

QS-Verfahren *Cholezystektomie*

Bundesqualitätsbericht 2025

Impressum

Titel	QS-Verfahren <i>Cholezystektomie</i> . Bundesqualitätsbericht 2025
Abgabe	15. August 2025
Aktualisierung	21. Oktober 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
info@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-0

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis.....	5
1 Hintergrund	6
2 Einordnung der Ergebnisse	9
2.1 Datengrundlage	9
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren.....	11
2.2.1 Überblick.....	11
2.2.2 Detailergebnisse	17
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens	24
2.3.1 Überblick.....	24
2.3.2 Detailergebnisse	27
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen	30
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren.....	30
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)	33
4 Evaluation	35
5 Ausblick.....	37
Literatur	38

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – CHE	8
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – CHE	8
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – CHE	10
Tabelle 4: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2023) – CHE	10
Tabelle 5: Verknüpfungsrates mit Sozialdaten (EJ 2024 und EJ 2023) – CHE	11
Tabelle 6: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – CHE	14
Tabelle 7: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – CHE	15
Tabelle 8: QI 58000: Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	18
Tabelle 9: QI 58004: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	19
Tabelle 10: QI 58002: Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	20
Tabelle 11: QI 58003: Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	21
Tabelle 12: QI 58001: Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	22
Tabelle 13: QI 58005: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	23
Tabelle 14: QI 58006: Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	24
Tabelle 15: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – CHE	25
Tabelle 16: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – CHE	26
Tabelle 17: AK 852202: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	27
Tabelle 18: AK 852204: Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation	28
Tabelle 19: AK 852203: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	28
Tabelle 20: Auswertungsrelevante auffällige Prüfkriterien im Verfahren QS CHE	29
Tabelle 21: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CHE	31
Tabelle 22: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – CHE	32
Tabelle 23: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CHE	33
Tabelle 24: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – CHE	34

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DRG	diagnosebezogene Fallgruppen (<i>Diagnosis Related Groups</i>)
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutskennzeichennummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
M-DB	mandantenfähige Datenbank
MDS	Minimaldatensatz
n. a.	nicht anwendbar
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PID	patientenidentifizierende Daten
PK-ID	Identifikationsnummer des Prüfkriteriums
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QS CHE	QS-Verfahren <i>Cholezystektomie</i>
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch

1 Hintergrund

In Deutschland werden jährlich rund 175.000 Cholezystektomien (Entfernungen der Gallenblase) durchgeführt. In ca. 90 % aller Fälle wird die Cholezystektomie laparoskopisch, d. h. mittels sogenannter Schlüssellochchirurgie, vorgenommen. Operationsverfahren, bei denen der operative Zugang über natürliche Körperöffnungen (*Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery*, NOTES) erfolgt, haben bislang noch nicht Eingang in die klinische Praxis gefunden. 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 Gallen- oder Gallensteinleidens können vereinzelt schwerwiegende Komplikationen auftreten, z. B. Verletzungen der Gallenwege oder der Blutgefäße. Im schlimmsten Fall können postoperative Komplikationen auch zum Tod führen. Das QS-Verfahren *Cholezystektomie (QS CHE)* beobachtet und analysiert die Häufigkeit solcher Ereignisse und dient damit der Beurteilung stationär erbrachter Indexeingriffe von Cholezystektomien. Ziele des QS-Verfahrens sind es, die Durchführung der Eingriffe zur Erhöhung der Patientensicherheit zu verbessern und somit auch Komplikationsraten während und nach den Eingriffen zu verringern sowie Folgeerkrankungen zu vermeiden.

Qualitätsindikatoren

Das Verfahren *QS CHE* umfasst 7 Follow-up-Indikatoren, welche sowohl die Daten der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation als auch die Sozialdaten bei den Krankenkassen nach § 299 SGB V zur Berechnung heranziehen. Alle Indikatoren adressieren die Qualitätsdimension der Patientensicherheit, da sie das Auftreten von intra- oder postoperativen Komplikationen nach einer Cholezystektomie messen. Intra- oder postoperative Komplikationen stellen unerwünschte Ereignisse dar, die das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko zusätzlich erhöhen und körperliche (unter Umständen lebenslange) Beeinträchtigungen wie beispielsweise Schmerzen oder Verletzungen verursachen können. Sie können zu einer Verlängerung des Behandlungsprozesses führen und somit zu einer zusätzlichen Belastung für die Patientin bzw. den Patienten werden.

Intraoperative Verletzungen, wie z. B. eine Verletzung der Gallenwege oder die Durchtrennung oder der Verschluss des Ductus hepatocholedochus (Hauptgallengang), gehören zu den gravierendsten Komplikationen bei Cholezystektomien und werden über den Indikator zu operationsbedingten Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen (ID 58000) analysiert. Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen können sowohl intra- als auch postoperativ entdeckt und behandelt werden. Sie können ein Grund für den Umstieg vom laparoskopischen auf den invasiven offen-chirurgischen Zugangsweg für die Cholezystektomie sein.

Postoperative Infektionen gehören ebenfalls zu den allgemeinen Komplikationen nach einem operativen Eingriff und werden über den Indikator zu eingriffsspezifischen Infektionen innerhalb von 30 Tagen (ID 58002) ausgewertet. Bei offen-chirurgischen Cholezystektomien ist die Wahr-

scheinlichkeit, dass eine postoperative Infektion auftritt, signifikant höher als bei laparoskopischen Cholezystektomien. Eine postoperative Infektion nach einer Cholezystektomie kann z. B. zu einem Leberabszess oder einer Bauchfellentzündung (Peritonitis) führen.

Der Indikator 58006 erfasst alle Todesfälle innerhalb von 90 Tagen nach einer Cholezystektomie, da für diesen Zeitraum davon ausgegangen werden kann, dass postoperative Komplikationen einen Einfluss auf das Versterben der Patientinnen und Patienten haben. Die Vermeidung von postoperativen Komplikationen und deren angemessene Behandlung ist deshalb der wichtigste Schritt zur Vermeidung von postoperativen Todesfällen.

Mit dem Indikator 58003 werden alle Patientinnen und Patienten erfasst, bei denen interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie auftraten. Zu den interventionsbedürftigen Blutungen werden hierbei die Blutungsanämie sowie der Schock während oder als Folge eines Eingriffs sowie Transfusionen gezählt. Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten mit einer Anämie oder einer Transfusion, wenn diese bereits vor der Cholezystektomie bestand oder notwendig wurde.

Der Indikator 58004 adressiert allgemeine, nicht eingriffsspezifische postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie, wie z. B. eine Thrombose, eine Lungenembolie, eine Pneumonie, einen Myokardinfarkt oder einen Ileus. Langfristige postoperative Komplikationen nach einer laparoskopischen oder nach einer offen-chirurgischen Cholezystektomie, die symptomatisch werden und eine Intervention erfordern, werden mit dem Indikator 58005 fokussiert. Dazu zählen beispielsweise Narbenhernien sowie Verwachsungen (Adhäsionen). Ebenso können nach dem Eingriff zurückgelassene Fremdkörper (z. B. OP-Tücher oder Instrumente) unerwünschte postoperative Komplikationen verursachen.

Erneute operative oder interventionelle Eingriffe nach einer Gallenblasenentfernung wegen postoperativ aufgetretener Komplikationen werden mit dem Indikator 58001 erfasst. Dies können bspw. Gallengangsverletzungen, Blutgefäßverletzungen und Blutungen sowie postoperative Entzündungen sein.

