

QS-Verfahren *Cholezystektomie*

Bundesqualitätsbericht 2023

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

QS-Verfahren *Cholezystektomie*. Bundesqualitätsbericht 2023

Ansprechperson Theresia Höhne

Datum der Abgabe 15. August 2023

Datum aktualisierte Abgabe 25. Oktober 2023

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

DATENQUELLEN UND BETRACHTETE ZEITRÄUME

QS-Dokumentationsdaten Erfassungsjahre 2021 und 2022

Sozialdaten bei den
Krankenkassen Erfassungsjahre 2021 und 2022

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	4
Abkürzungsverzeichnis	6
1 Hintergrund	7
2 Einordnung der Ergebnisse	11
2.1 Datengrundlage	11
2.2 Risikoadjustierung	13
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens	14
2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren	17
2.5 Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit	25
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen	26
3.1 Hintergrund	26
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)	26
3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren	26
4 Evaluation	37
5 Fazit und Ausblick	40
Literatur	41
Anhang: Ergebnisse des QSEB	43

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) - CHE.....	9
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2023) - CHE	10
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2023) - CHE	12
Tabelle 4: Verknüpfungsrates übermittelter QS-Daten mit Sozialdaten für das EJ 2022 und EJ 2021	12
Tabelle 5: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2023) - CHE	14
Tabelle 6: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2023) - CHE	15
Tabelle 7: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) - CHE	19
Tabelle 8: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2023).....	20
Tabelle 9: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 17 DeQS-RL im Verfahren QS CHE	27
Tabelle 10: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022)	30
Tabelle 11: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2022 und Vorjahre) - CHE.....	32
Tabelle 12: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2022) - CHE	34
Tabelle 13: Auffälligkeiten und Stellungnahmeverfahren nach Fallzahl pro Qualitätsindikator (AJ 2022).....	34
Tabelle 14: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach QSEB-Spezifikation	43
Tabelle 15: Qualitätsindikatoren: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) - CHE	44
Tabelle 16: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - CHE.....	45
Tabelle 17: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - CHE	46
Tabelle 18: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - CHE	47
Tabelle 19: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - CHE	48
Tabelle 20: Qualitätsindikatoren: Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) - CHE	54
Tabelle 21: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) - CHE	55
Tabelle 22: Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) - CHE	61

Tabelle 23: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022).....	62
Tabelle 24: Qualitätsindikatoren: Art der Maßnahme in Maßnahmenstufe 1 (AJ 2021 und 2022) - CHE	64

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
aQua-Institut	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
BSNR	Betriebsstättennummer
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutskennzeichennummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
MDS	Minimaldatensatz
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PID	patientenidentifizierende Daten
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, wie z. B. Verletzungen der Gallenwege oder der Blutgefäße. Die Häufigkeit solcher Ereignisse wird im QS-Verfahren *Cholezystektomie (QS CHE)* beobachtet und analysiert.

In den Erfassungsjahren 2004 bis 2014 gab es bereits ein QS-Verfahren *Cholezystektomie* in der externen stationären Qualitätssicherung. Die Qualitätsindikatoren des damaligen QS-Verfahrens bezogen sich auf intra- und postoperative Komplikationen, auf ungeplante Folgeoperationen und auf die Sterblichkeit im Krankenhaus. Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren wiesen seinerzeit ein gleichbleibend gutes Niveau der Versorgungsqualität aus. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass das bis 2014 bestehende QS-Verfahren als (ausschließliche) Datenquelle die stationäre 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 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), welche die Komplikationen und die Reinterventionen nach dem ersten eingriffsbedingten stationären Aufenthalt abbilden. Ein weiterer Teil des Auftrags umfasste die Prüfung einer möglichst umfangreichen Nutzung von Daten, die bereits im Rahmen der Abrechnung dokumentiert werden (Sozialdaten bei den Krankenkassen), um bestehende Aufwände bei der Falldokumentation zu verringern. Das bis dahin laufende QS-Verfahren wurde ab dem Erfassungsjahr (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 einrichtungs-

übergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)¹ 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.

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

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

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

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

In diesem Bericht können die Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2022 für vier Indikatoren (IDs 58000, 58002, 58003 und 58004) mit einem 30-Tage-Follow-up sowie Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2021 mit einem Follow-up von 90 und 365 Tagen (IDs 58001, 58005 und 58006) berichtet werden.

Die Tabellen im Bundesqualitätsbericht werden im Allgemeinen dem Auswertungsjahr zugeordnet. Das Auswertungsjahr ist das Jahr, in dem die Zusammenstellung von Auswertungen für den Jahresbericht erfolgt, die sich auf einen definierten Berichtszeitraum bezieht. Die Zuordnung der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zum jeweils ausgewerteten Erfassungsjahr wird in der folgenden Tabelle dargestellt.

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 15. Dezember 2022, in Kraft getreten am 1. Januar 2023. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am: 26.06.2023).

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) - CHE

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen	2021
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen	2021
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen	2021

Zudem werden im Bericht auch Ergebnisse der Datenvalidierung dargestellt, die gemäß Teil 1 § 16 DeQS-RL u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien umfasst. Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Unterschieden wird dabei zwischen Auffälligkeitskriterien zur *Plausibilität und Vollständigkeit* und Auffälligkeitskriterien zur *Vollzähligkeit*. Auffälligkeitskriterien haben einen Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen, einen Referenzbereich und z. T. eine Mindestanzahl im Zähler oder Nenner.

Die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit beziehen sich auf die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze. Mittels dieser Auffälligkeitskriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Die Prüfung auf Vollzähligkeit erfolgt mittels eines Abgleichs der gelieferten Daten mit der Sollstatistik (siehe Abschnitt 2.1). Hierfür wird auch die Anzahl der gelieferten Minimaldatensätze (MDS) überprüft. Ein Minimaldatensatz enthält nur einige wenige Datenfelder und wird anstelle des regulären Datensatzes übermittelt, wenn ein Behandlungsfall als

dokumentationspflichtig klassifiziert wurde, jedoch nicht für die Dokumentation in dem betroffenen QS-Verfahren geeignet ist.

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

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2023) - 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

Der vorliegende Bundesqualitätsbericht ist der dritte Bericht zum weiterentwickelten QS-Verfahren *QS CHE* gemäß der DeQS-RL. Er enthält deskriptive Analysen, jedoch noch keine Aussagen zum besonders verbreitetem Qualitätsdefizit der einzelnen Qualitätsindikatoren.

Nachfolgend wird eine allgemeine Übersicht zur Datengrundlage zu den Erfassungsjahren 2022 und 2021 im Verfahren gegeben (vgl. Abschnitt 2.1) und anschließend auf die sich im Aufbau befindliche Risikoadjustierung eingegangen (vgl. Abschnitt 2.2). Abschließend werden die Ergebnisse der Erfassungsjahre 2021 und 2022 einer ersten Bewertung unterzogen (vgl. Abschnitte 2.3 und 2.4).

2.1 Datengrundlage

QS-Dokumentation zum Erfassungsjahr 2022

Tabelle 3 stellt die bundesweit eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“), die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene für das Erfassungsjahr 2022 dar.

Die Anzahl der Leistungserbringer wird bundesweit sowohl auf Ebene der Institutskennzeichennummer (IKNR) als auch auf Standortebene ausgegeben. Auf Standortebene wiederum wird zwischen Auswertungsstandort und entlassendem Standort unterschieden. „Auswertungsstandort“ bedeutet, dass zu diesem Standort Indikatorberechnungen erfolgten; „entlassender Standort“ bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Da die Sollstatistik für das Erfassungsjahr 2022 nur für die entlassenden Standorte vorliegt, kann auch nur für diese eine Anzahl in der Spalte „erwartet“ ausgegeben werden. Für das Verfahren *QS CHE* erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen entsprechend dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort (= Auswertungsstandort).

Für das Erfassungsjahr 2022 wurden dem IQTIG von insgesamt 1.145 entlassenden Standorten 150.101 QS-Datensätze übermittelt (Tabelle 3). Im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2021) kam es zu keinen signifikanten Veränderungen bezüglich der gelieferten QS-Daten und deren Vollzähligkeit.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2023) - CHE

		Erfassungsjahr 2022		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	150101	148848	100,84
	Basisdatensatz	150066		
	MDS	35		
Anzahl Leistungserbringer auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)		968		
Anzahl Leistungserbringer auf Standortebene (Auswertungsstandorte) (gesamt)		1111		
Anzahl Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte) (gesamt)		1145	1142	100,26

Sozialdaten zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2022 (vorläufig)

Tabelle 4 stellt die vorläufige Anzahl der an das IQTIG übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe mit einem Follow-up-Zeitraum von 30 Tagen aus dem Erfassungsjahr 2022 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 2022 gelieferten QS-Daten 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 2022 können in diesem Bericht nur die Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum bis zu 30 Tagen berechnet werden. Im kommenden Jahr werden sämtliche Indikatoren auf Grundlage der Daten des Erfassungsjahres 2022 ausgewertet. Die Verknüpfungsrate liegt für die Erfassungsjahre 2021 und 2022 über 99 % und damit deutlich über der Mindestanforderung von 95 %.

Tabelle 4: Verknüpfungsrate übermittelter QS-Daten mit Sozialdaten für das EJ 2022 und EJ 2021

	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten
Erfassungsjahr 2022 Bund (gesamt)	150.066	99,50 N= 149.314
Erfassungsjahr 2021 Bund (gesamt)	149.756	99,61 N= 149.171

2.2 Risikoadjustierung

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

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

Für eine adäquate Risikoadjustierung werden diverse weitere Codes, die Komorbiditäten darstellen, benötigt. 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 des 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 werden sowohl aus der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation der Leistungserbringer als auch aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen angefordert. Erste Codes werden mit der Spezifikation 2023 geliefert, sodass voraussichtlich in der Auswertung zum Erfassungsjahr 2024 mit dem Aufbau von umfassenderen Risikoadjustierungsmodellen begonnen werden kann. Eine Analyse dazu, welche Patienten- bzw. Falleigenschaften sich für eine Risikoadjustierung eignen und zu einem faireren Vergleich der Leistungserbringerergebnisse führen, kann abschließend nur anhand einer adäquaten Datenbasis und unter Einbezug der klinischen Expertinnen und Experten durchgeführt werden. Für die vorliegende Auswertung besteht deshalb weiterhin die Einschränkung, dass relevante Einflussfaktoren ggf. noch keine Berücksichtigung finden. Ein Vergleich der Leistungserbringerergebnisse ist daher zum aktuellen Zeitpunkt nur unter dieser Einschränkung möglich.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

Statistische Basisprüfung (Auffälligkeitskriterien)

Im Verfahren QS CHE werden im Erfassungsjahr 2022 werden erstmalig drei Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewiesen. In Tabelle 5 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Bundesergebnisse mit den entsprechenden Referenzbereichen dargestellt, die sich jedoch nicht auf das Bundesergebnis beziehen, sondern auf das Leistungserbringerergebnis.

Tabelle 5: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2023) - CHE

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2023 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852204	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,84% 150101/148848 (≥ 95,00 %)
852202	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,84% 150101/148848 (≤ 110,00 %)
852203	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,02% 35/148848 (≤ 5,00 %)

In Tabelle 6 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Ergebnisse der Auffälligkeitsprüfung mit der Anzahl und dem Anteil der Standorte mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen dargestellt. Der Anteil umfasst alle Standorte, die mindestens einen Fall in der Grundgesamtheit des entsprechenden Auffälligkeitskriteriums hatten.

Tabelle 6: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2023) - CHE

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
852204	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2022	3 von 1142	0,26	-
852202	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2022	10 von 1142	0,88	-
852203	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2022	0 von 1142	0,00	-

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Im Unterschied zur dargestellten Vollzähligkeit in Abschnitt 2.1 wird bei den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit nicht nur der Soll-Ist-Abgleich betrachtet, sondern auch, wie viele Leistungserbringer ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs. Die Kriterien umfassen sowohl eine Mindestfallzahl im Zähler oder Nenner als auch einen festen Referenzbereich. Somit werden nicht automatisch alle Leistungserbringer auffällig, bei denen keine 100%ige Vollzähligkeit vorlag (siehe Datengrundlage in Abschnitt 2.1). Bei den Leistungserbringern mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis in diesen Auffälligkeitskriterien soll im Stellungnahmeverfahren eruiert werden, welche Ursachen für eine Überdokumentation, Underdokumentation oder eine erhöhte Anzahl an angelegten Minimaldatensätzen vorgelegen haben. Da, wie im Abschnitt 2.1 beschrieben, die Sollstatistik durch entlassende Standorte erstellt wird, beziehen sich folgende Ausführungen zu Leistungserbringern immer auf die entlassenden Standorte.

Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (ID 8502202)

Das Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation prüft, ob mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten sind. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\leq 110,00\%$ bei mindestens 20 Fällen im Zähler. Im Ergebnis zeigt sich für das Verfahren QS CHE eine Dokumentationsrate von 100,84 %, es besteht auf Bundesebene somit eine leichte Überdokumentation. Auf Leistungserbringerebene hatten 10 von 1.142 Leistungserbringern (0,88 %; Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) rechnerisch auffällige Ergebnisse.

Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation (ID 8502204)

Das Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation prüft, ob weniger Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten sind. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\geq 95,00\%$ bei mindestens 5 gemäß Sollstatistik behandelten Fällen in der Grundgesamtheit (Mindestanzahl Nenner). Im Ergebnis zeigt sich für das Verfahren QS CHE eine Dokumentationsrate von 100,84 %, es besteht auf Bundesebene somit keine Underdokumentation. Auf Leistungserbringerebene hatten 3 von 1.142 Leistungserbringern (0,26 %; Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) rechnerisch auffällige Ergebnisse.

Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) (ID 8502203)

Das Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz prüft, ob bei dokumentationspflichtigen Fällen zu viele Minimaldatensätze anstelle von regulären Datensätzen angelegt wurden. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\leq 5,00\%$ bei mindestens 5 gemäß Sollstatistik behandelten Fällen in der Grundgesamtheit (Mindestanzahl Nenner). Im Ergebnis zeigt sich, dass bei 0,02 % der Fälle, die gemäß Sollstatistik zu erwarten waren, ein Minimaldatensatz angelegt wurde. Auf Leistungserbringerebene hatte kein Leistungserbringer (Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) rechnerisch auffällige Ergebnisse.

Sozialdatenvalidierung

Am 25. Januar 2023 wurden die ersten sechs Prüfkriterien für die Sozialdatenvalidierung durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.² Auf dieser Grundlage hat das IQTIG erstmalig die im Februar 2023 durch die Krankenkassen gelieferten Sozialdaten geprüft. Die ersten Rückmeldeberichte mit den Prüfergebnissen wurden am 18. April 2023 an die Krankenkassen versendet.

Aufgrund der Neuaufnahme der Sozialdatenvalidierung in die DeQS-RL (Teil 1 § 16 Abs. 6 Satz 10) wurde den Krankenkassen bisher keine ausreichende Zeit zur Rückmeldung und Korrektur eingeräumt (die Richtlinie gibt zwei Folgelieferungen für Korrekturmöglichkeiten vor). Daher wird erst ab dem kommenden Jahr ein Ergebnis zur Sozialdatenvalidierung ausgewiesen.

2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren für Indexeingriffe aus den Erfassungsjahren 2021 und 2022 dargestellt. Wie bereits in Abschnitt 2.2. beschrieben, sind alle Indikatoren erstmalig unter Anwendung eines einfachen Risikoadjustierungsmodells berechnet worden. Somit ändert sich die bisherige ratenbasierte Berechnungsart zu einer logistischen Regression (O/E). Das Risikoadjustierungsmodell wurde auf den Daten des Erfassungsjahres 2021 geschätzt, daher beträgt das Ergebnis im Erfassungsjahr 2021 immer 1,00. Wie in Abschnitt 2.2 erläutert, ist ein Leistungserbringervergleich zum jetzigen Zeitpunkt nur eingeschränkt möglich, da noch nicht alle benötigten Codes für ein adäquates Risikoadjustierungsmodell vorliegen. Die Daten können jedoch schon eine erste Orientierung bieten (Tabelle 7) sowie das aktuelle Indikatorergebnis 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.

Insgesamt führten 1.145 Leistungserbringer (entlassende Standorte) 149.314 Cholezystektomien durch (EJ 2021: 149.150; EJ 2020: 148.420), woraus sich gegenüber dem Vorjahr ein erneuter, wenn auch deutlich geringfügiger Zuwachs um etwa 0,1 % ergibt. Im Erfassungsjahr 2020 sind die Fallzahlen gegenüber dem Erfassungsjahr 2019 um etwa 7 % zurückgegangen, vermutlich aufgrund der COVID-19-Pandemie.

² https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5850/2023-01-25_DeQS-RL_Pruefkriterien-Sozialdatenvalidierung-2023-QS-PCI-WI-NET.pdf und https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5852/2023-01-25_DeQS-RL_Pruefkriterien-Sozialdatenvalidierung-2023-QS-CHE-KCHK.pdf

Das Verfahren QS CHE umfasst sieben Qualitätsindikatoren, die sowohl auf der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer als auch auf Sozialdaten bei den Krankenkassen basieren. Bei den sozialdatenbasierten Indikatoren muss berücksichtigt werden, dass diese erst mit einem gewissen Zeitverzug ausgewertet und berichtet werden können. Der Zeitraum des Nachverfolgens, welcher 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. Aufgrund dessen 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 die Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum bis zu 30 Tagen (IDs 58000, 58002, 58003 und 58004): Auswertung im ersten Jahr nach dem Indexeingriff

In den nachfolgenden zwei Tabellen sind die wichtigsten Ergebnisse der sieben Qualitätsindikatoren dargestellt. Tabelle 7 zeigt die Bundesergebnisse für das Erfassungsjahr 2022 (Indikatoren mit 30-Tage-Follow-up und einem Indexeingriff im Jahr 2022) verglichen mit den Vorjahresergebnissen (Indikatoren mit 30-Tage-Follow-up und einem Indexeingriff im Jahr 2021). Des Weiteren werden in der Tabelle die Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von 90 und 365 Tagen sowie einem Indexeingriff im Jahr 2021 ausgewiesen. Dem gegenübergestellt werden die Vorjahresergebnisse aus dem Jahr 2020. Abschließend wird in Tabelle 8 die Anzahl rechnerisch auffälliger Leistungserbringer pro Qualitätsindikator dargestellt. Da sämtliche Indikatoren einen percentilbasierten Referenzbereich von ≤ 95 Perzentil besitzen, liegt die Anzahl bei allen Indikatoren in einem ähnlichen Bereich. Es werden jeweils etwas mehr als 5 % der Leistungserbringer als rechnerisch auffällig bewertet.

Tabelle 7: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) - CHE

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2023 (Referenzbereich)	Bundesergebnis AJ 2022	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	0,95 1194/1262,41 ($\leq 3,20$; 95. Perzentil)	1,00 1310/1310,00	eingeschränkt vergleichbar
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	0,98 1624/1663,97 ($\leq 2,60$; 95. Perzentil)	1,00 1733/1733,00	eingeschränkt vergleichbar
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	0,88 1673/1906,65 ($\leq 2,59$; 95. Perzentil)	1,00 1961/1961,00	eingeschränkt vergleichbar
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	0,95 3563/3757,46 ($\leq 2,21$; 95. Perzentil)	1,00 3943/3943,00	eingeschränkt vergleichbar
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	1,00 7036/7029,60 ($\leq 2,20$; 95. Perzentil)	0,99 7019/7063,99	eingeschränkt vergleichbar
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	1,00 2912/2918,32 ($\leq 2,54$; 95. Perzentil)	1,05 3091/2937,23	eingeschränkt vergleichbar
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	1,00 3394/3382,63 ($\leq 2,22$; 95. Perzentil)	0,91 3067/3365,73	eingeschränkt vergleichbar

Tabelle 8: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2023)

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 1110	5,23	7
		2021	57 von 1116	5,11	8
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	2022	61 von 1110	5,50	10
		2021	60 von 1116	5,38	9
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	2022	59 von 1110	5,32	14
		2021	60 von 1116	5,38	7
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	2022	66 von 1110	5,95	9
		2021	71 von 1116	6,36	19
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	2020	61 von 1116	5,47	22
		2019	79 von 1171	6,75	0
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	2020	62 von 1116	5,56	8
		2019	72 von 1171	6,15	0
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	2020	66 von 1116	5,91	11
		2019	78 von 1171	6,66	0

Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen (ID 58000)

Der Indikator „Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen“ (ID 58000) erhebt die gravierendsten operationsbedingten Komplikationen bei einer Cholezystektomie, wie beispielsweise intraoperative Verletzungen der Gallengänge oder die Durchtrennung oder den Verschluss des Ductus hepatocholedochus (Hauptgallengang). Gemäß S3-Leitlinie zur Prävention, Diagnostik und Behandlung von Gallensteinen variieren die Angaben zur Häufigkeit der intraoperativen Verletzung, der 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).

Der bundesweite Anteil der Patientinnen und Patienten mit einer Gallenwegskomplikation liegt im Erfassungsjahr 2022 bei 0,80 % (1.194/149.314). Das O/E-Ergebnis von 0,95 liegt leicht unter dem Vorjahreswert von 1,0. Es gab dementsprechend 5 % weniger Patientinnen und Patienten mit einer Gallenwegskomplikation im Erfassungsjahr 2022, als anhand der Vorjahresergebnisse (EJ 2021: 1.310/149.150, 0,88 %) zu erwarten gewesen wäre. Auf Bundesebene wurden ca. 75 % der Cholezystektomien laparoskopisch durchgeführt. Im Vergleich zur national wie international angegebenen Häufigkeit für Gallenwegsverletzungen bei laparoskopisch durchgeführten Cholezystektomien rangiert das Bundesergebnis im Mittelfeld. Im Jahresvergleich ist seit dem Erfassungsjahr 2020 (0,92 %) eine stetige Abnahme von Gallenwegskomplikationen zu verzeichnen. Dies kann auf die umfassende Anpassung der Rechenregel für diesen Indikator mit der Spezifikation 2021 und 2022 zurückgeführt werden. Aufgrund der Datenvalidierung der ersten beiden Erfassungsjahre (2019 und 2020) wurde deutlich, dass die Kombination von fallbezogener QS-Dokumentation und Sozialdaten im Indikator geschärft werden musste, um alle relevanten Komplikationen korrekt für das Verfahren auslösen zu können. Überdies erfolgte entsprechend der Empfehlung des Expertengremiums eine Überarbeitung und Aktualisierung der Ein- und Ausschlusskriterien für die einzelnen Verfahrenfilter. Für den Indikator 58000 ergab sich hierbei die Streichung des Codes K83.2 (Perforation des Gallengangs) nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD) aus der Indikatorberechnung, da mit diesem Code die Perforation als Folge der Gallensteinerkrankung, nicht aber die Perforation im Rahmen der Cholezystektomie dokumentiert wird.

