



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesqualitätsbericht 2021

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

Erfassungsjahre 2019 bis 2020

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 17. Dezember 2021

---

# Impressum

**Thema:**

Bundesqualitätsbericht 2021. QS-Verfahren *Cholezystektomie*. Erfassungsjahre 2019 bis 2020

**Ansprechpartnerin:**

Theresia Höhne

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum der Abgabe:**

16. August 2021, aktualisierte Version am 15. Oktober 2021 und 17. Dezember 2021

**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
Vorbemerkung .....	6
1 Hintergrund .....	7
2 Einordnung der Ergebnisse .....	10
2.1 Datengrundlage.....	10
2.2 Risikoadjustierung.....	15
2.3 Ergebnisse der Qualitätsindikatoren.....	16
3 Evaluation (EJ 2019) .....	23
4 Datenvalidierung .....	25
5 Fazit und Empfehlungen.....	26
Literatur.....	28

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die Qualitätsindikatoren (EJ 2019) .....	8
Tabelle 2: Übersicht über die Qualitätsindikatoren (EJ 2020) .....	9
Tabelle 3: Übersicht über Datenannahme und Auswertungsbasis (QS-Datensätze) für das Erfassungsjahr 2019 .....	11
Tabelle 4: Verknüpfungsrate übermittelter QS-Daten mit Sozialdaten für das Erfassungsjahr 2019 .....	12
Tabelle 5: Übersicht über Datenannahme und Auswertungsbasis (QS-Datensätze) für das Erfassungsjahr 2020 .....	13
Tabelle 6: Verknüpfungsrate übermittelter QS-Daten mit Sozialdaten für das Erfassungsjahr 2020 .....	15
Tabelle 7: Übersicht über vergleichbare Indikatoren der DeQS-RL (EJ 2019) vs. Weiterentwicklungsstand 2013 .....	17
Tabelle 8: Vergleich der Indikatorergebnisse (EJ 2020 vs. EJ 2019).....	21

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
aQua	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
MDS	Minimaldatensatz
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PID	patientenidentifizierende Daten
QS	Qualitätssicherung
QS CHE	QS-Verfahren <i>Cholezystektomie</i>
QS PCI	QS-Verfahren <i>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</i>
QS WI	QS-Verfahren <i>Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen</i>
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
RWI	Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung
SGB	Sozialgesetzbuch
TU	Technische Universität

## Vorbemerkung

Das QS-Verfahren *Cholezystektomie (QS CHE)* ist das erste Verfahren, bei welchem alle Indikatoren neben der fallbezogenen QS-Dokumentation auch Sozialdaten bei den Krankenkassen nutzen. 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 und die Abrechnungsdaten des Leistungserbringers bei der Krankenkasse angekommen und im Anschluss an das IQTIG übermittelt werden müssen.

In diesem Bericht können deshalb erstmalig die Auswertungen für die Follow-up-Indikatoren mit einem Nachbeobachtungszeitraum von 30, 90 und 365 Tagen für Indexeingriffe (Cholezystektomien) aus dem Erfassungsjahr 2019 berichtet werden. Da die bisher gelieferten Daten eine stabile und ausreichend gute Datenqualität aufweisen, können auch bereits vier Indikatoren (IDs 58000, 58002, 58003, 58004) mit einem 30-Tage-Follow-up von Indexeingriffen aus dem Jahr 2020 berichtet werden. Der Bericht eines Berichtsjahrs wird demnach auch zukünftig Auswertungen von zwei Erfassungsjahren enthalten können:

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

# 1 Hintergrund

In Deutschland werden jährlich rund 175.000 Cholezystektomien (Entfernung der Gallenblase) durchgeführt, wobei in ca. 90 % aller Fälle die Cholezystektomie laparoskopisch, d. h. mittels sogenannter Schlüssellochchirurgie, vorgenommen wird. Neuere Verfahren, bei denen der operative Zugang über natürliche Körperöffnungen (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery, NOTES), wie beispielsweise die Scheide erfolgt, 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, wie z. B. Verletzungen der Gallenwege oder der Blutgefäße, auftreten. Die Häufigkeit solcher Ereignisse wird im QS-Verfahren *QS CHE* beobachtet und analysiert.

Seit 2004 bis zum Erfassungsjahr 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 war die Prüfung einer möglichst umfangreichen Nutzung von Daten, die bereits im Rahmen der Abrechnung dokumentiert werden (Sozialdaten der Krankenkassen), um bestehende Aufwände bei der Falldokumentation zu verringern. Das bis dahin bestehende 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 19.07.2018, zuletzt geändert am 18.03.2021, in Kraft getreten am 16.06.2021.  
URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am 29.07.2021).

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 und
- 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 das Erfassungsjahr (EJ) 2019 berichtet werden können (Tabelle 1).

Tabelle 1: Übersicht über die Qualitätsindikatoren (EJ 2019)

ID	Indikator	Datenquelle
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	fallbezogene QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	fallbezogene QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	fallbezogene QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	fallbezogene QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	fallbezogene QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	fallbezogene QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	fallbezogene QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen



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 und die Abrechnungsdaten des Leistungserbringers bei der Krankenkasse angekommen und im Anschluss an das IQTIG übermittelt werden müssen. Im vorliegenden Bericht können daher erstmalig die sozialdatenbasierten Indikatoren für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2019 berichtet werden. Die gelieferten Daten weisen eine stabile und ausreichend gute Datenqualität auf. Deshalb können bereits Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2020 für vier Indikatoren (IDs 58000, 58002, 58003, 58004) mit einem 30-Tage-Follow-up berichtet werden (Tabelle 2). Der Bericht eines Berichtsjahrs wird demnach auch zukünftig Auswertungen von zwei Erfassungsjahren enthalten können:

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

Tabelle 2: Übersicht über die Qualitätsindikatoren (EJ 2020)

ID	Indikator	Datenquelle
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	fallbezogene QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	fallbezogene QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	fallbezogene QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	fallbezogene QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen

## 2 Einordnung der Ergebnisse

Der vorliegende Bundesqualitätsbericht ist der erste Bericht zum weiterentwickelten QS-Verfahren *QS CHE* gemäß der DeQS-RL. Er enthält deskriptive Analysen, jedoch keine Interpretation und keine Handlungsbedarfe zu den einzelnen Qualitätsindikatoren, keine Ergebnisse aus Stellungnahmeverfahren und noch keine Ergebnisse zur Datenvalidierung und Evaluation. Dies liegt unter anderem daran, dass die Daten neuerer Verfahren im ersten Jahr durch anfängliche Schwierigkeiten der Ablauforganisation unvollständig und durch Dokumentationsirrtümer geprägt sein können und infolge dessen möglicherweise nicht repräsentativ sind. Da es sich bei diesem Bericht um den ersten Bundesqualitätsbericht zum Verfahren *QS CHE* handelt, basiert er auf den oben benannten Erstdaten, die einen ersten Zwischenstand abbilden.

Des Weiteren werden im ersten Erfassungsjahr befindliche Indikatorenergebnisse nicht einrichtungsbezogen veröffentlicht. Da die Ergebnisse bisher nicht mit den Fachkommissionen auf Landesebene diskutiert und analysiert werden konnten, werden auch keine Einschätzungen zum Verfahren bzw. Handlungsempfehlungen bzw. Empfehlungen zur Weiterentwicklung formuliert.

Die Datenlieferfristen, die Fristen für die Auswertungen und Rückmeldungen an die Landesebene bzw. die Leistungserbringer sowie die Abgabefrist dieses Berichtes erlauben keine ausführliche und detaillierte Bewertung zum aktuellen Zeitpunkt. Zudem können auch keine Rückmeldungen aus dem Expertengremium auf Bundesebene eingebracht werden, da dieses erst wieder nach der Abgabe dieses Berichts tagen wird. Jedoch wurden und werden im Zuge erster Datenprüfungen die Pseudocodes der prospektiven Rechenregeln im QS-Verfahren *QS CHE* umfassend überarbeitet und die Spezifikation insgesamt aktualisiert.

Die Interpretation der Daten muss daher mit angemessener Vorsicht erfolgen, bis im nächsten Jahr spezifischere Aussagen möglich sind.

Nachfolgend wird deshalb lediglich eine allgemeine Übersicht zu ersten Auswertungsergebnissen abgebildet (vgl. Abschnitt 2.1). Im Anschluss daran wird kurz auf die Problematik der fehlenden Risikoadjustierung eingegangen (vgl. Abschnitt 2.2). Abschließend werden die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2019 und in Teilen des Auswertungsjahres 2020 einer ersten, vorläufigen Bewertung unterzogen und anhand der explorativen Vorberechnungen aus dem Weiterentwicklungsbericht des aQua-Instituts (AQUA 2013), so weit möglich, plausibilisiert (vgl. Abschnitt 2.3).

### 2.1 Datengrundlage

#### QS-Dokumentation zum Erfassungsjahr 2019

In mehreren Bundesländern hat sich die Festlegung der Datenannahmestellen im Jahr 2019 verzögert, sodass die Krankenhäuser teilweise erst Ende 2019 bzw. Anfang 2020 QS-Daten für das Erfassungsjahr 2019 exportieren konnten. Ein Bundesland konnte keine Daten liefern, da keine Datenannahmestelle definiert war.

Für das Erfassungsjahr 2019 übermittelten insgesamt 962 Krankenhäuser Daten zu durchgeführten Cholezystektomien (Soll: 937). Die Diskrepanz zwischen IST und SOLL könnte u. a. dadurch bedingt sein, dass ein Bundesland keine Sollstatistik übermittelt hatte. Insgesamt wurden dem IQTIG 159.290 QS-Datensätze übermittelt, von diesen wurden 1.399 sogenannte Überlieger<sup>2</sup> aus der Auswertung ausgeschlossen. Die Auswertungsgrundlage beläuft sich somit auf insgesamt 157.924 Datensätze (157.887 Basisbögen und 37 Minimaldatensätze, MDS). 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. Es wurden insgesamt 157.924 QS-Dokumentationsbögen und 150.857 Datensätze via Sollstatistik übermittelt, sodass insgesamt betrachtet mit 104,68 % eine leichte Überdokumentation zu verzeichnen ist.

*Tabelle 3: Übersicht über Datenannahme und Auswertungsbasis (QS-Datensätze) für das Erfassungsjahr 2019*

	<b>Bund (gesamt)</b>
<b>Datenannahme IQTIG (inkl. MDS)</b>	159.290
<b>Ausschluss von Überliegern<sup>3</sup></b>	1.399
<b>Einschluss von Überliegern aus Vorjahr</b>	-
<b>Minimaldatensätze (MDS)</b>	37
<b>Auswertungsgrundlage (Datensätze gesamt)</b>	157.887
<b>Solldaten</b>	150.857

### Sozialdaten zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2019

Tabelle 4 stellt die Anzahl der an das IQTIG übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2019 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 2019 gelieferten QS-Daten auf.

<sup>2</sup> QS-Datensätze werden immer dem Auswertungsjahr (bzw. Auswertungsquartal) zugeordnet, in dem das Entlassungsdatum der Patientin bzw. des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Es handelt sich hierbei um sogenannte Überlieger. Die Fälle (Patientinnen und Patienten) wurden im Jahr 2019 aufgenommen bzw. erhielten eine Prozedur, wurden jedoch nicht im Jahr 2019 entlassen. Da diese Fälle nicht der Sollstatistik 2019 zugerechnet werden, werden sie aus der Auswertung 2019 ausgeschlossen.

<sup>3</sup> Die Fälle (Patientinnen und Patienten) wurden im Jahr 2019 aufgenommen bzw. erhielten eine Prozedur, wurden jedoch nicht im Jahr 2019 entlassen. Da diese Fälle nicht der Sollstatistik 2019 zugerechnet werden, werden sie aus der Auswertung 2019 ausgeschlossen.

Tabelle 4: Verknüpfungsrates übermittelter QS-Daten mit Sozialdaten für das Erfassungsjahr 2019

	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrates mit Sozialdaten
<b>Bund (gesamt)</b>	157.887	99,19 % N= 155.029

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.

Bereits im ersten Auswertungsjahr von *QS CHE* konnte eine Matchingquote (Verknüpfungsrates) zwischen den QS-Dokumentations- und Sozialdaten von 99,19 % erzielt werden (vgl. Tabelle 4). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die hier vorhandenen Verknüpfungsprobleme nur einen sehr geringen Teil der Daten betrafen. Mitunter entstanden diese dadurch, dass krankenhausseitig übermittelte QS-Datensätze keine PID enthielten, wodurch eine Verknüpfung mit dem entsprechenden Sozialdatensatz nicht möglich war. Ursächlich hierfür kann eine fehlerhafte Dokumentation bei den Leistungserbringern sein oder eine Bereitstellung von fehlerhaften QS-Erfassungssystemen durch die Softwareanbieter. Für das Erfassungsjahr 2019 betraf dies 1,1 % der Basisbögen (Rückmeldebericht zur Validierung der Sozialdaten *QS CHE*, Stand Juli 2020). Bei den ersten Datenübermittlungen gab es darüber hinaus einige Krankenkassen, bei denen kein Datenexport stattgefunden hatte, dies konnte mit aktuelleren Datenlieferungen bereits korrigiert werden. 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 nicht Bestandteil der Qualitätssicherung, weshalb davon auszugehen ist, dass es sich bei den fehlenden Datensätzen lediglich um ein softwareseitiges Problem handelt. Dies sollte sich durch regelhafte Rückmeldungen an die Krankenkassen in den nächsten Jahren korrigieren lassen. Für die aktuellen Auswertungen werden daher Personen unter 18 Jahren ausgeschlossen. 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 soll geprüft werden, 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.

## QS-Dokumentation zum Erfassungsjahr 2020

Für das Erfassungsjahr 2020 übermittelten insgesamt 974 Krankenhäuser Datensätze zu durchgeführten Cholezystektomien (Soll: 977). Insgesamt wurden dem IQTIG 148.852 QS-Datensätze übermittelt, von diesen wurden 818 sogenannte Überlieger<sup>4</sup> 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). Davon 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 5: Übersicht über Datenannahme und Auswertungsbasis (QS-Datensätze) für das Erfassungsjahr 2020

	Bund (gesamt)
Datenannahme IQTIG (inkl. MDS)	148.852
Ausschluss von Überliegern <sup>5</sup>	818
Einschluss von Überliegern aus Vorjahr	1.366
Minimaldatensätze (MDS)	34
Auswertungsgrundlage (Datensätze gesamt)	149.366
Solldaten	149.556

## Auswirkungen der COVID-19-Pandemie

In einer Sonderanalyse wurde durch das IQTIG überprüft, welche Auswirkungen die COVID-19-Pandemie auf die Qualitätssicherungsdaten der QS-Verfahren gemäß DeQS-RL für das Erfassungsjahr 2020 hatte.

Für das QS-Verfahren *QS CHE* wurden für das Erfassungsjahr 2020 148.852 Fälle geliefert, während im Erfassungsjahr 2019 159.290 dokumentierte Fälle im Datenbestand vorlagen. Daraus ergibt sich eine Falldifferenz von 10.438 Fällen vom Erfassungsjahr 2019 zum Erfassungsjahr 2020, welches einem Verhältnis von 93,44 % dokumentierten Eingriffen im Vergleich zum Vorjahr entspricht. Somit lässt sich feststellen, dass die Anzahl gelieferter Fälle beim QS-Verfahren *QS CHE* um 6,7 % geringer ausfällt als im Vorjahr.

