

QS-Verfahren *Cholezystektomie*

Bundesqualitätsbericht 2024

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

QS-Verfahren *Cholezystektomie*. Bundesqualitätsbericht 2024

Ansprechperson Theresia Höhne

Datum der Abgabe 15. August 2024

Datum aktualisierte Abgabe 11. Oktober 2024

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	4
Abkürzungsverzeichnis	5
1 Hintergrund	6
2 Einordnung der Ergebnisse	9
2.1 Datengrundlage	9
2.2 Risikoadjustierung	11
2.3 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren	12
2.4 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens	19
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen	24
3.1 Hintergrund	24
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren	24
3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)	33
4 Evaluation	38
5 Fazit und Ausblick	40
Literatur	41

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2024) – CHE	7
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – CHE	8
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2024, EJ 2023) – CHE	9
Tabelle 4: Datengrundlage (AJ 2024, EJ 2022) – CHE	10
Tabelle 5: Verknüpfungsrates übermittelter QS-Daten mit Sozialdaten für EJ 2023 und EJ 2022.....	11
Tabelle 6: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2024) – CHE	14
Tabelle 7: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) – CHE.....	15
Tabelle 8: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – QS CHE	19
Tabelle 9: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2024) – QS CHE.....	20
Tabelle 10: Ergebnisse der Prüfung aller Prüfkriterien nach Erfassungsjahr und Sozialdatenmodulen.....	21
Tabelle 11: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CHE	25
Tabelle 12: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – CHE	27
Tabelle 13: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – CHE	30
Tabelle 14: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – CHE	31
Tabelle 15: Auffälligkeiten und Stellungnahmeverfahren nach Fallzahl pro Qualitätsindikator (AJ 2023) – CHE.....	31
Tabelle 16: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CHE	33
Tabelle 17: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – CHE	35
Tabelle 18: Auffälligkeitskriterien: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – CHE.....	36
Tabelle 19: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – CHE.....	37

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
aQua-Institut	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DRG	Diagnosebezogene Fallgruppen (<i>Diagnosis Related Groups</i>)
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
IKNR	Institutskennzeichennummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
M-DB	Mandantenfähige Datenbank
MDS	Minimaldatensatz
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PID	patientenidentifizierende Daten
PK-ID	Identifikationsnummer des Prüfkriteriums
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QS CHE	QS-Verfahren <i>Cholezystektomie</i>
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch

1 Hintergrund

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

In den Erfassungsjahren 2004 bis 2014 gab es bereits ein QS-Verfahren *Cholezystektomie* in der externen stationären Qualitätssicherung. Die damaligen Qualitätsindikatoren bezogen sich auf intra- und postoperative Komplikationen, auf ungeplante Folgeoperationen und auf die Sterblichkeit im Krankenhaus. Die Ergebnisse 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 fallbezogene QS-Dokumentation 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 Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (aQua-Institut), 2012 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Weiterentwicklung des QS-Verfahrens *Cholezystektomie* beauftragt. Der Auftrag beinhaltete die Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die Nachbeobachtung (Follow-up), die die Komplikationen und die Reinterventionen nach dem ersten eingriffsbedingten stationären Aufenthalt abbilden. Ein weiterer Teil des Auftrags umfasste die Prüfung einer möglichst umfangreichen Nutzung von Daten, die bereits im Rahmen der Abrechnung dokumentiert werden (Sozialdaten bei den Krankenkassen), um bestehende Aufwände bei der Falldokumentation zu verringern. Das bis dahin laufende QS-Verfahren wurde ab dem Erfassungsjahr (EJ) 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) um themenspezifische Bestimmungen für das 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 die Datenübermittlung von Sozialdaten bei den Krankenkassen zu den stationären Folgebehandlungen sowie im Anschluss daran die Datenverarbeitung. Das Verfahren dient damit der Beurteilung der stationär erbrachten Indexeingriffe (Cholezystektomien). Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden hierbei dem Krankenhaus zugeordnet.

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

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

Qualitätsindikatoren

Um die Komplikationen, die Reinterventionen und die Sterblichkeit nach einer Cholezystektomie möglichst vollständig zu erfassen, werden die Behandlungsfälle über einen Zeitraum von 30, 90 und 365 Tagen nachverfolgt (Follow-up). Das Verfahren QS CHE umfasst 7 Follow-up-Indikatoren (Tabelle 1).

Für die Berechnung der Indikatoren werden neben der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation auch die 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, der in diesem QS-Verfahren bei bis zu einem Jahr liegt, abgeschlossen sein muss und die Abrechnungsdaten des Leistungserbringers bei der Krankenkasse angekommen sein und im Anschluss an das IQTIG übermittelt werden müssen.

In diesem Bericht können Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2023 für 4 Indikatoren (IDs 58000, 58002, 58003 und 58004) mit einem 30-Tage-Follow-up sowie Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2022 mit einem Follow-up von 90 und 365 Tagen für 3 Indikatoren (IDs 58001, 58005 und 58006) berichtet werden.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2024) – CHE

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2023
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2023
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2023

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2023
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022

Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul *Cholezystektomie* gibt es keine Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, jedoch 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – CHE

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852204	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
852202	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
852203	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

QS-Dokumentation zum Erfassungsjahr 2023 (AJ 2024)

Für das Verfahren QS CHE erfolgt die Auswertung entsprechend dem behandelnden (OPS-ab-rechnenden) Standort (= Auswertungsstandort).

Insgesamt wurden dem IQTIG für das Erfassungsjahr 2023 von 1.114 entlassenden Standorten 159.225 QS-Datensätze inklusive 38 Minimaldatensätzen (MDS) übermittelt. Die Anzahl der gelieferten Datensätze und der entlassenden Standorte auf Bundesebene ist etwas höher als die erwartete Anzahl.

Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2022 wurden im Auswertungsmodul *Cholezystektomie* zum Erfassungsjahr 2023 mehr Datensätze übermittelt, die Vollzähligkeit ist in einem ähnlichen Bereich geblieben. 14 Leistungserbringer auf Standortebe- (entlassende Standorte) haben für das Erfassungsjahr 2023 Datensätze geliefert, aber keine Sollstatistik. Insgesamt wurden Basisdatensätze von 159.187 Patientinnen und Patienten erfasst. Dies ist ein Anstieg um 6,1% im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2022: 150.066). Der Anstieg der QS-Dokumentationsdaten kann teilweise durch den Einschluss der Überlieger im Erfassungsjahr 2023 erklärt werden (1.277 Überlieger), hauptsächlich ist jedoch die Datensatzanzahl – nach verstärktem Rückgang aufgrund der COVID-19-Pandemie – wieder auf ein mit dem Erfassungsjahr 2019 vergleichbares Niveau angestiegen. Die Anzahl der Leistungserbringer auf IKNR-Ebene ist leicht gesunken, dies kann mit regulären Krankenhausschließungen bzw. -zusammenlegungen erläutert werden.

Tabelle 3 und Tabelle 4 stellen die bundesweit eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“), die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene für die Erfassungsjahre 2023 und 2022 dar. Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der QS-dokumentations- wie sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2024, EJ 2023) – CHE

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	159.225	157.642	101,00
	Basisdatensatz	159.187		
	MDS	38		
Anzahl Leistungs- erbringer	auf Standortebe- (Auswertungs- standorte) Bund (gesamt)	1.072		

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.114	1.100	101,27
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	945	934	101,18

Tabelle 4: Datengrundlage (AJ 2024, EJ 2022) – CHE

		Erfassungsjahr 2022		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	150.101 150.066 35	148.707	100,94
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.110		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.143	1.139	100,35
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	963	959	100,42

Sozialdaten bei den Krankenkassen zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2023 (AJ 2024)

Tabelle 5 stellt die Anzahl der an das IQTIG übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe mit einem Follow-up-Zeitraum von 30 Tagen aus dem Erfassungsjahr 2023 auf Bundesebene dar. Die letzte Spalte weist die Verknüpfungsrate der Sozialdaten bei den Krankenkassen mittels des Pseudonyms der elektronischen Gesundheitskarten (patientenidentifizierende Daten, PID) mit den für das Erfassungsjahr 2023 gelieferten QS-Dokumentationsdaten aus. 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 nicht berücksichtigt bzw. ausgewertet werden.