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 oder eine Lungenembolie. Im Erfassungsjahr 2022 traten für etwa ein Prozent (1.624/149.314) der Eingriffe postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen nach der Cholezystektomie auf. Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2021 ist die Rate leicht gesunken (EJ 2021: 1,16 %, 1.733/149.150). Mit 0,98 liegt das O/E-Ergebnis leicht unter dem Vorjahresreferenzwert von 1,0. Im Erfassungsjahr 2022 gab es dementsprechend 2 % weniger Patientinnen und Patienten mit einer weiteren postoperativen Komplikation, als anhand der Vorjahresergebnisse zu erwarten gewesen wäre. Durch einen technischen Fehler wurden die ICD-Kodes zur Dokumentation einer Lungenembolie (I26.0, I26.9), einer Thrombose (I80.1, I80.28), einer Embolie (I82.2) und eines Ileus (K56.0) nicht explizit als dokumentationsrelevante Entlassungsdiagnosen in der Spezifikation aufgeführt. Dies konnte mit der Spezifikation 2022 korrigiert werden. Seit dem Erfassungsjahr 2023 werden weitere nicht eingriffsspezifische postoperative Komplikationen nach einer Cholezystektomie wie die postoperative Pneumonie oder ein Myokard- sowie Hirninfarkt mit dem Indikator 58004 erfasst, 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 2022 traten bei 1,12 % (1.673/149.314) der Indexeingriffe eingriffsspezifische Infektionen auf. Das O/E-Ergebnis von 0,88 liegt unter dem Vorjahresreferenzwert von 1,0. Es gab dementsprechend etwa 12 % weniger Patientinnen und Patienten mit einer eingriffsspezifischen Infektion im Erfassungsjahr 2022, als anhand der Vorjahresergebnisse (EJ 2021: 1.961/149.150, 1,31 %) zu erwarten gewesen wäre. Wie auch im Indikator 58004 bestand für diesen Indikator die Problematik, 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 ebenfalls mit der Spezifikation 2022.

Seit dem Erfassungsjahr 2021 lösen die Diagnosen zur Dokumentation einer Peritonitis alleinstehend aus, also ohne gleichzeitige Kodierung eines Operationen- oder Prozedurenschlüssels (OPS). Durch ein Datenfeld im Dokumentationsbogen erfolgt für den Indexaufenthalt (den Aufenthalt, bei welchem die Cholezystektomie durchgeführt wurde) eine Einordnung, ob die Diagnose bereits vor oder erst nach der Cholezystektomie bestand. Eine zusätzliche Kodierung eines OPS-Kodes ist in diesem Fall nicht mehr notwendig, um eine Peritonitis als eingriffsspezifische Komplikation zuordnen zu können. Für alle Folgeaufenthalte ergibt sich die Zuordnung bereits aus dem zeitlichen Verlauf. Während im Erfassungsjahr 2020 noch 2,33 % (3.454/148.420) eingriffsspezifische Infektionen auftraten, ist im Jahresvergleich durch die Anpassung der zuvor beschriebenen Rechenregel Anpassung sowie der Streichung von diversen Codes in der anfänglichen Überarbeitung des Verfahrens eine deutliche Reduzierung der Infektionsraten zu verzeichnen.

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 während oder innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie auftraten. Der bundesweite Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen eine interventionsbedürftige Blutung auftrat, liegt im Erfassungsjahr 2022 bei 2,39 % (3.563/149.314) und ist im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken (EJ 2021: 3.943/149.150, 2,64 %). Mit 0,95 liegt das O/E-Ergebnis unter dem Vorjahresreferenzwert von 1,0. Im Erfassungsjahr 2022 gab es somit 5 % weniger Patientinnen und Patienten mit interventionsbedürftigen Blutungen, als anhand der Vorjahresergebnisse zu erwarten gewesen wäre.

Durch Rückmeldungen der Landesebene sowie aus dem ersten Stellungnahmeverfahren wird deutlich, dass der Indikator in seiner Kausalität und Validität noch geschärft werden müsse. Es wird angemerkt, dass die Abfrage, wann die Patientin / der Patient in Bezug auf die Cholezystektomie transfundiert wurde, keinen klaren kausalen Zusammenhang zur Cholezystektomie herstellt. 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“. Ob die Schärfung die bestehenden Dokumentationsprobleme auflösen konnte, werden die kommenden Jahresauswertungen zeigen. Des Weiteren wird mit dem Expertengremium auf Bundesebene der Indikator hinsichtlich der Schärfung der Kodierung weiter überarbeitet.

Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen (ID 58001)

Erneute operative oder interventionelle Eingriffe nach einer Gallenblasenentfernung wegen postoperativ auftretender Komplikationen werden mit dem Indikator „Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“ (ID 58001) erhoben. Auftretenden Komplikationen können bspw. belassene Gallengangsteine, Gallengangsverletzungen, Blutgefäßverletzungen und Blutungen sowie postoperative Entzündungen zugrunde liegen. Im Erfassungsjahr 2021 war bei 4,72 % (7.036/149.171) der Cholezystektomiepatientinnen und -patienten eine Reintervention aufgrund von Komplikationen notwendig. Das O/E-Ergebnis von 1,00 ist nahezu gleich mit dem Vorjahreswert von 0,99.

Auch dieser Indikator bedarf einer zukünftigen weiteren inhaltlichen Schärfung. Eine Reintervention wird in der Indikatorrationale als ein erneuter operativer oder interventioneller Eingriff *nach* einer Operation wegen postoperativ aufgetretener Komplikationen definiert. In der momentanen Rechenregel werden OPS-Kodierungen zur Dokumentation einer Reintervention jedoch bereits ab dem Datum des Indexeingriffs gewertet. Da OPS-Kodierungen nur taggenau definiert sind, kann

faktisch nicht unterschieden werden, ob es sich in Bezug auf die Cholezystektomie um einen erneuten Eingriff (definitionsgemäß eine Reintervention) handelte. Mit dem Expertengremium auf Bundesebene wird deshalb momentan erörtert, welche Kodes bei der Festlegung eines zeitlichen Mindestabstands zwischen Indexeingriff (Cholezystektomie) und Auftreten der Komplikation aus der Indikatorberechnung ausgeschlossen werden würden. Sollten darunter jedoch medizinische Konstellationen fallen, welche durch die Operation bedingt wurden, und zwar im Sinne einer frühen operativen Komplikation, muss eine Reintervention ab dem Datum des Indexeingriffs beibehalten und ggf. eine Neudefinition der Bezeichnung und des Qualitätsziels des Indikators überdacht werden. Andernfalls kann ein zeitlicher Mindestabstand eingeführt und die Indikatorbeschreibung beibehalten 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 2021 bei 1,95 % (2.912/149.171) und ist im Vergleich zum Vorjahr ebenfalls leicht gesunken (EJ 2020: 3.091/148.420, 2,08 %). Mit 1,00 liegt das O/E-Ergebnis geringfügig unter dem Vorjahresreferenzwert von 1,05. Im Erfassungsjahr 2021 gab es 0,5 % weniger Patientinnen und Patienten mit einer weiteren postoperativen Komplikation, als anhand des Vorjahresergebnisses zu erwarten gewesen wäre.

Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen (ID 58006)

Der Indikator 58006 weist die Mortalitätsrate innerhalb von 90 Tagen nach einer Cholezystektomie aus. Die Vermeidung von postoperativen Komplikationen und deren angemessene Behandlung ist der wichtigste Schritt zur Vermeidung von postoperativen Todesfällen. 1,78 % (2.760/155.229) der Patientinnen und Patienten mit Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2019 sind nach der Cholezystektomie innerhalb von 90 Tagen verstorben. Das Bundesergebnis für das Erfassungsjahr 2020 liegt bei 2,07 % (3.067/148.420). Für das Erfassungsjahr 2021 ist die Anzahl weiter angestiegen (3.394/149.171, 2,28%). Das O/E-Ergebnis von 1,00 ist im Vergleich mit dem Vorjahresreferenzwert von 0,91 ebenfalls erhöht. Es sind demnach etwa 9 % mehr Patientinnen und Patienten verstorben, als anhand der Vorjahresergebnisse zu erwarten gewesen wäre.

Im Zuge der COVID-19-Pandemie hatte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in einem Schreiben an alle Krankenhäuser appelliert, sämtliche planbaren Aufnahmen, Operationen und Eingriffe, soweit dies medizinisch vertretbar sei, ab dem 16. März 2020 auf unbestimmte Zeit zu verschieben (Osterloh 2020). Zwischen den Erfassungsjahren 2019 und 2020 kam es zu einem

Fallzahlrückgang von ca. 7 %. Mutmaßlich sind Patientinnen und Patienten in dieser Zeit erst mit fortgeschrittenem Erkrankungsbild ins Krankenhaus gekommen und konnten unter Umständen durch verringerte OP-Kapazitäten und Personalmangel nicht sofort versorgt werden. Inwieweit dieser Umstand nach wie vor die Letalität der Cholezystektomiepatientinnen und -patienten beeinflusst, muss in den kommenden Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2021 geklärt und untersucht werden. Zusätzlich müssen die Häufigkeiten von Risikofaktoren im Jahresvergleich weiter analysiert werden.

2.5 Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit

Für dieses QS-Verfahren konnte noch kein potenziell besonders verbreitetes Qualitätsdefizit bestimmt werden, da 2023 erstmalig ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt wurde.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Hintergrund

Dieses Kapitel stellt die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens und der durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen gemäß Teil 1 § 17 DeQS-RL im Jahr 2023 dar, die sich auf die Erfassungsjahre 2020 und 2021 bezogen. Das in den in diesem Kapitel sowie im Anhang dargestellten Tabellen angegebene Auswertungsjahr ist hier das Auswertungsjahr 2022, d. h. das Jahr, in dem die Jahresauswertung erstellt wurde, zu dem hauptsächlich das Stellungnahmeverfahren geführt wurde, über das an dieser Stelle berichtet wird. Die entsprechenden Informationen werden dem IQTIG in den länderbezogenen Verfahren in den Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) gemäß Teil 1 § 19 DeQS-RL durch die Landesarbeitsgemeinschaften für Qualitätssicherung (LAG) übermittelt. In den bundesbezogenen Verfahren erstellt das IQTIG als durchführende Stelle diese Informationen ebenfalls in diesem Format.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Das Verfahren *QS CHE* wird seit dem Erfassungsjahr 2019 unter der DeQS-RL geführt. Die Datenvalidierung gemäß Teil 1 § 16 DeQS-RL umfasst u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien. Für dieses QS-Verfahren wurden für die statistische Basisprüfung erstmals zum Erfassungsjahr 2022 Auffälligkeitskriterien entwickelt. Aus diesem Grund kann im Jahr 2023 keine Berichterstattung zu den Ergebnissen des Stellungnahmeverfahrens von Auffälligkeitskriterien erfolgen.

3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Für die Erfassungsjahre 2020 (90-Tage- und 1-Jahres-Follow-up) und 2021 (30-Tage-Follow-up) wurde erstmals ein Stellungnahmeverfahren für das Verfahren *QS CHE* empfohlen. Wegen der fehlenden Bereitstellung von einrichtungsübergreifenden Follow-up-Datensätzen (Sozialdaten bei den Krankenkassen) lassen die gewonnenen Ergebnisse jedoch nur eine eingeschränkte Bewertung zu. Leistungserbringer konnten im Stellungnahmeverfahren nur diejenigen Leistungen prüfen, welche 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 wurde eine Durchführung von Stellungnahmeverfahren nach Ermessen der LAG empfohlen, um diese zu erproben und anhand der gewonnenen Erkenntnisse Maßnahmen für die Zukunft ableiten zu können. Dies sollte jedoch in dem Bewusstsein geschehen, dass die dargestellten Verzerrungen Einfluss auf einzelne Leistungserbringerergebnisse haben. Für diese Fälle wurde 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.

Deskriptive Auswertung zum Stellungnahmeverfahren

In den Erfassungsjahren 2020 und 2021 gab es insgesamt 7.977 Indikatorenergebnisse für das Verfahren QS CHE, von denen 477 Ergebnisse rechnerisch auffällig waren (5,98 %), 2 davon ohne QSEB-Übermittlung. Für insgesamt 340 von 475 (71,58 %) rechnerisch auffälligen Indikatorenergebnissen wurde ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet, für 49 jedoch noch nicht abgeschlossen.

Alle Stellungnahmeverfahren wurden schriftlich geführt, es fanden 4 Gespräche und 2 Begehungen statt. Mit Blick auf die Verteilung der Bewertungsergebnisse (Tabelle 9) ergibt sich für das Auswertungsjahr 2022 folgendes Gesamtbild:

- 189 Indikatorenergebnisse (39,79 %): Einstufung „qualitativ unauffällig“
- 23 Indikatorenergebnisse (4,84 %): Einstufung „qualitativ auffällig“
- 7 Indikatorenergebnisse (1,47 %): Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation
- 135 Indikatorenergebnisse (28,42 %): kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt
- 2 Indikatorenergebnisse (0,42 %): keine QSEB-Übermittlung erfolgt
- 49 Indikatorenergebnisse (14,41 %): Stellungnahmeverfahren zum Zeitpunkt der QSEB-Übermittlung noch nicht abgeschlossen

Tabelle 9: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 17 DeQS-RL im Verfahren QS CHE

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	7977	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	477	5,98
davon ohne QSEB-Übermittlung	2	0,42
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	475	100
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	475	100
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
Stellungnahmeverfahren		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	135	28,42
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	340	71,58
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	340	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	4	1,18
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	2	0,59
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	49	14,41
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)		
Bewertung als qualitativ unauffällig	189	39,79
Bewertung als qualitativ auffällig	23	4,84
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	7	1,47
Sonstiges	72	15,16
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen		
Maßnahmenstufe 1*	12	n.a.
Maßnahmenstufe 2	0	n.a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

In Tabelle 10 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 (84,21 %, siehe Anhang Tabelle 15).

Die meisten als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse (bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse) entfallen ebenfalls auf den Indikator zur Erhebung der operationsbedingten Gallenwegskomplikationen (6/57; 10,53 %). Die weiteren Anteile der Qualitätsindikatoren liegen zwischen 2,82 % und 6,67 % (Tabelle 10). Die Interpretation der Ergebnisse im Sinne eines Leistungserbringervergleichs kann an dieser Stelle nur eingeschränkt vorgenommen werden, da die Indikatoren zum einen noch nicht risikoadjustiert waren und zum anderen das Stellungnahmeverfahren nach Ermessen der LAG zur Erprobung erfolgte. Unter Umständen lagen den LAG keine detaillierten,

fallbezogenen Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen vor (z. B. zur Art der Komplikation, Todesursache). Infolgedessen konnte weder die rechnerische Auffälligkeit nachvollzogen noch den möglichen Ursachen nachgegangen werden.

Tabelle 10: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022)

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	57 / 1116 (5,11%)	9	1 / 57 (1,75%)	1 / 1116 (0,09%)	32 / 57 (56,14%)	32 / 1116 (2,87%)	6 / 57 (10,53%)	6 / 1116 (0,54%)	1 / 57 (1,75%)	1 / 1116 (0,09%)	8 / 57 (14,04%)	8 / 1116 (0,72%)
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	79 / 1171 (6,75%)	17	14 / 79 (17,72%)	14 / 1171 (1,20%)	26 / 79 (32,91%)	26 / 1171 (2,22%)	3 / 79 (3,80%)	3 / 1171 (0,26%)	4 / 79 (5,06%)	4 / 1171 (0,34%)	15 / 79 (18,99%)	15 / 1171 (1,28%)
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	60 / 1116 (5,38%)	16	4 / 60 (6,67%)	4 / 1116 (0,36%)	24 / 60 (40,00%)	24 / 1116 (2,15%)	4 / 60 (6,67%)	4 / 1116 (0,36%)	0 / 60 (0,00%)	0 / 1116 (0,00%)	12 / 60 (20,00%)	12 / 1116 (1,08%)

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	71 / 1116 (6,36%)	21	3 / 71 (4,23%)	3 / 1116 (0,27%)	35 / 71 (49,30%)	35 / 1116 (3,14%)	3 / 71 (4,23%)	3 / 1116 (0,27%)	1 / 71 (1,41%)	1 / 1116 (0,09%)	8 / 71 (11,27%)	8 / 1116 (0,72%)
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	60 / 1116 (5,38%)	16	4 / 60 (6,67%)	4 / 1116 (0,36%)	32 / 60 (53,33%)	32 / 1116 (2,87%)	0 / 60 (0,00%)	0 / 1116 (0,00%)	0 / 60 (0,00%)	0 / 1116 (0,00%)	8 / 60 (13,33%)	8 / 1116 (0,72%)
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	71 / 1171 (6,06%)	35	12 / 71 (16,90%)	12 / 1171 (1,02%)	9 / 71 (12,68%)	9 / 1171 (0,77%)	2 / 71 (2,82%)	2 / 1171 (0,17%)	0 / 71 (0,00%)	0 / 1171 (0,00%)	13 / 71 (18,31%)	13 / 1171 (1,11%)
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	77 / 1171 (6,58%)	21	11 / 77 (14,29%)	11 / 1171 (0,94%)	31 / 77 (40,26%)	31 / 1171 (2,65%)	5 / 77 (6,49%)	5 / 1171 (0,43%)	1 / 77 (1,30%)	1 / 1171 (0,09%)	8 / 77 (10,39%)	8 / 1171 (0,68%)

Für das Auswertungsjahr 2021 wurde seitens des G-BA kein Stellungnahmeverfahren für das Verfahren QS CHE empfohlen. Dennoch haben einige LAG auf freiwilliger Basis und zur Etablierung einer Verfahrensroutine ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Dies führt dazu, dass sich in Tabelle 11 Angaben zu wiederholten qualitativ auffälligen Ergebnissen befinden, obwohl es sich um die erstmalige Auswertung des Stellungnahmeverfahrens handelt.

Tabelle 11: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2022 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	57	5	-	6	-	-
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	79	4	-	3	-	-
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	60	5	-	4	-	-

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
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	71	13	-	3	-	-
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	60	9	-	-	-	-
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	71	2	-	2	-	-
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	77	6	-	5	-	-

Tabelle 12: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2022) – 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
206	65	35	12	4	1

Bei 12 Leistungserbringern wurde genau ein Indikatorergebnis als qualitativ auffällig bewertet. Bei 5 Leistungserbringern wurde in 2 oder mehr Qualitätsindikatoren ein Qualitätsproblem bestätigt (Tabelle 12). Die Nichtinitiierung eines Stellungnahmeverfahrens wird häufig mit geringen Fallzahlen begründet. In Tabelle 13 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 Tabelle 23).

Tabelle 13: Auffälligkeiten und Stellungnahmeverfahren nach Fallzahl pro Qualitätsindikator (AJ 2022)

Fallzahl pro Qualitätsindikator (Grundgesamtheit)	Anzahl rechnerisch auffällige Ergebnisse	Anzahl Stellungnahmeverfahren (Anteil)	Anzahl qualitativer Auffälligkeiten (Anteil)
1. Quintil(1-11)	95	62 (65.26%)	3 (3.16%)
2. Quintil(12-53)	95	69 (72.63%)	4 (4.21%)
3. Quintil(54-91)	95	69 (72.63%)	6 (6.32%)
4. Quintil(92-138)	95	74 (77.89%)	9 (9.47%)
5. Quintil(139-338)	95	66 (69.47%)	1 (1.05%)
Gesamt	475	340 (71.58%)	23 (4.84%)

Begründungen für qualitativ auffällige und qualitativ unauffällige Ergebnisse

Die meisten rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden im Stellungnahmeverfahren als Einzelfall (108 von 475, 22,74 %), mit der Bewertung „Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ (72 von 475, 15,16 %) bzw. als qualitativ unauffällig (41 von 475, 8,63 %) eingestuft (siehe Anhang, Tabelle 16, Tabelle 18, Tabelle 20).

Alle weiteren Ergebnisse wurden wie folgt bewertet:

- Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme): 26 von 475, 5,47 %
- Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt: 15 von 475, 3,16%
- Besondere klinische Situation: 14 von 475, 2,95 %
- Unvollständige oder falsche Dokumentation: 6 von 475, 1,26 %
- Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel: 4 von 475, 0,84 %
- Sonstiges (qualitativ auffällig): 4 von 475, 0,84%
- Softwareprobleme haben falsche Dokumentation verursacht: 1 von 475, 0,21 %

Die Einstufung als „qualitativ auffällig“ begründeten die Fachkommissionen damit, dass trotz wiederholter Aufforderung keine Stellungnahme eingegangen ist. In weiteren Fällen wurden Struktur- und Prozessmängel vermutet, ohne dass diese näher erläutert wurden. Lediglich in einem Fall wurde die Entlassung mit einem erhöhten Bilirubinwert (QI 58000) kritisch gewertet und darum gebeten, die internen Prozesse in diesem Kontext zu überprüfen.

Zur Einstufung „qualitativ unauffällig“ wurden die meisten Freitextkommentare von den LAG übermittelt. Durch die Rückmeldungen von Leistungserbringern im Stellungnahmeverfahren äußerten die Fachkommissionen erhebliche 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.

In Bezug auf den Indikator zur Erhebung einer Gallenwegskomplikation (ID 58000) wurde in einem Fall zurückgemeldet, dass eine Zystikusstumpfsuffizienz bzw. ein akzessorischer Gallengang und keine Gallenwegsverletzung vorlag. Bei zwei Auffälligkeiten wurde durch die Fachkommission um Überprüfung der verwendeten Clips gebeten und eine Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hinsichtlich der Vorgehensweise empfohlen.

Kritisch wurde bei einem weiteren Leistungserbringer die Häufung von Gallengangsverletzungen gesehen. Die betreffende Klinik hatte jedoch bereits Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität umgesetzt, sodass im ersten Halbjahr 2022 keine gallengangsbedingten Komplikationen mehr aufgetreten sind und die entsprechenden Fälle in einer Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz (M&M-Konferenz) aufgearbeitet wurden. Mit dem Leistungserbringer wurde ein Gespräch zum kollegialen Austausch durchgeführt, in dessen Rahmen die entsprechenden Fälle thematisiert wurden. Es wurde vereinbart, hausintern eine Standardvorgehensweise (Standard Operating Procedure, SOP) für Cholezystektomien zu erarbeiten, in der das Vorgehen bei intraoperativer Cholangiografien und das intraoperative 4-Augenprinzip festgelegt wird. Zudem soll schriftlich festgelegt werden, dass Fälle mit operationsbedingten Gallenwegskomplikationen im Rahmen von

M&M-Konferenzen aufgearbeitet werden sollen, um Verletzungen im Rahmen von Cholezystektomien vorzubeugen. Ebenso sollen regelmäßig interne Fortbildungen durchgeführt und ein verstärktes Augenmerk auf eine korrekte Kodierung gelegt werden. Die Fachkommission schloss das Stellungnahmeverfahren mit der Bewertung „sonstiges (qualitativ unauffällig)“.

Des Weiteren löste bei einem Leistungserbringer die Fehlkodierung einer Cholezystektomie im Rahmen einer Laparatomie die rechnerische Auffälligkeit im Indikator 58000 aus.

Zum Indikator „Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen“ (ID 58003) wurde durch die Fachkommissionen angemerkt, dass Transfusionen in vielen Fällen nicht aufgrund der Cholezystektomie verabreicht wurden. Teilweise wurden diese z. B. im Rahmen einer Sepsis bei akuter/gangränöser Cholezystitis, d. h., einer Erkrankung, welche die Indikation zur Cholezystektomie darstellte, appliziert. Dies würde aus Sicht der Fachkommissionen einer fehlerhaften Abbildung der Kausalität im Indikatorergebnis entsprechen. Bei anderen Leistungserbringern war die Blutungskomplikation infolge der medizinischen Indikation aus Sicht der Fachkommission nachvollziehbar. Als qualitativ unauffällig wurden außerdem die Ergebnisse von Leistungserbringern mit einer nachvollziehbaren besonderen klinischen Situation und einer bereits initiierten Personalveränderung eingestuft.

