

IQTIG

Institut für
Qualitätssicherung
und Transparenz im
Gesundheitswesen

QS-Verfahren

Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen

Bundesqualitätsbericht 2023

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreas-transplantationen*. Bundesqualitätsbericht 2023

Ansprechperson Dr. Claudia Göhner

Datum der Abgabe 31. August 2023

Datum aktualisierte Abgabe 25. Oktober 2023

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

DATENQUELLEN UND BETRACHTETE ZEITRÄUME

QS-Dokumentationsdaten Erfassungsjahre 2021 und 2022

Sozialdaten

bei den Krankenkassen Erfassungsjahre 2021 und 2022

Inhaltsverzeichnis

Informationen zum Bericht.....	2
Inhaltsverzeichnis.....	3
Tabellenverzeichnis	5
Abkürzungsverzeichnis.....	7
Vorbemerkung.....	8
Dialyse.....	10
1 Hintergrund.....	11
2 Einordnung der Ergebnisse.....	16
2.1 Datengrundlage	16
2.2 Risikoadjustierung	17
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens.....	17
2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren.....	17
2.5 Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit.....	17
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen	18
4 Evaluation	19
5 Fazit und Ausblick.....	21
Literatur	22
Nierentransplantation.....	23
1 Hintergrund.....	24
2 Einordnung der Ergebnisse.....	29
2.1 Datengrundlage	29
2.2 Risikoadjustierung	31
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens.....	31
2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren.....	36
2.5 Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit.....	40
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen	41
3.1 Hintergrund	41
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)	42

3.3	Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren.....	43
4	Evaluation	45
5	Fazit und Ausblick.....	46
	Literatur	48
	Anhang: Ergebnisse des QSEB.....	49
	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation.....	64
1	Hintergrund.....	65
2	Einordnung der Ergebnisse.....	69
2.1	Datengrundlage	69
2.2	Risikoadjustierung	71
2.3	Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens.....	71
2.4	Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren.....	71
2.5	Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit.....	75
3	Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen	76
3.1	Hintergrund	76
3.2	Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)	77
3.3	Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren.....	77
4	Evaluation	79
5	Fazit und Ausblick.....	80
	Literatur	82
	Anhang: Ergebnisse des QSEB.....	83

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) – NET-DIAL	13
Tabelle 2: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) – NET-NTX	26
Tabelle 3: Auffälligkeitskriterien (AJ 2023) – NET-NTX und PNTX	28
Tabelle 4: Datengrundlage (AJ 2023) – NET-NTX und NET-PNTX	30
Tabelle 5: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2023) – NET-NTX und NET-PNTX ..	32
Tabelle 6: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2023) – NET-NTX und NET-PNTX.....	33
Tabelle 7: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) – NET-NTX	38
Tabelle 8: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2023) – NET-NTX	39
Tabelle 9: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul NET-NTX	44
Tabelle 10: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach DeQS-RL.....	49
Tabelle 11: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022) – NET-NTX	50
Tabelle 12: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2022 und Vorjahre) – NET- NTX.....	53
Tabelle 13: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2022) – NET-NTX	54
Tabelle 14: Auffälligkeiten und Stellungnahmeverfahren nach Fallzahl pro Qualitätsindikator (AJ 2022) – NET-NTX	55
Tabelle 15: Qualitätsindikatoren: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) – NET-NTX	55
Tabelle 16: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – NET-NTX.....	57
Tabelle 17: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – NET-NTX	58
Tabelle 18: Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – NET-NTX.....	59
Tabelle 19: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – NET-NTX	60
Tabelle 20: Darstellung des Verlaufs der Bewertung (AJ 2022) – NET-NTX	62
Tabelle 21: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) – NET-PNTX.....	67
Tabelle 22: Auffälligkeitskriterien (AJ 2023) –NET-NTX und PNTX	68
Tabelle 23: Datengrundlage (AJ 2023) – NET-NTX und NET-PNTX	70
Tabelle 24: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) – NET-PNTX	73