Durch Korrekturen und Nachlieferungen durch die Krankenkassen kann sich die Verknüpfungsrate zukünftig ändern. Basierend auf den Daten des Erfassungsjahres 2023 können in diesem Bericht nur die Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum bis zu 30 Tagen berechnet werden. Dies ist verfahrensimmanent durch den Zeitverzug bei der Lieferung der Sozialdaten bei den Krankenkassen begründet. Im kommenden Jahr werden sämtliche Indikatoren auf Grundlage der Daten

des Erfassungsjahres 2023 ausgewertet. Die Verknüpfungsrates liegt für die Erfassungsjahre 2022 und 2023 bei über 99 % und damit nach wie vor deutlich über der Mindestanforderung von 95 %.

Tabelle 5: Verknüpfungsrates übermittelter QS-Daten mit Sozialdaten für EJ 2023 und EJ 2022

	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrates mit Sozialdaten in %
Erfassungsjahr 2023 Bund (gesamt)	159.187	99,61 N = 158.571
Erfassungsjahr 2022 Bund (gesamt)	150.066	99,58 N = 149.434

2.2 Risikoadjustierung

Für das Verfahren QS CHE wurde für das Auswertungsjahr 2023 erstmals ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Aus diesem Grund wurden alle Qualitätsindikatoren des Verfahrens mit bereits erhobenen Risikofaktoren (Alter, Geschlecht, Art der Cholezystektomie [offen chirurgisch, laparoskopisch, umsteigen, erweitert, sonstige], Gallenblasenstein, akute Cholezystitis, Cholezystitis oder Cholangitis, Gallenwegsobstruktion) mit logistischer Regression adjustiert.

Mit der Spezifikation für das Erfassungsjahr 2023 wurden diverse weitere ICD- und OPS-Kodes, die Komorbiditäten darstellen, für eine angemessene Risikoadjustierung angefordert. Diese sind mit dem Expertengremium auf Bundesebene spezifisch zusammengestellt und diskutiert worden. Dabei orientieren sich die als relevant eingeschätzten Komorbiditäten für das Verfahren an bestehenden Risikoadjustierungsmodellen, wie den vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) in der Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) verwendeten Modellen, dem Elixhauser- und Charlson-Komorbiditätsindex und den Empfehlungen aus dem Weiterentwicklungsbericht des aQua-Instituts zum Verfahren *Cholezystektomie* (AQUA 2013). Für den Aufbau eines angemessenen Risikoadjustierungsmodells ist insbesondere darauf geachtet worden, keine zusätzlichen Dokumentationsfelder für den Leistungserbringer notwendig zu machen. Bislang werden wenige Vorerkrankungen im Dokumentationsbogen für das Verfahren QS CHE erfasst. Alle relevanten Risikofaktoren wurden sowohl aus der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation der Leistungserbringer als auch aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen angefordert.

In der Regel werden die in der DeQS-RL verwendeten Risikoadjustierungsmodelle auf den Daten des Vorjahres entwickelt. Ab dem Erfassungsjahr 2023 erhobene Risikofaktoren könnten nach diesem Vorgehen demnach erst in der Auswertung 2025 berücksichtigt werden. Im Verfahren QS CHE wurde eine Ausnahme gemacht, um für einige Indikatoren schon eine angemessene Risikoadjustierung für die Auswertung 2024 zu erhalten.

Die Indikatoren mit einem Follow-up von 30 Tagen werden auf Basis der Daten für das Erfassungsjahr 2023 ausgewertet, dadurch konnten bereits ICD- und OPS-Kodes zur Darstellung weiterer Komorbiditäten für den Aufbau eines angemessenen Risikoadjustierungsmodells genutzt werden.

Die Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von 90 bzw. 365 Tagen werden im Auswertungsjahr 2024 auf Basis der Daten des Erfassungsjahres 2022 ausgewertet und können daher erst im kommenden Jahr mit den benötigten Codes angemessen risikoadjustiert werden.

Für die vorliegende Auswertung besteht deshalb weiterhin für die Indikatoren mit einem 90- bzw. 365-Tage-Follow-up die Einschränkung, dass relevante Einflussfaktoren ggf. noch keine Berücksichtigung finden. Außerdem basiert das Risikoadjustierungsmodell für diese Indikatoren auf der Modellierung mit den Daten des Erfassungsjahres 2021. Da im kommenden Jahr ein angemessenes Risikoadjustierungsmodell auch für die 90- bzw. 365-Tage-Follow-up-Indikatoren umgesetzt wird, wurde für das Auswertungsjahr 2024 darauf verzichtet, eine neue Modellierung anhand des Erfassungsjahres 2022 vorzunehmen.

Durch die vorhandene Risikoadjustierung können zumindest Teile der Unterschiede in den Patientenkollektiven zwischen den Leistungserbringern ausgeglichen werden. Durch den perzentilbasierten Referenzbereich werden Leistungserbringer darüber hinaus relativ miteinander verglichen. Da das Risiko bei allen Leistungserbringern gleichermaßen systematisch unterschätzt wird, findet insgesamt dennoch eine gerichtete Auswahl von Standorten für das Stellungnahmeverfahren statt.

2.3 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Das Verfahren QS CHE umfasst 7 Qualitätsindikatoren, die sowohl auf der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer als auch auf Sozialdaten bei den Krankenkassen basieren. Dabei muss berücksichtigt werden, dass Letztere erst mit einem gewissen Zeitverzug ausgewertet und berichtet werden können. Der Zeitraum des Nachverfolgens, der im Verfahren QS CHE bei 30, 90 und 365 Tagen liegt, muss zunächst abgeschlossen und die Abrechnungsdaten des Leistungserbringers bei der Krankenkasse angekommen sein. Erst im Anschluss können die Daten an das IQTIG übermittelt werden. Daher enthalten die Auswertungen dieses Verfahrens grundsätzlich immer zwei Erfassungsjahre:

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

Wie in Abschnitt 2.2 beschrieben, konnten die Indikatoren mit einem 30-Tage-Follow-up (IDs 58000, 58002, 58003, 58004) in diesem Jahr erstmalig angemessen risikoadjustiert werden. Das Risikoadjustierungsmodell für die 30-Tage-Follow-up-Qualitätsindikatoren wurde auf den Daten des Erfassungsjahres 2023 geschätzt, daher beträgt das Ergebnis im Erfassungsjahr 2023

immer nahezu 1,00. Tabelle 6 zeigt in der Spalte „Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzjahr)“ zum einen die Bundesergebnisse für das Erfassungsjahr 2023: Dies betrifft die Indikatoren mit 30-Tage-Follow-up und einem Indexeingriff im Jahr 2023 (IDs 58000, 58002, 58003, 58004). Für sie können aufgrund des neuen Risikoadjustierungsmodells und der dafür benötigten Codes keine Vorjahresergebnisse dargestellt werden. Zum anderen werden in derselben Spalte die Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von 90 und 365 Tagen sowie einem Indexeingriff im Jahr 2022 (IDs 58001, 58005, 58006) ausgewiesen. Ihnen gegenübergestellt werden die Vorjahresergebnisse aus dem Erfassungsjahr 2021 (Spalte „Bundesergebnis AJ 2023“). Die Indikatoren mit einem 90- bzw. 365-Tage-Follow-up werden weiterhin anhand eines einfachen Risikoadjustierungsmodells berechnet. Wie in Abschnitt 2.2 erläutert, ist ein Leistungserbringervergleich für diese Indikatoren weiterhin nur eingeschränkt möglich, da noch nicht alle benötigten Codes für ein angemessenes Risikoadjustierungsmodell vorliegen. Die Auswertungsdaten können jedoch schon eine erste Orientierung bieten (Tabelle 6), das aktuelle Indikatorergebnis kann mit dem Neuberechneten Indikatorergebnis der Vorjahre verglichen werden. Neben dem risikoadjustierten Indikatorergebnis wird auch die rohe Rate ausgewiesen. Diese lässt sich mit dem im Vorjahr veröffentlichten Ergebnis des Indikators vergleichen, unter der Bedingung, dass es keine gravierenden Änderungen an der Berechnung von Zähler und Nenner der Rate gab. Bei Referenzbereichen werden hingegen keine Neuberechnungen für vergangene Jahre durchgeführt, weshalb hier eine Vergleichbarkeit nicht möglich ist. Im Verfahren QS CHE haben alle Indikatoren einen verteilungsbasierten Referenzbereich.

