



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesqualitätsbericht 2022

QS-Verfahren
Nierenersatztherapie
bei chronischem Nierenversagen
einschließlich Pankreastransplantationen

Erfassungsjahre 2020 und 2021

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 28. Oktober 2022

Impressum

Thema:

Bundesqualitätsbericht 2022. QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen*. Erfassungsjahre 2020 und 2021

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner:

Nadja Komm, Alexander Werwath

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

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

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Abkürzungsverzeichnis.....	7
Vorbemerkung	8
Dialyse.....	10
1 Hintergrund	11
2 Einordnung der Ergebnisse	16
2.1 Datengrundlage.....	16
2.2 Risikoadjustierung.....	18
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens	18
2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren.....	18
2.5 Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf.....	19
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen	20
4 Evaluation.....	21
5 Fazit und Ausblick.....	22
Nierentransplantation	24
1 Hintergrund	25
2 Einordnung der Ergebnisse	29
2.1 Datengrundlage.....	29
2.2 Risikoadjustierung.....	30
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens	30
2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren.....	33
2.5 Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf.....	36
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen	37
3.1 Hintergrund.....	37
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)	38
3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren.....	41
4 Evaluation.....	46
5 Fazit und Empfehlungen.....	47
Anhang: Ergebnisse des QSEB (Nierentransplantation).....	49

Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	57
1 Hintergrund	58
2 Einordnung der Ergebnisse	62
2.1 Datengrundlage.....	62
2.2 Risikoadjustierung.....	63
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens	63
2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren.....	63
2.5 Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf.....	65
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen	66
3.1 Hintergrund.....	66
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)	67
3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren.....	70
4 Evaluation	73
5 Fazit und Empfehlungen.....	74
Anhang: Ergebnisse des QSEB (Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen).....	76
Anhang: Ergebnisse des QSEB (Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen)	81
Glossar.....	83
Literatur.....	88

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (EJ 2020 und EJ 2021) – NET-DIAL	13
Tabelle 2: Übersicht über die Datengrundlage (EJ 2021) – NET-DIAL.....	16
Tabelle 3: Übersicht über die Datengrundlage (EJ 2020) – NET-DIAL.....	17
Tabelle 4: Zählleistungsbereich Kollektivvertragliche Leistungen (EJ 2021) – NET-DIAL.....	17
Tabelle 5: Zählleistungsbereich Selektivvertragliche Leistungen (EJ 2021) – NET-DIAL	17
Tabelle 6: Zählleistungsbereich Teilstationäre Leistungen (EJ 2021) – NET-DIAL.....	18
Tabelle 7: Übersicht über die Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (EJ 2021) – NET-NTX	26
Tabelle 8: Übersicht über die Auffälligkeitskriterien (EJ 2021) – NET-NTX und NET-PNTX	28
Tabelle 9: Übersicht über die Datengrundlage (EJ 2021) – NET-NTX und NET-PNTX	30
Tabelle 10: Übersicht über die Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (EJ 2021) – NET-NTX und NET-PNTX.....	31
Tabelle 11: Übersicht über Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (EJ 2021) – NET-NTX und NET-PNTX	31
Tabelle 12: Übersicht über die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (EJ 2021) – NET-NTX.....	34
Tabelle 13: Übersicht über Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Qualitätsindikator (EJ 2021) – NET-NTX.....	35
Tabelle 14: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach DeQS-RL	38
Tabelle 15: Übersicht zu rechnerischen Auffälligkeiten und Bewertungen von Auffälligkeitskriterien nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse) (EJ 2020) – NET-NTX und NET-PNTX	39
Tabelle 16: Übersicht zu rechnerischen Auffälligkeiten und Bewertungen von Auffälligkeitskriterien nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (bezogen auf alle Leistungserbringer im jeweiligen Auffälligkeitskriterium) (EJ 2020) – NET-NTX und NET-PNTX.....	40
Tabelle 17: Übersicht zu rechnerischen Auffälligkeiten und Bewertungen von Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse) (EJ 2020) – NET-NTX.....	42
Tabelle 18: Übersicht zu rechnerischen Auffälligkeiten und Bewertungen von Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (bezogen auf alle Leistungserbringer im jeweiligen Qualitätsindikator) (EJ 2020) – NET-NTX.....	44
Tabelle 19: Stellungnahmeverfahren zu Qualitätsindikatoren (EJ 2020) – NET-NTX	49
Tabelle 20: Begründung der Bewertung als qualitativ auffälliges Ergebnis zu Qualitätsindikatoren (EJ 2020) – NET-NTX.....	50
Tabelle 21: Begründung der Bewertung als qualitativ unauffälliges Ergebnis zu Qualitätsindikatoren (EJ 2020) – NET-NTX.....	52

Tabelle 22: Begründung der Bewertung als Sonstiges zu Qualitätsindikatoren (EJ 2020) – NET-NTX	53
Tabelle 23: Maßnahmenstufe 1 zu Qualitätsindikatoren (EJ 2020) – NET-NTX.....	55
Tabelle 24: Übersicht über die Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (EJ 2021) – NET-PNTX	59
Tabelle 25: Übersicht über die Auffälligkeitskriterien (EJ 2021) – NET-PNTX und NET-NTX	61
Tabelle 26: Übersicht über die Datengrundlage – QS NET-PNTX und QS NET-NTX (EJ 2021)	63
Tabelle 27: Übersicht über die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (EJ 2020/2021) – NET-PNTX	64
Tabelle 28: Übersicht über Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Qualitätsindikator (EJ 2020/2021) – NET-PNTX.....	65
Tabelle 29: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach DeQS-RL	67
Tabelle 30: Übersicht zu rechnerischen Auffälligkeiten und Bewertungen von Auffälligkeitskriterien nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (EJ 2020) – NET-NTX und NET-PNTX.....	68
Tabelle 31: Übersicht zu rechnerischen Auffälligkeiten und Bewertungen von Auffälligkeitskriterien nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (bezogen auf alle LE) (EJ 2020) - NET-NTX und NET-PNTX	69
Tabelle 32: Übersicht zu rechnerischen Auffälligkeiten und Bewertungen von Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse) (EJ 2020) – NET-PNTX	71
Tabelle 33: Übersicht zu rechnerischen Auffälligkeiten und Bewertungen von Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (bezogen auf alle Leistungserbringer im jeweiligen Qualitätsindikator) (EJ 2020) – NET-PNTX.....	72
Tabelle 34: Stellungnahmeverfahren zu Qualitätsindikatoren (EJ 2020) – NET-PNTX	76
Tabelle 35: Begründung der Bewertung als qualitativ auffälliges Ergebnis zu Qualitätsindikatoren (EJ 2020) – NET-PNTX	77
Tabelle 36: Begründung der Bewertung als qualitativ unauffälliges Ergebnis zu Qualitätsindikatoren (EJ 2020) – NET-PNTX	78
Tabelle 37: Begründung der Bewertung als Sonstiges zu Qualitätsindikatoren (EJ 2020) – NET-PNTX	79
Tabelle 38: Maßnahmenstufe 1 zu Qualitätsindikatoren (EJ 2020) – NET-PNTX.....	80
Tabelle 39: Stellungnahmeverfahren zu Auffälligkeitskriterien (EJ 2020) – NET-NTX und NET-PNTX.....	81
Tabelle 40: Begründung der Bewertung als qualitativ auffälliges Ergebnis zu Auffälligkeitskriterien (EJ 2020) – NET-NTX und NET-PNTX.....	81
Tabelle 41: Maßnahmenstufe 1 zu Auffälligkeitskriterien (EJ 2020) – NET-NTX und NET-PNTX	82

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
EJ	Erfassungsjahr
ET-Nummer	Eurotransplant-Nummer
DeQS-RL	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichennummer
MDS	Minimaldatensatz
<i>NET-NTX</i>	<i>Auswertungsmodul Nierentransplantation</i>
<i>NET-PNTX</i>	<i>Auswertungsmodul Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation</i>
QS	Qualitätssicherung
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
<i>QS NET</i>	<i>QS-Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen</i>
PD	Peritonealdialyse
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch

Vorbemerkung

Das QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)* startete im Rahmen der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)¹ am 1. Januar 2020. Die sektorspezifischen Auswertungsmodule *Nierentransplantation (NET-NTX)*, *Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation (NET-PNTX)* und *Dialyse* sind zu einem einzigen, sektorenübergreifenden QS-Verfahrens (*QS NET*) weiterentwickelt worden. Die Zusammenführung zum Verfahren *QS NET* zielt auf die Steigerung der Behandlungsqualität und der notwendigen Kooperation zwischen Dialyseeinrichtungen und Transplantationszentren sowohl mit Blick auf die Behandlungsqualität für Patientinnen und Patienten auf der Warteliste zur Nierentransplantation sowie in der Nachsorge bzw. bei weiterbestehender Dialysepflichtigkeit ab. Zuvor war die Qualitätssicherung der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit chronischem Nierenversagen durch die Qualitätssicherungs-Richtlinie *Dialyse (QSD-RL)*² im ambulanten Bereich (Dialysebehandlung) und durch zwei in der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (*QSKH-RL*)³ festgelegte Verfahren im stationären Sektor (*Nierentransplantation* sowie *Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation*) geregelt.

Aufgrund der inhaltlich gleichgearteten Expertise wird seitens des IQTIG empfohlen, das Auswertungsmodul *Nierenlebenspende (TX-NLS)* auf Richtlinienenebene in das Verfahren *QS NET* zu integrieren, um Expertenwissen und logistische Prozesse zu fokussieren und effizienter zu gestalten.

Worst-Case-Indikatoren und neuer Qualitätsindikator zum unbekanntem Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren

Weil die Qualität der Transplantation und der Nachsorge mit der langfristigen Überlebenschance des transplantierten Organs und der Patientinnen und Patienten zusammenhängt, hat jede transplantierte Einrichtung eine Nachsorgepflicht für die Patientinnen und Patienten. Ist dabei einer Einrichtung innerhalb der ersten drei Jahre nach dem Eingriff unbekannt, ob die Patientinnen und Patienten leben oder verstorben sind (unbekannter Überlebensstatus), so kann dies unter Umständen auf eine mangelhafte Erfüllung dieser Nachsorgepflicht hindeuten. Um dies entsprechend zu berücksichtigen, sind in dem Auswertungsmodul *NET-PNTX* zum einen

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 16. Dezember 2021, in Kraft getreten am 1. Januar 2022. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am 21.07.2022).

² Richtlinie Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse Stand: 19. Januar 2017 des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Sicherung der Qualität von Dialyse-Behandlungen nach den §§ 135b und 136 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). In der Fassung vom 18. April 2006, zuletzt geändert am 19. Januar 2017, in Kraft getreten am 12. April 2017 (nicht mehr in Kraft). URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/45/> (abgerufen am 26.07.2022).

³ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 14. Mai 2020, in Kraft getreten am 14. Mai 2020 (nicht mehr in Kraft). URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/> (abgerufen am 26.07.2022).

Follow-up-Indikatoren mit bekanntem Überlebensstatus vorgesehen, zum anderen werden in der Regel in den sogenannten Worst-Case-Indikatoren Patientinnen und Patienten mit einem unbekanntem Überlebensstatus zu den bekannt verstorbenen Fällen hinzugezählt.

Ab dem Erfassungsjahr (EJ) 2023 wird für die Auswertungsmodule *NET-NTX* und *NET-PNTX* ein neuer Indikator zum unbekanntem Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren die bisherigen Worst-Case-Indikatoren zum 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up ersetzen. Der neue Indikator betrachtet ausschließlich Patientinnen und Patienten bzw. Spenderinnen und Spender mit einem unbekanntem Status. Hierdurch wird vermieden, dass zwei unterschiedliche Qualitätsziele (Sterblichkeit und Nachsorgeprozess) in einem Indikator gleichzeitig betrachtet werden, wie es bei den Worst-Case-Indikatoren der Fall ist.

Dialyse

1 Hintergrund

Unter dem QS-Verfahren *QS NET* werden sowohl die Nierentransplantationen, die Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen als auch die unterschiedlichen Dialyseverfahren zusammengefasst.

Der Notwendigkeit zur Durchführung eines Nierenersatzverfahrens können unterschiedliche Indikationen zugrunde liegen. Neben dem akuten Nierenversagen kann auch das chronische Nierenversagen zu einem Funktionsverlust der Niere führen. Häufige Ursachen für ein chronisches Nierenersatzversagen sind:

- Diabetes mellitus
- Bluthochdruck (vaskuläre Nephropathie)
- entzündliche Erkrankungen der Nierenkörperchen (Glomerulonephritiden)

Die dauerhafte Dialysetherapie als Ersatztherapie der Nierenfunktion beginnt bei betroffenen Patientinnen oder Patienten mit einer Peritoneal- oder Hämodialyse sowie einer Hämo(dia)filtration. Der Dialysebeginn kann sowohl im stationären bzw. teilstationären als auch im ambulanten Sektor erfolgen.

Gleichzeitig hat die Prüfung einer Anmeldung für die Warteliste zur Nierentransplantation bei Eurotransplant zu erfolgen. Im Falle einer erfolgreichen Nierentransplantation findet die nephrologische Nachbehandlung in Zusammenarbeit mit dem Transplantationszentrum statt. Auch für die Versorgung während und nach einer Nieren- und/oder Nieren-Pankreastransplantation kann eine Dialysebehandlung notwendig sein. Sollte es zu einer Abstoßung des Transplantats kommen, beginnt für die meisten Patientinnen und Patienten eine erneute Wartezeit bis zur Nierentransplantation unter Dialysebehandlung. Die Förderung der Kooperation zwischen Dialyseeinrichtungen und Transplantationszentren ist hierbei also das angestrebte Ziel des QS-Verfahrens, um individuelle Therapiemöglichkeiten für Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion abzustimmen und u. a. dem Auftreten von Komplikationen oder Folgeerkrankungen entgegenzuwirken bzw. sie gemeinsam zu behandeln. Die Überlebenszeit von Patientinnen und Patienten mit chronischem Nierenversagen ist dabei wesentlich von der Qualität der Behandlung abhängig und kann bei der Kombination verschiedener Dialyseverfahren mit der Nierentransplantation mehrere Jahrzehnte erreichen.

Aus den oben genannten Gründen wird im Auswertungsmodul *Dialyse (NET-DIAL)* bereits die Aufklärung über die möglichen Behandlungsoptionen (inkl. Informationsgespräche zur Transplantation) betrachtet. Mit dem Indikator „Aufklärung über Behandlungsoptionen“ (ID 572001) sowie der Transparenzkennzahl „Aufklärung über Behandlungsoptionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren“ (ID 572048) wird der Anteil der Patientinnen und Patienten erfasst, die möglichst vollumfänglich über alle bestehenden Behandlungsoptionen aufgeklärt worden sind. Darüber hinaus sollten im Rahmen des medizinischen Behandlungskontextes Patientinnen und Patienten über das konkrete Behandlungsverfahren der Nierentransplantation aufgeklärt werden. Das grundsätzliche Angebot einer entsprechenden Evaluation zur Transplantation wird im Indikator „Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt“ (ID 572002) sowie in der

Transparenzkennzahl „Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren“ (ID 572049) betrachtet. Aufgrund des zweijährigen Beobachtungszeitraums sind erste Ergebnisse ab dem Erfassungsjahr 2022 zu erwarten.

Ein weiterer Schwerpunkt besteht in der adäquaten Durchführung von Dialysebehandlungen bei Patientinnen und Patienten. Hierbei wird die Verzögerung einer Shuntanlage bei absehbarer persistierender chronischer Niereninsuffizienz als ein zu vermeidendes bzw. zu minimierendes Risiko erachtet. Daher werden in der Gruppe „Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung“ (IDs 572003 und 572050) Patientinnen und Patienten erfasst, die nicht innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der chronischen Dialysebehandlung mit einem arteriovenösen Shunt versorgt worden sind. Allerdings ist es nicht in allen Fällen möglich, die Dialyse über einen arteriovenösen Shunt durchzuführen. Dennoch sollen die Patientinnen und Patienten mit einer Hämodialysebehandlung so wenig wie möglich über einen Katheter dialysiert werden, da es u. a. vermehrt zu zugangsassoziierten Komplikationen kommen kann (Girndt et al. 2020). Aus diesem Grund werden im Indikator „Katheterzugang bei Hämodialyse“ (ID 572004) sowie in der Transparenzkennzahl „Katheterzugang bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren“ (ID 572051) die Patientinnen und Patienten betrachtet, die bei ihrer Hämodialysebehandlung überwiegend über einen Katheter dialysiert werden. Gleichzeitig ist eine angemessene Effektivität der Hämodialysebehandlung von großer Bedeutung für das Outcome und das Nebenwirkungspotenzial bei Dialysepatientinnen und -patienten. Um dies zu monitorieren, wird mithilfe der Indikatorgruppe „Dialysefrequenz pro Woche“ (IDs 572005 und 572052) sowie „Dialysedauer pro Woche“ (IDs 572006 und 572053) geprüft, ob die Patientinnen und Patienten in der Regel dreimal pro Woche eine Dialysebehandlung mit einer optimalen Dialysedauer von jeweils vier Stunden erhalten.

Als Prädiktoren für Mangelerscheinungen bei Dialysepatientinnen und -patienten während der Betreuung stehen u. a. der Ernährungsstatus sowie das Anämiemanagement im Fokus. Die Patientinnen und Patienten leiden häufig an einer Mangelernährung, was in einer schlechteren Verträglichkeit der Dialysebehandlung resultieren kann und somit eine erhöhte Gefahr für das Auftreten von Komplikationen zur Folge hat. Dem reduzierten Ernährungsstatus kann allerdings durch eine entsprechende Behandlungsqualität entgegengewirkt werden. Darüber hinaus besteht ein Zusammenhang zwischen der Schwere der Anämie und dem Rückgang der Nierenfunktion. Als Konsequenz wird in den Transparenzkennzahlen „Ernährungsstatus“ (ID 572007) und „Anämiemanagement“ (ID 572008) sowie in den jeweils dazugehörigen Transparenzkennzahlen für Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (IDs 572054 und 572055) evaluiert, ob möglichst wenige Mangelerscheinungen bei Dialysepatientinnen und -patienten auftreten.

Mit den sozialdatenbasierten Indikatoren „Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse“ (ID 572009) und „Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheterassoziierten Infektionen bei Hämodialyse“ (ID 572010) sowie den jeweils dazugehörigen Transparenzkennzahlen für Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (IDs 572056 und 572057) wird zusätzlich das Ausmaß von schweren Komplikationen, die während der Dialysebehandlung auftreten, betrachtet.

Da bei einer fortwährenden Dialysebehandlung über mehrere Jahrzehnte eine erhöhte Sterblichkeit besteht, die von der Behandlungsqualität sowohl während der Dialysebehandlung als auch vor und nach einer Nierentransplantation erheblich beeinflusst wird, werden die Überlebensraten bis zu 10 Jahre betrachtet (Indikatoren 572011, 572012, 572013, 572014, 572015 und Transparenzkennzahlen 572058, 572059, 572060, 572061, 572062).

Tabelle 1: Übersicht über die Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (EJ 2020 und EJ 2021) – NET-DIAL

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Indikatoren/Transparenzkennzahlen zur Prozessqualität			
Gruppe: Aufklärung über Behandlungsoptionen			
572001	Aufklärung über Behandlungsoptionen	QS-Dokumentation	2021
572048	Aufklärung über Behandlungsoptionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2021
Gruppe: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt			
572002	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt**	QS-Dokumentation	2021
572049	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*, **	QS-Dokumentation	2021
Gruppe: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung			
572003	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung	QS-Dokumentation	2021
572050	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2021
Gruppe: Katheterzugang bei Hämodialyse			
572004	Katheterzugang bei Hämodialyse	QS-Dokumentation	2021
572051	Katheterzugang bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2021
Gruppe: Dialysefrequenz pro Woche			
572005	Dialysefrequenz pro Woche	QS-Dokumentation	2021
572052	Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2021

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Dialysedauer pro Woche			
572006	Dialysedauer pro Woche	QS-Dokumentation	2021
572053	Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2021
Gruppe: Ernährungsstatus			
572007	Ernährungsstatus*	QS-Dokumentation	2021
572054	Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2021
Gruppe: Anämiemanagement			
572008	Anämiemanagement*	QS-Dokumentation	2021
572055	Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2021
Indikatoren / Transparenzkennzahlen zur Ergebnisqualität			
Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von zugangsassozierten Komplikationen bei Hämodialyse			
572009	Hospitalisierung aufgrund von zugangsassozierten Komplikationen bei Hämodialyse	QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen	2020/2021
572056	Hospitalisierung aufgrund von zugangsassozierten Komplikationen bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen	2020/2021
Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Hämodialyse			
572010	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen	QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen	2020/2021
572057	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen	2020/2021
Gruppe: 1-Jahres-Überleben			
572011	1-Jahres-Überleben	Sozialdaten bei den Krankenkassen	2020

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
572058	1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	Sozialdaten bei den Krankenkassen	2020
Gruppe: 2-Jahres-Überleben			
572012	2-Jahres-Überleben**	Sozialdaten bei den Krankenkassen	2020
572059	2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*, **	Sozialdaten bei den Krankenkassen	2020
Gruppe: 3-Jahres-Überleben			
572013	3-Jahres-Überleben**	Sozialdaten bei den Krankenkassen	2020
572060	3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*, **	Sozialdaten bei den Krankenkassen	2020
Gruppe: 5-Jahres-Überleben			
572014	5-Jahres-Überleben**	Sozialdaten bei den Krankenkassen	2020
572061	5-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*, **	Sozialdaten bei den Krankenkassen	2020
Gruppe: 10-Jahres-Überleben			
572015	10-Jahres-Überleben**	Sozialdaten bei den Krankenkassen	2020
572062	10-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*, **	Sozialdaten bei den Krankenkassen	2020

* Transparenzkennzahl

** Diese Indikatoren bzw. Kennzahlen wurden für das Erfassungsjahr 2021 (noch) nicht ausgewertet.

Die Datenvalidierung gemäß § 16 DeQS-RL umfasst u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien. Für das Auswertungsmodul *NET-DIAL* des Verfahrens *QS NET* wurden für die statistische Basisprüfung noch keine Auffälligkeitskriterien entwickelt, da bei aktuell noch nicht stabiler Datengrundlage Referenzbereiche nicht zielführend festgelegt werden können.

Im Allgemeinen werden für die Ergebnisse der Datenvalidierung auch die Anzahl der gelieferten Minimaldatensätze (MDS) überprüft. Ein Minimaldatensatz enthält nur einige wenige Datenfelder und kann anstelle des vorgesehenen Datensatzes übermittelt werden, wenn ein Behandlungsfall als dokumentationspflichtig klassifiziert wurde, jedoch nicht für die Dokumentation in dem betroffenen QS-Verfahren geeignet ist.

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Die Auswertungen des vorliegenden Berichtes basieren auf zwei unterschiedlichen Datenquellen sowie unterschiedlichen Datenjahren:

- Übersicht über die in die Auswertung einbezogenen QS-Dokumentationsdaten (EJ 2021)
 - Datengrundlage nach Leistungserbringer
 - Vollzähligkeitsanalyse nach Institutionskennzeichennummer (IKNR) bzw. Betriebsstättennummer
- Übersicht über die in die Auswertung einbezogenen Sozialdaten bei den Krankenkassen (EJ 2020)
 - Anzahl der gelieferten Datensätze durch die Krankenkassen
 - Anzahl der mit QS-Datensätzen verknüpften Sozialdatensätze

Die nachfolgende Tabelle 2 stellt die nach Standortnummer (vgl. auch Standortverzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V) bzw. Betriebsstättennummer gelieferten QS-Dokumentationsdaten für das Erfassungsjahr 2021 dar.

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

Für das Auswertungsmodul *NET-DIAL* erfolgt die Auswertung für teilstationäre Fälle entsprechend dem behandelnden Standort.

Zu beachten ist, dass die dargestellten Tabellen (Tabelle 4 bis Tabelle 6) die Sektoren darstellen, gemäß derer die Daten zur externen Qualitätssicherung geliefert wurden. Die Auswertung der Daten findet hingegen auf Ebene der Leistungserbringung statt, d. h., es wird zwischen ambulanter und teilstationärer Leistungserbringung durch Krankenhäuser und Vertragsärztinnen/Vertragsärzte differenziert.

Tabelle 2: Übersicht über die Datengrundlage (EJ 2021) – NET-DIAL

		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	444.539	376.734	118,00
	Basisdatensatz	351.352		
	MDS	93.187		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		805	926	86,93
Anzahl ausgewerteter Standorte Bund (gesamt)		811		
Anzahl entlassender Standort Bund (gesamt)		142		

Tabelle 3: Übersicht über die Datengrundlage (EJ 2020) – NET-DIAL

		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	169.337	869.582	19,47
	Basisdatensatz	108.612		
	MDS	60.725		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		505	755	66,89
Anzahl ausgewerteter Standorte Bund (gesamt)		507		
Anzahl entlassender Standort Bund (gesamt)		94		

Sollten sich Änderungen in der Datengrundlage zum EJ 2020 im Vergleich zur Darstellung im BQB des Vorjahres ergeben, handelt es sich um eine Neuberechnung der Datengrundlage zum EJ 2020 für den Bericht zum EJ 2021. Die Gründe für die abweichenden Daten können vielfältig sein und können nicht abschließend geklärt werden.

Tabelle 4: Zählleistungsbereich Kollektivvertragliche Leistungen (EJ 2021) – NET-DIAL

		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	414.323	358.069	115,71
	Basisdatensatz	323.017		
	MDS	91.306		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		665	781	85,15
Anzahl ausgewerteter Standorte Bund (gesamt)		665		
Anzahl entlassender Standort Bund (gesamt)		0		

Tabelle 5: Zählleistungsbereich Selektivvertragliche Leistungen (EJ 2021) – NET-DIAL

		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	4.783	257	1.861,09
	Basisdatensatz	3.903		
	MDS	880		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		23	1	2.300,00
Anzahl ausgewerteter Standorte Bund (gesamt)		23		
Anzahl entlassender Standort Bund (gesamt)		0		

Tabelle 6: Zählleistungsbereich Teilstationäre Leistungen (EJ 2021) – NET-DIAL

		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	25.433	18.408	138,16
	Basisdatensatz	24.432		
	MDS	1.001		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		137	145	94,48
Anzahl ausgewerteter Standorte Bund (gesamt)		143		
Anzahl entlassender Standort Bund (gesamt)		142		

Nach Analyse der gelieferten Solldaten der Länder zeigt sich eine erhebliche Abweichung des bundesweiten Solls im Vergleich zum Vorjahr. Ebenso lässt sich feststellen, dass eine außerordentlich hohe Anzahl von MDS-Datensätzen vorliegt (etwa 21 % der gelieferten Basisdatensätze). Beides kann die Ergebnisse sowohl auf Bundes- als auch auf Leistungserbringerebene stark verzerren. Hier müssen weiterhin Ablaufschwierigkeiten bei der Einführung des Auswertungsmoduls *NET-DIAL* geprüft und gemonitort werden.

Der Unterausschuss Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hat sich daher auf Empfehlung des IQTIG als zuständige Bundesauswertungsstelle dafür ausgesprochen, das Stellungnahmeverfahren 2022 nicht einzuleiten und die Bundesauswertung für das Auswertungsmodul *NET-DIAL* für das Erfassungsjahr 2021 nicht zu veröffentlichen.

2.2 Risikoadjustierung

Eine Risikoadjustierung der Qualitätsindikatoren findet im Auswertungsmodul *NET-DIAL* zum Erfassungsjahr 2021 nicht statt. Perspektivisch ist die Einführung einer Risikoadjustierung geplant. Das IQTIG wird prüfen, ob und ggf. für welche Indikatoren diese sinnvoll ist, wobei auch die derzeit noch unzureichende Datengrundlage berücksichtigt werden muss.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

Für das Auswertungsmodul *NET-DIAL* wurden aufgrund einer unzureichenden Datengrundlage für die statistische Basisprüfung noch keine Auffälligkeitskriterien entwickelt. Daher können für dieses Auswertungsmodul keine Ergebnisse im Bundesqualitätsbericht 2022 berichtet werden. Weitere Informationen finden sich im Abschnitt 2.1.

2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Aufgrund der zuvor in Abschnitt 2.1 beschriebenen Re-Evaluation der Datengrundlage und folglich des vom IQTIG empfohlenen und mit dem G-BA konsentierten Aussetzens des Stellungnahmeverfahrens 2022 wurde sich gegen eine Veröffentlichung der Bundesergebnisse entschieden.

Somit ist auch ein Vergleich zu den Vorjahreswerten, insbesondere aufgrund der an die Leistungserbringer versendeten Rückmeldeberichte, nicht zielführend, da erhebliche Verzerrungen der Bundesergebnisse bei korrigierter Datengrundlage befürchtet werden müssen bzw. ggf. die realistische Versorgungslage nicht abgebildet wird.

2.5 Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf

Für dieses Modul wurde für das Erfassungsjahr 2021 kein besonderer Handlungsbedarf festgestellt.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

Für dieses Modul wurde im Jahr 2021 kein Stellungnahmeverfahren gemäß § 17 DeQS-RL durchgeführt, da das Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2020 für *NET-DIAL* auf Empfehlung des IQTIG aufgrund einer unzureichenden Datengrundlage ausgesetzt wurde. Dementsprechend erfolgt kein Bericht zu Ergebnissen des Stellungnahmeverfahrens.

4 Evaluation

Die Ergebnisse des zukünftigen Stellungnahmeverfahrens nach DeQS-RL werden stetig für die Verfahrenspflege genutzt.

Zusätzlich hat das IQTIG dem G-BA aufgrund der starken Abweichungen der Datengrundlagen zum Erfassungsjahr 2020 und 2021 angeboten, u. a. eine stichprobenartige Befragung von Leistungserbringern pro Bundesland vorzubereiten und entsprechende Rückmeldungen der Leistungserbringer für eine Prüfung auf Schwierigkeiten an relevanten Schnittstellen im Verfahrensablauf zu nutzen. Die Teilnahme der angesprochenen Leistungserbringer ist allerdings freiwillig. Ebenso werden zusätzliche Arbeitstreffen mit Softwareanbietern, den Kassenärztlichen Vereinigungen, Landesarbeitsgemeinschaften und Datenannahmestellen in Betracht gezogen, um eine größere Bandbreite von möglichen Ursachen der divergenten Ergebnisse erkennen zu können.

5 Fazit und Ausblick

Im Auswertungsmodul *NET-DIAL* des Verfahrens *QS NET* haben sich nach dem Start des Verfahrens zum Erfassungsjahr 2020 weitere technische und inhaltliche Anpassungsbedarfe ergeben.

Es ist festzuhalten, dass im Erfassungsjahr 2021 ca. 142 % mehr Basisdatensätze als im Vorjahr geliefert wurden. Gleichzeitig hat sich der Anteil der Minimaldatensätze von ca. 40 % im Erfassungsjahr 2020 auf ca. 21 % verringert. Dennoch sollten aufgrund der beschriebenen Unvollständigkeit bzw. Implausibilität auswertbarer Daten weitere systematische und Einzelfallanalysen erfolgen, damit die Validität und Vollständigkeit der Datengrundlage im Jahr 2023 der gewünschten Transparenz und den üblichen Qualitätsstandards entspricht. Für das kommende Erfassungsjahr sind zudem noch weitere Verbesserungen zu erwarten, da weitere notwendige Spezifikationsänderungen und Updates erst für das Jahr 2022 umgesetzt wurden bzw. laut Rückmeldungen von einigen Leistungserbringern immer noch nicht abgeschlossen seien.

Das Ziel des sektorenübergreifenden Verfahrens *QS NET*, die Versorgungsqualität von Patienten und Patientinnen über die Behandlungsschnittstellen hinweg zu fördern, sollte nach Stabilisierung der Datenlage unmittelbar durch die Weiterentwicklung von bspw. sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren flankiert werden.

Einschlusskodes für den Indikator „Hospitalisierung aufgrund von Peritonealdialyse(PD)-Katheter-assoziierten Infektionen“ (ID 572010)

Im Rahmen der Bearbeitung der endgültigen Rechenregeln 2021 wird für die Berechnung des Indikators „Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen“ der Code „K65.0 (akute Peritonitis)“ aufgrund seiner unzureichenden Spezifität, weiterhin nicht berücksichtigt, da nach Einschätzung des Expertengremiums *QS NET* eine Auslösung auch bei nicht PD-Katheter-assoziierten Infektionen im erheblichen Maße stattfindet. Zudem wurde berücksichtigt, dass nach Kodierrichtlinien eine Kodierung von „T85.71 (Infektion und entzündliche Reaktion durch Katheter zur Peritonealdialyse)“ als Zusatzdiagnose bei entsprechender PD-spezifischer Infektion erfolgen muss. Entstehen somit Aufwände aus einer PD-Katheter-assoziierten Peritonitis, kann in der Konsequenz der Code T85.71 in Zusammenhang mit einer Aufnahme in ein Krankenhaus als Auslösekriterium dienen.

Aufklärung über Behandlungsoptionen

In den Beratungen mit dem Expertengremium *QS NET* wurde vonseiten der Expertinnen und Experten zum Indikator „Aufklärung über Behandlungsoptionen“ angemerkt, dass bei dem vorgegebenen Ziel des Indikators („Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die nicht über alle Behandlungsoptionen aufgeklärt wurden“) berücksichtigt werden müsse, dass teilweise nach Einschätzung der behandelnden Nephrologin bzw. des behandelnden Nephrologen aus medizinischen Gründen eine solche vollständige Aufklärung nicht zwingend erfolge bzw. relevant sei. So würde sich bei bestimmten Patientenkollektiven bspw. die Therapieoption „Trans-

plantation“ ausschließen und aus Sicht einiger Expertinnen und Experten auch hierzu keine Informationsgespräche notwendig sein. Das Qualitätsziel des Indikators definiert allerdings aktuell lediglich das Erreichen eines möglichst geringen Anteils von Patientinnen und Patienten am gesamten Patientenkollektiv, der nicht vollständig durch den Leistungserbringer über die Therapiemöglichkeiten aufgeklärt wurde. Es wird Gegenstand weiterer Beratungen sein, ob gerade das so definierte Qualitätsziel eine sinnvolle Annäherung für eine fachliche Diskussion im Stellungnahmeverfahren darstellt bzw. die Identifikation lediglich besonders häufiger Fälle mit mangelnder Vollständigkeit ermöglicht oder ob über Spezifizierungen bzw. Anpassungen des Indikators bzw. der Dokumentation eine weitere Eingrenzung im Sinne einer präziseren Erfassung von Fällen ohne ausreichende Aufklärung erreicht werden kann.