Für die Berechnung der Indikatoren werden neben der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation auch die Sozialdaten bei den Krankenkassen nach § 299 SGB V ausgewertet, wodurch der weitere Krankheitsverlauf einer Patientin oder eines Patienten über einen längeren Zeitraum nach der Entlassung nachvollzogen werden kann. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Sozialdaten erst mit einem gewissen Zeitverzug ausgewertet und berichtet werden können. Der Zeitraum des Nachverfolgens, der im Verfahren QS CHE bei 30, 90 und 365 Tagen liegt, muss zunächst abgeschlossen und die Abrechnungsdaten des Leistungserbringers bei der Krankenkasse angekommen sein. Erst im Anschluss können die Daten an das IQTIG übermittelt werden. Daher enthalten die Auswertungen dieses QS-Verfahrens grundsätzlich immer zwei Erfassungsjahre:

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

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – CHE

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023

Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul *Cholezystektomie* werden keine Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ausgewertet, jedoch 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – CHE

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

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2023 wurden im Verfahren *QS CHE* zum Erfassungsjahr 2024 mehr Datensätze übermittelt, die Vollständigkeit verblieb in einem ähnlichen Bereich. 12 Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte) haben für das Erfassungsjahr 2024 Datensätze geliefert, aber keine Sollstatistik. Insgesamt wurden QS-Dokumentationsdaten von 164.446 Patientinnen und Patienten für das Verfahren *QS CHE* verwendet. Dies ist ein Anstieg um 3,2 % im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2023: 159.187). Der Anstieg der QS-Dokumentationsdaten kann hauptsächlich dadurch erklärt werden, dass die Datensatzanzahl – nach verstärktem Rückgang aufgrund der COVID-19-Pandemie – wieder auf das vergleichbare Niveau der Zeit vor der COVID-19-Pandemie angestiegen ist.

In Bezug auf die Lieferung der Sozialdaten bei den Krankenkassen besteht die Einschränkung, dass eine Krankenkasse ihrer Lieferpflicht nicht in Gänze nachgekommen ist. Dementsprechend ist die Vollständigkeit der Sozialdaten bei den Krankenkassen (fehlender Anteil von ca. 2 % der gesetzlich Versicherten in Deutschland) für die gesamte Bundesauswertung im Jahr 2025 beeinträchtigt. Im Verfahren *QS CHE* fehlen bei 5 von 7 Indikatoren jeweils Sozialdaten aus den letzten Monaten des Index- bzw. Follow-up-Zeitraums. Die Auswirkungen auf die Qualitätsergebnisse sind insgesamt jedoch als sehr gering einzuschätzen. Für das Erfassungsjahr 2023 konnten 98,43 % und für das Erfassungsjahr 2024 96,69 % der übermittelten Sozialdaten bei den Krankenkassen mit einem QS-Datensatz verknüpft werden. Die Verknüpfungsrate liegt damit für die Erfassungsjahre 2023 und 2024 nach wie vor über der Mindestanforderung von 95 %.

QS-Dokumentation zum Erfassungsjahr 2024 (Auswertungsjahr 2025)

Die Anzahl der Leistungserbringer auf Ebene der Institutionskennzeichennummer (IKNR) ist leicht gesunken, dies kann mit regulären Schließungen von Krankenhäusern erläutert werden, welche nunmehr keine Cholezystektomie in ihrem Standort durchführen.

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

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – CHE

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	erwartet	Vollständigkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	164.486 164.446 40	163.441	100,64
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebeine (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.062		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebeine (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.102	1.092	100,92
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	939	930	100,97

Tabelle 4: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2023) – CHE

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	erwartet	Vollständigkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	159.225 159.187 38	157.642	101,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebeine (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.071		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebeine (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.112	1.098	101,28
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	943	932	101,18

Sozialdaten bei den Krankenkassen zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2024 (AJ 2025)

Tabelle 5 stellt die Anzahl der übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe mit einem Follow-up-Zeitraum von 30 Tagen aus dem Erfassungsjahr 2024 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 2024 gelieferten QS-Dokumentationsdaten aus. Für die Verknüpfung der beiden Datensätze gilt, dass für jeden QS-Dokumentationsdatensatz per PID geprüft wird, 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 2024 können in diesem Bericht nur die Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum bis zu 30 Tagen berechnet werden. Dies ist verfahrensimmanent durch den Zeitverzug bei der Lieferung der Sozialdaten bei den Krankenkassen begründet. Im kommenden Jahr werden sämtliche Indikatoren auf Grundlage der Daten des Erfassungsjahres 2024 ausgewertet. Dieser Logik folgend, werden die Indikatoren des AJ 2025 mit 90- und 365-Tage Follow-up anhand der Daten des Erfassungsjahres 2023 ausgewertet. Die Verknüpfungsrate liegt für die Erfassungsjahre 2023 und 2024 nach wie vor über der Mindestanforderung von 95 %.

Von einer deutschlandweit agierenden Krankenkasse wurde nur ein Teildatensatz übermittelt. Die Auswirkung auf die Qualitätsergebnisse sind insgesamt als gering einzuschätzen. Es kann zwar nicht ausgeschlossen werden, dass der Datenausfall die Ergebnisse auf Fall-, Leistungserbringer- oder Bundesebene beeinflusst. Aufgrund der relativ geringen Abweichungen ist jedoch keine Veränderung der Referenzwerte zu erwarten. Wenn überhaupt sind Abweichungen nur bei einigen wenigen Leistungserbringern und dann nur in einem sehr geringen Ausmaß zu erwarten (siehe Abschnitt 2.3.2 „Statistische Basisprüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen (Prüfkriterien)“).

Tabelle 5: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten (EJ 2024 und EJ 2023) - CHE

	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Erfassungsjahr 2024 Bund (gesamt)	164.446	96,69 N = 158.995
Erfassungsjahr 2023 Bund (gesamt)	159.187	98,43 N = 156.685

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

2.2.1 Überblick

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren dieses QS-Verfahrens zeigen eine stabile Versorgungslage. Cholezystektomien werden bundesweit zwar häufig durchgeführt, in der Gesamtheit treten doch nur sehr selten Komplikationen auf. Dennoch aufgetretene Komplikationen werden im Rahmen des Stellungsnahmeverfahrens zudem überwiegend als qualitativ unauffällig eingestuft.

Alle Indikatoren besitzen einen perzentilbasierten Referenzbereich (≤ 95 . Perzentil), d. h., in allen Indikatoren weisen immer nur jeweils etwas mehr als 5 % der Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse auf. Eine wesentliche Änderung gegenüber dem Vorjahr betrifft die Auswertungsmethodik, die nun die von der Fallzahl abhängige statistische Unsicherheit berücksichtigt: Rechnerische Auffälligkeit wird nicht mehr nur danach bestimmt, ob ein beobachtetes Indikatorergebnis nominell außerhalb des Referenzbereichs liegt. Zusätzlich muss eine ausreichende statistische Sicherheit darüber vorliegen, dass der Referenzbereich vom Leistungserbringer nicht

erreicht wird. Die Umstellung betrifft die Bewertung von erreichten Indikatorergebnissen, aber nicht die Berechnung der Indikatorergebnisse selbst („Rechenregeln“).

Erstmals im Auswertungsjahr 2025 sind alle Indikatoren angemessen risikoadjustiert.

Nach einer IQTIG-internen Auswertung zeigte sich bei allen Indikatoren, dass Gallenblasen- bzw. Gallengangssteine einen scheinbar protektiven Effekt aufweisen. Nach Einschätzung des Expertengremiums auf Bundesebene sei dies durch eine unterschiedliche Kodierung der Gallenblasen-/Gallengangssteine erklärbar. Bei einem Patientenkollektiv, welches lediglich eine Gallenblasenentfernung und Steine aufweist, wären die Gallenblasen-/Gallengangssteine vollständig dokumentiert. Bei einem multimorbiden Patientenkollektiv hingegen sei die eigentliche Kodierung der Steine durch diverse andere Diagnosekodierungen möglicherweise unvollständig oder nicht vorhanden. Daraus ergibt sich, dass Gallenblasensteine vorwiegend bei klinisch „leichteren“ Fällen dokumentiert werden. Zudem befinden sich bekannte „Steinträger“ im Vorfeld einer Cholezystektomie unter Umständen in regelmäßigeren ärztlichen Kontrollen. Aus diesem Grund wird der Gallenblasen-/Gallengangsstein aus der Risikoadjustierung für das Verfahren QS CHE ausgeschlossen.