In Tabelle 7 wird die Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen pro Qualitätsindikator dargestellt. Da sämtliche Indikatoren einen perzentilbasierten Referenzbereich von ≤ 95 . Perzentil besitzen, liegt die Anzahl bei allen Indikatoren in einem ähnlichen Bereich. Es haben jeweils etwas mehr als 5 % der Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse.

Tabelle 6: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2024) – CHE

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2023	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	- O/E = - / - N = -	0,99 O/E = 1.263 / 1.280,66 N = 158.571 (≤ 3,34; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	- O/E = - / - N = -	1,00 O/E = 4.170 / 4.170,60 N = 158.571 (≤ 2,22; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	- O/E = - / - N = -	0,99 O/E = 2.157 / 2.175,98 N = 158.571 (≤ 3,00; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	- O/E = - / - N = -	1,01 O/E = 2.379 / 2.365,96 N = 158.571 (≤ 2,63; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	1,01 O/E = 7.109 / 7.029,70 N = 149.174	1,04 O/E = 7.142 / 6.851,42 N = 149.434 (≤ 2,38; 95. Perzentil)	vergleichbar
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	1,38 O/E = 4.015 / 2.918,36 N = 149.174	1,44 O/E = 4.092 / 2.845,97 N = 149.434 (≤ 3,20; 95. Perzentil)	vergleichbar

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2023	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	1,00 O/E = 3.396 / 3.382,68 N = 149.174	0,97 O/E = 3.123 / 3.223,57 N = 149.434 (≤ 2,18; 95. Perzentil)	vergleichbar

Tabelle 7: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) - CHE

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	2022	58 von 1.110	5,23	7
		2023	52 von 1.071	4,86	8
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	2022	61 von 1.110	5,50	10
		2023	57 von 1.071	5,32	3
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	2022	59 von 1.110	5,32	14
		2023	60 von 1.071	5,60	14
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	2022	66 von 1.110	5,95	9
		2023	56 von 1.071	5,23	5
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	2021	61 von 1.116	5,47	22
		2022	62 von 1.109	5,59	24

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	2021	62 von 1.116	5,56	8
		2022	58 von 1.109	5,23	11
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	2021	66 von 1.116	5,91	11
		2022	62 von 1.109	5,59	11

Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen (ID 58004)

Zu den erfassten Komplikationen zählen im Verfahren auch allgemeine postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen, z. B. eine Thrombose, Lungenembolie oder ein Ileus. Im Erfassungsjahr 2022 traten für etwa 1 % (1.624/149.314) der Eingriffe postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen nach der Cholezystektomie auf. Im Erfassungsjahr 2023 ist die rohe Rate stark gestiegen (EJ 2023: 2,63 %, 4.170/158.571). Dies ist darauf zurückzuführen, dass seit dem Erfassungsjahr 2023 weitere nicht eingriffsspezifische postoperative Komplikationen nach einer Cholezystektomie wie die postoperative Pneumonie oder ein Myokard- sowie Hirninfarkt mit ID 58004 erfasst werden, um diesen Indikator noch weiter auszubauen.

Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen (ID 58002)

Mit dem Qualitätsindikator „Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen“ (ID 58002) werden die postoperativen Infektionsraten nach einer Cholezystektomie gemessen. Im Erfassungsjahr 2023 traten bei 1,36 % (2.157/158.571) der Indexeingriffe eingriffsspezifische Infektionen auf. Für diesen Indikator bestand die Einschränkung, dass durch einen technischen Fehler in der Spezifikation der ICD-Kode zur Erhebung eines Leberabszesses (K75.0) nicht explizit als dokumentationsrelevante Entlassungsdiagnose aufgeführt wurde. Eine Korrektur erfolgte mit der Spezifikation 2022.

Seit dem Erfassungsjahr 2023 löst die Diagnose zur Dokumentation eines Leberabszesses allein stehend aus, d. h. ohne gleichzeitige Kodierung eines Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS). Durch ein Datenfeld im Dokumentationsbogen erfolgt für den Indexaufenthalt (den Aufenthalt, bei dem die Cholezystektomie durchgeführt wurde) eine Einordnung, ob die Diagnose bereits vor oder erst nach der Cholezystektomie bestand. Eine zusätzliche Kodierung eines OPS-Kodes ist daher nicht mehr notwendig, um einen Leberabszess als eingriffsspezifische Komplikation zuzuordnen zu können. Für alle Folgeaufenthalte ergibt sich die Zuordnung bereits aus dem zeitlichen Verlauf. Eine signifikante Fallzahlsteigerung bei den eingriffsspezifischen Infektionen konnte durch diese Indikatoranpassung nicht beobachtet werden.

Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen (ID 58003)

Mit dem Indikator „Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen“ (ID 58003) werden alle Fälle dokumentiert, bei denen interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie auftraten. Der bundesweite Anteil der betroffenen Patientinnen und Patienten liegt im Erfassungsjahr 2023 bei 1,50 % (2.379/158.571) und ist im Vergleich mit der rohen Rate des Vorjahres gesunken (EJ 2022: 3.563/149.314, 2,39 %).

Durch Rückmeldungen der Landesebene sowie aus den ersten Stellungnahmeverfahren wurde deutlich, dass der Indikator in seiner Kausalität und Validität noch geschärft werden musste. Es wurde angemerkt, dass die Abfrage, wann die Patientin oder der Patient in Bezug auf die

Cholezystektomie transfundiert wurde, keinen klaren kausalen Zusammenhang zur Cholezystektomie herstellte. Dies hat zu erheblichen Dokumentationsproblemen seitens der Leistungserbringer geführt, da bspw. hämatologische Erkrankungen in Notfallsituationen dazu führen können, dass Transfusionen prä-, intra- oder postoperativ erforderlich werden, ohne dass ein direkter Zusammenhang mit der Cholezystektomie besteht. Diesem Umstand wurde Rechnung getragen, indem mit der Spezifikation 2023 das bisherige Datenfeld „Wann in Bezug auf eine Cholezystektomie wurde transfundiert?“ geschärft wurde zu „Transfusion aufgrund eines cholezystektomiebedingten Blutverlustes“. Mutmaßlich konnte diese Schärfung die bestehenden Dokumentationsprobleme auflösen, dies sollte aber mit der kommenden Jahresauswertung und etwaigen Rückmeldungen aus dem Stellungnahmeverfahren weiterverfolgt werden.

Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres (ID 58005)

Im Verfahren QS CHE werden auch allgemeine postoperative Komplikationen innerhalb von 365 Tagen erfasst. Langfristige postoperative Komplikationen, die sowohl nach einer laparoskopischen als auch nach einer offen-chirurgischen Cholezystektomie auftreten können, symptomatisch werden oder versorgt werden müssen, sind beispielsweise Hernien (Eingeweidebrüche), insbesondere Narben- und Trokarhernien (Jensen et al. 2021, Khan und Ma 2020), sowie Verwachsungen (Adhäsionen) (Brüggmann et al. 2010).