Tabelle 25: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2023) – NET-PNTX	74
Tabelle 26: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul NET-PNTX	77
Tabelle 27: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach DeQS-RL	83
Tabelle 28: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022) – NET-PNTX	84
Tabelle 29: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2022 und Vorjahre) – NET-PNTX.....	85
Tabelle 30: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2022) – NET-PNTX.....	86
Tabelle 31: Qualitätsindikatoren: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) – NET-PNTX	87
Tabelle 32: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – NET-PNTX	87
Tabelle 33: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – NET-PNTX.....	88
Tabelle 34: Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – NET-PNTX ...	89
Tabelle 35: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – NET-PNTX.....	90
Tabelle 36: Darstellung des Verlaufs der Bewertung (AJ 2022) – NET-PNTX	91

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AK	Auffälligkeitskriterium
EJ	Erfassungsjahr
ET-Nummer	Eurotransplant-Nummer
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutskennzeichennummer
MDS	Minimaldatensatz
NET-NTX	Auswertungsmodul Nierentransplantation
NET-PNTX	Auswertungsmodul <i>Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation</i>
QS	Qualitätssicherung
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
QI	Qualitätsindikator
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
QS NET	QS-Verfahren <i>Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen</i>
QS TX	QS-Verfahren <i>Transplantationsmedizin</i>
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SQB	Strukturierter Qualitätsbericht der Krankenhäuser
TX-LTX	Auswertungsmodul <i>Lebertransplantationen</i>
TX-NLS	Auswertungsmodul <i>Nierenlebendspenden</i>

Vorbemerkung

Das QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreas-transplantationen (QS NET)* startete im Rahmen der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)¹ am 1. Januar 2020. Die sektorspezifischen Auswertungsmodul *Nierentransplantation (NET-NTX)*, *Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation (NET-PNTX)* und *Dialyse (NET-DIAL)* sind zu einem einzigen, sektorenübergreifenden QS-Verfahren (*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 auf Anraten des IQTIG ab dem Erfassungsjahr 2025 das Auswertungsmodul *Nierenlebenspende (TX-NLS)* auf Richtlinienebene in das Verfahren *QS NET* integriert, 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 Um-

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 15. Dezember 2022, in Kraft getreten am 1. Januar 2023. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am 29.08.2023).

² Richtlinie Dialyse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Sicherung der Qualität von Dialyse-Behandlungen nach den §§ 135b und 136 Abs. 1 Nr. 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. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/38/> (abgerufen am 29.08.2023).

ständen auf eine mangelhafte Erfüllung dieser Nachsorgepflicht hindeuten. Um dies entsprechend zu berücksichtigen, sind in dem Auswertungsmodul *NET-PNTX* zum einen 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 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 Nierenversagen 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 Häm(o)diafiltration. 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 nicht 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 seit dem Erfassungsjahr 2022 möglich.

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 zugangsassozierten 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 monitoren, 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 zugangsassozierten Komplikationen bei Hämodialyse“ (ID 572009) und „Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-

assoziierten 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 (Transparenzkennzahlen 572011, 572012, 572013, 572014, 572015, 572058, 572059, 572060, 572061, 572062). Zum Erfassungsjahr 2022 ist jedoch nur eine Nachverfolgbarkeit bis zu 2 Jahren für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2020 möglich. Längere Follow-up-Zeiträume werden von Jahr zu Jahr in das Verfahren integriert.

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

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) – NET-DIAL

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Aufklärung über Behandlungsoptionen			
572001	Aufklärung über Behandlungsoptionen	QS-Dokumentation	2022
572048	Aufklärung über Behandlungsoptionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2022
Gruppe: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt			
572002	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt	QS-Dokumentation	2022
572049	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	QS-Dokumentation	2022
Gruppe: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung			
572003	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung	QS-Dokumentation	2022
572050	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2022
Gruppe: Katheterzugang bei Hämodialyse			
572004	Katheterzugang bei Hämodialyse	QS-Dokumentation	2022

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
572051	Katheterzugang bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2022
Gruppe: Dialysefrequenz pro Woche			
572005	Dialysefrequenz pro Woche	QS-Dokumentation	2022
572052	Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2022
Gruppe: Dialysedauer pro Woche			
572006	Dialysedauer pro Woche	QS-Dokumentation	2022
572053	Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2022
Gruppe: Ernährungsstatus			
572007	Ernährungsstatus*	QS-Dokumentation	2022
572054	Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2022
Gruppe: Anämiemanagement			
572008	Anämiemanagement*	QS-Dokumentation	2022
572055	Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2022
Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von zugangsassozierten Komplikationen bei Hämodialyse			
572009	Hospitalisierung aufgrund von zugangsassozierten Komplikationen bei Hämodialyse	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2021
572056	Hospitalisierung aufgrund von zugangsassozierten Komplikationen bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2021
Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen			
572010	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2021
572057	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2021
Gruppe: 1-Jahres-Überleben			
572011	1-Jahres-Überleben	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2021
572058	1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2021

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: 2-Jahres-Überleben			
572012	2-Jahres-Überleben	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2020
572059	2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2020

* Transparenzkennzahl

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 2023 berichtet werden. Weitere Informationen finden sich im Abschnitt 2.1.