<sup>4</sup> QS-Datensätze werden immer dem Auswertungsjahr (bzw. Auswertungsquartal) zugeordnet, in dem das Entlassungsdatum der Patientin bzw. des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Es handelt sich hierbei um sogenannte Überlieger. Die Fälle (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 2019 zugerechnet werden, werden sie aus der Auswertung 2020 ausgeschlossen.

<sup>5</sup> Die Fälle (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.

Cholezystektomien können bei fehlender Entzündung der Gallenblase planbar durchgeführt werden. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hatte 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). Aus diesem Grund ist davon auszugehen, dass entsprechend der Forderung des BMG planbare Cholezystektomien im Jahr 2020 zeitlich verlegt wurden.

Externe Analysen beschreiben einen Fallzahlrückgang von 8 % bei den Cholezystektomien (RWI/TU Berlin 2021). Im QS-Verfahren *QS CHE* zeigt sich ein nahezu deckungsgleicher Fallzahlrückgang von knapp 7 %. Es bestehen jedoch Differenzen in der Betrachtungs- und Auswertungsweise, welche die folgenden Punkte betreffen:

- Ein- bzw. Ausschlusskriterien (ICD<sup>6</sup>- und OPS<sup>7</sup>-Kodes)
- Ein- bzw. Ausschluss von Haupt- und Nebendiagnosen
- Betrachtung ausschließlich elektiver Eingriffe bei den Daten des Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) und der Technischen Universität Berlin (TU Berlin)

Hinsichtlich der Darstellung der Behandlungsfälle, verteilt über die Kalenderwochen, stimmen die Beobachtungen des RWI/TU-Berlin mit denen des IQTIG weitestgehend überein. Insbesondere ist der starke Fallzahlrückgang ab Kalenderwoche 12 zu verzeichnen; hier beschreiben die Autoren einen Fallzahlrückgang von 35 % zwischen den Kalenderwoche 12 und 21 beschrieben, wobei in den Folgewochen kein klarer Nachholeffekt ab Kalenderwoche 22 nachgewiesen werden konnte (RWI/TU Berlin 2021).

Insgesamt ließ sich für das QS-Verfahren *QS CHE*, im Vergleich zum Erfassungsjahr 2019, keine COVID-19-bedingte Verschlechterung herleiten. Die Leistungserbringer sind, wie im Vorjahr, ihrer Dokumentationspflicht nachgekommen und es ließ sich keine besondere über das übliche Maß hinausgehende Unter- oder Überdokumentation feststellen.

### **Sozialdaten zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2020 (vorläufig)**

Tabelle 6 stellt die vorläufige Anzahl der an das IQTIG übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe mit einem Follow-up-Zeitraum von 30 Tagen aus dem Erfassungsjahr 2020 auf Bundesebene dar. Die letzte Spalte weist die Verknüpfungsrate der Sozialdaten bei den Krankenkassen mittels des Pseudonyms der elektronischen Gesundheitskarten (PID) mit den für das Erfassungsjahr 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 Indikatorberechnung aktuell nicht berücksichtigt bzw. ausgewertet werden. Es ist zu beachten, dass die Verknüpfungsrate für alle Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2020 erst mit dem nächsten Bericht vollständig ausgegeben werden kann, da zum Zeitpunkt

---

<sup>6</sup> Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)

<sup>7</sup> Operationen- und Prozedurenschlüssel

dieser Berichterstellung noch nicht alle Sozialdatenlieferungen für das Erfassungsjahr 2020 vorliegen. Eine abschließende Einordnung der Datengrundlage kann demnach an dieser Stelle noch nicht erfolgen.

Tabelle 6: Verknüpfungsrates übermittelter QS-Daten mit Sozialdaten für das Erfassungsjahr 2020

	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrates mit Sozialdaten
<b>Bund (gesamt)</b>	149.366	99,16 % N= 148.110

## 2.2 Risikoadjustierung

Behandelte Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers weisen unterschiedliche patientenseitige Risikofaktoren auf. Diese Risikofaktoren variieren zudem zwischen den Leistungserbringern erheblich. Ziel der Risikoadjustierung bei der Berechnung von Qualitätsindikatoren ist es, einen fairen Vergleich der Ergebnisse zu ermöglichen, indem für patientenseitige Risikofaktoren (beispielsweise Komorbiditäten) adjustiert wird.

Für die Auswertung der Erfassungsjahre 2019 und 2020 wurde von einer Risikoadjustierung abgesehen, insbesondere da es sich um ein neues Verfahren mit erstmaliger Datenerfassung handelt. Wie aus Abschnitt 2.1 hervorgeht, entstehen bei Anlauf eines neuen Verfahrens eine Reihe von Herausforderungen und Verzögerungen. Somit lag der Fokus der Arbeit auf dem Aufbau des modifizierten Verfahrens, der Qualitätssicherung der Datenflüsse sowie einer fristgerechten Veröffentlichung der Ergebnisse.

Darüber hinaus werden in den QS-Dokumentationsfeldern bislang wenige Vorerkrankungen der Patientinnen und Patienten erfasst. Eine Nutzung relevanter Risikofaktoren, gewonnen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen, muss im Zuge der Weiterentwicklung des Verfahrens geprüft werden.

Für einen Qualitätsindikator wurde im Weiterentwicklungsbericht des aQua-Instituts (AQUA 2012) bereits ein mögliches Risikoadjustierungsmodell skizziert. Dieses Modell kann als Ausgangspunkt für die Konzeption von Risikoadjustierungsmodellen für das weiterentwickelte Verfahren dienen. In tiefergehenden Analysen muss jedoch erst untersucht werden, inwiefern eine Anpassung des Modells nötig ist. 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 die Einschränkung, dass relevante Einflussfaktoren, wie zum Beispiel Komorbiditäten, keine Berücksichtigung finden. Ein Vergleich der Leistungserbringerergebnisse ist deshalb zu diesem Zeitpunkt nur sehr eingeschränkt möglich.

## 2.3 Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr (EJ) 2019 und in Teilen für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2020 dargestellt. Dabei kann lediglich eine deskriptive und keine bewertende Einordnung vorgenommen werden, da es sich um die erstmalige Auswertung im QS-Verfahren *QS CHE* handelt. Darüber hinaus sind für alle sozialdatenbasierten Indikatoren 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.

Für Verfahren mit erstmaliger Auswertung wird kein Stellungnahmeverfahren empfohlen, deshalb kann an dieser Stelle noch keine Aussage zu etwaigen rechnerischen oder qualitativen Auffälligkeiten getroffen werden. Im Rahmen der Weiterentwicklung des Verfahrens *QS CHE* (vgl. Kapitel 1) durch das aQua-Institut wurde eine explorative Auswertung der Indikatoren über genutzte Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2011 nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) durchgeführt. Ein direkter Vergleich mit den ersten Auswertungsdaten des DeQS-RL-Verfahrens kann Anhaltspunkte geben, inwiefern die Ergebnisse plausibel sind (vgl. Tabelle 7).

Im Rahmen der damaligen Weiterentwicklung wurden sechs Indikatoren mit einem Follow-up für das Indikatorenset empfohlen. Ein direkter Vergleich ist möglich, da sich für den aktuellen Betrachtungsstand nur redaktionelle Änderungen am Indikatortitel ergeben haben. Lediglich der Indikator „Weitere postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 bzw. 365 Tagen nach Cholezystektomie“ (ID 8\_a) wurde im Zuge der Spezifikationserstellung, durch das IQTIG in zwei Indikatoren (ID 58004 und 58005) aufgeteilt. Dies dient der besseren zeitlichen Abgrenzung und Eingliederung in die bestehende Indikatorsystematik.



Tabelle 7: Übersicht über vergleichbare Indikatoren der DeQS-RL (EJ 2019) vs. Weiterentwicklungsstand 2013

ID	Indikator	Ergebnis 2019 (Referenzbereich)	Indikator aus der Weiterentwicklung	Ergebnis der explorativen Auswertung 2009–2011
58000	Operationsbedingte Gallenwegs- komplikationen innerhalb von 30 Tagen	0,81 % (≤ 2,57 %; 95. Perzentil)	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie (ID 2a_a)	0,09 %
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	4,83 % (≤ 11,90 %; 95. Perzentil)	Reintervention aufgrund von Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie (ID 4a_a)	4,55 %
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	0,56 % (≤ 2,28 %; 95. Perzentil)	Eingriffsspezifische Infektionen bei Cholezystek- tomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie (ID 5_a)	1,02 %
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	3,62 % (≤ 8,85 %; 95. Perzentil)	Interventionsbedürftige Blutungen bei Cholezys- tektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie (ID 6_a)	4,68 %
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	0,33 % (≤ 1,48 %; 95. Perzentil)	Weitere postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 bzw. 365 Tagen nach Cholezystektomie (ID 8_a)	15,82 %
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	13,20 % (≤ 34,01 %; 95. Perzentil)		
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	1,79 % (≤ 4,57 %; 95. Perzentil)	Sterblichkeit bei Cholezystektomie oder inner- halb von 90 Tagen nach Cholezystektomie (ID 9)	1,27 %

Der Indikator „Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen“ (ID 58000) erhebt die gravierendsten operationsbedingten Komplikationen bei einer Cholezystektomie, wie intraoperative Verletzungen der Gallengänge oder die Durchtrennung oder den Verschluss des Ductus hepatocholedochus (Hauptgallengang). Gemäß S3-Leitlinie variieren die Angaben zur Häufigkeit der intraoperativen Verletzung, Durchtrennung oder des 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). Eine Berechnung des Indikators über die im Rahmen der Weiterentwicklung genutzten Abrechnungsdaten (§21 KHEntgG 2009-2011) ergab, dass in durchschnittlich 0,09 % der Fälle nach Cholezystektomie eine Durchtrennung oder ein Verschluss des Ductus hepatocholedochus oder eine andere intraoperative Verletzung auftrat (AQUA 2013). Dieses Auswertungsergebnis erscheint im direkten Vergleich zu internationalen Auswertungsergebnissen wie auch zu den aktuell erzielten Bundesergebnissen (EJ 2019: 0,81 %, EJ 2020: 0,91 %) im DeQS-RL-Verfahren nicht plausibel. Unter Umständen ist es im damaligen Weiterentwicklungsbericht zu einer fehlerhaften Darstellung der Berechnung des Indikators über die im Rahmen der Weiterentwicklung genutzten Abrechnungsdaten gekommen, dies kann jedoch zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr nachgeprüft und ausgeräumt werden. Von einem Vergleich der Auswertungsergebnisse für diesen Indikator wird aus diesem Grund abgesehen, da dieser nur spekulativ vorgenommen werden kann.

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 Gallengangsteinen, Gallengangsverletzungen, Blutungen und Entzündungen zugrunde liegen. Für den vergleichbaren Indikator der Weiterentwicklung (ID 4a\_a) ergab sich, dass in durchschnittlich 4,55 % der Fälle eine Reintervention aufgrund von postoperativen Komplikationen durchgeführt wurde. Im Erfassungsjahr 2019 war bei 4,83 % der Cholezystektomie-Patientinnen und -Patienten mit einem Indexeingriff eine Reintervention aufgrund von Komplikationen notwendig. An dieser Stelle sind die ersten Auswertungsergebnisse nahezu deckungsgleich mit der explorativen Datenanalyse der Weiterentwicklung.

Der Qualitätsindikator „Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen“ (ID 58002) erfasst die postoperativen Infektionsraten nach einer Cholezystektomie. Für Indexeingriffe im Erfassungsjahr 2019 traten 0,59 % eingriffsspezifische Infektionen auf. Diese Rate ist niedriger als die damalige Entwicklungsberechnung, nach der im Durchschnitt 1,02 % der Fälle eingriffsspezifische Infektionen aufwiesen. Es lässt sich an dieser Stelle spekulieren, ob dies auf ein Verständnisproblem bzgl. der zugehörigen Datenfelder zurückzuführen ist. Die krankenhausseitigen An-/Rückfragen an das IQTIG bezogen sich hauptsächlich auf die Formulierung der Komplikationsfelder (Stand Spezifikation 2020: Datenfelder 21–30), deren Dokumentation nicht eindeutig

erschien. Mit den Datenfeldern 21 bis 30 sollen Komplikationen erfasst werden, welche im Zusammenhang mit einer Cholezystektomie stehen oder durch sie verursacht wurden. Die Formulierung der Datenfelder wies keine klare Interpretation auf, ob eine Komplikationsdiagnose im Sinne des Vorhandenseins der entsprechenden Symptomatik „bestand“ (definiert als „Present before Operation“) oder ob die Diagnose an sich „bekannt“ war bzw. ob sie „gestellt“ wurde. Es gibt Operationsbefunde, welche deutlich machen, dass ein Befund bereits vor der Operation bestand, welcher präoperativ jedoch allenfalls eine Verdachtsdiagnose darstellte. Es wurde daher eine redaktionelle Anpassung sowohl der Datenfeldformulierung als auch der auszuwählenden Schlüssel vorgenommen, um eine eindeutige Dokumentation für die Leistungserbringer zu ermöglichen: Der Schlüssel „0 = nein“ ist zu dokumentieren, wenn die Diagnose nach der Cholezystektomie gestellt wurde. Der Schlüssel „1 = ja“ soll dokumentiert werden, wenn die präoperativ gestellte (Verdachts-)Diagnose intraoperativ bestätigt oder während der Operation festgestellt wird, dass ein Befund schon vor OP-Beginn bestanden hat. Der Schlüssel „9 = aus der Dokumentation nicht nachvollziehbar“ wurde gestrichen, da der Zeitpunkt der Diagnosestellung anhand der Dokumentation nachvollziehbar sein muss. Durch zukünftige Auswertungen und mögliche Stellungnahmeverfahren ab der Spezifikation 2021 wird sich zeigen, ob diese Spezifikationsanpassung einen Einfluss auf die betroffenen Indikatoren (IDs 58001, 58002, 58003, 58004 und 58005) hatte.

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. Eine Berechnung des Indikators über die zur Entwicklung genutzten Abrechnungsdaten nach § 21 KHEntgG der Jahre 2009 bis 2011 ergab, dass durchschnittlich 4,68 % der Fälle nach Cholezystektomie eine transfusionspflichtige Blutung hatten. Das Bundesergebnis für das Erfassungsjahr 2019 zeigt, dass bei 3,62 % eine interventionsbedürftige Blutung auftrat. Für das Erfassungsjahr 2020 beläuft sich das Ergebnis auf 4,00 %.

Zu den erfassten Komplikationen zählen im Verfahren auch allgemeine postoperative Komplikationen, innerhalb von 30 und 365 Tagen, z. B. eine akute Magenschleimhautentzündung (Gastritis; IDs 58004 und 58005). Die damalige Berechnung des noch kombinierten Indikators (ID 8\_a) ergab, dass in durchschnittlich 15,82 % der Fälle nach einer Cholezystektomie allgemeine postoperative Komplikationen auftraten. In der derzeitigen Auswertung der externen Qualitätssicherung wird nach der Dauer der Nachbeobachtung unterschieden in: weitere postoperative Komplikationen bei einer Cholezystektomie innerhalb von 30 Tagen (Qualitätsindikator 58004) und weitere postoperative Komplikationen bei einer Cholezystektomie innerhalb von 365 Tagen (Qualitätsindikator 58005). Werden die Auswertungsergebnisse für den Indikator 58004 (0,33 %) und des Indikators 58005 (13,20 %) aufsummiert, ergibt sich mit 13,53 % ein vergleichbares Ergebnis.

Der Indikator ID 58006 weist die Mortalitätsrate innerhalb von 90 Tagen nach einer Cholezystektomie aus. Für den Indikator ID 9 ergab sich, dass in durchschnittlich 1,27 % der Fälle die Patientinnen und Patienten nach einer Cholezystektomie innerhalb von 90 Tagen stationär verstorben sind. 1,79 % der Patientinnen und Patienten mit Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2019 sind nach der Cholezystektomie innerhalb von 90 Tagen verstorben.