Der bundesweite Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres auftraten, liegt im Erfassungsjahr 2022 bei 2,74 % (4.092/149.434) und ist im Vergleich zum Vorjahr angestiegen (EJ 2021: 2.912/149.171, 1,95 %). Mit 1,44 liegt das O/E-Ergebnis leicht über dem Vorjahresreferenzwert von 1,38. Die hohe Anzahl an Komplikationen kann darauf zurückgeführt werden, dass bei diesem Indikator durch einen technischen Fehler in der Spezifikation ein ICD-Kode (K43.0 Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän) nicht explizit als dokumentationsrelevante Entlassungsdiagnose aufgelöst hat. Eine Korrektur erfolgte mit der Spezifikation 2022, mit der auch die Dokumentation zur Erhebung einer Narbenhernie weiter geschärft wurde:

- K43.1 Narbenhernie mit Einklemmung, mit Gangrän
- K43.2 Narbenhernie ohne Einklemmung, ohne Gangrän

Insbesondere der Code K43.2 führte zu einer Erhöhung der Fallzahl in diesem Indikator.

Diese zusätzlichen und korrigierten Codes werden nun im Zähler (O) berücksichtigt, der sich dadurch gegenüber dem Vorjahr erhöht hat. Das Risikoadjustierungsmodell berücksichtigt dies noch nicht (siehe Abschnitt 2.2). Daher unterschätzt das Risikoadjustierungsmodell die erwartete Anzahl an Komplikationen (E), und das Verhältnis O/E erscheint überraschend hoch und schwierig zu interpretieren.

2.4 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

Statistische Basisprüfung (Auffälligkeitskriterien)

Im Verfahren QS CHE werden im Erfassungsjahr 2023 insgesamt 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewiesen. Es weisen von insgesamt 1.114 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem Auffälligkeitskriterium 11 Leistungserbringer mindestens eine rechnerische Auffälligkeit auf.

Im Erfassungsjahr 2022 wurden ebenfalls 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit erhoben.

In Tabelle 8 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Bundesergebnisse mit den entsprechenden Referenzbereichen dargestellt. Der Referenzbereich bezieht sich jedoch nicht auf das Bundesergebnis, sondern auf das Leistungserbringerergebnis.

Tabelle 8: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – QS CHE

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852204	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	101,00 % 159.225/157.642 (≥ 95,00 %)
852202	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	101,00 % 159.225/157.642 (≤ 110,00 %)
852203	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,02 % 38/157.642 (≤ 5,00 %)

In Tabelle 9 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Ergebnisse der Auffälligkeitsprüfung mit der Anzahl und dem Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen dargestellt. Zusätzlich wird die Anzahl der Leistungserbringer ausgewiesen, bei denen bereits im Vorjahr rechnerisch auffällige Ergebnisse ermittelt wurden.

Tabelle 9: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2024) – QS CHE

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit						
852204	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2023	7 von 1.100	0,64	0
852202	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2023	4 von 1.100	0,36	0
852203	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2023	0 von 1.100	0,00	0

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

In den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zeigen sich für das Verfahren QS CHE im Auswertungsjahr 2024 keine berichtenswerten Besonderheiten (Tabelle 9).

Statistische Basisprüfung (Prüfkriterien)

Sozialdaten bei den Krankenkassen werden für das Verfahren QS CHE über das Modul CHOL spezifiziert und an das IQTIG übermittelt. Berücksichtigung finden diese Daten bei der Berechnung von allen 7 Qualitätsindikatoren, die den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2024 entnommen werden können (IQTIG 2024). Im Modul CHOL werden in den Erfassungsjahren 2022 und 2023 jeweils 15 Prüfkriterien zur Vollständigkeit, Vollzähligkeit und Plausibilität ausgewiesen.¹

In Tabelle 10 sind die Ergebnisse der Prüfung für alle Prüfkriterien nach Erfassungsjahr und Sozialdatenmodulen dargestellt. Eine Auffälligkeit wird immer dann angezeigt, wenn für mindestens eine Krankenkasse ein Prüfbedarf festgestellt wurde.

Tabelle 10: Ergebnisse der Prüfung aller Prüfkriterien nach Erfassungsjahr und Sozialdatenmodulen

PK-ID	Prüfkriterium	Auffälligkeiten im AJ 2024 im Modul vorhanden	
		CHOL (EJ 2022)	CHOL (EJ 2023)
30	Fehlende Datenlieferung	nein	nein
22	Nichteinhaltung des Lieferzeitfensters	nein	nein
31	Ungültige Sozialdatenspezifikation	nein	nein
32	Unterschiedliche Pseudonymisierung der Versichertenkennung in Sozial- und QS-Daten	nein	nein
6	Versicherte ohne Indexfall	nein	ja
29	Abrechnungsfälle, die nicht dem Leistungs- und Medikationsfilter entsprechen	ja	ja
1	Fehlende Kassengröße	nein	nein
4	Fehler in den Quartalsstammdaten	nein	nein
21	Verfahrensfremde Abrechnungsparagrafen	nein	nein
12	Nicht spezifizierte Abrechnungsinhalte	ja	ja
5	Unplausible Anzahl an Datensätzen mit Sterbeinformation	nein	nein
28	Unplausible Anzahl an Patientenfilterfällen	nein	nein

¹ Zur detaillierten Beschreibung der Prüfkriterien siehe G-BA (2024).

PK-ID	Prüfkriterium	Auffälligkeiten im AJ 2024 im Modul vorhanden	
		CHOL (EJ 2022)	CHOL (EJ 2023)
24	Unplausible Anzahl an Leistungs- und Medikationsfilterfällen	nein	nein
23	Unplausible Anzahl von unter 18-Jährigen	nein	nein

Nicht dargestellt wurde das Prüfkriterium 34 „Abweichung von der Vorjahresaufstellung“, da die notwendige Datengrundlage erst zeitversetzt im November des jeweils übernächsten Jahres vollständig vorliegt. Erstmals wird dieses Prüfkriterium daher im Auswertungsjahr 2025 für das Erfassungsjahr 2022 berichtet.

Im Folgenden werden die jeweiligen Prüfkriterien mit einer Auffälligkeit näher beschrieben.

Prüfkriterium 6: Versicherte ohne Indexfall

Das Prüfkriterium „Versicherte ohne Indexfall“ prüft, ob für jeden gelieferten Versichertendatensatz mindestens ein Abrechnungsfall vorliegt, der die Kriterien des Patientenfilters erfüllt. Das bedeutet, dass Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, mindestens einen Versicherten datensatz übermittelt haben, der die Kriterien des Patientenfilters nicht erfüllt.

Dieses Prüfkriterium hat einen Bezug zu allen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen im Verfahren, die mit Sozialdaten bei den Krankenkassen berechnet werden.

Im Erfassungsjahr 2023 liegt im Modul CHOL für eine von insgesamt 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Dies betrifft einen der 324.301 übermittelten Versichertendatensätze.

Prüfkriterium 29: Abrechnungsfälle, die nicht dem Leistungs- und Medikationsfilter entsprechen

Das Prüfkriterium „Abrechnungsfälle, die nicht dem Leistungs- und Medikationsfilter entsprechen“ prüft, ob der Leistungs- und Medikationsfilter in den gelieferten Daten korrekt umgesetzt wurde. Das bedeutet, dass Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, mindestens einen Abrechnungsfall übermittelt haben, der weder den Patientenfilter noch den Leistungs- und Medikationsfilter erfüllt.