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Für das Auswertungsmodul NET-DIAL erfolgt die Auswertung entsprechend dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort (= Auswertungsstandort). Dies gilt sowohl für ambulante als auch teilstationäre Fälle. Die Auswertung der Daten findet auf Ebene der Leistungserbringung statt, d. h., es wird zwischen ambulanter und teilstationärer Leistungserbringung durch Krankenhäuser und Vertragsärztinnen/Vertragsärzte differenziert. Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für den Erfassungsjahr-bezogenen IST-SOLL-Abgleich, der ab dem nächsten Jahr korrekt dargestellt und ausgegeben werden kann. In den bisherigen Auswertungen der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen wurden aufgrund der Definition des Beobachtungszeitraums auch Daten aus dem vorherigen Erfassungsjahr mit dargestellt. Um Fehlinterpretationen zu vermeiden wird keine dementsprechende Tabelle dargestellt.

Es ist festzuhalten, dass im Erfassungsjahr 2022 scheinbar ca. 73 % mehr Datensätze geliefert als erwartet wurden. Umfangreiche Analysen zeigten, dass die Anzahl der eingereichten Datensätze durch einen zu weit gefassten Jahresbezug sowie eine inkorrekte Zählung der Datensätze deutlich zu hoch ausfällt. Zum Thema „Datengrundlage“ fanden diverse Sonderanalysen in Vorbereitung auf einen Stakeholderworkshop statt, in dem zusammen mit den LAG, KV, LKG, Softwareanbietern und Datenannahmestellen fragliche Punkte hinsichtlich der Datengrundlage in der Dialyse beraten wurden. Die Korrektur der Ermittlung der gelieferten Datensätze auf den Jahresbezug des Erfassungsjahres sowie die Zählung von nur einem Datensatz pro Fall pro Leistungserbringer und pro Quartal bei nicht tagesaktueller Abrechnung führten zu einer realistischeren Darstellung der Anzahl der gelieferten Datensätze. Dennoch sollten aufgrund der beschriebenen Hürden bei der Ermittlung der Anzahl der gelieferten Datensätze weitere systematische und Einzelfallanalysen erfolgen, damit die Validität und Vollständigkeit der Datengrundlage zukünftig der gewünschten Transparenz und den üblichen Qualitätsstandards entspricht.

Neben der Korrektur der Ausgabe der Anzahl gelieferter Datensätze kam es inzwischen auch zu Anpassungen in der Datenerhebung. Zum einen wurde die Datengrundlage um durch Sachkosten-EBM ausgelöste Basisdatensätze bereinigt, wodurch die Anzahl der gelieferten Datensätze sinkt. Zum anderen kam es zu einer gegenläufigen Erhöhung der Anzahl der gelieferten Datensätze durch eine vollständigere Erfassung sowie die Reduktion von Dokumentationshemmnissen und Minimaldatensätzen.

Der Unterausschuss Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hat sich auf Empfehlung des IQTIG als zuständige Bundesauswertungsstelle dafür ausgesprochen, das Stellungnahmeverfahren 2023 als vorsichtiges Stellungnahmeverfahren einzuleiten, die Bundesauswertung für das Auswertungsmodul NET-DIAL für das Erfassungsjahr 2022 aber nicht zu veröffentlichen.

Follow-up-Transparenzkennzahlen

Die Transparenzkennzahlen zum 3-Jahres-, 5-Jahres- und 10-Jahres-Follow-up im Auswertungsmodul *NET-DIAL* können für das Erfassungsjahr 2022 nicht ausgewertet werden, da die Verknüpfung von Follow-up-Daten durch den Wechsel des Verfahrens in die DeQS-Richtlinie erst für Indexeingriffe ab dem Erfassungsjahr 2020 möglich ist. Dementsprechend erfolgt auch keine Darstellung dieser Transparenzkennzahlen in den Berichten.