Insgesamt zeigt sich daher ein vergleichbares und plausibles Datenbild im Vergleich zum Stand der Datenlage des Weiterentwicklungsberichts.

Tabelle 8: Vergleich der Indikatorenergebnisse (EJ 2020 vs. EJ 2019)

ID	Indikator	Ergebnis 2020 (Referenzbereich)	Ergebnis 2019	Vergleichbarkeit zum Vorjahr	Tendenz
<b>Indikatoren zur Ergebnisqualität</b>					
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	0,91 % (≤ 2,94 %; 95. Perzentil)	-	Eingeschränkt vergleichbar	-
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	0,59 % (≤ 2,60 %; 95. Perzentil)	-	Eingeschränkt vergleichbar	-
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	4,00 % (≤ 9,36 %; 95. Perzentil)	-	Eingeschränkt vergleichbar	-
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	0,33 % (≤ 1,44 %; 95. Perzentil)	-	Eingeschränkt vergleichbar	-

Im Vergleich der Erfassungsjahre 2020 vs. 2019 (Tabelle 8) ergeben sich keine Änderungen hinsichtlich Rechenregel und Datenbasis. Der Pseudocode der prospektiven Rechenregeln befand sich auf dem Stand der Entwicklungsdokumente der Vorgängerinstitution nach § 137a SGB V. Diese wurden im Zuge erster Datenprüfungen für die endgültigen Rechenregeln 2019 und 2020 umfassend überarbeitet und an den IQTIG-Standard angepasst. Nach noch ausstehendem G-BA-Beschluss finden diese ab dem nächsten Jahr Anwendung. Weitere Anpassungen an den Rechenregeln und anderer Teile der Spezifikation werden mit den kommenden Auswertungen im Rahmen der Verfahrenspflege und Weiterentwicklung vorgenommen, wenn mindestens zwei vergleichbare Datenjahre vollständig vorliegen und anfängliche Einschränkungen des Verfahrens (z. B. das Vorliegen von Daten Minderjähriger) ausgeräumt werden konnten.

In der diesjährigen Auswertung könnten bereits vier Indikatoren mit Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2020 mit denen des Erfassungsjahres 2019 verglichen werden. Die Indikatoren 58000, 58002, 58003 und 58004 weisen für das Erfassungsjahr 2019 im Vergleich zum Erfassungsjahr 2020 nahezu identische Ergebnisse auf. Für drei weitere Indikatoren liegen zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht alle Sozialdatenlieferungen für das Erfassungsjahr 2020 vor. Allerdings kann es aufgrund des ab 2020 geltenden bundesweiten Verzeichnisses der Standorte nach § 108 SGB V zugelassener Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen für das Erfassungsjahr 2020 zu einer eingeschränkten Vergleichbarkeit bei den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren mit den Vorjahresergebnissen kommen. So weit möglich wurden die Standorte aus dem Jahr 2019 in Zusammenarbeit mit den Datenannahmestellen auf die Standorte 2020 gemappt. Die sich dabei ergebenden Herausforderungen wurden bereits seit 2019 in den G-BA-Gremien und in den regelmäßigen Verfahrensteilnehmerveranstaltungen vom IQTIG dargestellt. 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.

### 3 Evaluation (EJ 2019)

#### Hintergrund und Zielsetzung

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.

Die 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 wurde vorgeschlagen, dass diese den Status quo der Umsetzung, Prozessprobleme sowie verfahrenstechnische Rückmeldungen aus den Bundesländern erfasst und berichtet. Dies erfolgt mithilfe einer Konsultation der Stakeholder (im Sinne einer multiperspektivischen Prozessbeurteilung), um Probleme frühzeitig zu erkennen und Verfahrenselemente ggf. anzupassen zu können.

Die Rückmeldungen aus den Bundesländern erfolgen aus diesem Grund mittels einer strukturierten Abfrage. Die Erfassung erfolgt über eine vorstrukturierte Excel-Datei, welche die Bundesländer für ein QS-Verfahren, bezogen auf jeweils ein Erfassungsjahr, ausfüllen und an das IQTIG übermitteln. Die LAG sollen bei der Beantwortung der Evaluationsfragen auch die Rückmeldungen des jeweiligen Expertengremiums 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 den Rückmeldungen der Leistungserbringer und Fachkommissionen werden im Anschluss zusammengeführt und ausgewertet. Unter anderem dienen diese semistrukturierten Rückmeldungen der Landesebene dazu, etwaige notwendige Handlungsempfehlungen für die Verbesserung von Prozessen im Rahmen des QS-Verfahrens zu erkennen und zu formulieren.

**Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse auf Bundesebene**

Die LAG wurden gebeten, eine Evaluationstabelle (Excel-Format) auszufüllen. Die in der Tabelle aufgeführten Fragen beziehen sich jeweils auf ein QS-Verfahren und auf ein Erfassungsjahr. Die Evaluationsfragen sollen im Sinne einer halbstrukturierten Erhebung von Eindrücken und der Einschätzung der Landesebene der Evaluation des QS-Verfahrens dienen. Die LAG sollen dabei die Rückmeldungen von Leistungserbringern oder den Fachkommissionen berücksichtigen und ggf. an das IQTIG zurückmelden. Die an das IQTIG zurückgemeldeten Einschätzungen werden im Anschluss aufbereitet und zusammenfassend dargestellt.

Für das QS-Verfahren *QS CHE* wurden seitens der LAG bis zum Zeitpunkt der Berichtserstellung keine Evaluationsfragen beantwortet und übermittelt.



## 4 Datenvalidierung

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 dieses QS-Verfahren keine Ergebnisse im Bundesqualitätsbericht 2021 berichtet werden.

## 5 Fazit und Empfehlungen

Im vorliegenden Bundesqualitätsbericht können erstmals die Ergebnisse des Verfahrens *QS CHE* berichtet werden. Es ist das erste Verfahren, bei welchem alle Indikatoren neben fallbezogenen QS-Daten auch Sozialdaten der Krankenkassen nutzen. Im QSKH-RL-Verfahren *Cholezystektomie* konnten die Ergebnisindikatoren ausschließlich für den stationären Sektor betrachtet werden und wiesen seinerseits ein gleichbleibend gutes Niveau der Versorgungsqualität auf. Mit dem modifizierten DeQS-RL-Verfahren können nun auch nach der Krankenhausentlassung auftretende Komplikationen und Reinterventionen, verursacht z. B. durch die Durchtrennung oder den Verschluss des Hauptgallengangs, eingriffsspezifische Infektionen oder interventionsbedürftige Blutungen, über einen Follow-up-Zeitraum von bis zu 365 Tagen erfasst werden. Das ermöglicht eine umfassendere Abbildung der Versorgungsqualität. Durch die Verwendung von Sozialdaten bei den Krankenkassen können zudem Folgeaufenthalte und -eingriffe berücksichtigt werden, unabhängig davon, ob diese in demselben oder einem anderen Krankenhaus stattgefunden haben.

Durch die Verfahren *QS PCI* und *QS WI* wurden die Wege so weit geebnet, dass das Verfahren *QS CHE* gut anlaufen konnte. Diverse Anfangsfehler bspw. bei der Datenübermittlung/-verarbeitung der Sozialdaten bei den Krankenkassen konnten bereits ausgeräumt werden, sodass für *QS CHE* erste Auswertungen planmäßig bereitgestellt und zum Teil sogar beschleunigt werden konnten. 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, sind bisher noch ausstehend. Die Fachkommissionsbildung und Arbeitsfähigkeit auf Landesebene brachte in anderen DeQS-RL-Verfahren diverse Probleme und Herausforderungen mit sich, eine Umsetzung für *QS CHE* muss daher stetig weiterverfolgt werden. Wenn sich die praktische Umsetzung auf Landesebene etabliert hat, werden die jeweiligen Rückmeldungen weiteren inhaltlichen Anpassungsbedarf sowie neue Qualitätsaspekte für das Verfahren aufzeigen.

Ein Ziel der damaligen Weiterentwicklung war es, Dokumentationsaufwände für die Leistungserbringer zu verringern. Die Spezifikation sieht deshalb vor, dass vordefinierte ICD- und OPS-Kodes automatisiert ausgeleitet werden, um möglichst umfassend alle Komplikationen und Reinterventionen zu erheben. Aus ersten Rückmeldungen der Leistungserbringer geht hervor, dass dies auch Fehlerpotenzial bieten kann. Beispielsweise kann eine Bluttransfusion nicht aufgrund der Cholezystektomie, sondern aufgrund eines zeitgleich behandelten anderen Krankheitsbildes im selben stationären Aufenthalt notwendig geworden sein. Dies könnte zu falschen rechnerischen Auffälligkeiten führen. Für eine adäquate Einschätzung der Fehleranfälligkeit sind die Einschätzungen und Bewertungen aus den zukünftigen Stellungnahmeverfahren essentiell. Anhand dessen muss geprüft werden, ob und inwieweit Ausschlüsse inhaltlich definiert und praktisch umgesetzt werden können.

Mit dem Expertengremium auf Bundesebene wurden die komplexen Rechenregeln der sozial-datenbasierten Indikatoren bereits einer ersten Prüfung unterzogen und der Pseudocode umfassend überarbeitet sowie an den IQTIG-Standard angepasst. Derzeit erfolgt außerdem eine Aktualisierung und Überarbeitung der Ein- und Ausschlusskriterien hinsichtlich der einzelnen Verfahrensfiler, da sich diese noch auf dem Stand der Weiterentwicklung durch das aQua-Institut befinden.

Um einen fairen Leistungserbringervergleich zu ermöglichen, bedarf es der Entwicklung einer Risikoadjustierung. Dies erfordert einen gewissen zeitlichen Vorlauf, um zum einen relevante Faktoren (sowohl protektiv als auch negativ) für das Indikatorergebnis zu detektieren und zum anderen diese in der Spezifikation des Verfahrens verankern zu können.

Ab einer vollumfänglichen Umsetzung des Verfahrens kann angedacht werden, einzelne Indikatoren weiter- oder neu zu entwickeln, um die Empfehlungen der S3-Leitlinie (AWMF-Register-Nr. 021/008) zur Prävention, Diagnostik und Behandlung von Gallensteinen aufzugreifen. Hinweise zur Weiterentwicklung von Referenzbereichen gibt bspw. die Empfehlung IV.1.:

*Die folgenden Qualitätsindikatoren sollten für die Cholezystektomie erfüllt werden (Zielbereiche in Klammern):*

- *Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie (Okklusion oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus als Sentinel event)*
- *Reinterventionen aufgrund von Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie (Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate  $\leq 95$  %-Perzentil aller Kliniken)*
- *Sterblichkeit bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie (Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate  $\leq 95$  %-Perzentil aller Kliniken, Letalität in den ASA-Risikoklassen I – III als Sentinel event) (B, III, starker Konsens). (Gutt et al. 2018: 941)*

Aktuell beläuft sich der Referenzbereich für diese Indikatoren auf das  $\leq 95$  %-Perzentil aller Kliniken.

Die Neuentwicklung eines Prozessindikators könnte die Empfehlung IIIB.8. anstoßen, in der es heißt: „Die akute Cholezystitis ist eine Indikation zur frühzeitigen laparoskopischen Cholezystektomie (A, I, starker Konsens, NKLM). Diese sollte innerhalb von 24 h nach stationärer Aufnahme erfolgen (B, I, starker Konsens)“ (Gutt et al. 2018: 930).

Bevor jedoch entsprechende verfahrensspezifische Weiterentwicklungen angedacht werden können, muss das Verfahren in seiner jetzigen Form zunächst inhaltlich als auch technisch vollumfänglich umgesetzt sein. Dabei stellt QS CHE neue Herausforderungen an die gängige Berichtsstruktur, da es nunmehr möglich sein muss, ein Indikatorset mit unterschiedlichen Erfassungsjahren und Datenquellen in einem Auswertungsbericht darstellen zu können. Seitens des IQTIG sind diese Möglichkeiten in der Berichtsstruktur noch aufzubauen. Dennoch wurde schon jetzt eine zeitgemäße Weiterentwicklung der seit mehr als einem Jahrzehnt bestehenden Qualitätsmessung des Verfahrens *Cholezystektomie* angestoßen.

## Literatur

- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2012): 12/1 – Cholezystektomie. Qualitätsindikatoren. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2011. [Stand:] 31.05.2012. Göttingen: AQUA. 21/2012010005. URL: [http://www.sqg.de/downloads/Bundesauswertungen/2011/bu\\_Gesamt\\_12N1-CHOL\\_2011.pdf](http://www.sqg.de/downloads/Bundesauswertungen/2011/bu_Gesamt_12N1-CHOL_2011.pdf) (abgerufen am: 29.01.2018).
- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2013): Cholezystektomie. Indikatoren 2012. Beschreibung der Qualitätsindikatoren für das Erfassungsjahr 2012. Stand: 17.05.2013. Göttingen: AQUA. URL: [https://sqg.de/downloads/QIDB/2012/AQUA\\_12n1\\_Indikatoren\\_2012.pdf](https://sqg.de/downloads/QIDB/2012/AQUA_12n1_Indikatoren_2012.pdf) (abgerufen am: 29.01.2018).
- 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 012-001. 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).
- Osterloh, F (2020): Coronavirus. Krankenhäuser verschieben planbare Eingriffe. *Deutsches Ärzteblatt International* 117(12): A575-A577. URL: <https://cfcdn.aerzteblatt.de/pdf/117/12/a575.pdf?ts=17%2E03%2E2020+08%3A59%3A17> (abgerufen am: 05.08.2021).
- RWI [Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung]; TU Berlin [Technische Universität Berlin] (2021): Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise. Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. [Stand:] 30.04.2021. Essen: RWI. URL: [https://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-projektberichte/2021-04-30\\_analyse\\_leistungen\\_ausgleichszahlungen\\_2020.pdf](https://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-projektberichte/2021-04-30_analyse_leistungen_ausgleichszahlungen_2020.pdf) (abgerufen am: 05.08.2021).

Bundesauswertung

# Cholezystektomie

Erfassungsjahr 2019

Veröffentlichungsdatum: 12. August 2021

---

# Impressum

**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

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

# Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht.....	4
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2019 .....	6
Einleitung.....	8
Datengrundlagen.....	10
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten .....	10
Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen	11
Detaillergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen.....	12
58000: Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen .....	12
58001: Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen .....	14
58002: Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen .....	16
58003: Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen .....	18
58004: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen .....	20
58005: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres.....	22
58006: Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen .....	24

## Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren für eine schnelle Übersicht zusammengefasst. Die Ergebnisse der Qualitätssicherung werden differenziert nach dem Ergebnis des hier betrachteten Leistungserbringers („Ihr Ergebnis“) im Vergleich zum Bundesergebnis. Die Auswertung erfolgt pro Standort eines Krankenhauses.

Wird ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator nicht erreicht, wird der Standort als rechnerisch auffällig gewertet. Dies wird durch ein rotes Kreuz kenntlich gemacht. Befindet sich das Ergebnis des Leistungserbringers innerhalb des Referenzbereichs eines Qualitätsindikators, wird dies durch einen grünen Haken kenntlich gemacht. Je nachdem, ob sich das Ergebnis verbessert oder verschlechtert hat bzw. unverändert blieb, wird dies mit Tendenzpfeilen beschrieben.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren und dem Vergleich mit den relevanten Vergleichsgruppen finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren und Indikatorengruppen“.
- 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. Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.
- Sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren können nur zeitlich verzögert berichtet werden. Dies ist abhängig vom Nachbeobachtungszeitraum, der für das QS-Verfahren CHE bei bis zu einem Jahr liegt. Außerdem können die Sozialdaten bei den Krankenkassen nur mit deutlichem Zeitverzug bereitgestellt und ausgewertet werden. In diesem Bericht können daher erstmalig die Auswertungen für die Follow-up Indikatoren mit einem Nachbeobachtungszeitraum von 30; 90; 365 Tagen für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2019 berichtet werden.
- Im ersten Jahr der Datenauswertung enthielten die Datenlieferungen der Krankenkassen keine vollständigen Daten zu minderjährigen Kindern, weshalb diese in den vorliegenden Auswertungen nicht berücksichtigt werden konnten.



- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen unterscheiden. In dieser erstmaligen Auswertung werden die Indikatoren ohne Referenzbereich ausgegeben, da benötigte Risikoadjustierungsmodelle derzeit noch entwickelt werden.
- Im intertemporalen Vergleich können bei den Qualitätsindikatoren noch keine Ergebnisse angezeigt werden, da es sich um das erste Jahr der Auswertung handelt.
- Die technische Umsetzung einer Basisauswertung mit Sozialdaten befindet sich noch in der Entwicklung und kann aktuell nicht dargestellt werden. Eine Darstellung wird für das nächste Berichtsjahr avisiert.

## Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2019

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2019 dar. Wird Ihnen unter "Ergebnis" kein Ergebnis dargestellt, so konnten Ihre QS-Datensätze nicht mit den gelieferten Sozialdatensätzen verknüpft werden. Bitte beachten Sie, dass für alle sozialdatenbasierten Qualitätsindiktoren Risikoadjustierungsmodelle vorgesehen sind, welche derzeit noch erarbeitet werden.

Indikatoren / Kennzahlen				Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Referenz- bereich	Tendenz	Ergebnis	Vertrauens- bereich
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,57 % (95. Perzentil)	-	0,81 % N = 154.331	0,77 % - 0,86 %
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	≤ 11,90 % (95. Perzentil)	-	4,83 % N = 154.331	4,73 % - 4,94 %
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,28 % (95. Perzentil)	-	0,56 % N = 154.331	0,52 % - 0,60 %
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	≤ 8,85 % (95. Perzentil)	-	3,62 % N = 154.331	3,53 % - 3,72 %
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	≤ 1,48 % (95. Perzentil)	-	0,33 % N = 154.331	0,30 % - 0,36 %
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	≤ 34,01 % (95. Perzentil)	-	13,20 % N = 154.331	13,04 % - 13,37 %

↗ ↘ → = Tendenz im Vergleich zum Vorjahr verbessert, verschlechtert, unverändert

Indikatoren / Kennzahlen				Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Referenz- bereich	Tendenz	Ergebnis	Vertrauens- bereich
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	≤ 4,57 % (95. Perzentil)	-	1,79 % N = 154.331	1,73 % - 1,86 %

↗ ↘ → = Tendenz im Vergleich zum Vorjahr verbessert, verschlechtert, unverändert

## Einleitung

Der vorliegende Rückmeldebericht beinhaltet die Ergebnisse für das QS-Verfahren Cholezystektomie (CHE). Erstmalig wurden die sozialdatenbasierten Follow-up-Qualitätsindikatoren für Indexeingriffe aus dem Jahr 2019 ausgewertet.

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 7 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. Bei der Bewertung der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass es sich um die erstmalige Auswertung der sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren in diesem Verfahren handelt.

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 verschiedenen Datenquellen: den QS-Dokumentationsdaten durch den Leistungserbringer und den Sozialdaten der Krankenkassen. Alle Indikatoren des QS-Verfahrens Cholezystektomie basieren aus 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 eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen

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

### 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 2019 dar.

Die Vollzähligkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) wird anhand der Sollstatistik überprüft. Die Sollstatistik zeigt an, wie viele Fälle bei einem Leistungserbringer für die externe Qualitätssicherung in einem Erfassungsjahr dokumentationspflichtig waren, anhand der beim Leistungserbringer abgerechneten Leistungen gemäß QS-Filter. 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. Leider ist eine Umstellung der Sollstatistik auf den behandelnden Standort nicht möglich, da dieser nicht immer der abrechnende oder der für die Dokumentation abschließende Standort ist. In anderen QS-Verfahren führte die Darstellung der Datengrundlage sowie die Vollzähligkeit auf Ebene des entlassenden Standorts bei einigen Leistungserbringern bzw. in deren Rückmeldeberichten zu widersprüchlichen Zahlen und war nicht verständlich. Unter Berücksichtigung dieser Aspekte wurde, ab der Spezifikation 2020, die Sollstatistik vom Standortbezug entkoppelt und auf Ebene des Institutionskennzeichens erstellt. Die Darstellung der Datengrundlage sowie Vollzähligkeit in den Berichten soll daher ebenfalls auf Ebene des Institutionskennzeichens erfolgen.

Erfassungsjahr 2019		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Eingegangene Datensätze gesamt	157.924	150.857	104,68
	Basisdatensatz	157.887		
	MDS	37		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		962		

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

Die nachfolgende Tabelle stellt die Anzahl der an das IQTIG übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2019 auf Ebene des Leistungserbringers dar. Die letzte Spalte weist die Verknüpfungsrate mittels elektronischer Gesundheitskarten-Pseudonym (PID) mit den für das Erfassungsjahr 2019 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 2019	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten
Bund (gesamt)	157.887	98,19 N = 155.029

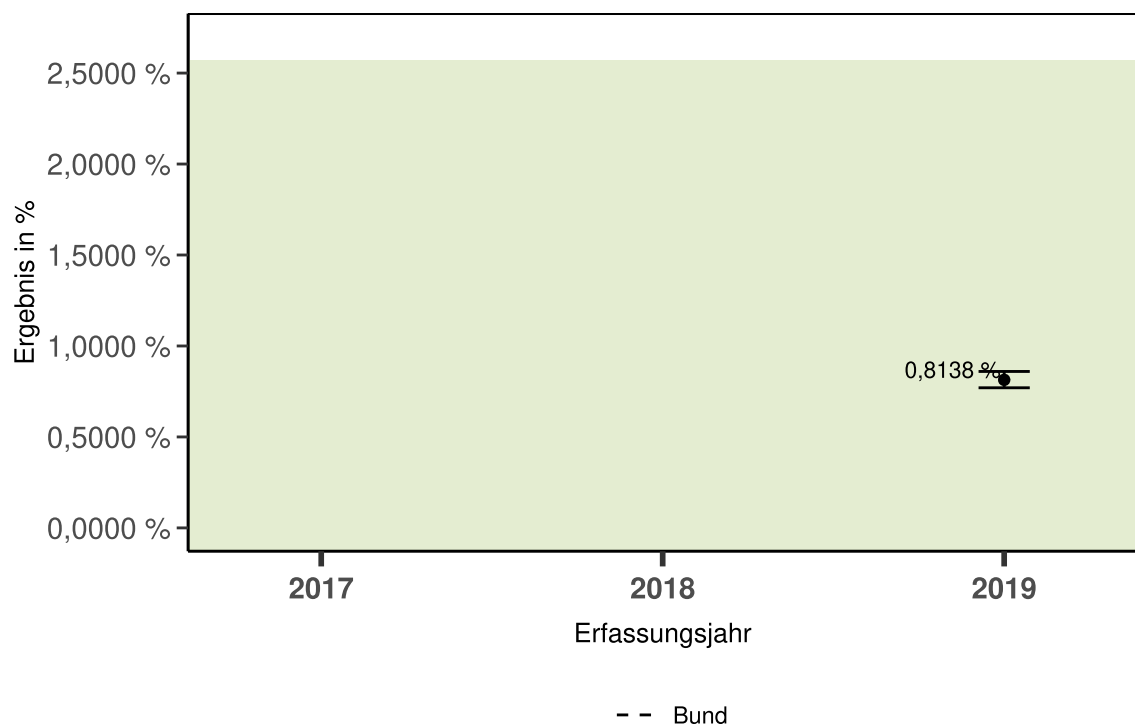
# Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

## 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	≤ 2,57 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten 2019

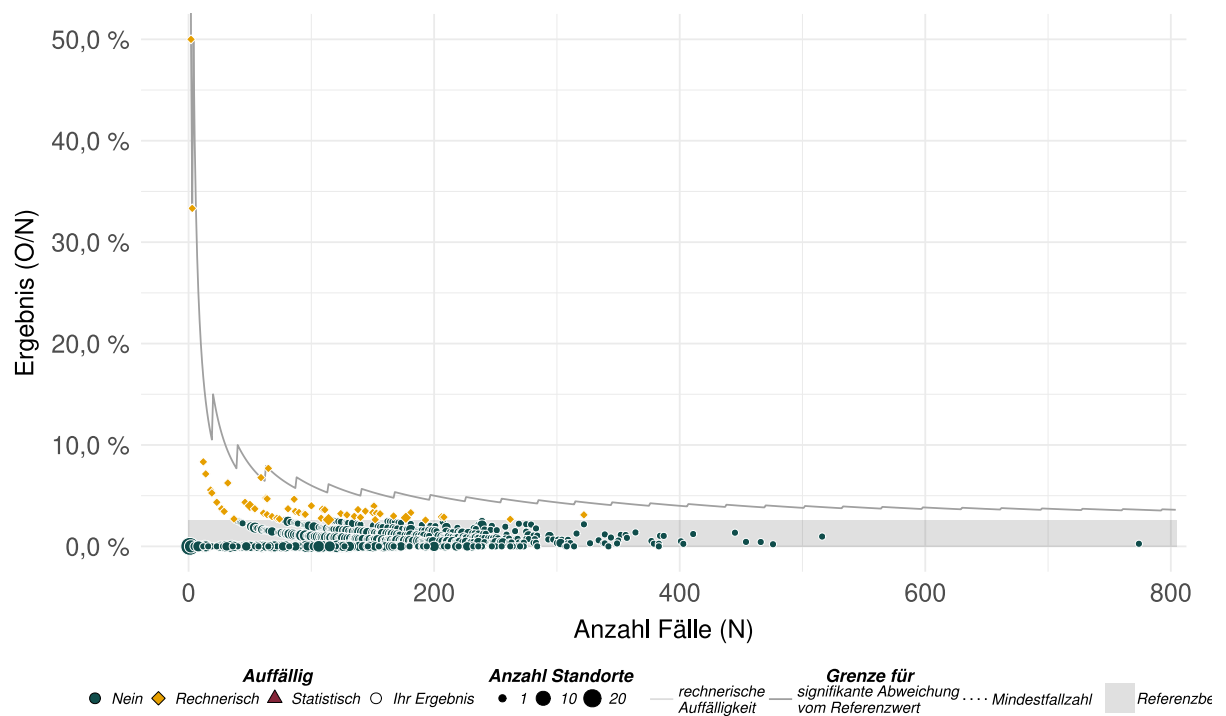
### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre





## Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



## Detaillergebnisse

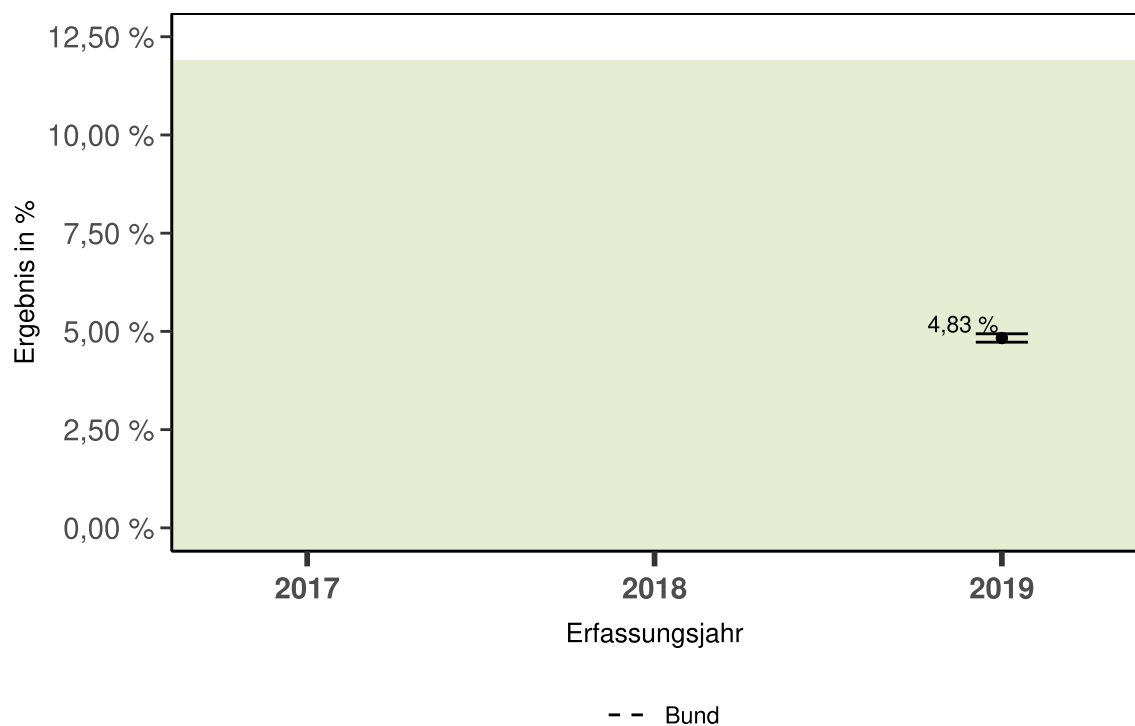
EJ 2019	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Bund</b>	2017: - / - 2018: - / - <b>2019: 1.256 / 154.331</b>	2017: - 2018: - <b>2019: 0,81 %</b>	2017: - 2018: - <b>2019: 0,77 % - 0,86 %</b>

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

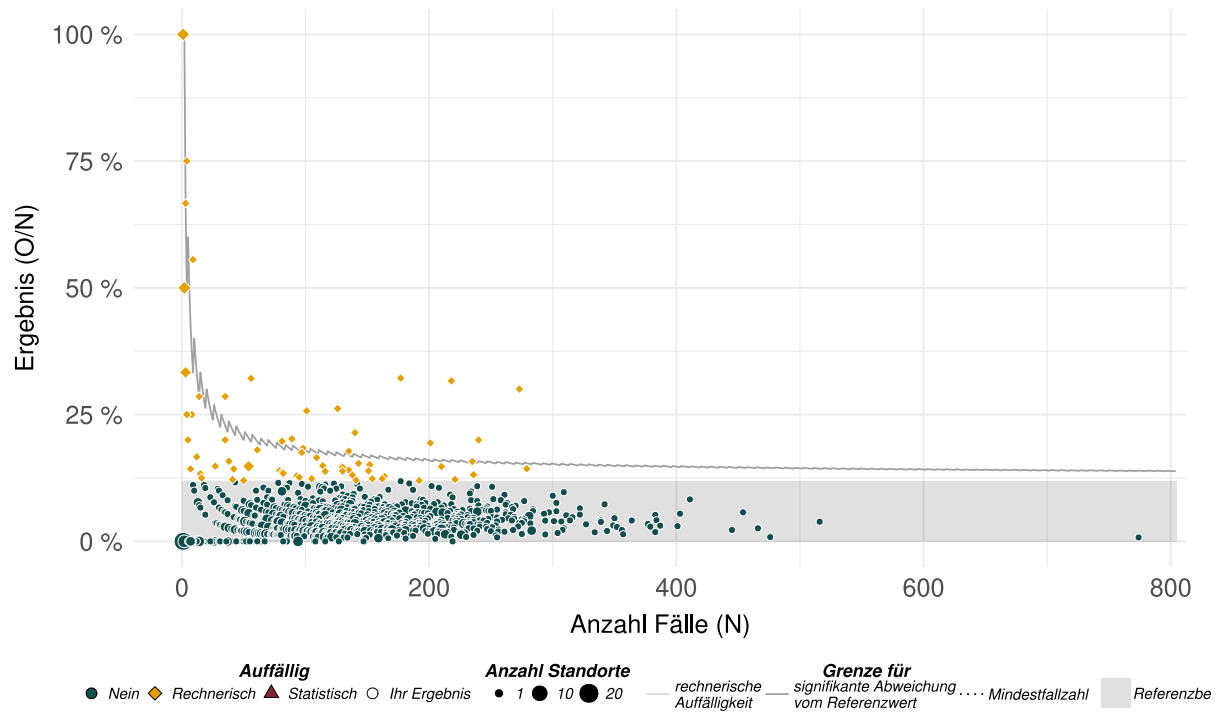
Qualitätsziel	Möglichst wenig Reinterventionen aufgrund von Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie
ID	58001
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Reintervention aufgrund von postoperativen Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einer Cholezystektomie
Referenzbereich	≤ 11,90 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten 2019

