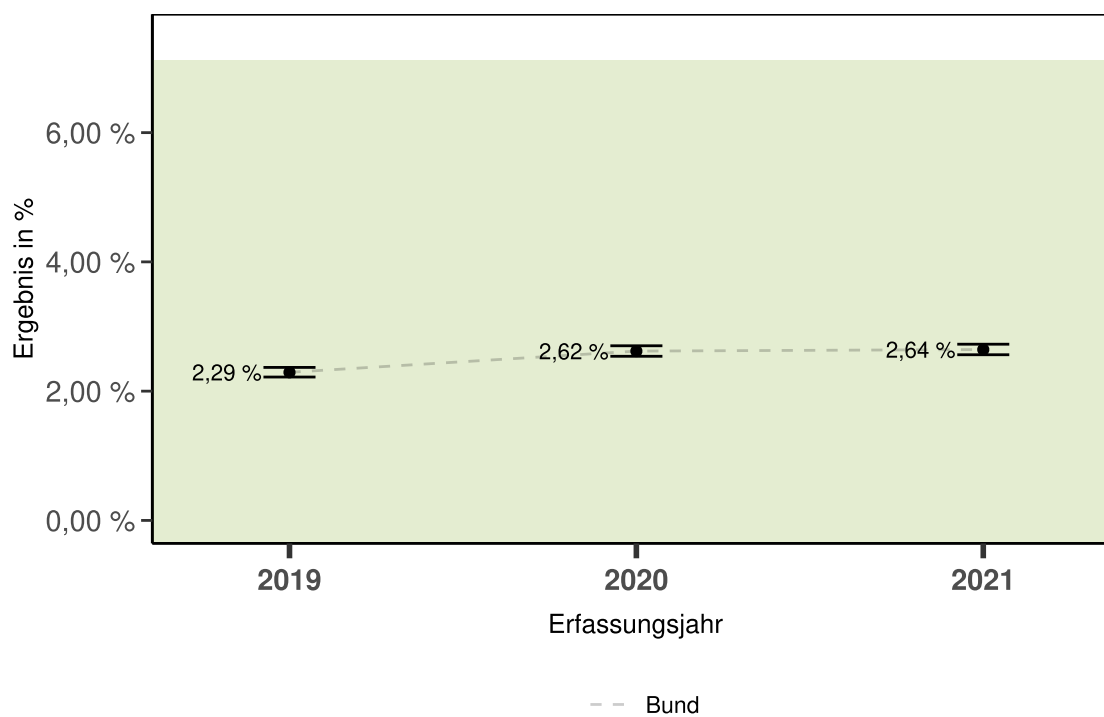
EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Bund</b>	2019: 3.495 / 155.229 2020: 3.483 / 148.420 2021: 1.961 / 149.150	2019: 2,25 % 2020: 2,35 % 2021: 1,31 %	2019: 2,18 % - 2,33 % 2020: 2,27 % - 2,42 % 2021: 1,26 % - 1,37 %

### 58003: Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen

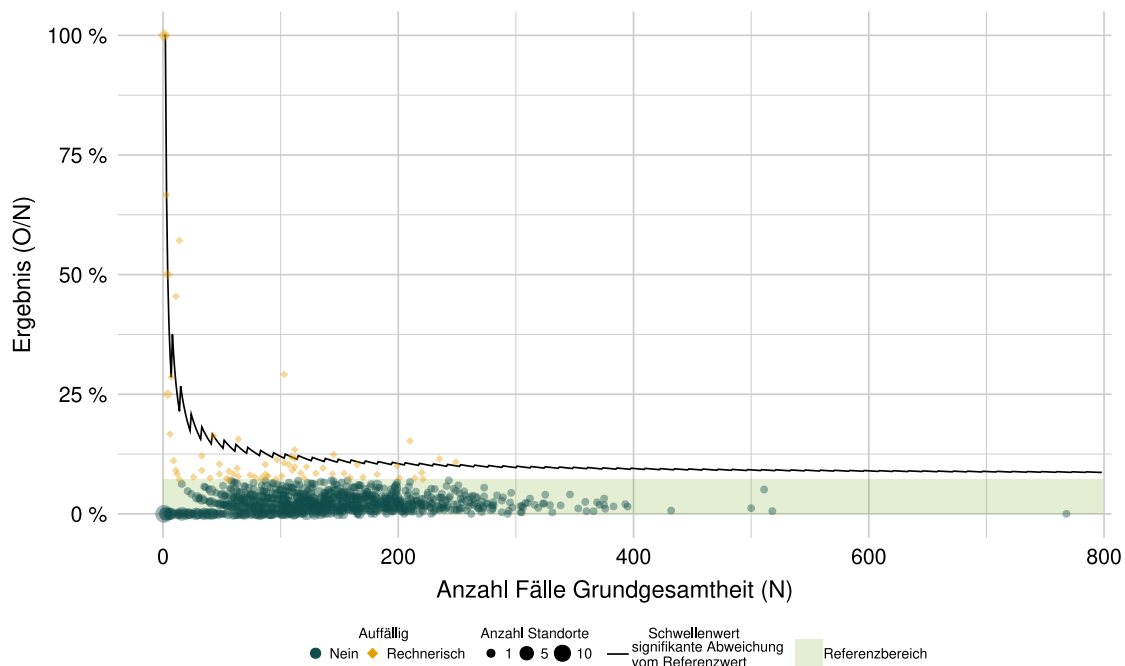
Qualitätsziel	Möglichst wenig postoperative interventionsbedürftige Blutungen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
ID	58003
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit postoperativen interventionsbedürftigen Blutungen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
Referenzbereich	≤ 7,12 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

#### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

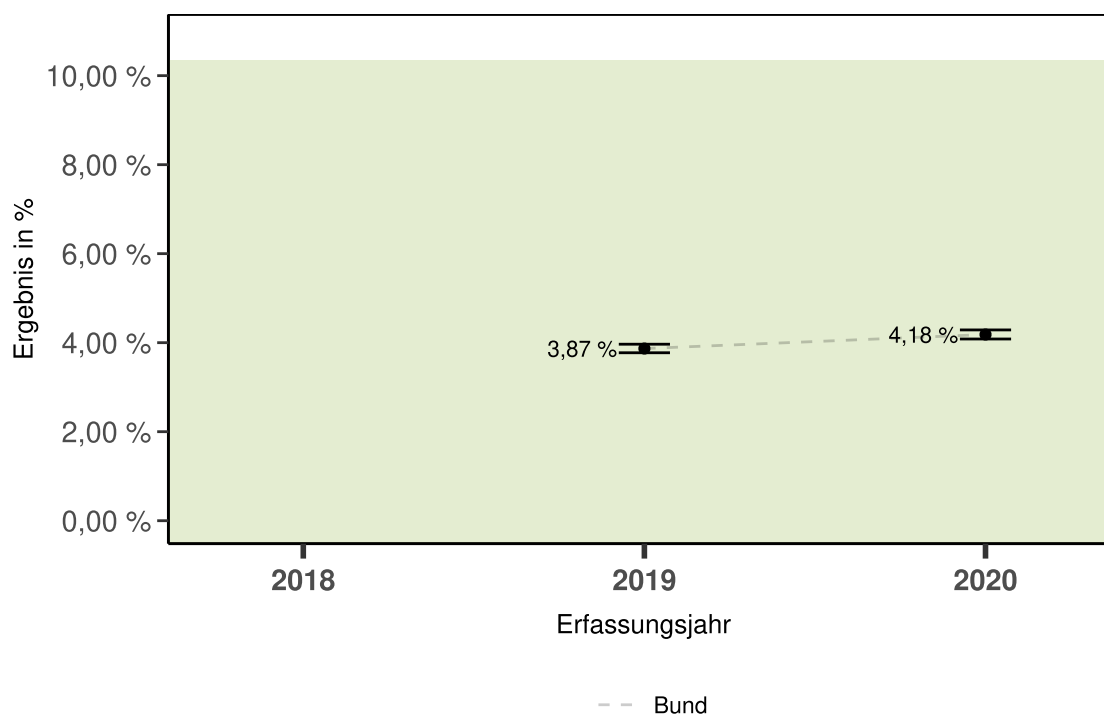
EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Bund</b>	2019: 3.557 / 155.229 2020: 3.888 / 148.420 <b>2021: 3.943 / 149.150</b>	2019: 2,29 % 2020: 2,62 % <b>2021: 2,64 %</b>	2019: 2,22 % - 2,37 % 2020: 2,54 % - 2,70 % <b>2021: 2,56 % - 2,73 %</b>