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 2023 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 „vorsichtigen“ Stellungnahmeverfahrens 2023 wurde 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 Verzerrungen der Bundesergebnisse im Vergleich der korrigierten und nicht korrigierten Datengrundlage befürchtet werden müssen bzw. ggf. die realistische Versorgungslage im Vergleich nicht abgebildet wird.

2.5 Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit

Für dieses Auswertungsmodul wurden für das Erfassungsjahr 2022 keine Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit festgestellt.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

Für dieses Modul wurde im Auswertungsjahr 2022 kein Stellungnahmeverfahren gemäß § 17 DeQS-RL durchgeführt, da das Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2021 für *NET-DIAL* auf Empfehlung des IQTIG aufgrund einer unzureichenden Datengrundlage ausgesetzt wurde. Dementsprechend erfolgt kein Bericht zu Ergebnissen des Stellungnahmeverfahrens.

4 Evaluation

Gemäß der DeQS-RL beinhaltet der Bundesqualitätsbericht eine fortlaufende Evaluation des Verfahrens (Teil 1 § 20 Satz 3 DeQS-RL). Des Weiteren soll, „[...] sobald eine ausreichende Datengrundlage vorliegt [...]“, eine empirische Abschätzung über das Ausmaß des Verbesserungspotenzials vorgenommen sowie „[...] die Zielerreichung näher quantifiziert [...]“ werden (Teil 2 Verfahren 4 (QS NET) § 2 Abs. 6 DeQS-RL). Beides zusammen bildet die Grundlage für die Entscheidung über den weiteren Fortgang des Verfahrens im Rahmen der abschließenden Bewertung. Über die genaue Form und Konzeption einschließlich Zieldefinitionen muss der G-BA in Zusammenarbeit mit dem IQTIG noch entscheiden.

Vorgaben zur fortlaufenden Evaluation im jährlichen Bundesqualitätsbericht werden nicht näher definiert. Um die Evaluationsergebnisse eines jeden Jahres sinnvoll für eine Bewertung des gesamten Verfahrens zum 30. Juni 2026 effizient nutzen zu können, hat das IQTIG ein über die Jahre hinweg gleich strukturiertes Vorgehen empfohlen. Für die fortlaufende Evaluation sollen der Status quo der Umsetzung, Prozessprobleme sowie verfahrenstechnische Rückmeldungen aus den Bundesländern erfasst und berichtet werden. Dies erfolgt mithilfe einer Konsultation der Stakeholder (im Sinne einer multiperspektivischen Prozessbeurteilung), um Probleme frühzeitig zu erkennen und Verfahrenselemente ggf. anzupassen zu können. Die Teilnahme an der Evaluation erfolgt für die Landesarbeitsgemeinschaften auf freiwilliger Basis.

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

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

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

Das IQTIG hat im Auswertungsmodul NET-DIAL unter anderem bereits einen Stakeholderworkshop abgehalten, zu dem diverse Sonderanalysen durchgeführt wurden und entsprechende Rückmeldungen der Stakeholder für die weitere Entwicklung des Verfahrens berücksichtigt. Mit

dem diesjährig erstmalig durchgeführten Stellungnahmeverfahren erwartet das IQTIG zudem hilfreiche Informationen der Landesarbeitsgemeinschaften zum Verfahren. Die Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren nach DeQS-RL sollen stetig für die Verfahrenspflege genutzt werden.

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 2022 scheinbar ca. 73 % mehr Datensätze geliefert als erwartet wurden. Umfangreiche Analysen zeigten, dass die Anzahl der eingereichten Datensätze durch einen zu weit gefassten Jahresbezug sowie eine inkorrekte Zählung der Datensätze deutlich zu hoch ausfällt. Zum Thema „Datengrundlage“ fanden diverse Sonderanalysen in Vorbereitung auf einen Stakeholderworkshop statt, in dem zusammen mit den LAG, KV, LKG, Softwareanbietern und Datenannahmestellen fragliche Punkte hinsichtlich der Datengrundlage in der Dialyse beraten wurden. Die Korrektur der Ermittlung der gelieferten Datensätze auf den Jahresbezug des Erfassungsjahres sowie die Zählung von nur einem Datensatz pro Fall pro Leistungserbringer und pro Quartal bei nicht tagesaktueller Abrechnung führten zu einer realistischeren Darstellung der Anzahl der gelieferten Datensätze. Dennoch sollten aufgrund der beschriebenen Hürden bei der Ermittlung der Anzahl der gelieferten Datensätze 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 Anpassungen im Jahr 2023 noch nicht umgesetzt werden konnten.