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



## Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



## Detaillergebnisse

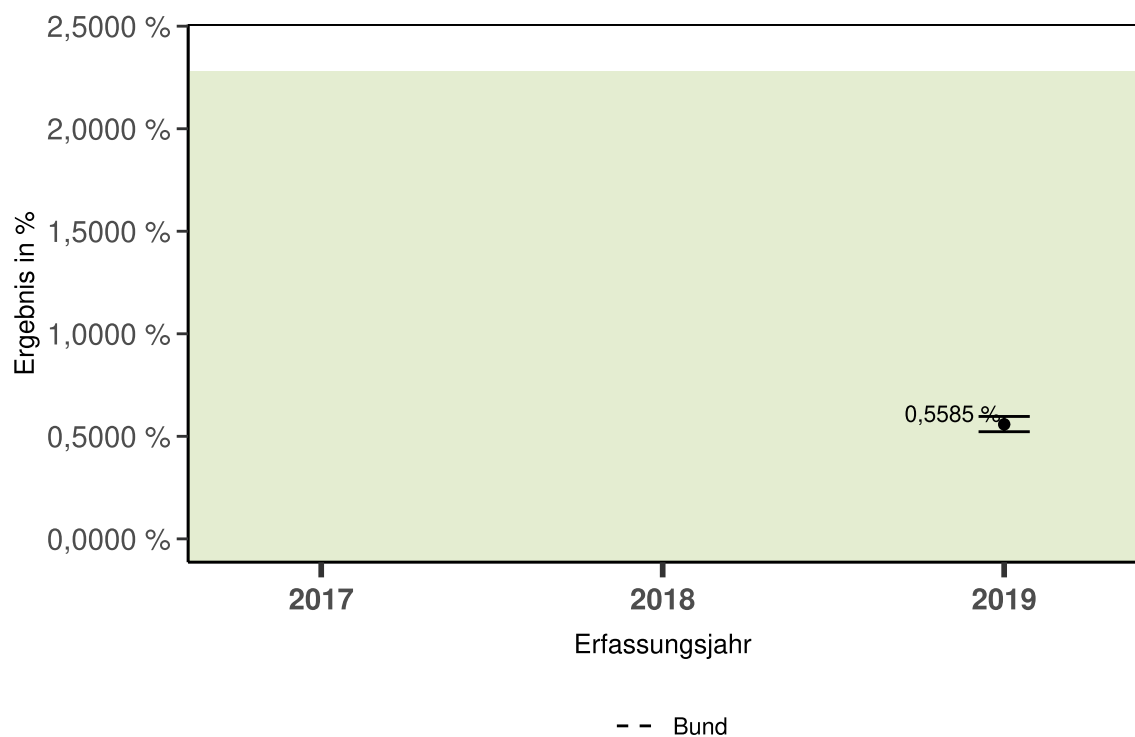
EJ 2019	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Bund</b>	2017: - / - 2018: - / - <b>2019: 7.457 / 154.331</b>	2017: - 2018: - <b>2019: 4,83 %</b>	2017: - 2018: - <b>2019: 4,73 % - 4,94 %</b>

## 58002: Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen

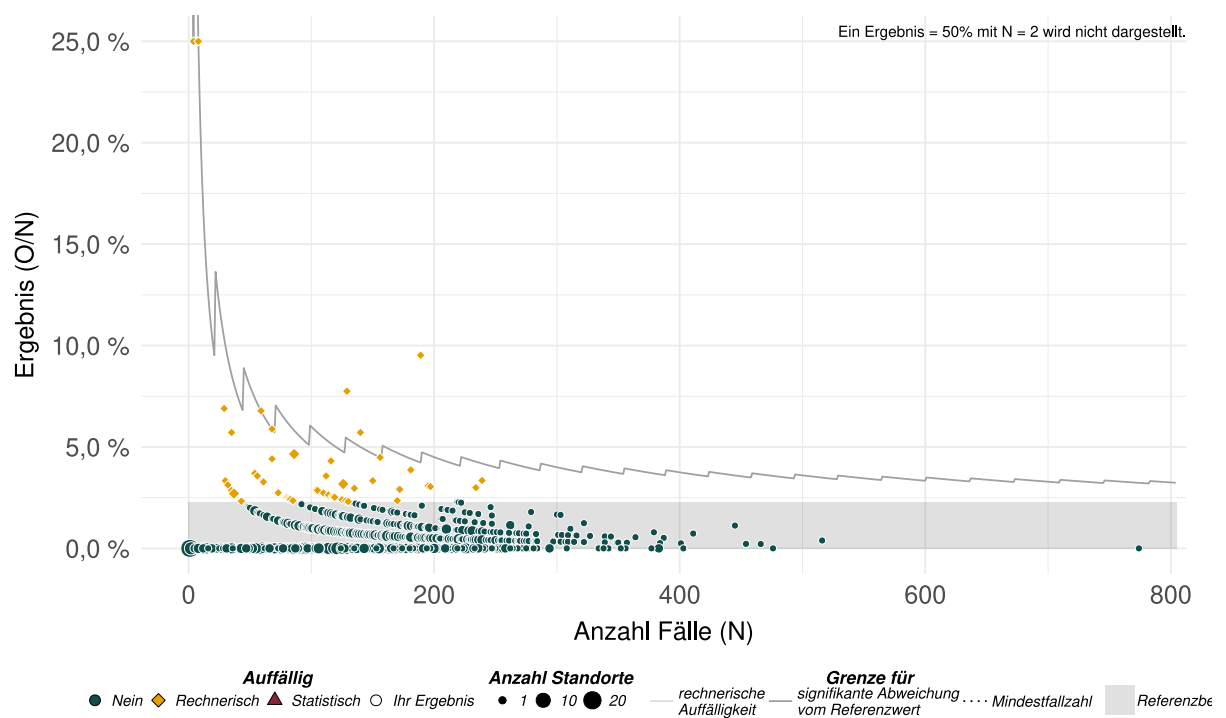
Qualitätsziel	Möglichst wenig eingriffsspezifische Infektionen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
ID	58002
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit eingriffsspezifischen Infektionen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
Referenzbereich	≤ 2,28 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten 2019

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



## Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



## Detaillierergebnisse

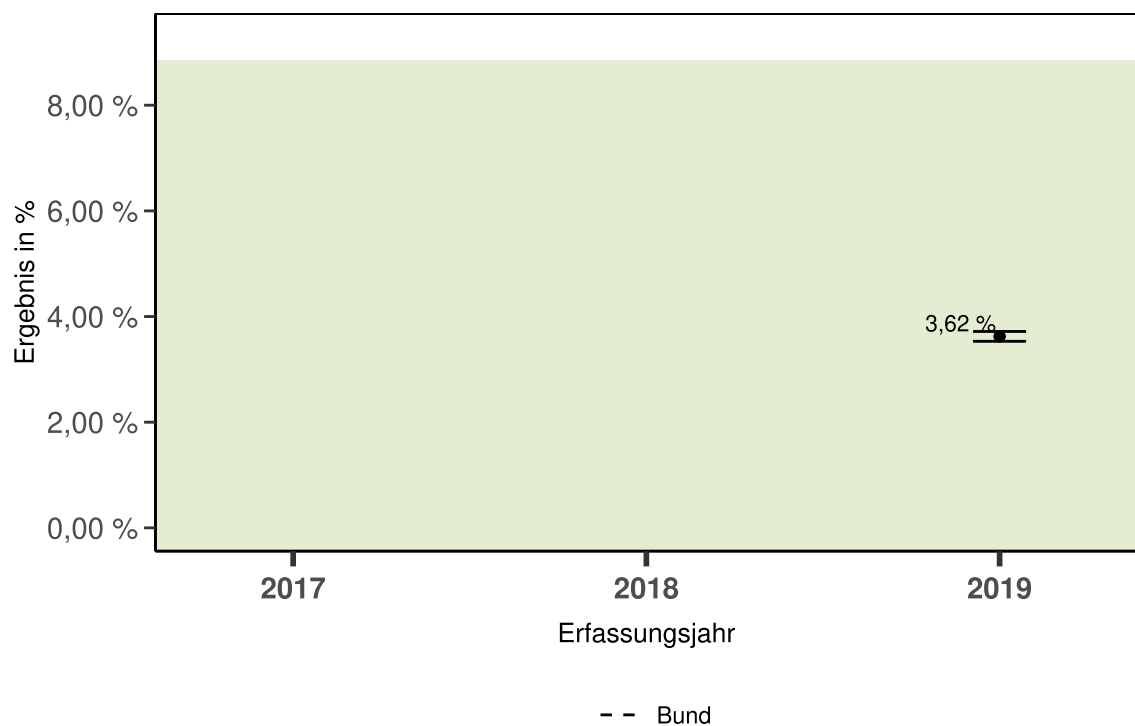
EJ 2019	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Bund</b>	2017: - / - 2018: - / - <b>2019: 862 / 154.331</b>	2017: - 2018: - <b>2019: 0,56 %</b>	2017: - 2018: - <b>2019: 0,52 % - 0,60 %</b>

### 58003: Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen

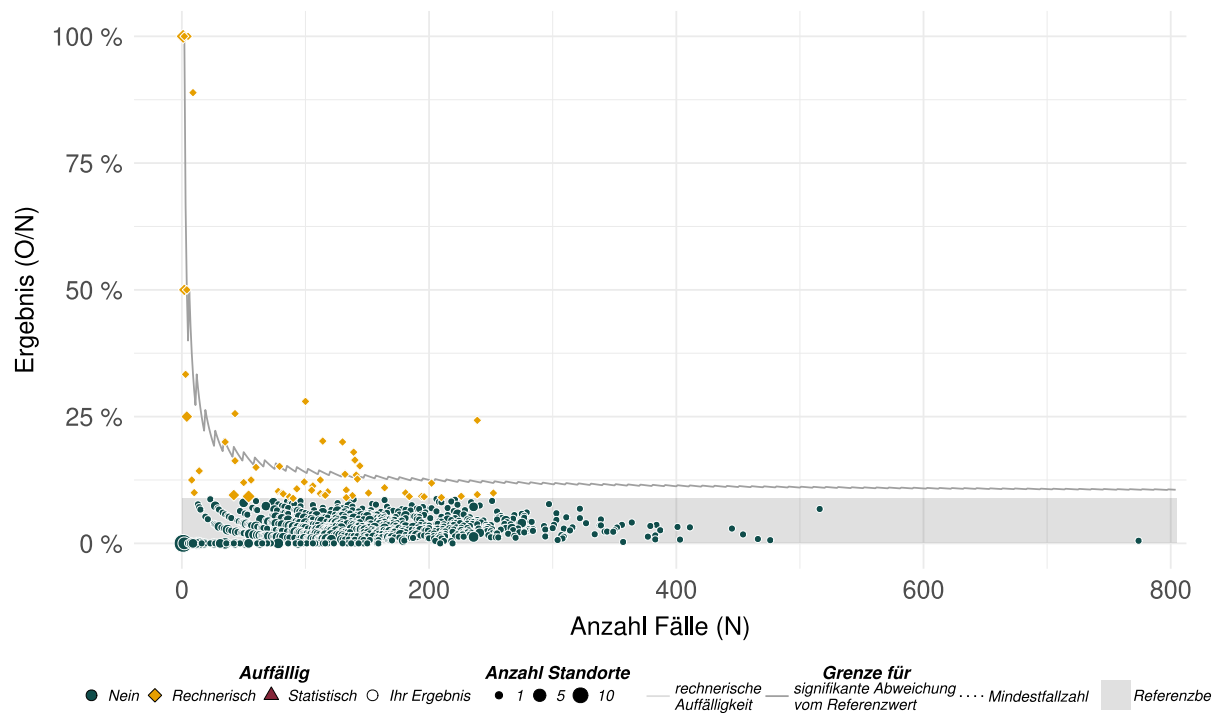
Qualitätsziel	Möglichst wenig postoperative interventionsbedürftige Blutungen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
ID	58003
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit postoperativen interventionsbedürftigen Blutungen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
Referenzbereich	≤ 8,85 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten 2019

#### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



## Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



## Detaillergebnisse

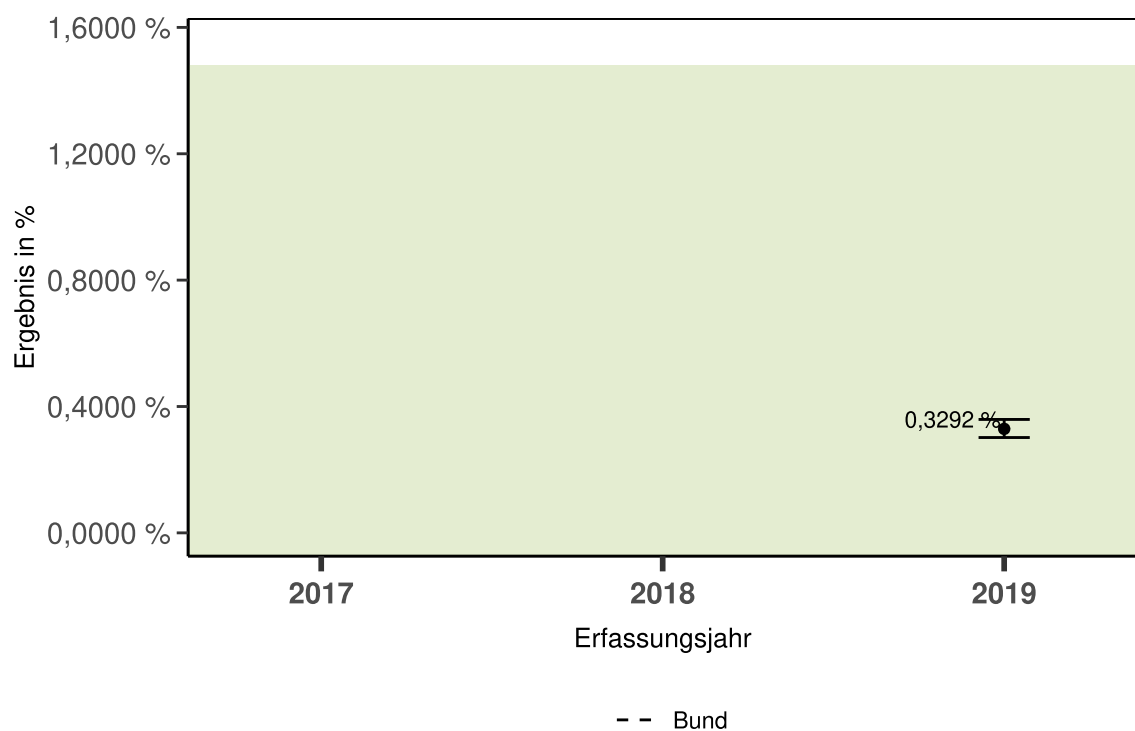
EJ 2019	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Bund</b>	2017: - / - 2018: - / - <b>2019: 5.592 / 154.331</b>	2017: - 2018: - <b>2019: 3,62 %</b>	2017: - 2018: - <b>2019: 3,53 % - 3,72 %</b>