In Bezug auf weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen wurde für den Indikator 58004 zurückgemeldet, dass in einem Fall eine erschwerte und prolongierte präoperative Diagnostik infolge von Multimorbidität vorlag. Ein rupturiertes Aortenaneurysma und postoperatives Multiorganversagen bei der primären Operation führten in einem anderen Fall zu einer Cholezystektomie unter Intensivpflichtigkeit, welche als besondere Situation und damit das Indikatorergebnis als qualitativ unauffällig durch die Fachkommission bewertet wurde.

Zur Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen nach einer Cholezystektomie wurde zu einem Fall berichtet, bei welchem eine postoperative obere gastrointestinale Blutung und eine akute gangränöse Cholezystitis mit Sepsis vorlag. Aus der Sepsis resultierte ein Rechtsherzversagen, von welchem der Patient sich nicht erholen konnte, sodass im Einvernehmen mit den Angehörigen die Therapie eingestellt wurde. Ein weiterer Patient erhielt unter der Diagnose einer akuten gangränösen Cholezystitis eine Cholezystektomie. Im Verlauf entwickelten sich mesenteriale Ischämien und ein zunehmendes Multiorganversagen, welches schlussendlich ebenfalls zur Therapieeinstellung führte. Beide Fälle wurden durch die Fachkommission als qualitativ unauffällig (besondere klinische Situation) eingestuft.

Weitere Kommentare der LAG können Tabelle 17, Tabelle 19 und Tabelle 21 im Anhang entnommen werden.

4 Evaluation

Gemäß der DeQS-RL beinhaltet der Bundesqualitätsbericht eine fortlaufende Evaluation des Verfahrens (Teil 1 § 20 Satz 3 DeQS-RL). Des Weiteren soll, „[...] sobald eine ausreichende Datengrundlage vorliegt [...]“, eine empirische Abschätzung über das Ausmaß des Verbesserungspotenzials vorgenommen sowie „[...] die Zielerreichung näher quantifiziert [...]“ werden (Teil 2 Verfahren 3 (QS CHE) § 2 Abs. 6 DeQS-RL). Beides zusammen bildet die Grundlage für die Entscheidung über den weiteren Fortgang des Verfahrens im Rahmen der abschließenden Bewertung. Über die genaue Form und Konzeption einschließlich Zieldefinitionen muss der G-BA in Zusammenarbeit mit dem Institut nach § 137a SGB V noch entscheiden.

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

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

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

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

Für die Erfassungsjahre 2020 und 2021 haben 4³ 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.

1. Gab es Probleme hinsichtlich einzelner Qualitätsindikatoren, den dazugehörigen Rechenregeln oder der Indikatorenergebnisse?

Zu dieser Frage haben 3 LAG Probleme zurückgemeldet. Dabei bezog sich eine Rückmeldung auf das Erfassungsjahr 2020 und den Qualitätsindikator 58001 („Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“). Hier gab die LAG an, dass die Eingriffe als Reintervention zählen, obwohl diese während des Primäreingriffs stattgefunden haben. Für das Erfassungsjahr 2021 sei im Indikator 58004 („Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“) nicht immer eindeutig gewesen, wieso Fälle als auffällig gewertet werden, da der inhaltliche Zusammenhang zur Cholezystektomie nur für vereinzelte Komplikationen abgefragt würde.

Zum Indikator 58003 („Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen“) gaben zwei LAG Probleme an. Zum einen wurde im Dokumentationsbogen 2020 und 2021 nicht abgefragt, ob eine Transfusion mit einer Operation zusammenhängt oder nicht. Dies wurde für das Erfassungsjahr 2023 geändert. Zum anderen ist der ICD-Kode T81.1 (Schock während oder als Folge eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert) in den Rechenregeln als Blutungskomplikation hinterlegt. Dieser sei allerdings zu unspezifisch bzw. findet auch in anderen Kontexten Verwendung. Dies könnte zu Verzerrungen in den Indikatorergebnissen führen. Das IQTIG prüft zusammen mit dem Expertengremium auf Bundesebene, inwieweit eine Schärfung des Indikators vorgenommen werden kann.

Des Weiteren gab eine LAG an, dass die Kausalkette der sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren nicht korrekt abgebildet würde. So kam es bspw. dazu, dass eine Infektion/Sepsis als Komplikation in die Auswertungen einging, obwohl diese ursächlich für den Indexeingriff war.

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

2 LAG gaben an, dass die endgültigen Rechenregeln zum Zeitpunkt des Stellungnahmeverfahrens für die Leistungserbringer nicht vorlagen. Die vom IQTIG übermittelten auffälligen Vorgangsnummern ermöglichten den Leistungserbringern lediglich, auf Komplikationen einzugehen, die durch diese Einrichtung selbst behandelt worden waren. Bei Komplikationsbehandlungen in anderen Einrichtungen standen keine weiteren Informationen für den Leistungserbringer 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.

³ Baden-Württemberg, Bremen, Sachsen, Schleswig-Holstein haben den Evaluationsfragebogen übermittelt.

3. Gibt es aus Ihrer Sicht anderweitige Themen oder Probleme?

Eine Rückmeldung einer LAG bezog sich auf die späte Veröffentlichung der endgültigen Rechenregeln und darüber hinaus auf deren Komplexität. Es sei nicht immer nachvollziehbar, wodurch eine rechnerische Auffälligkeit bedingt ist; außerdem wurde auf die bestehende und bereits bekannte Problematik zu den Follow-up-Ereignissen (Leistungserbringer konnten im Stellungnahmeverfahren nur diejenigen Leistungen prüfen, welche in der eigenen Einrichtung dokumentiert wurden) verwiesen.

Eine weitere LAG gab an, dass die Indikatoren 58005 und 58006 aufgrund der fehlenden Zuschreibbarkeit und mangelnden Kausalitätsdarstellung bei rechnerischer Auffälligkeit als Aufgreifkriterien und somit als Qualitätsindikatoren nur bedingt geeignet seien. Beim Indikator 58006 wäre nur dann ein Stellungnahmeverfahren sinnvoll, wenn der Tod während des stationären Aufenthalts in einem engen Zusammenhang mit der Cholezystektomie auftrat, da dann in der Regel der Krankheitsverlauf und die Todesursache dem Leistungserbringer aufgrund des Vorliegens der kompletten Krankenakte bekannt sind, sodass eine Fallanalyse vorgenommen werden kann.

5 Fazit und Ausblick

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

Das Verfahren QS CHE befindet sich weiterhin im Aufbau. 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 Mandantenfähige Datenbank zusammengeführt werden. Die LAG erhalten dadurch unterjährig oder während der Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens den Zugriff auf fallbezogene Daten.

Rechnerische Auffälligkeiten können im Einzelfall auch auf Zählerfällen beruhen, die nicht im kausalen Zusammenhang mit der Cholezystektomie stehen. Für eine adäquate Einschätzung der Fehleranfälligkeit sowie die Klärung, 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.

Ein weiteres Ziel für das kommende Verfahrensjahr wird die Entwicklung von Risikoadjustierungsmodellen sein. 2023 werden die ersten hierfür benötigten Diagnose- und Prozedurenkodes an das IQTIG übermittelt, sodass voraussichtlich 2024 mit der Entwicklung von umfassenden Risikoadjustierungsmodellen begonnen werden kann. Zusätzlich ist im Jahr 2024 im Rahmen der Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung (G-BA 2023) die Überprüfung des Indikatorensets des QS-Verfahrens geplant.

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.

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.

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: 27.06.2023).

Gutt, C; Jenssen, C; Barreiros, AP; Gotze, TO; Stokes, CS; Jansen, PL; et al. (2018): AWMF-Registernummer 021-008. Aktualisierte S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) zur Prävention, Diagnostik und Behandlung von Gallensteinen [Langfassung]. *Zeitschrift für Gastroenterologie* 56(8): 912-966. DOI: 10.1055/a-0644-2972.

Hassler, KR; Collins, JT; Philip, K; Jones, MW (2021): Laparoscopic Cholecystectomy. In: *StatPearls [Internet]*. Last Update: 21.04.2021. Treasure Island, US-FL: StatPearls Publishing. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448145/#article-24022.s1> (abgerufen am: 05.08.2021).

Khan, Z; Ma, K (2020): Complications of laparoscopic surgery. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine* 30(11): 342-346. DOI: 10.1016/j.ogrm.2020.09.003.

Osterloh, F (2020): Coronavirus. Krankenhäuser verschieben planbare Eingriffe. *Deutsches Ärzteblatt International* 117(12): A575-A577. URL: <https://cfcdn.aerzteblatt.de/pdf/117/12/a575.pdf?ts=17%2E03%2E2020+08%3A59%3A17> (abgerufen am: 05.08.2021).

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

Anhang: Ergebnisse des QSEB

Tabelle 14: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach QSEB-Spezifikation

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung	Geltungsbereich
U	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig	60	Korrekte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ unauffällig)	AK
		61	Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)	QI
		62	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	QI
		63	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	QI
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI/AK
A	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig	70	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ auffällig)	AK
		71	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel	QI
		72	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	QI/AK
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI/AK
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	80	Unvollzählige oder falsche Dokumentation	QI
		81	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	QI
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI
S	Sonstiges	92	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden	QI/AK
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI/AK

Tabelle 15: Qualitätsindikatoren: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) – CHE

ID	Indikatorbezeichnung	kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren*		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	9 / 57 (15,79%)	48 / 57 (84,21%)	1 / 57 (1,75%)	1 / 57 (1,75%)
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	17 / 79 (21,52%)	62 / 79 (78,48%)	1 / 79 (1,27%)	0 / 79 (0,00%)
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	16 / 60 (26,67%)	44 / 60 (73,33%)	1 / 60 (1,67%)	0 / 60 (0,00%)
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	21 / 71 (29,58%)	50 / 71 (70,42%)	0 / 71 (0,00%)	0 / 71 (0,00%)
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	16 / 60 (26,67%)	44 / 60 (73,33%)	0 / 60 (0,00%)	0 / 60 (0,00%)
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	35 / 71 (49,30%)	36 / 71 (50,70%)	1 / 71 (1,41%)	1 / 71 (1,41%)
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	21 / 77 (27,27%)	56 / 77 (72,73%)	0 / 77 (0,00%)	0 / 77 (0,00%)

Tabelle 16: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – CHE

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse (Grundgesamtheit)	Begründung der Bewertung		
			Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	Sonstiges (qualitativ auffällig)
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	57	1 / 57 (1,75%)	3 / 57 (5,26%)	2 / 57 (3,51%)
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	79	0 / 79 (0,00%)	3 / 79 (3,80%)	0 / 79 (0,00%)
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	60	0 / 60 (0,00%)	3 / 60 (5,00%)	1 / 60 (1,67%)
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	71	0 / 71 (0,00%)	3 / 71 (4,23%)	0 / 71 (0,00%)
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	60	0 / 60 (0,00%)	0 / 60 (0,00%)	0 / 60 (0,00%)
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	71	1 / 71 (1,41%)	0 / 71 (0,00%)	1 / 71 (1,41%)
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	77	2 / 77 (2,60%)	3 / 77 (3,90%)	0 / 77 (0,00%)

Tabelle 17: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – CHE

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	A71	Aufgrund der vorliegenden Stellungnahme ergaben sich Hinweise auf die Notwendigkeit von Struktur- und Prozessverbesserungen. (1x berichtet)
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	A72	Trotz wiederholter Aufforderung und Erinnerungsschreiben zum Stellungnahmeverfahren ist für diesen Qualitätsindikator bzw. diese Kennzahl keine Stellungnahme eingegangen. (1x berichtet)
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	A99	Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten durch das IQTIG, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarrieren nicht möglich. Die Fachkommission sieht dennoch die Entlassung mit einem erhöhten Billirubinwert in einem Fall als kritisch und bittet dahingehend die Prozesse zu überprüfen. (1x berichtet) Die Fachkommission fürchtet Struktur- und Prozessmängel. Bewertung des Indikators, Einleitung Maßnahmenstufe 1. (1x berichtet)
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	A72	Trotz wiederholter Aufforderung und Erinnerungsschreiben zum Stellungnahmeverfahren ist für diesen Qualitätsindikator bzw. diese Kennzahl keine Stellungnahme eingegangen. (1x berichtet)
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	A72	Trotz wiederholter Aufforderung und Erinnerungsschreiben zum Stellungnahmeverfahren ist für diesen Qualitätsindikator bzw. diese Kennzahl keine Stellungnahme eingegangen. (1x berichtet)
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	A99	Postoperativ oberflächige Wundinfektion, KH leitet bereits Maßnahmen ein. (1x berichtet)
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	A72	Trotz wiederholter Aufforderung und Erinnerungsschreiben zum Stellungnahmeverfahren ist für diesen Qualitätsindikator bzw. diese Kennzahl keine Stellungnahme eingegangen. (1x berichtet)

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	A71	Die Fachkommission kann der Argumentation der Einrichtung nicht folgen. Sie spiegelt die fachliche Begründung im Kommentar zur Bewertung zurück und wird das Ergebnis des Indikators im Folgejahr besonders beobachten. (1x berichtet)
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	A99	Die Fachkommission fürchtet Struktur- und Prozessmängel. Bewertung des Indikators, Einleitung Maßnahmenstufe 1. (1x berichtet)
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	A71	Die Fachkommission kann der Argumentation der Einrichtung nicht folgen. Sie spiegelt die fachliche Begründung im Kommentar zur Bewertung zurück und wird das Ergebnis des Indikators im Folgejahr besonders beobachten. (1x berichtet) Hinweise auf Prozessmängel wird bestätigt, Maßnahmenstufe 1 (1x berichtet)

Tabelle 18: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – CHE

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse (Grundgesamtheit)	Begründung der Bewertung			
			Besondere klinische Situation	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	57	1 / 57 (1,75%)	22 / 57 (38,60%)	3 / 57 (5,26%)	6 / 57 (10,53%)
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	79	1 / 79 (1,27%)	12 / 79 (15,19%)	5 / 79 (6,33%)	8 / 79 (10,13%)

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse (Grundgesamtheit)	Begründung der Bewertung			
			Besondere klinische Situation	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	60	1 / 60 (1,67%)	8 / 60 (13,33%)	10 / 60 (16,67%)	5 / 60 (8,33%)
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	71	6 / 71 (8,45%)	20 / 71 (28,17%)	3 / 71 (4,23%)	6 / 71 (8,45%)
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	60	3 / 60 (5,00%)	21 / 60 (35,00%)	2 / 60 (3,33%)	6 / 60 (10,00%)
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	71	0 / 71 (0,00%)	6 / 71 (8,45%)	1 / 71 (1,41%)	2 / 71 (2,82%)
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	77	2 / 77 (2,60%)	19 / 77 (24,68%)	2 / 77 (2,60%)	8 / 77 (10,39%)

Tabelle 19: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – CHE

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	U61	herzchirurgisches Patientengut (1x berichtet)

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	U99	<p>Aus Sicht der Fachkommission bestehen aufgrund der Rückmeldungen der Leistungserbringer im Stellungnahmeverfahren erhebliche Zweifel an der korrekten Auswertung der sozialdatenbasierten Indikatoren. Dies betrifft insbesondere die Zurechenbarkeit von Ergebnissen zu den erbrachten Leistungen. (2x berichtet)</p> <p>Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass in einem Fall eine Zystikusstumpfsuffizienz bzw. ein akzessorischer Gallengang und keine Gallenwegsverletzung vorlag. Bezüglich der angesprochenen Clipsetzung bittet die Fachkommission um Überprüfung der verwendeten Clips und um Schulung der Mitarbeiter hinsichtlich der Vorgehensweise. (1x berichtet)</p> <p>Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass in einem Fall keine Gallenwegsverletzung, sondern ein akzessorischer Gallengang vorlag. Bei den übrigen drei Fällen wird die Häufung der Gallengangsverletzung seitens der Fachkommission kritisch gesehen. Die Klinik hat bereits Maßnahmen zur Verbesserung des Qualitätsziels umgesetzt, sodass im ersten Halbjahr 2022 keine gallengangsbedingten Komplikationen mehr aufgetreten sind. Ebenso wird von der Fachkommission anerkannt, dass entsprechende Fälle im Rahmen einer M&M-Konferenz aufgearbeitet werden. (1x berichtet)</p> <p>Mit dem Leistungserbringer wurde ein Gespräch zum kollegialen Austausch durchgeführt. Im Rahmen des Gespräches wurden die entsprechenden Fälle besprochen und vereinbart, hausintern eine SOP für Cholezystektomien zu erarbeiten, in der das Vorgehen bei intraoperativer Cholangiografien und das intraoperative 4-Augenprinzip festgelegt wird. Zudem soll schriftlich festgelegt werden, dass Fälle mit operationsbedingten Gallenwegskomplikationen im Rahmen von M&M-Konferenzen aufgearbeitet werden sollen, um Verletzungen im Rahmen von Cholezystektomien vorzubeugen. Ebenso sollen regelmäßig interne Fortbildungen durchgeführt und ein verstärktes Augenmerk auf eine korrekte Kodierung gelegt werden. Die Vertreter der Fachkommission kommen zu dem Schluss, dass die besprochenen Maßnahmen zielführend sind, um eine Verbesserung des Qualitätsziels zu erreichen. (1x berichtet)</p> <p>das aufgegriffene Ereignis ist keine Komplikation der Operation (1x berichtet)</p>
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	U61	herzchirurgisches Patientengut (1x berichtet)
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	U99	5 der auffälligen Vorgangsnummern mit tatsächlichen Reinterventionen, die plausibel erläutert wurden. Zu den übrigen Fällen ist eine weitere Analyse ohne Informationen zu den Folgeeingriffen nicht möglich (1x berichtet)

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
			<p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten durch das IQTIG, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarrerien nicht möglich. Die auffälligen Vorgänge, die trotz fehlender Follow-up-Datensätze Ihrerseits nachvollzogen und plausibel geschildert werden konnten, wurden von der Fachkommission als qualitativ unauffällig eingestuft. (1x berichtet)</p> <p>Aus Sicht der Fachkommission bestehen aufgrund der Rückmeldungen der Leistungserbringer im Stellungnahmeverfahren erhebliche Zweifel an der korrekten Auswertung der sozialdatenbasierten Indikatoren. Dies betrifft insbesondere die Zurechenbarkeit von Ergebnissen zu den erbrachten Leistungen. (3x berichtet)</p> <p>Die geschilderten Epikrisen sind plausibel, ohne die fehlenden Informationen zu den Folgeeingriffen kann nicht weiter analysiert werden, ob es tatsächlich zu allen auffälligen Vorgangsnummern Reinterventionen gab. (1x berichtet)</p> <p>in 5 der 28 auffälligen Vorgangsnummern fand tatsächlich eine Reintervention nach CHE (Cholezystektomie) (Cholezystektomie) statt, hierzu plausible Epikrisen, ohne detailliertere Informationen zu den Folgeeingriffen ist eine weitere Analyse nicht möglich (1x berichtet)</p> <p>nur in einem Fall wurde eine Reintervention wegen postoperativer Blutung durchgeführt. Zu den übrigen Fällen ist keine Reintervention dokumentiert. Ohne detaillierte Angaben zu den Folgeeingriffen ist eine weitere Analyse nicht möglich. (1x berichtet)</p>
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	U61	Zweiter Fall müsste in den QI 58003, ggf. wäre der LE dann nicht auffällig geworden. (1x berichtet)
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	U99	<p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten durch das IQTIG, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarrerien nicht möglich. (1x berichtet)</p> <p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten durch das IQTIG, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarrerien nicht möglich. Die auffälligen Vorgänge, die trotz fehlender Follow-up-Datensätze Ihrerseits nachvollzogen und plausibel geschildert werden konnten, wurden von der Fachkommission als qualitativ unauffällig eingestuft. (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
			<p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten durch das IQTIG, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarrerien nicht möglich. Die auffälligen Vorgänge, die trotz fehlender Follow-up-Datensätze nachvollzogen und plausibel geschildert werden konnten, wurden von der Fachkommission als unauffällig eingestuft. (1x berichtet)</p> <p>Aus Sicht der Fachkommission bestehen aufgrund der Rückmeldungen der Leistungserbringer im Stellungnahmeverfahren erhebliche Zweifel an der korrekten Auswertung der sozialdatenbasierten Indikatoren. Dies betrifft insbesondere die Zurechenbarkeit von Ergebnissen zu den erbrachten Leistungen. (2x berichtet)</p>
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	U61	<p>Stattgehabte kardiale Intervention mit Notwendigkeit einer Vollheparinisierung voroperativ als Folge einer Cholezystektomie unter Vollantikoagulation. Blutungskomplikation in Folge der indizierten medizinischen Indikation nachvollziehbar. (1x berichtet)</p> <p>Transfusionen wurden in 4 von 6 Fällen aus anderen Gründen verabreicht (1x berichtet)</p> <p>Transfusionen wurden in 6 von 10 Fällen aus anderen Gründen verabreicht (1x berichtet)</p> <p>Transfusionen wurden in 8 von 9 Fällen aus anderen Gründen verabreicht (1x berichtet)</p> <p>Vorliegende systemische Infektionserkrankung mit gestörter Gerinnung bzw. notwendige Vollantikoagulation. (1x berichtet)</p> <p>herzchirurgisches Patientengut (1x berichtet)</p>
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	U62	<p>Die Transfusionsgabe erfolgt aufgrund des hochkomplexen Krankheitsbildes während des stationären Aufenthaltes und nicht als Folge der Cholezystektomie. (1x berichtet)</p> <p>In einem Fall von den 5 relevanten Vorgangs-Nummern ist die Blutung innerhalb von 30 d für den Leistungserbringer wegen fehlender Sozialdateninformationen nicht nachvollziehbar. (1x berichtet)</p> <p>Transfusion teilweise im Rahmen der Sepsis bei akuter/gangränöser Cholezystitis, d. h., der Erkrankung, welche die Indikation zur Cholezystektomie darstellte, was einer fehlerhaften Abbildung der Kausalität in dem QI-Ergebnis entspricht. Interventionsbedürftige Blutung war in 1 der 5 Fälle wegen fehlender Informationen aus den Sozialdaten für den Leistungserbringer nicht nachvollziehbar. (1x berichtet)</p>
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	U99	<p>Aus Sicht der Fachkommission bestehen aufgrund der Rückmeldungen der Leistungserbringer im Stellungnahmeverfahren erhebliche Zweifel an der korrekten Auswertung der sozialdatenbasierten Indikatoren. Dies betrifft insbesondere die Zurechenbarkeit von Ergebnissen zu den erbrachten Leistungen. (2x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
			<p>Besondere klinische Situation. (1x berichtet)</p> <p>Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (verzelte Dokumentationsprobleme). In einem vorgestellten Fall lag eine besondere klinische Situation vor. (1x berichtet)</p> <p>Durch die erfolgte Personalveränderung wurde bereits eine Veränderung durch die Klinik herbei geführt (1x berichtet)</p> <p>nur zu einem Teil der auffälligen Vorgangsnummern konnten Blutungskomplikationen zugeordnet werden. Ohne Detailinformationen zu den sozialdatenbasierten Rechenergebnissen ist die weitere Analyse der übrigen Fälle nicht möglich. (1x berichtet)</p>
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	U61	<p>Erschwerte und prolongierte präoperative Diagnostik in Folge von Multimorbidität. Erste Maßnahmen seitens der Einrichtung wurden bereits eingeleitet. (1x berichtet)</p> <p>Primäre Operation bei rupturiertem Aortenaneurysma und postoperativem Multiorganversagen. Cholezystektomie unter Intensivpflichtigkeit in Folge der oben genannten Operation. (1x berichtet)</p> <p>herzchirurgisches Patientengut (1x berichtet)</p>
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	U99	<p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten durch das IQTIG, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarriere in einem Fall nicht möglich. Die auffälligen Vorgänge, die trotz fehlender Follow-up-Datensätze Ihrerseits nachvollzogen und plausibel geschildert werden konnten, wurden von der Fachkommission als qualitativ unauffällig eingestuft. (1x berichtet)</p> <p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten durch das IQTIG, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarrieren nicht möglich. Die auffälligen Vorgänge, die trotz fehlender Follow-up-Datensätze Ihrerseits nachvollzogen und plausibel geschildert werden konnten, wurden von der Fachkommission als qualitativ unauffällig eingestuft. (1x berichtet)</p> <p>Aus Sicht der Fachkommission bestehen aufgrund der Rückmeldungen der Leistungserbringer im Stellungnahmeverfahren erhebliche Zweifel an der korrekten Auswertung der sozialdatenbasierten Indikatoren. Dies betrifft insbesondere die Zurechenbarkeit von Ergebnissen zu den erbrachten Leistungen. (4x berichtet)</p>
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	U62	<p>Ein Fall ist als qualitativ unauffällig zu werten. Bei weiteren 4 von 5 Fällen stehen die Komplikationen (gem. Rechenregeln) nicht im Zusammenhang zur Cholezystektomie, sondern sind auf andere interkurrente Erkrankungen zurückzuführen. Dies ist auch durch die Fachkommission anhand der Fallanalysen zu bestätigen. (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	U99	Aus Sicht der Fachkommission bestehen aufgrund der Rückmeldungen der Leistungserbringer im Stellungnahmeverfahren erhebliche Zweifel an der korrekten Auswertung der sozialdatenbasierten Indikatoren. Dies betrifft insbesondere die Zurechenbarkeit von Ergebnissen zu den erbrachten Leistungen. (2x berichtet)
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	U61	Fall1: postoperative obere GI-Blutung und akute gangränöse Cholecystitis mit Sepsis. Der Pat. erholte sich nicht aus dem aus der Sepsis resultierenden Rechtsherzversagen, so dass im Einvernehmen mit den Angehörigen die Therapie eingestellt wurde. Fall2: akute gangränöse Cholecystitis -> CHE, im Verlauf mesenteriale Ischämien, ilacomesenterialer Bypass, zunehmendes Multiorganversagen, Therapieeinstellung. (1x berichtet) herzchirurgisches Patientengut (1x berichtet)
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	U62	Die Sterblichkeit innerhalb von 90 d war in 4 von 10 Fällen wegen fehlender Informationen aus den Sozialdaten für den Leistungserbringer nicht nachvollziehbar. Bei 6 von den 10 Fällen war ein kausaler Zusammenhang zur Cholezystektomie nicht feststellbar (Tod auf Grund einer akuten neurologischen Erkrankung, bei Peritonealdialyse-Katheter-Sepsis oder Sepsis bei akuter, perforierter Cholezystitis oder anderen interkurrenten Erkrankungen). (1x berichtet)
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	U99	Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten durch das IQTIG, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarrerien nicht möglich. Die auffälligen Vorgänge, die trotz fehlender Follow-up-Datensätze Ihrerseits nachvollzogen und plausibel geschildert werden konnten, wurden von der Fachkommission als qualitativ unauffällig eingestuft. (1x berichtet) Aus Sicht der Fachkommission bestehen aufgrund der Rückmeldungen der Leistungserbringer im Stellungnahmeverfahren erhebliche Zweifel an der korrekten Auswertung der sozialdatenbasierten Indikatoren. Dies betrifft insbesondere die Zurechenbarkeit von Ergebnissen zu den erbrachten Leistungen. (5x berichtet) Besondere klinische Situation. (1x berichtet) ein ursächlicher Zusammenhang mit der CHE (Cholezystektomie) ist nicht wahrscheinlich (1x berichtet)