Dieses Prüfkriterium hat einen Bezug zu allen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die mit Sozialdaten bei den Krankenkassen berechnet werden.

Im Erfassungsjahr 2022 liegt im Modul CHOL für 16 von insgesamt 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Dies betrifft 26 von 819.990 stationären Fällen nach § 301 SGB V.

Im Erfassungsjahr 2023 liegt im Modul CHOL für 8 von insgesamt 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Dies betrifft 12 von 690.845 stationären Fällen nach § 301 SGB V.

Prüfkriterium 12: Nicht spezifizierte Abrechnungsinhalte

Das Prüfkriterium „Nicht spezifizierte Abrechnungsinhalte“ prüft, ob Abrechnungsinhalte geliefert wurden, die nicht spezifiziert wurden. Das bedeutet, dass Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, mindestens einen Abrechnungsinhalt übermittelt haben, der über die Spezifikation nicht angefordert wird.

Dieses Prüfkriterium hat derzeit keinen direkten Bezug zu den Qualitätsindikatoren, da in der Datenaufbereitung für die QI-Berechnung solche Abrechnungsinhalte ausgeschlossen werden.

Im Erfassungsjahr 2022 liegt im Modul CHOL bei einer von 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Es wurden insgesamt 846.658 Abrechnungsinhalte geliefert, die nicht spezifiziert waren.

Im Erfassungsjahr 2023 liegt im Modul CHOL bei einer von 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Es wurden insgesamt 587.813 Abrechnungsinhalte geliefert, die nicht spezifiziert waren.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Hintergrund

Dieses Kapitel stellt die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens und der durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL im Jahr 2023 dar, die sich auf die Erfassungsjahre 2022 bzw. 2021 bezogen. Das Auswertungsjahr, über das in diesem Kapitel sowie in den Tabellen im QSEB-Anhang berichtet wird, ist das Jahr 2023. In diesem Jahr wurde die Jahresauswertung erstellt, zu der das hier dargestellte Stellungnahmeverfahren hauptsächlich geführt wurde. Die entsprechenden Informationen werden dem IQTIG in den länderbezogenen Verfahren in den Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) gemäß § 19 Teil 1 DeQS-RL durch die Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) für Qualitätssicherung übermittelt. In den bundesbezogenen Verfahren erstellt das IQTIG als durchführende Stelle diese Informationen ebenfalls in diesem Format.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Wie im Vorjahr lassen die gewonnenen Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2023 aufgrund der fehlenden Bereitstellung von einrichtungsübergreifenden Follow-up-Datensätzen (Sozialdaten bei den Krankenkassen) in der Mandantenfähigen Datenbank (M-DB) unter Umständen nur eine eingeschränkte Bewertung für die primären Leistungserbringer zu. Diese konnten im Stellungnahmeverfahren nur diejenigen Leistungen prüfen, die in der eigenen Einrichtung (am eigenen Standort) dokumentiert wurden. Wurde nach der Entlassung der Patientin oder des Patienten eine verfahrensrelevante Komplikation in einer anderen Einrichtung als derjenigen, die den Indexeingriff vorgenommen hatte, behandelt (Abbildung über Sozialdaten bei den Krankenkassen), erlangte die zur Stellungnahme verpflichtete Einrichtung hierüber keine Kenntnis. Demzufolge konnte für etwaige Auffälligkeiten im Stellungnahmeverfahren unter Umständen nicht die gesamte Patientenkarriere betrachtet, geprüft und bewertet werden. Dennoch können durch die Durchführung von Stellungnahmeverfahren Erkenntnisse gewonnen und u. U. erste Maßnahmen für die Zukunft abgeleitet werden. Darüber hinaus wurde für diese Fälle angeraten, die Bewertung „Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ mit dem Hinweis „Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up-Datensätzen mit den Rückmeldeberichten ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarriere nicht möglich“ zu vergeben.

Alle Stellungnahmeverfahren wurden schriftlich geführt, es fanden drei Gespräche und eine Begehung statt.

Tabelle 11: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CHE

	Auswertungsjahr 2022		Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	7.977	-	7.788	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	7.977	100	7.788	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	477	5,98	433	5,56
davon ohne QSEB-Übermittlung	2	0,42	1	0,23
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	475	100	432	100
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	475	100	432	100
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0	0	0
Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4)	0	0	0	0
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	135	28,42	123	28,47
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	340	71,58	309	71,53
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	340	100	309	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	4	1,18	3	0,97
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	2	0,59	1	0,32
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	49	14,41	0	0
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	189	39,79	233	53,94
Bewertung als qualitativ auffällig	23	4,84	31	7,18
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	7	1,47	32	7,41
Sonstiges	72	15,16	13	3,01
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	12	n. a.	10	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich
n. a. = nicht anwendbar

In Tabelle 12 werden für jeden Qualitätsindikator die rechnerischen Auffälligkeiten und die Bewertungsergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens dargestellt. Die Darstellung bezieht sich sowohl auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse als auch auf alle Leistungserbringer im jeweiligen Qualitätsindikator. Anteilig am häufigsten wurde zum Indikator „Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen“ ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (81,03 %, siehe QSEB-Anhang, Tabelle A_2_QI_a).

Die meisten als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse (bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse) entfallen auf die Indikatoren zur Erhebung der eingriffsspezifischen Infektionen innerhalb von 30 Tagen (6/59; 10,17 %) und zur Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen (7/66; 10,61 %). Die weiteren Anteile der Qualitätsindikatoren liegen zwischen 1,64 % und 8,62 %.

Die Interpretation der Ergebnisse im Sinne eines Leistungserbringervergleichs kann an dieser Stelle nur eingeschränkt vorgenommen werden, da die Indikatoren zum einen noch nicht angemessen risikoadjustiert waren und zum anderen den LAG unter Umständen keine detaillierten, fallbezogenen Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen vorlagen (z. B. zur Art der Komplikation, Todesursache). Infolgedessen konnte weder die rechnerische Auffälligkeit nachvollzogen noch den möglichen Ursachen nachgegangen werden.

Tabelle 12: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – CHE

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/ Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	58 / 1.110 (5,23 %)	11	0 / 58 (0,00 %)	0 / 1.110 (0,00 %)	39 / 58 (67,24 %)	39 / 1.110 (3,51 %)	5 / 58 (8,62 %)	5 / 1.110 (0,45 %)	0 / 58 (0,00 %)	0 / 1.110 (0,00 %)	3 / 58 (5,17 %)	3 / 1.110 (0,27 %)
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	61 / 1.110 (5,50 %)	19	0 / 61 (0,00 %)	0 / 1.110 (0,00 %)	33 / 61 (54,10 %)	33 / 1.110 (2,97 %)	4 / 61 (6,56 %)	4 / 1.110 (0,36 %)	3 / 61 (4,92 %)	3 / 1.110 (0,27 %)	2 / 61 (3,28 %)	2 / 1.110 (0,18 %)
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	59 / 1.110 (5,32 %)	16	0 / 59 (0,00 %)	0 / 1.110 (0,00 %)	26 / 59 (44,07 %)	26 / 1.110 (2,34 %)	6 / 59 (10,17 %)	6 / 1.110 (0,54 %)	11 / 59 (18,64 %)	11 / 1.110 (0,99 %)	0 / 59 (0,00 %)	0 / 1.110 (0,00 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/ Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	66 / 1.110 (5,95 %)	17	0 / 66 (0,00 %)	0 / 1.110 (0,00 %)	37 / 66 (56,06 %)	37 / 1.110 (3,33 %)	4 / 66 (6,06 %)	4 / 1.110 (0,36 %)	6 / 66 (9,09 %)	6 / 1.110 (0,54 %)	2 / 66 (3,03 %)	2 / 1.110 (0,18 %)
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	61 / 1.116 (5,47 %)	15	0 / 61 (0,00 %)	0 / 1.116 (0,00 %)	32 / 61 (52,46 %)	32 / 1.116 (2,87 %)	1 / 61 (1,64 %)	1 / 1.116 (0,09 %)	9 / 61 (14,75 %)	9 / 1.116 (0,81 %)	4 / 61 (6,56 %)	4 / 1.116 (0,36 %)
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	61 / 1.116 (5,47 %)	18	0 / 61 (0,00 %)	0 / 1.116 (0,00 %)	35 / 61 (57,38 %)	35 / 1.116 (3,14 %)	4 / 61 (6,56 %)	4 / 1.116 (0,36 %)	2 / 61 (3,28 %)	2 / 1.116 (0,18 %)	2 / 61 (3,28 %)	2 / 1.116 (0,18 %)
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	66 / 1.116 (5,91 %)	27	0 / 66 (0,00 %)	0 / 1.116 (0,00 %)	31 / 66 (46,97 %)	31 / 1.116 (2,78 %)	7 / 66 (10,61 %)	7 / 1.116 (0,63 %)	1 / 66 (1,52 %)	1 / 1.116 (0,09 %)	0 / 66 (0,00 %)	0 / 1.116 (0,00 %)