Nierentransplantation

1 Hintergrund

Unter dem QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen* werden sowohl die Nierentransplantationen, die Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen als auch die unterschiedlichen Dialyseverfahren zusammengefasst.

Die häufigsten Ursachen für ein chronisches Nierenversagen sind:

- Diabeteserkrankungen
- Bluthochdruck
- entzündliche Erkrankungen der Nierenkörperchen (Glomerulonephritis)
- angeborene Erkrankungen wie z. B. erbliche Zystennieren

Bei einem endgültigen Funktionsverlust beider Nieren, der sogenannten terminalen Niereninsuffizienz, kann eine regelmäßige Dialysebehandlung das Leben der Patientin / des Patienten erhalten. Unter den meist langjährig anhaltenden Bedingungen einer chronischen Dialysebehandlung kann eine weitere Schädigung anderer Organsysteme trotz optimaler Versorgung und Mitwirkung der Patientinnen und Patienten nicht vollständig verhindert werden. Demgegenüber steht als Alternative die Nierentransplantation als ein etabliertes Verfahren im Sinne einer bestmöglichen Behandlung von Patientinnen und Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz.

Das Auswertungsmodul *Nierentransplantation (NET-NTX)* bezieht sich ausschließlich auf die Organempfängerinnen und -empfänger. Bei Patientinnen und Patienten, die eine Nierentransplantation erhalten, handelt es sich um Patientinnen und Patienten mit bereits bestehenden schweren Vorerkrankungen, deren anspruchsvolle Behandlung eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich macht. Der Indexeingriff der Transplantation sowie die Nachsorge der Patientinnen und Patienten sind mit klinischen Risiken verbunden (bspw. einer Organabstoßung, Infektionen bis hin zum Versterben der Patientin oder des Patienten), denen entgegengewirkt werden muss. Durch eine gute Versorgungsqualität in den Einrichtungen und die Kooperation mit den ambulanten Einrichtungen können diese Risiken zwar nicht gänzlich verhindert, aber zumindest erheblich reduziert werden. Die Versorgungsqualität hat somit unmittelbaren Einfluss auf das Überleben der Patientinnen und Patienten. Aus diesem Grund wird im Auswertungsmodul *NET-NTX* unter anderem das Überleben der Patientinnen und Patienten betrachtet. Mit dem Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 527017) wird der Anteil der Patientinnen und Patienten erfasst, die im Anschluss an die Operation und noch während des stationären Aufenthalts versterben. Da aber auch in den Jahren nach der Transplantation ein erhöhtes Risiko für ein Versterben besteht, das mit der Qualität der Transplantation oder der Qualität der Nachsorge zusammenhängen kann, wird zudem das Überleben bis zu 5 Jahre nach der Operation betrachtet (IDs 572018, 572019, 572020 und 572021).

Neben dem Überleben der Patientinnen und Patienten ist auch das Organüberleben ein entscheidendes Kriterium für die Bewertung des Erfolgs einer Transplantation. Deshalb wird innerhalb der ersten 90 Tage nach der Transplantation geprüft, wie hoch die Rate an behandlungsbedürftiger Abstoßung des transplantierten Organs ist (IDs 572100 und 572101). Zudem wird

das Transplantatversagen innerhalb des ersten Jahres betrachtet (ID 572032) sowie als Kennzahl das Transplantatversagen innerhalb des zweiten, dritten und fünften Jahres nach einer Nierentransplantation ausgewertet (IDs 572033, 572034 und 572035).

Vor einem Transplantatversagen gibt es bestimmte beeinflussbare Prädiktoren, deren Auftreten die Wahrscheinlichkeit für eine verzögerte Aufnahme der Organfunktion erhöht – wie beispielsweise eine Abstoßungsreaktion oder eine operative Komplikation. Deshalb wird dieser Aspekt mit der Indikatorengruppe „Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats“ betrachtet.

Für Patientinnen und Patienten, die eine Niere von einer Lebendspenderin / einem Lebendspender erhalten haben, ist aufgrund der besseren Planbarkeit der Operation sowie der besseren medizinischen und gesundheitlichen Vorbedingungen aufseiten der spendenden Person im Allgemeinen von einem besseren Ergebnis bezüglich der Funktionsaufnahme auszugehen als bei einer Spende von einer verstorbenen Spenderin / eines verstorbenen Spenders. Daher wird innerhalb der Indikatorengruppe eine getrennte Auswertung für Patientinnen und Patienten nach Lebendorganspende (ID 572023) und Patientinnen und Patienten nach postmortalen Spende (ID 572022) durchgeführt.

Die Qualität der Transplantatfunktion hat sowohl Einfluss auf die Überlebenswahrscheinlichkeit des Transplantats als auch die Notwendigkeit einer Re-Transplantation. Dieser Zusammenhang wird durch die Indikatorengruppe „Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation“ abgebildet, wobei ebenfalls zwischen Lebendorganspende (ID 572025) und postmortalen Spende (ID 572024) unterschieden wird. Zusätzlich wird die Qualität der Transplantatfunktion in den ersten fünf Jahren nach der Transplantation betrachtet und als Kennzahlen dargestellt (IDs 572026, 572027, 572028 und 572029).

Mit dem Indikator „Intra- oder postoperative Komplikationen“ (ID 572016) werden behandlungsbedürftige (schwere) Komplikationen nach einer isolierten Nierentransplantation betrachtet, die während des Eingriffs oder des anschließenden stationären Aufenthalts auftreten.

Weitere Informationen zu den Follow-up-Qualitätsindikatoren, die ab dem Erfassungsjahr 2021 sukzessive wiederaufgebaut werden, finden sich im Abschnitt 2.1.

Tabelle 7: Übersicht über die Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (EJ 2021) – NET-NTX

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle
Indikatoren/Transparenzkennzahlen zur Ergebnisqualität		
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen	QS-Dokumentation
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation
572018	1-Jahres-Überleben	QS-Dokumentation
572019	2-Jahres-Überleben**	QS-Dokumentation
572020	3-Jahres-Überleben**	QS-Dokumentation
572021	5-Jahres-Überleben**	QS-Dokumentation

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle
Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats		
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende	QS-Dokumentation
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende	QS-Dokumentation
Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation		
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortalen Organspende)	QS-Dokumentation
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	QS-Dokumentation
572026	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation*	QS-Dokumentation
572027	Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahr nach Nierentransplantation*. **	QS-Dokumentation
572028	Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahr nach Nierentransplantation*. **	QS-Dokumentation
572029	Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahr nach Nierentransplantation*. **	QS-Dokumentation
Gruppe: Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen		
572100	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation
572101	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation
572032	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	QS-Dokumentation
572033	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation*. **	QS-Dokumentation
572034	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation*. **	QS-Dokumentation
572035	Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation*. **	QS-Dokumentation

* Transparenzkennzahl

** Diese Indikatoren wurden für das Erfassungsjahr 2021 nicht ausgewertet.

Zudem werden im vorliegenden Bericht auch Ergebnisse der Datenvalidierung dargestellt. Die Datenvalidierung gemäß § 16 DeQS-RL umfasst u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitäts-

sicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien. Es werden zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden: 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 dieses Auffälligkeitskriteriums 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. Die Anlage eines MDS in der Transplantationsmedizin ist grundsätzlich ausgeschlossen. Im QS-Verfahren QS NET prüft das IQTIG im Einzelfall ob es ggf. doch möglich bzw. ratsam ist in einem Ausnahmefall einen MDS anzulegen. Hierzu ist ein direkter Austausch mit dem Leistungserbringer erforderlich.

Im Auswertungsmodul NET-NTX werden ein Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit und drei Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewertet.

Die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit „Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up“ (respektive „3-Jahres-Follow-up“) sowie die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit „Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres Follow-up“ (respektive „3-Jahres-Follow-up“) konnten zum Erfassungsjahr 2021 nicht ausgewertet werden. Weitere Informationen hierzu finden sich im Abschnitt 2.1, Abschnitt „Follow-up-Indikatoren“.

Tabelle 8: Übersicht über die Auffälligkeitskriterien (EJ 2021) – NET-NTX und NET-PNTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850308	Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850255	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation	QS-Dokumentation und Sollstatistik
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation und Sollstatistik
850278	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation und Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Die Auswertungen des vorliegenden Berichtes basieren auf QS-Dokumentationsdaten. Die Datengrundlage für diesen Bericht umfasst die Datengrundlage nach Standort und die Vollzählkeitsanalyse nach Institutionskennzeichenummer (IKNR).

Die nachfolgende Tabelle 9 stellt die nach Standortnummer (vgl. auch Standortverzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V) gelieferten QS-Dokumentationsdaten für das Erfassungsjahr 2021 dar.

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

Die Auswertung erfolgt entsprechend dem behandelnden Standort, da es bspw. sein kann, dass der entlassende Standort nicht immer auch der leistungserbringende Standort ist. Dies kann je nach Leistungserbringer unterschiedlich sein. Leider ist eine Umstellung der Sollstatistik auf den behandelnden Standort nicht möglich, da dieser nicht immer der abrechnende oder der für die Dokumentation abschließende Standort ist.

Die Grundgesamtheit der berechneten Qualitätsindikatoren zum 1-Jahres-Follow-up ist aufgrund der Regelungen der themenspezifischen Bestimmungen der DeQS-RL zum Umgang mit Qualitätssicherungsdaten aus dem privatärztlichen Bereich im Vergleich zur Grundgesamtheit der Indexeingriffe ggf. eingeschränkt. Denn sollten privatversicherte Patientinnen und Patienten nicht wirksam der weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich pseudonymisierter Eurotransplant-Nummer/ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle eingewilligt haben, werden diese in der standortbezogenen Qualitätssicherung nicht berücksichtigt. Da aus Datenschutzgründen für das IQTIG nicht ersichtlich ist, ob im Follow-up auf Leistungserbringerseite eine fehlende Einwilligung des oder der privatärztlich Versicherten oder die fehlende Nachsorge bzw. Dokumentation die Ursache für fehlende Nachsorgedaten sind, kann dies bei einer resultierenden rechnerischen Auffälligkeit erst im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens geklärt werden. Ebenso kann aus der fehlenden Zustimmung zur Teilnahme an der Qualitätssicherung von privatärztlichen Patientinnen und Patienten in einigen Qualitätsindikatoren ein unerwartetes rechnerisch unauffälliges Ergebnis resultieren, wenn bspw. eine verstorbene Patientin oder ein verstorbener Patient mit privatärztlichem Versicherungsstatus bei als fehlend dokumentierter Einwilligung nicht entsprechend in Grundgesamtheit und Zähler einbezogen werden darf.

Die Auswertungsmodule *NET-PNTX* und *NET-NTX* werden in einem Dokumentationsbogen (PNTX) erfasst, weshalb die Anzahl der übermittelten Datensätze von der tatsächlichen Anzahl der zur Auswertung genutzten Datensätze des jeweiligen Auswertungsmoduls abweichen kann.

Follow-up-Indikatoren

Die Qualitätsindikatoren zum 2- und 3-Jahres-Follow-up im Auswertungsmodul *NET-NTX* können für das Erfassungsjahr 2021 nicht ausgewertet werden, da die ET-Nummer in der Regel nicht mehr an die Bundesauswertungsstelle übermittelt wird und somit ein Bezug zum Indexeingriff

aus den Jahren 2018 bzw. 2019 nicht hergestellt werden kann. Dementsprechend erfolgt auch keine Darstellung dieser Indikatoren in den Berichten.

Das 1-Jahres-Follow-up hingegen kann ausgewertet und dargestellt werden, da für den Bezug zu Indexeingriffen seit dem Erfassungsjahr 2020 mit Wechsel der transplantationsmedizinischen Verfahren in die DeQS-RL die Versichertennummer der elektronischen Gesundheitskarte als patientenidentifizierendes Pseudonym genutzt und dem IQTIG übermittelt wird.

Die Erhebung des Follow-up bleibt selbstverständlich zur Sicherung einer adäquaten Behandlungs- und Nachsorgequalität weiterhin notwendig. Zusätzlich erfolgt weiterhin die Übermittlung der QS-Datensätze aus dem Follow-up an das Transplantationsregister. Zudem behält sich das IQTIG vor, die Erhebung der Follow-up-Daten stichprobenartig zu überprüfen.

Tabelle 9: Übersicht über die Datengrundlage (EJ 2021) – NET-NTX und NET-PNTX⁴

		geliefert	erwartet	Vollständigkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	1.989	1.989	100,00
	Basisdatensatz	1.989		
	MDS	0		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		37	37	100,00
Anzahl ausgewerteter Standorte Bund (gesamt)		39		
Anzahl entlassender Standorte Bund (gesamt)		42		

2.2 Risikoadjustierung

Eine Risikoadjustierung der Qualitätsindikatoren findet im Auswertungsmodul *NET-NTX* u. a. vor dem Hintergrund der Richtlinienvorgaben der Bundesärztekammer, die sowohl die Erfolgsaussicht als auch die Dringlichkeit bei der Versorgung von Transplantationspatientinnen und -patienten berücksichtigen, nicht statt.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

Statistische Basisprüfung (Auffälligkeitskriterien)

In Tabelle 10 sind die Bundesraten mit den entsprechenden Referenzbereichen des jeweiligen Auffälligkeitskriteriums dargestellt, die sich jedoch nicht auf das Bundesergebnis beziehen, sondern auf das Leistungserbringerergebnis.

⁴ Diese beiden Behandlungsverfahren werden gemeinsam über einen Dokumentationsbogen erfasst und werden deswegen auch zusammen in der Datengrundlage dargestellt.

Aufgrund der erstmaligen Ausgabe eines Bundesergebnisses der Auffälligkeitskriterien zum Erfassungsjahr 2021 werden keine Vorjahresergebnisse in der Tabelle ausgewiesen.

Tabelle 10: Übersicht über die Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (EJ 2021) – NET-NTX und NET-PNTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis 2021 (Referenzbereich)	Bundesergebnis 2020 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit			
850308	Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up	0,08 % (≤ 5,00 %)	-
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit			
850255	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation	100,00 % (≥ 100,00 %)	-
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,00 % (≤ 110,00 %)	-
850278	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	86,67 % (≥ 95,00 %)	-

In Tabelle 11 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Ergebnisse mit der Anzahl und dem Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen dargestellt. In der Spalte „Anzahl“ werden die rechnerisch auffälligen Leistungserbringer von allen Leistungserbringern, die mindestens einen Fall in der Grundgesamtheit des entsprechenden Auffälligkeitskriteriums hatten, dargestellt.

Insbesondere im Auffälligkeitskriterium „Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up“ wiesen mit 46,34 % mehrere Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis auf. Die Gründe hierfür können voraussichtlich auch durch das Stellungnahmeverfahren erklärt werden und entsprechend im nächstjährigen Bundesqualitätsbericht beschrieben werden.

Tabelle 11: Übersicht über Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (EJ 2021) – NET-NTX und NET-PNTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen	
			Anzahl	Anteil %
850308	Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up	alle Follow-up-Indikatoren in den Auswertungsmodulen NET-NTX und NET-PNTX	0 von 38	0,00 %

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen	
			Anzahl	Anteil %
850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation		0 von 37	0,00 %
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation		0 von 37	0,00 %
850278	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	alle Follow-up-Indikatoren in den Auswertungsmodulen <i>NET-NTX</i> und <i>NET-PNTX</i>	19 von 41	46,34 %

Im Folgenden werden die jeweiligen Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit bzw. zur Vollzähligkeit näher beschrieben.

Die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit „Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up“ (respektive „3-Jahres-Follow-up“) sowie die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit „Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres Follow-up“ (respektive „3-Jahres-Follow-up“) konnten zum Erfassungsjahr 2021 nicht ausgewertet werden. Weitere Informationen hierzu finden sich im Abschnitt 2.1, Abschnitt „Follow-up-Indikatoren“.

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up (850308)

Das Auffälligkeitskriterium prüft, inwiefern bei Leistungserbringern unter den gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätzen zum 1-Jahres-Follow-up der Follow-up-Status der Patientinnen und Patienten häufig als „unbekannt“ dokumentiert wurde. Das geschah auf Bundesebene in 0,08 % der Fälle. Dieses Auffälligkeitskriterium hat einen Bezug zu allen Follow-up-Indikatoren im Auswertungsmodul *NET-NTX*. Bei einem Referenzbereich von $\leq 5\%$ wies zum Erfassungsjahr 2021 kein Leistungserbringer eine rechnerische Auffälligkeit in diesem Auffälligkeitskriterium auf. Im Vorjahr wurde dieses Auffälligkeitskriterium pausiert, da die früheste Prüfung des Indexeingriffes (EJ 2020) zum 1-Jahres-Follow-up erst zum Erfassungsjahr 2021 möglich ist, weshalb keine Vergleiche mit dem Vorjahr gemacht werden können.

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (850255)

Das Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation prüft, ob weniger Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständig und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten sind. Der Referenzbereiche für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\geq 100,00\%$. Im Ergebnis zeigt sich für das Auswertungsmodul *NET-NTX* eine Dokumentationsrate von 100,00 %, es besteht auf Bundesebene somit keine Unterdokumentation. Der Anteil an

Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr gleichgeblieben (EJ 2020: 0,00 %).

Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (850256)

Das Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation prüft, ob mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständig und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten sind. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\leq 110,00$ %. Im Ergebnis zeigt sich für das Auswertungsmodul NET-NTX eine Dokumentationsrate von 100,00 %, es besteht auf Bundesebene somit keine Überdokumentation. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr gleichgeblieben (EJ 2020: 0,00 %).

Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up (850278)

Das Auffälligkeitskriterium zur zeitgerechten Durchführung des 1-Jahres-Follow-up prüft, ob für alle lebend entlassenen Patientinnen und Patienten mit einer Nierentransplantation die entsprechenden Datensätze zum 1-Jahres-Follow-up geliefert wurden und das Follow-up damit im entsprechend festgelegtem Zeitraum liegt.

Im Ergebnis zeigt sich für das Auswertungsmodul *NET-NTX* eine Follow-up-Dokumentationsrate von 86,67 %, es besteht auf Bundesebene somit eine deutliche Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen. Bei einem Referenzbereich von $\geq 95,00$ %, hatten 19 von 41 Leistungserbringern (46,34 %) (IKNR-Zählweise) rechnerisch auffällige Ergebnisse. Im Vorjahr wurde dieses Auffälligkeitskriterium pausiert, da die früheste Prüfung des Indexeingriffes (EJ 2020) zum 1-Jahres-Follow-up erst zum Erfassungsjahr 2021 möglich ist, weshalb keine Vergleiche mit dem Vorjahr gemacht werden können. Im aktuell laufenden Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2021 wird geprüft, ob es sich bei diesen rechnerischen Auffälligkeiten um qualitative Auffälligkeiten handelt.

2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Zum Erfassungsjahr 2021 wurde der Indikator „Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen“ (ID 572030) gestrichen und dafür die Indikatoren „Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen“ sowie „Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen“ ausgewertet. Hintergrund dieser Änderung ist, dass für den bisherigen Indikator bei der Entwicklung des Verfahren ein Referenzbereich von ≥ 10 . Perzentil bis ≤ 90 . Perzentil empfohlen wurde (G-BA 2016). Da sich dieser Referenzbereich technisch jedoch nicht umsetzen ließ, erfolgt die Auswertung ab dem Erfassungsjahr 2021 in zwei getrennten Indikatoren. In den Beratungen mit dem Expertengremium zu diesen Indikatoren wurden außerdem die Neujustierung dieser Qualitätsindikatoren bzw. alternative Konzeptionen zu den klinischen Qualitätszielen diskutiert, da die Ursachen behandlungsbedürftiger Abstoßungen in ihrer Ursache zu variabel erscheint. Die eigentlich im wesentlichen dahinterliegende Fragestellung des adäquaten Immunsuppressionsmanagements könnte stattdessen ggf. anhand eines Qualitätsindikators zu spezifischen Infektionsraten erfolgen. Außerdem fiel bei erstmaliger Auswertung und aufgrund der Ergebnisse im Indikator „Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen“ (ID 572101) auf, dass durch die perzentilbasierte Auswertung

die Konstellation eintreten kann, dass Standorte rechnerisch auffällige Ergebnisse ausweisen können, deren Abstoßungsrate unter der national und international üblichen Abstoßungsraten liegt, sodass hier eine rechnerische Auffälligkeit inhaltlich nicht gerechtfertigt wäre. Hier wird eine entsprechende Anpassung des Referenzbereichs erfolgen. Weitere Beratungen mit dem Expertengremium hierzu werden in der Sitzung zur Verfahrenspflege im Herbst 2022 erfolgen.

Für das Erfassungsjahr 2021 liegen, wie in Tabelle 12 ersichtlich, die Ergebnisse aller Indikatoren auf Bundesebene innerhalb des jeweils definierten Referenzbereichs. Im Vergleich zu den Vorjahren ist für das „Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation“ allerdings eine Ergebnisverschlechterung von ca. 6 % zu erkennen. Die Ergebnisse der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen werden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens aufgearbeitet, auch um ggf. zu erkennen, warum sich das Bundesergebnis verschlechtert hat. Für die übrigen Follow-up-Indikatoren, die erstmalig nach der DeQS-RL ausgewertet werden können, zeigen sich vergleichbare Ergebnisse zu den zuletzt zum Erfassungsjahr 2019 erhobenen und ausgewerteten Daten. Die Ergebnisse der Indikatoren zur „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (572017) sowie „Intra- oder postoperative Komplikationen“ (572016) befinden sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau. Zu erwähnen ist zudem, dass sich die Fallzahl durchgeführter Nierentransplantationen im Vergleich zum Vorjahr um 181 Fälle vergrößert hat.

Tabelle 12: Übersicht über die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (EJ 2021) – NET-NTX

ID	Indikator	Ergebnis 2021 (Referenzbereich)	Ergebnis 2020	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen	9,78 % (≤ 25,00 %)	10,05 %	Vergleichbar
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,21 % (≤ 5,00 %)	0,52 %	Vergleichbar
572018	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	96,71 % (≥ 90,00 %)	-	Im Vorjahr nicht berechnet
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung	79,23 % (≥ 60,00 %)	75,63 %	Vergleichbar
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	95,14 % (≥ 90,00 %)	95,50 %	Vergleichbar
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortalen Organspende)	82,33 % (≥ 66,88 %; 5. Perzentil)	82,35 %	Eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator	Ergebnis 2021 (Referenzbereich)	Ergebnis 2020	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	94,59 % (≥ 88,10 %; 5. Perzentil)	98,17 %	Eingeschränkt vergleichbar
572100	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	4,34 % (≥ 0,00 %; 10. Perzentil)	-	Im Vorjahr nicht berechnet
572101	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	4,34 % (≤ 9,09 %; 90. Perzentil)	-	Im Vorjahr nicht berechnet
572032	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	11,14 % (≤ 17,07 %; 90. Perzentil)	-	Im Vorjahr nicht berechnet

In Tabelle 13 sind für alle Qualitätsindikatoren die Ergebnisse mit der Anzahl und dem Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen dargestellt. In der Spalte „Anzahl“ werden die Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen als Anteil an allen Leistungserbringern, die mindestens einen Fall in der Grundgesamtheit im entsprechenden Indikator hatten, dargestellt. Für 9 Qualitätsindikatoren wurden im Erfassungsjahr 2021 insgesamt 30 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Im aktuell laufenden Stellungnahmeverfahren wird geprüft, ob es sich bei diesen rechnerischen Auffälligkeiten um qualitative Auffälligkeiten handelt.

Tabelle 13: Übersicht über Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Qualitätsindikator (EJ 2021) – NET-NTX

ID	Qualitätsindikator	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen	
		Anzahl	Anteil (%)
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen	1 von 39	2,56 %
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	6 von 39	15,38 %
572018	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	1 von 38	2,63 %
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung	2 von 39	5,13 %
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	8 von 37	21,62 %

ID	Qualitätsindikator	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen	
		Anzahl	Anteil (%)
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)	3 von 34	8,82 %
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	4 von 32	12,50 %
572100	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	0 von 34	0,00 %
572101	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	2 von 34	5,88 %

2.5 Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf

Für dieses Modul wurde für das Erfassungsjahr 2021 kein besonderer Handlungsbedarf festgestellt.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Hintergrund

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

In den bundesbezogenen QS-Verfahren wurden, wie bereits in den Vorjahren, auch im Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2020 Stellungnahmen, in denen die Vorgaben zum Datenschutz nicht eingehalten wurden, mit der Einstufung A72 „Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ bewertet. Aufgrund der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des § 299 SGB V ist eine Verarbeitung von patienten- oder einrichtungsidifizierenden Daten durch das IQTIG nicht zulässig. Eine Löschung der Stellungnahme ist daher erforderlich. Im Falle der Abgabe einer nicht DSGVO-konformen Stellungnahme hat das IQTIG den jeweiligen Leistungserbringern jedoch eine Korrekturmöglichkeit von einer Woche gegeben.

Es ist zu beachten, dass bei der Darstellung und Interpretation der Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren des Erfassungsjahres 2020 die Tabellen im Anhang den Datenstand 31. März 2022 aufweisen. D.h. zum Berichtszeitpunkt bereits stattgefundenen weiterführende Maßnahmen wie kollegiale Gespräche oder Begehungen sind hierin noch nicht enthalten, da die hierfür notwendigen technisch-logistischen Vorgänge bis zum 31. März 2022 noch nicht abgeschlossen sein konnten (Darstellung mit der Bewertung „S92“). Eine Beschreibung der durchgeführten Maßnahmen sowie deren Ergebnis erfolgt allerdings in Abschnitt 3.3.

Im Anhang werden nur QSEB-Tabellen dargestellt werden, wenn auch Ergebnisse vorhanden sind. Sollten bspw. keine qualitativ (un)auffälligen Bewertungen von Indikatorergebnissen vorgenommen worden sein, wird die entsprechende Tabelle nicht dargestellt.

Nachfolgend findet sich das Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach DeQS-RL, womit eine Zuordnung der Begründungen zu den Buchstaben-Zahlen-Kombinationen erleichtert werden soll.

Tabelle 14: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach DeQS-RL

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
N	Bewertung nicht vorgesehen	01	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
		02	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R	Ergebnis liegt im Referenzbereich	10	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
U	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig	61	Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)
		62	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		63	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig	71	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)
		72	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	80	Unvollzählige oder falsche Dokumentation
		81	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
S	Sonstiges	92	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Im Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2020 wurde von 39 datenliefernden Standorten ein Standort (2,56 %) im Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation rechnerisch auffällig. Im Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens 2021 (EJ 2020) musste eine fehlerhafte Dokumentation bestätigt werden (siehe auch Anhang „Ergebnisse des QSEB (Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen)“).

Tabelle 15: Übersicht zu rechnerischen Auffälligkeiten und Bewertungen von Auffälligkeitskriterien nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse) (EJ 2020) – NET-NTX und NET-PNTX

ID	Auffälligkeitskriterium	rechnerisch auffällige Ergebnisse Anzahl / Grundgesamtheit (Prozent)		Bewertung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse						rechnerisch auffällige Ergebnisse ohne QSEB-Bericht
		EJ 2019	EJ 2020	qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges		
				EJ 2019	EJ 2020	EJ 2019	EJ 2020	EJ 2019	EJ 2020	
850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	-	1 / 39 (2,56 %)	-	0 / 1 (0,00 %)	-	1 / 1 (100,00 %)	-	0 / 1 (0,00 %)	0
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt	-	-	-	-	0 / 1 (0,00 %)	-	1 / 1 (100,00 %)	-	0 / 1 (0,00 %)	0

Tabelle 16: Übersicht zu rechnerischen Auffälligkeiten und Bewertungen von Auffälligkeitskriterien nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (bezogen auf alle Leistungserbringer im jeweiligen Auffälligkeitskriterium) (EJ 2020) – NET-NTX und NET-PNTX

ID	Auffälligkeitskriterium	rechnerisch auffällige Ergebnisse Anzahl / Grundgesamtheit (Prozent)		Bewertung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse						rechnerisch auffällige Ergebnisse ohne QSEB- Bericht
		EJ 2019	EJ 2020	qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges		
				EJ 2019	EJ 2020	EJ 2019	EJ 2020	EJ 2019	EJ 2020	
850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	-	1 / 39 (2,56 %)	-	0 / 39 (0,00 %)	-	1 / 39 (2,56 %)	-	0 / 39 (0,00 %)	0
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	-	-	-	-	-	-	-	-	-

3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Im Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2020 zeigten sich für 16 Krankenhausstandorte 19 rechnerisch auffällige Indikatorenergebnisse.

Insgesamt wurden 8 von 19 Indikatorenergebnissen als qualitativ auffällig bewertet, 6 Krankenhausstandorte zu 6 Indikatorenergebnissen aufgrund unzureichender fachlicher Plausibilität der Stellungnahmen (n = 5) oder den oben beschriebenen Anonymisierungsverstößen mit „A72“. Zudem wurden den Leistungserbringern aus den Stellungnahmen erkennbare kritische Punkte zurückgemeldet, wie u. a. strukturelle Mängel, die Akzeptanz bzw. Fehleinschätzung von zu hohen Risikokonstellationen auf Empfänger- und Spenderorganseite, nicht ausreichende Evaluationsprozesse insbesondere interdisziplinärer Abstimmung, chirurgisch-fachliche Mängel, fehlende ursachengerechte bzw. zielorientierte Aufarbeitungen der Fälle, um eigene Verbesserungspotenziale erkennen zu können, oder mangelhaftes perioperatives Management und Monitoring. 2 Krankenhausstandorte erhielten zu 2 Qualitätsindikatoren Bewertungen mit „A99“ und entsprechende Hinweise bzgl. fachlichen und QS-spezifischen Verbesserungspotenzialen.

Mit einem Krankenhausstandort wurde zu einem Indikatorenergebnis aus dem Erfassungsjahr 2020 und 2 Indikatorenergebnissen aus dem Erfassungsjahr 2019 ein kollegiales Gespräch geführt und mit dem Ergebnis „U99“ in allen 3 Indikatorenergebnissen abgeschlossen. In den Tabellen im Anhang ist das Ergebnis zu dem Erfassungsjahr 2020 noch mit „S92“ dargestellt, da zum Zeitpunkt der Erstellung der Tabellen für den Bundesqualitätsbericht das Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen war. Zudem erhielt der Leistungserbringer eine schriftliche Rückmeldung. Mit zwei weiteren Krankenhausstandorten zu jeweils zwei Indikatorenergebnissen sind weitere Maßnahmen noch ausstehend („S92“) (Siehe Abschnitt 3.1).

Ebenso wurde eine Begehung bei einem Leistungserbringer zu 5 Indikatorenergebnissen (EJ 2019 = 4; EJ 2020 = 1) durchgeführt. Mit diesem wurde bereits eine Zielvereinbarung zum Erfassungsjahr 2018 nach stattgefundenem kollegialen Gespräch geschlossen.

5 Indikatorenergebnisse in 5 Krankenhausstandorten wurden als qualitativ unauffällig bewertet, 3 Ergebnisse davon mit „U99“. Den Krankenhausstandorten wurden zudem sowohl fachliche als auch QS-spezifische Hinweise zu möglichen Verbesserungspotenzialen gegeben. Bei den zwei anderen Krankenhausstandorten wurden 2 Ergebnisse mit „U62“ bewertet, da es sich im Konsens mit der Bundesfachkommission um zunächst nicht ungewöhnliche und nachvollziehbare Einzelfälle im Behandlungsverlauf handelte.