Tabelle 20: Qualitätsindikatoren: Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – CHE

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Unvollständige oder falsche Dokumentation	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	57	1 / 57 (1,75%)	0 / 57 (0,0%)	8 / 57 (14,04%)
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	79	4 / 79 (5,06%)	0 / 79 (0,0%)	15 / 79 (18,99%)
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	60	0 / 60 (0,00%)	0 / 60 (0,0%)	12 / 60 (20,00%)
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	71	1 / 71 (1,41%)	0 / 71 (0,0%)	8 / 71 (11,27%)
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	60	0 / 60 (0,00%)	0 / 60 (0,0%)	8 / 60 (13,33%)
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	71	0 / 71 (0,00%)	0 / 71 (0,0%)	13 / 71 (18,31%)
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	77	0 / 77 (0,00%)	1 / 77 (1,3%)	8 / 77 (10,39%)

Tabelle 21: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – CHE

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	D80 / S80	Es handelt sich um eine falsche Kodierung. Es handelt sich um eine Cholezystektomie im Rahmen einer Laparotomie und damit wäre der Indikator nicht ausgelöst worden. (1x berichtet)
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	S99	<p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten durch das IQTIG, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarrerien nicht möglich. (4x berichtet)</p> <p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten durch das IQTIG, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarrerien nicht möglich. (1x berichtet)</p> <p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarrerie nicht möglich (1x berichtet)</p> <p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarrerie nicht möglich. (1x berichtet)</p> <p>Einzelfall und Fall mit weiterer Reevaluation (1x berichtet)</p>
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	S99	<p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten durch das IQTIG, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarrerien nicht möglich. (1x berichtet)</p> <p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten durch das IQTIG, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarrerien nicht möglich. (2x berichtet)</p> <p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarrerie nicht möglich. (1x berichtet)</p> <p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up-Datensätzen mit den Rückmeldeberichten, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarrerie nicht möglich (1x berichtet)</p> <p>Bei den relevanten 2 Vorgangsnummern war für den Leistungserbringer kein Zusammenhang zwischen den zur rechnerischen Auffälligkeit führenden Komplikationen gem. Rechenregeln zur Cholezystektomie herzustellen bei fehlenden Angaben aus den Sozialdaten. (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
			<p>Bei den relevanten Vorgangsnummern war für den Leistungserbringer kein Zusammenhang zwischen den zur rechnerischen Auffälligkeit führenden Komplikationen (gem. Rechenregeln) zur Cholezystektomie herzustellen. Vielmehr waren diese auf interkurrente Erkrankungen zurückzuführen. Dies ist auch durch die Fachkommission anhand der Fallanalysen zu bestätigen. (1x berichtet)</p> <p>In dem Fall handelt es sich um eine Simultancholezystektomie, während eines anderen Akuteingriffs (rupturiertes Aortenaneurysma). (1x berichtet)</p>
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	S99	<p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten durch das IQTIG, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarrieren nicht möglich. (2x berichtet)</p> <p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten durch das IQTIG, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarrieren nicht möglich. (1x berichtet)</p> <p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarriere nicht möglich. (3x berichtet)</p> <p>Aufgrund nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehender Informationen der nachfolgenden Behandlung ist ihr eine fachliche Bewertung zu diesem Item nicht möglich. (1x berichtet)</p> <p>Aufgrund nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehender Informationen der sich an den stationären Aufenthalt anschließenden Behandlung ist eine fachliche Bewertung zu diesem Item nicht möglich. (1x berichtet)</p> <p>Bei den 5 relevanten Vorgangsnummern war die in der IQTIG-Auswertung zugeordnete Infektion in einem Fall nicht auf die Cholezystektomie, sondern eine andere, interkurrente Erkrankung oder Operation in einer anderen Körperregion zurückzuführen. In 4 weiteren Fällen stellte sich bereits präoperativ bestehende und sich intraoperativ zu bestätigende, perforierte Cholezystitis mit Peritonitis die Indikation für die Cholezystektomie dar. Die Darstellung der Infektion in diesem QI ist deshalb nicht als eingriffsspezifisch zu betrachten, sondern im Zusammenhang mit dem präoperativen Ausgangsbefund. Da methodische Vorgehen des Leistungserbringers wurde durch die Fachkommission als korrekt bewertet. (1x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission bittet um interne Aufarbeitung der beiden Dünndarmperforationen. (1x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission verweist auf die Ausfüllhinweise des IQTIGs bezüglich der Dokumentation einer vor der Cholezystektomie bestehenden Peritonitis im QS-Bogen. (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
			Nicht beurteilbar, da die Wunden von dem LE als reizlos beschrieben wurden. (1x berichtet)
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	D80 / S80	Bei keinem der relevanten 15 Fälle war für den Leistungserbringer anhand der eigenen Unterlagen eine cholezystektomiebedingte interventionspflichtige Blutung innerhalb von 30 Tagen nachvollziehbar bei fehlenden weiteren Angaben aus den Sozialdaten. Grund für die rechnerische Auffälligkeit war nach den vorläufigen endgültigen Rechenregeln die ICD-10-Nr. T 81.1. in allen relevanten Fällen. Möglicherweise liegt hier eine zu klärende Kodierproblematik von ICD-10-Nr. T 81.1 zugrunde. (1x berichtet)
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	S99	<p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten durch das IQTIG, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarrerien nicht möglich. (1x berichtet)</p> <p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten durch das IQTIG, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarrerien nicht möglich. Kodierproblematik bereits erkannt. (1x berichtet)</p> <p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarrerie nicht möglich. (1x berichtet)</p> <p>Bei den relevanten 4 Vorgangsnummern erfolgte in 3 Fällen innerhalb des Beobachtungszeitraumes die Gabe von Blutprodukten bei bereits vor der Cholezystektomie bestehender Anämie auf Grund einer Sepsis unterschiedlicher Genese oder einer zurückliegenden anderen Operation (= unkorrekte Abbildung der Kausalität). Dies ist auch durch die Fachkommission anhand der Fallanalysen zu bestätigen. (1x berichtet)</p> <p>Bei keinem der relevanten 15 Fälle war für den Leistungserbringer anhand der eigenen Unterlagen eine cholezystektomiebedingte interventionspflichtige Blutung innerhalb von 30 Tagen nachvollziehbar bei fehlenden weiteren Angaben aus den Sozialdaten. Grund für die rechnerische Auffälligkeit war nach den vorläufigen endgültigen Rechenregeln die ICD-10-Nr. T 81.1. in allen relevanten Fällen. Möglicherweise liegt hier eine zu klärende Kodierproblematik von ICD-10-Nr. T 81.1 zugrunde. (1x berichtet)</p> <p>Bluttransfusionen erfolgten bei präoperativer Anämie der multimorbiden Patienten oder bei interkurrenten Erkrankungen. Die Kausalität wurde folglich in der IQTIG-Auswertung nicht korrekt abgebildet. (1x berichtet)</p> <p>Für den Leistungserbringer waren entweder die interventionspflichtigen Blutungen auf Grund fehlender Zusatzinformationen aus den Sozialdaten nicht nachvollziehbar bzw. erfolgten die Bluttransfusionen nicht wegen Blutungen, die auf die Cholezystektomie, sondern auf andere interkurrente Erkrankungen zurückzuführen waren. In 18 von 27 Fällen wurde die ICD-10-Nr. durch</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewer- tung	Freitext
			<p>den Leistungserbringer kodiert. Möglicherweise liegt hier eine zu klärende Kodierproblematik von ICD-10-Nr. T 81.1 zugrunde. (1x berichtet)</p> <p>Interventionsbedürftige Blutungen waren in 2 der 3 Fälle wegen fehlender Informationen aus den Sozialdaten für den Leistungserbringer nicht nachvollziehbar. In einem Fall erfolgte die Transfusion im Rahmen der Sepsis bei gangränöser Cholezystitis, d.h., der Erkrankung, welche die Indikation zur Cholezystektomie darstellte, was einer fehlerhaften Abbildung der Kausalität in dem QI-Ergebnis entspricht. (1x berichtet)</p>
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	D80 / S80	Die Auffälligkeit resultiert aus der Kodierung der Drainage. Die Fachkommission bittet gemäß der Kodierrichtlinien für Prozeduren daher explizit darum, den Kode 5-549.5 nicht zusätzlich zum Primäreingriff zu kodieren. (1x berichtet)
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	S99	<p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten durch das IQTIG, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarrerien nicht möglich. (2x berichtet)</p> <p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten durch das IQTIG, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarrerien nicht möglich. (1x berichtet)</p> <p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten durch das IQTIG, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarrerien nicht möglich. Darüberhinaus werden einige zum Primäreingriff gleichzeitig stattfindende Eingriffe bzw. kodierte OPS-Schlüssel (5-541.1) derzeit in dem QI 58001 als Reintervention gewertet. (1x berichtet)</p> <p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten durch das IQTIG, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarrerien nicht möglich. Die Auffälligkeit resultiert in einigen Fällen aus der Kodierung der Drainage. Die Fachkommission bittet gemäß der Kodierrichtlinien für Prozeduren daher explizit darum, den Kode 5-549.5 nicht zusätzlich zum Primäreingriff zu kodieren. (1x berichtet)</p> <p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten durch das IQTIG, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarrerien nicht möglich. Die Fachkommission bittet künftig um eine korrekte Dokumentation/Kodierung. Simultancholezystektomien während eines Eingriffs aus anderen Gründen lösen, unter der Voraussetzung der korrekten Kodierung des entsprechenden OPS-Schlüssels, keinen QS-Bogen aus und sind damit nicht dokumentationspflichtig. (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewer- tung	Freitext
			<p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten durch das IQTIG, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarrieren nicht möglich. Nicht kodierte Simultancholezystektomien sind teilweise für die Auffälligkeit verantwortlich. (2x berichtet)</p> <p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up-Datensätzen mit den Rückmeldeberichten, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarriere nicht möglich (1x berichtet)</p> <p>Aufgrund nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehender Informationen des Folgeeingriffs ist eine fachliche Bewertung zu diesem Item nicht möglich. (1x berichtet)</p> <p>In einigen Fällen sind Kodierproblematiken für die Auffälligkeiten verantwortlich. Zum einen erfolgten fehlerhafte Kodierungen von Simultancholezystektomien. Zum anderen geht die Fachkommission von einer nicht erforderlichen Zusatzkodierung des OPS-Kodes 5-549.5% (Drainage) während des Indexeingriffes aus, welche jedoch im QI 58001 als Reintervention gewertet wird. Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten durch das IQTIG, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarrieren nicht möglich. (1x berichtet)</p> <p>KH in Summe aufgrund der Datenlage nicht bewertbar (fehlende Informationen aus Sozialdaten) (1x berichtet)</p> <p>Komplikationen sind schlüssig erläutert / KH in Summe aber aufgrund der Datenlage nicht bewertbar (fehlende Informationen aus Sozialdaten) (1x berichtet)</p> <p>„Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten ist eine Beurteilung nicht möglich“. Die FK CHE stellt fest, dass die Datenlage zur Beurteilung der Stellungnahmen völlig unzureichend ist. Die Fachkommission ist gerne bereit, die Stellungnahmen zu bewerten, wenn alle notwendigen Daten zur Beurteilung des Sachverhalts seitens des IQTIG sowohl der FK aber auch den Leistungserbringern rechtzeitig zur Verfügung gestellt werden. (1x berichtet)</p> <p>„Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten ist eine Beurteilung nicht möglich“. Die FK CHE stellt fest, dass die Datenlage zur Beurteilung der Stellungnahmen völlig unzureichend ist. Die Fachkommission ist gerne bereit, die Stellungnahmen zu bewerten, wenn alle notwendigen Daten zur Beurteilung des Sachverhalts seitens des IQTIG sowohl der FK aber auch den Leistungserbringern zur Verfügung gestellt werden. (1x berichtet)</p>
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	S99	<p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten durch das IQTIG, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarrieren nicht möglich. (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewer- tung	Freitext
			<p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarriere nicht möglich (3x berichtet)</p> <p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarriere nicht möglich. (5x berichtet)</p> <p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up-Datensätzen mit den Rückmeldeberichten, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarriere nicht möglich (1x berichtet)</p> <p>Bei dem einen relevanten Fall führte lt. vorläufiger endgültiger Rechenregeln die ICD-10-Nr. T 81.8 „Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert“ zur rechnerischen Auffälligkeit in diesem Indikator. Nach der Stellungnahme des Leistungserbringers handelte es sich um die Kodierung postoperativer Schmerzen, die medikamentös über wenige Tage behandelt wurden. Hinweise auf andere Komplikationen lagen wegen fehlender Informationen aus den Sozialdaten dem Leistungserbringer nicht vor. (1x berichtet)</p> <p>„Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten ist eine Beurteilung nicht möglich“. Die FK CHE stellt fest, dass die Datenlage zur Beurteilung der Stellungnahmen völlig unzureichend ist. Die Fachkommission ist gerne bereit, die Stellungnahmen zu bewerten, wenn alle notwendigen Daten zur Beurteilung des Sachverhalts seitens des IQTIG sowohl der FK aber auch den Leistungserbringern rechtzeitig zur Verfügung gestellt werden. (1x berichtet)</p> <p>„Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten ist eine Beurteilung nicht möglich“. Die FK CHE stellt fest, dass die Datenlage zur Beurteilung der Stellungnahmen völlig unzureichend ist. Die Fachkommission ist gerne bereit, die Stellungnahmen zu bewerten, wenn alle notwendigen Daten zur Beurteilung des Sachverhalts seitens des IQTIG sowohl der FK aber auch den Leistungserbringern zur Verfügung gestellt werden. (1x berichtet)</p>
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	S99	<p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten durch das IQTIG, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarrieren nicht möglich. (2x berichtet)</p> <p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten durch das IQTIG, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarrieren nicht möglich. (1x berichtet)</p> <p>Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkarriere nicht möglich (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewer- tung	Freitext
			Aufgrund fehlender Bereitstellung von Follow-up Datensätzen mit den Rückmeldeberichten, ist eine vollständige Beurteilung der Patientenkariere nicht möglich. (4x berichtet)

Tabelle 22: Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – CHE

ID	Indikatorbezeichnung	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
		bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälli- gen Ergebnissen	
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	1 / 6 (16,67%)	1 / 42 (2,38%)	5 / 6 (83,33%)
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	1 / 3 (33,33%)	0 / 45 (0,00%)	2 / 3 (66,67%)
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	0 / 4 (0,00%)	0 / 39 (0,00%)	4 / 4 (100,00%)
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	0 / 3 (0,00%)	0 / 45 (0,00%)	3 / 3 (100,00%)
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	0 / - (-)	0 / 45 (0,00%)	0 / - (-)
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	1 / 2 (50,00%)	0 / 24 (0,00%)	1 / 2 (50,00%)
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	2 / 5 (40,00%)	0 / 40 (0,00%)	3 / 5 (60,00%)

Tabelle 23: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Bayern	180	95 / 1.227 (7,74 %)	71 / 95 (74,74 %)	7 / 95 (7,37 %)	7 / 71 (9,86 %)
Brandenburg	42	16 / 280 (5,71 %)	16 / 16 (100,00 %)	2 / 16 (12,50 %)	2 / 16 (12,50 %)
Berlin	68	40 / 372 (10,75 %)	38 / 40 (95,00 %)	1 / 40 (2,50 %)	1 / 38 (2,63 %)
Baden-Württemberg	114	47 / 770 (6,10 %)	26 / 47 (55,32 %)	2 / 47 (4,26 %)	2 / 26 (7,69 %)
Bremen	17	3 / 88 (3,41 %)	3 / 3 (100,00 %)	2 / 3 (66,67 %)	2 / 3 (66,67 %)
Hessen	82	11 / 568 (1,94 %)	11 / 11 (100,00 %)	0 / 11 (0,00 %)	0 / 11 (0,00 %)
Hamburg	25	11 / 171 (6,43 %)	7 / 11 (63,64 %)	0 / 11 (0,00 %)	0 / 7 (0,00 %)
Mecklenburg-Vorpommern	30	11 / 206 (5,34 %)	3 / 11 (27,27 %)	0 / 11 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)
Niedersachsen	101	27 / 703 (3,84 %)	27 / 27 (100,00 %)	4 / 27 (14,81 %)	4 / 27 (14,81 %)
Nordrhein-Westfalen	268	114 / 1.832 (6,22 %)	41 / 114 (35,96 %)	2 / 114 (1,75 %)	2 / 41 (4,88 %)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Rheinland-Pfalz	65	20 / 444 (4,50 %)	20 / 20 (100,00 %)	0 / 20 (0,00 %)	0 / 20 (0,00 %)
Schleswig-Holstein	35	11 / 237 (4,64 %)	6 / 11 (54,55 %)	0 / 11 (0,00 %)	0 / 6 (0,00 %)
Saarland	15	7 / 105 (6,67 %)	7 / 7 (100,00 %)	2 / 7 (28,57 %)	2 / 7 (28,57 %)
Sachsen	64	24 / 439 (5,47 %)	24 / 24 (100,00 %)	1 / 24 (4,17 %)	1 / 24 (4,17 %)
Sachsen-Anhalt	54	14 / 309 (4,53 %)	14 / 14 (100,00 %)	0 / 14 (0,00 %)	0 / 14 (0,00 %)
Thüringen	34	26 / 226 (11,50 %)	26 / 26 (100,00 %)	0 / 26 (0,00 %)	0 / 26 (0,00 %)
Gesamt	1.194	477 / 7.977 (5,98 %)	340 / 477 (71,28 %)	23 / 477 (4,82 %)	23 / 340 (6,76 %)

Tabelle 24: Qualitätsindikatoren: Art der Maßnahme in Maßnahmenstufe 1 (AJ 2021 und 2022) – CHE

ID	Indikatorbezeichnung	AJ	Initiierung Maßnahmenstufe 1*						
			Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	sonstige Maßnahmen
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	gesamt	1	1	1	0	0	1	1
		davon aus AJ 2021	0	0	0	0	0	0	0
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	gesamt	0	0	0	0	0	0	1
		davon aus AJ 2021	0	0	0	0	0	0	0
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	gesamt	0	0	0	0	0	0	0
		davon aus AJ 2021	0	0	0	0	0	0	0
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	gesamt	0	0	0	0	0	0	0
		davon aus AJ 2021	0	0	0	0	0	0	0
58004		gesamt	0	0	0	0	0	0	0

ID	Indikatorbezeichnung	AJ	Initiierung Maßnahmenstufe 1*						
			Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	sonstige Maßnahmen
	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	davon aus AJ 2021	0	0	0	0	0	0	0
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	gesamt	1	1	1	0	0	1	0
		davon aus AJ 2021	0	0	0	0	0	0	0
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	gesamt	0	0	0	0	0	0	2
		davon aus AJ 2021	0	0	0	0	0	0	0

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

Cholezystektomie

Erfassungsjahre 2021 und 2022

Veröffentlichungsdatum: 20. Oktober 2023

Impressum

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

verfahrensupport@iqtig.org
<https://www.iqtig.org/>

Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht.....	5
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022.....	7
Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2022.....	8
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021.....	9
Einleitung.....	10
Datengrundlagen.....	12
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten.....	12
Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen.....	15
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen.....	16
58000: Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen.....	16
Details zu den Ergebnissen.....	19
58004: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen.....	20
Details zu den Ergebnissen.....	23
58002: Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen.....	24
Details zu den Ergebnissen.....	27
58003: Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen.....	28
Details zu den Ergebnissen.....	31
58001: Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen.....	32
Details zu den Ergebnissen.....	35
58005: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres.....	36
Details zu den Ergebnissen.....	39
58006: Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen.....	40
Details zu den Ergebnissen.....	43
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien.....	44
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	44
852204: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation.....	44
852202: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	46
852203: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS).....	48