In Tabelle 13 werden alle Qualitätsindikatoren mit wiederholten rechnerischen und qualitativen Auffälligkeiten in Bezug zum Vorjahr (AJ-1: AJ 2022) und Vorvorjahr (AJ-2: AJ 2021) abgebildet, wenn diese aufgetreten sind. Tabelle 13 bildet Leistungserbringer mit mehreren rechnerisch bzw. qualitativ auffälligen Ergebnissen ab. Hier zeigt sich, dass zwar 22 Leistungserbringer mindestens in 3 Qualitätsindikatoren rechnerisch auffällige Ergebnisse aufweisen, aber keiner mehr als 2 qualitativ auffällige Ergebnisse hat.

Tabelle 13: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – CHE

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	58	7	0	5	0	0
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	61	10	1	4	0	0
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	59	14	2	6	1	0
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	66	9	2	4	0	0
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	61	22	0	1	0	0
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	61	8	0	4	0	0
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	66	11	0	7	1	0

Tabelle 14: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – CHE

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 qual. Auffälligkeiten
231	64	22	25	3	0

Die Nichtinitiierung eines Stellungnahmeverfahrens wird häufig mit geringen Fallzahlen begründet. In Tabelle 15 werden die Auffälligkeiten und die Häufigkeit durchgeführter Stellungnahmeverfahren in Abhängigkeit von der Fallzahl pro Indikator dargestellt. Insgesamt zeigte sich, dass mit steigender Fallzahl in der Grundgesamtheit (für den Qualitätsindikator) nicht signifikant häufiger ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet wurde. Der Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen bundeslandbezogen zeigt, dass alle 16 LAG ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet haben (siehe QSEB-Anhang).

Tabelle 15: Auffälligkeiten und Stellungnahmeverfahren nach Fallzahl pro Qualitätsindikator (AJ 2023) – CHE

Fallzahl pro Qualitätsindikator (Grundgesamtheit)	Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse	Anzahl Stellungnahmeverfahren (Anteil)	Anzahl qualitativer Auffälligkeiten (Anteil)
1. Quintil (1–28)	86	59 (68,60 %)	5 (5,81 %)
2. Quintil (29–65)	83	71 (85,54 %)	8 (9,64 %)
3. Quintil (66–101)	90	56 (62,22 %)	5 (5,56 %)
4. Quintil (102–147)	85	66 (77,65 %)	10 (11,76 %)
5. Quintil (148–346)	88	57 (64,77 %)	3 (3,41 %)
Gesamt	432	309 (71,53 %)	31 (7,18 %)

Begründungen für qualitativ auffällige und qualitativ unauffällige Ergebnisse

Die meisten rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden im Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig mit dem Vorliegen eines Einzelfalls (159 von 432, 36,80 %) begründet und eingestuft.

Die Einstufung als „qualitativ auffällig“ begründeten die Fachkommissionen damit, dass Stellungnahmen nur unzureichend oder gar nicht eingegangen sind. In weiteren Fällen wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel vermutet. Insbesondere konnten Prozessmängel hinsichtlich des Komplikationsmanagements identifiziert werden.

Zur Einstufung „qualitativ unauffällig“ wurden die meisten Freitextkommentare von den LAG übermittelt. Infolge der Rückmeldungen von Leistungserbringern im Stellungnahmeverfahren

äußerten die Fachkommissionen Zweifel an der korrekten Auswertung der sozialdatenbasierten Indikatoren. Dies betreffe insbesondere die Zuschreibbarkeit von Ergebnissen zu den erbrachten Leistungen bzw. den kausalen Zusammenhang zur Cholezystektomie. Der überwiegende Anteil der Einstufungen als qualitativ unauffällig wurde erwartungsgemäß damit begründet, dass eine vollständige Beurteilung der Patientenkarriere aufgrund der fehlenden Bereitstellung von Follow-up-Datensätzen nicht möglich war. Für weitere Vorgänge wurde die besondere klinische Situation attestiert. Abweichungen vom Referenzbereich wurden außerdem auch durch Fehlkodierungen ausgelöst. Die betreffenden Kliniken wurden gebeten, zukünftig verstärkt auf eine korrekte Dokumentation zu achten, damit Anfragen zum Stellungnahmeverfahren vermieden werden können und die Zahl der reliablen Ergebnisse bei deren Veröffentlichung zunimmt.

Zum Indikator „Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen“ (ID 58003) wurde wie auch im Vorjahr durch die Fachkommissionen angemerkt, dass Transfusionen in vielen Fällen nicht aufgrund der Cholezystektomie verabreicht wurden. Teilweise wurden sie z. B. im Rahmen einer Sepsis bei akuter Cholezystitis, d. h. einer Erkrankung, die die Indikation zur Cholezystektomie darstellte, appliziert. Dies entspricht aus Sicht der Fachkommissionen einer fehlerhaften Abbildung der Kausalität im Indikatorergebnis. Wie bereits in Abschnitt 2.3 beschrieben, sollte sich dieser Sachverhalt durch die in der Spezifikation 2023 bereits vorgenommene Anpassung des Dokumentationsfeldes zur Erhebung eines cholezystektomiebedingten Blutverlustes mit den kommenden Stellungnahmeverfahren voraussichtlich auflösen.

Zur Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen nach einer Cholezystektomie wurde zu einem Fall berichtet, dass der Patient die weitere Behandlung ablehnte. Bei einem weiteren Fall war der letale Verlauf bei einer 98-jährigen multimorbiden Patientin mit hoher Wahrscheinlichkeit aufgrund der bei Aufnahme bereits vorliegenden Sepsis nicht abzuwenden. Ein Gallenblasenempyem bei einem Patienten mit septischem und schließlich tödlichem Verlauf konnte durch eine Stellungnahme plausibel erläutert werden. Alle weiteren Todesfälle wurden mit einer besonderen klinischen Situation, dem fehlenden Hinweis auf das Vorliegen von aufgetretenen Komplikationen in einer anderen Einrichtung zur Fallanalyse und durch Fehldokumentationen begründet.

3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Die Datenvalidierung gemäß § 16 Teil 1 DeQS-RL umfasst u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien. Für das Verfahren QS CHE wurden diese zum Erfassungsjahr 2022 neu eingeführt. Erstmals kann daher eine Berichterstattung zu den Ergebnissen der statistischen Basisprüfung erfolgen.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Erfassungsjahr 2022 wurden im Auswertungsmodul QS CHE insgesamt 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit geprüft, zu denen 3.426 Auffälligkeitskriterienergebnisse ermittelt wurden.