## 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	≤ 1,48 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten 2019

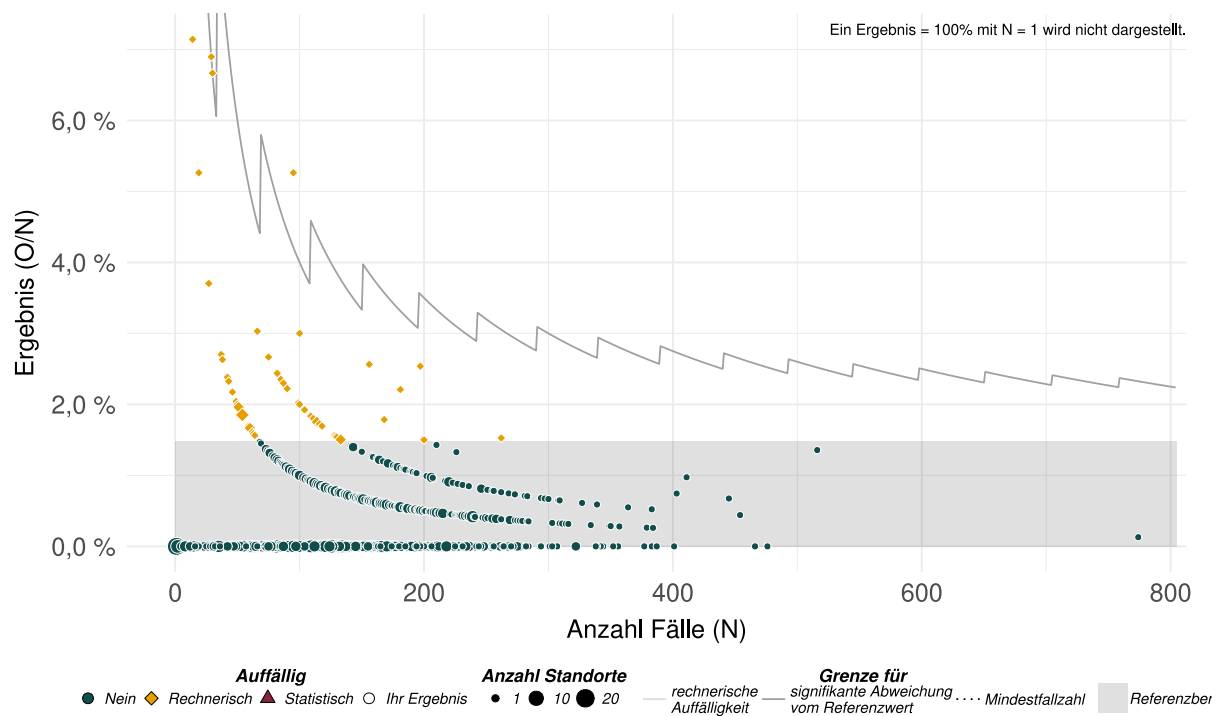
### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre





## Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



## Detaillierergebnisse

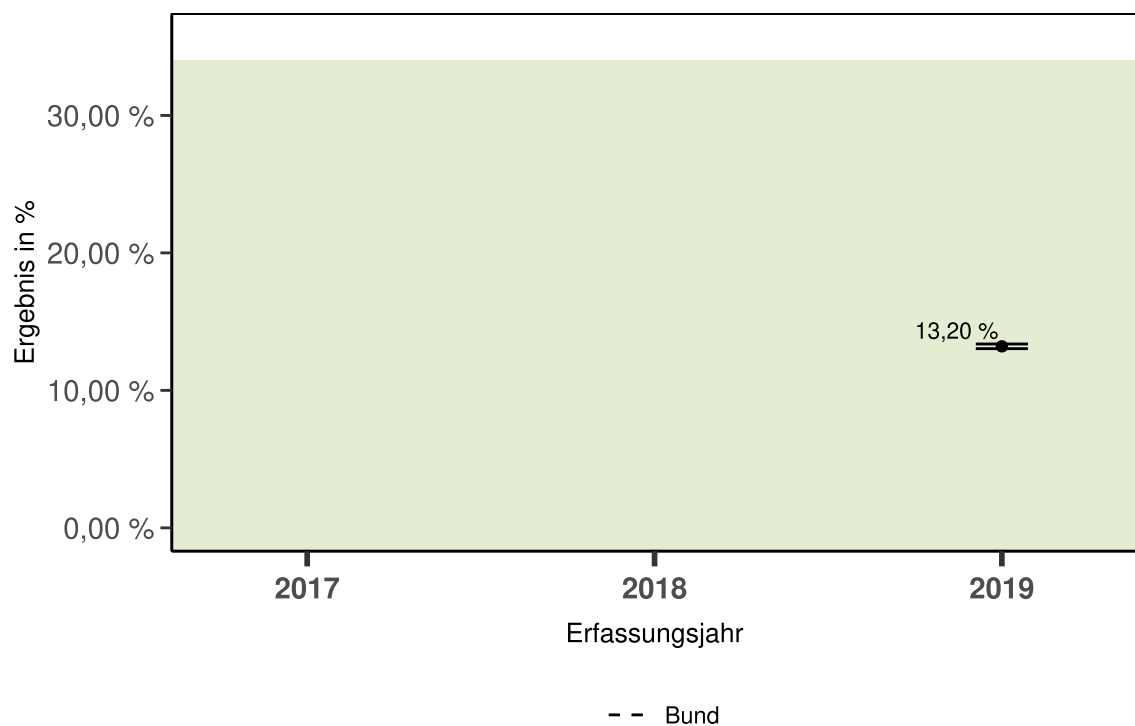
EJ 2019	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Bund</b>	2017: - / - 2018: - / - <b>2019: 508 / 154.331</b>	2017: - 2018: - <b>2019: 0,33 %</b>	2017: - 2018: - <b>2019: 0,30 % - 0,36 %</b>

## 58005: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres

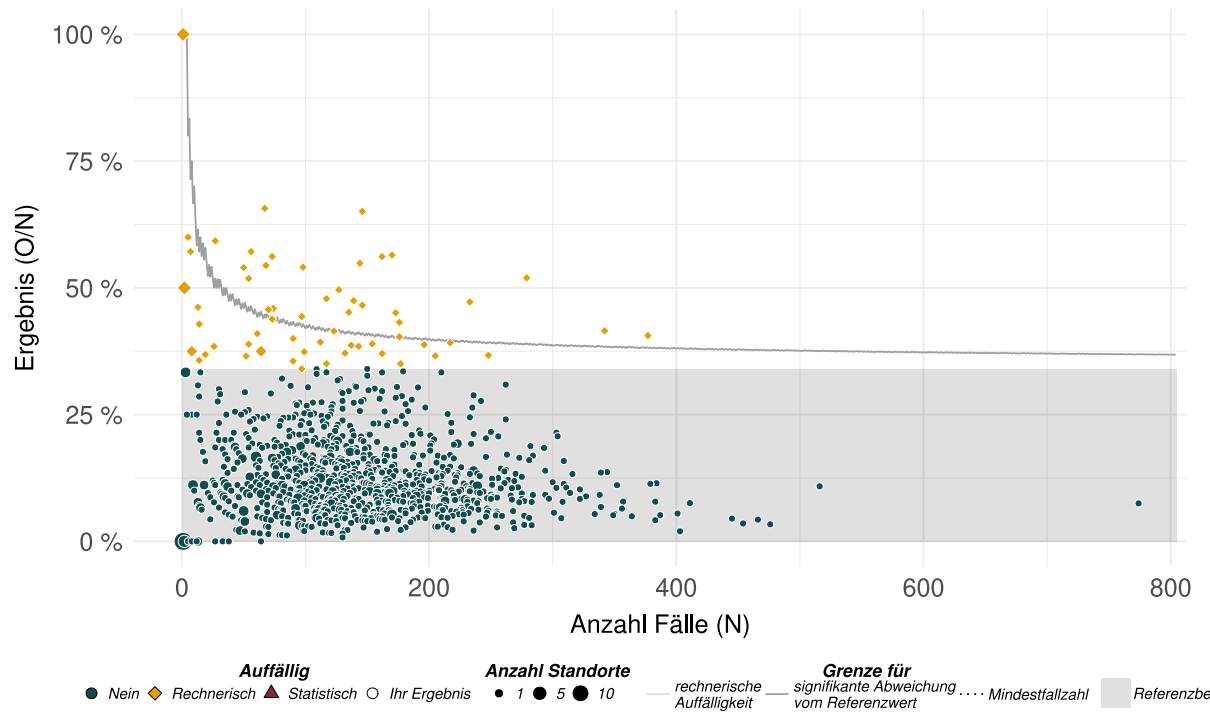
Qualitätsziel	Möglichst wenig weitere postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 365 Tagen nach Cholezystektomie
ID	58005
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit weiteren Komplikationen bei Cholezystektomie postoperativ innerhalb von 365 Tagen
Referenzbereich	≤ 34,01 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten 2019

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detaillergebnisse

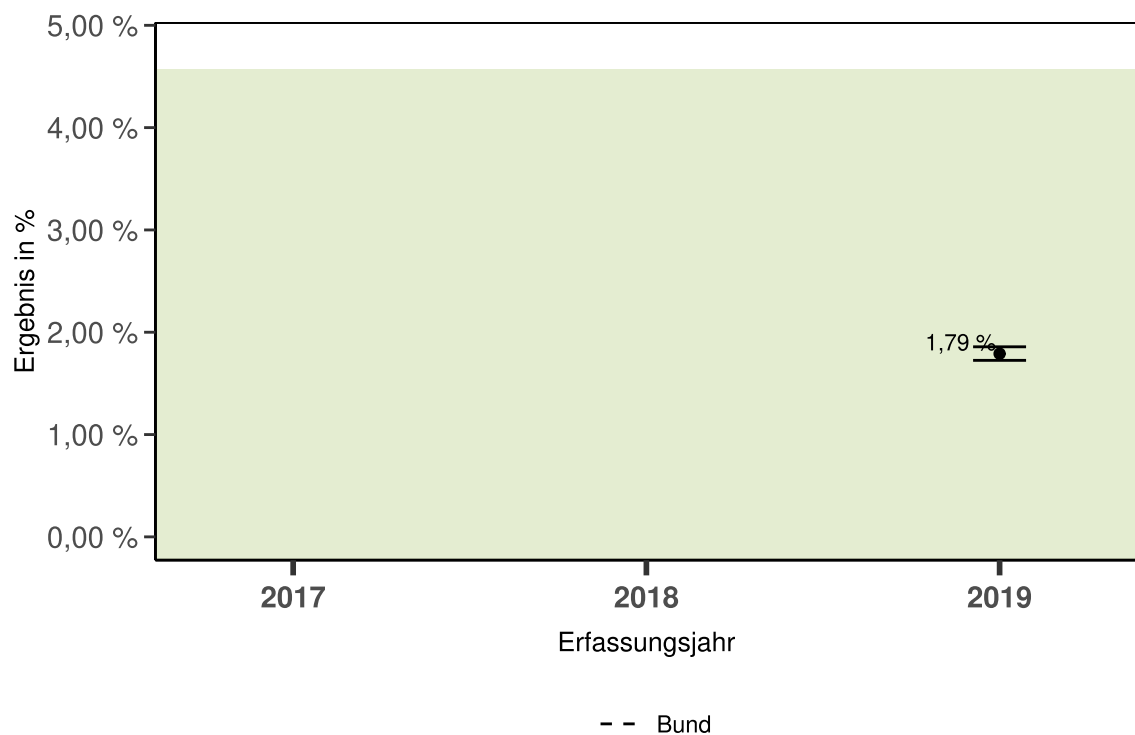
EJ 2019	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2017: - / - 2018: - / - 2019: 20.378 / 154.331	2017: - 2018: - 2019: 13,20 %	2017: - 2018: - 2019: 13,04 % - 13,37 %

## 58006: Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen

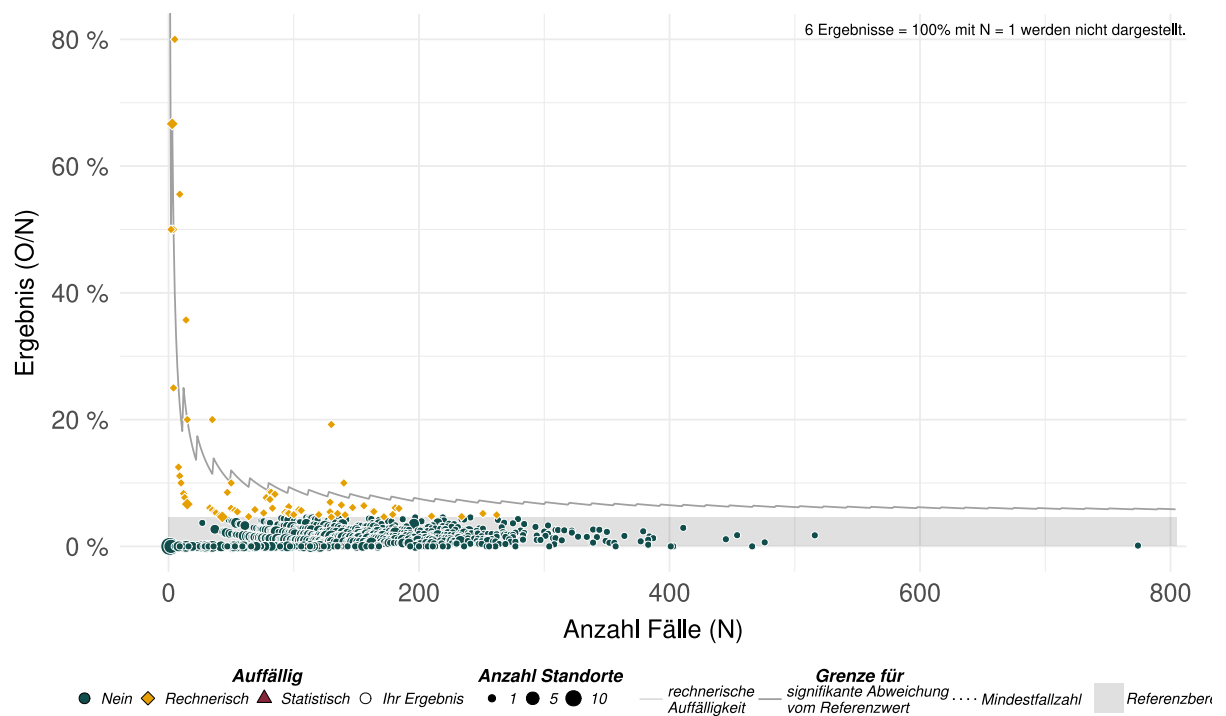
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie
ID	58006
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie
Referenzbereich	≤ 4,57 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten 2019

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



## Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



## Detaillergebnisse

EJ 2019	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Bund</b>	2017: - / - 2018: - / - <b>2019: 2.763 / 154.331</b>	2017: - 2018: - <b>2019: 1,79 %</b>	2017: - 2018: - <b>2019: 1,73 % - 1,86 %</b>

Bundesauswertung

# Cholezystektomie

Erfassungsjahr 2020

Veröffentlichungsdatum: 09. August 2021

---

# Impressum

**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

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

# Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht.....	4
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2020 .....	6
Einleitung.....	7
Datengrundlagen.....	10
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten .....	10
Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen	11
Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen.....	12
58000: Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen .....	12
58002: Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen .....	14
58003: Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen .....	16
58004: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen .....	18



## Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren für eine schnelle Übersicht zusammengefasst. Die Ergebnisse der Qualitätssicherung werden differenziert nach dem Ergebnis des hier betrachteten Leistungserbringers („Ihr Ergebnis“) im Vergleich zum Bundesergebnis. Die Auswertung erfolgt pro Standort eines Krankenhauses.