Basisauswertung.....	50
QS Dokumentation.....	50
Erfassungsjahr 2021.....	50
Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten.....	50
Aufnahme und Entlassung.....	51
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus.....	51
Patient.....	52
Diagnosen während des stationären Indexaufenthaltes.....	53
Operation / Prozedur.....	55
Entlassung.....	58
Sozialdaten.....	59
Erfassungsjahr 2022.....	59
30 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2022.....	59
Diagnosen.....	59
Operation / Prozedur.....	61
Erfassungsjahr 2021.....	62
Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten.....	62
Mortalität.....	62
Folgeaufenthalte.....	63
90 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2021.....	63
Diagnosen.....	63
Operation / Prozedur.....	64
365 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2021.....	64
Diagnosen.....	64
Operation / Prozedur.....	65

Ergebnisübersicht

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

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von mehreren Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.
- Sogenannte Follow-up-Indikatoren, sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren, werden zeitlich verzögert berichtet. Dies ist abhängig vom Nachbeobachtungszeitraum, der für das Verfahren CHE bei bis zu einem Jahr liegt. Zudem können die Sozialdaten bei den Krankenkassen nur mit Zeitverzug bereitgestellt und ausgewertet werden. Deshalb werden die nachfolgenden Tabellen getrennt nach Jahr des jeweiligen Indexeingriffes aufgeführt:
 - nach Follow-up-Indikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2022 sowie
 - nach Follow-up-Indikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2021
- Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse finden Sie im Kapitel „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.
- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren CHE finden Sie auf der Webseite des IQTIG

unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-che/>. Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	≤ 3,20 (95. Perzentil)	0,95 1.194 / 1.262,41 N = 149.314	0,89 - 1,00
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,60 (95. Perzentil)	0,98 1.624 / 1.663,97 N = 149.314	0,93 - 1,02
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,59 (95. Perzentil)	0,88 1.673 / 1.906,65 N = 149.314	0,84 - 0,92
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,21 (95. Perzentil)	0,95 3.563 / 3.757,46 N = 149.314	0,92 - 0,98

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2022

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden. Zum einen prüfen die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft. Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit				
852204	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,84 % 150.101 / 148.848	0,26 % 3 / 1.142
852202	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,84 % 150.101 / 148.848	0,88 % 10 / 1.142
852203	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,02 % 35 / 148.848	0,00 % 0 / 1.142

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

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	≤ 2,20 (95. Perzentil)	1,00 7.036 / 7.029,60 N = 149.171	0,98 - 1,02
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	≤ 2,54 (95. Perzentil)	1,00 2.912 / 2.918,32 N = 149.171	0,96 - 1,03
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	≤ 2,22 (95. Perzentil)	1,00 3.394 / 3.382,63 N = 149.171	0,97 - 1,04

Einleitung

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

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

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

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

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

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

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

Die QS-Dokumentationsdaten werden jährlich von den Leistungserbringern dokumentiert und

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

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

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

- für Qualitätsindikatoren mit Follow-up-Intervallen von 90 und 365 Tagen (QI-ID 58001, 58005, 58006): Auswertung im zweiten Jahr nach dem Indexeingriff
- für Qualitätsindikatoren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:

- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik
- eingegangene Sozialdaten durch die Krankenkassen

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollständigkeit auf Leistungserbringer-/Landes-/Bundesebene dar. Im stationären Sektor können die Daten auf verschiedenen Ebenen ausgewertet werden (Standortebene, IKNR-Ebene), im ambulanten Sektor gibt es nur die BSNR-Einheit, die bei Auswertungen auf verschiedenen Ebenen (IKNR-Ebene, Auswertungsstandort, entlassender Standort) mitberücksichtigt wird.

In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen bundesweit enthalten sowie zu der Anzahl der Leistungserbringer. Die Anzahl der Leistungserbringer wird bundes-/landesweit sowohl auf IKNR/BSNR-Ebene als auch auf Standortebene / BSNR-Ebene ausgegeben. Auf Standortebene / BSNR-Ebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden. Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort QI-Berechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für den entlassenen Standort vor und es kann auch nur für diesen in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

Zusätzlich wird die erwartete Anzahl (SOLL) für die IKNR-Ebene bei Vorhandensein mehrerer (entlassender) Standorte ermittelt und entsprechend ausgegeben.

Für das QS-Verfahren Cholezystektomie erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren entsprechend dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Für Leistungserbringer

In der Zeile „Ihre Daten nach entlassendem Standort“ befindet sich der Datenstand, der aus dem Erfassungsjahr 2022 für die Berechnung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren herangezogen wird.

In der Zeile „Ihre Daten nach IKNR/BSNR“ befindet sich der Datenstand, auf dem die Vollzähligkeit der QS-Daten für das Erfassungsjahr 2021 berechnet wird. Die Daten in dieser Zeile sind bei ambulanten und stationären Leistungserbringern mit nur einem Standort mit den Daten in der Zeile zum Auswertungsstandort identisch. Bei stationären Leistungserbringern mit mehr als einem Standort kann es zwischen den Zeilen aufgrund des Verlegungsgeschehens innerhalb einer IKNR-Einheit zu Unterschieden kommen.

Die Auswertung zur Vollzähligkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) wird anhand der Sollstatistik überprüft. Die Sollstatistik zeigt anhand der beim Leistungserbringer abgerechneten Leistungen an, wie viele Fälle gemäß QS-Filter für die externe Qualitätssicherung in einem Erfassungsjahr dokumentationspflichtig waren.

Für stationäre Leistungserbringer mit mehr als einem Standort

Seit dem Erfassungsjahr 2022 wird die Sollstatistik der Krankenhäuser wieder standortbezogen geführt. Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort. Eine Umstellung der Sollstatistik vom entlassenden Standort auf den behandelnden Standort ist nicht möglich, da letzterer im Unterschied zum entlassenden Standort nicht immer der abrechnende oder der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Vollzähligkeitsanalyse wird ausschließlich anhand von entlassenen Fällen durchgeführt. Daher sind die in der Zeile „Ihre Daten nach entlassendem Standort“ als „gelieferte“ QS-Daten aufgeführten Fälle nur diejenigen, die am entsprechenden Standort entlassen wurden.

Erfassungsjahr 2022		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	150.101	148.848	100,84
	Basisdatensatz	150.066		
	MDS	35		
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	968		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.111		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassende Standorte) Bund (gesamt)	1.145	1.142	100,26

Erfassungsjahr 2021		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	149.788	149.417	100,25
	Basisdatensatz	149.756		
	MDS	32		
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	964	965	99,90
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.115		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassende Standorte) Bund (gesamt)	1.156		

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die nachfolgenden Tabellen stellen die Anzahl der übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2022 bzw. 2021 auf Ebene des Leistungserbringers dar. Die letzte Spalte weist die Verknüpfungsrate mittels elektronischer Gesundheitskarten-Pseudonym (PID) mit den für Indexeingriffe des Erfassungsjahres 2022 bzw. 2021 gelieferten QS-Daten auf. Für die Verknüpfung der beiden Datensätze gilt, dass die QS-Dokumentationsdaten führend sind, d. h. es wird für jeden QS-Dokumentationsdatensatz per PID geprüft, ob ein entsprechender Sozialdatensatz vorliegt. Ist dies der Fall, werden die Datensätze verknüpft. Nicht verknüpfbare QS-Dokumentationsdatensätze bzw. Sozialdatensätze können für die QI-Berechnung aktuell nicht ausgewertet bzw. berücksichtigt werden.

Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %

Erfassungsjahr 2022	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	150.066	99,50 N = 149.314

Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %

Erfassungsjahr 2021	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	149.756	99,61 N = 149.171

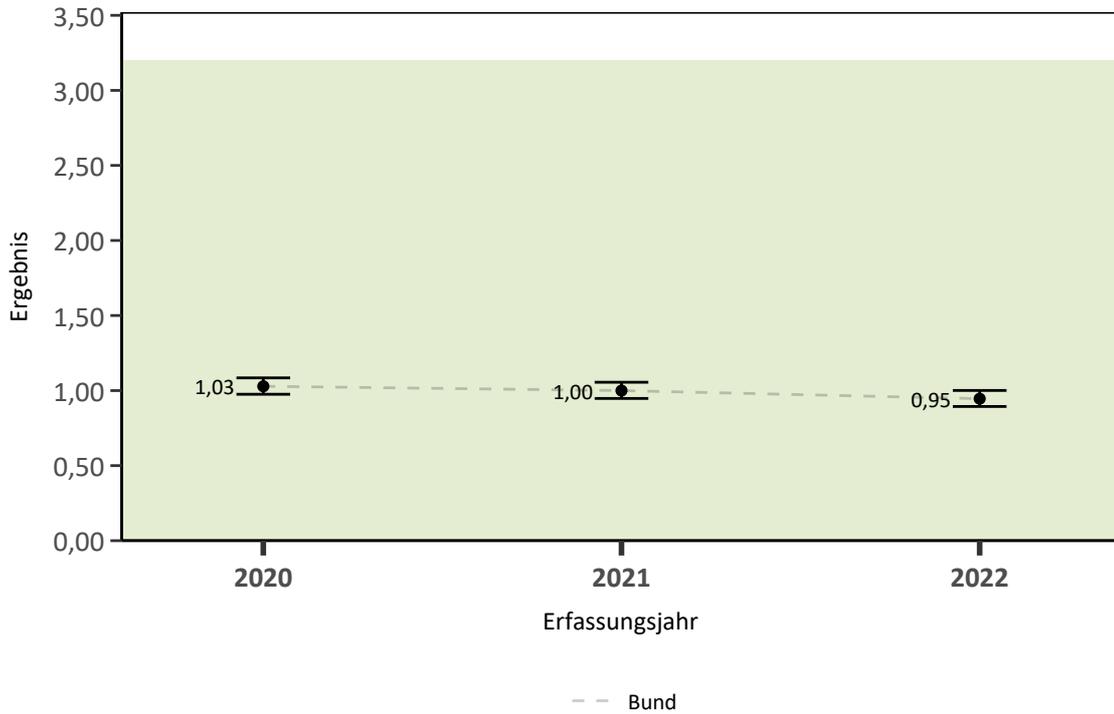
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

58000: Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen

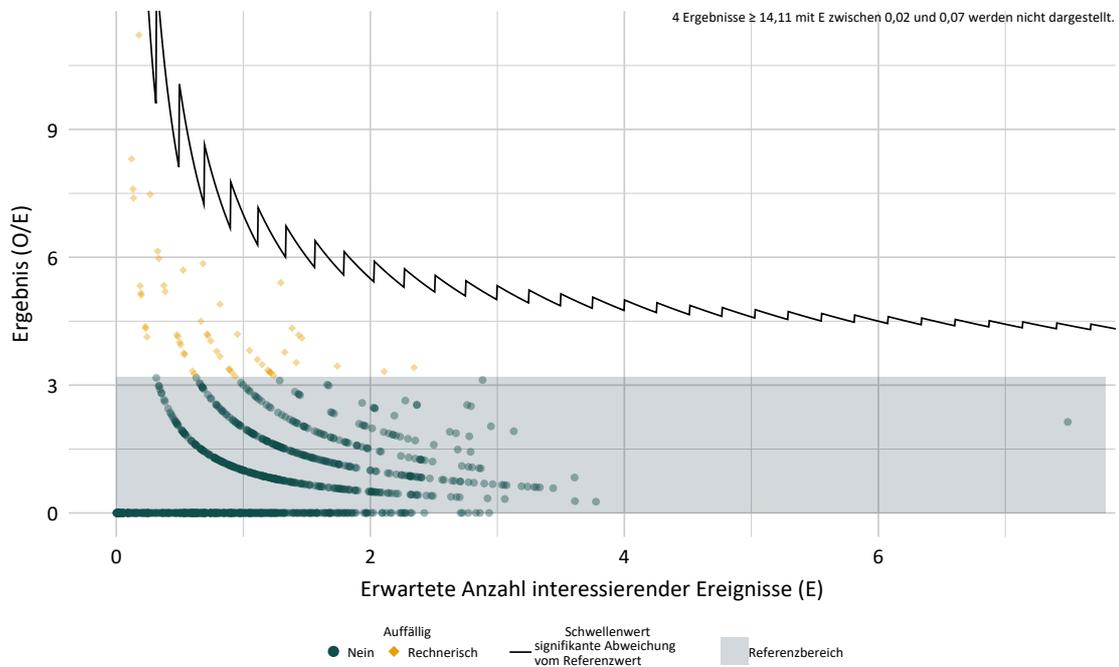
Qualitätsziel	Möglichst wenig operationsbedingte Gallenwegskomplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
ID	58000
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit operationsbedingten Gallenwegskomplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
O (observed)	Beobachtete Anzahl an operationsbedingten Gallenwegskomplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
E (expected)	Erwartete Anzahl an operationsbedingten Gallenwegskomplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie, risikoadjustiert nach logistischem CHE-Score für ID 58000
Referenzbereich	≤ 3,20 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

Ergebnisse im Zeitverlauf

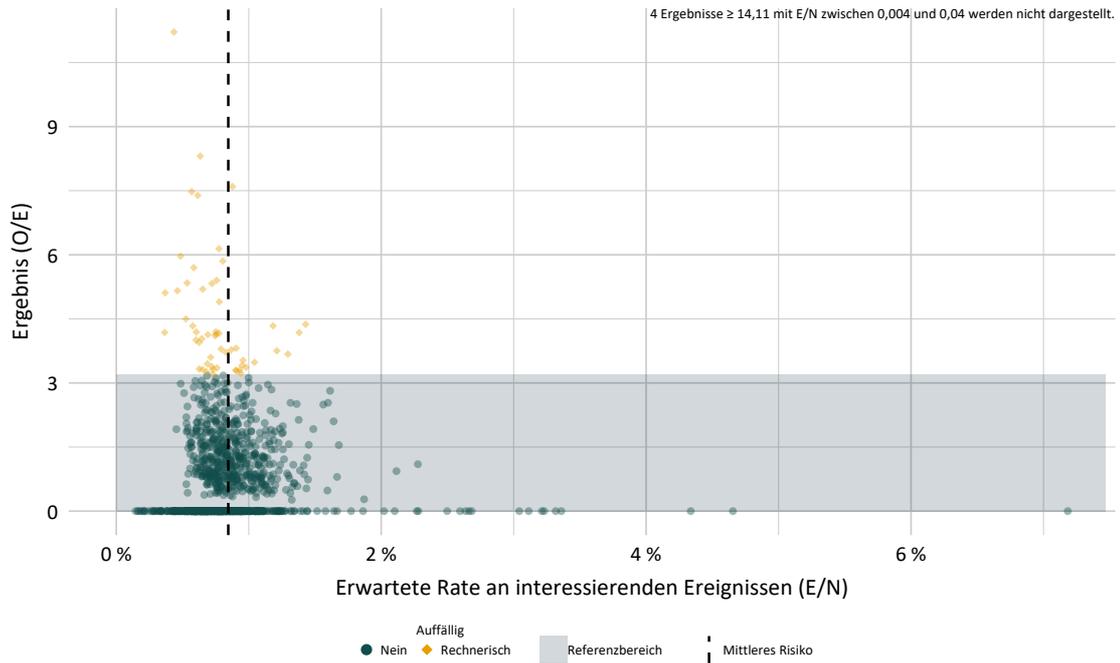
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatoregebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	148.420	1.354 / 1.316,56	1,03	0,98 - 1,08
	2021	149.150	1.310 / 1.310,00	1,00	0,95 - 1,06
	2022	149.314	1.194 / 1.262,41	0,95	0,89 - 1,00

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.

O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie	
1.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ¹	
1.1.1.1	ID: O_58000 O/N (observed, beobachtet)	0,80 % 1.194/149.314
1.1.1.2	ID: E_58000 E/N (expected, erwartet)	0,85 % 1.262,41/149.314
1.1.1.3	ID: 58000 O/E	0,95
1.1.2	ID: 58_22000 Operationsbedingte Gallenwegskomplikation ²	0,80 % 1.194/149.314
1.1.2.1	ID: 58_22028 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Cholezystitis (K80.0 und K81.0)	1,19 % 673/56.633
1.1.2.2	ID: 58_22001 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Pankreatitis (K85)	1,55 % 85/5.490
1.1.2.3	ID: 58_22002 Anteil der Fälle mit Diagnose Steingalle (K80 ohne K80.0)	0,61 % 574/94.632
1.1.2.4	ID: 58_22003 Anteil der Fälle mit anderen Krankheiten der Gallenwege und der Gallenblase (K81-83 ohne K81.0)	2,73 % 664/24.337

¹ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

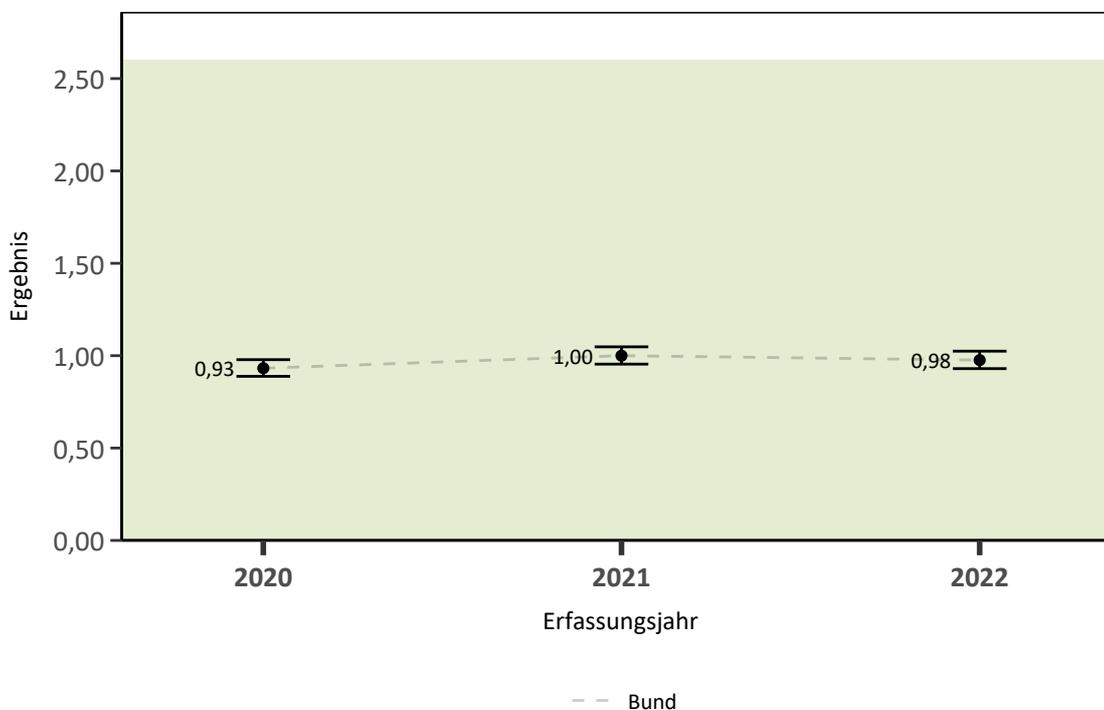
² Bei den folgenden Nebenkennzahlen sind kombinierte Angaben möglich. Daher summieren sich diese nicht auf 100%.

58004: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen

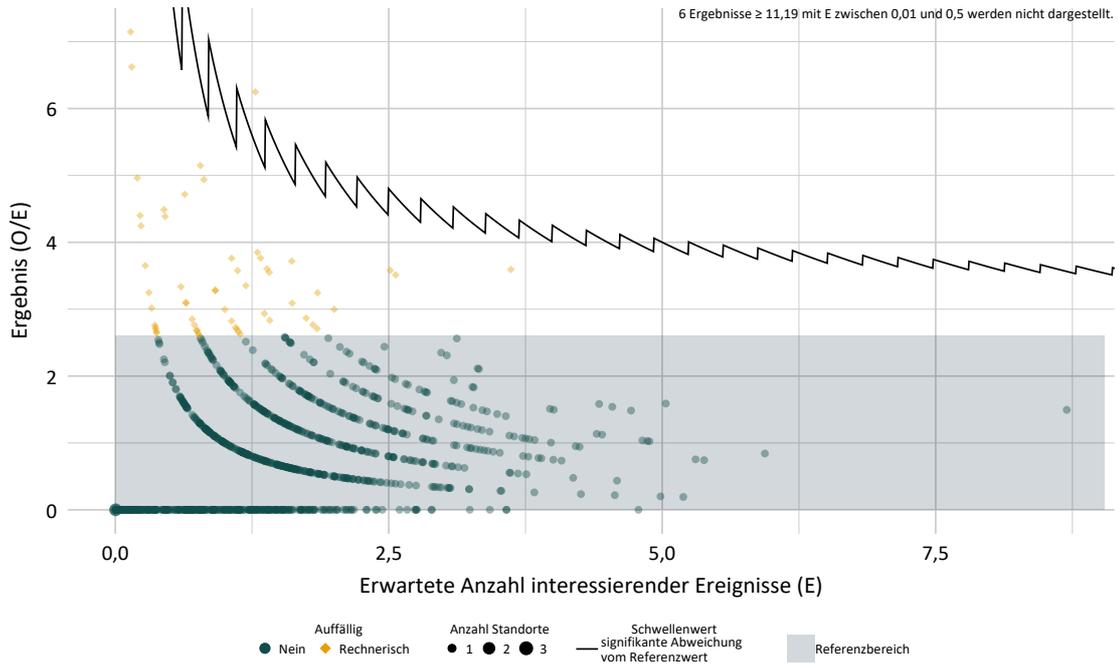
Qualitätsziel	Möglichst wenig weitere postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
ID	58004
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit weiteren Komplikationen bei Cholezystektomie intra- oder postoperativ innerhalb von 30 Tagen
O (observed)	Beobachtete Anzahl an weiteren postoperativen Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
E (expected)	Erwartete Anzahl an weiteren postoperativen Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie, risikoadjustiert nach logistischem CHE-Score für ID 58004
Referenzbereich	≤ 2,60 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