Tabelle 17: Übersicht zu rechnerischen Auffälligkeiten und Bewertungen von Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse) (EJ 2020) – NET-NTX

ID	Indikatorbezeichnung	rechnerisch auffällige Ergebnisse / Leistungserbringer im QI (Prozent)		Bewertung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse						rechnerisch auffällige Ergebnisse ohne QSEB-Bericht
		EJ 2019	EJ 2020	qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges		
				EJ 2019	EJ 2020	EJ 2019	EJ 2020	EJ 2019	EJ 2020	
Indikatoren zur Ergebnisqualität										
Gruppe: Intra- oder postoperative Komplikationen										
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus										
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	-	1 / 39 (2,56 %)	-	0 / 1 (0,00 %)	-	0 / 1 (0,00 %)	-	1 / 1 (100,00 %)	0
Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats										
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende	-	4 / 39 (10,26 %)	-	0 / 4 (0,00 %)	-	3 / 4 (75,00 %)	-	1 / 4 (25,00 %)	0
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende	-	6 / 38 (15,79 %)	-	2 / 6 (33,33 %)	-	2 / 6 (33,33 %)	-	2 / 6 (33,33 %)	0

ID	Indikatorbezeichnung	rechnerisch auffällige Ergebnisse / Leistungserbringer im QI (Prozent)		Bewertung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse						rechnerisch auffällige Ergebnisse ohne QSEB-Bericht
		EJ 2019	EJ 2020	qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges		
				EJ 2019	EJ 2020	EJ 2019	EJ 2020	EJ 2019	EJ 2020	
Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation										
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortalen Organspende)	-	2 / 23 (8,70 %)	-	1 / 2 (50,00 %)	-	0 / 2 (0,00 %)	-	1 / 2 (50,00 %)	0
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	-	6 / 19 (31,58 %)	-	2 / 6 (33,33 %)	-	3 / 6 (50,00 %)	-	1 / 6 (16,67 %)	0
Gruppe: Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen										
572030	Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt	-	-	-	-	5 / 19 (26,32 %)	-	8 / 19 (42,11 %)	-	6 / 19 (31,58 %)	0

Tabelle 18: Übersicht zu rechnerischen Auffälligkeiten und Bewertungen von Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (bezogen auf alle Leistungserbringer im jeweiligen Qualitätsindikator) (EJ 2020) – NET-NTX

ID	Indikatorbezeichnung	rechnerisch auffällige Ergebnisse / Leistungserbringer im QI (Prozent)		Bewertung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse					
		EJ 2019	EJ 2020	qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				EJ 2019	EJ 2020	EJ 2019	EJ 2020	EJ 2019	EJ 2020
Indikatoren zur Ergebnisqualität									
Gruppe: Intra- oder postoperative Komplikationen									
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen	-	-	-	-	-	-	-	-
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus									
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	-	1 / 39 (2,56 %)	-	0 / 39 (0,00 %)	-	0 / 39 (0,00 %)	-	1 / 39 (2,56 %)
Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats									
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende	-	4 / 39 (10,26 %)	-	0 / 39 (0,00 %)	-	3 / 39 (7,69 %)	-	1 / 39 (2,56 %)
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende	-	6 / 38 (15,79 %)	-	2 / 38 (5,26 %)	-	2 / 38 (5,26 %)	-	2 / 38 (5,26 %)

ID	Indikatorbezeichnung	rechnerisch auffällige Ergebnisse / Leistungserbringer im QI (Prozent)		Bewertung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse					
		EJ 2019	EJ 2020	qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				EJ 2019	EJ 2020	EJ 2019	EJ 2020	EJ 2019	EJ 2020
Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation									
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)	-	2 / 23 (8,70 %)	-	1 / 23 (4,35 %)	-	0 / 23 (0,00 %)	-	1 / 23 (4,35 %)
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	-	6 / 19 (31,58 %)	-	2 / 19 (10,53 %)	-	3 / 19 (15,79 %)	-	1 / 19 (5,26 %)
Gruppe: Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen									
572030	Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen	-	-	-	-	-	-	-	-

4 Evaluation

Die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens nach DeQS-RL werden stetig für die Verfahrenspflege genutzt.

5 Fazit und Empfehlungen

Zum aktuellen Zeitpunkt werden keine wesentlichen Änderungen für das Auswertungsmodul empfohlen. Das Stellungnahmeverfahren wird weiterhin unter den erschwerten Bedingungen des Richtlinienwechsels sowie der ausgesetzten Auswertung von Qualitätsindikatoren adaptiert fortgeführt.

Multiviszeraltransplantation

In den zuletzt geführten Stellungnahmeverfahren bzw. Strukturierten Dialogen wurden Erkenntnisse zu der nachteiligen Verortung von Multiviszeraltransplantationen gewonnen. Diese wurden bisher je nach Kodierstatus in den Auswertungsmodulen *NET-PNTX* oder Lebertransplantation (*TX-LTX*) erfasst. Da es sich allerdings bei der Indikationsstellung um ein absolutes Ausnahmekollektiv handelt und strukturell extrem hohe Anforderungen an Interdisziplinarität, Erfahrung des Teams und Möglichkeiten der Nachbetreuung gestellt werden müssen, sollten nach Beratungen mit den Expertengremien diese Fälle gesondert betrachtet werden. Das IQTIG hat hierzu zusätzlich mit Expertinnen und Experten der Verfahren QS NET (Module *NET-PNTX* und *NET-NTX*) und QS TX (Modul *TX-LTX*) bereits entsprechende Adaptionen diskutiert und wird diese voraussichtlich ab der Spezifikation zum Erfassungsjahr 2024 umsetzen können. Zukünftig ist geplant, dass Multiviszeraltransplantationen ausschließlich im Auswertungsmodul *TX-LTX* betrachtet und dargestellt werden, nicht aber in die Indikatorberechnungen eingehen. Hintergrund der Verortung bei *TX-LTX* ist, dass bei Multiviszeraltransplantationen immer mindestens die Transplantation der Leber erfolgt, hingegen aber eine Transplantation der Niere nur bei einem Teil der Fälle stattfindet. Somit ist eine Auslösung der Dokumentation über das Auswertungsmodul *TX-LTX* für jede Multiviszeraltransplantation sichergestellt. Geprüft wird derzeit, wie die Darstellung dieser Fälle erfolgen soll. Gleichzeitig sollte allerdings das sehr limitierte, aber notwendige Thema der „Multiviszeraltransplantation“ vonseiten der Richtliniengeber und Fachgesellschaften vermehrt durch Strukturvorgaben und Finanzierungsansätze gestärkt werden, die das hohe Qualitätsniveau der Patientenversorgung sowohl präoperativ als auch in der intensiven Nachsorge sicherstellen.

Indikator zu intra- und postoperativen Komplikationen

Bezüglich der Erfassung von intra- und postoperativen Komplikationen fand innerhalb der unterjährigen Verfahrenspflege eine verfahrensübergreifende Sondersitzung mit Vertreterinnen und Vertretern der Expertengremien *QS NET-PNTX/ QS NET-NTX* sowie *QS TX-LTX* statt, um u. a. über eine Modifizierung der Schlüsselwerte der Clavien-Dindo-Klassifikation zu beraten. Hintergrund ist, dass ein seit dem Erfassungsjahr 2020 erfolgter Ausschluss von Komplikationen Grad II nach Clavien-Dindo dazu führt, dass sich das Bundesergebnis des Indikators zu intra- oder postoperativen Komplikationen halbiert hat und kein Leistungserbringer mehr rechnerisch auffällig wurde. Hierbei wurde analysiert, dass durch den vorgenommenen Ausschluss u. U. für das Outcome relevante Komplikationen (wie bspw. Blutungen oder Infektionen, die nicht den Stadien

III bis V zuzuordnen sind) im Indikator untererfasst werden. Eine zukünftige Spezifikationsanpassung der Schlüsselwerte wird als notwendig angesehen.

Patienteneinschluss in die Qualitätssicherung

Seit der Überführung der transplantationsmedizinischen Verfahren in die DeQS-Richtlinie müssen privatversicherte Patientinnen und Patienten der Übermittlung ihrer Daten zur Qualitätssicherung zustimmen. Hierüber muss der jeweilige Leistungserbringer explizit aufklären und die Einwilligung einholen. Dies betrifft nicht nur die Indexeingriffe, sondern bezieht sich ebenfalls auf jede Follow-up-Erhebung. Nach Analyse der Daten im IQTIG fällt auf, dass ein nicht unerheblicher Teil an privat versicherten Patientinnen und Patienten aufgrund einer fehlenden Zustimmung nicht in die Qualitätssicherung eingeschlossen wird. Für eine adäquate Qualitätssicherung im Sinne aller betroffenen Patientengruppen besteht Konsens mit dem Expertengremium, dass erneut auf den grundsätzlichen Einschluss von privat versicherten Patientinnen und Patienten in die externe Qualitätssicherung gerade bei Verfahren mit kleinen Fallzahlen hingewirkt werden sollte.

Durchführung von M&M-Konferenzen

Grundsätzlich wird den Leistungserbringern empfohlen, bei komplikativen und letalen Verläufen M&M-Konferenzen entsprechend des Leitfadens der Bundesärztekammer durchzuführen (siehe Abschnitt 3.3 im BQB QS TX; Teil „Herztransplantation“).

Anhang: Ergebnisse des QSEB (Nierentransplantation)

Tabelle 19: Stellungnahmeverfahren zu Qualitätsindikatoren (EJ 2020) – NET-NTX

ID	Indikatorbezeichnung	kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren ⁵		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
Indikatoren zur Ergebnisqualität					
Gruppe: Intra- oder postoperative Komplikationen					
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen	-	-	-	-
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus					
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	0 / 1 (0,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats					
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende	0 / 4 (0,00 %)	4 / 4 (100,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende	0 / 6 (0,00 %)	6 / 6 (100,00 %)	1 / 6 (16,67 %)	0 / 6 (0,00 %)
Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation					
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)	0 / 2 (0,00 %)	2 / 2 (100,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	1 / 2 (50,00 %)
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	0 / 6 (0,00 %)	6 / 6 (100,00 %)	0 / 6 (0,00 %)	0 / 6 (0,00 %)

⁵ Mehrfachnennungen möglich.

ID	Indikatorbezeichnung	kein Stellungnahme- verfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren ⁵		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
Gruppe: Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen					
572030	Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen	-	-	-	-
Gesamt	-	0 / 19 (0,00 %)	19 / 19 (100,00 %)	1 / 19 (5,26 %)	1 / 19 (5,26 %)

Tabelle 20: Begründung der Bewertung als qualitativ auffälliges Ergebnis zu Qualitätsindikatoren (EJ 2020) – NET-NTX

ID	Indikatorbezeichnung	qualitativ auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung				
			Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert) (A71)	keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt (A72)	unvollständige oder falsche Dokumentation (D80)	Software- probleme haben falsche Dokumentation verursacht (D81)	Sonstiges (im Kommentar erläutert) (A99)
Indikatoren zur Ergebnisqualität							
Gruppe: Intra- oder postoperative Komplikationen							
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen	-	-	-	-	-	-
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus							
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	0	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)
Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats							
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende	3	0 / 3 (0,00 %)	3 / 3 (100,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)

ID	Indikatorbezeichnung	qualitativ auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung				
			Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert) (A71)	keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt (A72)	unvollständige oder falsche Dokumentation (D80)	Softwareprobleme haben falsche Dokumentation verursacht (D81)	Sonstiges (im Kommentar erläutert) (A99)
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende	2	0 / 2 (0,00 %)	1 / 2 (50,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	1 / 2 (50,00 %)
Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation							
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)	0	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	3	0 / 3 (0,00 %)	2 / 3 (66,67 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	1 / 3 (33,33 %)
Gruppe: Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen							
572030	Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen	-	-	-	-	-	-
Gesamt	-	8	0 / 8 (0,00 %)	6 / 8 (75,00 %)	0 / 8 (0,00 %)	0 / 8 (0,00 %)	2 / 8 (25,00 %)

Tabelle 21: Begründung der Bewertung als qualitativ unauffälliges Ergebnis zu Qualitätsindikatoren (EJ 2020) – NET-NTX

ID	Indikatorbezeichnung	qualitativ unauffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung			
			besondere klinische Situation	das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Indikatoren zur Ergebnisqualität						
Gruppe: Intra- oder postoperative Komplikationen						
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen	-	-	-	-	-
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus						
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	0	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)
Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats						
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende	0	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende	2	0 / 2 (0,00 %)	2 / 2 (100,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation						
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)	1	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	1 / 1 (100,00 %)
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	2	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	2 / 2 (100,00 %)

ID	Indikatorbezeichnung	qualitativ unauffällige Ergebnisse	besondere klinische Situation	Begründung der Bewertung		
				das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Gruppe: Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen						
572030	Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen	-	-	-	-	-
Gesamt	-	5	0 / 5 (0,00 %)	2 / 5 (40,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	3 / 5 (60,00 %)

Tabelle 22: Begründung der Bewertung als Sonstiges zu Qualitätsindikatoren (EJ 2020) – NET-NTX

ID	Indikatorbezeichnung	Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens als Sonstiges	Begründung der Bewertung	
			Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Indikatoren zur Ergebnisqualität				
Gruppe: Intra- oder postoperative Komplikationen				
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen	-	-	-
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus				
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	1 / 1 (100,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats				
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende	1 / 1 (100,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)

ID	Indikatorbezeichnung	Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens als Sonstiges	Begründung der Bewertung	
			Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende	2 / 4 (50,00 %)	2 / 4 (50,00 %)	0 / 4 (0,00 %)
Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation				
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)	1 / 2 (50,00 %)	1 / 2 (50,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	1 / 3 (33,33 %)	1 / 3 (33,33 %)	0 / 3 (0,00 %)
Gruppe: Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen				
572030	Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen	-	-	-
Gesamt	-	6 / 11 (54,55 %)	6 / 11 (54,55 %)	0 / 11 (0,00 %)

Tabelle 23: Maßnahmenstufe 1 zu Qualitätsindikatoren (EJ 2020) – NET-NTX

ID	Indikatorbezeichnung	qualitativ auffällige Ergebnisse	keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Initiierung Maßnahmenstufe 1					
					Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstige Maßnahmen
Indikatoren zur Ergebnisqualität										
Gruppe: Intra- oder postoperative Komplikationen										
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus										
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	0	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)
Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats										
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende	3	3 / 3 (100,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende	2	2 / 2 (100,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)

ID	Indikatorbezeichnung	qualitativ auffällige Ergebnisse	keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2	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
Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation										
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)	0	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	3	3 / 3 (100,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)
Gruppe: Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen										
572030	Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt	-	8	8 / 8 (100,00 %)	0 / 8 (0,00 %)	0 / 8 (0,00 %)	0 / 8 (0,00 %)	0 / 8 (0,00 %)	0 / 8 (0,00 %)	0 / 8 (0,00 %)	0 / 8 (0,00 %)

Pankreas- und Pankreas-Nieren- Transplantation

1 Hintergrund

Unter dem QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen* werden sowohl die Nierentransplantationen, die Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen als auch die unterschiedlichen Dialyseverfahren zusammengefasst.

Die Transplantation der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) und die kombinierte Transplantation von Pankreas und Niere kommen derzeit nur für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 in Betracht. Aufgrund des Ausfalls der Insulinproduktion in der Bauchspeicheldrüse verändert sich der Zuckerstoffwechsel, was wiederum zu erheblichen Folgeschäden führen kann (z. B. Schädigung der Nerven, der Augen oder der Nieren). Weil durch die Pankreastransplantation die insulinproduzierenden Zellen des Organs übertragen werden, wird auf diese Weise die Ursache des insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ 1 behandelt. Das Ziel der Pankreastransplantation ist die Wiederherstellung einer ausreichenden körpereigenen Insulinproduktion, sodass eine zusätzliche Insulintherapie unnötig wird. Da in der Regel die ausgefallene bzw. stark mangelhafte Insulinproduktion des Pankreas medikamentös ersetzt werden kann, ist die Indikation zur alleinigen Pankreastransplantation sehr restriktiv zu stellen. Sie ist nur dann indiziert, wenn trotz intensiver Bemühungen im Rahmen einer medikamentösen Therapie keine stabile Einstellung des Zuckerstoffwechsels erreicht werden kann. Ist zusätzlich bereits eine weit fortgeschrittene Schädigung der Nieren eingetreten, kommt eine kombinierte Pankreas-Nieren-Transplantation infrage. Diese Kombinationstransplantation verbessert nicht nur die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten, sie stellt auch einen lebenserhaltenden Eingriff dar, da sie eine neuerliche diabetische Nierenschädigung verhindert und das Sterberisiko deutlich verringert.

Bei Patientinnen und Patienten, die eine Pankreastransplantation oder eine kombinierte Pankreas-Nieren-Transplantation erhalten, handelt es sich demnach um Patientinnen und Patienten mit einer äußerst komplexen Krankheitssituation bei bereits bestehenden schweren Vorerkrankungen, deren anspruchsvolle Behandlung meist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich macht. Außerdem sind der Indexeingriff zur Transplantation sowie das Nachsorgekonzept der Patientinnen und Patienten mit vielen Risiken verbunden, u. a. mit dem Risiko des Versterbens oder einer Abstoßungsreaktion des transplantierten Organs. Durch eine gute Versorgungsqualität in den Einrichtungen können Risiken zwar nicht gänzlich verhindert, aber zumindest erheblich reduziert werden. Die Versorgungsqualität hat somit unmittelbaren Einfluss auf das Überleben der Patientinnen und Patienten. Aus diesem Grund wird im Auswertungsmodul *Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation (NET-PNTX)* unter anderem das Überleben der Patientinnen und Patienten betrachtet. Mit dem Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 572036) wird der Anteil der Patientinnen und Patienten erfasst, die im Anschluss an die Operation und noch während des stationären Aufenthalts versterben. Da aber auch in den Jahren nach der Transplantation ein erhöhtes Risiko für ein Versterben besteht, das mit der Qualität der Transplantation oder der Qualität der Nachsorge zusammenhängen kann, wird zudem das Überleben in den drei Jahren nach der Operation betrachtet (IDs 572037, 572039 und 572041).

Weil die Qualität der Transplantation und der Nachsorge mit der langfristigen Überlebenschance des transplantierten Organs und der Patientinnen und Patienten zusammenhängt, hat jede transplantierte Einrichtung eine Nachsorgepflicht für die Patientinnen und Patienten. Ist dabei einer Einrichtung in den drei Jahren nach dem Eingriff unbekannt, ob die Patientinnen und Patienten leben oder verstorben sind (unbekannter Überlebensstatus), so kann dies unter Umständen auf eine mangelhafte Erfüllung dieser Nachsorgepflicht hindeuten. Um dies entsprechend zu berücksichtigen, werden in den Worst-Case-Indikatoren 572038, 572040 und 572042 Patientinnen und Patienten mit einem unbekanntem Überlebensstatus als verstorben betrachtet.

Der Qualitätsindikator zur Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung aus dem Krankenhaus (ID 572043) erfasst die Patientinnen und Patienten, bei denen das Pankreastransplantat seine Funktion vollständig aufnehmen konnte. Die Qualität der Transplantatfunktion nach einem Jahr, zwei und drei Jahren wird jeweils als Kennzahl (IDs 572044, 572045 und 572046) dargestellt. Da das Pankreas gegenüber einer Minderversorgung während bzw. nach der Entnahme sehr empfindlich ist und es entsprechend chirurgischer Erfahrung und Können sowohl bei der Entnahme des Organs von der Spenderin / dem Spender als auch bei der Transplantation in die Empfängerin oder den Empfänger bedarf, soll der Qualitätsindikator zur postoperativen Entfernung des Pankreastransplantats (ID 572047) auf mögliche Mängel in diesem Zusammenhang hinweisen.

Um bei geringen jährlichen Fallzahlen von Pankreas- bzw. Pankreas-Nieren-Transplantationen die statistische Aussagekraft der Qualitätsindikatoren zu erhöhen und die Qualitätsentwicklung der Krankenhäuser im Verlauf besser beurteilen zu können, umfasst der Auswertungszeitraum in diesem Auswertungsmodul in der Regel zwei Jahre (Erfassungsjahr und Erfassungsjahr -1). Das Verfahren QS NET ist im Erfassungsjahr 2020 gestartet. Eine Auswertung über zwei Jahre hinweg ist somit für das Erfassungsjahr 2021 erstmalig möglich.

Weitere Informationen zu den Follow-up-Qualitätsindikatoren, die ab dem Erfassungsjahr 2021 sukzessive wiederaufgebaut werden, finden sich im Abschnitt 2.1.

Tabelle 24: Übersicht über die Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (EJ 2021) – NET-PNTX

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle
Indikatoren/Transparenzkennzahlen zur Ergebnisqualität		
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation
Gruppe: 1-Jahres-Überleben		
572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation
572038	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QS-Dokumentation
Gruppe: 2-Jahres-Überleben		
572039	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	QS-Dokumentation

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle
572040	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)**	QS-Dokumentation
Indikatorengruppe: 3-Jahres-Überleben		
572041	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	QS-Dokumentation
572042	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)**	QS-Dokumentation
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	QS-Dokumentation
572044	Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)*	QS-Dokumentation
572045	Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation) *, **	QS-Dokumentation
572046	Qualität der Transplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation) *, **	QS-Dokumentation
572047	Entfernung des Pankreastreansplantats	QS-Dokumentation

* Transparenzkennzahl

** Diese Indikatoren bzw. Kennzahlen wurden für das Erfassungsjahr 2021 nicht ausgewertet.

Zudem werden im vorliegenden Bericht auch Ergebnisse der Datenvalidierung dargestellt. Die Datenvalidierung gemäß § 16 DeQS-RL umfasst u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien. Es werden zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden: 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 dieses Auffälligkeitskriteriums 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. Die Anlage eines MDS in der Transplantationsmedizin ist grundsätzlich ausgeschlossen. Im QS-Verfahren QS NET prüft das IQTIG im Einzelfall ob es ggf. doch möglich bzw. ratsam ist in einem Ausnahmefall einen MDS anzulegen. Hierzu ist ein direkter Austausch mit dem Leistungserbringer erforderlich.

Im Auswertungsmodul NET-PNTX werden ein Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit und drei Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewertet. Die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit „Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up“ (respektive „3-Jahres-Follow-up“) sowie die Auffälligkeitskriterien

zur Vollzähligkeit „Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres Follow-up“ (respektive „3-Jahres-Follow-up“) konnten zum Erfassungsjahr 2021 nicht ausgewertet werden. Weitere Informationen hierzu finden sich im Abschnitt 2.1, Abschnitt „Follow-up-Indikatoren“.

Tabelle 25: Übersicht über die Auffälligkeitskriterien (EJ 2021) – NET-PNTX und NET-NTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850308	Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation und Sollstatistik
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation und Sollstatistik
850278	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation und Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Die Auswertungen des vorliegenden Berichts basieren auf QS-Dokumentationsdaten. Die Datengrundlage für diesen Bericht umfasst die Datengrundlage nach Standort und die Vollzähligkeitsanalyse nach Institutionskennzeichennummer (IKNR).

Die nachfolgende Tabelle 26 stellt die nach Standortnummer (vgl. auch Standortverzeichnis nach §293 Abs. 6 SGB V) gelieferten QS-Dokumentationsdaten für das Erfassungsjahr 2021 dar.

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

Die Auswertung erfolgt entsprechend dem behandelnden Standort, da es bspw. sein kann, dass der entlassende Standort nicht immer auch der leistungserbringende Standort ist. Dies kann je nach Leistungserbringer unterschiedlich sein. Leider ist eine Umstellung der Sollstatistik auf den behandelnden Standort nicht möglich, da dieser nicht immer der abrechnende oder der für die Dokumentation abschließende Standort ist.

Die Grundgesamtheit der berechneten Qualitätsindikatoren zum 1-Jahres-Follow-up ist aufgrund der Regelungen der themenspezifischen Bestimmungen der DeQS-RL zum Umgang mit Qualitätssicherungsdaten aus dem privatärztlichen Bereich im Vergleich zur Grundgesamtheit der Indexeingriffe ggf. eingeschränkt. Denn sollten privatversicherte Patientinnen und Patienten nicht wirksam der weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich pseudonymisierter Eurotransplant-Nummer/ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle eingewilligt haben, werden diese in der standortbezogenen Qualitätssicherung nicht berücksichtigt. Da aus Datenschutzgründen für das IQTIG nicht ersichtlich ist, ob im Follow-up auf Leistungserbringerseite eine fehlende Einwilligung des oder der privatärztlich Versicherten oder die fehlende Nachsorge bzw. Dokumentation die Ursache für fehlende Nachsorgedaten sind, kann dies bei einer resultierenden rechnerischen Auffälligkeit erst im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens geklärt werden. Ebenso kann aus der fehlenden Zustimmung zur Teilnahme an der Qualitätssicherung von privatärztlichen Patientinnen und Patienten in einigen Qualitätsindikatoren ein unerwartetes rechnerisch unauffälliges Ergebnis resultieren, wenn bspw. eine verstorbene Patientin oder ein verstorbener Patient mit privatärztlichem Versicherungsstatus bei als fehlend dokumentierter Einwilligung nicht entsprechend in Grundgesamtheit und Zähler einbezogen werden darf.

Die Auswertungsmodule *NET-PNTX* und *NET-NTX* werden in einem Dokumentationsbogen (PNTX) erfasst, weshalb die Anzahl der übermittelten Datensätze von der tatsächlichen Anzahl der zur Auswertung genutzten Datensätze des jeweiligen Auswertungsmoduls abweichen kann.

Follow-up-Indikatoren

Die Qualitätsindikatoren zum 2- und 3-Jahres-Follow-up im Auswertungsmodul *NET-PNTX* können für das Erfassungsjahr 2021 nicht ausgewertet werden, da die ET-Nummer in der Regel nicht mehr an die Bundesauswertungsstelle übermittelt wird und somit ein Bezug zum Indexeingriff

aus den Jahren 2018 bzw. 2019 nicht hergestellt werden kann. Dementsprechend erfolgt auch keine Darstellung dieser Indikatoren in den Berichten.

Das 1-Jahres-Follow-up hingegen kann ausgewertet und dargestellt werden, da für den Bezug zu Indexeingriffen seit dem Erfassungsjahr 2020 mit Wechsel der transplantationsmedizinischen Verfahren in die DeQS-RL die Versichertennummer der elektronischen Gesundheitskarte als patientenidentifizierendes Pseudonym genutzt und dem IQTIG übermittelt wird.

Die Erhebung des Follow-up bleibt selbstverständlich zur Sicherung einer adäquaten Behandlungs- und Nachsorgequalität weiterhin notwendig. Zusätzlich erfolgt weiterhin die Übermittlung der QS-Datensätze aus dem Follow-up an das Transplantationsregister. Zudem behält sich das IQTIG vor, die Erhebung der Follow-up-Daten stichprobenartig zu überprüfen.

Tabelle 26: Übersicht über die Datengrundlage – QS NET-PNTX und QS NET-NTX (EJ 2021) ⁶

		geliefert	erwartet	Vollständigkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	1.989	1.989	100,00
	Basisdatensatz	1.989		
	MDS	0		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		37		
Anzahl ausgewerteter Standorte Bund (gesamt)		39		
Anzahl entlassender Standorte Bund (gesamt)		42		

2.2 Risikoadjustierung

Eine Risikoadjustierung der Qualitätsindikatoren findet im Auswertungsmodul *NET-PTNX* u. a. vor dem Hintergrund der Richtlinienvorgaben der Bundesärztekammer, die sowohl die Erfolgsaussicht als auch die Dringlichkeit bei der Versorgung von Transplantationspatientinnen und -patienten berücksichtigen, nicht statt.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

Auffälligkeitskriterien werden gemeinsam für die beiden Module *NET-NTX* und *NET-PNTX* gemeinsam berechnet, die Ergebnisse dazu können dem gleichnamigen Abschnitt im Teil zu den Nierentransplantationen entnommen werden (siehe Abschnitt 2.3, Seite 30).

2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Für die Erfassungsjahre 2020/2021 liegen die Ergebnisse der meisten Indikatoren auf Bundesebene innerhalb des jeweils definierten Referenzbereichs (Tabelle 27). Lediglich der Indikator

⁶ Diese beiden Behandlungsverfahren werden gemeinsam über einen Dokumentationsbogen erfasst und werden deswegen auch zusammen in der Datengrundlage dargestellt.

„1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)“ (572038) liegt mit 86,76 % unterhalb des Referenzbereiches ($\geq 90,00\%$). Die Gründe hierfür lassen sich voraussichtlich im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens aufarbeiten und im nächstjährigen Bundesqualitätsbericht beschreiben.

Tabelle 27: Übersicht über die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (EJ 2020/2021) – NET-PNTX

ID	Indikator	Ergebnis 2020/2021 (Referenzbereich)	Ergebnis 2018/2019**	Vergleichbarkeit zum Vorjahr**
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus*	3,65 % ($\leq 5,00\%$)	-	-
572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	95,16 % ($\geq 90,00\%$)	-	-
572038	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	86,76 % ($\geq 90,00\%$)	-	-
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung*	78,79 % ($\geq 75,00\%$)	-	-
572047	Entfernung des Pankreastransplantats*	17,52 % ($\leq 20,00\%$)	-	-

* Aufgrund der sehr geringen Fallzahlen ist für die Indikatoren zu Pankreastransplantationen vorgesehen, dass die Daten über zwei Erfassungsjahre kumuliert ausgewiesen werden (Erfassungsjahr und Erfassungsjahr -1).

** Aufgrund des Wechsels der Richtlinie von der QSKH-RL in die DeQS-RL ist eine vergleichende Darstellung nicht möglich.

In Tabelle 28 sind für alle Qualitätsindikatoren die Ergebnisse mit der Anzahl und dem Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen dargestellt. In der Spalte „Anzahl“ werden die Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen als Anteil an allen Leistungserbringern, die mindestens einen Fall in der Grundgesamtheit im entsprechenden Indikator hatten, dargestellt. Für 5 Qualitätsindikatoren wurden in den Erfassungsjahren 2020/2021 insgesamt 22 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Im aktuell laufenden Stellungnahmeverfahren wird geprüft, ob es sich bei diesen rechnerischen Auffälligkeiten um qualitative Auffälligkeiten handelt.

Tabelle 28: Übersicht über Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Qualitätsindikator (EJ 2020/2021) – NET-PNTX

ID	Qualitätsindikator	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen	
		Anzahl	Anteil (%)
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	2 von 22	9,09 %
572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2 von 19	10,53 %
572038	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	5 von 20	25,00 %
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	6 von 22	27,27 %
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	7 von 22	31,82 %

2.5 Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf

Für dieses Modul wurde für die Erfassungsjahre 2020/2021 kein besonderer Handlungsbedarf festgestellt.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Hintergrund

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

In den bundesbezogenen QS-Verfahren wurden, wie bereits in den Vorjahren, auch im Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2020 Stellungnahmen, in denen die Vorgaben zum Datenschutz nicht eingehalten wurden, mit der Einstufung A72 „Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ bewertet. Aufgrund der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des § 299 SGB V ist eine Verarbeitung von patienten- oder einrichtungsidefifizierenden Daten durch das IQTIG nicht zulässig. Eine Löschung der Stellungnahme ist daher erforderlich. Im Falle der Abgabe einer nicht DSGVO-konformen Stellungnahme hat das IQTIG den jeweiligen Leistungserbringern jedoch eine Korrekturmöglichkeit von einer Woche gegeben.

Es ist zu beachten, dass bei der Darstellung und Interpretation der Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren des Erfassungsjahres 2020 die Tabellen im Anhang den Datenstand 31. März 2022 aufweisen. D.h. zum Berichtszeitpunkt bereits stattgefundenen weiterführende Maßnahmen wie kollegiale Gespräche oder Begehungen sind hierin noch nicht enthalten, da die hierfür notwendigen technisch-logistischen Vorgänge bis zum 31. März 2022 noch nicht abgeschlossen sein konnten (Darstellung mit der Bewertung „S92“). Eine Beschreibung der durchgeführten Maßnahmen sowie deren Ergebnis erfolgt allerdings in Abschnitt 3.3.

Im Anhang werden nur QSEB-Tabellen dargestellt werden, wenn auch Ergebnisse vorhanden sind. Sollten bspw. keine qualitativ (un)auffälligen Bewertungen von Indikatorergebnissen vorgenommen worden sein, wird die entsprechende Tabelle nicht dargestellt.

Nachfolgend findet sich das Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach DeQS-RL, womit eine Zuordnung der Begründungen zu den Buchstaben-Zahlen-Kombinationen erleichtert werden soll.

Tabelle 29: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach DeQS-RL

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
N	Bewertung nicht vorgesehen	01	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
		02	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R	Ergebnis liegt im Referenzbereich	10	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
U	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig	61	Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)
		62	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		63	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig	71	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)
		72	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	80	Unvollzählige oder falsche Dokumentation
		81	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
S	Sonstiges	92	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Im Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2020 wurde von 39 datenliefernden Standorten ein Standort (2,56 %) im Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation rechnerisch auffällig. Im Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens 2021 (EJ 2020) musste eine fehlerhafte Dokumentation bestätigt werden.

Tabelle 30: Übersicht zu rechnerischen Auffälligkeiten und Bewertungen von Auffälligkeitskriterien nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (EJ 2020) – NET-NTX und NET-PNTX

ID	Auffälligkeitskriterium	rechnerisch auffällige Ergebnisse Anzahl / Grundgesamtheit (Prozent)		Bewertung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse						rechnerisch auffällige Ergebnisse ohne QSEB- Bericht
		EJ 2019	EJ 2020	qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges		
				EJ 2019	EJ 2020	EJ 2019	EJ 2020	EJ 2019	EJ 2020	
850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	-	1 / 39 (2,56 %)	-	0 / 1 (0,00 %)	-	1 / 1 (100,00 %)	-	0 / 1 (0,00 %)	0
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt	-	-	-	-	0 / 1 (0,00 %)	-	1 / 1 (100,00 %)	-	0 / 1 (0,00 %)	0

Tabelle 31: Übersicht zu rechnerischen Auffälligkeiten und Bewertungen von Auffälligkeitskriterien nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (bezogen auf alle LE) (EJ 2020) - NET-NTX und NET-PNTX

ID	Auffälligkeitskriterium	rechnerisch auffällige Ergebnisse Anzahl / Grundgesamtheit (Prozent)		Bewertung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse						rechnerisch auffällige Ergebnisse ohne QSEB- Bericht
		EJ 2019	EJ 2020	qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges		
				EJ 2019	EJ 2020	EJ 2019	EJ 2020	EJ 2019	EJ 2020	
850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	-	1 / 39 (2,56 %)	-	0 / 39 (0,00 %)	-	1 / 39(2,56 %)	-	0 / 39 (0,00 %)	0
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	-	-	-	-	-	-	-	-	-

3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Im Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2020 zeigten sich für 4 Krankenhausstandorte 8 rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse.

Qualitativ auffällig wurde ein Krankenhausstandort in einem von 2 seiner Indikatorergebnisse mit „A99“ bewertet. Es wurde Verbesserungspotenzial gesehen, welches dem Leistungserbringer kommuniziert wurde. Die Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen erscheinen gut strukturiert und dokumentiert, es wurden adäquate und zielorientierte Maßnahmen abgeleitet.

Mit 2 weiteren Krankenhausstandorten zu 3 Indikatorenergebnissen sind weitere Maßnahmen noch ausstehend („S92“). (Siehe Abschnitt 3.1).

Einem Krankenhausstandort wurde in einem von 3 Indikatorergebnissen Hinweise zu möglichen Verbesserungspotenzialen im postoperativen Komplikationsmanagement gegeben und das Indikatorergebnis jeweils mit „U99“ bewertet.