Wird ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator nicht erreicht, wird der Standort als rechnerisch auffällig gewertet. Dies wird durch ein rotes Kreuz kenntlich gemacht. Befindet sich das Ergebnis des Leistungserbringers innerhalb des Referenzbereichs eines Qualitätsindikators, wird dies durch einen grünen Haken kenntlich gemacht. Je nachdem, ob sich das Ergebnis verbessert oder verschlechtert hat bzw. unverändert blieb, wird dies mit Tendenzpfeilen beschrieben.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse und dem Vergleich mit den relevanten Vergleichsgruppen finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren und Indikatorengruppen“.
- 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. Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.
- Sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren können nur zeitlich verzögert berichtet werden. Dies ist abhängig vom Nachbeobachtungszeitraum, der für das QS-Verfahren CHE bei bis zu einem Jahr liegt. Außerdem können die Sozialdaten bei den gesetzlichen Krankenkassen nur mit deutlichem Zeitverzug bereitgestellt und ausgewertet werden. In diesem Bericht können daher erstmalig die Auswertungen für die Follow-up Indikatoren mit einem Nachbeobachtungszeitraum von 30 Tagen für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2020 berichtet werden.
- Im ersten Jahr der Datenauswertung enthielten die Datenlieferungen der gesetzlichen Krankenkassen keine vollständigen Daten zu minderjährigen Kindern, weshalb diese in den vorliegenden Auswertungen nicht berücksichtigt werden konnten.

- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen unterscheiden. In dieser erstmaligen Auswertung werden die Indikatoren ohne Referenzbereich ausgegeben, da benötigte Risikoadjustierungsmodelle derzeit noch entwickelt werden.
- Bei einem Vergleich von zwei oder mehreren Jahren werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese für ein zurückliegendes Jahr nicht berechnet werden. Dieser Fall kann bspw. 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.
- Die technische Umsetzung einer Basisauswertung mit Sozialdaten befindet sich noch in der Entwicklung und kann aktuell nicht dargestellt werden. Eine Darstellung wird für das nächste Berichtsjahr avisiert.

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

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen mit Follow-up Zeitraum von 30 Tagen aus dem Erfassungsjahr 2020 dar. Wird Ihnen unter "Ergebnis" kein Ergebnis dargestellt, so konnten Ihre QS-Datensätze nicht mit den gelieferten Sozialdatensätzen verknüpft werden. Bitte beachten Sie, dass für alle sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren Risikoadjustierungsmodelle vorgesehen sind, welche derzeit noch erarbeitet werden.

Indikatoren / Kennzahlen				Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Referenz- bereich	Tendenz	Ergebnis	Vertrauens- bereich
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,94 % (95. Perzentil)	-	0,91 % N = 147.495	0,86 % - 0,96 %
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,60 % (95. Perzentil)	-	0,59 % N = 147.495	0,55 % - 0,63 %
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	≤ 9,36 % (95. Perzentil)	-	4,00 % N = 147.495	3,90 % - 4,10 %
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	≤ 1,44 % (95. Perzentil)	-	0,33 % N = 147.495	0,30 % - 0,36 %

↗↘→ = Tendenz im Vergleich zum Vorjahr verbessert, verschlechtert, unverändert

## Einleitung

Der vorliegende Rückmeldebericht beinhaltet die Ergebnisse für das QS-Verfahren Cholezystektomie (CHE). Erstmals wurden die sozialdatenbasierten Follow-up-Qualitätsindikatoren für Indexeingriffe aus dem Jahr 2020 ausgewertet.

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 7 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. Bei der Bewertung der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass es sich um die erstmalige Auswertung der sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren in diesem Verfahren handelt. Die gelieferten Daten weisen eine stabile und ausreichend gute Datenqualität auf. Erfreulicherweise können deshalb bereits 4 Indikatoren (QI-ID 58000, 58002, 58003, 58004) mit einem 30-Tage-Follow-up von Indexeingriffen aus dem Jahr 2020 berichtet werden. Ein Berichtsjahr wird demnach auch zukünftig Auswertungen von 2 Indexjahren enthalten können:

- 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 verschiedenen Datenquellen: den QS-Dokumentationsdaten durch den Leistungserbringer und den Sozialdaten der Krankenkassen. Alle Indikatoren des QS-Verfahrens Cholezystektomie basieren aus 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 eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen

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

### 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 2020 dar.

Die Vollzähligkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) wird anhand der Sollstatistik überprüft. Die Sollstatistik zeigt an, wie viele Fälle bei einem Leistungserbringer für die externe Qualitätssicherung in einem Erfassungsjahr dokumentationspflichtig waren, anhand der beim Leistungserbringer abgerechneten Leistungen gemäß QS-Filter. 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. Leider ist eine Umstellung der Sollstatistik auf den behandelnden Standort nicht möglich, da dieser nicht immer der abrechnende oder der für die Dokumentation abschließende Standort ist. In anderen QS-Verfahren führte die Darstellung der Datengrundlage sowie die Vollzähligkeit auf Ebene des entlassenden Standorts bei einigen Leistungserbringern bzw. in deren Rückmeldeberichten zu widersprüchlichen Zahlen und war nicht verständlich. Unter Berücksichtigung dieser Aspekte wurde, ab der Spezifikation 2020, die Sollstatistik vom Standortbezug entkoppelt und auf Ebene des Institutionskennzeichens erstellt.

Aufgrund des ab 2020 geltenden bundesweiten Verzeichnisses der Standorte nach § 108 SGB V zugelassener Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen kann es für das Erfassungsjahr 2020 zu einer

eingeschränkten Vergleichbarkeit bei den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren mit den Vorjahresergebnissen kommen. Soweit möglich wurden die Standorte aus dem Jahr 2019 in Zusammenarbeit mit den Datenannahmestellen auf die Standorte aus dem Jahr 2020 gemappt. Die sich dabei ergebenden Herausforderungen wurden bereits seit 2019 in den G-BA-Gremien und in den regelmäßigen Verfahrensteilnehmerveranstaltungen vom IQTIG dargestellt. 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.

Erfassungsjahr 2020		geliefert	erwartet	Vollständigkeit in %
Bund (gesamt)	Eingegangene Datensätze gesamt	149.400	149.556	99,90
	Basisdatensatz	149.366		
	MDS	34		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		974		

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

Die nachfolgende Tabelle stellt die vorläufige Anzahl der an das IQTIG übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe mit 30-Tage Follow-up-Zeitraum aus dem Erfassungsjahr 2020 auf Ebene des Leistungserbringers dar. Die letzte Spalte weist die Verknüpfungsrate mittels elektronischer Gesundheitskarten-Pseudonym (PID) mit den für das Erfassungsjahr 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.

Bitte beachten Sie, dass die Verknüpfungsrate für alle Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2020 erst mit dem nächsten Bericht vollständig ausgegeben werden kann (siehe Einleitung).

## Verknüpfungsrate mit Sozialdaten

Erfassungsjahr 2020	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten
Bund (gesamt)	149.366	99,16 N = 148.110



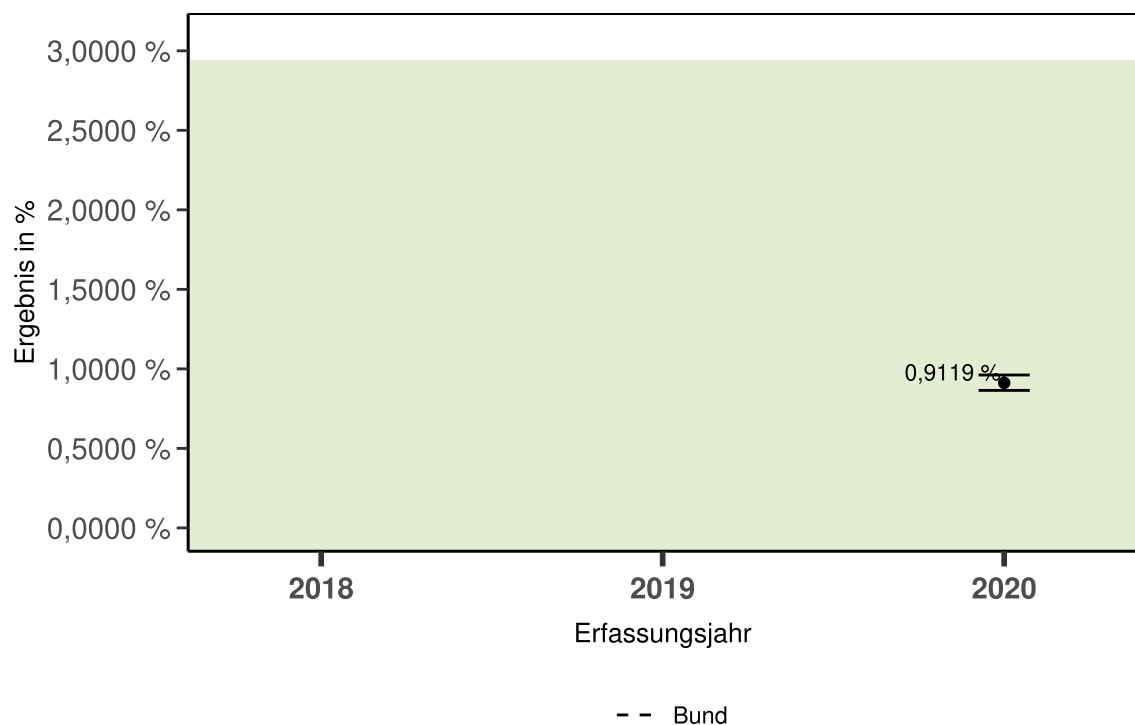
# Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

## 58000: Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen

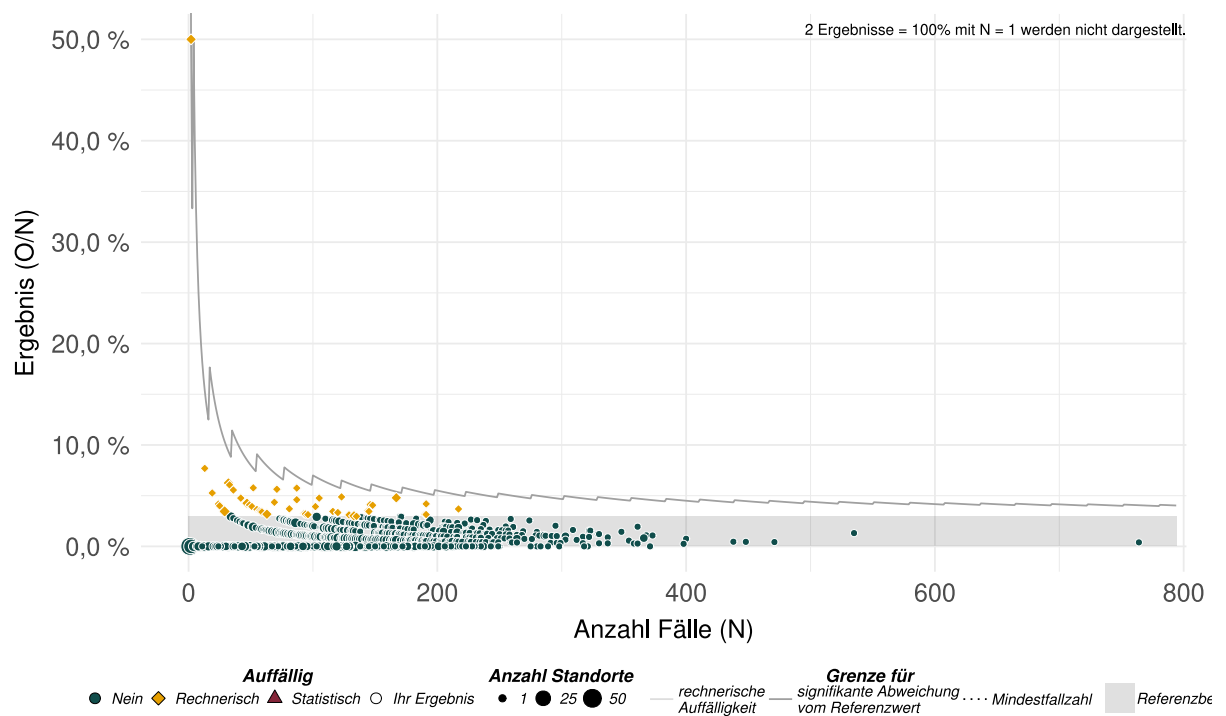
Qualitätsziel	Möglichst wenig operationsbedingte Gallenwegskomplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
ID	58000
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit operationsbedingten Gallenwegskomplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
Referenzbereich	≤ 2,94 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten 2020

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



## Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



## Detaillergebnisse

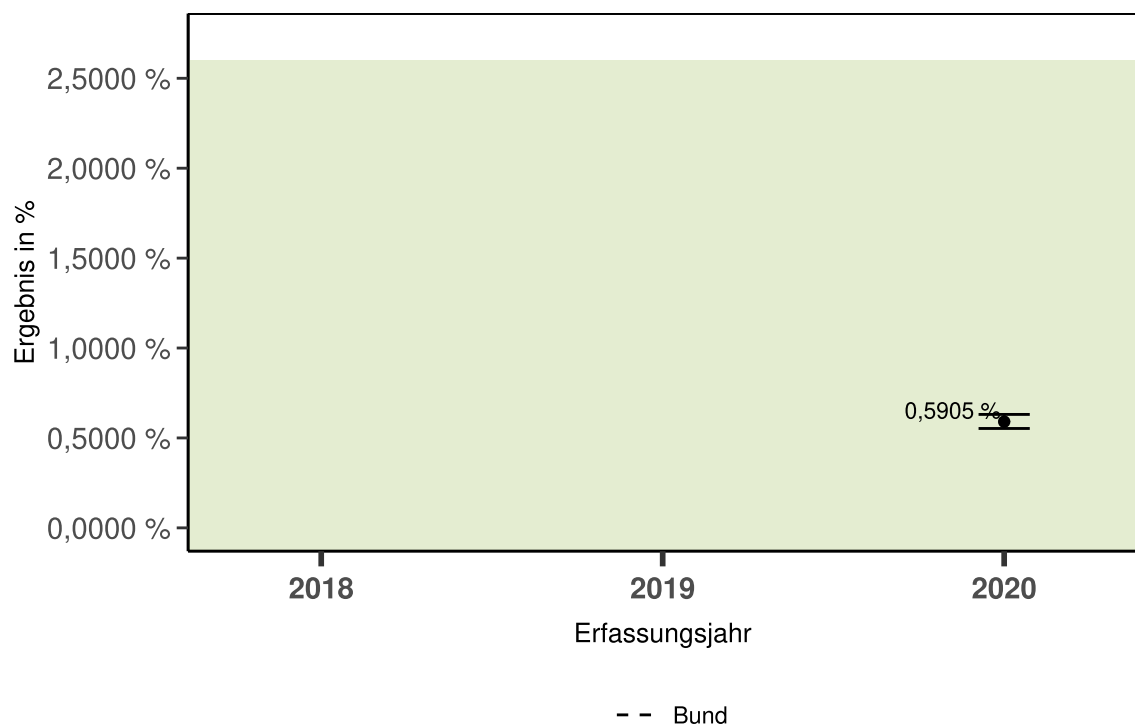
EJ 2020	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Bund</b>	2018: - / - 2019: - / - <b>2020: 1.345 / 147.495</b>	2018: - 2019: - <b>2020: 0,91 %</b>	2018: - 2019: - <b>2020: 0,86 % - 0,96 %</b>