Ergebnisse im Zeitverlauf

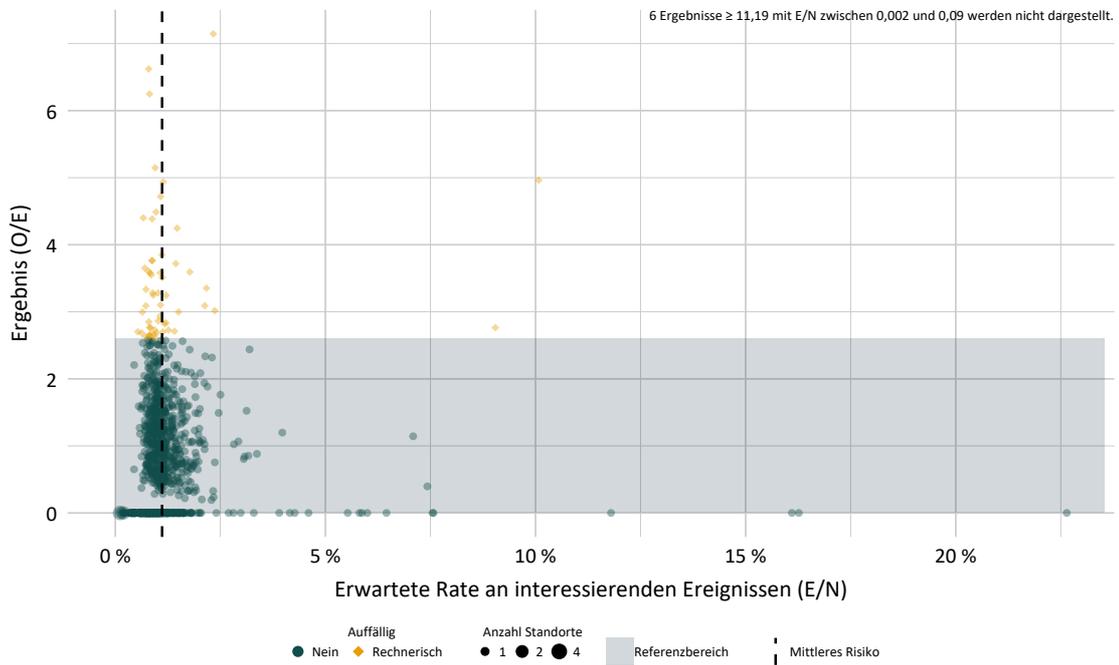
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	148.420	1.622 / 1.740,02	0,93	0,89 - 0,98
	2021	149.150	1.733 / 1.733,00	1,00	0,95 - 1,05
	2022	149.314	1.624 / 1.663,97	0,98	0,93 - 1,02

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
 O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
 O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	Weitere postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie	
2.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ³	
2.1.1.1	ID: O_58004 O/N (observed, beobachtet)	1,09 % 1.624/149.314
2.1.1.2	ID: E_58004 E/N (expected, erwartet)	1,11 % 1.663,97/149.314
2.1.1.3	ID: 58004 O/E	0,98
2.1.2	ID: 58_22004 Weitere postoperative Komplikationen ⁴	1,09 % 1.624/149.314
2.1.2.1	ID: 58_22029 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Cholezystitis (K80.0 und K81.0)	1,88 % 1.062/56.633
2.1.2.2	ID: 58_22005 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Pankreatitis (K85)	2,13 % 117/5.490
2.1.2.3	ID: 58_22006 Anteil der Fälle mit Diagnose Steingalle (K80 ohne K80.0)	0,56 % 528/94.632
2.1.2.4	ID: 58_22007 Anteil der Fälle mit anderen Krankheiten der Gallenwege und der Gallenblase (K81-83 ohne K81.0)	2,28 % 555/24.337

³ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

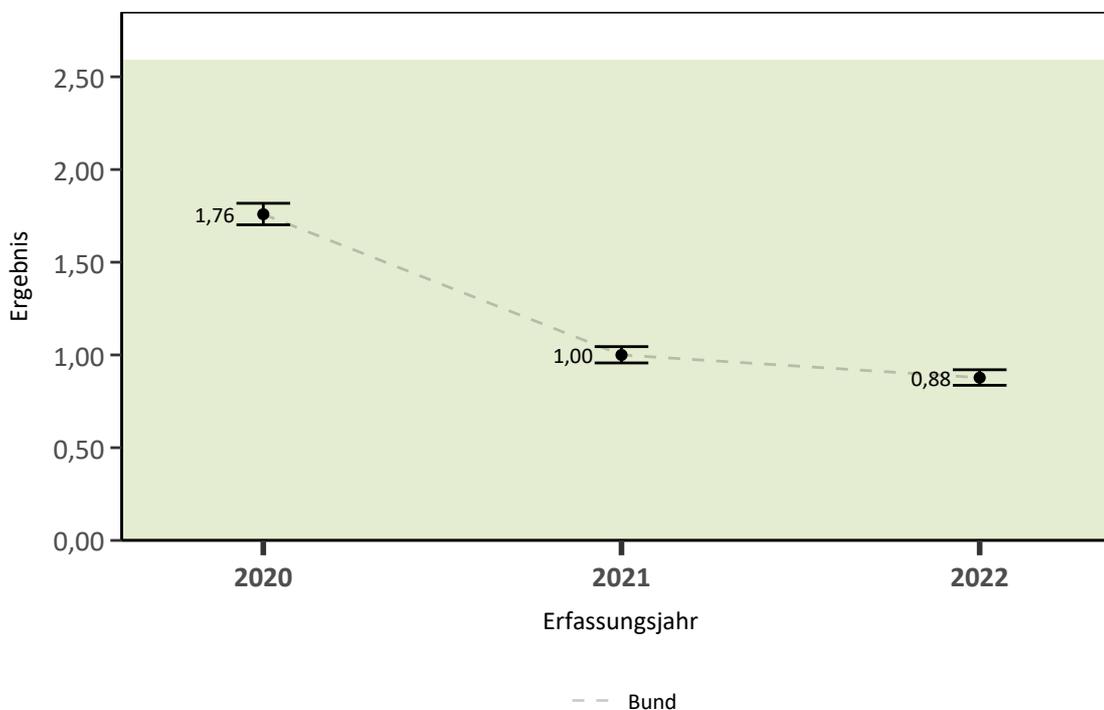
⁴ Bei den folgenden Nebenkennzahlen sind kombinierte Angaben möglich. Daher summieren sich diese nicht auf 100%.

58002: Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen

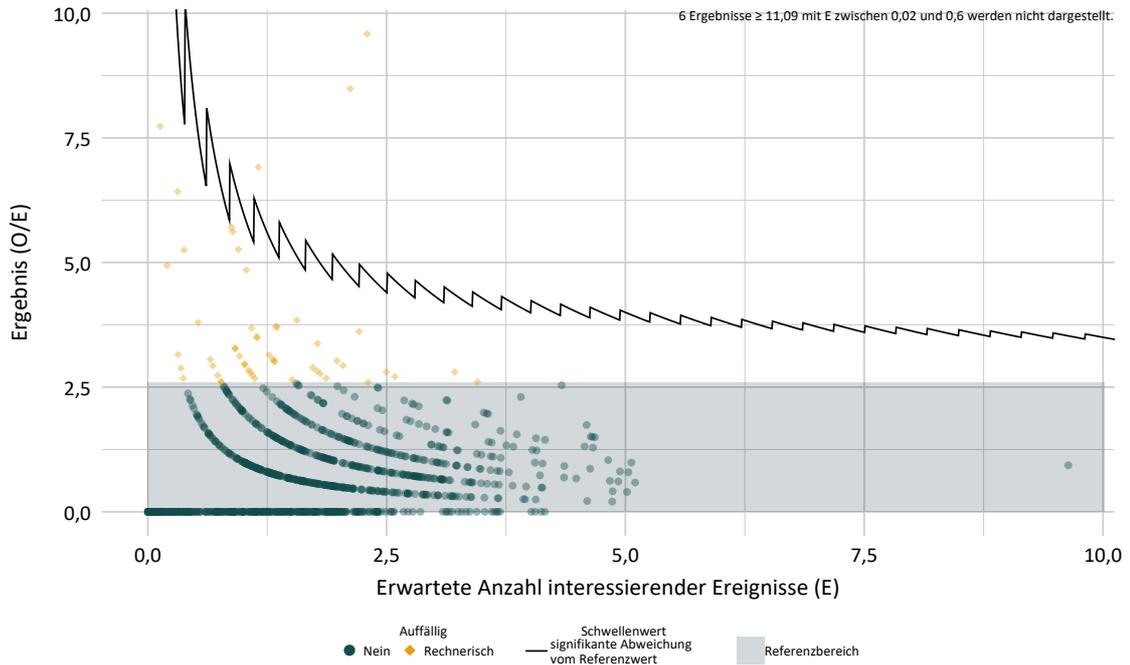
Qualitätsziel	Möglichst wenig eingriffsspezifische Infektionen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
ID	58002
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit eingriffsspezifischen Infektionen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
O (observed)	Beobachtete Anzahl an eingriffsspezifischen Infektionen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
E (expected)	Erwartete Anzahl an eingriffsspezifischen Infektionen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie, risikoadjustiert nach logistischem CHE-Score für ID 58002
Referenzbereich	≤ 2,59 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

Ergebnisse im Zeitverlauf

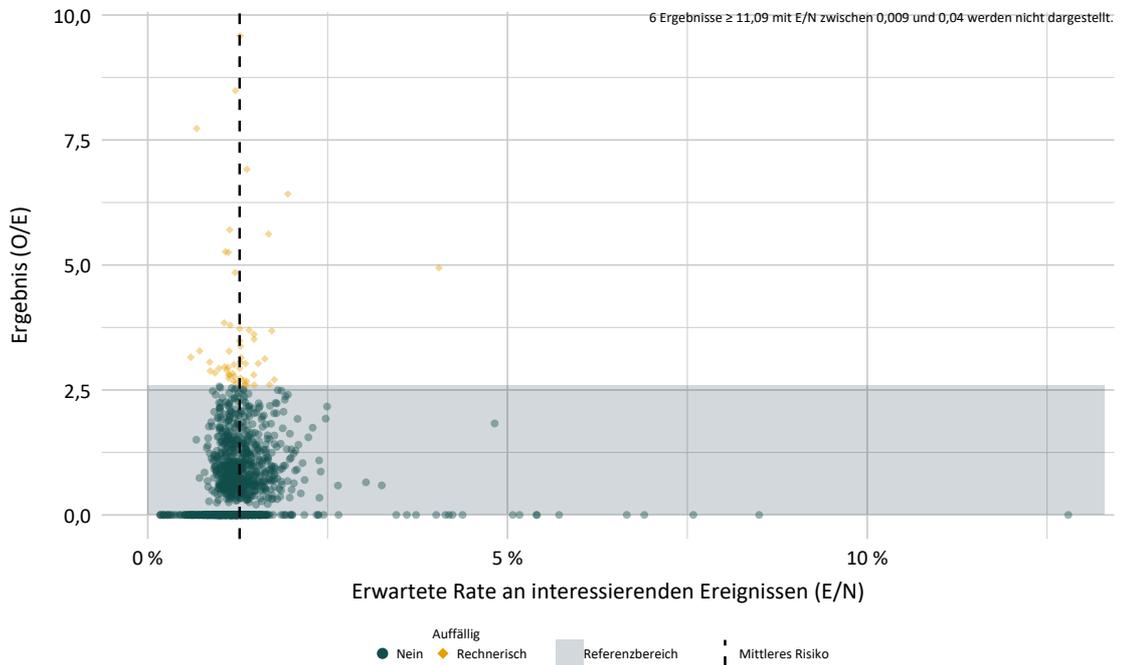
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	148.420	3.454 / 1.963,72	1,76	1,70 - 1,82
	2021	149.150	1.961 / 1.961,00	1,00	0,96 - 1,04
	2022	149.314	1.673 / 1.906,65	0,88	0,84 - 0,92

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.

O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	Eingriffsspezifische Infektionen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie	
3.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ⁵	
3.1.1.1	ID: O_58002 O/N (observed, beobachtet)	1,12 % 1.673/149.314
3.1.1.2	ID: E_58002 E/N (expected, erwartet)	1,28 % 1.906,65/149.314
3.1.1.3	ID: 58002 O/E	0,88
3.1.2	ID: 58_22008 Eingriffsspezifische Infektionen ⁶	1,12 % 1.673/149.314
3.1.2.1	ID: 58_22030 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Cholezystitis (K80.0 und K81.0)	1,85 % 1.047/56.633
3.1.2.2	ID: 58_22009 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Pankreatitis (K85)	1,40 % 77/5.490
3.1.2.3	ID: 58_22010 Anteil der Fälle mit Diagnose Steingalle (K80 ohne K80.0)	0,70 % 665/94.632
3.1.2.4	ID: 58_22011 Anteil der Fälle mit anderen Krankheiten der Gallenwege und der Gallenblase (K81-83 ohne K81.0)	2,50 % 609/24.337

⁵ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

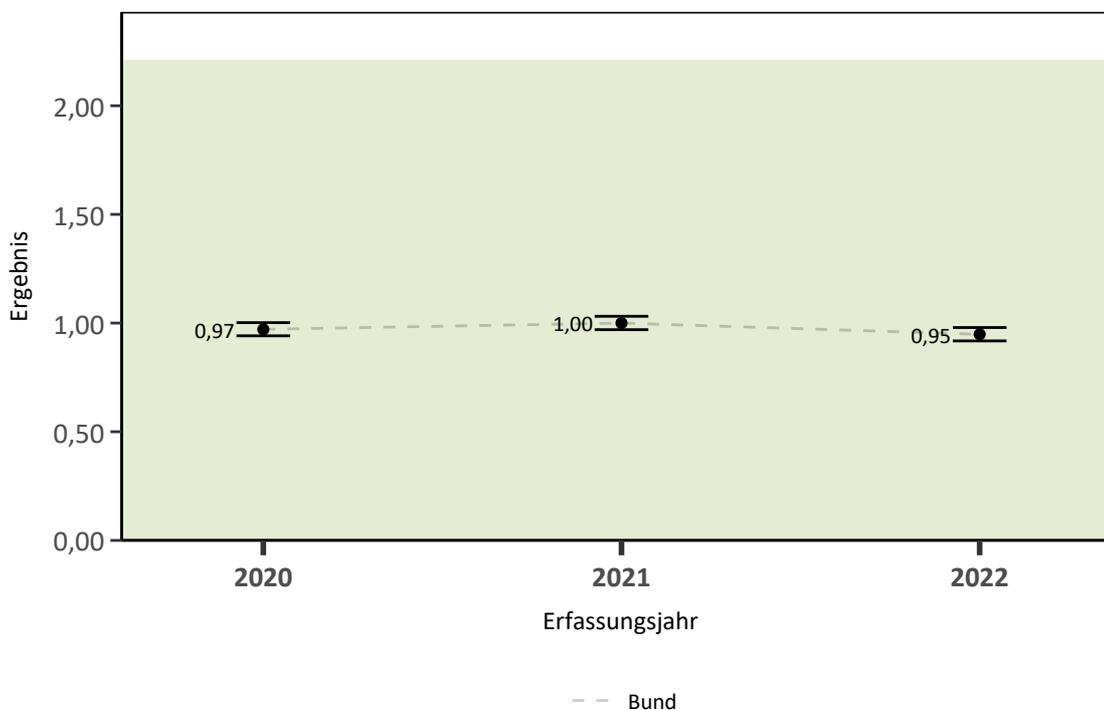
⁶ Bei den folgenden Nebenkennzahlen sind kombinierte Angaben möglich. Daher summieren sich diese nicht auf 100%.

58003: Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen

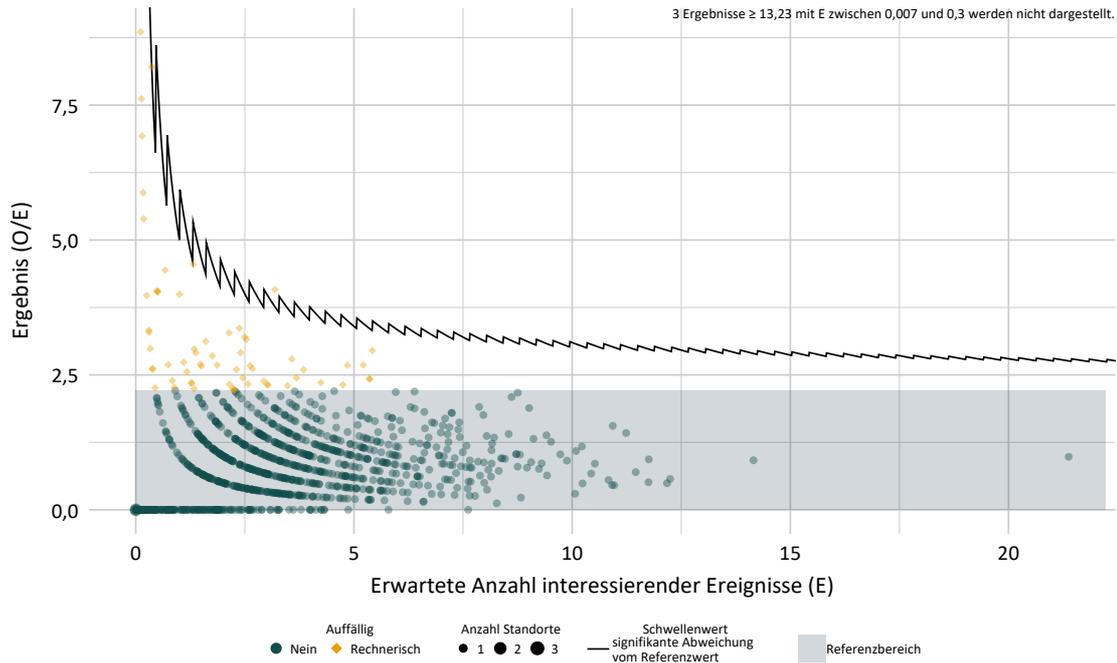
Qualitätsziel	Möglichst wenig postoperative interventionsbedürftige Blutungen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
ID	58003
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit postoperativen interventionsbedürftigen Blutungen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
O (observed)	Beobachtete Anzahl an interventionsbedürftigen Blutungen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie
E (expected)	Erwartete Anzahl an interventionsbedürftigen Blutungen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie, risikoadjustiert nach logistischem CHE-Score für ID 58003
Referenzbereich	≤ 2,21 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

Ergebnisse im Zeitverlauf

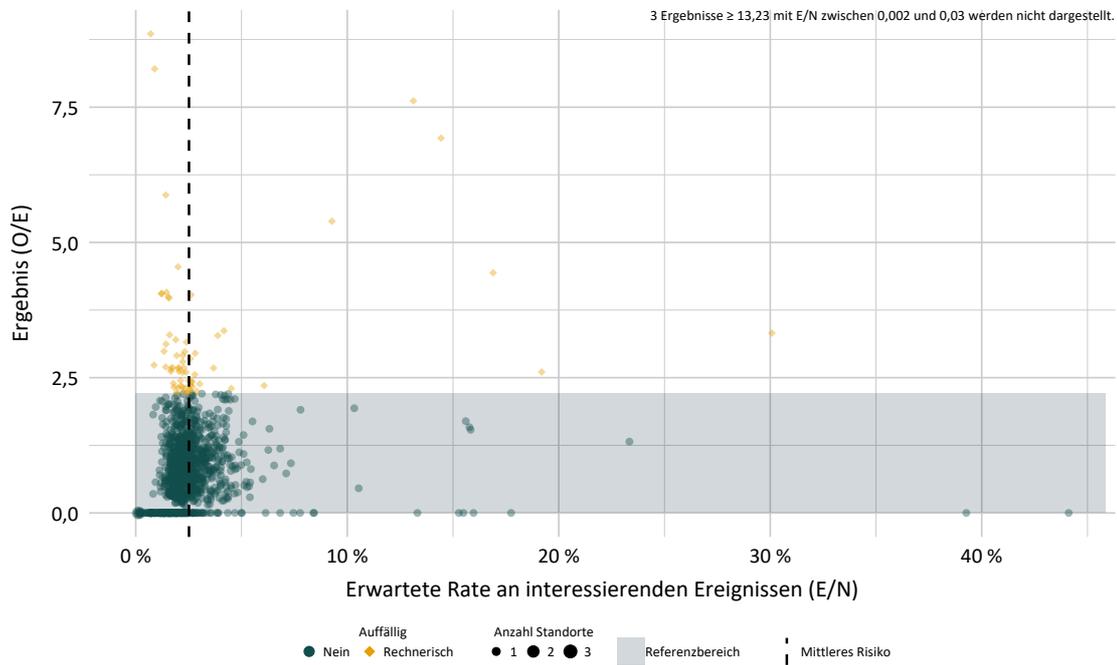
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	148.420	3.853 / 3.967,42	0,97	0,94 - 1,00
	2021	149.150	3.943 / 3.943,00	1,00	0,97 - 1,03
	2022	149.314	3.563 / 3.757,46	0,95	0,92 - 0,98

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
 O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
 O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Interventionsbedürftige Blutungen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie	
4.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ⁷	
4.1.1.1	ID: O_58003 O/N (observed, beobachtet)	2,39 % 3.563/149.314
4.1.1.2	ID: E_58003 E/N (expected, erwartet)	2,52 % 3.757,46/149.314
4.1.1.3	ID: 58003 O/E	0,95
4.1.2	ID: 58_22012 Interventionsbedürftige Blutungen ⁸	2,39 % 3.563/149.314
4.1.2.1	ID: 58_22031 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Cholezystitis (K80.0 und K81.0)	4,43 % 2.509/56.633
4.1.2.2	ID: 58_22013 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Pankreatitis (K85)	4,12 % 226/5.490
4.1.2.3	ID: 58_22014 Anteil der Fälle mit Diagnose Steingalle (K80 ohne K80.0)	1,13 % 1.073/94.632
4.1.2.4	ID: 58_22015 Anteil der Fälle mit anderen Krankheiten der Gallenwege und der Gallenblase (K81-83 ohne K81.0)	5,37 % 1.308/24.337

⁷ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

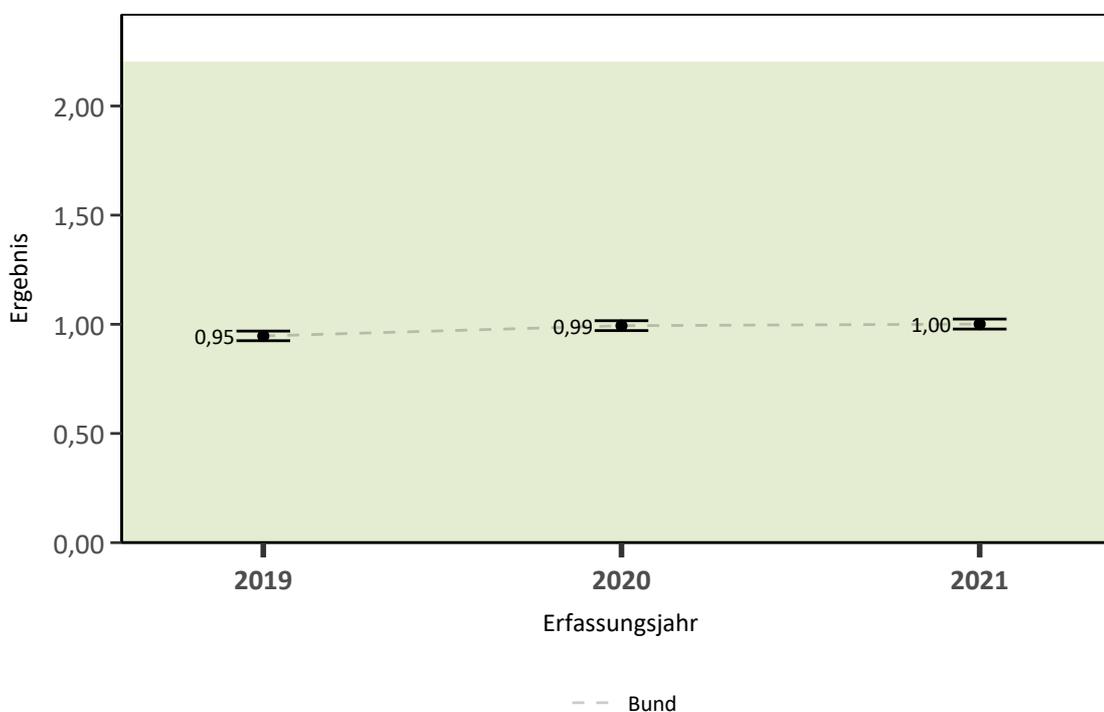
⁸ Bei den folgenden Nebenkennzahlen sind kombinierte Angaben möglich. Daher summieren sich diese nicht auf 100%.