Die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren zum Auswertungsjahr 2025 stellen zum einen die Bundesergebnisse für das Erfassungsjahr 2024 dar. Dies betrifft die risikoadjustierten Indikatoren mit 30-Tage-Follow-up und einem Indexeingriff im Jahr 2024 (IDs 58000, 58002, 58003 und 58004). Ihnen gegenübergestellt werden die Vorjahresergebnisse aus dem Erfassungsjahr 2023. Zum anderen werden die Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von 90 und 365 Tagen sowie einem Indexeingriff im Jahr 2023 (IDs 58001, 58005 und 58006) erstmals mit einer vollständig angemessenen Risikoadjustierung ausgewiesen. Das Risikoadjustierungsmodell für diese Indikatoren wurde auf den Daten des Erfassungsjahres 2023 geschätzt, daher beträgt das Ergebnis im Auswertungsjahr 2025 immer nahezu 1,00. Eine Vergleichbarkeit mit den Vorjahresdaten ist nicht gegeben, weshalb in der Spalte „Bundesergebnis AJ 2024“ keine Daten dargestellt werden. Dies hängt damit zusammen, dass erst mit der Spezifikation für das Erfassungsjahr 2023 diverse weitere ICD- und OPS-Kodes, welche Komorbiditäten darstellen, für eine angemessene Risikoadjustierung angefordert und somit erst im Auswertungsjahr 2025 für ein Risikoadjustierungsmodell genutzt werden konnten.

Einschränkend ist zu sagen, dass es neben einer Krankenkasse, welche ihrer Lieferpflicht nicht in Gänze nachgekommen ist, bei weiteren Krankenkassen zu Problemen in den beiden Zwischenlieferungen vor der endgültigen Datenbereitstellung im April 2025 kam. Laut Rückmeldungen dieser betroffenen Krankenkassen waren technische Probleme und Softwareumstellungen ursächlich. Die Ergebnisse der Sozialdatenvalidierung zur endgültigen Lieferung im April 2025 zeigten, dass die betroffenen Krankenkassen die zwischenzeitlichen Probleme abstellen konnten. Jedoch ergaben sich Auswirkungen auf die Risikoadjustierung für die Qualitätsindikatoren mit 90- (IDs 58001 und 58006) sowie 365-Tage-Follow-up (ID 58005). Die Risikoadjustierung wurde zunächst anhand der Oktober-Lieferungen des Vorjahres entwickelt. Als sich diese Lieferungen jedoch als unvollständig herausstellten, wurde das Risikoadjustierungsmodell mit dem bereinigten Daten-

stand der Bundesauswertung erneut berechnet und die Koeffizienten aktualisiert. Eine Anpassung der Auswahl der zu berücksichtigenden Risikofaktoren konnte in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht stattfinden. Trotz dieser geringen Limitation wird die Risikoadjustierung aus fachlicher Sicht weiterhin als angemessen eingeschätzt.

Im Verfahren QS CHE haben alle Indikatoren einen verteilungsbasierten Referenzbereich.

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

Tabelle 6: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) - CHE

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	0,96 O/E = 1.230 / 1.279,88 0,78 % O/N = 1.230 / 158.548	0,95 O/E = 1.202 / 1.263,87 0,76 % O/N = 1.202 / 158.995 (≤ 1,15; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	1,00 O/E = 4.160 / 4.168,68 2,62 % O/N = 4.160 / 158.548	1,06 O/E = 4.245 / 4.011,46 2,67 % O/N = 4.245 / 158.995 (≤ 1,24; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	0,96 O/E = 2.096 / 2.174,86 1,32 % O/N = 2.096 / 158.548	0,92 O/E = 1.959 / 2.137,38 1,23 % O/N = 1.959 / 158.995 (≤ 1,26; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	1,00 O/E = 2.376 / 2.364,89 1,50 % O/N = 2.376 / 158.548	1,02 O/E = 2.330 / 2.279,55 1,47 % O/N = 2.330 / 158.995 (≤ 1,24; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	- O/E = - / - - O/N = - / -	1,00 O/E = 6.637 / 6.637,00 4,24 % O/N = 6.637 / 156.685 (≤ 1,30; 95. Perzentil)	nicht vergleichbar

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	- O/E = - / - - O/N = - / -	1,00 O/E = 4.484 / 4.484,00 2,86 % O/N = 4.484 / 156.685 (≤ 1,11; 95. Perzentil)	nicht vergleichbar
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	- O/E = - / - - O/N = - / -	1,00 O/E = 2.838 / 2.833,57 1,81 % O/N = 2.838 / 156.685 (≤ 1,05; 95. Perzentil)	nicht vergleichbar

Tabelle 7: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – CHE

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	2023	52 von 1.071	4,86	8
		2024	53 von 1.062	4,99	6
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	2023	57 von 1.071	5,32	3
		2024	53 von 1.062	4,99	8
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	2023	60 von 1.071	5,60	14
		2024	53 von 1.062	4,99	11

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	2023	56 von 1.071	5,23	5
		2024	54 von 1.062	5,08	6
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	2022	62 von 1.109	5,59	24
		2023	53 von 1.071	4,95	19
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	2022	58 von 1.109	5,23	11
		2023	55 von 1.071	5,14	7
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	2022	62 von 1.109	5,59	11
		2023	52 von 1.071	4,86	2

2.2.2 Detailergebnisse

Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen (ID 58000)

Dieser Indikator 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, Schreuder et al. 2020, Wong et al. 2024). Bei verzögerten Cholezystektomien und Cholezystektomien im Notfall liegen die Raten höher (Wong et al. 2024). 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 Auswertungsjahr 2025 bei 0,76 % (1.202/158.995). Das O/E-Ergebnis von 0,95 ist nahezu deckungsgleich zum Vorjahreswert von 0,96. Auf Bundesebene wurden ca. 97 % der Cholezystektomien laparoskopisch durchgeführt. Im Vergleich zur national wie international angegebenen Häufigkeit für Gallenwegsverletzungen bei laparoskopisch durchgeführten Cholezystektomien rangiert das Bundesergebnis im Mittelfeld.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurde der überwiegende Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten abschließend als unauffällig eingestuft. Möglicherweise wird sich der Anteil der Leistungserbringer mit der Einstufung „qualitativ auffällig“ im Stellungnahmeverfahren noch erhöhen, wenn künftig in der mandantenfähigen Datenbank (M-DB) auch Patientinnen und Patienten identifiziert und im Stellungnahmeverfahren betrachtet werden können, deren Komplikation in einer anderen Einrichtung versorgt wurde. Darüber hinaus wurde der Indikator im Vorfeld der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung bereits umfangreich gemeinsam mit dem Expertengremium auf Bundesebene überprüft und überarbeitet. Eine quantitative Auswertung im Rahmen der Verfahrensüberprüfung zeigte zudem, dass auch nach 30 Tagen bis zu einem Jahr Gallenwegskomplikationen in regelmäßigen Schwankungen auftreten. Um die Validität des Indikators weiter zu erhöhen, wurde empfohlen, den Follow-up-Zeitraum auf 90 Tage auszuweiten.

Tabelle 8: QI 58000: Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,05 O/E = 1.172 / 1.115,45 0,78 % O/N = 1.172 / 149.314	0,96 O/E = 1.230 / 1.279,88 0,78 % O/N = 1.230 / 158.548	0,95 O/E = 1.202 / 1.263,87 0,76 % O/N = 1.202 / 158.995
rechnerische Auffälligkeiten	58 von 1.110 5,23 %	52 von 1.071 4,86 %	53 von 1.062 4,99 % (Refbereich: ≤ 1,15; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 58 (8,62 %)	6 / 52 (11,54 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	5 / 1.110 (0,45 %)	6 / 1.071 (0,56 %)	n. a.

Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen (ID 58004)

Zu den erfassten Komplikationen zählen in diesem Indikator die allgemeinen postoperativen Komplikationen wie eine Thrombose, eine Lungenembolie oder ein Ileus. Darüber hinaus werden auch die nicht eingriffsspezifischen, postoperativen Komplikationen wie z. B. eine Pneumonie, ein Myokardinfarkt oder ein Hirninfarkt adressiert. Im Auswertungsjahr 2025 traten bei 2,67 % (4.245/158.995) der Eingriffe postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen nach der Cholezystektomie auf.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurde der überwiegende Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten als qualitativ unauffällig eingestuft. Die meisten abweichenden Ergebnisse erklärten sich durch Einzelfälle oder Dokumentationsprobleme.