Wie in Tabelle 16 wiedergegeben, wurden 13 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Davon wurde zu 7 rechnerisch auffälligen Ergebnissen ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen, 6-mal wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Es wurden 6 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, was bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 13) einem Anteil von 46,15 % entspricht und bezogen auf alle eingeleiteten Stellungnahmen (n = 7) einen Anteil von 85,71 %.

Bei 3 Leistungserbringern wurde die Maßnahmenstufe 1 empfohlen; Maßnahmenstufe 2 wurde nicht initiiert.

Tabelle 16: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CHE

	Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	3.438	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	13	0,38
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	13	100
Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4)	0	0
Stellungnahmeverfahren		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	6	46,15
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	7	53,85
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	7	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0

	Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice)		
Bewertung als qualitativ unauffällig	1	7,69
Bewertung als qualitativ auffällig	5	38,46
Sonstiges	1	7,69
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen		
Maßnahmenstufe 1*	3	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich
n. a. = nicht anwendbar

In Tabelle 12 werden für jedes Auffälligkeitskriterium die rechnerischen Auffälligkeiten und die Bewertungsergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens dargestellt. Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten wurden zum Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (ID 852202) ermittelt (n = 10 rechnerisch auffällige Ergebnisse von 1.148 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Auffälligkeitskriterium; 0,87 %).

Die meisten als qualitativ auffällig bestimmten Ergebnisse wurden, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, im Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (ID 852204) festgestellt (n = 2 von 3).

Tabelle 17: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – CHE

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer gem. BUAW (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse							
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit											
852204	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	3 / 1.148 (0,26 %)	0	0 / 3 (0,00 %)	0 / 1.148 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 1.148 (0,00 %)	2 / 3 (66,67 %)	2 / 1.148 (0,17 %)	1 / 3 (33,33 %)	1 / 1.148 (0,09 %)
852202	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	10 / 1.148 (0,87 %)	6	0 / 10 (0,00 %)	0 / 1.148 (0,00 %)	1 / 10 (10,00 %)	1 / 1.148 (0,09 %)	3 / 10 (30,00 %)	3 / 1.148 (0,26 %)	0 / 10 (0,00 %)	0 / 1.148 (0,00 %)
852203	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0 / 1.142 (0,00 %)	0	0 / 0 (-)	0 / 1.148 (0,00 %)	0 / 0 (-)	0 / 1.142 (0,00 %)	0 / 0 (-)	0 / 1.142 (0,00 %)	0 / 0 (-)	0 / 1.142 (0,00 %)

Wie Tabelle 18 zeigt, gab es im Verfahren QS CHE bei den Auffälligkeitskriterien keine wiederholten rechnerischen oder qualitativen Auffälligkeiten in Bezug zu den Vorjahren.

Tabelle 18: Auffälligkeitskriterien: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – CHE

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit							
852204	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	3	0	0	2	0	0
852202	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	10	0	0	3	0	0
852203	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0	0	0	0	0	0

In Tabelle 19 ist die Anzahl der Leistungserbringer mit mehrfachen Auffälligkeiten dargestellt. Die Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten ist gering. Mehrfache rechnerische und qualitative Auffälligkeiten traten nicht auf.

Tabelle 19: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – CHE

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 qual. Auffälligkeiten
13	0	0	5	0	0

4 Evaluation

Gemäß der DeQS-RL beinhaltet der Bundesqualitätsbericht eine fortlaufende Evaluation des Verfahrens (§ 20 Satz 3 Teil 1 DeQS-RL). Ziel der Evaluation ist die Beurteilung der Wirksamkeit des Verfahrens anhand seiner Ergebnisse. Diese werden im Folgenden hinsichtlich der Erreichung der Richtlinienziele des Verfahrens geprüft, wobei insbesondere relevante Beratungen in den Expertengremien herangezogen sowie die Rückmeldungen weiterer Verfahrensbeteiligter (z. B. der LAG) eingeholt werden.

Das Verfahren *QS CHE* soll gemäß DeQS-RL die qualitätsrelevanten Aspekte in den Bereichen von Komplikationen und unerwünschten Ereignissen, erneuten Eingriffen aufgrund von Komplikationen und dem Überleben der Patientinnen und Patienten nach einer Gallenblasenentfernung messen, darstellen und bewerten. Die 7 Indikatoren des Verfahrens adressieren insbesondere die in der DeQS-RL aufgeführten Ziele des Verfahrens:

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

Kritisch wird gesehen, dass im Verfahren *QS CHE* nur der stationäre Sektor in die Qualitätssicherung einbezogen wird, da ein immer größerer Anteil viszeralchirurgischer Eingriffe, darunter auch die Cholezystektomie, ambulant durchgeführt wird. Ab 2025 werden Hernien- und Galleneingriffe über den Hybrid-DRG-Katalog abgebildet, somit ist zu erwarten, dass die Anzahl ambulant durchgeführter Cholezystektomien weiterhin steigen wird, bei gleichzeitiger Abnahme der Anzahl stationär durchgeführter Behandlungen. Der ambulante Bereich sollte demnach ebenfalls im Verfahren *QS CHE* Berücksichtigung finden, damit Patientinnen und Patienten eine sichere Aussage über eine gute Qualität der Versorgung treffen können. Für die externe Qualitätssicherung muss an dieser Stelle sichergestellt werden, dass dabei Patientenfälle nicht doppelt erfasst werden. Momentan gibt es vor allem in den Praxen noch sehr heterogene IT-Systeme, die zu einem einheitlichen Erfassungssystem harmonisiert werden müssen, um die Daten für die externe Qualitätssicherung nutzen zu können.

Ausgangspunkt für die Qualitätssicherung im Verfahren *QS CHE* ist eine Indikationsstellung. Diese wird zum jetzigen Zeitpunkt nur indirekt über die Indikatoren abgebildet. Eine korrekte Indikationsstellung ist entscheidend, um weitere Komplikationen im Verlauf vermeiden zu können. Aufgrund dessen soll die Qualitätssicherung der Indikationsstellung zukünftig noch stärker in den Fokus des Verfahrens gerückt werden.

Für das Auswertungsjahr 2023 haben 6 der insgesamt 16 LAG die Evaluationsfragen beantwortet und an das IQTIG übermittelt. Die an das IQTIG zurückgemeldeten Einschätzungen wurden im Anschluss aufbereitet und werden nachfolgend zusammenfassend dargestellt.

Für das Auswertungsjahr 2023 (EJ 2021 und 2022) wurde durch die LAG zum Qualitätsindikator 58001 („Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“) zurückgemeldet, dass Eingriffe als Reintervention zählen, obwohl sie während des Primäreingriffs stattgefunden haben. Demnach würden zusätzlich zur eigentlichen Cholezystektomie (während des initialen Eingriffs) erbrachte und somit korrekt kodierte Prozeduren, die keine Reintervention im eigentlichen Sinne darstellen, eine rechnerische Auffälligkeit auslösen. Die Rechenregel des Indikators differenziere demnach nicht, ob diese Prozeduren im Rahmen des initialen Eingriffs oder als Reintervention erbracht werden. Dieser Umstand wurde mit dem Expertengremium auf Bundesebene diskutiert. Über die Rechenregel zu ID 58001 wird eine Reintervention bereits ab dem Zeitpunkt des Indexeingriffes (Cholezystektomie) gezählt, da für die OPS-Kodierung momentan keine zeitliche Einordnung im Verhältnis zum Primäreingriff möglich ist. Grundsätzlich wird eine Reintervention jedoch als ein erneuter operativer oder interventioneller Eingriff nach einer Operation aufgrund postoperativer Komplikationen verstanden. Eine IQTIG-interne Auswertung zeigte, dass am Tag des Indexeingriffes für Komplikationsfälle insbesondere der Kode 5-549.5 – „Andere Bauchoperationen: Laparoskopie mit Drainage“ kodiert wurde. Nach Ansicht des Expertengremiums ist dieser OPS-Kode im Zuge einer laparoskopischen Cholezystektomie in der Kodierrichtlinie nicht vorgesehen und stellt einen Kodierfehler dar, der im Stellungnahmeverfahren geklärt werden sollte. Der Einbau eines zeitlichen Mindestabstandes zum Indexeingriff führe zum Verlust der Abbildung von Komplikationen, die sich auch bereits am Tag des Indexeingriffes ereignen können. Auch von der Einführung eines neuen Datenfeldes zur zeitlichen Einordnung einer Reintervention wird abgeraten, um den Dokumentationsaufwand für das Verfahren nicht weiter zu erhöhen.