58001: Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen

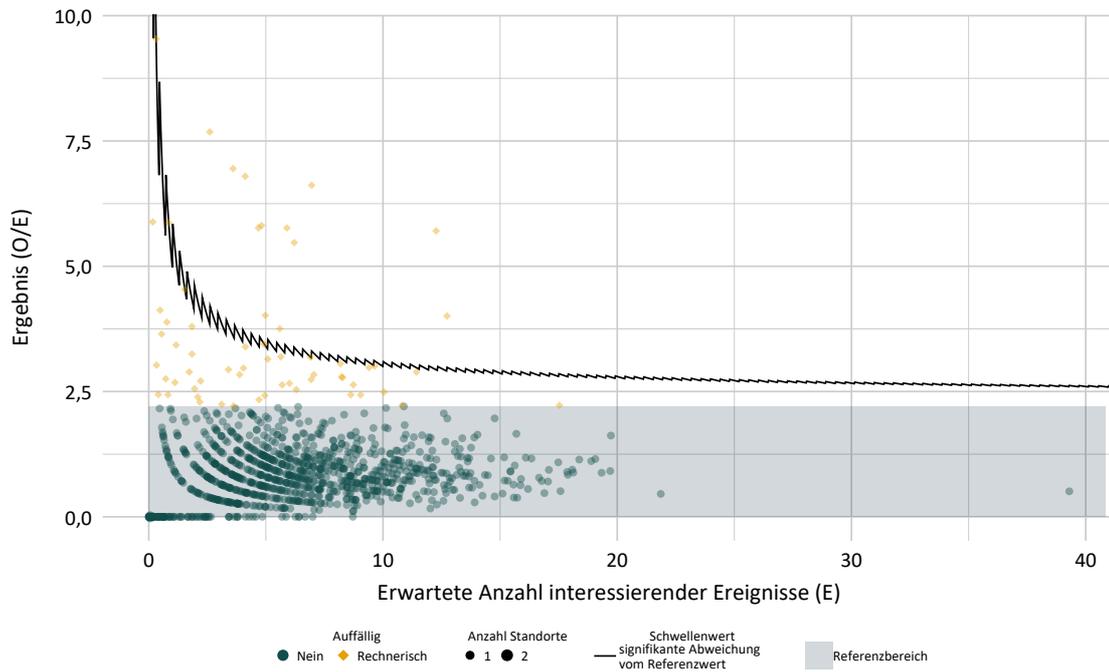
Qualitätsziel	Möglichst wenig Reinterventionen aufgrund von Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie
ID	58001
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Reintervention aufgrund von postoperativen Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einer Cholezystektomie
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Reinterventionen aufgrund von Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie
E (expected)	Erwartete Anzahl an Reinterventionen aufgrund von Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie, risikoadjustiert nach logistischem CHE-Score für ID 58001
Referenzbereich	≤ 2,20 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

Ergebnisse im Zeitverlauf

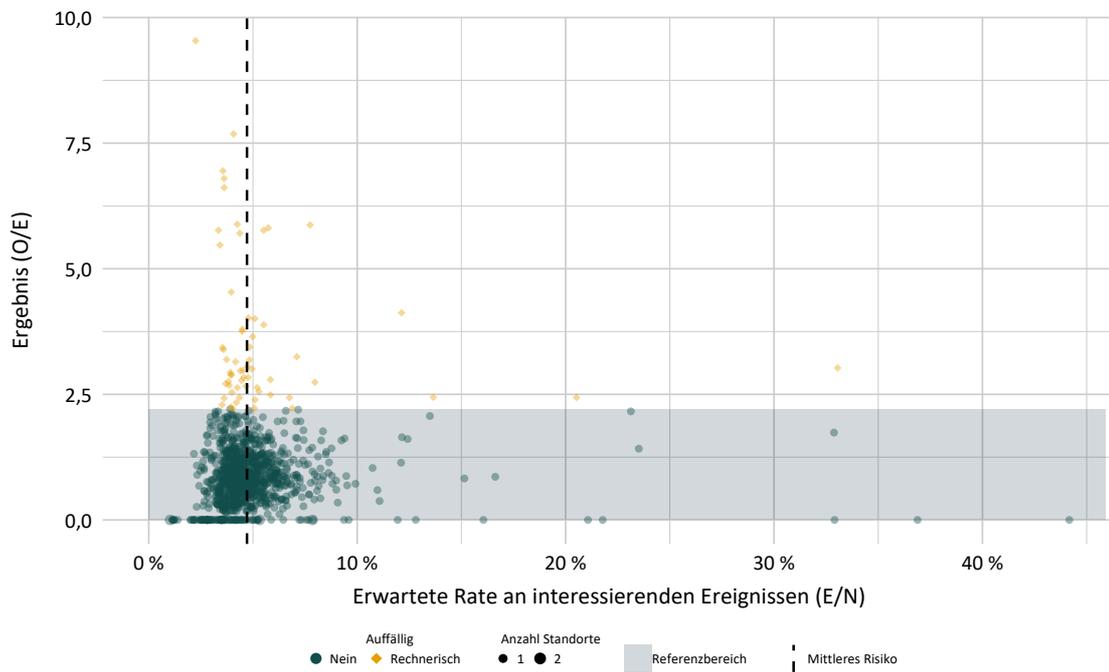
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2019	155.229	6.812 / 7.195,88	0,95	0,92 - 0,97
	2020	148.420	7.019 / 7.063,99	0,99	0,97 - 1,02
	2021	149.171	7.036 / 7.029,60	1,00	0,98 - 1,02

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
 O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
 O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	Reintervention aufgrund von Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie	
5.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ⁹	
5.1.1.1	ID: O_58001 O/N (observed, beobachtet)	4,72 % 7.036/149.171
5.1.1.2	ID: E_58001 E/N (expected, erwartet)	4,71 % 7.029,60/149.171
5.1.1.3	ID: 58001 O/E	1,00
5.1.2	ID: 58_22016 Reinterventionen aufgrund von Komplikationen ¹⁰	4,72 % 7.036/149.171
5.1.2.1	ID: 58_22032 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Cholezystitis (K80.0 und K81.0)	6,70 % 3.929/58.642
5.1.2.2	ID: 58_22017 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Pankreatitis (K85)	5,63 % 332/5.902
5.1.2.3	ID: 58_22018 Anteil der Fälle mit Diagnose Steingalle (K80 ohne K80.0)	3,33 % 3.097/93.010
5.1.2.4	ID: 58_22019 Anteil der Fälle mit anderen Krankheiten der Gallenwege und der Gallenblase (K81-83 ohne K81.0)	9,48 % 2.301/24.266

⁹ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

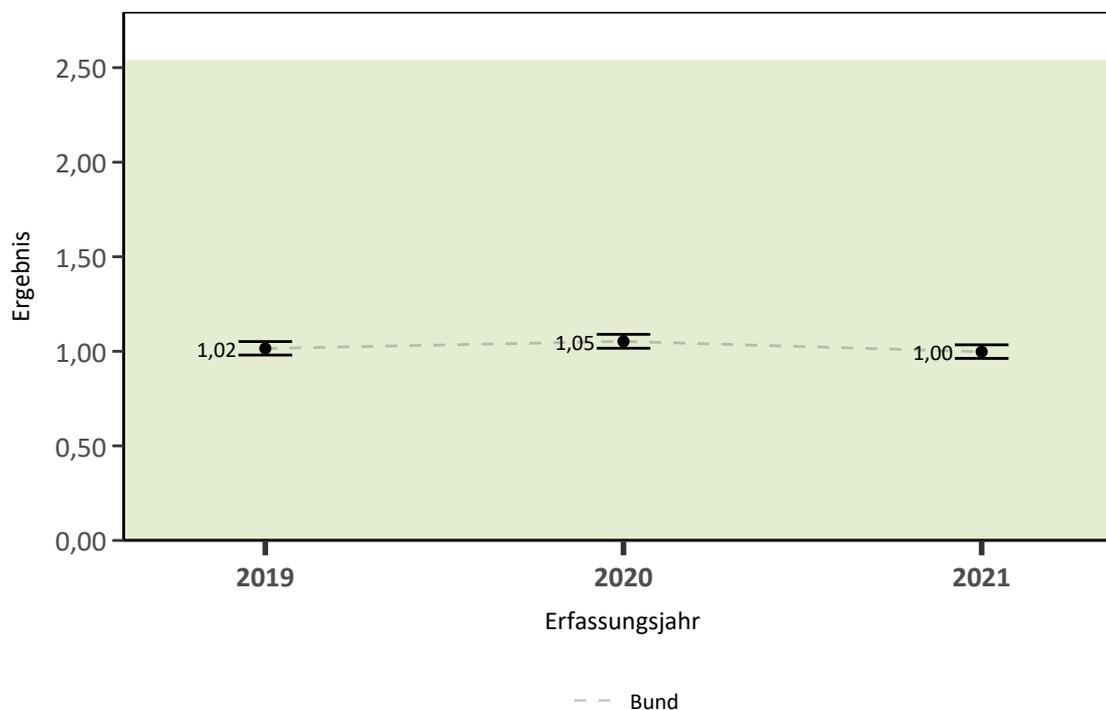
¹⁰ Bei den folgenden Nebenkennzahlen sind kombinierte Angaben möglich. Daher summieren sich diese nicht auf 100%.

58005: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres

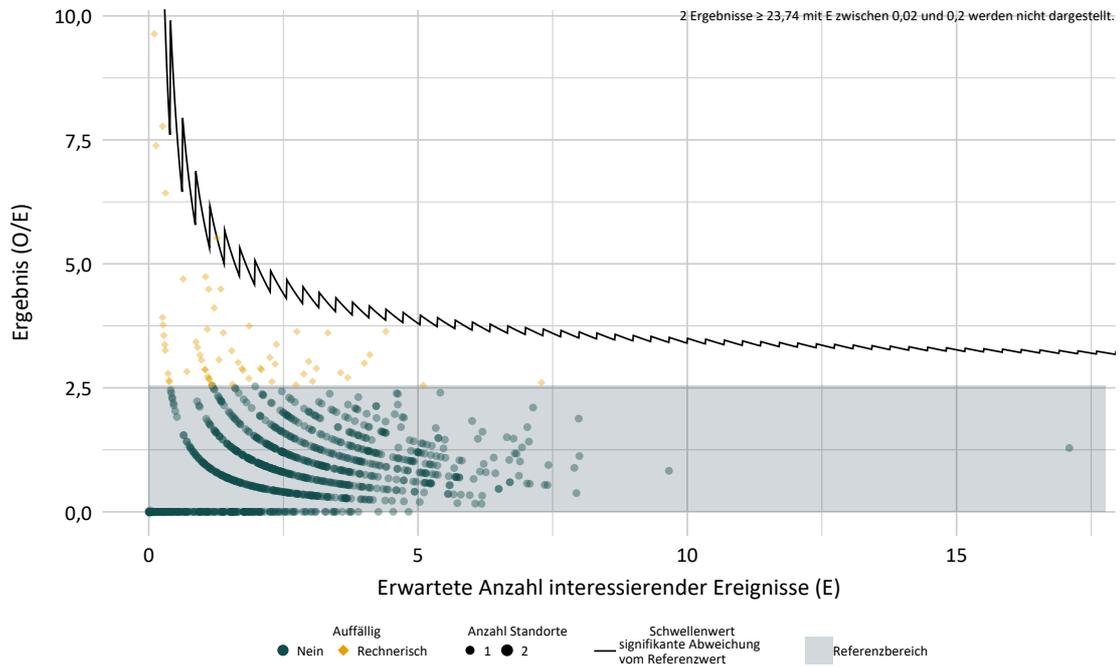
Qualitätsziel	Möglichst wenig weitere postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 365 Tagen nach Cholezystektomie
ID	58005
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit weiteren Komplikationen bei Cholezystektomie postoperativ innerhalb von 365 Tagen
O (observed)	Beobachtete Anzahl an weiteren postoperativen Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb 365 Tagen nach Cholezystektomie
E (expected)	Erwartete Anzahl an weiteren postoperativen Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb 365 Tagen nach Cholezystektomie, risikoadjustiert nach logistischem CHE-Score für ID 58005
Referenzbereich	≤ 2,54 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

Ergebnisse im Zeitverlauf

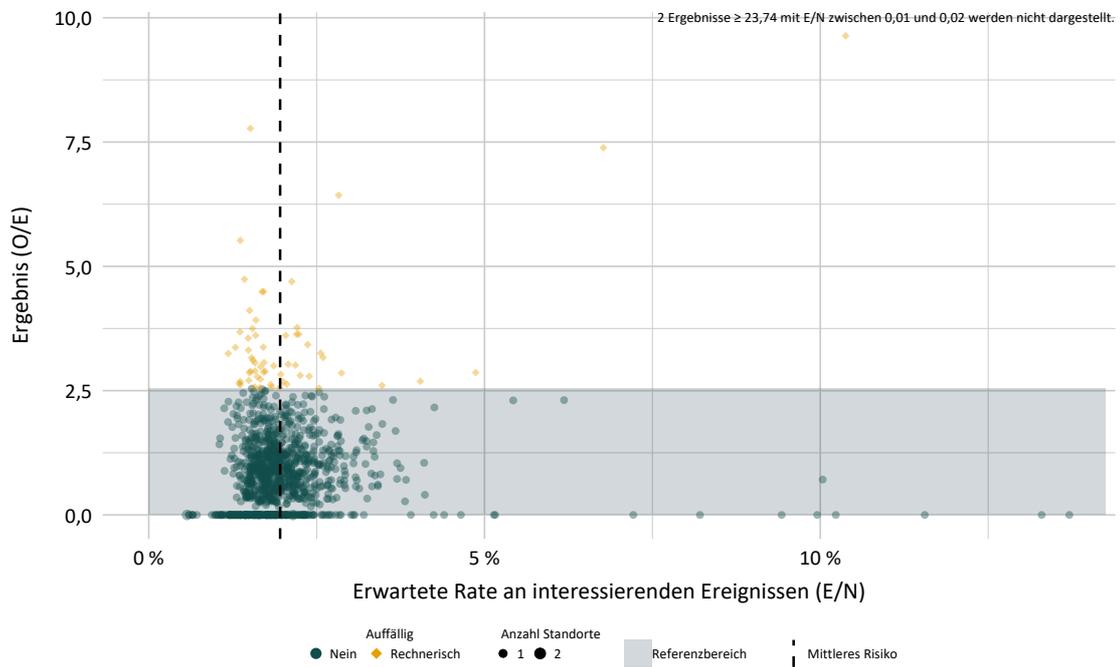
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2019	155.229	3.053 / 3.007,23	1,02	0,98 - 1,05
	2020	148.420	3.091 / 2.937,23	1,05	1,02 - 1,09
	2021	149.171	2.912 / 2.918,32	1,00	0,96 - 1,03

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.

O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	Weitere postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb 365 Tagen nach Cholezystektomie	
6.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ¹¹	
6.1.1.1	ID: O_58005 O/N (observed, beobachtet)	1,95 % 2.912/149.171
6.1.1.2	ID: E_58005 E/N (expected, erwartet)	1,96 % 2.918,32/149.171
6.1.1.3	ID: 58005 O/E	1,00
6.1.2	ID: 58_22020 Weitere postoperative Komplikationen ¹²	1,95 % 2.912/149.171
6.1.2.1	ID: 58_22033 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Cholezystitis (K80.0 und K81.0)	2,65 % 1.555/58.642
6.1.2.2	ID: 58_22021 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Pankreatitis (K85)	2,74 % 162/5.902
6.1.2.3	ID: 58_22022 Anteil der Fälle mit Diagnose Steingalle (K80 ohne K80.0)	1,52 % 1.413/93.010
6.1.2.4	ID: 58_22023 Anteil der Fälle mit anderen Krankheiten der Gallenwege und der Gallenblase (K81-83 ohne K81.0)	3,60 % 874/24.266

¹¹ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

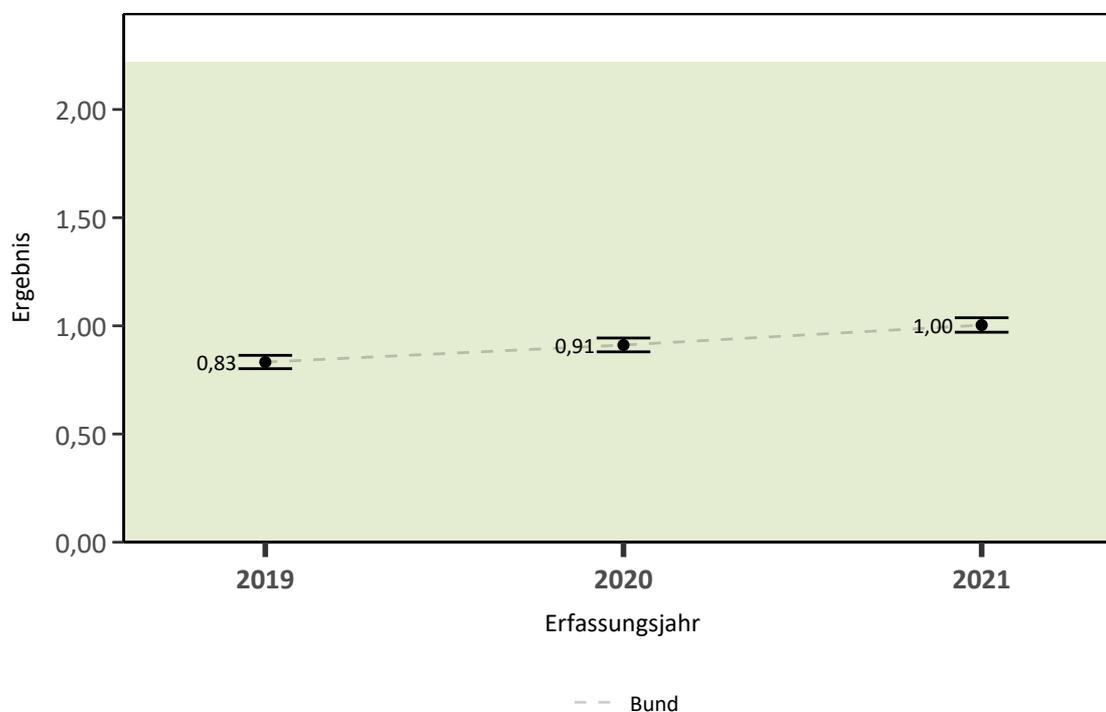
¹² Bei den folgenden Nebenkennzahlen sind kombinierte Angaben möglich. Daher summieren sich diese nicht auf 100%.

58006: Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen

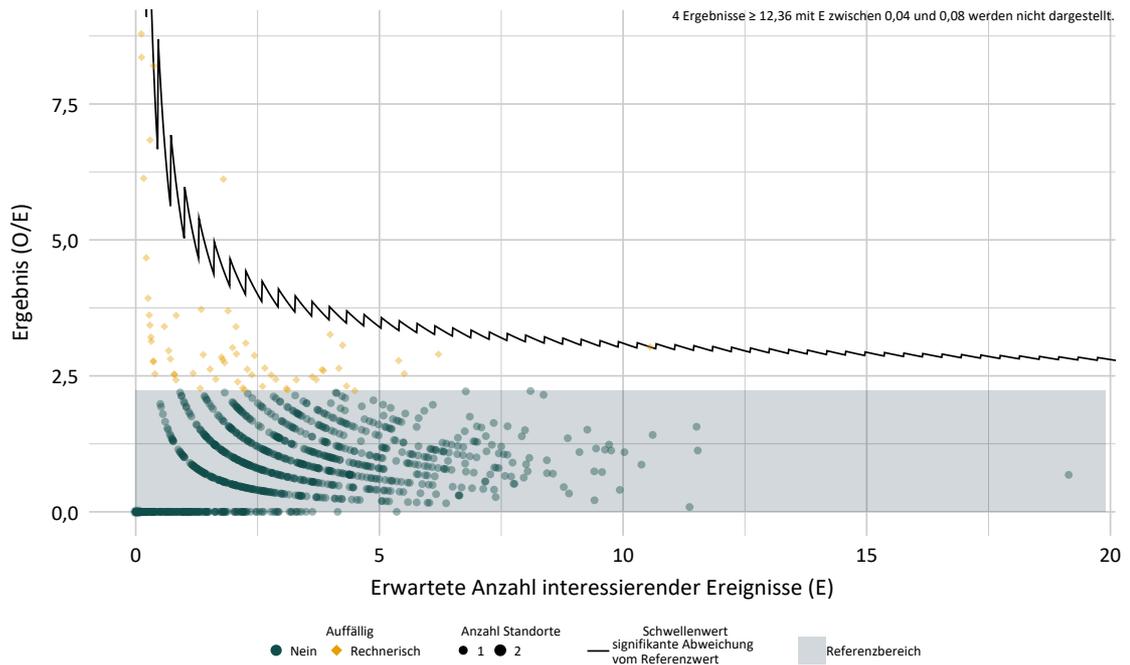
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie
ID	58006
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie, risikoadjustiert nach logistischem CHE-Score für ID 58006
Referenzbereich	≤ 2,22 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

Ergebnisse im Zeitverlauf

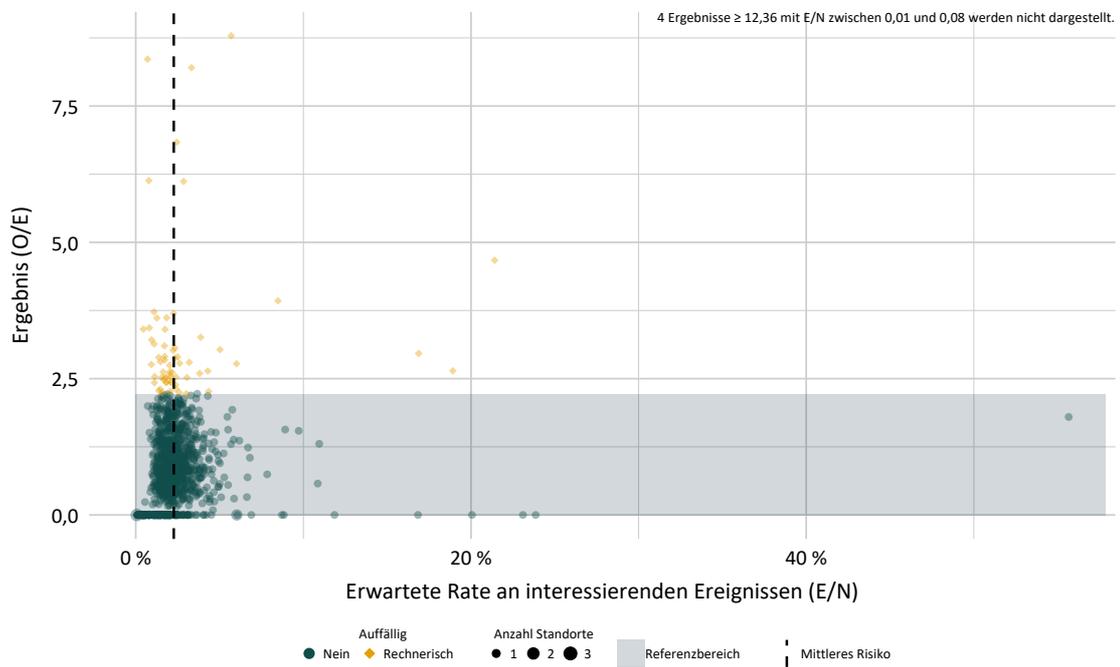
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2019	155.229	2.760 / 3.315,72	0,83	0,80 - 0,86
	2020	148.420	3.067 / 3.365,73	0,91	0,88 - 0,94
	2021	149.171	3.394 / 3.382,63	1,00	0,97 - 1,04

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
 O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
 O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	Sterblichkeit bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie	
7.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ¹³	
7.1.1.1	ID: O_58006 O/N (observed, beobachtet)	2,28 % 3.394/149.171
7.1.1.2	ID: E_58006 E/N (expected, erwartet)	2,27 % 3.382,63/149.171
7.1.1.3	ID: 58006 O/E	1,00
7.1.2	ID: 58_22024 Sterblichkeit ¹⁴	2,28 % 3.394/149.171
7.1.2.1	ID: 58_22034 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Cholezystitis (K80.0 und K81.0)	4,38 % 2.568/58.642
7.1.2.2	ID: 58_22025 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Pankreatitis (K85)	2,61 % 154/5.902
7.1.2.3	ID: 58_22026 Anteil der Fälle mit Diagnose Steingalle (K80 ohne K80.0)	0,90 % 834/93.010
7.1.2.4	ID: 58_22027 Anteil der Fälle mit anderen Krankheiten der Gallenwege und der Gallenblase (K81-83 ohne K81.0)	4,69 % 1.137/24.266

¹³ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

¹⁴ Bei den folgenden Nebenkennzahlen sind kombinierte Angaben möglich. Daher summieren sich diese nicht auf 100%.