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.

Literatur

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).

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 / einem verstorbenen Spender. Daher wird innerhalb der Indikatorengruppe eine getrennte Auswertung für Patientinnen und Patienten nach Lebendorganspende (ID 572023) und Patientinnen und Patienten nach postmortaler 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 postmortaler 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 in Abschnitt 2.1. Wie unter Abschnitt 2.1 erläutert, können die Ergebnisse aller Follow-up-Indikatoren, –Kennzahlen und –Auffälligkeitskriterien (Indikatoren zum 1-Jahres- (572018) und 2-Jahres-Überleben (572019) bei bekanntem Status, Indikatoren zur Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (572024 – nach postmortaler Organspende, 572025 – nach Lebendspende), Transparenzkennzahlen zur Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr (572026) bzw. 2 Jahre (572027) nach Nierentransplantation, Indikatoren zur behandlungsbedürftigen Abstoßung innerhalb von 90 Tagen (572100 – niedrige Rate, 572101 – hohe Rate), Transparenzkennzahlen zum Transplantatversagen innerhalb des

1. Jahres (572032) bzw. des 2. Jahres (572033) nach Nierentransplantation, Auffälligkeitskriterien zur häufigen Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres- (850308) bzw. 2.-Jahres-Follow-up (850309), Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des 90-Tage- (852210), 1-Jahres- (850278) bzw. 2.-Jahres-Follow-up (850279)) weder im Bundesqualitätsbericht noch in der Bundesauswertung des Auswertungsjahres 2023 veröffentlicht werden, da es aufgrund einer unzureichenden Verknüpfungsrate zwischen Follow-up- und Index-Dokumentationsbögen potentiell zu einer ebenfalls unzureichenden Datenvalidität kommt.

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

Tabelle 2: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) – NET-NTX

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen	QS-Dokumentation	2022
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2022
572018	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	QS-Dokumentation	2022
572019	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	QS-Dokumentation	2022
Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung			
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung	QS-Dokumentation	2022
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	QS-Dokumentation	2022
Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation			
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)**	QS-Dokumentation	2022
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)**	QS-Dokumentation	2022
572026	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation*, **	QS-Dokumentation	2022
572027	Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation*, **	QS-Dokumentation	2022
Gruppe: Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen			
572100	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen**	QS-Dokumentation	2022

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
572101	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen**	QS-Dokumentation	2022
572032	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation**	QS-Dokumentation	2022
572033	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation*,**	QS-Dokumentation	2022

* Transparenzkennzahl

**Das Ergebnis dieses Indikators bzw. dieser Transparenzkennzahl kann, wie unter Abschnitt 2.1 erläutert, weder im Bundesqualitätsbericht noch in der Bundesauswertung des Auswertungsjahres 2023 veröffentlicht werden.

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

Die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit beziehen sich auf die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze. Mittels dieser Auffälligkeitskriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Die Prüfung auf Vollzähligkeit erfolgt mittels eines Abgleichs der gelieferten Daten mit der Sollstatistik (siehe Abschnitt 2.1). Hierfür wird auch die Anzahl der gelieferten Minimaldatensätze (MDS) überprüft. Ein Minimaldatensatz enthält nur einige wenige Datenfelder und wird anstelle des regulären Datensatzes übermittelt, wenn ein Behandlungsfall als dokumentationspflichtig klassifiziert wurde, jedoch nicht für die Dokumentation in dem betroffenen QS-Verfahren geeignet ist. Die Anlage eines MDS in der Transplantationsmedizin ist grundsätzlich ausgeschlossen. In den Auswertungsmodulen *NET-NTX* und *NET-PNTX* prüft das IQTIG im Einzelfall, ob es ggf. doch möglich bzw. ratsam sein könnte in einem Ausnahmefall einen MDS anzulegen. Hierzu ist ein direkter Austausch mit dem Leistungserbringer erforderlich.

Im Auswertungsmodul *NET-NTX* werden zwei Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und fünf Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewertet (Tabelle 3). Die Auffälligkeitskriterien werden für die beiden Module *NET-NTX* und *NET-PNTX* gemeinsam berechnet und dargestellt.