## 58002: Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen

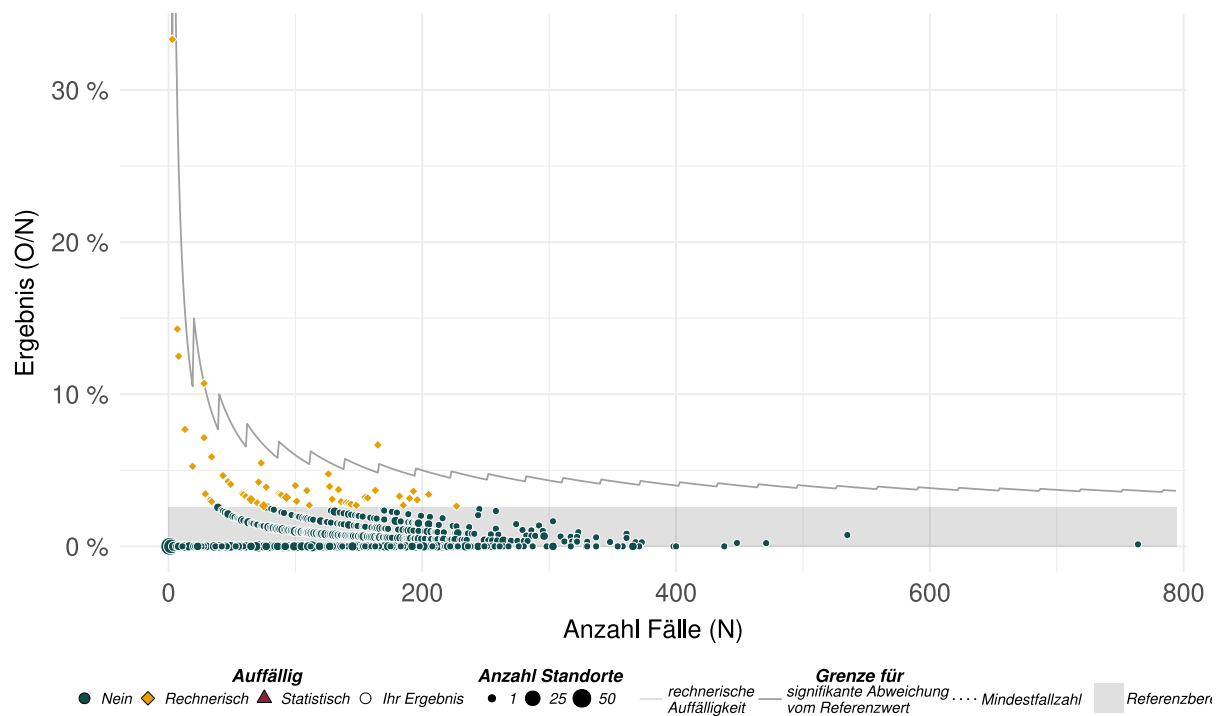
Qualitätsziel	Möglichst wenig eingriffsspezifische Infektionen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
ID	58002
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit eingriffsspezifischen Infektionen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
Referenzbereich	≤ 2,60 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten 2020

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



## Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



## Detaillergebnisse

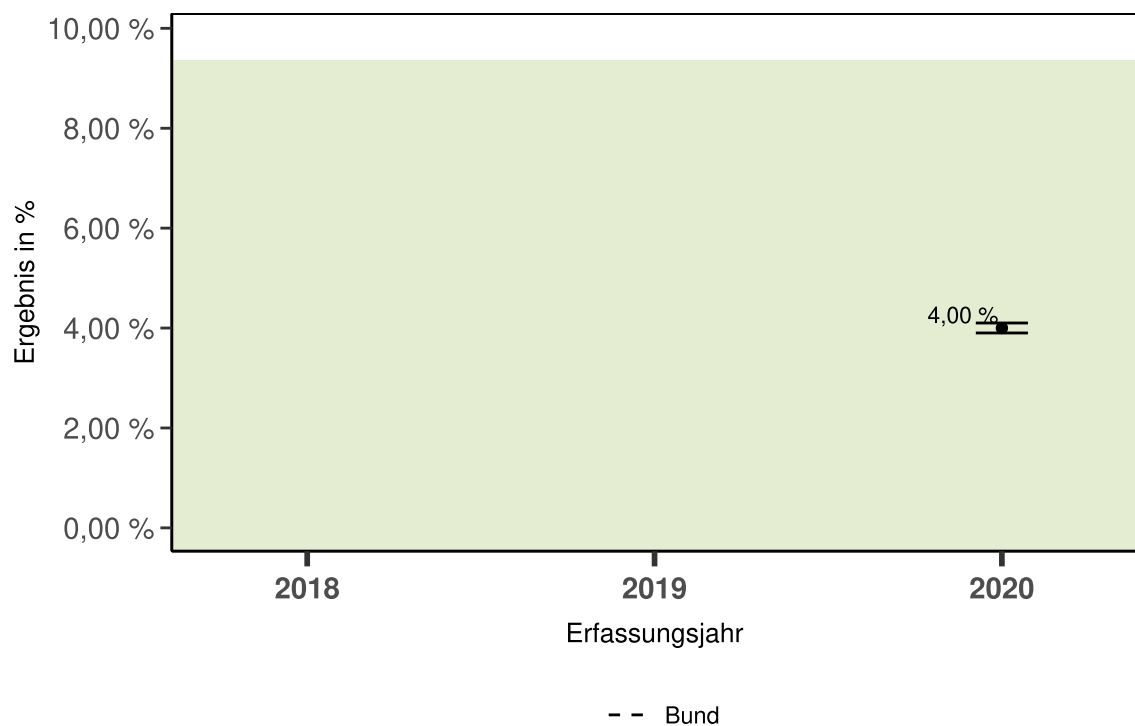
EJ 2020	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Bund</b>	2018: - / - 2019: - / - <b>2020: 871 / 147.495</b>	2018: - 2019: - <b>2020: 0,59 %</b>	2018: - 2019: - <b>2020: 0,55 % - 0,63 %</b>

### 58003: Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen

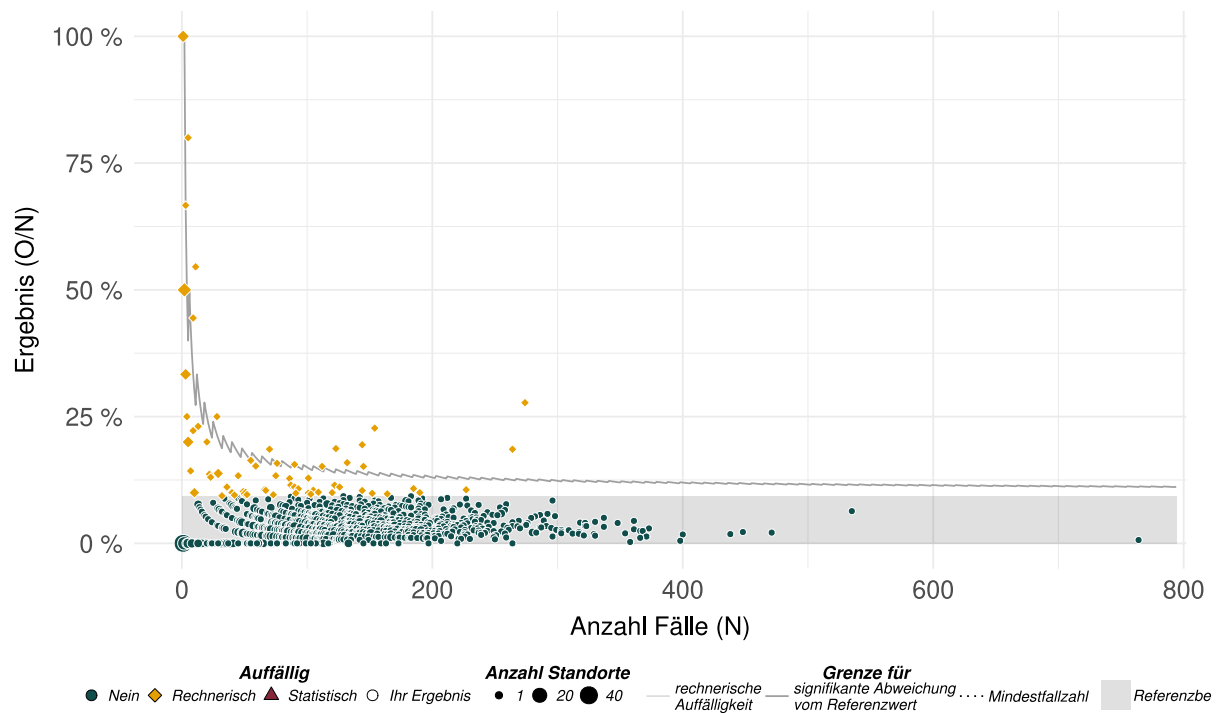
Qualitätsziel	Möglichst wenig postoperative interventionsbedürftige Blutungen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
ID	58003
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit postoperativen interventionsbedürftigen Blutungen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
Referenzbereich	≤ 9,36 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten 2020

#### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



## Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



## Detaillierergebnisse

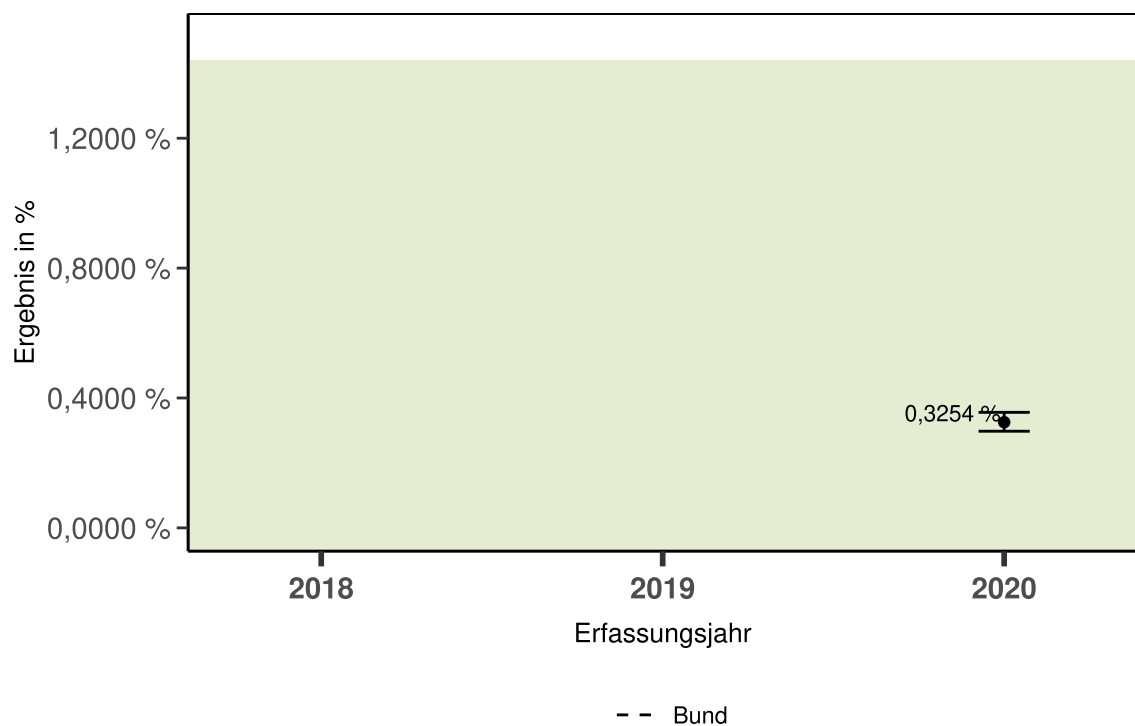
EJ 2020	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Bund</b>	2018: - / - 2019: - / - 2020: 5.900 / 147.495	2018: - 2019: - 2020: 4,00 %	2018: - 2019: - 2020: 3,90 % - 4,10 %

## 58004: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen

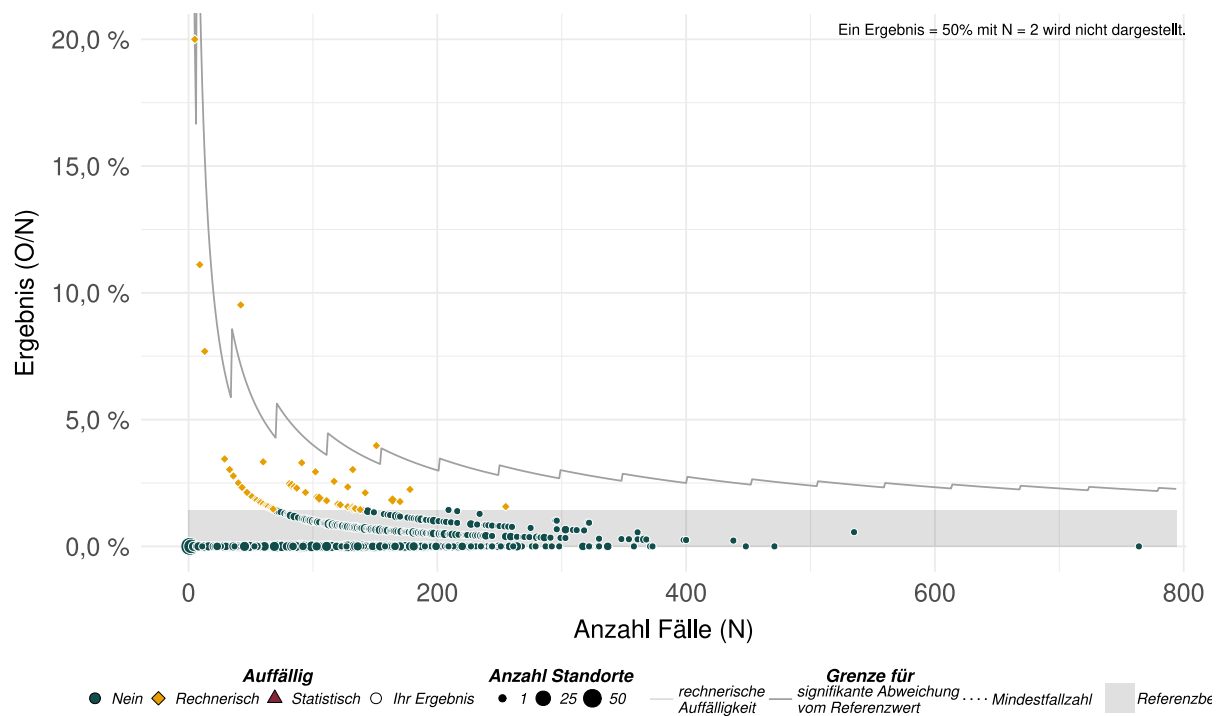
Qualitätsziel	Möglichst wenig weitere postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
ID	58004
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit weiteren Komplikationen bei Cholezystektomie intra- oder postoperativ innerhalb von 30 Tagen
Referenzbereich	≤ 1,44 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten 2020

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



## Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



## Detaillergebnisse

EJ 2020	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Bund</b>	2018: - / - 2019: - / - <b>2020: 480 / 147.495</b>	2018: - 2019: - <b>2020: 0,33 %</b>	2018: - 2019: - <b>2020: 0,30 % - 0,36 %</b>