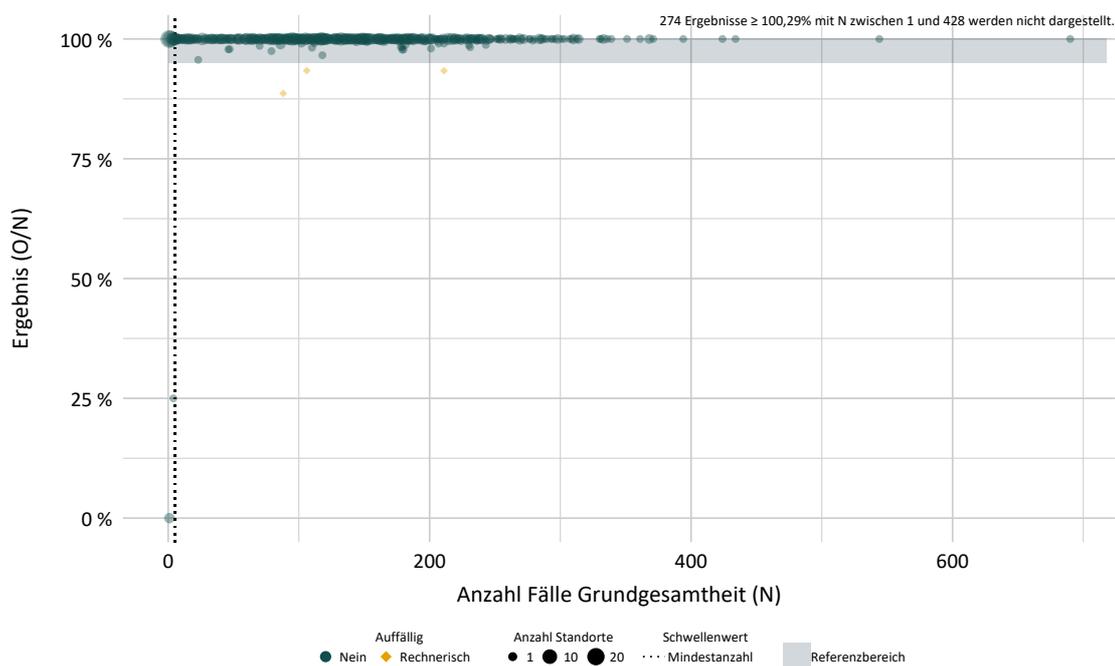
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

852204: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

ID	852204
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



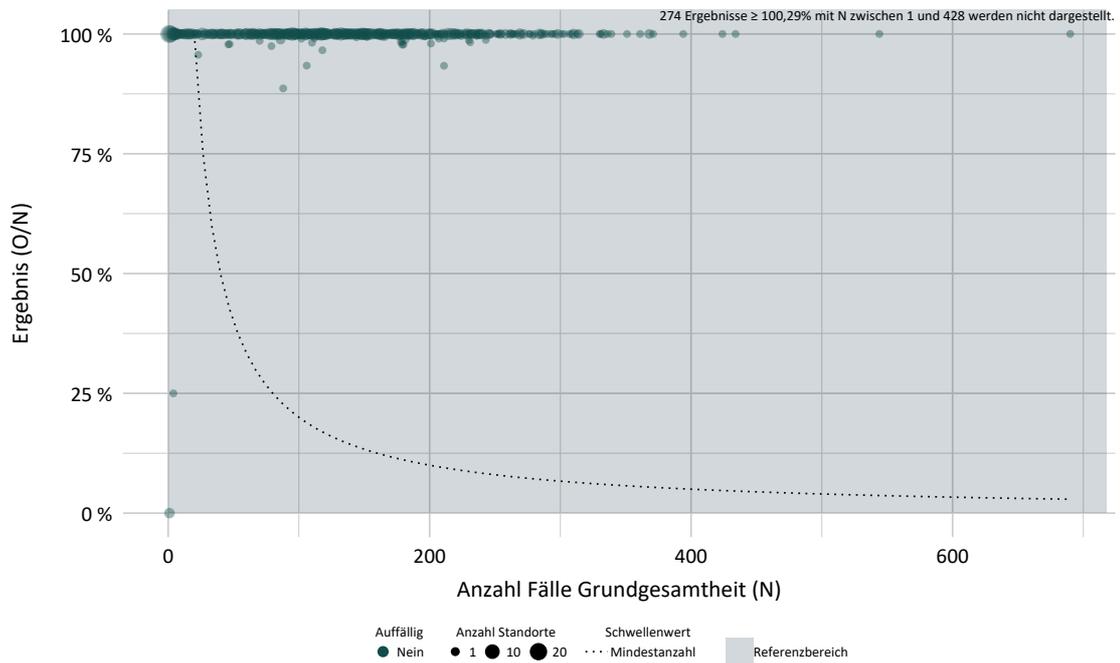
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	150.101 / 148.848	100,84 %	0,26 % 3 / 1.142

852202: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

ID	852202
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



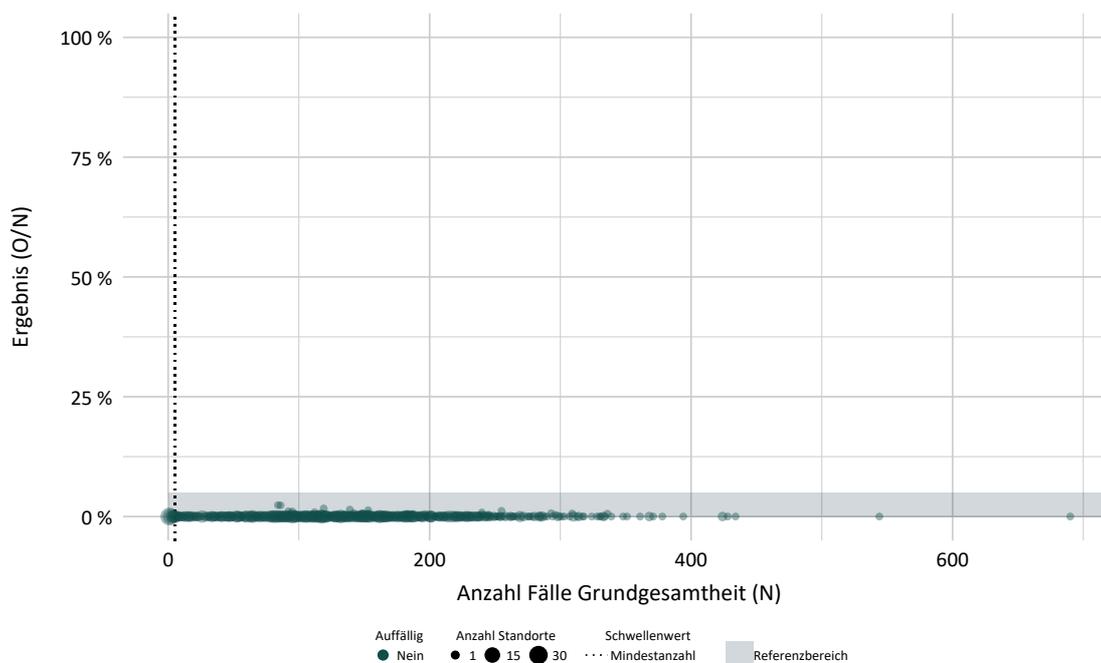
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	150.101 / 148.848	100,84 %	0,88 % 10 / 1.142

852203: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

ID	852203
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen.</p> <p>Hypothese Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.</p>
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund		35 / 148.848	0,02 %	0,00 % 0 / 1.142

Basisauswertung

QS Dokumentation

Erfassungsjahr 2021

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Operationen¹		
5-511.01 Cholezystektomie: Einfach, offen chirurgisch: Ohne operative Revision der Gallengänge	4.362	2,27
5-511.02 Cholezystektomie: Einfach, offen chirurgisch: Mit operativer Revision der Gallengänge	656	0,34
5-511.11 Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	139.185	72,36
5-511.12 Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Mit laparoskopischer Revision der Gallengänge	833	0,43
5-511.21 Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch: Ohne operative Revision der Gallengänge	4.271	2,22
5-511.22 Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch: Mit operativer Revision der Gallengänge	543	0,28
5-511.3 Cholezystektomie: Erweitert	369	0,19
5-511.x Cholezystektomie: Sonstige	20	0,01
5-511.y Cholezystektomie: N.n.bez.	≤3	x

¹ Dargestellt werden die Anteile der dokumentierten Cholezystektomie-Kodes bezogen auf alle Prozeduren. Insgesamt gab es 149.756 Basisdatensätze, zu diesen wurden 192.359 Prozeduren dokumentiert. Bei den dokumentierten Prozeduren handelt es sich neben den Cholezystektomien auch um Prozeduren, die auf Komplikationen und Folgeeingriffe hinweisen.

Aufnahme und Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufnahmequartal		
1. Quartal	36.983	24,70
2. Quartal	37.824	25,26
3. Quartal	39.413	26,32
4. Quartal	35.536	23,73
Gesamt	149.756	100,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Entlassungsquartal		
1. Quartal	35.535	23,73
2. Quartal	37.469	25,02
3. Quartal	39.518	26,39
4. Quartal	37.234	24,86
Gesamt	149.756	100,00

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 149.756	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 7 Tage	117.616	78,54
8 - 14 Tage	18.104	12,09
15 - 21 Tage	6.197	4,14
22 - 28 Tage	3.778	2,52
> 28 Tage	4.061	2,71

Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 149.756	
Geschlecht		
(1) männlich	55.005	36,73
(2) weiblich	94.747	63,27
(3) divers	≤3	x
(8) unbestimmt	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 149.756	
Patientenalter am Aufnahmetag		
< 18 Jahre	802	0,54
18 - 19 Jahre	720	0,48
20 - 29 Jahre	9.417	6,29
30 - 39 Jahre	18.518	12,37
40 - 49 Jahre	20.514	13,70
50 - 59 Jahre	30.493	20,36
60 - 69 Jahre	28.716	19,18
70 - 79 Jahre	22.484	15,01
80 - 89 Jahre	16.409	10,96
≥ 90 Jahre	1.683	1,12

Diagnosen während des stationären Indexaufenthaltes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 149.756	
Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen ohne Perforation des Gallengangs und ohne Fistel des Gallengangs		
K83.1 Verschluss des Gallenganges	1.324	0,88
T81.2 Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	673	0,45
K83.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Gallenwege	365	0,24
K91.81 Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen an Gallenblase und Gallenwegen	343	0,23
K91.88 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	231	0,15
S36.18 Verletzung: Gallengang	217	0,14
K83.9 Krankheit der Gallenwege, nicht näher bezeichnet	37	0,02
Fistel des Gallenganges (Auftreten innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie)		
K83.3 Fistel des Gallenganges	219	0,15
Weitere intra- oder postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen bei Cholezystektomie		
K91.3 Postoperativer Darmverschluss	183	0,12
I26.0 Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	0	0,00
I26.9 Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	0	0,00
I80.1 Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V. femoralis	0	0,00
I80.28 Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten	0	0,00
I82.2 Embolie und Thrombose der V. cava	0	0,00
K56.0 Paralytischer Ileus	0	0,00
K56.6 Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	0	0,00
K56.7 Ileus, nicht näher bezeichnet	0	0,00
Akute Peritonitis (Auftreten innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie)		
K65.0 Akute Peritonitis	605	0,40
Sonstige Peritonitis (Auftreten innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie)		
K65.8 Sonstige Peritonitis	462	0,31

Diagnosen während des stationären Indexaufenthaltes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 149.756	
Infektionen innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie ohne Streptokokkensepsis, sonstige Sepsis, Erysipel, akute Peritonitis, sonstige Peritonitis und Cholangitis		
T81.4 Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	814	0,54
T81.3 Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert	383	0,26
L02.2 Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	121	0,08
L03.3 Phlegmone am Rumpf	69	0,05
K75.0 Leberabszess	≤3	x
Streptokokkensepsis (Aufreten innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie)		
A40 Streptokokkensepsis	36	0,02
Sonstige Sepsis (Aufreten innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie)		
A41 Sonstige Sepsis	315	0,21
Diagnosen nach interventionsbedürftiger intra- oder postoperativer Blutung innerhalb von 30 Tagen bei Cholezystektomie ohne akute Blutungsanämie		
T81.1 Schock während oder als Folge eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	133	0,09
Akute Blutungsanämie (Aufreten innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie)		
D62 Akute Blutungsanämie	1.769	1,18
Diagnosen bei Reinterventionen aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einer Cholezystektomie		
K76.2 Zentrale hämorrhagische Lebernekrose	0	0,00
K76.3 Leberinfarkt	0	0,00
Weitere intra- oder postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie innerhalb von 365 Tagen		
T81.8 Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	901	0,60
T81.5 Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist	32	0,02
T81.9 Nicht näher bezeichnete Komplikation eines Eingriffes	23	0,02
K56.5 Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	0	0,00

Diagnosen während des stationären Indexaufenthaltes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 149.756	
Narbenhernie mit Einklemmung innerhalb von 365 Tagen, ohne Gangrän		
K43.0 Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	0	0,00

Operation / Prozedur

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 149.756	
Eingriffe nach operationsbedingten Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen		
5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	2.016	1,35
5-516 Andere Rekonstruktion der Gallengänge	454	0,30
5-514 Andere Operationen an den Gallengängen	436	0,29
5-512 Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym)	166	0,11
5-515 Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Gallengänge	68	0,05

Operation / Prozedur

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 149.756	
Prozeduren nach eingriffsspezifischen intra- und postoperativen Infektionen innerhalb von 30 Tagen bei Cholezystektomie		
8-176.2 Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Am offenen Abdomen (dorsoventrale Lavage)	1.011	0,68
8-176.0 Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Bei liegender Drainage (geschlossene Lavage)	398	0,27
5-900.1b Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Bauchregion	322	0,22
5-894 Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	275	0,18
5-916.a3 Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Am offenen Abdomen	237	0,16
5-896.1b Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Bauchregion	236	0,16
8-176.x Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Sonstige	167	0,11
5-541.4 Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Anlegen eines temporären Bauchdeckenverschlusses	98	0,07
8-192.1b Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Bauchregion	87	0,06
5-896.0b Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Bauchregion	72	0,05
Prozeduren nach interventionsbedürftiger intra- oder postoperativer Blutung innerhalb von 30 Tagen bei Cholezystektomie		
8-800 Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	2.874	1,92
8-803.2 Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung	19	0,01

Operation / Prozedur

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 149.756	
Reinterventionen aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einer Cholezystektomie		
5-541.2 Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Relaparotomie	306	0,20
5-545 Verschluss von Bauchwand und Peritoneum	225	0,15
5-541.0 Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Explorative Laparotomie	220	0,15
5-541.1 Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Laparotomie mit Drainage	155	0,10
5-467.0 Andere Rekonstruktion des Darmes: Naht (nach Verletzung)	154	0,10
5-505 Rekonstruktion der Leber	112	0,07
5-549.5 Andere Bauchoperationen: Laparoskopie mit Drainage	77	0,05
5-469.7 Andere Operationen am Darm: Übernähung eines Ulkus	55	0,04
5-501.00 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Exzision, lokal: Offen chirurgisch	28	0,02
5-449 Andere Operationen am Magen	24	0,02
Reoperation innerhalb von 90 Tagen nach einer Cholezystektomie		
5-983 Reoperation	0	0,00
Andere Operationen am Darm (Bridenlösung und Adhäsiolyse) innerhalb von 365 Tagen		
5-469.2 Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse	682	0,46
5-469.1 Andere Operationen am Darm: Bridenlösung	42	0,03
Verschluss einer Narbenhernie innerhalb von 365 Tagen		
5-536 Verschluss einer Narbenhernie	0	0,00

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 149.756	
Entlassungsgrund (nach §301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	130.784	87,33
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	11.850	7,91
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	124	0,08
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	1.231	0,82
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	≤3	x
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	1.604	1,07
(07) Tod	1.939	1,29
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ¹⁵	55	0,04
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	580	0,39
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	1.310	0,87
(11) Entlassung in ein Hospiz	6	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	14	0,01
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	77	0,05
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	105	0,07
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ¹⁶	47	0,03
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	25	0,02
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ¹⁷	≤3	x
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	≤3	x
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	≤3	x
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00

¹⁵ § 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

¹⁶ nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

¹⁷ für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

Sozialdaten

Erfassungsjahr 2022

30 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2022

Diagnosen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 150.066	
Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen ohne Perforation des Gallengangs und ohne Fistel des Gallengangs		
K83.1 Verschluss des Gallenganges	305	0,20
K91.81 Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen an Gallenblase und Gallenwegen	131	0,09
K83.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Gallenwege	84	0,06
K91.88 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	58	0,04
S36.18 Verletzung: Gallengang	44	0,03
T81.2 Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	28	0,02
K83.9 Krankheit der Gallenwege, nicht näher bezeichnet	6	0,00
Fistel des Gallenganges		
K83.3 Fistel des Gallenganges	85	0,06
Weitere intra- oder postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie innerhalb von 30 Tagen		
K56.0 Paralytischer Ileus	513	0,34
I26.9 Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	294	0,20
K56.7 Ileus, nicht näher bezeichnet	244	0,16
K56.6 Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	223	0,15
K91.3 Postoperativer Darmverschluss	210	0,14
I80.28 Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten	108	0,07
I26.0 Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	77	0,05
I80.1 Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V. femoralis	42	0,03
I82.2 Embolie und Thrombose der V. cava	13	0,01

Erfassungsjahr 2022

30 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2022

Diagnosen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 150.066	
Akute Peritonitis		
K65.0 Akute Peritonitis	349	0,23
Sonstige Peritonitis		
K65.8 Sonstige Peritonitis	100	0,07
Infektionen nach Cholezystektomie ohne Streptokokkensepsis, sonstige Sepsis, Erysipel, akute Peritonitis, sonstige Peritonitis und Cholangitis		
T81.4 Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	513	0,34
K75.0 Leberabszess	226	0,15
T81.3 Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert	137	0,09
L02.2 Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	116	0,08
L03.3 Phlegmone am Rumpf	77	0,05
Streptokokkensepsis		
A40 Streptokokkensepsis	23	0,02
Sonstige Sepsis		
A41 Sonstige Sepsis	147	0,10
Diagnosen nach interventionsbedürftiger intra- oder postoperativer Blutung bei Cholezystektomie ohne akute Blutungsanämie		
T81.1 Schock während oder als Folge eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	≤3	x
Akute Blutungsanämie		
D62 Akute Blutungsanämie	404	0,27

Operation / Prozedur

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 150.066	
Eingriffe nach operationsbedingten Gallenwegskomplikationen		
5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	2.874	1,92
5-514 Andere Operationen an den Gallengängen	505	0,34
5-516 Andere Rekonstruktion der Gallengänge	487	0,32
5-512 Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym)	240	0,16
5-515 Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Gallengänge	87	0,06
Prozeduren nach eingriffsspezifischen intra- und postoperativen Infektionen bei Cholezystektomie		
8-176.2 Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Am offenen Abdomen (dorsoventrale Lavage)	804	0,54
8-176.0 Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Bei liegender Drainage (geschlossene Lavage)	518	0,35
5-900.1b Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Bauchregion	398	0,27
5-896.1b Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Bauchregion	289	0,19
5-894 Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	277	0,18
5-916.a3 Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Am offenen Abdomen	224	0,15
8-176.x Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Sonstige	126	0,08
8-192.1b Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Bauchregion	95	0,06
5-541.4 Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Anlegen eines temporären Bauchdeckenverschlusses	93	0,06
5-896.0b Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Bauchregion	92	0,06

Operation / Prozedur

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 150.066	
Prozeduren nach interventionsbedürftiger intra- oder postoperativer Blutung bei Cholezystektomie		
8-800 Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	498	0,33
8-803.2 Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung	8	0,01

Erfassungsjahr 2021

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

Mortalität

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 149.756	
Quartal des Sterbedatums		
1. Quartal	676	0,45
2. Quartal	993	0,66
3. Quartal	1.137	0,76
4. Quartal	1.461	0,98

Folgeaufenthalte

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 149.756	
Folgeaufenthalte		
0	134.614	89,89
1	11.981	8,00
2	2.233	1,49
3	604	0,40
> 3	324	0,22

90 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2021

Diagnosen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 149.756	
Diagnosen bei Reinterventionen aufgrund von Komplikationen nach einer Cholezystektomie		
K76.3 Leberinfarkt	22	0,01
K76.2 Zentrale hämorrhagische Lebernekrose	0	0,00

Operation / Prozedur

	Bund (gesamt)	
	n	%
Reinterventionen aufgrund von Komplikationen nach einer Cholezystektomie		
5-549.5 Andere Bauchoperationen: Laparoskopie mit Drainage	1.971	1,32
5-541.2 Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Relaparotomie	879	0,59
5-501.01 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Exzision, lokal: Laparoskopisch	760	0,51
5-467.0 Andere Rekonstruktion des Darmes: Naht (nach Verletzung)	707	0,47
5-505 Rekonstruktion der Leber	664	0,44
5-541.0 Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Explorative Laparotomie	546	0,36
5-541.1 Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Laparotomie mit Drainage	525	0,35
5-545 Verschluss von Bauchwand und Peritoneum	477	0,32
5-449 Andere Operationen am Magen	276	0,18
5-501.21 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Keilexzision: Laparoskopisch	248	0,17

365 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2021

Diagnosen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 149.756	
Weitere intra- oder postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie		
T81.8 Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	666	0,44
K56.5 Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	111	0,07
T81.9 Nicht näher bezeichnete Komplikation eines Eingriffes	9	0,01
T81.5 Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist	5	0,00
Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän		
K43.0 Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	105	0,07

Operation / Prozedur

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 149.756	
Andere Operationen am Darm (Bridenlösung und Adhäsiolyse)		
5-469.2 Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse	1.030	0,69
5-469.1 Andere Operationen am Darm: Bridenlösung	102	0,07
Verschluss einer Narbenhernie		
5-536 Verschluss einer Narbenhernie	452	0,30