Tabelle 3: Auffälligkeitskriterien (AJ 2023) –NET-NTX und PNTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850308	Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up*	QS-Dokumentation
850309	Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up*	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
852210	Zeitgerechte Durchführung des 90-Tage-Follow-up*	QS-Dokumentation
850278	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up*	QS-Dokumentation
850279	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up*	QS-Dokumentation

*Das Ergebnis dieses Auffälligkeitskriteriums kann, wie unter Abschnitt 2.1 erläutert, weder im Bundesqualitätsbericht noch in der Bundesauswertung des Auswertungsjahres 2023 veröffentlicht werden.

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Die nachfolgende Tabelle stellt die bundesweit eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“), die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene für das Erfassungsjahr 2022 dar (Tabelle 4). Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien.

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

Insgesamt wurden dem IQTIG für das Erfassungsjahr 2022 von 39 entlassenden Standorten 1981 QS-Datensätze übermittelt. Die Anzahl der gelieferten Datensätze unterscheidet sich von der erwarteten Anzahl um insgesamt einen Datensatz (+0,05 %), was zu einer leichten Überdokumentation führt. Außerdem haben drei Leistungserbringer (-7,14 %) weniger als erwartet Datensätze an das IQTIG übermittelt. Von Erfassungsjahr 2021 zu Erfassungsjahr 2022 kam es zu einem leichten Abfall der gelieferten QS-Daten, die Vollzähligkeit liegt nun bei 99,95 %. Die Anzahl der gelieferten Datensätze für das Erfassungsjahr 2022 entspricht der Anzahl der transplantierten Pankreata und kombinierten Pankreas-Niereneingriffen (n=1.437) in Deutschland laut Eurotransplant Eurotransplant ([2023]). Die Abweichung kann durch unterschiedliche Zählweisen verursacht werden.

Tabelle 4: Datengrundlage (AJ 2023) – NET-NTX und NET-PNTX

		Erfassungsjahr 2022		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	1981	1982	99,95
	Basisdatensatz	1981		
	MDS	0		
Anzahl Leistungserbringer auf IKNR-Ebene / BSNR-Ebene Bund (gesamt)		37		
Anzahl Leistungserbringer auf Standortebene (Auswertungsstandorte) / BSNR-Ebene (gesamt)		39		
Anzahl Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte) / BSNR-Ebene (gesamt)		39	42	92,86

Follow-up-Indikatoren

Die Qualitätsindikatoren zum 3-Jahres-Follow-up im Auswertungsmodul *NET-NTX* können für das Erfassungsjahr 2022 nicht ausgewertet werden, da die ET-Nummer in der Regel nicht mehr an die Bundesauswertungsstelle übermittelt wird und somit ein Bezug zum Indexeingriff aus dem Jahr 2019 nicht hergestellt werden kann. Dementsprechend erfolgt auch keine Darstellung dieser Indikatoren in den Berichten.

Das 1- und 2-Jahres-Follow-up hingegen könnte ausgewertet und dargestellt werden, da für den Bezug zu Indexeingriffen seit dem Erfassungsjahr 2020 mit Wechsel der transplantationsmedizinischen Verfahren in die DeQS-Richtlinie die eGK-Versichertennummer zur Generierung eines patientenidentifizierenden Pseudonyms genutzt und dem IQTIG übermittelt wird.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens 2023 erreichten das IQTIG vermehrt Anfragen durch Leistungserbringer zu Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien im Follow-up. Es wurde dem IQTIG mitgeteilt, dass als auffällig gekennzeichnete Vorgangsnummern ggf. fälschlicherweise angegeben wurden, da beispielsweise der Status der Patientin oder des Patienten, die Übermittlung des Follow-up-Bogens, etc. bekannt oder korrekt und zeitgerecht erfolgt seien. Erste IQTIG-interne Prüfungen haben gezeigt, dass in den geprüften Fällen Follow-up-Bögen nicht mit den zugehörigen Indexeingriff-Bögen verknüpft werden konnten, wodurch eine rechnerische Auffälligkeit zustande kommt. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens wurden alle Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten in den betroffenen Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien über diesen Umstand informiert und erhielten Hinweise zu einer zielgerichteten Stellungnahme. In umfangreichen anschließenden Analysen werden durch das IQTIG potenzielle Ursachen untersucht. Die Ergebnisse dieser Untersuchung und potenzielle Lösungsansätze können voraussichtlich in den Qualitätssicherungsergebnisberichten im kommenden Jahr berichtet werden. Aufgrund der resultierenden unzureichenden Verknüpfungsrate zwischen