Der restlichen 3 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse wurden mit „S99“ bewertet, da entweder der Fall bzw. die Fälle in einem anderen Qualitätsindikator evaluiert wurde(n) oder es sich um Multiviszeraltransplantationen handelte, die wie in Kapitel 5 beschrieben ein besonderes Patientenkollektiv darstellen.

Tabelle 32: Übersicht zu rechnerischen Auffälligkeiten und Bewertungen von Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse) (EJ 2020) – NET-PNTX

ID	Indikatorbezeichnung	rechnerisch auffällige Ergebnisse / Leistungserbringer im QI (Prozent)		Bewertung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse						rechnerisch auffällige Ergebnisse ohne QSEB-Bericht
		EJ 2019	EJ 2020	qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges		
				EJ 2019	EJ 2020	EJ 2019	EJ 2020	EJ 2019	EJ 2020	
Indikatoren zur Ergebnisqualität										
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus										
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	-	2 / 21 (9,52 %)	-	1 / 2 (50,00 %)	-	0 / 2 (0,00 %)	-	1 / 2 (50,00 %)	0
Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung										
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	-	3 / 21 (14,29 %)	-	0 / 3 (0,00 %)	-	0 / 3 (0,00 %)	-	3 / 3 (100,00 %)	0
Gruppe: Entfernung des Pankreastransplantats										
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	-	3 / 21 (14,29 %)	-	0 / 3 (0,00 %)	-	1 / 3 (33,33 %)	-	2 / 3 (66,67 %)	0
Gesamt	-	-	-	-	1 / 8 (12,50 %)	-	1 / 8 (12,50 %)	-	6 / 8 (75,00 %)	0

Tabelle 33: Übersicht zu rechnerischen Auffälligkeiten und Bewertungen von Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (bezogen auf alle Leistungserbringer im jeweiligen Qualitätsindikator) (EJ 2020) – NET-PNTX

ID	Indikatorbezeichnung	rechnerisch auffällige Ergebnisse / Leistungserbringer im QI (Prozent)		Bewertung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse					
		EJ 2019	EJ 2020	qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				EJ 2019	EJ 2020	EJ 2019	EJ 2020	EJ 2019	EJ 2020
Indikatoren zur Ergebnisqualität									
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus									
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	-	2 / 21 (9,52 %)	-	1 / 21 (4,76 %)	-	0 / 21 (0,00 %)	-	1 / 21 (4,76 %)
Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung									
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	-	3 / 21 (14,29 %)	-	0 / 21 (0,00 %)	-	0 / 21 (0,00 %)	-	3 / 21 (14,29 %)
Gruppe: Entfernung des Pankreastransplantats									
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	-	3 / 21 (14,29 %)	-	0 / 21 (0,00 %)	-	1 / 21 (4,76 %)	-	2 / 21 (9,52 %)

4 Evaluation

Die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens nach DeQS-RL werden stetig für die Verfahrenspflege genutzt.

5 Fazit und Empfehlungen

Zum aktuellen Zeitpunkt werden keine wesentlichen Änderungen für das Auswertungsmodul empfohlen. Das Stellungnahmeverfahren wird weiterhin unter den erschwerten Bedingungen des Richtlinienwechsels sowie der ausgesetzten Auswertung von Qualitätsindikatoren adaptiert fortgeführt.

Multiviszeraltransplantationen

In den zuletzt geführten Stellungnahmeverfahren bzw. Strukturierten Dialogen wurden Erkenntnisse zu der nachteiligen Verortung von Multiviszeraltransplantationen gewonnen. Diese wurden bisher je nach Kodierstatus in den Auswertungsmodulen *NET-PNTX* oder *Lebertransplantation (TX-LTX)* erfasst. Da es sich allerdings bei der Indikationsstellung um ein absolutes Ausnahmekollektiv handelt und strukturell extrem hohe Anforderungen an Interdisziplinarität, Erfahrung des Teams und Möglichkeiten der Nachbetreuung gestellt werden müssen, sollten nach Beratungen mit den Expertengremien diese Fälle gesondert betrachtet werden. Das IQTIG hat hierzu zusätzlich mit Expertinnen und Experten der Verfahren *QS NET* (Modul *NET-PNTX*) und *QS TX* (Modul *TX-LTX*) bereits entsprechende Adaptionen diskutiert und wird diese voraussichtlich ab der Spezifikation zum Erfassungsjahr 2024 umsetzen können. Zukünftig ist geplant, dass Multiviszeraltransplantationen ausschließlich im Auswertungsmodul *TX-LTX* betrachtet und dargestellt werden, nicht aber in die Indikatorberechnungen eingehen. Hintergrund der Verortung bei *TX-LTX* ist, dass bei Multiviszeraltransplantationen immer mindestens die Transplantation der Leber erfolgt, hingegen aber eine Transplantation des Pankreas nur bei einem Teil der Fälle stattfindet. Somit ist eine Auslösung der Dokumentation über das Auswertungsmodul *TX-LTX* für jede Multiviszeraltransplantation sichergestellt. Geprüft wird derzeit, wie die Darstellung dieser Fälle erfolgen soll. Gleichzeitig sollte allerdings das sehr limitierte, aber notwendige Thema „Multiviszeraltransplantation“ vonseiten der Richtlinienggeber und Fachgesellschaften vermehrt durch Strukturvorgaben und Finanzierungsansätze gestärkt werden, die das hohe Qualitätsniveau der Patientenversorgung sowohl präoperativ als auch in der intensiven Nachsorge sicherstellen.

Patienteneinschluss in die Qualitätssicherung

Seit der Überführung der transplantationsmedizinischen Verfahren in die DeQS-Richtlinie müssen privatversicherte Patientinnen und Patienten der Übermittlung ihrer Daten zur Qualitätssicherung zustimmen. Hierüber muss der jeweilige Leistungserbringer explizit aufklären und die Einwilligung einholen. Dies betrifft nicht nur die Indexeingriffe, sondern bezieht sich ebenfalls auf jede Follow-up-Erhebung. Nach Analyse der Daten im IQTIG fällt auf, dass ein nicht unerheblicher Teil an privat versicherten Patientinnen und Patienten aufgrund einer fehlenden Zustimmung nicht in die Qualitätssicherung eingeschlossen wird. Für eine adäquate Qualitätssicherung im Sinne aller betroffenen Patientengruppen besteht Konsens mit dem Expertengremium, dass erneut auf den grundsätzlichen Einschluss von privat versicherten Patientinnen und Patienten

in die externe Qualitätssicherung gerade bei Verfahren mit kleinen Fallzahlen hingewirkt werden sollte.

Durchführung von M&M-Konferenzen

Grundsätzlich wird den Leistungserbringern empfohlen, bei komplikativen und letalen Verläufen M&M-Konferenzen entsprechend des Leitfadens der Bundesärztekammer durchzuführen (siehe Abschnitt 3.3 im BQB QS TX; Teil „Herztransplantation“)

Anhang: Ergebnisse des QSEB (Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen)

Tabelle 34: Stellungnahmeverfahren zu Qualitätsindikatoren (EJ 2020) – NET-PNTX

ID	Indikatorbezeichnung	kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren ⁷		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
Indikatoren zur Ergebnisqualität					
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus					
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	0 / 2 (0,00 %)	2 / 2 (100,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung					
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	0 / 3 (0,00 %)	3 / 3 (100,00 %)	1 / 3 (33,33 %)	0 / 3 (0,00 %)
Gruppe: Entfernung des Pankreastransplantats					
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	0 / 3 (0,00 %)	3 / 3 (100,00 %)	1 / 3 (33,33 %)	0 / 3 (0,00 %)
Gesamt	-	0 / 8 (0,00 %)	8 / 8 (100,00 %)	2 / 8 (25,00 %)	0 / 8 (0,00 %)

⁷ Mehrfachnennungen möglich.

Tabelle 35: Begründung der Bewertung als qualitativ auffälliges Ergebnis zu Qualitätsindikatoren (EJ 2020) – NET-PNTX

ID	Indikatorbezeichnung	qualitativ auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung				
			Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert) (A71)	keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt (A72)	unvollständige oder falsche Dokumentation (D80)	Softwareprobleme haben falsche Dokumentation verursacht (D81)	Sonstiges (im Kommentar erläutert) (A99)
Indikatoren zur Ergebnisqualität							
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus							
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	0	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)
Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung							
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	0	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)
Gruppe: Entfernung des Pankreastransplantats							
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	1	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	1 / 1 (100,00 %)
Gesamt	-	1	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	1 / 1 (100,00 %)

Tabelle 36: Begründung der Bewertung als qualitativ unauffälliges Ergebnis zu Qualitätsindikatoren (EJ 2020) – NET-PNTX

ID	Indikatorbezeichnung	qualitativ unauffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung				Sonstiges (im Kommentar erläutert)
			besondere klinische Situation	das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)		
Indikatoren zur Ergebnisqualität							
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus							
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	1	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	
Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung							
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	0	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	
Gruppe: Entfernung des Pankreastransplantats							
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	0	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	
Gesamt	-	1	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	

Tabelle 37: Begründung der Bewertung als Sonstiges zu Qualitätsindikatoren (EJ 2020) – NET-PNTX

ID	Indikatorbezeichnung	Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens als Sonstiges	Begründung der Bewertung	
			Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Indikatoren zur Ergebnisqualität				
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus				
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	1 / 2 (50,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	1 / 2 (50,00 %)
Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung				
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	3 / 3 (100,00 %)	1 / 3 (33,33 %)	2 / 3 (66,67 %)
Gruppe: Entfernung des Pankreastransplantats				
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	2 / 2 (100,00 %)	2 / 2 (100,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
Gesamt	-	6 / 7 (85,71 %)	3 / 7 (42,86 %)	3 / 7 (42,86 %)

Tabelle 38: Maßnahmenstufe 1 zu Qualitätsindikatoren (EJ 2020) – NET-PNTX

ID	Indikatorbezeichnung	qualitativ auffällige Ergebnisse	keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Initiierung Maßnahmenstufe 1					
					Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstige Maßnahmen
Indikatoren zur Ergebnisqualität										
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus										
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	0	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)
Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung										
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	0	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)	0 / 0 (0,00 %)
Gruppe: Entfernung des Pankreastransplantats										
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	1	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
Gesamt	-	1	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)

Anhang: Ergebnisse des QSEB (Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen)

Tabelle 39: Stellungnahmeverfahren zu Auffälligkeitskriterien (EJ 2020) – NET-NTX und NET-PNTX

ID	Auffälligkeitskriterium	kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	0 / 1 (0,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	-	-	-	-
Gesamt	-	0 / 1 (0,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)

Tabelle 40: Begründung der Bewertung als qualitativ auffälliges Ergebnis zu Auffälligkeitskriterien (EJ 2020) – NET-NTX und NET-PNTX

ID	Auffälligkeitskriterium	qualitativ auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			fehlerhafte/unvollständige Dokumentation wird bestätigt	keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	1	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	-	-	-	-
Gesamt	-	1	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)

Tabelle 41: Maßnahmenstufe 1 zu Auffälligkeitskriterien (EJ 2020) – NET-NTX und NET-PNTX

ID	Auffälligkeitskriterium	qualitativ auffällige Ergebnisse	keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2	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
850255	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation	1	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt	-	1	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)

Glossar

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

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

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

Begriff	Erläuterung
	wertet wird und ggf. Handlungskonsequenzen aus den Ergebnissen initiiert werden. Externe Qualitätssicherung wird in der Regel einrichtungsübergreifend durchgeführt und mit einem Feedback an die teilnehmenden Einrichtungen verbunden.
Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren)	Vom G-BA in Richtlinien festgelegtes Bündel an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung in Bezug auf bestimmte medizinisch-pflegerische Leistungen und Leistungsbereiche. Dazu gehören im Wesentlichen die Festlegung der einbezogenen Leistungen oder Leistungsbereiche, Qualitätsindikatoren (mit Qualitätszielen, Mess- und Auswertungsmethoden sowie Regeln zur Bewertung), Spezifikationen (bspw. der QS-Dokumentation, des QS-Filters oder der Nutzung von Sozialdaten, sowie der zugehörigen Datenflüsse), die Auswertung, die Vorgehensweise zur Bewertung sowie die Regelung qualitätsverbessernder Maßnahmen.
Qualitätsziel	Anforderung an Strukturen, Prozesse oder Ergebnisse einer medizinischen Versorgungsleistung. Ein Qualitätsziel gibt die gewünschte Richtung der Ergebnisse eines Qualitätsindikators vor (z. B. „Die Sterblichkeit nach elektiver Hüftendoprothesenversorgung soll möglichst niedrig sein“).
Referenzbereich	Der Bereich auf der Messskala eines Qualitätsindikators, der ein bestimmtes Qualitätsniveau repräsentiert. Ein Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein Qualitätsmerkmal dar (z. B. „Eine Komplikationsrate unter 5 % entspricht erwartbarer Qualität“).
Referenzwert	Der Referenzwert eines Indikators ist die Grenze des Referenzbereiches, die die Indikatorergebnisse in rechnerisch auffällige und unauffällige Ergebnisse unterteilt. Referenzwerte werden entweder evidenzbasiert als feste Größe oder datengestützt auf Basis der Verteilung der Ergebnisse (als Perzentil – perzentilbasierte Referenzbereiche) festgelegt
Sentinel Event	Sentinel-Event-Indikatoren erfassen seltene, schwerwiegende Ereignisse (Sentinel Events) von besonderer Bedeutung. Jeder Fall stellt eine Auffälligkeit dar, die eine Einzelfallanalyse im Stellungsverfahren nach sich zieht.
Sollstatistik	In der Sollstatistik wird die Vollständigkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) überprüft. Gezeigt werden dokumentationspflichtige Fälle von einem Leistungserbringer der externen Qualitätssicherung in einem Erfassungsjahr und die vom Leistungserbringer abgerechneten Leistungen gemäß QS-Filter.
Sozialdaten bei den Krankenkassen	Daten, die die Krankenkassen nach § 284 SGB V erheben und speichern. Dazu gehören u. a. Abrechnungsdaten für medizinische Behandlungen und Versichertenstammdaten. Nach § 299 Abs. 1a

Begriff	Erläuterung
	SGB V dürfen diese in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung genutzt werden.
Stellungnahmeverfahren	Liegen die Ergebnisse eines Leistungserbringers für einen Qualitätsindikator außerhalb des dafür festgelegten Referenzbereichs, wird das Stellungnahmeverfahren von der jeweils zuständigen Landesarbeitsgemeinschaft eingeleitet. Darin soll überprüft werden, ob neben der rechnerischen Auffälligkeit auch eine qualitative Auffälligkeit vorliegt. Das Stellungnahmeverfahren kann in Form einer angeforderten schriftlichen Stellungnahme, eines Gespräches sowie einer Begehung der Einrichtung durchgeführt werden.
Tracer-Operationen	<p>Als Tracer-Eingriffe werden jene Eingriffe bezeichnet, die im Rahmen des Verfahrens QS WI nachbeobachtet werden, um die Rate der nosokomialen postoperativen Wundinfektionen eines Leistungserbringers zu ermitteln. Für das QS-Verfahren wurden Tracer-Eingriffe aus den folgenden acht Fachgebieten ausgewählt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chirurgie/Allgemeinchirurgie ▪ Gefäßchirurgie ▪ Viszeralchirurgie ▪ Orthopädie/Unfallchirurgie ▪ plastische Chirurgie ▪ Gynäkologie und Geburtshilfe ▪ Urologie ▪ Herzchirurgie (ausschließlich stationär).
Versorgungsqualität	Grad, in dem die Gesundheitsversorgung von Einzelpersonen und Populationen Anforderungen erfüllt, die patientenzentriert sind und mit professionellem Wissen übereinstimmen
Vertrauensbereich (Konfidenzintervall)	Bereich um einen empirisch bestimmten Wert (z. B. Indikatorwert), innerhalb dessen unter Berücksichtigung aller zufälligen Einflüsse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit (meist festgelegt als 95 %) der zugrunde liegende Wert liegt.
Zähler	Der Zähler gibt an, bei wie vielen Fällen aus der Grundgesamtheit das für die Auswertung des Indikators interessierende Ereignis (zum Beispiel das Auftreten von Komplikationen) zutrifft.

Literatur

- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2016): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Abnahme des Abschlussberichts der Institution nach § 137a SGB V (a. F.): Entwicklung eines sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen. [Stand:] 17.03.2016. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2542/2016-03-17_Abnahme-Bericht-AQUA_Nierenersatztherapie.pdf (abgerufen am: 12.08.2021).
- Girndt, M; Backus, G; Beige, J; Bruns, S; Herget-Rosenthal, S; Kleophas, W; et al. (2020): Leitlinie zu Infektionsprävention und Hygiene 2019 als Ergänzung zum Dialysestandard. Stand: 27.01.2020. Berlin: DGfN [Deutsche Gesellschaft für Nephrologie] [u. a.]. URL: <https://www.dgfn.eu/dialyse-standard.html> [DGfN – Hygieneleitlinie > Download] (abgerufen am: 12.08.2022).



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

**Nierenersatztherapie bei chronischem
Nierenversagen einschließlich
Pankreastransplantation:
Nierentransplantation**

Erfassungsjahr 2021

Veröffentlichungsdatum: 30. Juni 2022

Impressum

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

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

Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht.....	5
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021.....	7
Einleitung.....	9
Datengrundlagen.....	11
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten.....	11
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen.....	13
572016: Intra- oder postoperative Komplikationen.....	13
572017: Sterblichkeit im Krankenhaus.....	15
Details zu den Ergebnissen.....	17
572018: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status.....	18
Details zu den Ergebnissen.....	20
Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung.....	21
572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung.....	21
572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung.....	23
Details zu den Ergebnissen.....	25
Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation.....	26
572024: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende).....	26
572025: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende).....	28
572026: Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation.....	30
Details zu den Ergebnissen.....	32
Gruppe: Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen.....	33
572100: Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen.....	33
572101: Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen.....	35
572032: Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation.....	37
Details zu den Ergebnissen.....	39
Basisauswertung.....	40

Allgemeine Daten.....	40
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus.....	41
Basisdaten Empfänger.....	42
Geschlecht.....	42
Patientenalter am Aufnahmetag.....	42
Body Mass Index (BMI).....	43
Befunde Empfänger.....	44
Basisdaten Spender.....	45
Blutgruppen-Kompatibilität.....	47
Transplantation.....	48
Operation (nach OPS).....	48
Kalte Ischämiezeit.....	49
Postoperativer Verlauf.....	50
Entlassung.....	52

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien (AKs) für eine Übersicht zusammengefasst. Die Ergebnisse werden differenziert nach dem Ergebnis („Ihr Ergebnis“) des hier betrachteten Leistungserbringers (Rückmeldebericht) bzw. Bundeslandes (Länderbericht) im Vergleich zum Bundesergebnis dargestellt.

Die Auswertung erfolgt pro Standort eines Krankenhauses. Wird ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator nicht erreicht, wird der Standort (im Rückmeldebericht) als rechnerisch auffällig gewertet. Dies wurde durch ein X kenntlich gemacht. Befindet sich das Ergebnis des Leistungserbringers (im Rückmeldebericht) innerhalb des Referenzbereichs des Qualitätsindikators, wurde dies durch ein V kenntlich gemacht. Für die Länderauswertungen und Bundesauswertung erfolgt keine Darstellung rechnerischer Auffälligkeiten.

Je nachdem, ob sich das Ergebnis verbessert oder verschlechtert hat bzw. unverändert blieb, wurde dies mit folgenden Tendenzpfeilen beschrieben: ↗ ↘ →

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive des Vorjahresergebnisses finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren und Indikatorengruppen“.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Aufgrund des ab 2020 geltenden bundesweiten Verzeichnisses der Standorte nach § 108 SGB V zugelassener Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen konnten für das Erfassungsjahr 2020 nicht alle Standorte aus dem Jahr 2019 auf die Standorte 2020 gemappt werden. Aus diesem Grund kann in den Rückmeldeberichten für die Leistungserbringer zum Erfassungsjahr 2021 nur das Vorjahresergebnis dargestellt werden.

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.

- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum des Patienten oder der Patientin liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.

- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.
- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-net/> . Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

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

Die 2- und 3-Jahres-Follow-up Qualitätsindikatoren zu QS NET - Nierentransplantationen können für das Erfassungsjahr 2021 nicht ausgewertet werden, da die Eurotransplant (ET)-Nummer in der Regel nicht mehr an die Bundesauswertungsstelle übermittelt wird und somit ein Matching zum Indexeingriff aus den Jahren 2018 bzw. 2019 nicht stattfinden kann. Dementsprechend erfolgt auch keine Darstellung dieser Indikatoren in den Berichten. Das 1-Jahres-Follow-up hingegen kann ausgewertet und dargestellt werden, da hierfür ein Matching zu Indexeingriffen aus dem EJ 2020 notwendig ist, wofür nach DeQS-RL die eGK-Versichertennummer als patientenidentifizierendes Pseudonym genutzt wird.

Die Erhebung des Follow-up bleibt selbstverständlich aus Qualitätsgründen weiterhin notwendig. Zusätzlich erfolgt weiterhin die Übermittlung der QS-Datensätze aus dem Follow-up an das Transplantationsregister. Zudem behält sich das IQTIG vor, die Erhebung der Follow-up-Daten stichprobenartig zu überprüfen.

Das QS-Verfahrens QS NET ist zum Erfassungsjahr 2020 unter der DeQS-RL neu gestartet. Aus diesem Grund können Vorjahresergebnisse nur zu einem Jahr und nicht zu den vergangenen zwei Jahren dargestellt werden.

Die Berechnung der Indikatoren zur Qualität der Transplantatfunktion (ID 572024, 572025 und 572025) wurde dem aktuellen Stand der Literatur angepasst. Weitere Informationen hierzu finden sich in den endgültigen Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2021.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen	≤ 25,00 %	9,78 % N = 1.902	8,52 % - 11,20 %
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 5,00 %	1,21 % N = 1.902	0,81 % - 1,81 %
572018	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 90,00 %	96,66 % N = 1.258	95,52 % - 97,52 %

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung				
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung	≥ 60,00 %	79,23 % N = 1.406	77,03 % - 81,27 %
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	≥ 90,00 %	95,14 % N = 473	92,81 % - 96,74 %
Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation				
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)	≥ 66,88 % (5. Perzentil)	82,33 % N = 934	79,76 % - 84,65 %
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	≥ 88,10 % (5. Perzentil)	94,59 % N = 333	91,62 % - 96,55 %
572026	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation	Transparenzkennzahl	86,61 % N = 1.143	84,52 % - 88,47 %
Gruppe: Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen				
572100	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	≥ 0,00 % (10. Perzentil)	4,34 % N = 1.336	3,37 % - 5,57 %
572101	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	≤ 9,09 % (90. Perzentil)	4,34 % N = 1.336	3,37 % - 5,57 %
572032	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	≤ 17,07 % (90. Perzentil)	11,14 % N = 1.302	9,54 % - 12,96 %

Einleitung

Unter dem Verfahren „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen“ werden sowohl die Nierentransplantation, die Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation als auch die unterschiedlichen Dialyseverfahren zusammengefasst. Letztere gliedern sich in die Hämodialyse, Hämodiafiltration, Hämofiltration und Peritonealdialyse und gehören zu den Blutreinigungsverfahren.

Der Notwendigkeit zur Durchführung eines Nierenersatzverfahrens können unterschiedliche Indikationen zugrunde liegen. Neben dem akuten Nierenversagen kann auch das chronische Nierenversagen zu einem Funktionsverlust der Niere führen. Häufige Ursachen für ein chronisches Nierenersatzversagen sind:

- Diabetes mellitus
- Bluthochdruck (vaskuläre Nephropathie)
- Entzündliche Erkrankungen der Nierenkörperchen (Glomerulonephritiden).

In der Mehrzahl der Fälle beginnt die Ersatztherapie der Nierenfunktion bei den betroffenen Patienten mit der Peritoneal- oder Hämodialyse. Der Dialysebeginn kann sowohl im stationären bzw. teilstationären als auch im ambulanten Sektor erfolgen. Gleichzeitig hat die Prüfung zu der Möglichkeit einer Anmeldung für die Warteliste zur Nierentransplantation bei Eurotransplant zu erfolgen. Im Falle einer erfolgreichen Nierentransplantation findet die nephrologische Nachbehandlung in Zusammenarbeit mit dem Transplantationszentrum statt. Nach einer möglichen Abstoßung des Transplantats beginnt für die meisten Patienten eine erneute Wartezeit bis zur Nierentransplantation unter Dialysebehandlung. Aufgrund der eingeschränkten Organverfügbarkeit und des individuellen Hintergrundes des Patienten (z. B. medizinische Kontraindikationen), bleibt die Dialysebehandlung oftmals jedoch die einzige Therapieoption für Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion. Die Überlebenszeit von Patienten mit chronischem Nierenversagen ist dabei wesentlich von der Qualität der Behandlung abhängig und kann bei der Kombination verschiedener Dialyseverfahren mit der Nierentransplantation mehrere Jahrzehnte erreichen.

Bei gegebener Indikation findet die Nierentransplantation in Kombination mit einer Pankreastransplantation statt. Um auch Patienten mit einer solchen kombinierten Transplantation zu betrachten, werden diese in dem QS-Verfahren „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen“ eingeschlossen. Aus Praktikabilitätsgründen werden auch Pankreastransplantationen ohne simultane Nierentransplantation einbezogen. Diese äußerst seltenen Eingriffe wurden bislang in der Qualitätssicherung gemeinsam mit der deutlich häufigeren kombinierten Nieren- und Pankreastransplantation erfasst.

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

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Berichtes basieren auf QS-Dokumentationsdaten. Die Datengrundlage für diesen Bericht umfasst folgende Datenquellen:

- Datengrundlage nach Standort
- Vollzähligkeitsanalyse nach Institutskennzeichen-Nummer

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

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

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

Für das QS-Verfahren QS NET – Nierentransplantation erfolgt die Auswertung entsprechend dem behandelnden Standort, da es bspw. sein kann, dass der entlassende Standort nicht immer auch der leistungserbringende Standort ist. Dies kann je nach Leistungserbringer unterschiedlich sein. Leider ist eine Umstellung der Sollstatistik auf den behandelnden Standort nicht möglich, da dieser nicht immer der abrechnende oder der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist.

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

Der Bericht enthält Qualitätsindikatoren auf Basis von QS-Dokumentationsdaten. Die Tabelle zeigt den Datenbestand, auf der die vorliegende Auswertung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren berechnet wurde.

Bitte beachten Sie, dass:

- die Grundgesamtheit der berechneten Follow-up-Indikatoren im Vergleich zur Grundgesamtheit der Indexeingriffe ggf. eingeschränkt ist, sollten privat versicherte Patientinnen und Patienten nicht wirksam zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-

Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle eingewilligt haben.

- die Module QS NET - PNTX und QS NET - NTX in einem Dokumentationsbogen (PNTX) erfasst werden, weshalb die Anzahl der übermittelten Datensätze von der tatsächlichen Anzahl der zur Auswertung genutzten Datensätze des jeweiligen Moduls abweichen kann.

Erfassungsjahr 2021		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	1.989	1.989	100,00
	Basisdatensatz	1.989		
	MDS	0		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		37	37	100,00
Anzahl ausgewerteter Standorte Bund (gesamt)		39		
Anzahl entlassender Standorte Bund (gesamt)		42		

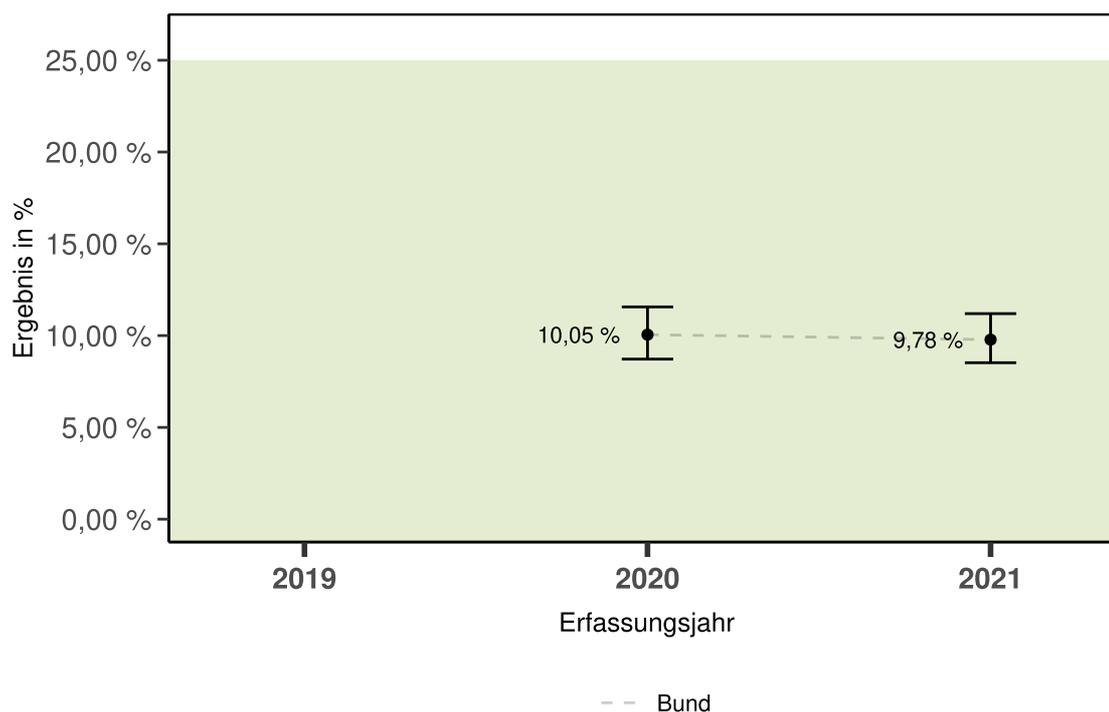
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

572016: Intra- oder postoperative Komplikationen

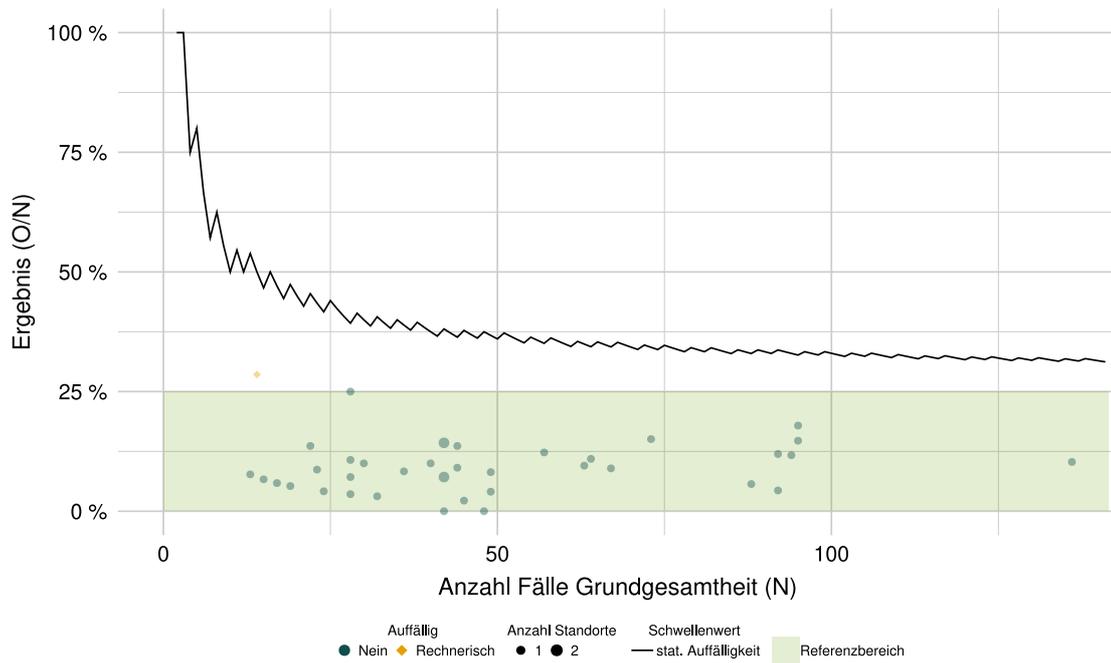
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit schweren behandlungsbedürftigen intra- oder postoperativen Komplikationen nach isolierter Nierentransplantation
ID	572016
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einer intra- oder postoperativen Komplikation (Grad 3 bis 4 nach Clavien-Dindo) und ohne postoperative Dialyse während des stationären Aufenthaltes
Referenzbereich	≤ 25,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