### 58001: Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen

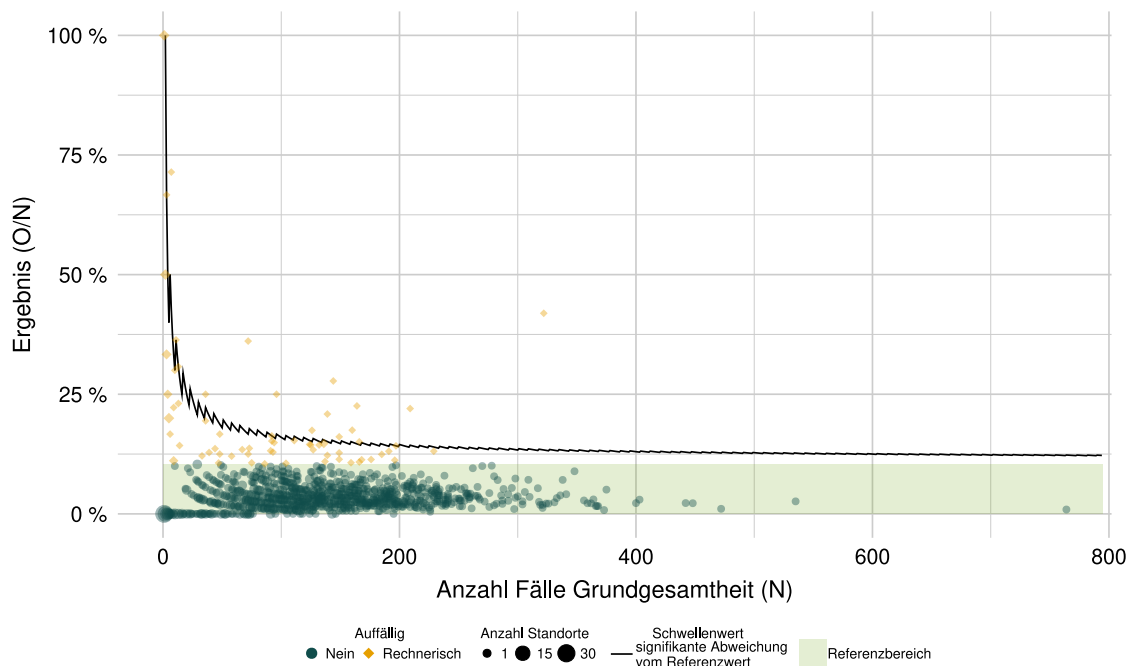
Qualitätsziel	Möglichst wenig Reinterventionen aufgrund von Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie
ID	58001
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Reintervention aufgrund von postoperativen Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einer Cholezystektomie
Referenzbereich	≤ 10,34 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

#### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

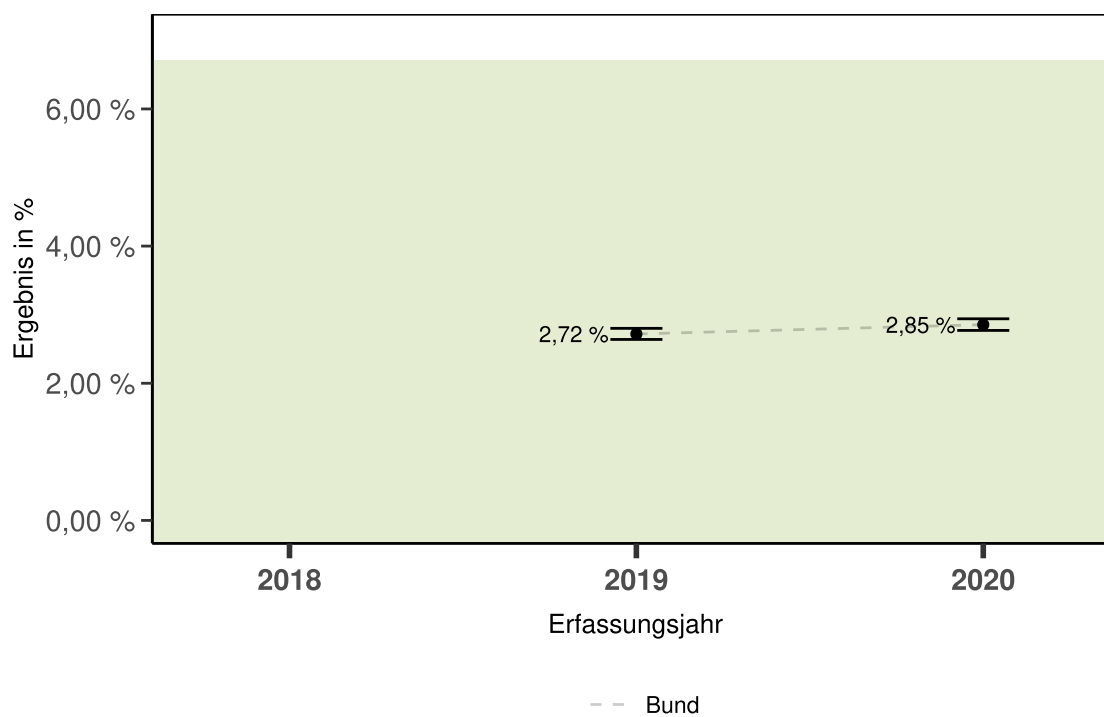
EJ 2020	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Bund</b>	2018: - / - 2019: 6.005 / 155.229 2020: 6.209 / 148.420	2018: - 2019: 3,87 % 2020: 4,18 %	2018: - 2019: 3,77 % - 3,97 % 2020: 4,08 % - 4,29 %