Einige Rückmeldungen aus dem Stellungnahmeverfahren beziehen sich in diesem Indikator darauf, dass die im Indikator adressierten transitorischen ischämischen Attacken (TIA), Hirninfarkte, Herzinfarkte und Embolien auch aufgrund konkurrierender Erkrankungen/Ursachen auftreten, die nicht im Zusammenhang mit der Cholezystektomie stehen (z. B. Vorhofflimmern, Koronare Herzkrankheit (KHK), höhergradige Stenosen der hirnversorgenden Arterien, genetisch bedingte Gerinnungsstörungen). Der Indikator wurde auf Vorschlag des Expertengremiums auf Bundesebene und auf Grundlage der Ergebnisse wissenschaftlicher Publikationen hinsichtlich der Betrachtung von nicht eingriffsspezifischen, postoperativen Komplikationen zur Beurteilung des postoperativen Outcomes weiterentwickelt. Zu den weiteren nicht eingriffsspezifischen postoperativen Komplikationen nach einer Cholezystektomie gehören dementsprechend auch die postoperative Pneumonie, Myokardinfarkte sowie Hirninfarkte (Hall et al. 2016, Palsson et al. 2020, Serban et al. 2021, Teng et al. 2021). Bestehende oder neu diagnostizierte Vorerkrankungen wie eine Lungenerkrankung, Herzinsuffizienz und Diabetes mellitus erhöhen das Risiko für allgemeine postoperative Komplikationen (Hall et al. 2016, Teng et al. 2021). Bestimmte vorbestehende

Komorbiditäten und relevante Vorerkrankungen, wie z. B. Vorhofflimmern und Herzvorerkrankungen, können das Patientenkontinuum aller Leistungserbringer gleichermaßen betreffen und werden über eine Risikoadjustierung ausgeglichen. Konkurrierende Erkrankungen sind demnach nicht gleichbedeutend damit anzusehen, dass diese auch ursächlich für die postoperative Komplikation sind. Simultancholezystektomien während eines Eingriffs aus anderen Gründen werden darüber hinaus (wenn korrekt dokumentiert) aus dem Verfahren ausgeschlossen. In der Gesamtheit bedeutet dies, dass die genannten nicht eingriffsspezifischen postoperativen Komplikationen auch erst nach einer Cholezystektomie auftreten können. Außerdem weisen Patientinnen und Patienten mit einer Cholezystektomie eine kurze stationäre Verweildauer auf, welche den Rückschluss zulässt, dass keine regelhafte Durchführung weiterer Eingriffe im selben Aufenthalt erfolgt. Im Stellungnahmeverfahren sollten diese Fälle daher besonders geprüft und die Leistungserbringer für eine korrekte Kodierung von simultanen Cholezystektomien sensibilisiert werden.

Tabelle 9: QI 58004: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,69 O/E = 1.841 / 2.682,77 1,23 % O/N = 1.841 / 149.314	1,00 O/E = 4.160 / 4.168,68 2,62 % O/N = 4.160 / 158.548	1,06 O/E = 4.245 / 4.011,46 2,67 % O/N = 4.245 / 158.995
rechnerische Auffälligkeiten	61 von 1.110 5,50 %	57 von 1.071 5,32 %	53 von 1.062 4,99 % (Refbereich: ≤ 1,24; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 61 (6,56 %)	4 / 57 (7,02 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 1.110 (0,36 %)	4 / 1.071 (0,37 %)	n. a.

Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen (ID 58002)

Mit diesem Qualitätsindikator werden die postoperativen Infektionsraten nach einer Cholezystektomie gemessen. Im Auswertungsjahr 2025 traten bei ca. 1,2 % der Indexeingriffe eingriffsspezifische Infektionen auf.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurde der überwiegende Anteil rechnerischer Auffälligkeiten als unauffällig eingestuft. Rückmeldungen aus den bisherigen Stellungnahmeverfahren bemängelten, dass ICD-10-GM- und OPS-Kodes nicht spezifisch genug seien, um die jeweilige zu betrachtende Komplikation in den Indikatoren abzubilden. Im Verfahren QS CHE werden jedoch zumeist elektive Cholezystektomien bei einem eher gesunden Patientenkollektiv betrachtet. Aufgrund der geringen Fallzahlen und der geringen Mortalitätsrate würde eine zu spezifische Kodierung kaum zur Auslösung der relevanten und schwerwiegenden

Fälle führen. Systemische Fehler wären schwerer bis kaum detektierbar, d. h., Standorte mit relevanten medizinischen Qualitätsdefiziten bekämen u. U. fälschlicherweise die Rückmeldung, dass ihre Ergebnisqualität gut oder sogar sehr gut ist. Für eine adäquate Einschätzung der Fehleranfälligkeit und um zu klären, welche Kausalität zugrunde liegt, sind die Einschätzungen und Bewertungen aus den zukünftigen, vollständigen Stellungnahmeverfahren essenziell. Anhand dieser muss geprüft werden, ob und inwieweit Ausschlüsse inhaltlich definiert und praktisch umgesetzt werden können. Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 erklärten sich die meisten abweichenden Ergebnisse durch Einzelfälle oder Dokumentationsprobleme.

Tabelle 10: QI 58002: Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,98 O/E = 1.791 / 1.835,71 1,20 % O/N = 1.791 / 149.314	0,96 O/E = 2.096 / 2.174,86 1,32 % O/N = 2.096 / 158.548	0,92 O/E = 1.959 / 2.137,38 1,23 % O/N = 1.959 / 158.995
rechnerische Auffälligkeiten	59 von 1.110 5,32 %	60 von 1.071 5,60 %	53 von 1.062 4,99 % (Refbereich: ≤ 1,26; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 59 (10,17 %)	5 / 60 (8,33 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	6 / 1.110 (0,54 %)	5 / 1.071 (0,47 %)	n. a.

Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen (ID 58003)

Mit diesem Indikator werden alle Fälle dokumentiert, bei denen interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie auftraten. Der bundesweite Anteil der betroffenen Patientinnen und Patienten liegt im Auswertungsjahr 2025 bei 1,47 % (2.330/158.995) und ist vergleichbar zum Vorjahr (EJ 2023: 1,50 %).

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wird der überwiegende Anteil rechnerischer Auffälligkeiten als unauffällig eingestuft. Die meisten abweichenden Ergebnisse wurden durch Einzelfälle oder Dokumentationsprobleme erklärt.

Tabelle 11: QI 58003: Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,51 O/E = 2.143 / 1.415,02 1,44 % O/N = 2.143 / 149.314	1,00 O/E = 2.376 / 2.364,89 1,50 % O/N = 2.376 / 158.548	1,02 O/E = 2.330 / 2.279,55 1,47 % O/N = 2.330 / 158.995
rechnerische Auffälligkeiten	66 von 1.110 5,95 %	56 von 1.071 5,23 %	54 von 1.062 5,08 % (Refbereich: ≤ 1,24; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 66 (6,06 %)	1 / 56 (1,79 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 1.110 (0,36 %)	1 / 1.071 (0,09 %)	n. a.

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

Erneute operative oder interventionelle Eingriffe nach einer Gallenblasenentfernung wegen postoperativ auftretender cholezystektomiespezifischer Komplikationen werden mit diesem Indikator erhoben. Auftretenden Komplikationen können bspw. verbliebene Gallengangsteine, Gallengangsverletzungen, Blutgefäßverletzungen und Blutungen sowie postoperative Entzündungen zugrunde liegen. Im Auswertungsjahr 2025 war bei 4,24 % (6.637/156.685) der Cholezystektomiepatientinnen und -patienten eine Reintervention aufgrund von Komplikationen notwendig. Erstmals im Auswertungsjahr 2025 können nun auch die Indikatoren mit einem 90- bzw. 365-Tage-Follow-up angemessen risikoadjustiert ausgewiesen werden, weshalb eine Vergleichbarkeit mit den Vorjahresdaten nicht gegeben ist. Dies hängt damit zusammen, dass erst mit der Spezifikation für das Erfassungsjahr 2023 diverse weitere ICD- und OPS-Kodes, welche Komorbiditäten darstellen, für eine angemessene Risikoadjustierung angefordert und somit erst im Auswertungsjahr 2025 für ein Risikoadjustierungsmodell genutzt werden konnten.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens wird der überwiegende Anteil rechnerischer Auffälligkeiten als unauffällig eingestuft.