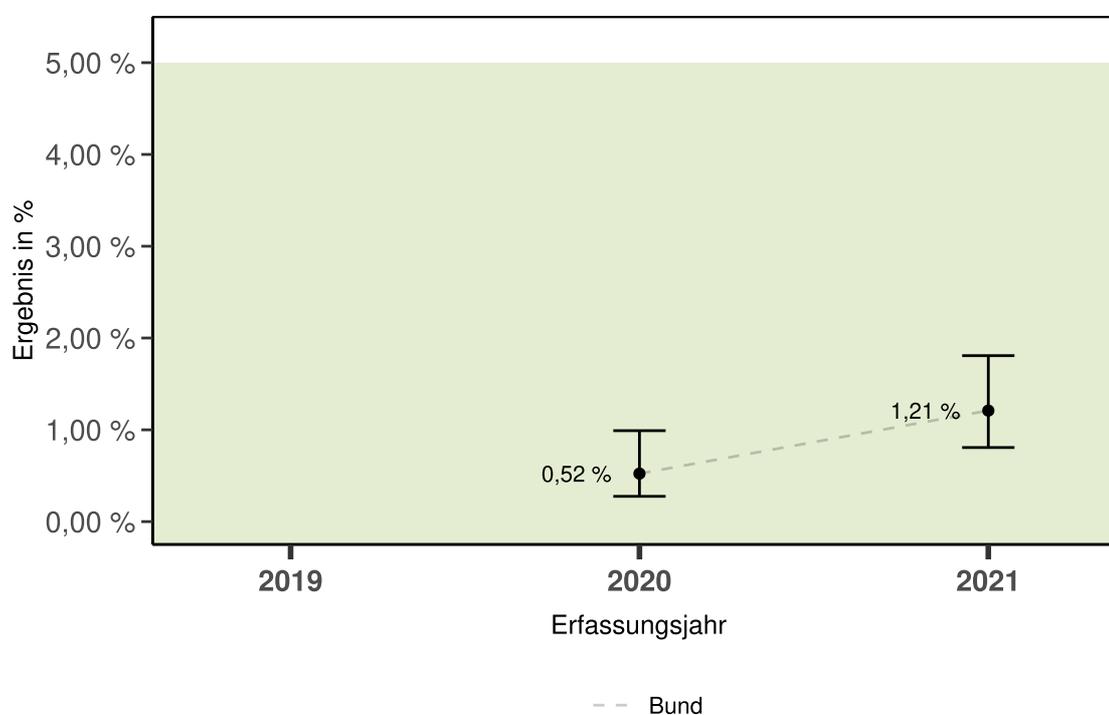
EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: 173 / 1.721 2021: 186 / 1.902	2019: - 2020: 10,05 % 2021: 9,78 %	2019: - 2020: 8,72 % - 11,56 % 2021: 8,52 % - 11,20 %

572017: Sterblichkeit im Krankenhaus

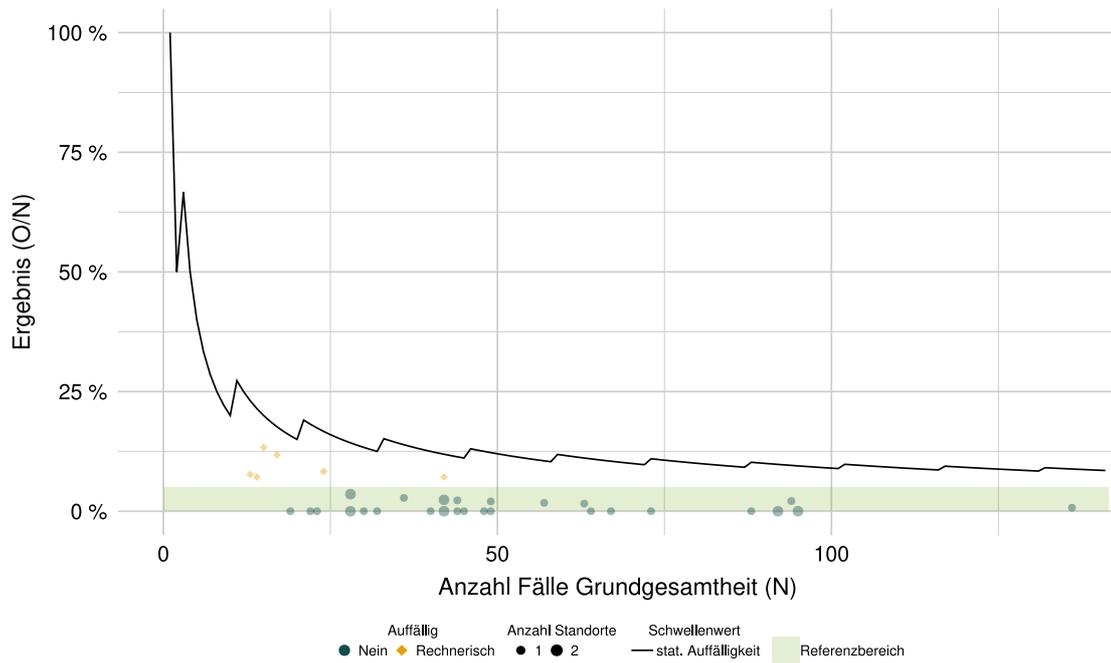
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die im Krankenhaus versterben
ID	572017
Grundgesamtheit	Die jeweils ersten Nierentransplantationen aller Aufenthalte
Zähler	Transplantationen, nach denen die Patientin bzw. der Patient im Krankenhaus verstarb
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: 9 / 1.721 2021: 23 / 1.902	2019: - 2020: 0,52 % 2021: 1,21 %	2019: - 2020: 0,28 % - 0,99 % 2021: 0,81 % - 1,81 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,21 % 23/1.902

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	Verstorbene Patientinnen und Patienten mit kombinierter Nierentransplantation (kombiniert mit anderen Organen als Pankreas)	x % ≤3/22

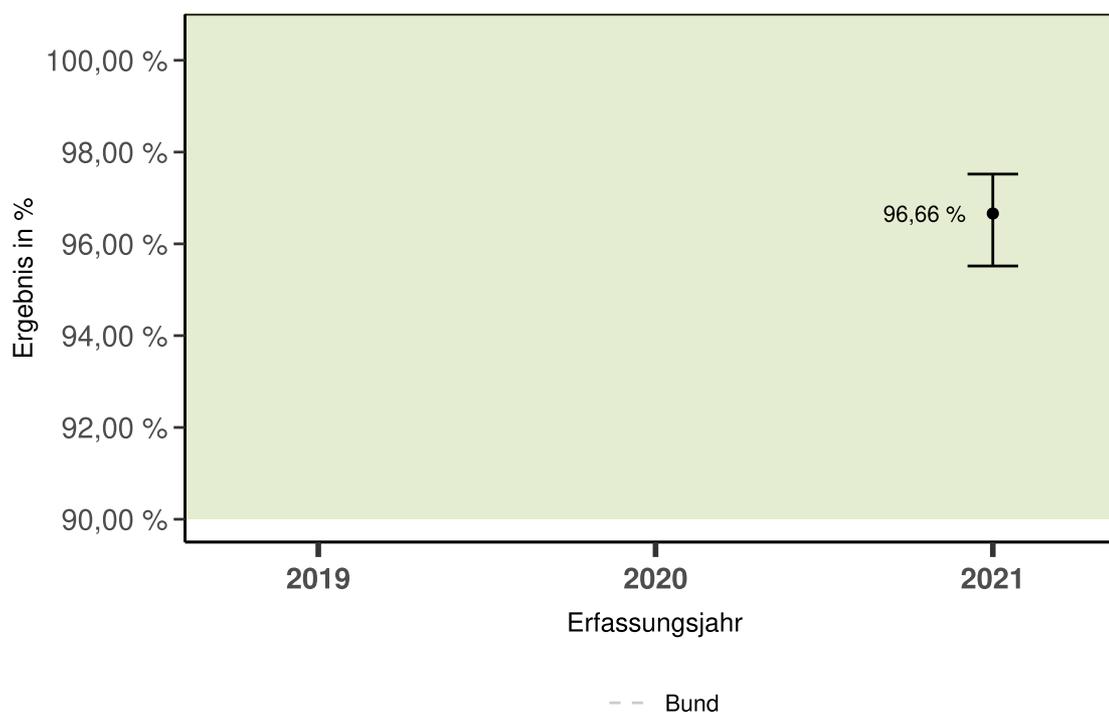
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.3	Verstorbene Patientinnen und Patienten mit simultaner Pankreas-Nierentransplantation (SPK)	7,69 % 4/52

572018: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

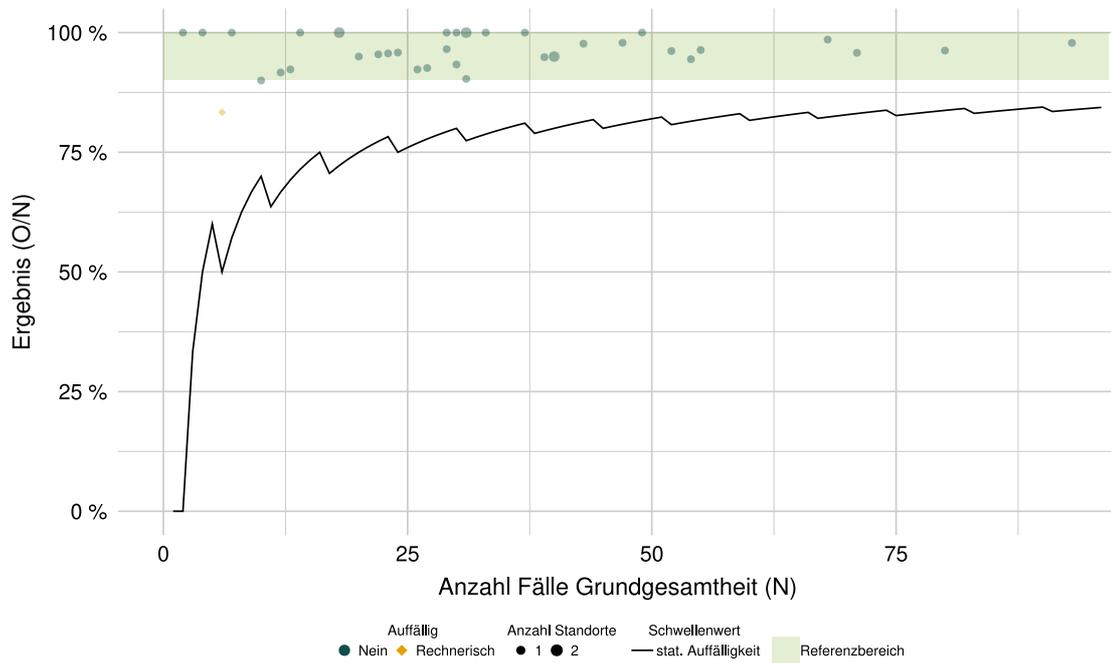
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach der Transplantation leben
ID	572018
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 1 Jahr nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: - / - 2021: 1.216 / 1.258	2019: - 2020: - 2021: 96,66 %	2019: - 2020: - 2021: 95,52 % - 97,52 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	Alle isoliert nierentransplantierten Patientinnen und Patienten, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig wurde ¹	99,65 % 1.439/1.444
3.1.1	davon lebend entlassen	99,37 % 1.430/1.439
3.1.1.1	Status bekannt	87,34 % 1.249/1.430
3.1.1.1.1	nicht verstorben innerhalb von 1 Jahr	97,36 % 1.216/1.249
3.1.1.1.2	verstorben innerhalb von 1 Jahr	2,64 % 33/1.249
3.1.1.2	Status unbekannt	12,66 % 181/1.430
3.1.1.3	Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	85,03 % 1.216/1.430

¹ Bei mehrfach transplantierten Patientinnen und Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	Verlauf 1-Jahres-Überleben	
3.2.1	Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig wurde	99,37 % 1.430/1.439
3.2.2	1-Jahres-Überleben	
3.2.2.1	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	96,66 % 1.216/1.258
3.2.2.2	1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	97,08 % 1.397/1.439
3.2.2.3	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	84,50 % 1.216/1.439

Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung

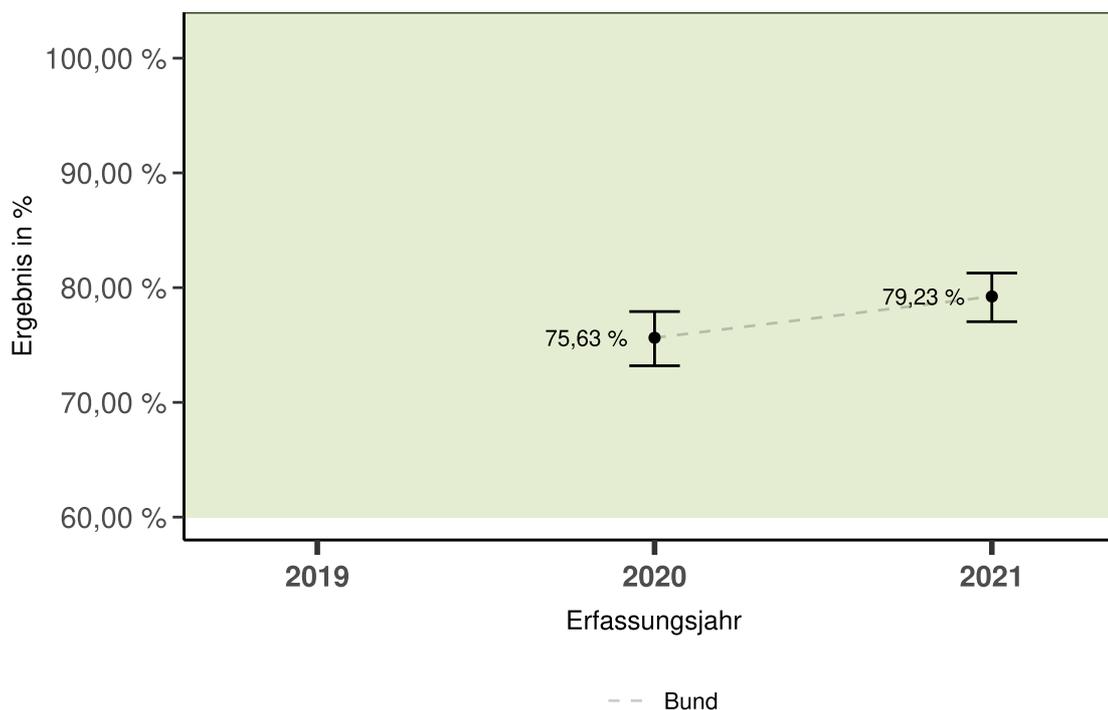
Qualitätsziel	Möglichst viele Nierentransplantate mit einer sofortigen Funktionsaufnahme
---------------	--

572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende bis zur Entlassung

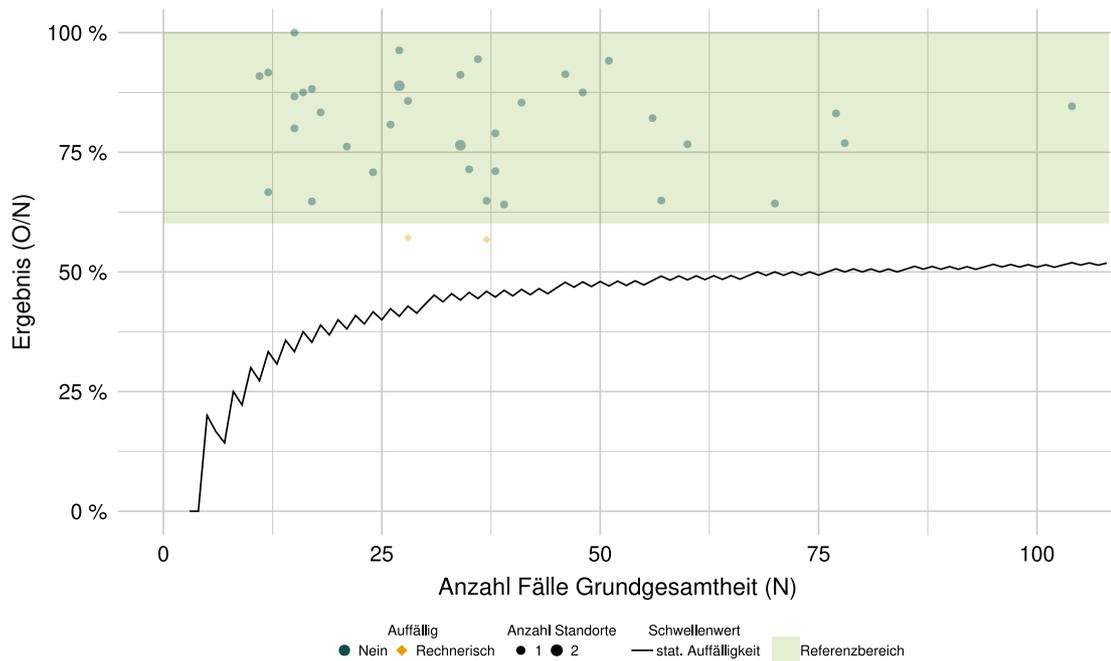
ID	572022
Grundgesamtheit	Alle Aufenthalte von bei Entlassung lebenden Patientinnen und Patienten mit isolierten Nierentransplantationen nach postmortalen Spende
Zähler	Aufenthalte mit jeweils sofortiger Funktionsaufnahme des Nierentransplantats (d.h. eine kontinuierliche Dialyse mit einer Dauer von maximal 23 Stunden bis Funktionsaufnahme und maximal eine postoperative intermittierende Dialyse bis Funktionsaufnahme) und ohne intraoperativen Abbruch einer Nierentransplantation
Referenzbereich	≥ 60,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

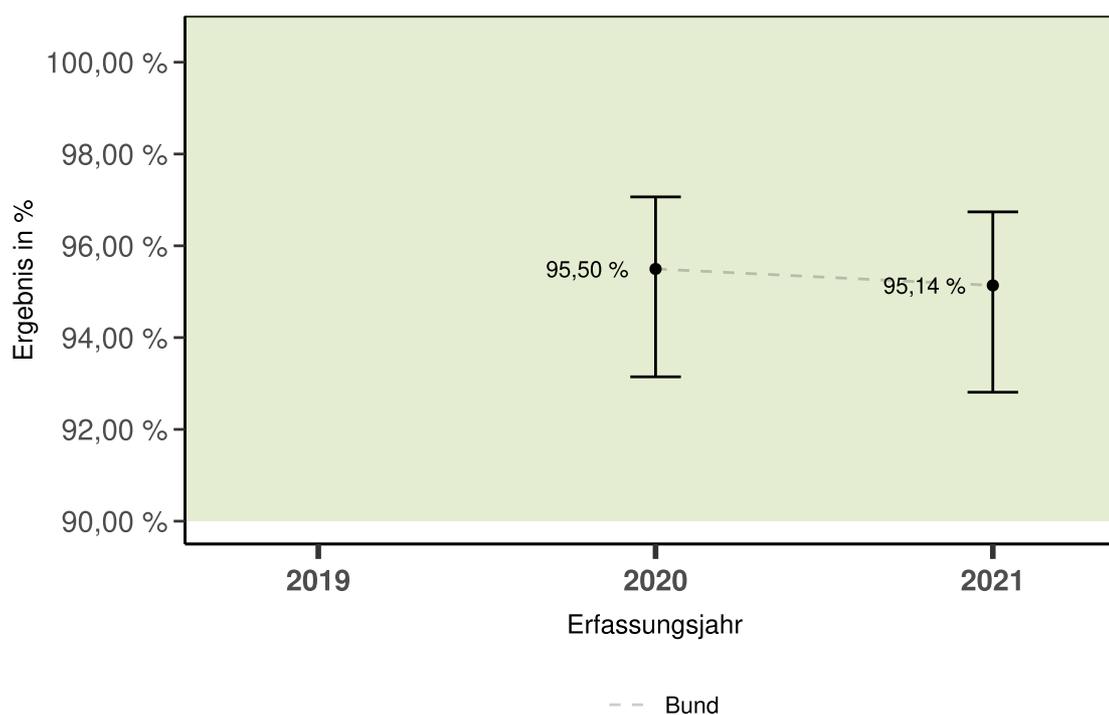
EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: 959 / 1.268 2021: 1.114 / 1.406	2019: - 2020: 75,63 % 2021: 79,23 %	2019: - 2020: 73,19 % - 77,91 % 2021: 77,03 % - 81,27 %

572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung

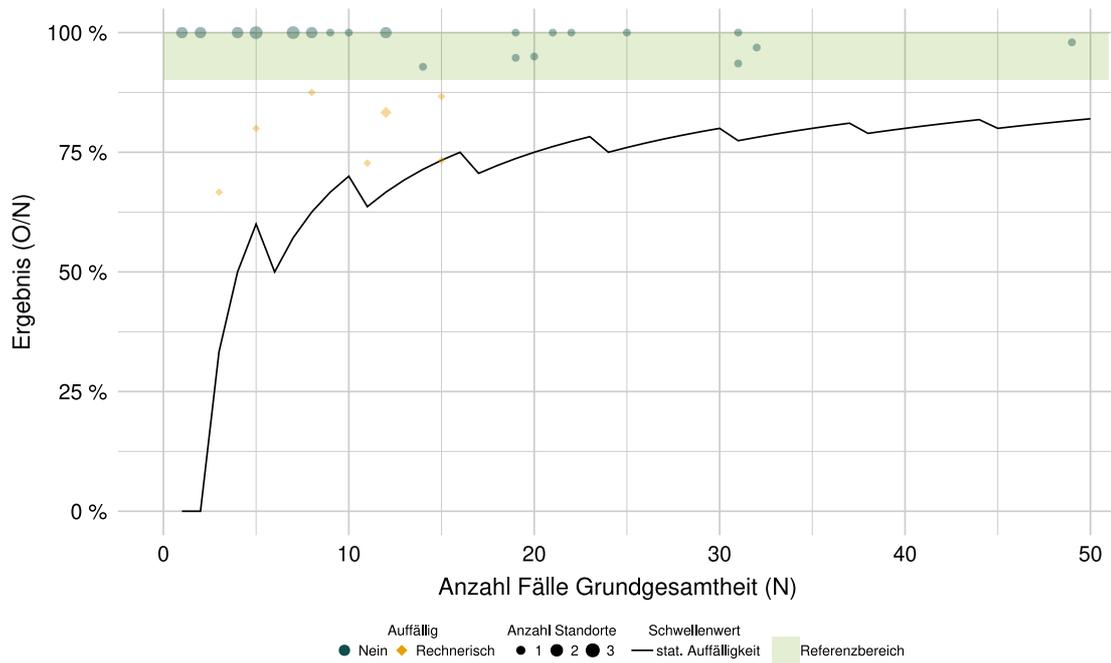
ID	572023
Grundgesamtheit	Alle Aufenthalte von bei Entlassung lebenden Patientinnen und Patienten mit isolierten Nierentransplantationen nach Lebendorganspende
Zähler	Aufenthalte mit jeweils sofortiger Funktionsaufnahme des Nierentransplantats (d.h. eine kontinuierliche Dialyse mit einer Dauer von maximal 23 Stunden bis Funktionsaufnahme und maximal eine postoperative intermittierende Dialyse bis Funktionsaufnahme) und ohne intraoperativen Abbruch einer Nierentransplantation
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: 424 / 444 2021: 450 / 473	2019: - 2020: 95,50 % 2021: 95,14 %	2019: - 2020: 93,15 % - 97,07 % 2021: 92,81 % - 96,74 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	Patientinnen und Patienten mit sofortiger Funktionsaufnahme des Transplantats ²	
7.1.1	bei allen nierentransplantierten lebenden Patientinnen und Patienten ³	83,04 % 1.616/1.946
7.1.1.1	< 65 Jahre	83,17 % 1.245/1.497
7.1.1.2	≥ 65 Jahre	82,63 % 371/449
7.1.2	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende bis zur Entlassung	79,23 % 1.114/1.406
7.1.3	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	95,14 % 450/473
7.1.4	bei allen kombiniert nierentransplantierten lebenden Patientinnen und Patienten nach postmortalen Organspende ⁴	77,61 % 52/67

² d.h. maximal eine postoperative Dialyse bis Funktionsaufnahme

³ Isolierte Nierentransplantation, simultane Pankreas-Nierentransplantation oder Kombination Niere mit anderen Organen als Pankreas.

⁴ Simultane Pankreas-Nierentransplantation oder Kombination Niere mit anderen Organen als Pankreas.

Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation

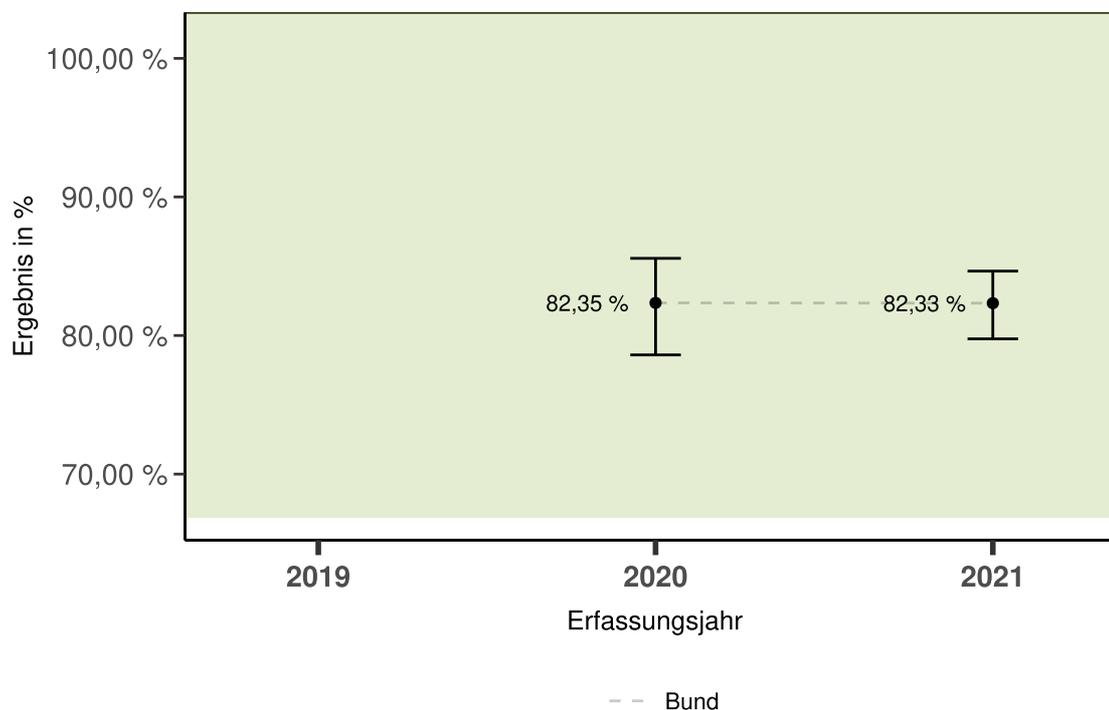
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
---------------	---

572024: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortalen Organspende)

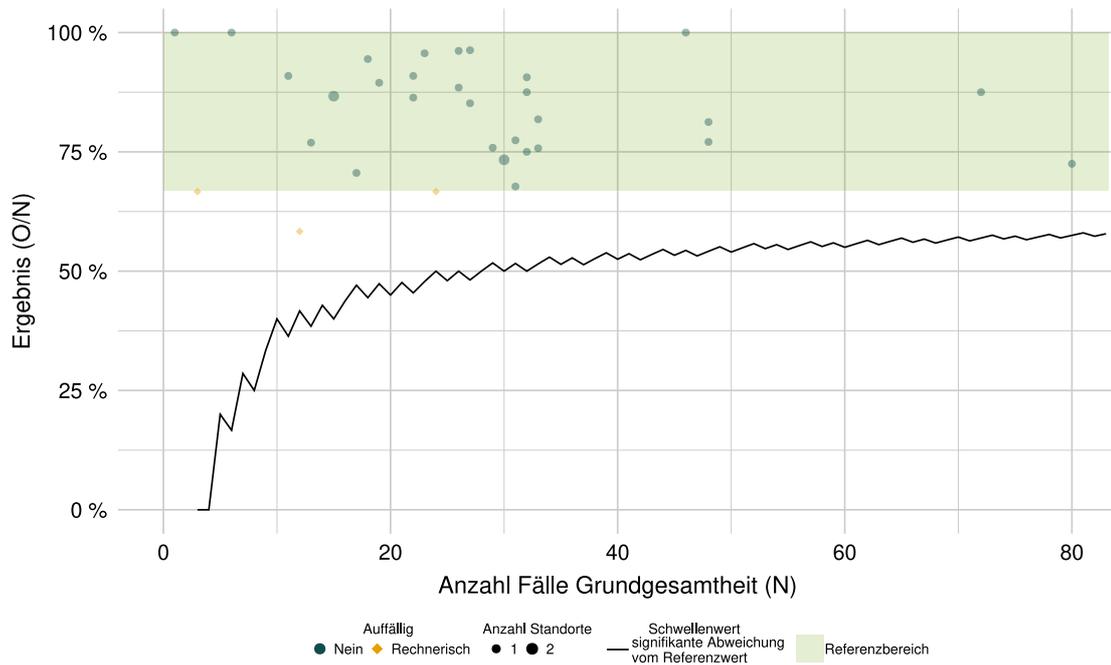
ID	572024
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation aus einer postmortalen Organspende im Zeitraum 01.10.2020 bis zum 30.09.2021 ohne Retransplantation innerhalb von 90 Tagen, mit bekanntem Follow-up-Status ohne dokumentierten Tod oder Transplantatversagen
Zähler	Patientinnen und Patienten, die dem Stadium 1, 2 oder 3 der chronischen Niereninsuffizienz zugeordnet werden
Referenzbereich	≥ 66,88 % (5. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

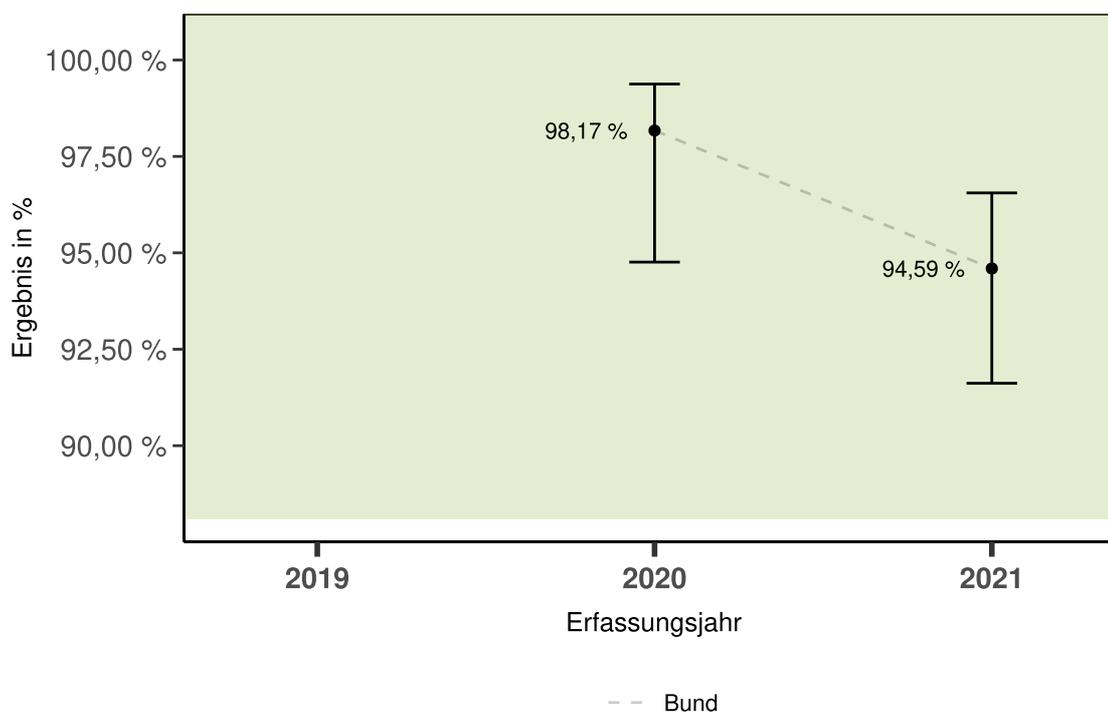
EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: 378 / 459 2021: 769 / 934	2019: - 2020: 82,35 % 2021: 82,33 %	2019: - 2020: 78,60 % - 85,57 % 2021: 79,76 % - 84,65 %

572025: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)

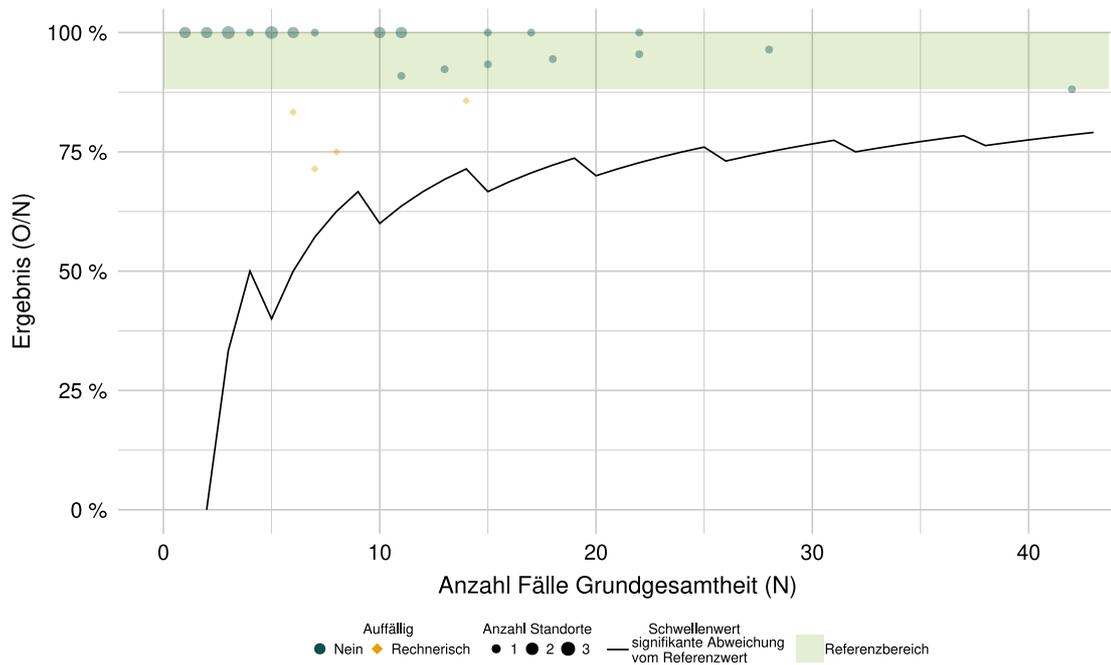
ID	572025
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation aus einer Lebendorganspende im Zeitraum 01.10.2020 bis zum 30.09.2021 ohne Retransplantation innerhalb von 90 Tagen, mit bekanntem Follow-up-Status ohne dokumentierten Tod oder Transplantatversagen
Zähler	Patientinnen und Patienten, die dem Stadium 1, 2 oder 3 der chronischen Niereninsuffizienz zugeordnet werden
Referenzbereich	≥ 88,10 % (5. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