Follow-up- und Index-Dokumentationsbögen kommt es potentiell zu einer ebenfalls unzureichenden Datenvalidität in allen Follow-up-Indikatoren, -Kennzahlen und -Auffälligkeitskriterien (Indikatoren zum 1-Jahres- (572018) und 2-Jahres-Überleben (572019) bei bekanntem Status, Indikatoren zur Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (572024 nach postmortaler Organspende, 572025 nach Lebendspende), Transparenzkennzahlen zur Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr (572026) bzw. 2 Jahre (572027) nach Nierentransplantation, Indikatoren zur behandlungsbedürftigen Abstoßung innerhalb von 90 Tagen (572100 - niedrige Rate, 572101 - hohe Rate), Transparenzkennzahlen zum Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres (572032) bzw. des 2. Jahres (572033) nach Nierentransplantation, Auffälligkeitskriterien zur häufigen Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres- (850308) bzw. 2.Jahres-Follow-up (850309), Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des 90-Tage- (852210), 1-Jahres- (850278) bzw. 2.Jahres-Follow-up (850279)). Die betroffenen Indikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien können daher weder im Bundesqualitätsbericht noch in der Bundesauswertung des Auswertungsjahres 2023 veröffentlicht werden.

Die Erhebung des Follow-up bleibt 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.

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)

Im Auswertungsmodul *NET-PNTX-D* werden zwei Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und fünf Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewertet. Die Auffälligkeitskriterien werden für die beiden Module *NET-NTX* und *NET-PNTX* gemeinsam berechnet und dargestellt. Die Ergebnisse aller Follow-up-Auffälligkeitskriterien (Auffälligkeitskriterien zur häufigen Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres- (850308) bzw. 2.Jahres-Follow-up (850309), Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des 90-Tage- (852210), 1-Jahres- (850278) bzw. 2.Jahres-Follow-up (850279)) können, wie unter Abschnitt 2.1 erläutert, weder im Bundesqualitätsbericht noch in der Bundesauswertung des Auswertungsjahres 2023 veröffentlicht werden.

Von insgesamt 42 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem Auffälligkeitskriterium weisen 3 Leistungserbringer mindestens eine rechnerische Auffälligkeit auf.

In Tabelle 5 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Bundesergebnisse mit den entsprechenden Referenzbereichen dargestellt, die sich jedoch nicht auf das Bundesergebnis beziehen, sondern auf das Leistungserbringerergebnis.

Tabelle 5: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2023) - NET-NTX und NET-PNTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2023 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,05 % 1983/1982 ($\geq 100,00$ %)
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,05 % 1983/1982 ($\leq 110,00$ %)

In Tabelle 6 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Ergebnisse der Auffälligkeitsprüfung mit der Anzahl und dem Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen dargestellt. Der Anteil umfasst alle Leistungserbringer, die mindestens einen Fall in der Grundgesamtheit des entsprechenden Auffälligkeitskriteriums hatten. Zusätzlich wird auch die Anzahl der Leistungserbringer ausgewiesen, die bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig waren.

Tabelle 6: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2023) – NET-NTX und NET-PNTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	572016: Intra- oder postoperative Komplikationen 572017: Sterblichkeit im Krankenhaus 572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende bis zur Entlassung 572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung 572036: Sterblichkeit im Krankenhaus 572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung 572047: Entfernung des Pankreastransplantats	2022	3 von 42	7,14	0
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	572016: Intra- oder postoperative Komplikationen 572017: Sterblichkeit im Krankenhaus 572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende bis zur Entlassung 572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	2022	0 von 42	0,00	0

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
		572036: Sterblichkeit im Krankenhaus 572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung 572047: Entfernung des Pankreastransplantats				

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

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Im Erfassungsjahr 2022 werden im Auswertungsmodul *NET-NTX* zwei Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ausgewiesen, im Erfassungsjahr 2021 wurden ebenfalls zwei Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit erhoben. Im aktuell laufenden Stellungnahmeverfahren wird geprüft, ob es sich bei den beschriebenen rechnerischen Auffälligkeiten um qualitative Auffälligkeiten handelt.

Das Auffälligkeitskriterium „Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up“ (ID 850309) wird seit dem Erfassungsjahr 2022 erstmalig erhoben.