Auch für diesen Indikator wird in den Stellungnahmen vermehrt auf vermeintliche Fehlkodierungen oder -auslösungen hingewiesen. So wurde angemerkt, dass bei einem laparoskopischen Eingriff jeweils in Ergänzung zu dem cholezystektomiespezifischen OPS-Kode oftmals noch der Kode 5-549.5 (z. B. aufgrund eines Leberabszesses) dokumentiert werden würde. Zu diesem Kode gibt das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) folgenden Hinweis: „Mit diesem Kode ist nur die Laparoskopie mit Drainage z. B. bei Abszess zu kodieren. Die Laparoskopie als Zugang ist unter dem jeweiligen Organeingriff zu kodieren.“ Die Doppelkodierung des laparoskopischen Eingriffs würde aus Sicht der Einrichtungen dadurch zu rechnerisch auffälligen Ergebnissen führen, da die Zusatzkodierung bei der Berechnung der Ergebnisse als Zweiteingriff

bzw. Reintervention interpretiert werde. Es wurde daher hinterfragt, ob nicht Fälle mit laparoskopischer Cholezystektomie, bei denen eine zusätzliche Kodierung des OPS-Kodes 5-549.5 (mit gleichem OP-Datum wie der OPS-Kodes der Cholezystektomie) bei präoperativ bestehendem Leberabszess von der Grundgesamtheit ausgeschlossen werden könnten, um rechnerische Auffälligkeiten aufgrund dieser (möglicherweise erlösorientierten Kodierung) zu vermeiden.

Dieser Sachverhalt wurde mit dem Expertengremium auf Bundesebene eingehend diskutiert. Nach Ansicht der Expertinnen und Experten sollte eine laparoskopische Cholezystektomie als solche kodiert werden, wenn sie durchgeführt wird, unabhängig davon, ob diese mit oder ohne eine Drainage endete. Eine zusätzliche Kodierung sei hingegen zu hinterfragen, da es sich aus fachlicher Sicht um eine Dopplung handle.

Die weiteren rechnerisch auffälligen Ergebnisse im Auswertungsjahr 2024 erklärten sich durch Dokumentationsprobleme oder Einzelfälle und wurden daher als qualitativ unauffällig eingestuft.

Tabelle 12: QI 58001: Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O/E = - / - - O/N = - / -	- O/E = - / - - O/N = - / -	1,00 O/E = 6.637 / 6.637,00 4,24 % O/N = 6.637 / 156.685
rechnerische Auffälligkeiten	61 von 1.116 5,47 %	62 von 1.109 5,59 %	53 von 1.071 4,95 % (Refbereich: ≤ 1,30; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 61 (1,64 %)	5 / 62 (8,06 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 1.116 (0,09 %)	5 / 1.109 (0,45 %)	n. a.

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 nach einer laparoskopischen oder nach einer offen-chirurgischen Cholezystektomie, die symptomatisch werden oder versorgt werden müssen, sind beispielsweise Hernien (Eingeweidebrüche), insbesondere Narben- und Trokarhernien (Khan und Ma 2020, Jensen et al. 2021), sowie Verwachsungen (Adhäsionen). Der bundesweite Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres auftraten, liegt im Auswertungsjahr 2025 bei 2,86 % (4.484/156.685). Erstmals im Auswertungsjahr 2025 können nun auch die Indikatoren mit einem 90- bzw. 365- Tage-Follow-up angemessen risikoadjustiert ausgewiesen werden, weshalb eine Vergleichbarkeit mit den Vorjahresdaten nicht gegeben ist. Dies hängt damit zusammen, dass erst mit der Spezifikation für das Erfassungsjahr 2023 diverse weitere ICD- und OPS-Kodes, welche Komorbiditäten darstellen, für eine angemessene Risikoadjustierung angefordert und somit erst im Auswertungsjahr 2025 für ein Risikoadjustierungsmodell genutzt werden konnten.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurde der überwiegende Anteil rechnerischer Auffälligkeiten als unauffällig eingestuft. Der Großteil der rechnerischen Auffälligkeiten kann auf Dokumentationsfehler zurückgeführt werden. Eine rechnerische Auffälligkeit führte zu einer Begehung, da in einem Fall der Bilirubin-Wert zum Zeitpunkt der Operation nicht vorlag. Die präoperative Bestimmung des Bilirubin-Wertes ist jedoch zwingend notwendig, andernfalls sollte nicht operiert werden. Dies resultierte in einer Ergebniseinstufung als qualitativ auffällig. Das Krankenhaus erarbeitete eine Standard Operating Procedure (SOP), um eine Verbesserung der Qualitätsziele zu erreichen.

Tabelle 13: QI 58005: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O/E = - / - - O/N = - / -	- O/E = - / - - O/N = - / -	1,00 O/E = 4.484 / 4.484,00 2,86 % O/N = 4.484 / 156.685
rechnerische Auffälligkeiten	62 von 1.116 5,56 %	58 von 1.109 5,23 %	55 von 1.071 5,14 % (Refbereich: ≤ 1,11; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 61 (6,56 %)	5 / 57 (8,77 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 1.116 (0,36 %)	5 / 1.109 (0,45 %)	n. a.

Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen (ID 58006)

Dieser Indikator 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. Im Auswertungsjahr 2025 zeigt sich, dass 1,81 % (2.838/156.685) der Patientinnen und Patienten mit Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2023 innerhalb von 90 Tagen nach der Cholezystektomie verstorben sind.

Erstmalig im Auswertungsjahr 2025 können nun auch die Indikatoren mit einem 90- bzw. 365-Tage-Follow-up angemessen risikoadjustiert ausgewiesen werden, weshalb eine Vergleichbarkeit mit den Vorjahresdaten nicht gegeben ist. Dies hängt damit zusammen, dass erst mit der Spezifikation für das Erfassungsjahr 2023 diverse weitere ICD- und OPS-Kodes, welche Komorbiditäten darstellen, für eine angemessene Risikoadjustierung angefordert und somit erst im Auswertungsjahr 2025 für ein Risikoadjustierungsmodell genutzt werden konnten.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wird der überwiegende Anteil rechnerischer Auffälligkeiten als unauffällig eingestuft. Die rechnerisch auffälligen Ergebnisse erklärten sich durch Dokumentationsprobleme oder wurden als Einzelfälle eingestuft.

Tabelle 14: QI 58006: Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O/E = - / - - O/N = - / -	- O/E = - / - - O/N = - / -	1,00 O/E = 2.838 / 2.833,57 1,81 % O/N = 2.838 / 156.685
rechnerische Auffälligkeiten	66 von 1.116 5,91 %	62 von 1.109 5,59 %	52 von 1.071 4,86 % (Refbereich: ≤ 1,05; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	7 / 66 (10,61 %)	3 / 61 (4,92 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	7 / 1.116 (0,63 %)	3 / 1.109 (0,27 %)	n. a.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Verfahren QS CHE werden im Auswertungsjahr 2025 insgesamt 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit ausgewiesen. Von insgesamt 1.092 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem Auffälligkeitskriterium weisen 14 Leistungserbringer mindestens eine rechnerische Auffälligkeit auf. Im Ergebnis zeigt sich für das Verfahren QS CHE auf Bundesebene keine Über- oder Unterdokumentation. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 erklärten sich die rechnerischen Auffälligkeiten vorwiegend durch Softwareprobleme oder wurden mit einer unvollständigen Datenlage begründet.

Die diesjährigen Ergebnisse sind vergleichbar zum Vorjahr, ebenso wie die geringfügige Anzahl an behandelten Fällen, bei denen ein Minimaldatensatz (MDS) angelegt werden musste. In der Gesamtheit ist die fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer für das Verfahren QS CHE weiterhin als beständig und vollzählig anzusehen.