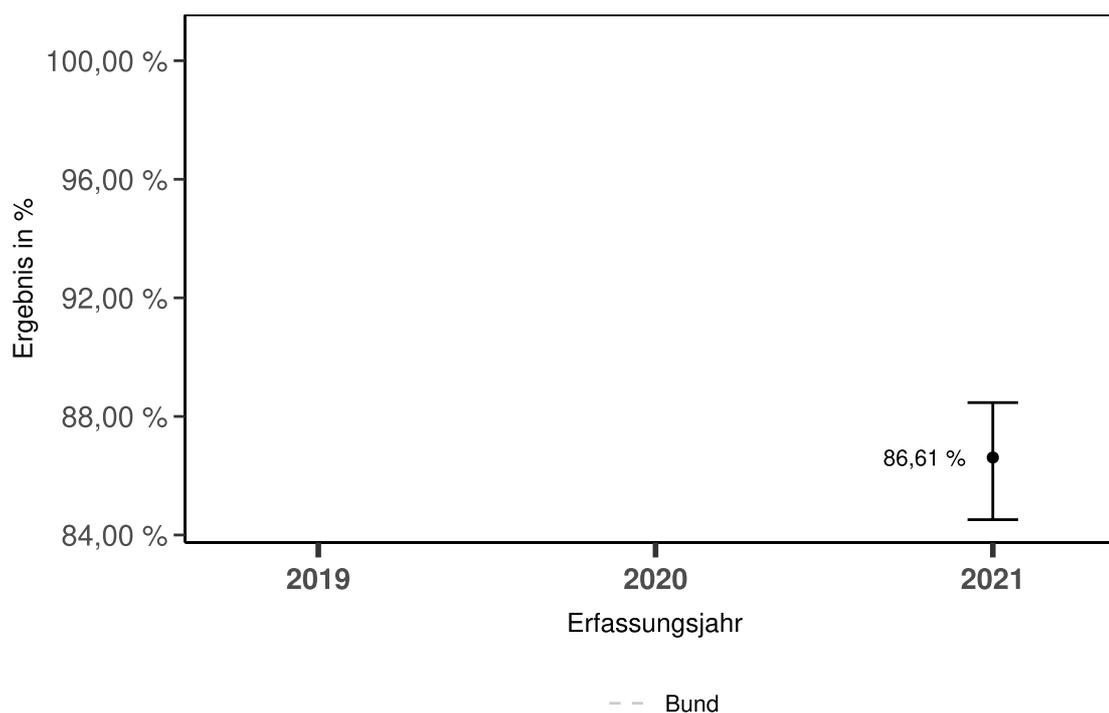
EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: 161 / 164 2021: 315 / 333	2019: - 2020: 98,17 % 2021: 94,59 %	2019: - 2020: 94,76 % - 99,38 % 2021: 91,62 % - 96,55 %

572026: Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation

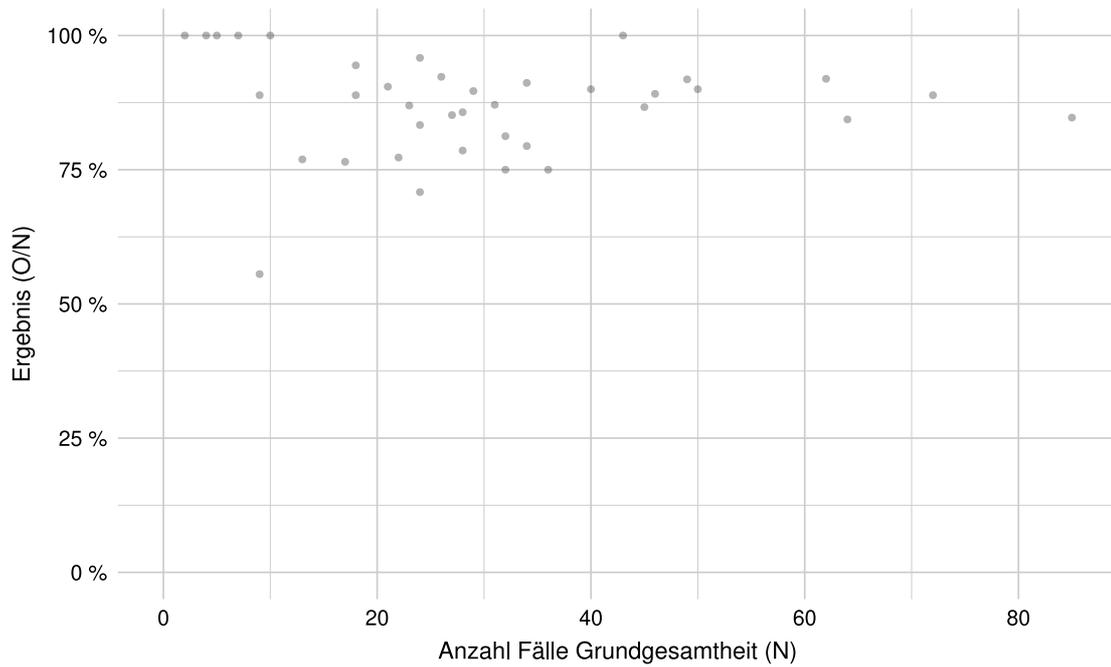
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
ID	572026
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, die nicht innerhalb von einem Jahr nach der Transplantation verstorben sind und ohne dokumentiertes Transplantatversagen. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach der Transplantation dem Stadium 1, 2 oder 3 der chronischen Niereninsuffizienz zugeordnet werden
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: 0 / 0 2021: 990 / 1.143	2019: - 2020: - 2021: 86,61 %	2019: - 2020: - 2021: 84,52 % - 88,47 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.1	Alle isoliert nierentransplantierten Patientinnen und Patienten aus dem Erfassungsjahr 2020 ohne Retransplantation in 2021 ⁵	99,65 % 1.439/1.444
9.1.1	davon mit zeitgerechtem 1-Jahres-Follow-up	86,87 % 1.250/1.439
9.1.1.1	davon mit Follow-up-Angaben zur Transplantatfunktion und ohne dokumentierten Tod oder Transplantatversagen	91,44 % 1.143/1.250
9.1.1.1.1	davon mit guter Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation (GFR > 60 ml/min)	33,77 % 386/1.143
9.1.1.1.2	davon mit mäßiger Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation (GFR ≥ 20 und ≤ 60 ml/min)	62,47 % 714/1.143
9.1.1.1.3	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation	86,61 % 990/1.143

⁵ Bei mehrfach transplantierten Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Gruppe: Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen

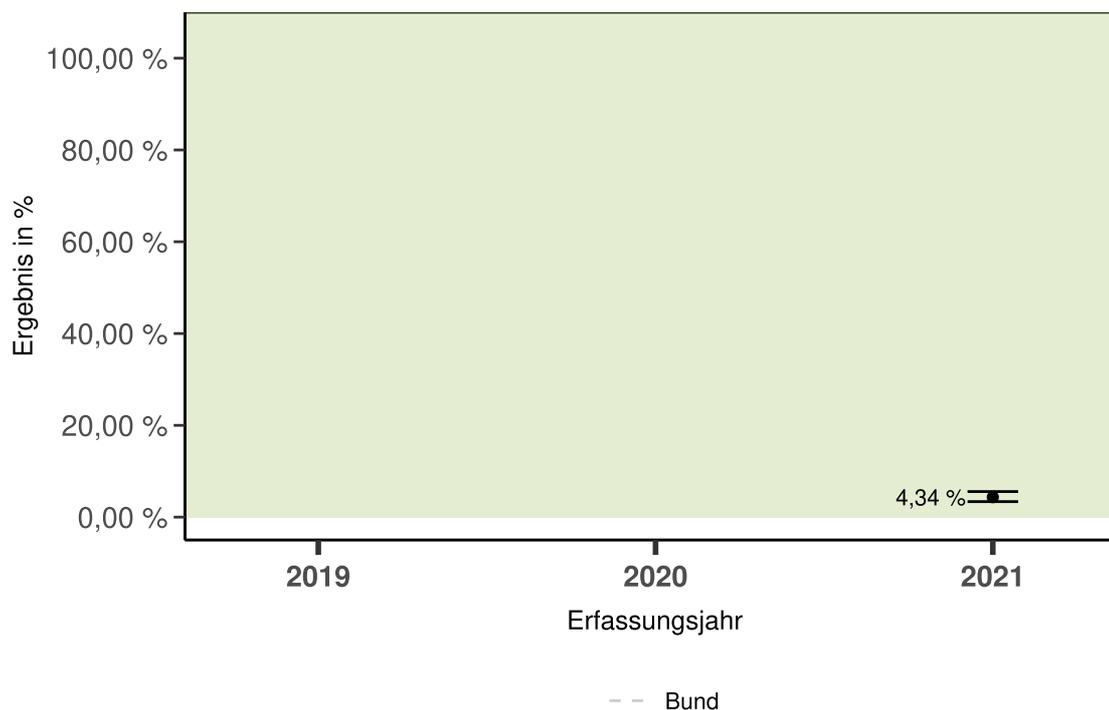
Qualitätsziel	Die Zahl der Patientinnen und Patienten mit behandlungsbedürftigen Abstoßungen sollte weder zu hoch noch zu niedrig sein
---------------	--

572100: Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen

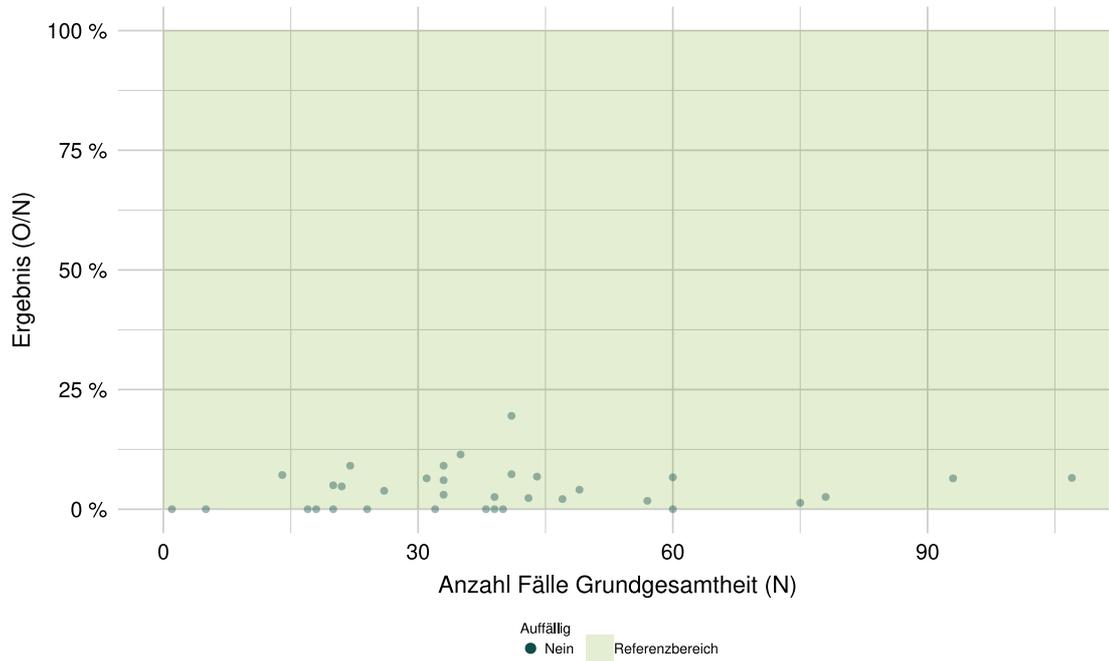
ID	572100
Grundgesamtheit	Alle lebenden Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis zum 30.09.2021 eine isolierte Nierentransplantation erhalten haben und für die ein 90-Tages-Follow-up vorliegt oder für die innerhalb von 90 Tagen eine Abstoßung dokumentiert wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einer behandlungsbedürftigen Abstoßung innerhalb von 90 Tagen nach OP-Datum
Referenzbereich	≥ 0,00 % (10. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

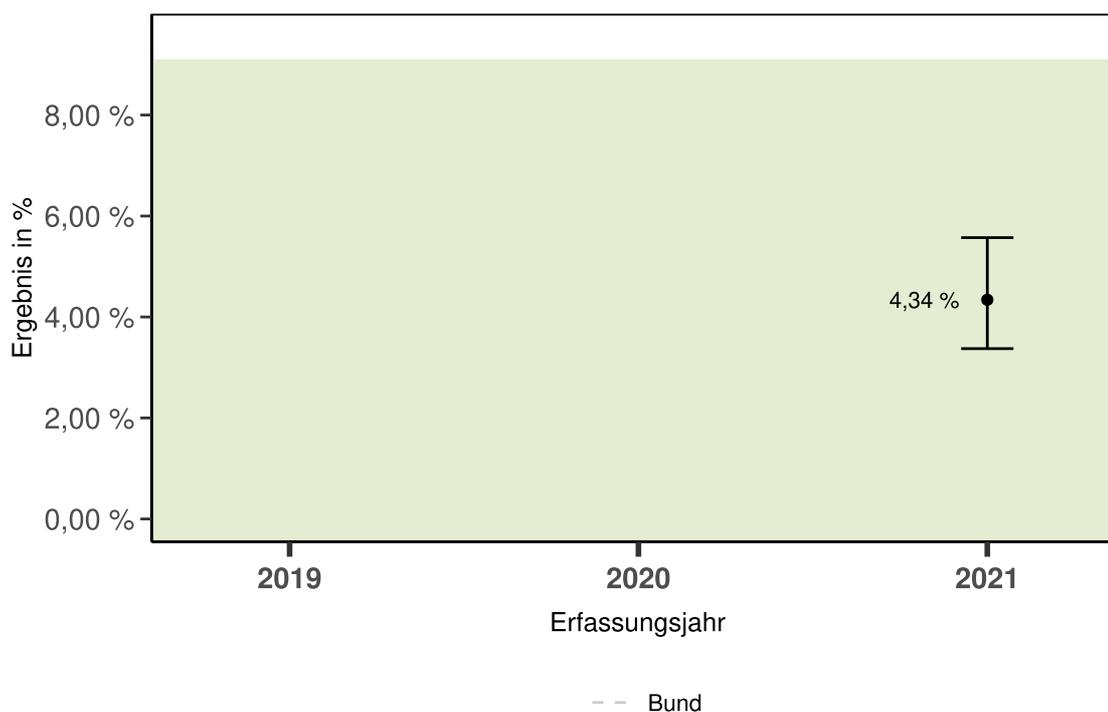
EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: - / - 2021: 58 / 1.336	2019: - 2020: - 2021: 4,34 %	2019: - 2020: - 2021: 3,37 % - 5,57 %

572101: Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen

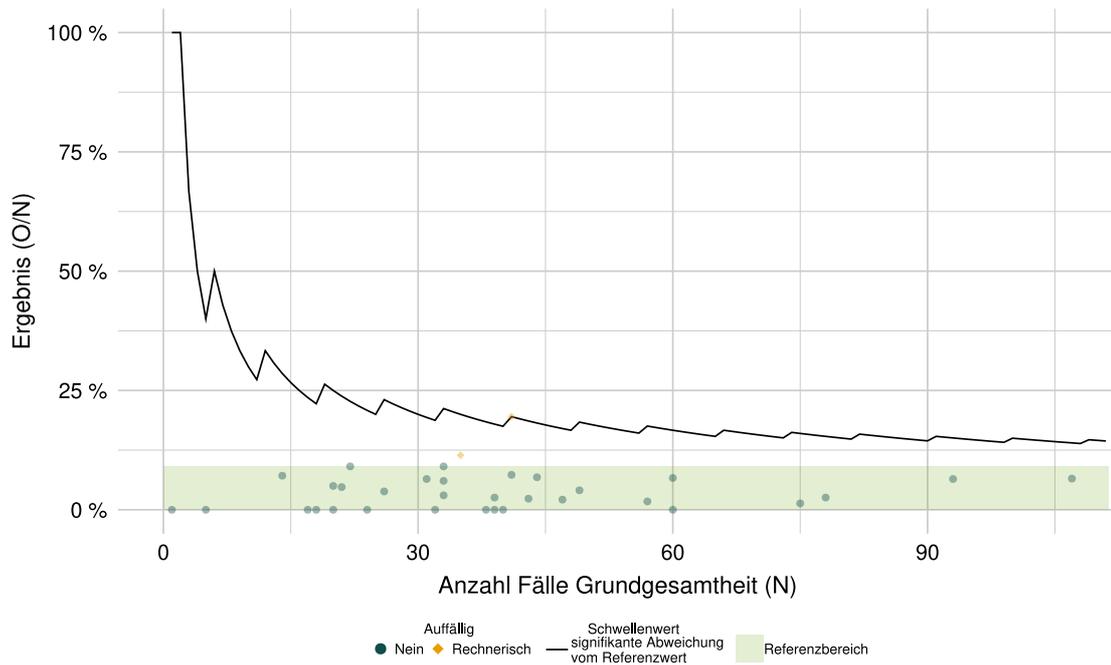
ID	572101
Grundgesamtheit	Alle lebenden Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis zum 30.09.2021 eine isolierte Nierentransplantation erhalten haben und für die ein 90-Tages-Follow-up vorliegt oder für die innerhalb von 90 Tagen eine Abstoßung dokumentiert wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einer behandlungsbedürftigen Abstoßung innerhalb von 90 Tagen nach OP-Datum
Referenzbereich	≤ 9,09 % (90. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

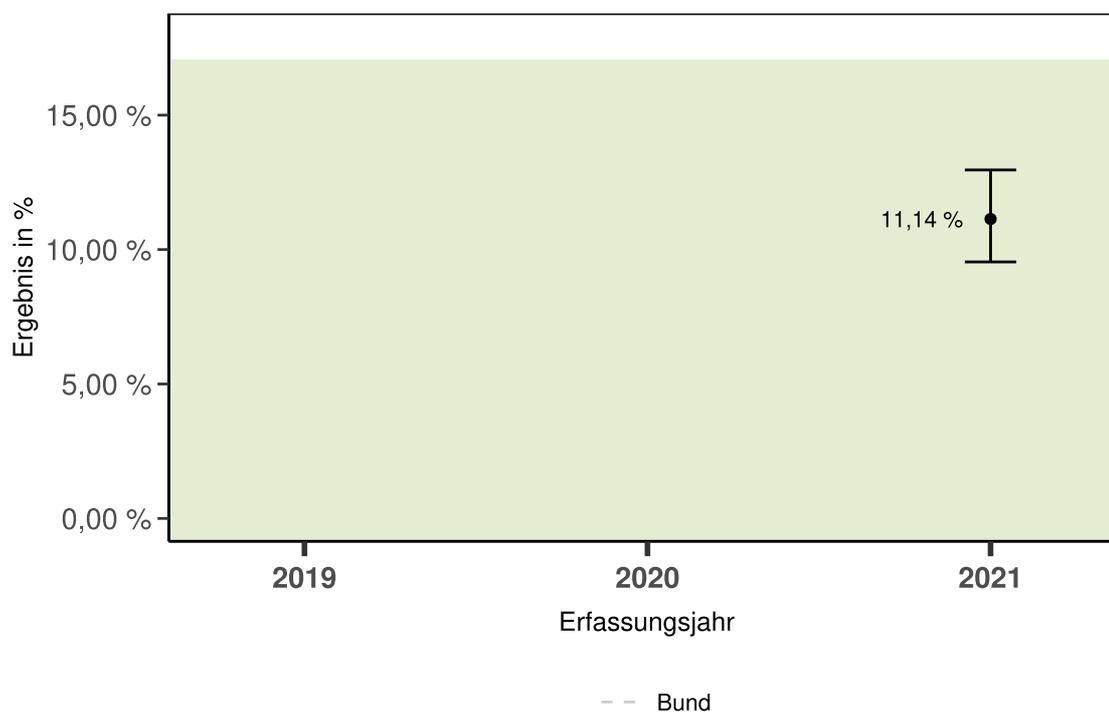
EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: - / - 2021: 58 / 1.336	2019: - 2020: - 2021: 4,34 %	2019: - 2020: - 2021: 3,37 % - 5,57 %

572032: Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation

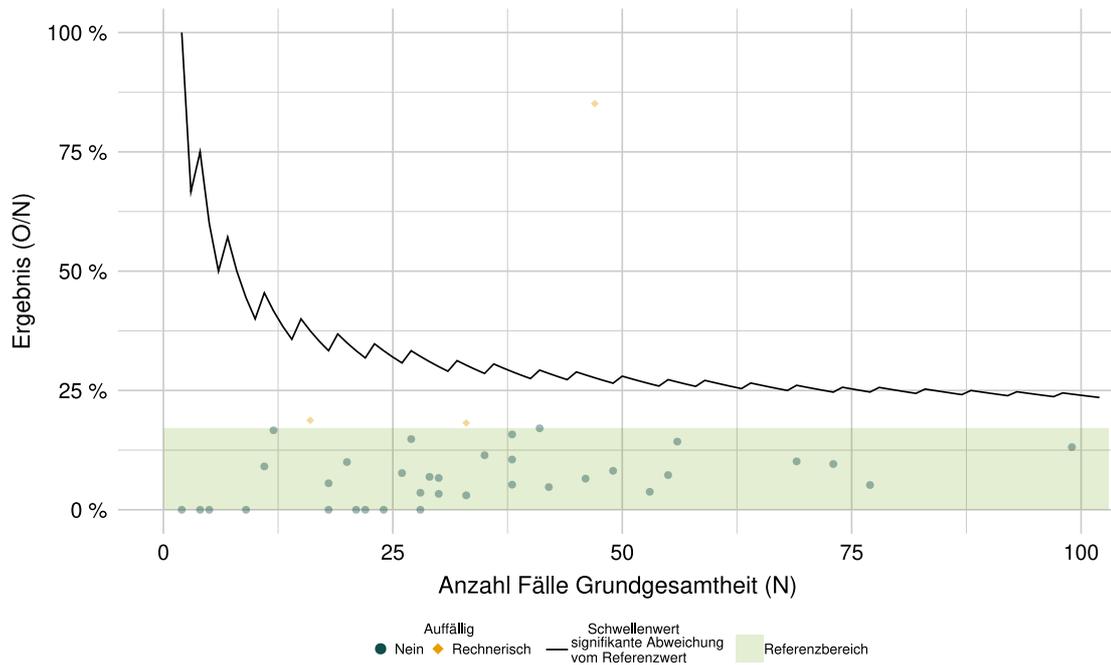
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation
ID	572032
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, die nicht innerhalb von einem Jahr nach der Transplantation verstorben sind
Zähler	Transplantationen, bei denen innerhalb des 1. Jahres nach der Transplantation ein Transplantatversagen auftrat oder eine Retransplantation notwendig wurde
Referenzbereich	≤ 17,07 % (90. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: - / - 2021: 145 / 1.302	2019: - 2020: - 2021: 11,14 %	2019: - 2020: - 2021: 9,54 % - 12,96 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
14.1	Alle isoliert nierentransplantierten Patientinnen und Patienten aus dem Erfassungsjahr 2020 ohne Retransplantation in 2021 ⁶	99,65 % 1.439/1.444
14.1.1	davon lebend entlassen	99,37 % 1.430/1.439
14.1.1.1	Status "Transplantatversagen" nach 1 Jahr bekannt	87,06 % 1.245/1.430
14.1.1.1.1	Patientinnen und Patienten ohne Transplantatversagen	94,14 % 1.172/1.245
14.1.1.1.2	Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen innerhalb von 1 Jahr	5,86 % 73/1.245
14.1.1.2	Status "Transplantatversagen" nach 1 Jahr unbekannt	12,94 % 185/1.430
14.1.2	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	11,14 % 145/1.302

⁶ Bei mehrfach transplantierten Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
14.2	Verlauf kein Transplantatversagen innerhalb von 1 Jahr	
14.2.1	Lebend entlassen nach Transplantation im Jahr 2020	99,37 % 1.430/1.439
14.2.2	Innerhalb 1 Jahres: kein Transplantatversagen	
14.2.2.1	Innerhalb 1-Jahres: kein Transplantatversagen (bei bekanntem Status)	94,14 % 1.172/1.245
14.2.2.2	Innerhalb 1 Jahres: kein Transplantatversagen Best-Case (unbekannter Status als "kein Transplantatversagen" gezählt)	94,93 % 1.366/1.439
14.2.2.3	Innerhalb 1 Jahres: kein Transplantatversagen Worst-Case (unbekannter Status als Transplantatversagen gezählt)	81,45 % 1.172/1.439

Basisauswertung

Allgemeine Daten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Transplantationen		
Alle Nieren-, Pankreas-, oder Pankreas-Nieren-Transplantationen	1.991	100,00
Anzahl isolierter Nierentransplantation, simultaner Pankreas-Nierentransplantation (SPK) oder Nierentransplantation in Kombination mit anderen Organen	1.977	99,30

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Nieren-, Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantationen	N = 1.991	
Durchgeführte Transplantation		
(1) isolierte Nierentransplantation	1.903	95,58
davon		
1 Organ	1.888	99,21
2 Organe	15	0,79
(2) simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK)	52	2,61
(3) Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK)	≤3	x
(4) isolierte Pankreastransplantation	7	0,35
(5) Kombination Niere mit anderen Organen	22	1,10
(6) Kombination Pankreas mit anderen Organen	5	0,25

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 1.937	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überlieger)	71	3,67
1. Quartal	485	25,04
2. Quartal	489	25,25
3. Quartal	490	25,30
4. Quartal	402	20,75
Entlassungsquartal		
1. Quartal	433	22,35
2. Quartal	477	24,63
3. Quartal	521	26,90
4. Quartal	506	26,12

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)
Postoperative Verweildauer (Tage)⁷	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	1.975
Minimum	0,00
5. Perzentil	9,00
25. Perzentil	13,00
Median	17,00
Mittelwert	21,08
75. Perzentil	24,00
95. Perzentil	45,00
Maximum	331,00

⁷ Dargestellt wird der Abstand zur ersten Transplantation während des stationären Aufenthalts

Basisdaten Empfänger

Die Auswertung bezieht sich auf alle (letzte) Transplantationen der Art „Isolierte Nierentransplantation“, SPK und „Kombination Niere mit anderen Organen“.

Geschlecht

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 1.937	
Geschlecht		
(1) männlich	1.243	64,17
(2) weiblich	694	35,83
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Patientenalter am Aufnahmetag

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 1.937	
Altersverteilung		
< 1 Jahr	0	0,00
1 - 9 Jahre	42	2,17
10 - 19 Jahre	59	3,05
20 - 29 Jahre	113	5,83
30 - 39 Jahre	271	13,99
40 - 49 Jahre	300	15,49
50 - 59 Jahre	476	24,57
60 - 69 Jahre	524	27,05
70 - 79 Jahre	145	7,49
≥ 80 Jahre	7	0,36

Bund (gesamt)	
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	1.937
Minimum	1,00
5. Perzentil	19,00
25. Perzentil	39,00
Mittelwert	50,54
Median	54,00
75. Perzentil	64,00
95. Perzentil	71,00
Maximum	84,00

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit Angaben zu Körpergröße von ≥ 40 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 1 kg bis ≤ 230 kg	N = 1.936	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht ($< 18,5$)	120	6,20
Normalgewicht ($\geq 18,5 - < 25$)	819	42,30
Übergewicht ($\geq 25 - < 30$)	650	33,57
Adipositas (≥ 30)	347	17,92

Befunde Empfänger

	Bund (gesamt)	
	n	%
Diabetes mellitus		
(0) kein Diabetes mellitus	1.666	86,01
(1) Diabetes mellitus, diätetisch behandelt	51	2,63
(2) Diabetes mellitus, orale Medikation	28	1,45
(3) Diabetes mellitus, mit Insulin behandelt	190	9,81
(4) Diabetes mellitus, unbehandelt	≤3	x
Dialysetherapie		
(0) nein	166	8,57
(1) ja	1.771	91,43
Dringlichkeit der Transplantation gemäß Medical Urgency Code ET-Status		
1 = HU (High Urgency)	11	0,57
2 = ACO (Approved Combined Organ)	≤3	x
3 = T (Transplantable)	1.924	99,28
4 = SU (Special Urgency)	0	0,00
Blutgruppe des Empfängers		
(1) A	899	46,41
(2) B	244	12,60
(3) 0	689	35,57
(4) AB	105	5,42

Basisdaten Spender

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Spender	N = 1.977	
Geschlecht des Spenders		
männlich	968	48,96
weiblich	1.007	50,94
divers	0	0,00
unbestimmt	≤3	x

	Bund (gesamt)
Spenderalter (Jahre)	
Anzahl Spender mit Angabe von Werten > 0	1.922
5. Perzentil	25,00
Median	55,00
Mittelwert	52,95
95. Perzentil	77,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Spender	N = 1.977	
Spendertyp		
(1) hirntot	1.503	76,02
(2) lebend	474	23,98

	Bund (gesamt)	
	n	%
Hirntote Spender	N = 1.503	
Todesursache		
(216) T_CAPI: Trauma: Schädel	152	10,11
(217) T_OTH: Trauma: Nicht anderweitig klassifizierbar	19	1,26
(218) CVA: Zerebrovaskuläres Ereignis, nicht anderweitig klassifizierbar	216	14,37
(220) RESP: Atmung, nicht anderweitig klassifizierbar	17	1,13
(229) CBL: Intrazerebrale Blutung	363	24,15
(230) CID: Ischämischer Insult	134	8,92
(234) SAB: Subarachnoidalblutung	378	25,15

Bund (gesamt)	
Kreatininwert i.S. (mg/dl)	
Anzahl Spender mit Angabe von Werten	1.977
Median	0,80
Mittelwert	1,13
Kreatininwert i.S. (µmol/l)	
Anzahl Spender mit Angabe von Werten	1.977
Median	70,72
Mittelwert	100,02

Blutgruppen-Kompatibilität

	Bund (gesamt)	
	n	%
Transplantationen mit Lebendorgan	N = 474	
Blutgruppen-inkompatible Nierentransplantationen (Lebendorgan)		
AB0-inkompatible Nierentransplantationen	108	22,78
AB0-kompatible Nierentransplantationen	366	77,22

Blutgruppen-Kompatibilität (Lebendorgan)

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Zeilenkollektiv.