### 58005: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres

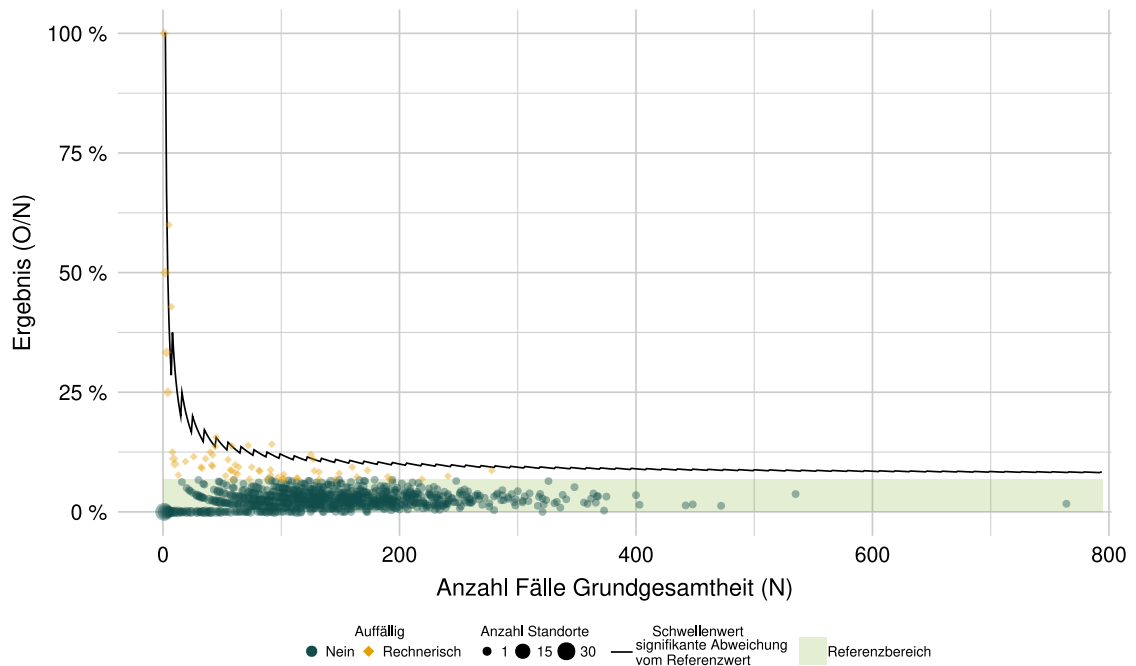
Qualitätsziel	Möglichst wenig weitere postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 365 Tagen nach Cholezystektomie
ID	58005
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit weiteren Komplikationen bei Cholezystektomie postoperativ innerhalb von 365 Tagen
Referenzbereich	≤ 6,71 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

#### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

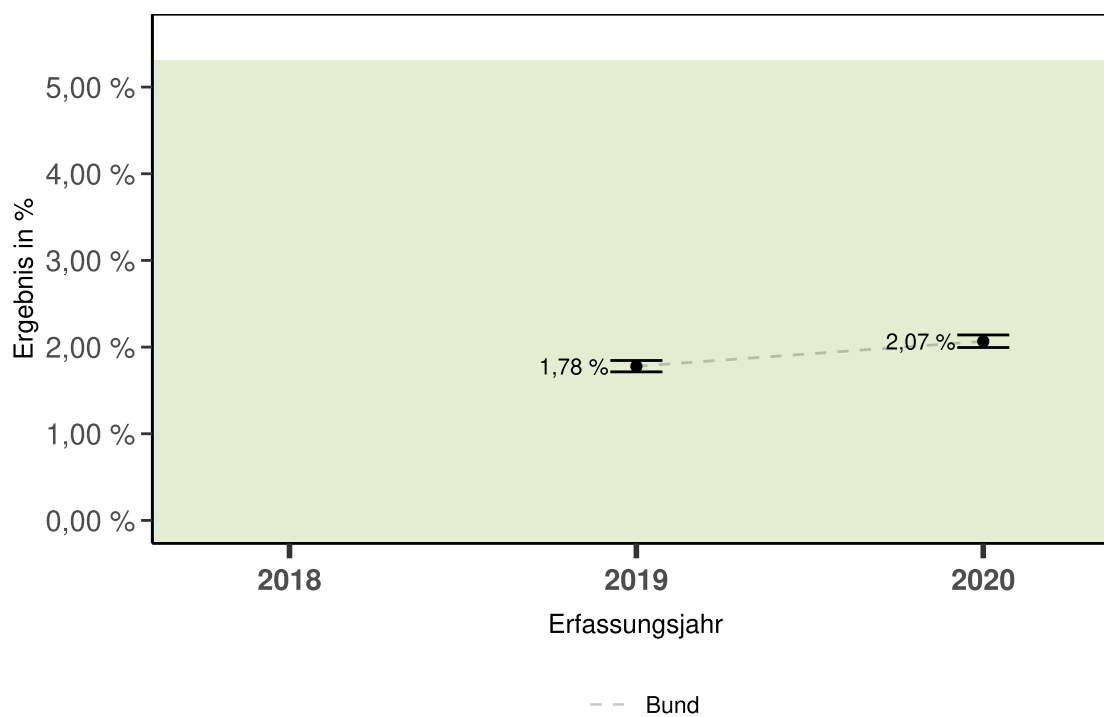
EJ 2020	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Bund</b>	2018: - / - 2019: 4.220 / 155.229 2020: 4.236 / 148.420	2018: - 2019: 2,72 % 2020: 2,85 %	2018: - 2019: 2,64 % - 2,80 % 2020: 2,77 % - 2,94 %

## 58006: Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen

Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie
ID	58006
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie
Referenzbereich	≤ 5,31 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

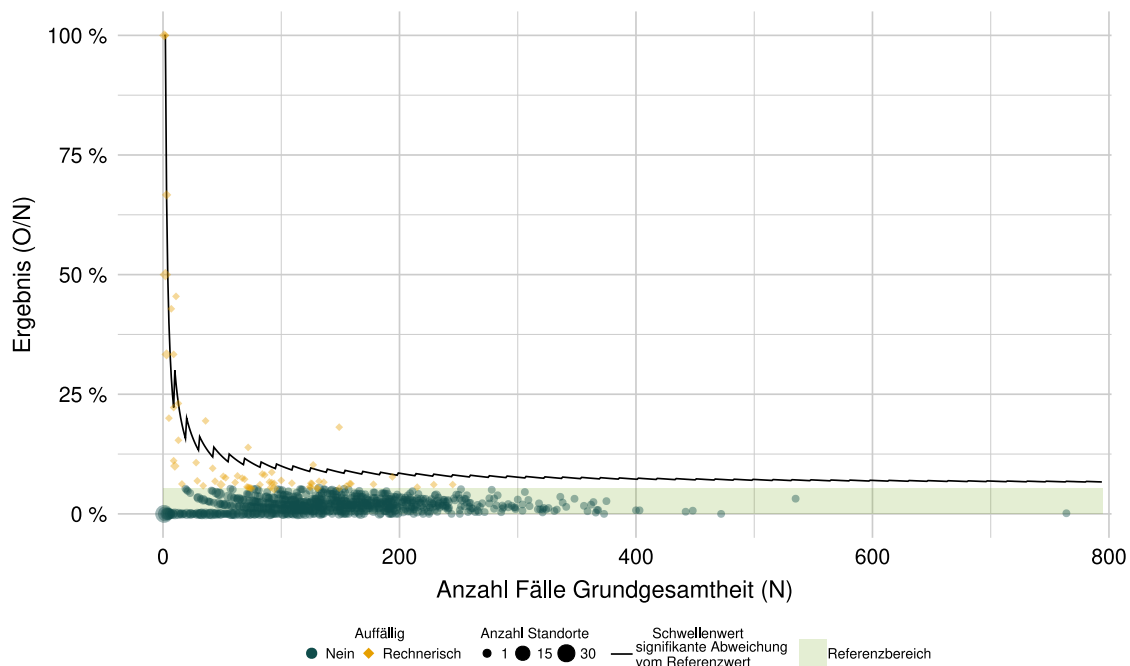
### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre





### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

EJ 2020	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Bund</b>	2018: - / - 2019: 2.761 / 155.229 2020: 3.067 / 148.420	2018: - 2019: 1,78 % 2020: 2,07 %	2018: - 2019: 1,71 % - 1,85 % 2020: 2,00 % - 2,14 %