In Tabelle 15 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Bundesergebnisse mit den entsprechenden Referenzbereichen dargestellt. Der Referenzbereich bezieht sich jedoch nicht auf das Bundesergebnis, sondern auf das Leistungserbringerergebnis.

Tabelle 15: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – CHE

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852204	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,64 % 164.486/163.441 (≥ 95,00 %)
852202	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,64 % 164.486/163.441 (≤ 110,00 %)
852203	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,02 % 40/163.441 (≤ 5,00 %)

Tabelle 16: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – CHE

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Erfassungs- jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
852204	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	9 von 1.092	0,82	2
852202	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	5 von 1.092	0,46	0
852203	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	0 von 1.092	0,00	-

2.3.2 Detailergebnisse

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 100,64 %, es besteht auf Bundesebene somit keine nennenswerte Überdokumentation. Auf Leistungserbringerebene hatten 5 von 1.092 Leistungserbringern (0,46 %; Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) rechnerisch auffällige Ergebnisse.

Tabelle 17: AK 852202: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,84 % O = 150.101 N = 148.848	101,00 % O = 159.225 N = 157.642	100,64 % O = 164.486 N = 163.441
rechnerische Auffälligkeiten	10 von 1.142 0,88 %	4 von 1.100 0,36 %	5 von 1.092 0,46 % (Refbereich: $\leq 110,00\%$)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 10 (30,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	3 / 1.142 (0,26 %)	0 / 1.100 (0,00 %)	n. a.

Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (ID 8502204)

Das Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 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 100,64 %, es besteht auf Bundesebene somit auch keine Unterdokumentation. Auf Leistungserbringerebene hatten 9 von 1.092 Leistungserbringern (0,82 %; Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) rechnerisch auffällige Ergebnisse.

Tabelle 18: AK 852204: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,84 % O = 150.101 N = 148.848	101,00 % O = 159.225 N = 157.642	100,64 % O = 164.486 N = 163.441
rechnerische Auffälligkeiten	3 von 1.142 0,26 %	7 von 1.100 0,64 %	9 von 1.092 0,82 % (Refbereich: ≥ 95,00 %)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 3 (66,67 %)	6 / 7 (85,71 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	2 / 1.142 (0,18 %)	6 / 1.100 (0,55 %)	n. a.

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 ≤ 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.

Tabelle 19: AK 852203: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,02 % O = 35 N = 148.848	0,02 % O = 38 N = 157.642	0,02 % O = 40 N = 163.441
rechnerische Auffälligkeiten	0 von 1.142 0,00 %	0 von 1.100 0,00 %	0 von 1.092 0,00 % (Refbereich: ≤ 5,00 %)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 1.142 (0,00 %)	0 / 1.100 (0,00 %)	n. a.

Statistische Basisprüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen (Prüfkriterien)

Im Modul CHOL werden in den Erfassungsjahren 2023 und 2024 jeweils 16 Prüfkriterien zur Vollständigkeit, Vollzähligkeit und Plausibilität ausgewertet.¹ Hiervon beziehen sich 8 Prüfkriterien auf formelle und strukturelle Anforderungen an die Daten, welche keinen Einfluss auf die Ergebnisse haben. Die verbleibenden 8 Prüfkriterien gelten als auswertungsrelevant, da bei Vorliegen einer Auffälligkeit die Möglichkeit besteht, dass die Ergebnisse beeinflusst sind.

In Tabelle 20 sind die im Auswertungsjahr 2025 auffälligen auswertungsrelevanten Prüfkriterien sowie ihre Auffälligkeitsbeschreibung dargestellt. Eine Auffälligkeit wird immer dann angezeigt, wenn für mindestens eine Krankenkasse ein Prüfbedarf festgestellt wurde.

Tabelle 20: Auswertungsrelevante auffällige Prüfkriterien im Verfahren QS CHE

PK-ID	Prüfkriterium	Beschreibung	Auffällige Kassen		Vollzähligkeit der Daten	
			EJ 2023	EJ 2024	EJ 2023	EJ 2024
30	Fehlende Datenlieferung	Es wird geprüft, ob in dem in der DeQS-RL vorgegebenen Lieferzeitraum eine Sozialdatenlieferung oder eine Nullmeldung übermittelt wurde. Das bedeutet, dass Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, weder Sozialdaten oder noch eine Nullmeldung an das IQTIG geliefert haben.	1 von 94	1 von 94	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 99,65 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 99,18 %.

Von einer deutschlandweit agierenden Krankenkasse liegt nur ein Teildatensatz vor. Durch die fehlende aktuelle Lieferung wurden die Auffälligkeiten in PK30 „Fehlende Datenlieferung“ erzeugt. Hierdurch ist eine Beeinträchtigung von 5 (IDs 58000, 58002, 58003, 58004 und 58005) der 7 sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren möglich.

Insgesamt sind die Auswirkungen auf die Qualitätsergebnisse als gering einzuschätzen. Inwiefern die eingeschränkte Vollzähligkeit die Ergebnisse auf Fall-, Leistungserbringer- oder Bundesebene beeinflusst, kann seitens des IQTIG ohne Entwicklung einer entsprechenden Methodik und weitere umfangreiche Datenanalysen nicht ermittelt werden. Daher ist es nicht auszuschließen, dass es im Vergleich zu einer vollständigen Lieferung zu Unterschieden z. B. bei der Auffälligkeitseinstufung der Leistungserbringer kommen kann. Aufgrund der relativ geringen Abweichungen wird keine Veränderung der Referenzwerte erwartet.

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

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurden im Verfahren QS CHE 29 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, was bezogen auf alle eingeleiteten Stellungnahmeverfahren (n = 338) einem Anteil von 8,57 % entspricht. 257 Ergebnisse wurde als qualitativ unauffällig eingestuft.

Anteilig am häufigsten wurde zum Indikator „Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen“ (100,00 %) und zum Indikator „Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“ (87,10 %) ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Die meisten als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse (bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse) entfallen auf die Indikatoren zur Erhebung operationsbedingter Gallenwegskomplikationen (ID 58000), zu den weiteren postoperativen Komplikationen innerhalb eines Jahres (ID 58005) und zu den eingriffsspezifischen Infektionen innerhalb von 30 Tagen (ID 58002).

Eine Ergebniseinstufung als qualitativ auffällig im Indikator zu weiteren postoperativen Komplikationen innerhalb eines Jahres resultierte in einer Begehung, da in einem Fall der Bilirubin-Wert zum Zeitpunkt der Operation nicht vorlag. Die präoperative Bestimmung des Bilirubin-Wertes ist jedoch zwingend notwendig, andernfalls sollte nicht operiert werden. Das Krankenhaus erarbeitete eine Standard Operating Procedure (SOP), um eine Verbesserung der Qualitätsziele zu erreichen.

In 15 Fällen wurde über alle Indikatoren hinweg die Maßnahmenstufe 1 empfohlen bzw. initiiert. Dies beinhaltete die Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien, da über die Indikatoren 58000 und 58005 Defizite im intra- und postoperativen Management festgestellt werden konnten. In einem weiteren Fall wurde die Indikationsstellung von der Fachkommission in Bezug auf die Komorbiditäten der Patientin oder des Patienten kritisch gesehen und als qualitativ auffällig bewertet. Der Leistungserbringer befindet sich seit dem Auswertungsjahr 2023 in der Maßnahmenstufe 1 und wurde daher gebeten, unterjährige Quartalsergebnisse und Epikrisen bei auffälligen Ergebnissen im Indikator 58006 vorzulegen. Die weiteren Auffälligkeiten sind auf Dokumentationsfehler zurückzuführen, wie bspw. die fehlende Vorlage von Epikrisen, die unzureichende Beachtung der Datenschutzvorgaben bei der Erstellung der Stellungnahme oder durch fehlende bzw. falsche Angaben. Diese mündeten in der Implementierung von Handlungsempfehlungen, Fortbildungen zur Vermeidung von spezifischen Dokumentationsfehlern und in einer Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität.