Blutgruppen	Spender = 0	Spender = B	Spender = A	Spender = AB	Spender - Gesamt
Bund (gesamt)					
Empfänger - Gesamt	202 42,62 %	53 11,18 %	194 40,93 %	25 5,27 %	474 100,00 %
Empfänger = AB	6 18,18 %	7 21,21 %	15 45,45 %	5 15,15 %	33 100,00 %
Empfänger = A	67 31,31 %	15 7,01 %	121 56,54 %	11 5,14 %	214 100,00 %
Empfänger = B	18 30,51 %	16 27,12 %	17 28,81 %	8 13,56 %	59 100,00 %
Empfänger = 0	111 66,07 %	15 8,93 %	41 24,40 %	≤3 x %	168 100,00 %

Transplantation

Operation (nach OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	N = 1.977	
OPS⁸		
(5-528.1) Transplantation von Pankreas(gewebe): Transplantation eines Pankreassegmentes	0	0,00
(5-528.2) Transplantation von Pankreas(gewebe): Transplantation des Pankreas (gesamtes Organ)	51	2,58
(5-528.4) Transplantation von Pankreas(gewebe): Retransplantation eines Pankreassegmentes während desselben stationären Aufenthalts	0	0,00
(5-528.5) Transplantation von Pankreas(gewebe): Retransplantation des Pankreas (gesamtes Organ) während desselben stationären Aufenthalts	0	0,00
(5-555.0) Nierentransplantation: Allogen, Lebendspender	473	23,93
(5-555.1*) Nierentransplantation: Allogen, Leichenniere	1.489	75,32
(5-555.2) Nierentransplantation: Syngen	5	0,25
(5-555.5) Nierentransplantation: En-bloc-Transplantat	6	0,30
(5-555.6) Nierentransplantation: Retransplantation, allogen, Lebendspender während desselben stationären Aufenthalts	0	0,00
(5-555.7) Nierentransplantation: Retransplantation, allogen, Leichenniere während desselben stationären Aufenthalts	0	0,00
(5-555.8) Nierentransplantation: Retransplantation, En-bloc-Transplantat während desselben stationären Aufenthalts	0	0,00
(5-555.x) Nierentransplantation: Sonstige	12	0,61
(5-555.y) Nierentransplantation: N.n.bez.	≤3	x

⁸ Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	N = 1.977	
Abbruch der Transplantation		
(0) nein	1.976	99,95
Organqualität zum Zeitpunkt der Transplantation		
1 = gut	1.769	89,52
2 = mittel	193	9,77
3 = schlecht	14	0,71
(1) ja	≤3	x

Kalte Ischämiezeit

	Bund (gesamt)
Verteilung (Minuten)	
Anzahl Nierentransplantationen mit Angabe von Werten ≥ 30 Minuten bis ≤ 1440 Minuten	1.942
Minimum	30,00
5. Perzentil	130,00
25. Perzentil	299,75
Median	552,00
Mittelwert	570,81
75. Perzentil	790,00
95. Perzentil	1.140,00
Maximum	1.440,00

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle nicht abgebrochenen Transplantationen	N = 1.976	
Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation		
(0) nein	1.283	64,93
(1) Grad I (erlaubte Behandlungsoptionen)	125	6,33
(2) Grad II (weiterführende pharmakologische Behandlung, EKs, parenterale Ernährung)	201	10,17
(3) Grad III (chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention)	292	14,78
(4) Grad IV (lebensbedrohliche Komplikation)	48	2,43
(5) Grad V (Tod)	27	1,37

	Bund (gesamt)	
	n	%
Transplantationen mit behandlungsbedürftigen (schweren) intra- oder postoperativen Komplikationen bei Angabe eines Grades nach Clavien-Dindo-Klassifikation	N = 693	
Art der behandlungsbedürftigen schweren intra- oder postoperativen Komplikation(en)⁹		
Blutung	188	27,13
Reoperation erforderlich	225	32,47
sonstige Komplikation	446	64,36

⁹ Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 1.937	
Funktionierendes Nierentransplantat bei Entlassung		
(0) nein	78	4,03
(1) ja	1.859	95,97

Bund (gesamt)		
	n	%
Patienten ohne funktionierendes Nierenimplantat bei Entlassung	N = 78	
postoperative Funktionsaufnahme des Transplantats		
(0) nein	54	69,23
(1) ja	24	30,77

Bund (gesamt)		
	n	%
Alle Patienten	N = 1.937	
Anzahl postoperativer intermittierender Dialysen bis Funktionsaufnahme		
ohne postoperative Dialyse	1.399	72,23
mit einer postoperativen Dialyse	213	11,00
mit mehr als einer postoperativen Dialyse	271	13,99

Bund (gesamt)	
Dauer der postoperativen kontinuierlichen Dialysen bis zur Funktionsaufnahme (Stunden)	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	1.883
Mittelwert	3,17
Median	0,00

Bund (gesamt)		
	n	%
behandlungsbedürftige Abstoßung		
nein	1.748	90,24
ja, Niere	186	9,60
Abstoßung durch Biopsie gesichert		
nein	33	17,74
ja	153	82,26

Entlassung

Bund (gesamt)	
Kreatininwert i.S. (mg/dl)	
Anzahl Patienten mit Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung und Angabe von Werten	1.859
Median	1,70
Mittelwert	1,85
Kreatininwert i.S. ($\mu\text{mol/l}$)	
Anzahl Patienten mit Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung und Angabe von Werten	1.859
Median	150,28
Mittelwert	163,17

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 1.937	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	1.300	67,11
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	573	29,58
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	≤3	x
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	9	0,46
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	9	0,46
(07) Tod	29	1,50
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ¹⁰	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	13	0,67
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	≤3	x
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ¹¹	0	0,00
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ¹²	0	0,00
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	≤3	x
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	0	0,00

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

¹¹ nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

¹² für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

**Nierenersatztherapie bei chronischem
Nierenversagen einschließlich
Pankreastransplantation:
Pankreas- und Pankreas-Nieren-
Transplantation**

Erfassungsjahr 2021/20

Veröffentlichungsdatum: 06. Oktober 2022

Impressum

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

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

Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht	5
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021	7
Einleitung	8
Datengrundlagen	9
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten	9
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen	11
572036: Sterblichkeit im Krankenhaus	11
Details zu den Ergebnissen	13
Gruppe: 1-Jahres-Überleben	14
572037: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	14
572038: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	16
Details zu den Ergebnissen	18
572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	19
572044: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)	21
Details zu den Ergebnissen	23
572047: Entfernung des Pankreastransplantats	24
Basisauswertung	26
Allgemeine Daten	26
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus	27
Basisdaten Empfänger	28
Geschlecht	28
Patientenalter am Aufnahmetag	28
Body Mass Index (BMI)	29
Befunde Empfänger	30
Basisdaten Spender	31
Transplantation	33
Operation (nach OPS)	33
Kalte Ischämiezeit	34
Postoperativer Verlauf	35

Entnahme des Pankreastransplantats.....	35
Entlassung.....	37

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien (AKs) für eine Übersicht zusammengefasst. Die Ergebnisse werden differenziert nach dem Ergebnis („Ihr Ergebnis“) des hier betrachteten Leistungserbringers (Rückmeldebericht) bzw. Bundeslandes (Länderbericht) im Vergleich zum Bundesergebnis dargestellt.

Die Auswertung erfolgt pro Standort eines Krankenhauses. Wird ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator nicht erreicht, wird der Standort (im Rückmeldebericht) als rechnerisch auffällig gewertet. Dies wurde durch ein X kenntlich gemacht. Befindet sich das Ergebnis des Leistungserbringers (im Rückmeldebericht) innerhalb des Referenzbereichs des Qualitätsindikators, wurde dies durch ein V kenntlich gemacht. Für die Länderauswertungen und Bundesauswertung erfolgt keine Darstellung rechnerischer Auffälligkeiten.

Je nachdem, ob sich das Ergebnis verbessert oder verschlechtert hat bzw. unverändert blieb, wurde dies mit folgenden Tendenzpfeilen beschrieben: ↗ ↘ →

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive des Vorjahresergebnisses finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren und Indikatorengruppen“.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Im Verfahren QS NET - Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation erfolgt die Auswertung aggregiert über zwei Erfassungsjahre. In den Rückmeldeberichten zum Erfassungsjahr 2021 erfolgt die Auswertung somit aggregiert zu den Erfassungsjahren 2020 und 2021. Da das Verfahren QS NET zum Erfassungsjahr 2020 unter der DeQS-RL neu gestartet ist, kann ein Vergleich zum entsprechenden Vorjahrszeitraum 2018 und 2019 nicht erfolgen.
- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum des Patienten oder der Patientin liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.

- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.
- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) und zur zukünftigen Patientenbefragung finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-net/> . Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

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

Die 2- und 3-Jahres-Follow-up Qualitätsindikatoren zu QS NET - Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation können für das Erfassungsjahr 2021 nicht ausgewertet werden, da die ET-Nr. in der Regel nicht mehr an die Bundesauswertungsstelle übermittelt wird und somit ein Matching zum Indexeingriff aus den Jahren 2018 bzw. 2019 nicht stattfinden kann. Dementsprechend erfolgt auch keine Darstellung dieser Indikatoren in den Berichten. Das 1-Jahres-Follow-up hingegen kann ausgewertet und dargestellt werden, da hierfür ein Matching zu Indexeingriffen aus dem EJ 2020 notwendig ist, wofür nach DeQS-RL die eGK-Versichertennummer als patientenidentifizierendes Pseudonym genutzt wird.

Die Erhebung des Follow-up bleibt selbstverständlich aus Qualitätsgründen weiterhin notwendig. Zusätzlich erfolgt weiterhin die Übermittlung der QS-Datensätze aus dem Follow-up an das Transplantationsregister. Zudem behält sich das IQTIG vor, die Erhebung der Follow-up-Daten stichprobenartig zu überprüfen.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 5,00 %	3,65 % N = 137	1,57 % - 8,26 %
Gruppe: 1-Jahres-Überleben				
572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 90,00 %	95,31 % N = 64	87,10 % - 98,39 %
572038	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	≥ 90,00 %	89,71 % N = 68	80,24 % - 94,92 %
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	≥ 75,00 %	78,79 % N = 132	71,05 % - 84,90 %
572044	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)	Transparenzkennzahl	78,79 % N = 66	67,49 % - 86,92 %
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	≤ 20,00 %	17,52 % N = 137	12,06 % - 24,74 %

Einleitung

Unter dem Verfahren „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen“ werden sowohl die Nierentransplantation, die Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation als auch die unterschiedlichen Dialyseverfahren zusammengefasst. Letztere gliedern sich in die Hämodialyse, Hämodiafiltration, Hämofiltration und Peritonealdialyse und gehören zu den Blutreinigungsverfahren.

Bei gegebener Indikation findet die Nierentransplantation in Kombination mit einer Pankreastransplantation statt. Um auch Patientinnen und Patienten mit einer solchen kombinierten Transplantation zu betrachten, werden diese in dem QS-Verfahren „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen“ eingeschlossen. Aus Praktikabilitätsgründen werden auch Pankreastransplantationen ohne simultane Nierentransplantation einbezogen. Diese äußerst seltenen Eingriffe wurden bislang in der Qualitätssicherung gemeinsam mit der deutlich häufigeren kombinierten Nieren- und Pankreastransplantation erfasst.

Die Transplantation der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) bzw. die kombinierte Pankreas-Nierentransplantation kommt aktuell nur für Typ-1-Diabetikerinnen und -Diabetiker in Betracht, die nach langem Verlauf ihrer Grunderkrankung Endorganschäden, insbesondere eine weit fortgeschrittene Einschränkung der Nierenfunktion, erlitten haben. Bei dieser Patientengruppe werden Bauchspeicheldrüse und Niere gemeinsam transplantiert. Die Kombinationstransplantation verbessert nicht nur die Lebensqualität: Sie ist auch als lebenserhaltender Eingriff zu bewerten, da eine neuerliche diabetische Nierenschädigung verhindert und das Sterberisiko halbiert wird. Aufgrund der Übertragung der insulinproduzierenden Zellen des Pankreas ist dessen Transplantation eine ursächliche Behandlung des insulinpflichtigen Diabetes mellitus. Das Ziel der Transplantation ist die Wiederherstellung einer ausreichenden körpereigenen Insulinproduktion bzw. gegebenenfalls der Ersatz der geschädigten Niere.

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

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Berichtes basieren auf QS-Dokumentationsdaten. Die Datengrundlage für diesen Bericht umfasst folgende Datenquellen:

- Datengrundlage nach Standort
- Vollzähligkeitsanalyse nach Institutskennzeichen-Nummer

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

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

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

Für das Verfahren QS NET – Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation erfolgt die Auswertung entsprechend dem behandelnden Standort, da es bspw. sein kann, dass der entlassende Standort nicht immer auch der leistungserbringende Standort ist. Dies kann je nach Leistungserbringer unterschiedlich sein. Leider ist eine Umstellung der Sollstatistik auf den behandelnden Standort nicht möglich, da dieser nicht immer der abrechnende oder der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist.

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

Der Bericht enthält Qualitätsindikatoren auf Basis von QS-Dokumentationsdaten. Die Tabelle zeigt den Datenbestand, auf der die vorliegende Auswertung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren berechnet wurde.

Bitte beachten Sie, dass:

- die Grundgesamtheit der berechneten Follow-up-Indikatoren im Vergleich zur Grundgesamtheit der Indexeingriffe ggf. eingeschränkt ist, sollten privat versicherte Patientinnen und Patienten nicht wirksam zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-

Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle eingewilligt haben.

- die Module QS NET - PNTX und QS NET - NTX in einem Dokumentationsbogen (PNTX) erfasst werden, weshalb die Anzahl der übermittelten Datensätze von der tatsächlichen Anzahl der zur Auswertung genutzten Datensätze des jeweiligen Moduls abweichen kann.

Erfassungsjahr 2021		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	1.989	1.989	100,00
	Basisdatensatz	1.989		
	MDS	0		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		37	37	100,00
Anzahl ausgewerteter Standorte Bund (gesamt)		39		
Anzahl entlassender Standorte Bund (gesamt)		42		

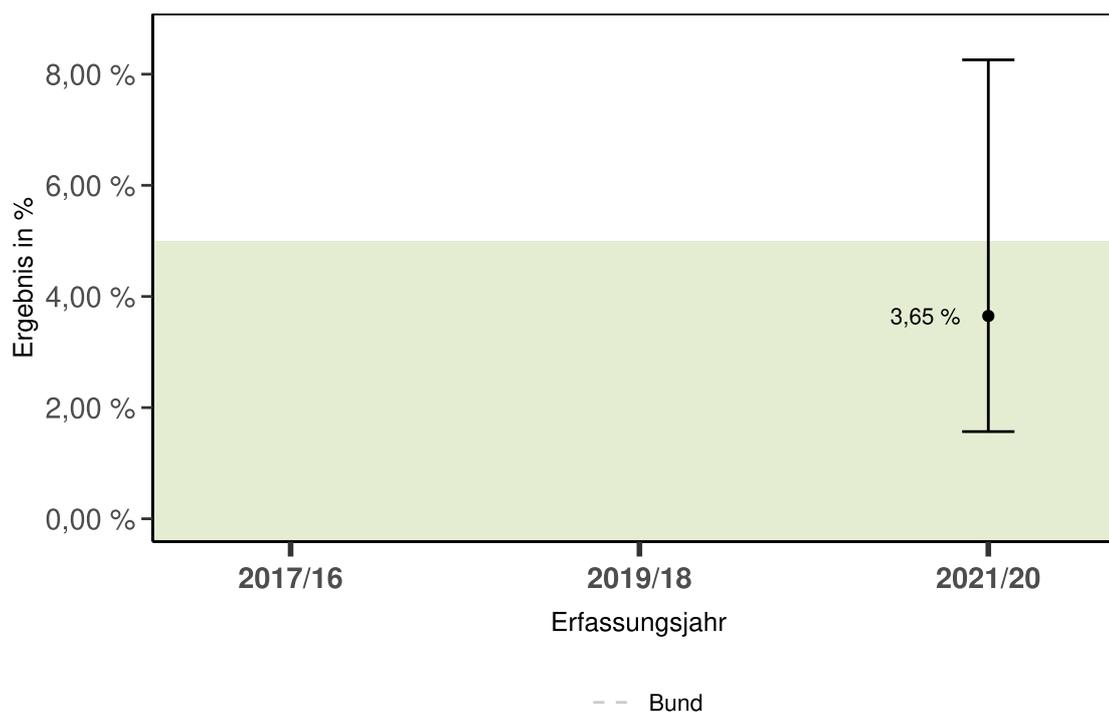
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

572036: Sterblichkeit im Krankenhaus

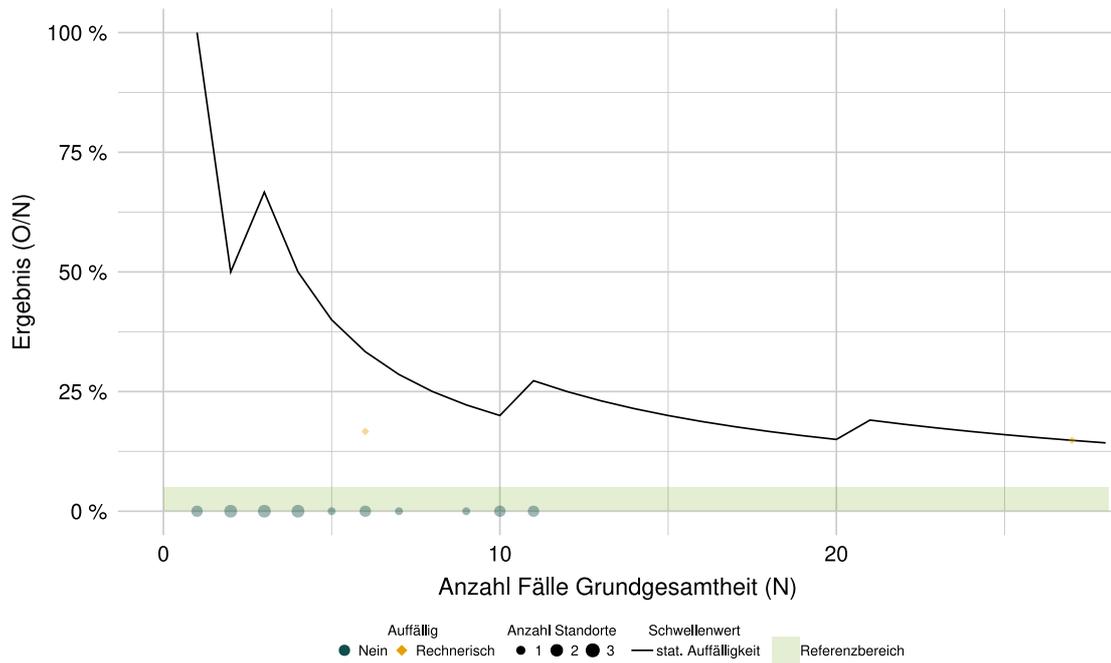
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus
ID	572036
Grundgesamtheit	Die jeweils ersten Transplantationen aller Aufenthalte mit Pankreastreansplantationen im Erfassungsjahr 2020 oder 2021
Zähler	Transplantationen, bei denen die Patientin bzw. der Patient im Krankenhaus verstarb
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2017/16: - / - 2019/18: - / - 2021/20: 5 / 137	2017/16: - 2019/18: - 2021/20: 3,65 %	2017/16: - 2019/18: - 2021/20: 1,57 % - 8,26 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	Patientinnen und Patienten mit Entlassung im Erfassungsjahr 2020 oder 2021	100,00 % 137/137
1.1.1	Sterblichkeit im Krankenhaus	3,65 % 5/137
1.1.1.1	Verstorbene Patientinnen und Patienten mit simultaner Pankreas-Nierentransplantation (SPK)	4,00 % 5/125
1.1.1.2	Verstorbene Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK)	x % ≤3
1.1.1.3	Verstorbene Patientinnen und Patienten mit isolierter Pankreastransplantation	0,00 % 0/9
1.1.2	Sterblichkeit im Krankenhaus nach Pankreastransplantation in Kombination mit anderen Organen	41,67 % 5/12

Gruppe: 1-Jahres-Überleben

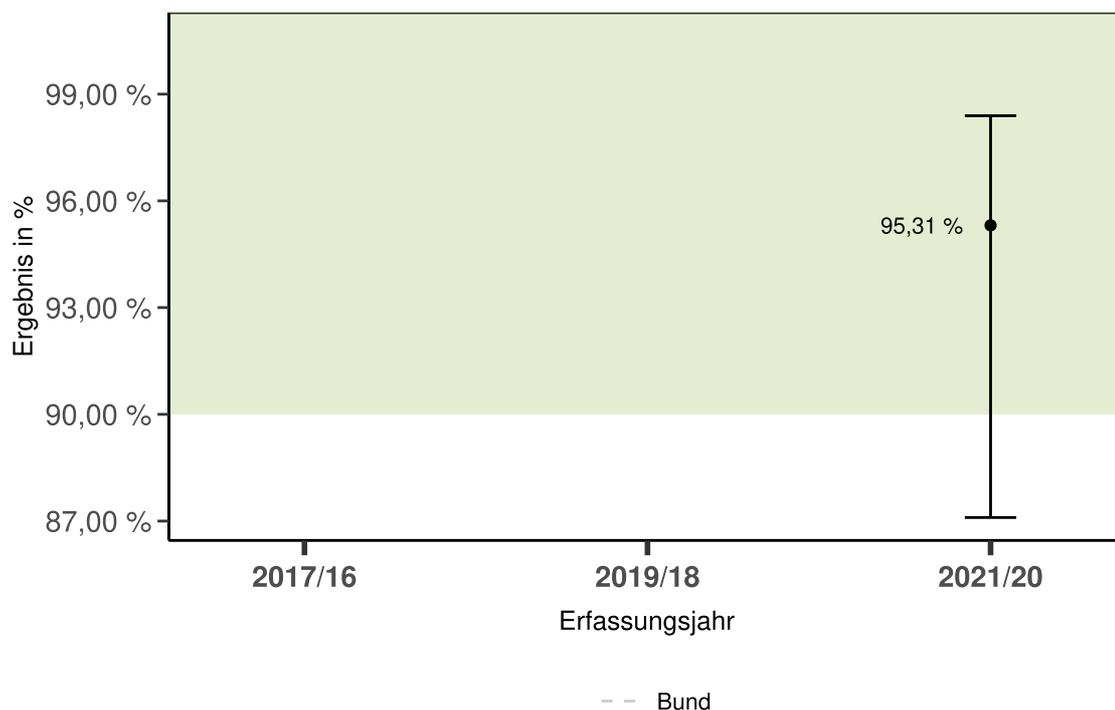
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
---------------	--

572037: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

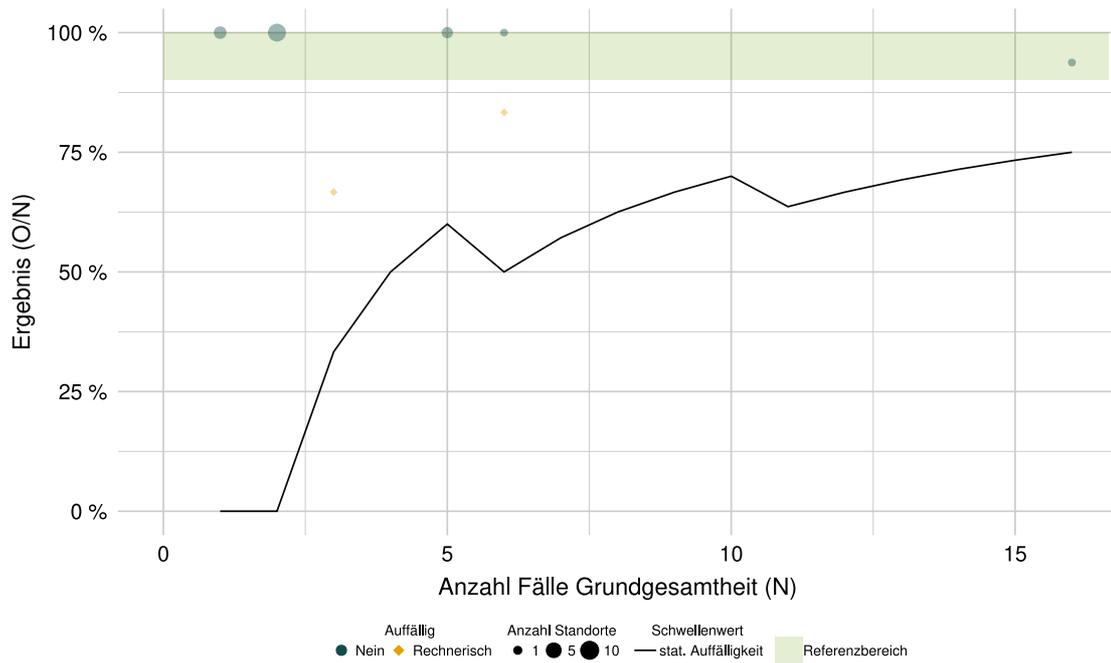
ID	572037
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2020 oder 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 1 Jahr nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

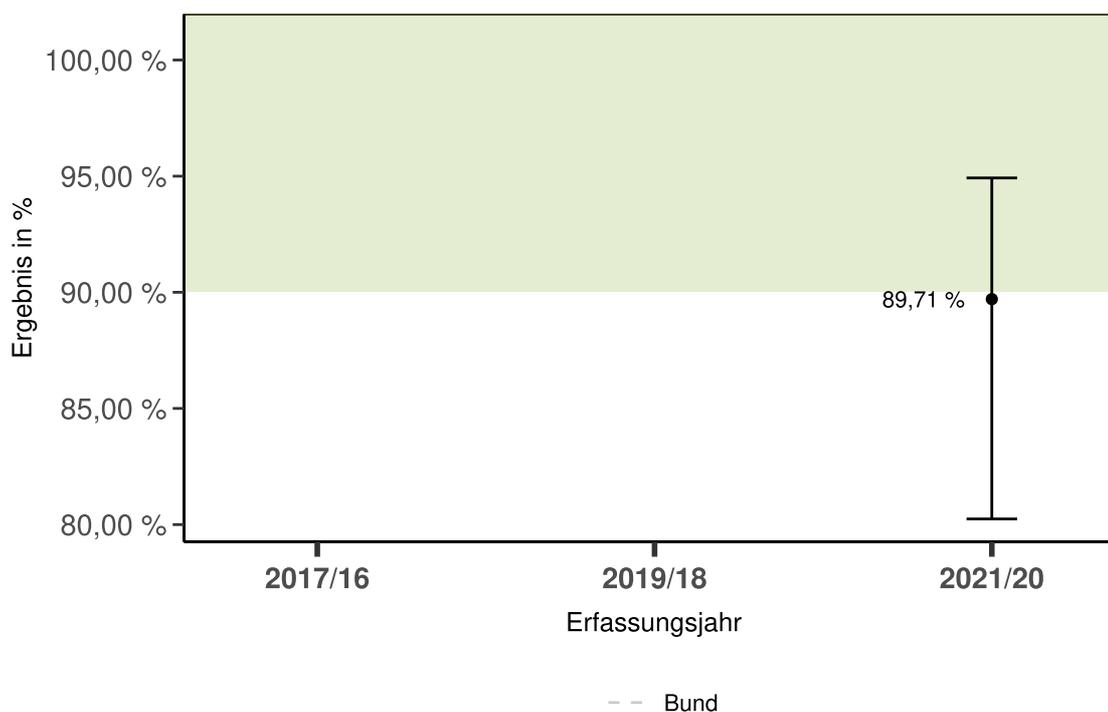
EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2017/16: - / - 2019/18: - / - 2021/20: 61 / 64	2017/16: - 2019/18: - 2021/20: 95,31 %	2017/16: - 2019/18: - 2021/20: 87,10 % - 98,39 %

572038: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)

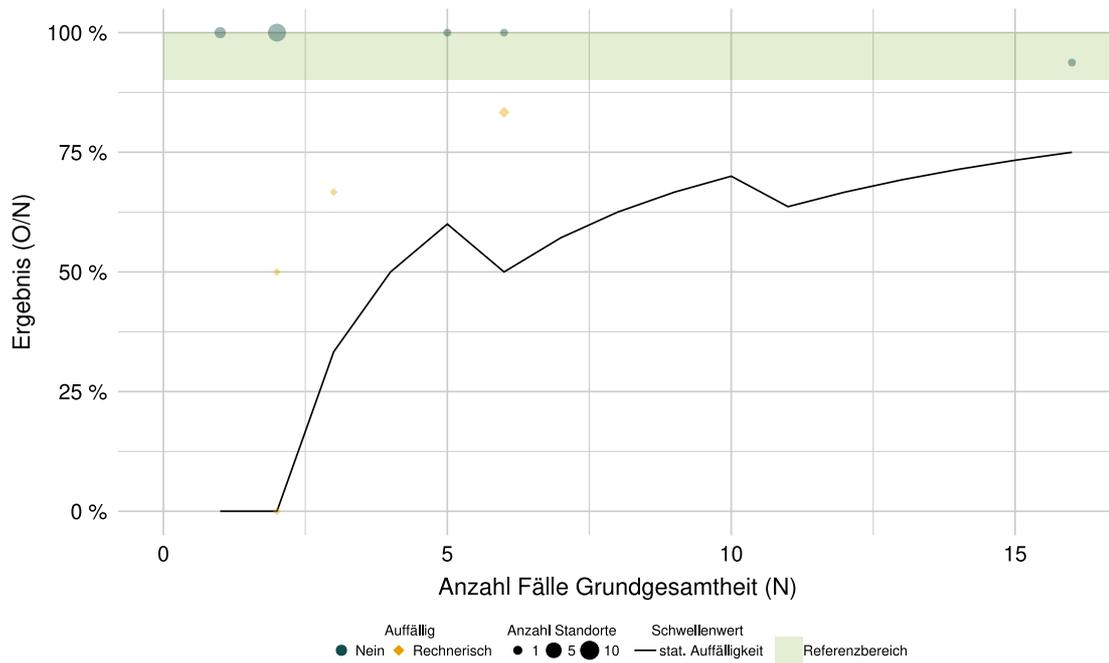
ID	572038
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2020 oder 2021 fällig ist, mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Replantation werden ausgeschlossen
Zähler	Patientinnen und Patienten, für die 1 Jahr nach der Transplantation die Information vorliegt, dass sie leben
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2017/16: - / - 2019/18: - / - 2021/20: 61 / 68	2017/16: - 2019/18: - 2021/20: 89,71 %	2017/16: - 2019/18: - 2021/20: 80,24 % - 94,92 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	Patientinnen und Patienten, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2020 oder 2021 fällig wurde	98,55 % 68/69
2.1.1	davon lebend entlassen	98,53 % 67/68
2.1.1.1	Status bekannt	94,03 % 63/67
2.1.1.1.1	nicht verstorben innerhalb von 1 Jahr	96,83 % 61/63
2.1.1.1.2	verstorben innerhalb von 1 Jahr	x % ≤3/63
2.1.1.2	Status unbekannt	5,97 % 4/67
2.1.1.3	Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	91,04 % 61/67

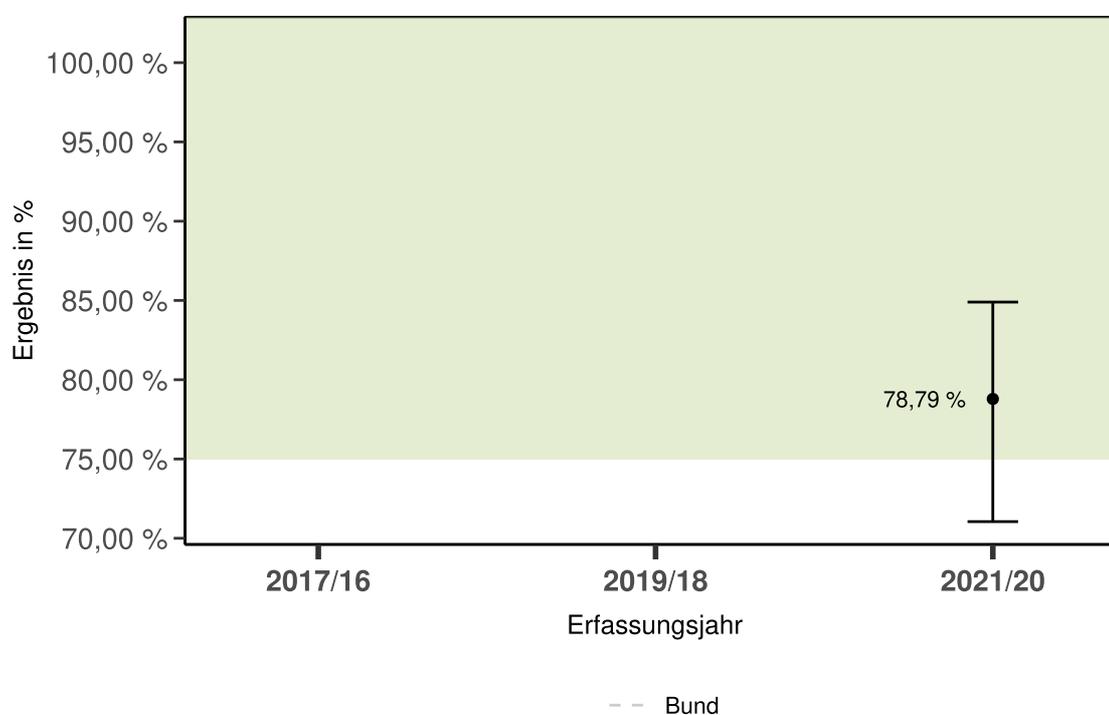
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	Verlauf 1-Jahres-Überleben	
2.2.1	Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2020 oder 2021 fällig wurde	98,53 % 67/68
2.2.2	1-Jahres-Überleben	
2.2.2.1	1-Jahres Überleben bei bekanntem Status	95,31 % 61/64
2.2.2.2	1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	95,59 % 65/68
2.2.2.3	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	89,71 % 61/68

572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung

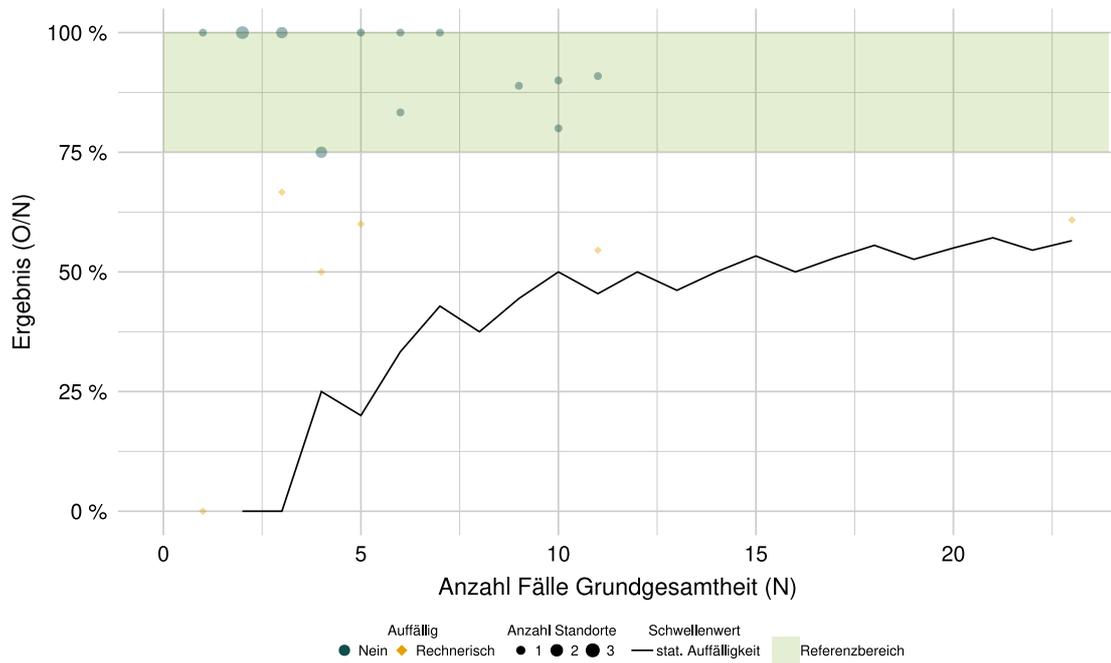
Qualitätsziel	Selten Insulintherapie bei Entlassung erforderlich
ID	572043
Grundgesamtheit	Alle Aufenthalte von Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr 2020 oder 2021 und lebend entlassen
Zähler	Aufenthalte von Patientinnen und Patienten, die bei Entlassung insulinfrei sind
Referenzbereich	≥ 75,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