Darüber hinaus führt die LAG wiederholt an, dass die vom IQTIG übermittelten auffälligen Vorgangsnummern den Leistungserbringern lediglich ermöglichten, auf Komplikationen einzugehen, die von ihnen selbst behandelt wurden. Bei Komplikationsbehandlungen in anderen Einrichtungen stünden dem primären Leistungserbringer keine weiteren Informationen zur Verfügung. Auch führten die fehlenden Informationen aus den sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren dazu, dass die Auffälligkeiten teilweise nicht nachvollzogen werden konnten und somit keine Abbildung der Kausalität bzw. Zuschreibbarkeit möglich war. Mit dem kommenden Stellungnahmeverfahren sollten diese Umsetzungsschwierigkeiten behoben sein, da ab Auswertungsjahr 2024 die zusammengeführten Daten über die M-DB abgerufen werden können.

In der Gesamtheit kann die Wirksamkeit des Verfahrens momentan nur eingeschränkt beurteilt werden, da es sich weiterhin im Aufbau befindet. Die bisherigen Verfahrensergebnisse zeigen jedoch einen positiven Zukunftstrend.

5 Fazit und Ausblick

QS CHE ist das einzige Verfahren nach DeQS-RL, bei dem alle Qualitätsindikatoren neben fallbezogenen QS-Daten auch Sozialdaten bei den Krankenkassen nutzen. Bereits mit dem Auswertungsjahr 2024 konnte eine angemessene Risikoadjustierung für 4 von 7 Indikatoren umgesetzt werden. Mit dem kommenden Verfahrensjahr werden auch die übrigen Indikatoren mit 90- und 365-Tage-Follow-up angemessen risikoadjustiert sein, da bis dahin die hierzu benötigten Diagnose- und Prozedurenkodes an das IQTIG übermittelt sein werden. Die Bundesergebnisse für das Auswertungsjahr 2024 zeigen ein recht stabiles und überwiegend gutes Bild in der Versorgungsqualität. Nach dem verstärkten Rückgang der dokumentierten Cholezystektomien aufgrund der COVID-19-Pandemie ist die Anzahl der Datensätze nun wieder auf ein mit dem Erfassungsjahr 2019 vergleichbares Niveau angestiegen.

Einschränkend ist anzumerken, dass sich das Verfahren QS CHE weiterhin im Aufbau befindet. Die praktische Umsetzung in Form eines Stellungnahmeverfahrens und weiterer qualitätssichernder Maßnahmen durch die Fachkommissionen auf Landesebene konnte noch nicht vollständig durchgeführt werden. Erst mit dem kommenden Stellungnahmeverfahren können Daten unterschiedlicher Leistungserbringer für das Verfahren QS CHE einrichtungsübergreifend über die M-DB zusammengeführt werden. Die LAG erhalten unter bestimmten Voraussetzungen unterjährig oder während der Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens den Zugriff auf fallbezogene Daten. Darüber hinaus können rechnerische Auffälligkeiten im Einzelfall auch auf Zählerfällen beruhen, die nicht im kausalen Zusammenhang mit der Cholezystektomie stehen. Für eine adäquate Einschätzung der Fehleranfälligkeit und um zu klären, welche Kausalität zugrunde liegt, sind die Einschätzungen und Bewertungen aus den zukünftigen Stellungnahmeverfahren essenziell. Anhand dieser muss geprüft werden, ob und inwieweit Ausschlüsse inhaltlich definiert und praktisch umgesetzt werden können. Ebenso könnten die jeweiligen Rückmeldungen weitere inhaltliche Anpassungsbedarfe sowie neue Qualitätsaspekte für das Verfahren aufzeigen.

Zukünftig sollen für das Verfahren die Darstellung und Bewertung von ambulant erbrachten Indexteilegriffen sowie eine direkte Abbildung der Indikationsstellung geprüft werden.

Mit Beschluss vom 19. Januar 2023 (G-BA 2023) beauftragte der G-BA das IQTIG, die Qualitätssicherungsverfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)*, *Cholezystektomie (QS CHE)*, *Nierenersatztherapie (QS NET)*, *Transplantationsmedizin (QS TX)*, *Perinatalmedizin (QS PM)* und *Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)* zu überprüfen und Empfehlungen zu deren Überarbeitung, zur Aussetzung oder zur Aufhebung von Datenfeldern, Qualitätsindikatoren oder dem gesamten Qualitätssicherungsverfahren vorzulegen. Das Ziel dieser Überprüfung ist die Verbesserung des Verhältnisses von Aufwand und Nutzen der jeweiligen QS-Verfahren. Der Abschlussbericht des IQTIG wird am 14. März 2025 dem G-BA übergeben. Nach der Beratung im G-BA ist eine zeitnahe Umsetzung der Empfehlungen vorgesehen.

Literatur

- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2013): Weiterentwicklung des Leistungsbereichs Cholezystektomie. Ergebnisbericht. Stand: 18.10.2013. Göttingen: AQUA. Signatur: 13-SQG-010b. URL: https://sqq.de/upload/CONTENT/Technische_Entwicklung/Cholezystektomie/Weiterentwicklung_Leistungsbereich_Cholezystektomie_Bericht.pdf (abgerufen am: 03.08.2023).
- Brüggmann, D; Tchartchian, G; Wallwiener, M; Münstedt, K; Tinneberg, H-R; Hackethal, A (2010): Intraabdominale Adhäsionen. Definition, Entstehung, Bedeutung in der operativen Medizin und Möglichkeiten der Reduktion. *Deutsches Ärzteblatt* 107(44): 769-775. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0769.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung auf Basis der Ergebnisse aus den drei Modellverfahren. [Stand:] 19.01.2023. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5841/2023-01-19_IQTIG-Beauftragung_Ueberarbeitung-aller-QS-Verfahren-DeQS-RL.pdf (abgerufen am: 30.01.2023).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der Prüfkriterien für die Sozialdatenvalidierung ab 2024 für die Verfahren QS CHE, QS TX und QS KCHK gemäß Teil 1 § 16 Absatz 6 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). [Stand:] 31.01.2024. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6448/2024-01-31_DeQS-RL_Pruefkriterien-Sozialdatenvalidierung-QS-CHE-TX-KCHK-ab-2024.pdf (abgerufen am: 18.06.2024).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024): Cholezystektomie. Auswertungsjahr 2024. Berichtszeitraum Q1/2022 – Q1/2024. Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL (Endgültige Rechenregeln). Stand: 31.05.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/auswertung/aj2024/che/DeQS-RL_CHE_AJ2024_QIDB-RR-E_V03_2024-05-31.pdf (abgerufen am: 18.06.2024).
- Khan, Z; Ma, K (2020): Complications of laparoscopic surgery. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine* 30(11): 342-346. DOI: 10.1016/j.ogrm.2020.09.003.
- Skovbo Jensen, SA-M; Fonnes, S; Gram-Hanssen, A; Andresen, K; Rosenberg, J (2021): Low long-term incidence of incisional hernia after cholecystectomy: A systematic review with meta-analysis. *Surgery* 169(6): 1268-1277. DOI: 10.1016/j.surg.2020.12.027.