In der Gesamtheit wurden die meisten abweichenden Ergebnisse im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wie im Vorjahr als qualitativ unauffällig eingestuft. Mutmaßlich wird sich der Anteil der Leistungserbringer mit der Einstufung „qualitativ auffällig“ noch erhöhen, wenn künftig in der mandantenfähigen Datenbank (M-DB) auch Patientinnen und Patienten identifiziert

und im Stellungnahmeverfahren betrachtet werden können, deren Komplikation in einer anderen Einrichtung versorgt wurde. In der M-DB, einem Webportal zur Unterstützung der LAG beim Stellungnahmeverfahren mit den Leistungserbringern, werden alle dafür relevanten Informationen der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zusammengeführt. Die M-DB befindet sich allerdings weiterhin im Aufbau. Die hierüber fehlende Bereitstellung von einrichtungsübergreifenden Follow-up-Datensätzen (Sozialdaten bei den Krankenkassen) ließ daher unter Umständen nur eine eingeschränkte Bewertung für die Leistungserbringer des Indexeingriffes zu. Diese konnten im Stellungnahmeverfahren nur diejenigen Leistungen prüfen, die in der eigenen Einrichtung (am eigenen Standort) dokumentiert wurden. Wurde nach der Entlassung der Patientin oder des Patienten eine verfahrensrelevante Komplikation in einer anderen Einrichtung als derjenigen, die den Indexeingriff vorgenommen hatte, behandelt (Abbildung über Sozialdaten bei den Krankenkassen), erlangte die zur Stellungnahme verpflichtete Einrichtung hierüber keine Kenntnis. Demzufolge konnte für etwaige Auffälligkeiten im Stellungnahmeverfahren gegebenenfalls nicht der gesamte Patientenverlauf betrachtet, geprüft und bewertet werden, was vermehrt zur Einstufung als qualitativ unauffällig führte. Erst mit dem diesjährigen Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 (EJ 2024) können Daten unterschiedlicher Leistungserbringer für das Verfahren QS CHE einrichtungsübergreifend über die M-DB zusammengeführt werden. Die LAG erhalten dadurch unter bestimmten Voraussetzungen unterjährig oder während der Durchführung des Stellungnahmeverfahrens den Zugriff auf fallbezogene Daten. Die Interpretation der Ergebnisse im Sinne eines Leistungserbringervergleichs kann für das Auswertungsjahr 2024 daher nur eingeschränkt vorgenommen werden, zumal die Indikatoren darüber hinaus teilweise noch nicht angemessen risikoadjustiert waren.

Tabelle 21: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen
gem. § 17 DeQS-RL im Modul CHE

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	7.788	-	7.611	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	7.788	100,00	7.611	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	433	5,56	407	5,35
davon ohne QSEB-Übermittlung	1	0,23	2	0,49
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	432	100,00	405	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	432	100,00	405	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	123	28,47	67	16,54
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	309	71,53	338	83,46
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	309	100,00	337	99,70
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	3	0,97	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	0,32	1	0,30
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	233	53,94	257	63,46
Bewertung als qualitativ auffällig	31	7,18	29	7,16
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	32	7,41	32	7,90
Sonstiges	13	3,01	20	4,94
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	10	n. a.	15	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 22: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – CHE

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
225	59	20	12	4	3

In Tabelle 22 ist die Anzahl der Leistungserbringer mit mehrfachen Auffälligkeiten dargestellt. Mehrfache rechnerische Auffälligkeiten treten gehäuft auf – so wiesen insgesamt 59 Leistungserbringer 2 rechnerisch auffällige Ergebnisse auf, bei 20 Leistungserbringern wurden 3 oder mehr rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Bei den qualitativen Auffälligkeiten gab es 4 Leistungserbringer mit 2 qualitativen Auffälligkeiten und 3 Leistungserbringer mit sogar 3 oder mehr Auffälligkeiten. Im Vergleich zum Vorjahr ist aber ein Rückgang der Anzahl der Leistungserbringer

zu beobachten, die mehr als 3 qualitative Auffälligkeiten aufweisen (AJ 2023: 5). Die Anzahl Leistungserbringer mit 2 Auffälligkeiten hat sich hingegen von 2 auf 4 erhöht.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurden im Verfahren QS CHE insgesamt 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit geprüft.

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten wurden zum Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (ID 852204) ermittelt (n = 7 rechnerisch auffällige Ergebnisse von 1.100 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Auffälligkeitskriterium; 0,63 %).

Die meisten als qualitativ auffällig bestimmten Ergebnisse wurden, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, im Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (ID 852202) festgestellt (n = 6 von 7).

Bei keinem Leistungserbringer wurde die Maßnahmenstufe 1 oder 2 empfohlen bzw. initiiert.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens wurden die qualitativ auffälligen Ergebnisse durch Softwareprobleme oder mit einer unvollständigen Datenlage durch fehlende Sozialdaten bei den Krankenkassen begründet.

Tabelle 23: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CHE

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	3.438	100,00	3.328	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	13	0,38	11	0,33
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	13	100,00	11	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	6	46,15	2	18,18
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	7	53,85	9	81,82
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	7	100,00	9	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	1	7,69	0	0,00
Bewertung als qualitativ auffällig	5	38,46	6	54,55
Sonstiges	1	7,69	3	27,27
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	3	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 24: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – CHE

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
11	0	0	6	0	0

4 Evaluation

Durch die LAG wurde angemerkt, dass in vielen Fällen die Komplikationsdiagnosen, die zur rechnerischen Auffälligkeit führten und zum Teil erst mehrere Wochen bis Monate nach der Cholezystektomie kodiert wurden, nicht unmittelbar auf die Cholezystektomie zurückgeführt werden könnten. Das läge zum einen daran, dass die auslösenden ICD-/OPS-Kodes häufig sehr unspezifisch seien und auch im Rahmen vieler anderer Eingriffe kodiert würden, die in keinem direkten Zusammenhang mit der Cholezystektomie stünden. Nach Abstimmung mit dem Expertengremium auf Bundesebene besteht jedoch Konsens darin, dass aufgrund der geringen Fallzahlen und der geringen Mortalitätsrate eine zu spezifische Kodierung von ICD-/OPS-Kodes kaum zur Auslösung der relevanten und schwerwiegenden Fälle führen würde. Zum anderen käme es oftmals noch zu fälschlich ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten, da simultane Cholezystektomien nicht als solche korrekt dokumentiert werden würden. Um Dokumentationsaufwände zu reduzieren, sind Fehlkodierung zu vermeiden. Vor diesem Hintergrund erscheint eine verstärkte Sensibilisierung der Leistungserbringer hinsichtlich der korrekten Dokumentation einer simultanen Cholezystektomie im Stellungnahmeverfahren über die LAG notwendig.

Darüber hinaus führten die LAG wiederholt an, dass die vom IQTIG übermittelten auffälligen Vorgangsnummern den Leistungserbringern lediglich ermöglichten, auf Komplikationen einzugehen, die von ihnen selbst behandelt wurden. Bei der Behandlung von aufgetretenen Komplikationen in anderen Einrichtungen stünden dem Leistungserbringer, der den Indexeingriff durchgeführt hat, keine weiteren Informationen zu diesen Fällen im Stellungnahmeverfahren zur Verfügung. Auch führten die fehlenden Informationen zu den sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren dazu, dass die Auffälligkeiten teilweise nicht nachvollzogen werden konnten und somit keine Abbildung der Kausalität bzw. der Zuschreibbarkeit möglich wäre. Für die folgenden Stellungnahmeverfahren sollten diese Umsetzungsschwierigkeiten jedoch behoben sein, da ab dem Auswertungsjahr 2025 für alle Indikatoren die zusammengeführten Daten aller betreffenden Einrichtungen über die M-DB abgerufen werden können. Dennoch wird seitens der LAG betont, dass die Bereitstellung von Daten in der M-DB noch zielgenauer erfolgen sollte (Eingrenzung auf die relevanten Zeiträume und auslösenden OPS- bzw. ICD-Kodes). Zudem wäre es aus ihrer Sicht wünschenswert, wenn diese Informationen den Leistungserbringern auch direkt mit den Rückmeldeberichten zur Verfügung gestellt werden könnten. Zum momentanen Zeitpunkt ergäbe sich zwar ein niedrigerer Dokumentationsaufwand durch die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen, die Stellungnahmeverfahren seien hingegen aber oftmals sehr aufwendig und zeitintensiv. Um zu klären, welche Kausalität zugrunde liegt, sind die Einschätzungen und Bewertungen aus den zukünftigen Stellungnahmeverfahren essenziell. Anhand dieser muss geprüft werden, ob und inwieweit Ausschlüsse inhaltlich definiert und praktisch umgesetzt werden können. Ebenso könnten die jeweiligen Rückmeldungen weitere inhaltliche Anpassungsbedarfe sowie neue Qualitätsaspekte für das QS-Verfahren aufzeigen.