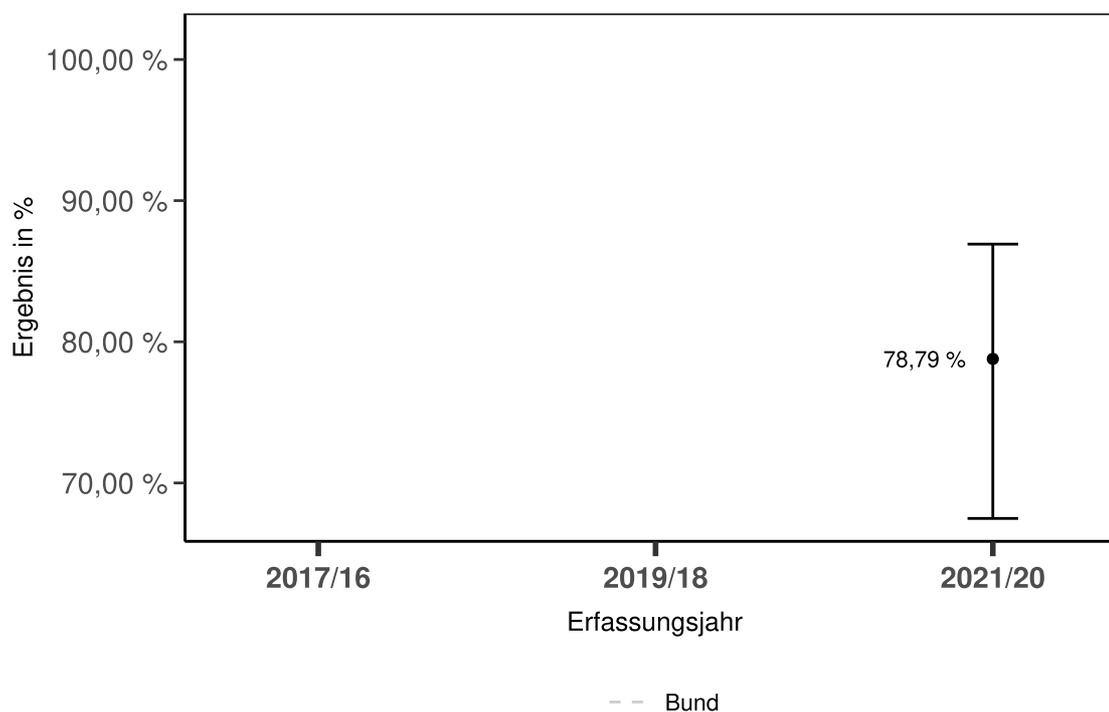
EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2017/16: - / - 2019/18: - / - 2021/20: 104 / 132	2017/16: - 2019/18: - 2021/20: 78,79 %	2017/16: - 2019/18: - 2021/20: 71,05 % - 84,90 %

572044: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)

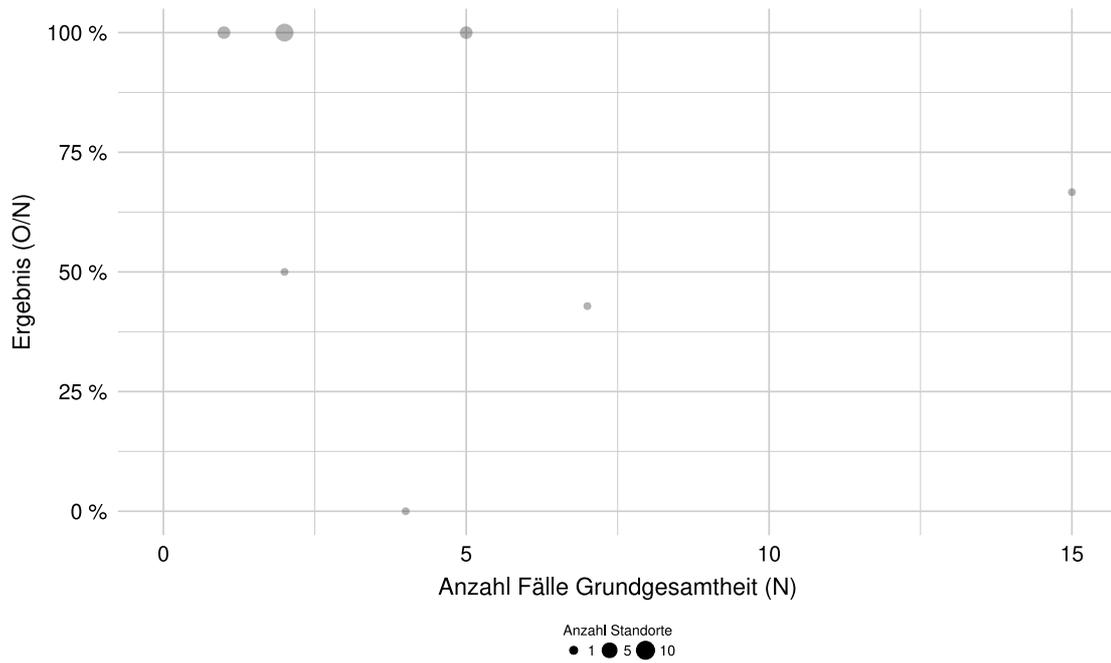
Qualitätsziel	Selten Insulintherapie innerhalb des ersten Jahres nach Pankreastransplantation erforderlich
ID	572044
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2020 oder 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status
Zähler	Transplantationen, bei denen die Patientin bzw. der Patient 1 Jahr nach der Transplantation insulinfrei ist und bis dahin keine Retransplantation erhalten hat
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2017/16: - / - 2019/18: - / - 2021/20: 52 / 66	2017/16: - 2019/18: - 2021/20: 78,79 %	2017/16: - 2019/18: - 2021/20: 67,49 % - 86,92 %

Details zu den Ergebnissen

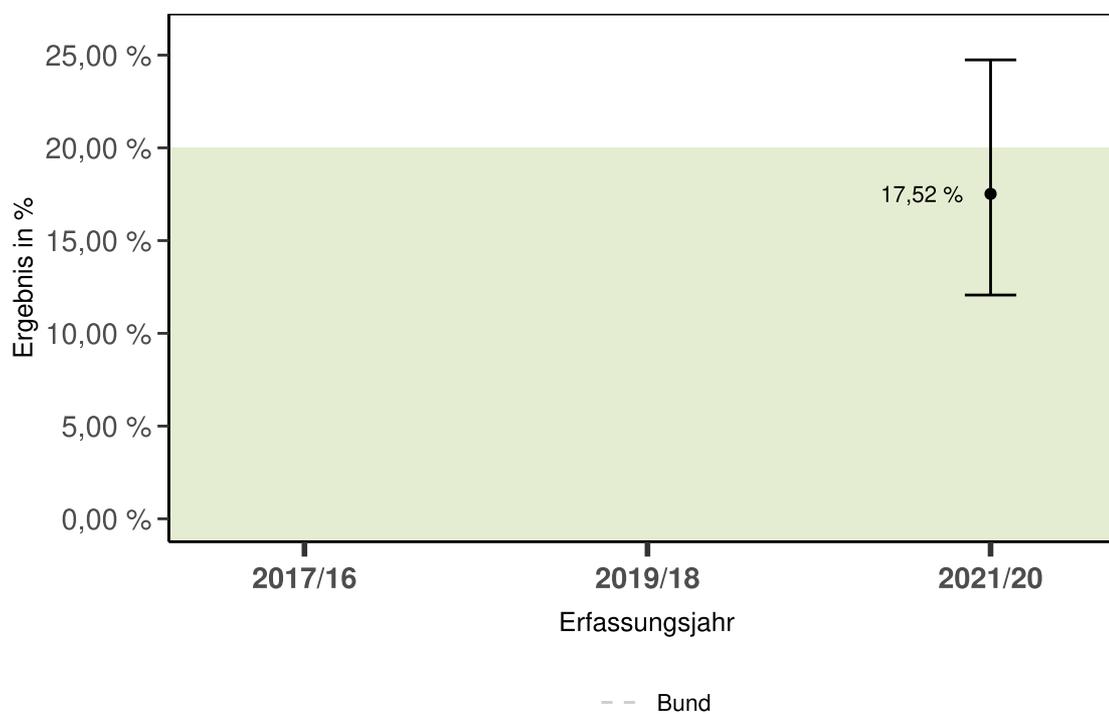
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	Patientinnen und Patienten mit Transplantation im Erfassungsjahr 2019 oder 2020 ohne Retransplantation bis 2021	98,55 % 68/69
6.1.1	davon lebend entlassen	98,53 % 67/68
6.1.1.1	davon Insulin-Status nach 1 Jahr bekannt	92,54 % 62/67
6.1.1.1.1	insulinfreie Patientinnen und Patienten	85,48 % 53/62
6.1.1.1.2	Patientinnen und Patienten mit Insulintherapie innerhalb von 1 Jahr	14,52 % 9/62
6.1.1.2	unbekannter Insulin-Status nach 1 Jahr	7,46 % 5/67
6.1.2	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)	78,79 % 52/66
6.1.3	Verlauf insulinfrei innerhalb 1-Jahres	
6.1.3.1	Lebend entlassen nach Transplantation im Jahr 2019 oder 2020	98,53 % 67/68
6.1.3.1.1	Status "insulinfrei" nach 1 Jahr	
6.1.3.1.1.1	insulinfrei (bei bekanntem Status)	85,48 % 53/62
6.1.3.1.1.2	insulinfrei Best-Case (unbekannter Status als insulinfrei gezählt)	86,57 % 58/67
6.1.3.1.1.3	insulinfrei Worst-Case (unbekannter Status als Insulintherapie gezählt)	79,10 % 53/67

572047: Entfernung des Pankreastransplantats

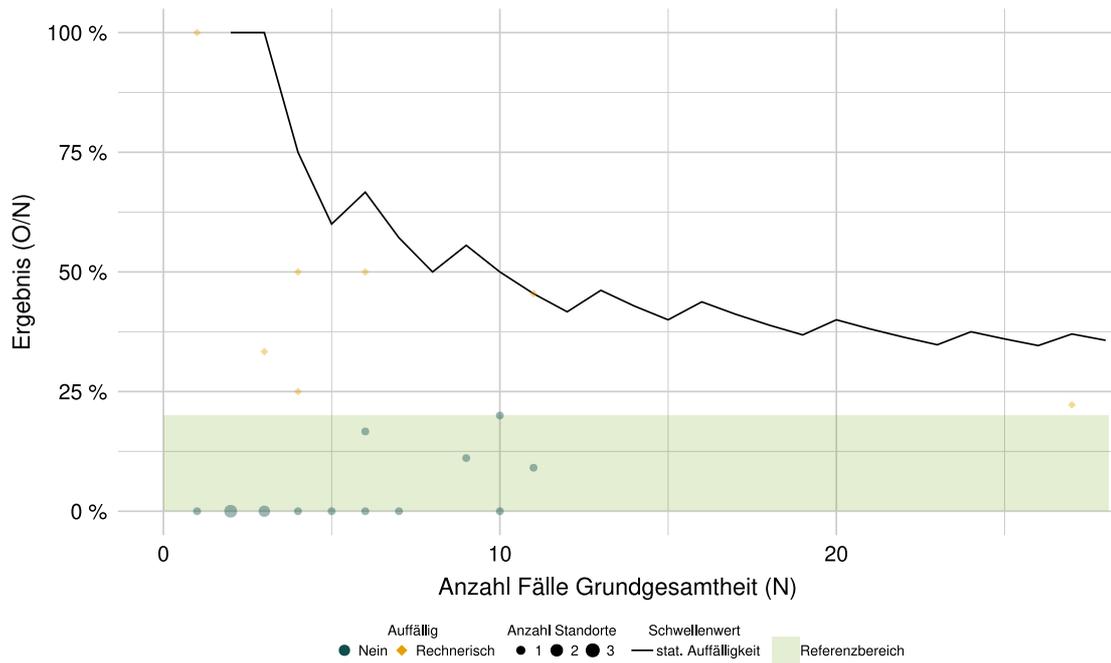
Qualitätsziel	Selten Entfernung des Pankreastransplantats erforderlich
ID	572047
Grundgesamtheit	Alle Aufenthalte von Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr 2020 oder 2021
Zähler	Aufenthalte von Patientinnen und Patienten mit erfolgter Entfernung des Pankreastransplantats
Referenzbereich	≤ 20,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2017/16: - / - 2019/18: - / - 2021/20: 24 / 137	2017/16: - 2019/18: - 2021/20: 17,52 %	2017/16: - 2019/18: - 2021/20: 12,06 % - 24,74 %

Basisauswertung

Allgemeine Daten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Transplantationen		
Alle Nieren-, Pankreas-, oder Pankreas-Nieren-Transplantationen	3.834	100,00
Anzahl simultaner Pankreas-Nierentransplantation (SPK), Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK), isolierter Pankreastransplantation oder Pankreastransplantation in Kombination mit anderen Organen	150	3,91

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Nieren-, Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantationen	N = 3.834	
Durchgeführte Transplantation		
(1) isolierte Nierentransplantation	3.627	94,60
davon		
1 Organ	3.600	99,26
2 Organe	27	0,74
(2) simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK)	126	3,29
(3) Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK)	≤3	x
(4) isolierte Pankreastransplantation	9	0,23
(5) Kombination Niere mit anderen Organen	57	1,49
(6) Kombination Pankreas mit anderen Organen	12	0,31

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 130	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überlieger)	77	59,23
1. Quartal	16	12,31
2. Quartal	14	10,77
3. Quartal	13	10,00
4. Quartal	10	7,69
Entlassungsquartal		
1. Quartal	33	25,38
2. Quartal	33	25,38
3. Quartal	33	25,38
4. Quartal	31	23,85

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)
Postoperative Verweildauer (Tage)¹	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	137
Minimum	8,00
5. Perzentil	13,00
25. Perzentil	19,00
Median	26,00
Mittelwert	33,90
75. Perzentil	41,00
95. Perzentil	89,00
Maximum	122,00

¹ Dargestellt wird der Abstand zur ersten Transplantation während des stationären Aufenthalts

Basisdaten Empfänger

Die Auswertung bezieht sich auf alle (letzte) Transplantationen der Art SPK, PAK und „Isolierte Pankreastransplantation“.

Geschlecht

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 130	
Geschlecht		
(1) männlich	70	53,85
(2) weiblich	60	46,15
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Patientenalter am Aufnahmetag

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 130	
Altersverteilung		
< 1 Jahr	0	0,00
1 - 9 Jahre	0	0,00
10 - 19 Jahre	0	0,00
20 - 29 Jahre	7	5,38
30 - 39 Jahre	51	39,23
40 - 49 Jahre	45	34,62
50 - 59 Jahre	24	18,46
60 - 69 Jahre	≤3	x
70 - 79 Jahre	≤3	x
≥ 80 Jahre	0	0,00

Bund (gesamt)	
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	130
Minimum	24,00
5. Perzentil	29,00
25. Perzentil	36,00
Mittelwert	42,16
Median	41,00
75. Perzentil	48,00
95. Perzentil	58,00
Maximum	71,00

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit Angaben zu Körpergröße von ≥ 40 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 1 kg bis ≤ 230 kg	N = 130	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht ($< 18,5$)	5	3,85
Normalgewicht ($\geq 18,5 - < 25$)	66	50,77
Übergewicht ($\geq 25 - < 30$)	47	36,15
Adipositas (≥ 30)	12	9,23

Befunde Empfänger

	Bund (gesamt)	
	n	%
Diabetes mellitus		
(0) kein Diabetes mellitus	0	0,00
(1) Diabetes mellitus, diätetisch behandelt	≤3	x
(2) Diabetes mellitus, orale Medikation	0	0,00
(3) Diabetes mellitus, mit Insulin behandelt	128	98,46
(4) Diabetes mellitus, unbehandelt	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Dialysetherapie		
(0) nein	21	16,15
(1) ja	107	82,31

	Bund (gesamt)	
	n	%
Dringlichkeit der Transplantation gemäß Medical Urgency Code ET-Status		
1 = HU (High Urgency)	0	0,00
2 = ACO (Approved Combined Organ)	0	0,00
3 = T (Transplantable)	130	99,24
4 = SU (Special Urgency)	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Blutgruppe des Empfängers		
(1) A	52	40,00
(2) B	18	13,85
(3) 0	52	40,00
(4) AB	8	6,15

Basisdaten Spender

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Spender	N = 138	
Geschlecht des Spenders		
männlich	76	55,07
weiblich	62	44,93
divers	0	0,00
unbestimmt	0	0,00

	Bund (gesamt)
Spenderalter (Jahre)	
Anzahl Spender mit Angabe von Werten > 0	131
5. Perzentil	12,60
Median	31,00
Mittelwert	30,33
95. Perzentil	48,40

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Spender	N = 138	
Spendertyp		
(1) hirntot	138	100,00
(2) lebend	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Hirntote Spender	N = 138	
Todesursache		
(216) T_CAPI: Trauma: Schädel	33	23,91
(217) T_OTH: Trauma: Nicht anderweitig klassifizierbar	≤3	x
(218) CVA: Zerebrovaskuläres Ereignis, nicht anderweitig klassifizierbar	15	10,87
(220) RESP: Atmung, nicht anderweitig klassifizierbar	4	2,90
(229) CBL: Intrazerebrale Blutung	21	15,22
(230) CID: Ischämischer Insult	7	5,07
(234) SAB: Subarachnoidalblutung	26	18,84

Transplantation

Operation (nach OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	N = 138	
OPS²		
(5-528.1) Transplantation von Pankreas(gewebe): Transplantation eines Pankreassegmentes	0	0,00
(5-528.2) Transplantation von Pankreas(gewebe): Transplantation des Pankreas (gesamtes Organ)	136	98,55
(5-528.4) Transplantation von Pankreas(gewebe): Retransplantation eines Pankreassegmentes während desselben stationären Aufenthalts	0	0,00
(5-528.5) Transplantation von Pankreas(gewebe): Retransplantation des Pankreas (gesamtes Organ) während desselben stationären Aufenthalts	0	0,00
(5-555.0) Nierentransplantation: Allogen, Lebendspender	0	0,00
(5-555.1*) Nierentransplantation: Allogen, Leichenniere	121	87,68
(5-555.2) Nierentransplantation: Syngen	0	0,00
(5-555.5) Nierentransplantation: En-bloc-Transplantat	4	2,90
(5-555.6) Nierentransplantation: Retransplantation, allogen, Lebendspender während desselben stationären Aufenthalts	0	0,00
(5-555.7) Nierentransplantation: Retransplantation, allogen, Leichenniere während desselben stationären Aufenthalts	0	0,00
(5-555.8) Nierentransplantation: Retransplantation, En-bloc-Transplantat während desselben stationären Aufenthalts	0	0,00
(5-555.x) Nierentransplantation: Sonstige	0	0,00
(5-555.y) Nierentransplantation: N.n.bez.	0	0,00

² Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	N = 138	
Abbruch der Transplantation		
(0) nein	138	100,00
davon: Organqualität zum Zeitpunkt der Transplantation		
1 = gut	134	97,10
2 = mittel	≤3	x
3 = schlecht	≤3	x
(1) ja	0	0,00

Kalte Ischämiezeit

	Bund (gesamt)
Verteilung (Minuten)	
Anzahl Pankreastransplantationen mit Angabe von Werten ≥ 30 Minuten bis ≤ 720 Minuten	125
Minimum	75,00
5. Perzentil	316,10
25. Perzentil	463,50
Median	556,00
Mittelwert	544,80
75. Perzentil	634,00
95. Perzentil	720,00
Maximum	720,00

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle nicht abgebrochenen Transplantationen	N = 138	
Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation		
(0) nein	46	33,33
(1) Grad I (erlaubte Behandlungsoptionen)	4	2,90
(2) Grad II (weiterführende pharmakologische Behandlung, EKs, parenterale Ernährung)	23	16,67
(3) Grad III (chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention)	50	36,23
(4) Grad IV (lebensbedrohliche Komplikation)	10	7,25
(5) Grad V (Tod)	5	3,62

	Bund (gesamt)	
	n	%
Transplantationen mit behandlungsbedürftigen (schweren) intra- oder postoperativen Komplikationen bei Angabe eines Grades nach Clavien-Dindo-Klassifikation	N = 92	
Art der behandlungsbedürftigen (schweren) intra- oder postoperativen Komplikation(en)³		
Blutung	46	50,00
Reoperation erforderlich	46	50,00
sonstige Komplikation	48	52,17

³ Mehrfachnennung möglich

Entnahme des Pankreastransplantats

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	N = 138	
Entnahme des Pankreastransplantats erforderlich		
(0) nein	114	82,61
(1) ja	24	17,39

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	N = 138	
behandlungsbedürftige Abstoßung		
nein	108	78,26
ja, Pankreas	12	8,70
ja, Niere und Pankreas	≤3	x
Abstoßung durch Biopsie gesichert		
nein	8	61,54
ja	5	38,46

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 130	
Patient bei Entlassung insulinfrei?		
(0) nein	30	23,08
(1) ja	100	76,92

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 130	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	70	53,85
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	51	39,23
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	≤3	x
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	≤3	x
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	≤3	x
(07) Tod	5	3,85
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ⁴	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	≤3	x
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	0	0,00
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ⁵	0	0,00
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ⁶	0	0,00
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	0	0,00
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	0	0,00

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

⁵ nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

⁶ für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

**Nierenersatztherapie bei chronischem
Nierenversagen einschließlich
Pankreastransplantation:
Pankreas- und Pankreas-Nieren-
Transplantation, Nierentransplantation**

Erfassungsjahr 2021

Veröffentlichungsdatum: 30. Juni 2022

Impressum

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

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

Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht	4
Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2021	4
Einleitung	5
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien	6
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit	6
850308: Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up	6
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit	8
850255: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	8
850256: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	10
850278: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	12

Ergebnisübersicht

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2021

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, die zur Plausibilität und Vollständigkeit, welche die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze prüfen. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850308	Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up	≤ 5,00 %	0,08 % 1/1.326	0,00 % 0/38
Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit				
850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 100,00 %	100,00 % 1.989/1.989	0,00 % 0/37
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,00 % 1.989/1.989	0,00 % 0/37
850278	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	86,67 % 1.326/1.530	46,34 % 19/41

Einleitung

Für das QS-Verfahren QS-NET werden die QS-Dokumentationsdaten jährlich von den Leistungserbringern dokumentiert und quartalsweise sowie abschließend jährlich über die Datenannahmestellen (DAS) an das IQTIG übermittelt.

Für das QS-Verfahren NET gilt in Bezug auf die Auffälligkeitskriterien die Besonderheit, dass für dieses QS-Verfahren nur Auffälligkeitskriterien definiert wurden, die sich auf das gesamte Erfassungsmodul PNTX (Auswertungsmodule: NET-PNTX und NET-NTX) beziehen. Für das Erfassungsmodul Dialyse wurden aufgrund diverser Umsetzungsschwierigkeiten in den Anfangsjahren des Verfahrens NET-Dialyse bisher keine Auffälligkeitskriterien festgelegt.

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen können (siehe auch: Übersicht über die Ergebnisse der AK). Auffälligkeitskriterien, die sich ausschließlich auf einzelne Auswertungsmodule wie z.B. Nierentransplantation beziehen, sind bisher nicht definiert.

Daher werden in dieser Bundesauswertung die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien berichtet die über das gemeinsame Erfassungsmodul PNTX für die Auswertungsmodule Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation (NET-PNTX) und Nierentransplantation (NET-NTX) Daten übermittelt haben.

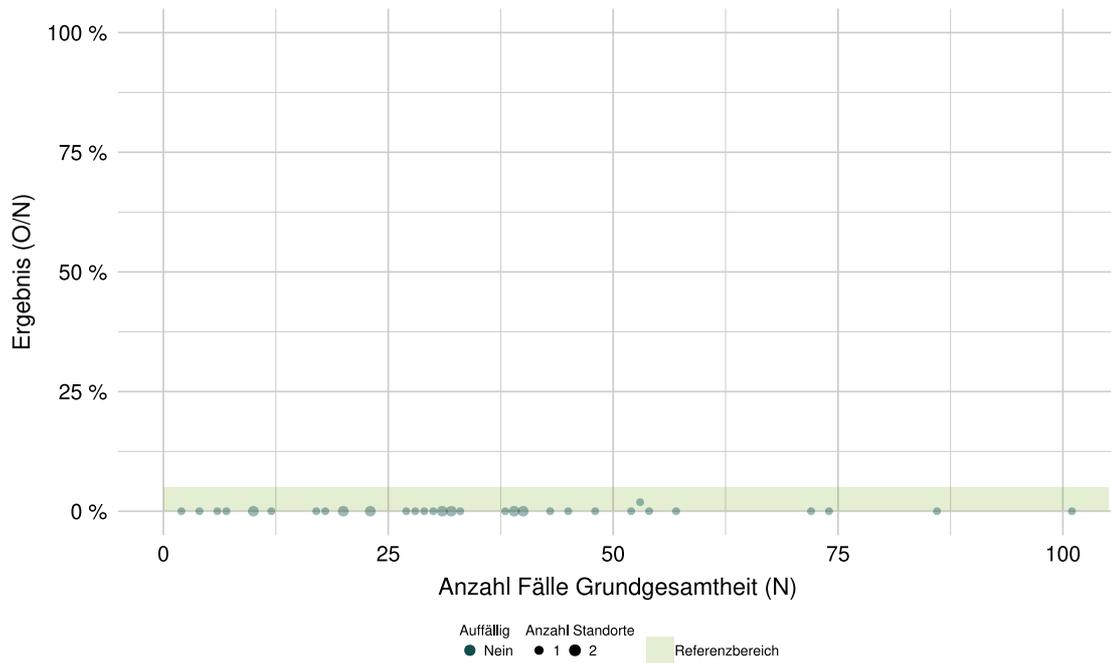
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

850308: Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up

ID	850308
Begründung für die Auswahl	Relevanz Datensätze, in denen der Follow-up-Status als unbekannt dokumentiert wird, können nicht für Qualitätsindikatoren ausgewertet werden. Hypothese Durch die Angabe eines unbekanntem Follow-up-Status erfüllen die Krankenhäuser formal ihre Dokumentationspflicht. Die Datensätze sind aber nicht für die Indikatorberechnung verwertbar. Ein Stellungnahmeverfahren kann somit umgegangen werden.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Follow-up-Indikatoren in den Leistungsbereichen Nierentransplantation (NTX) und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (PNTX).
Grundgesamtheit	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 1-Jahres-Follow-up mit Fälligkeit im Erfassungsjahr 2021
Zähler	Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen der Follow-up-Status als "unbekannt" dokumentiert wurde
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

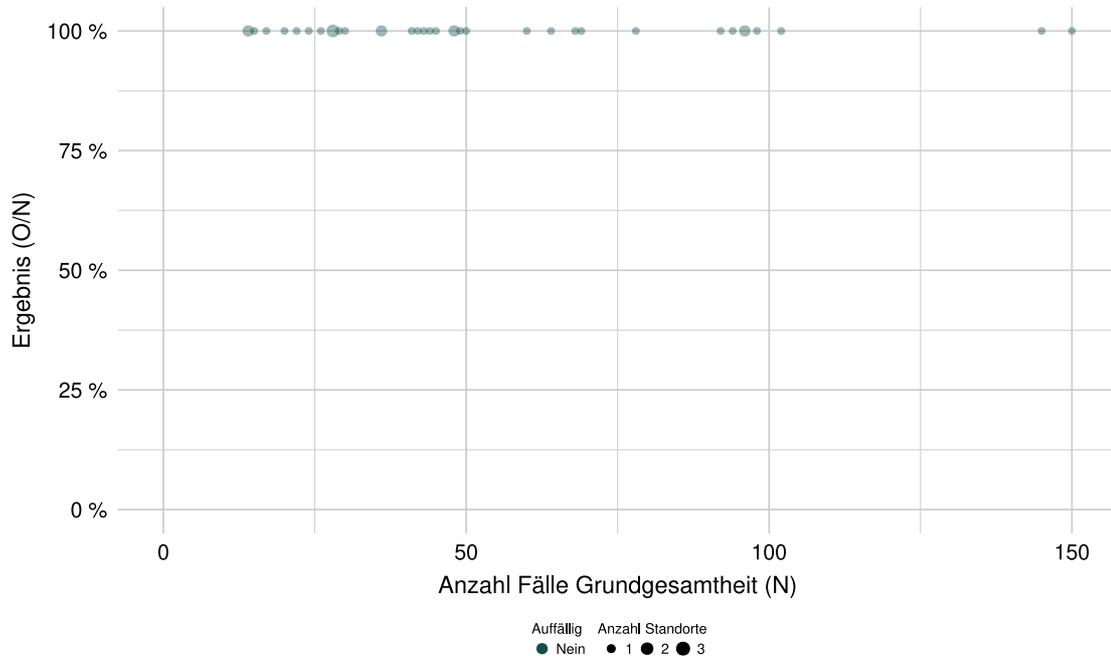
EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	≤3 / 1.326	x %	0,00 % 0/38

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850255: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

ID	850255
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse des Leistungsbereichs abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahren ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p>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.</p>
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul
Referenzbereich	≥ 100,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



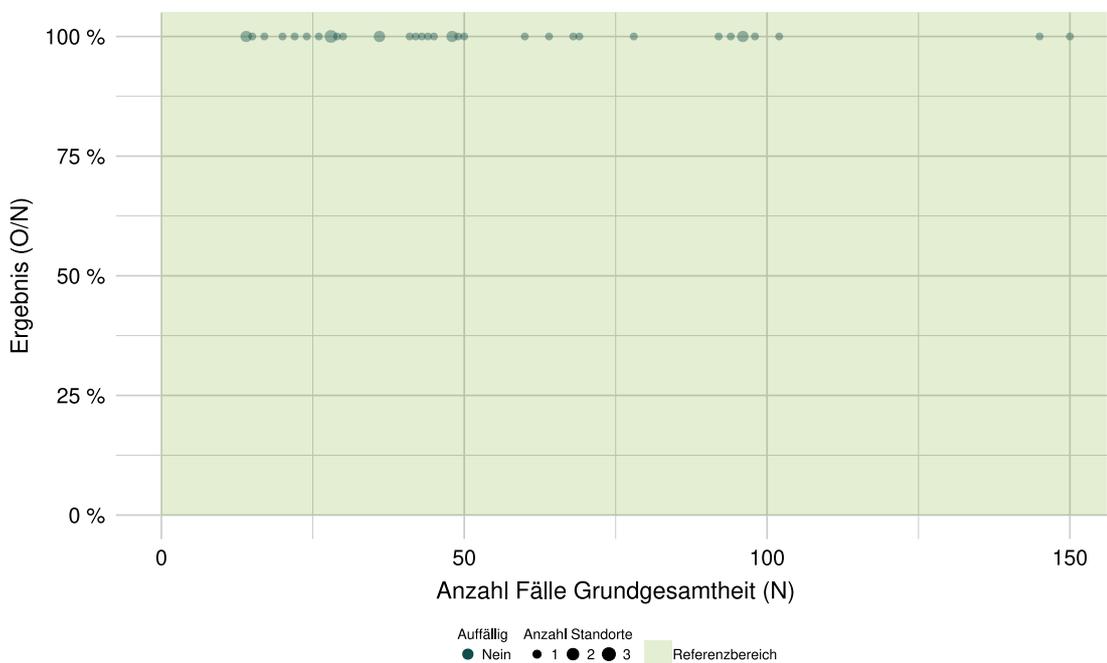
Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	1.989 / 1.989	100,00 %	0,00 % 0/37

850256: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

ID	850256
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse des Leistungsbereichs abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p>Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p>
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



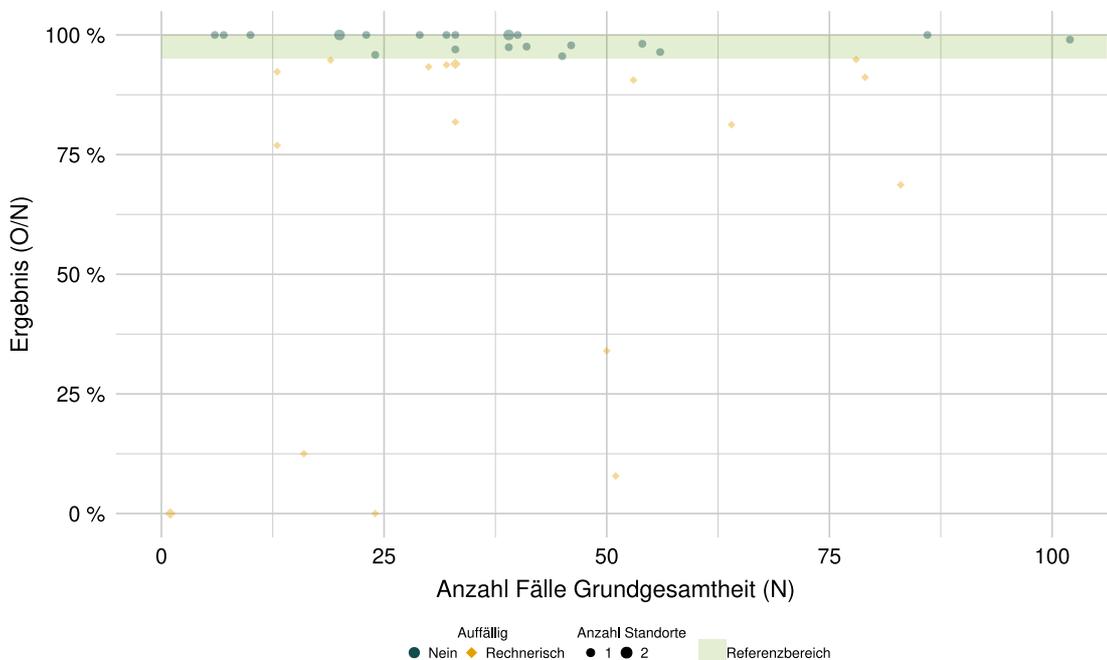
Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	1.989 / 1.989	100,00 %	0,00 % 0/37

850278: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

ID	850278
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden.</p> <p>Hypothese Unterdokumentation von Follow-Up-Datensätzen im entsprechendem Follow-Up-Zeitraum.</p>
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Follow-up-Indikatoren in den Leistungsbereichen Nierentransplantation (NTX) und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (PNTX).
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Patientinnen und Patienten mit Nieren-, Pankreas- oder Pankreas-Nierentransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 1-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	1.326 / 1.530	86,67 %	46,34 % 19/41