Seitens des Expertengremiums auf Bundesebene wird kritisch gesehen, dass im Verfahren QS CHE bisher nur der stationäre Sektor in die Qualitätssicherung einbezogen wird, da ein immer größerer Anteil viszeralchirurgischer Eingriffe, darunter auch die Cholezystektomie, ambulant durchgeführt werde. Der ambulante Bereich sollte demnach ebenfalls im Verfahren QS CHE Berücksichtigung finden, damit Patientinnen und Patienten eine sichere Aussage über eine gute Qualität der Versorgung insgesamt treffen können.

In der Gesamtheit kann die Wirksamkeit des Verfahrens momentan nur eingeschränkt beurteilt werden, da es sich weiterhin im Aufbau befindet. Die bisherigen Verfahrensergebnisse lassen jedoch einen positiven Zukunftstrend im Hinblick auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Cholezystektomie erwarten.

Grundsätzlich werden im Verfahren QS CHE gemäß DeQS-RL die qualitätsrelevanten Aspekte in den Bereichen von Komplikationen und unerwünschten Ereignissen, erneuten Eingriffen aufgrund von Komplikationen und dem Überleben der Patientinnen und Patienten nach einer Gallenblasenentfernung gemessen, dargestellt und bewertet. Die 7 Indikatoren des Verfahrens adressieren insbesondere die in der DeQS-RL aufgeführten Ziele des Verfahrens:

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

Ab 2025 werden Hernien- und Galleneingriffe über den Hybrid-DRG-Katalog abgebildet, somit sei laut dem Expertengremium auf Bundesebene zu erwarten, dass die Anzahl ambulant durchgeführter Cholezystektomien weiterhin steigen wird, bei gleichzeitiger Abnahme der Anzahl stationär durchgeführter Operationen. Wird der ambulante Bereich zukünftig im Verfahren QS CHE für die externe Qualitätssicherung berücksichtigt, muss sichergestellt werden, dass dabei Patientenfälle nicht doppelt erfasst würden. Momentan gebe es vor allem in den niedergelassenen Praxen noch sehr heterogene IT-Systeme, die zu einem einheitlichen Erfassungssystem harmonisiert werden müssten, um die Daten für die externe Qualitätssicherung nutzen zu können.

5 Ausblick

Mit dem Auswertungsjahr 2025 konnte eine angemessene Risikoadjustierung für alle Indikatoren umgesetzt werden. Um die Risikoadjustierung noch weiter zu verbessern, sollten zukünftig auch Informationen aus dem Zeitraum vor dem Indexaufenthalt berücksichtigt werden. Ziel ist es herauszufiltern, ob es Krankheitsbilder gibt, die vermehrt mit Gallenwegserkrankungen auftreten, und in diesem Zusammenhang zu unterscheiden ist, ob es sich um eine Komplikation oder einen potenziellen Risikofaktor handelt.

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 zum Auswertungsjahr 2025 können Daten unterschiedlicher Leistungserbringer vollständig für das Verfahren *QS CHE* einrichtungsübergreifend über die M-DB zusammengeführt und zur Klärung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse herangezogen werden.

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

Darüber hinaus beauftragte der G-BA das IQTIG 2023 mit der Überprüfung mehrerer QS-Verfahren, darunter auch *QS CHE*. Das Ziel dieser Überprüfung war die Überarbeitung der QS-Verfahren, um das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern. Der Abschlussbericht wurde am 14. März 2025 übergeben und nach Beratung im G-BA veröffentlicht. Im Ergebnis seiner Überprüfung empfiehlt das IQTIG, sämtliche Qualitätsindikatoren des Verfahrens weiterzuführen. Um die Validität der Messung im Indikator zu operationsbedingten Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen (ID 58000) zu erhöhen, wird empfohlen, den Follow-up-Zeitraum auf 90 Tage zu erweitern. Eine quantitative Auswertung des IQTIG zeigte, dass auch nach 30 Tagen bis zu einem Jahr Gallenwegskomplikationen in regelmäßigen Schwankungen auftreten. Durch die Erweiterung des Follow-up-Zeitraums auf 90 Tage werden qualitätsrelevante Gallenwegskomplikationen umfassender betrachtet und die Validität der Messung insofern verbessert, als der Zeitraum zur Erfassung aller qualitätsrelevanten Ereignisse als angemessen gelten kann. In diesem Zusammenhang wird für die Indikatoren 58002, 58004 und 58005 auch angeraten, die bestehenden Diagnosekodes zu erweitern.

Literatur

- 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] (2024): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der Prüfkriterien für die Sozialdatenvalidierung ab 2024 für die Verfahren QS PCI, QS WI und QS NET gemäß Teil 1 § 16 Absatz 6 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). [Stand:] 31.01.2024. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6446/2024-01-31_DeQS-RL_Pruefkriterien-Sozialdatenvalidierung-QS-PCI-WI-NET-ab-2024.pdf (abgerufen am: 09.07.2025).
- 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. [Leitlinie seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, wird zurzeit überarbeitet].
- Hall, CM; Jupiter, DC; Regner, JL (2016): Newly diagnosed and decompensated congestive heart failure is associated with increased rates of pneumonia, reintubation, and death following laparoscopic cholecystectomy: A NSQIP database review of 143,761 patients. *International Journal of Surgery* 35: 209-213. DOI: 10.1016/j.ijssu.2016.10.005.
- 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.
- Khan, Z; Ma, K (2020): Complications of laparoscopic surgery. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine* 30(11): 342-346. DOI: 10.1016/j.ogrm.2020.09.003.
- Palsson, SH; Engstrom, C; Enochsson, L; Osterlund, E; Sandblom, G (2020): Risk factors for postoperative myocardial infarct following cholecystectomy: a population-based study. *HPB* 22(1): 34-40. DOI: 10.1016/j.hpb.2019.06.018.
- Schreuder, AM; Busch, OR; Besselink, MG; Ignatavicius, P; Gulbinas, A; Barauskas, G; et al. (2020): Long-Term Impact of Iatrogenic Bile Duct Injury. *Digestive Surgery* 37(1): 10-21. DOI: 10.1159/000496432.
- Serban, D; Socea, B; Balasescu, SA; Badiu, CD; Tudor, C; Dascalu, AM; et al. (2021): Safety of Laparoscopic Cholecystectomy for Acute Cholecystitis in the Elderly: A Multivariate Analysis of Risk Factors for Intra and Postoperative Complications. *Medicina* 57(3): 230. DOI: 10.3390/medicina57030230.

Teng, Y-H; Liu, F-C; Liu, K-H; Lin, J-R; Yu, H-P (2021): Incidence, Patient-Related Risk Factors, and Outcomes of Postoperative Pneumonia after Cholecystectomy: A Population-Based Cohort Study. *BioMed Research International* 2021, Article ID 6614885.
DOI: 10.1155/2021/6614885.

Wong, GYM; Wadhawan, H; Roth Cardoso, V; Bravo Merodio, L; Rajeev, Y; Maldonado, RD; et al. (2024): 30-day Morbidity and Mortality after Cholecystectomy for Benign Gallbladder Disease (AMBROSE): A Prospective, International Collaborative Cohort Study. *Ann Surg* 281(2): 312-321.
DOI: 10.1097/sla.0000000000006236.