Die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur häufigen Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus (850308 – 1-Jahres-Follow-up, 850309 – 2-Jahres-Follow-up) können, wie unter Abschnitt 2.1 erläutert, weder im Bundesqualitätsbericht noch in der Bundesauswertung des Auswertungsjahres 2023 veröffentlicht werden.

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Im Unterschied zur dargestellten Vollzähligkeit in Abschnitt 2.3 wird bei den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit nicht nur der Soll-Ist-Abgleich betrachtet, sondern auch, wie viele Leistungserbringer ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs erzielen. Die Kriterien umfassen einen festen Referenzbereich. Somit werden nicht automatisch alle Leistungserbringer auffällig, bei denen keine 100 %ige Vollzähligkeit vorlag (siehe Datengrundlage in Abschnitt 2.1). Bei den Leistungserbringern mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis in diesen Auffälligkeitskriterien soll im Stellungnahmeverfahren eruiert werden, welche Ursachen für eine Überdokumentation, Unterdokumentation oder eine erhöhte Anzahl an angelegten Minimaldatensätzen vorgelegen haben. Da, wie im Abschnitt 2.1 beschrieben, die Sollstatistik durch entlassende Standorte erstellt wird, beziehen sich folgende Ausführungen zu Leistungserbringern immer auf die Ebene der entlassenden Standorte. Im aktuell laufenden Stellungnahmeverfahren wird geprüft, ob es sich bei den beschriebenen rechnerischen Auffälligkeiten um qualitative Auffälligkeiten handelt.

Das Auffälligkeitskriterium „Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up“ (ID 850279) wird seit dem Erfassungsjahr 2022 erstmalig erhoben.

Die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung der Follow-ups (852210 – 90-Tage-Follow-up, 850278 – 1-Jahres-Follow-up, 850279 – 2-Jahres-Follow-up) können, wie unter Abschnitt 2.1 erläutert, weder im Bundesqualitätsbericht noch in der Bundesauswertung des Auswertungsjahres 2023 veröffentlicht werden.

Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (ID 850255)

Das Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation prüft, ob weniger Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\geq 100,00\%$. Im Ergebnis zeigt sich für das Auswertungsmodul NET-NTX eine Dokumentationsrate von $100,05\%$, es besteht auf Bundesebene somit keine Unterdokumentation, sondern eine leichte Überdokumentation. Auf Leistungserbringerebene hatten drei von 42 Leistungserbringern ($7,14\%$) rechnerisch auffällige Ergebnisse. Der Vergleich der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr ist aufgrund der Zählweise auf IKNR-Ebene im Vorjahr nicht sinnvoll.

Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (ID 850256)

Das Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation prüft, ob mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\leq 110,00\%$. Im Ergebnis zeigt sich für das Auswertungsmodul NET-NTX eine Dokumentationsrate von $100,05\%$, es besteht auf Bundesebene somit eine leichte Überdokumentation. Auf Leistungserbringerebene hatte keiner von 42 Leistungserbringern ($0,00\%$) rechnerisch auffällige Ergebnisse. Der Vergleich der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr ist aufgrund der Zählweise auf IKNR-Ebene im Vorjahr nicht sinnvoll.

2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Für das Erfassungsjahr 2022 liegen die Ergebnisse aller Indikatoren des Auswertungsmoduls NET-NTX auf Bundesebene innerhalb des jeweils definierten Referenzbereichs (Tabelle 7).

Die Ergebnisse der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen werden im Rahmen des Stellungnahmeverfahren 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“ (ID 572017) sowie zu „Intra- oder postoperative Komplikationen“ (ID 572016) befinden sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau. Zu erwähnen ist zudem, dass sich die Fallzahl durchgeführter Nierentransplantationen im Vergleich zum Vorjahr um 19 Fälle vergrößert hat.

Die Ergebnisse der Follow-up-Indikatoren und -Kennzahlen (Indikatoren zum 1-Jahres- (572018) und 2-Jahres-Überleben (572019) bei bekanntem Status, Indikatoren zur Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (572024 – nach postmortalen Organspende, 572025 – nach Lebendspende), Transparenzkennzahlen zur Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr (572026) bzw. 2 Jahre (572027) nach Nierentransplantation, Indikatoren zur behandlungsbedürftigen Abstoßung innerhalb von 90 Tagen (572100 – niedrige Rate, 572101 – hohe Rate), Transparenzkennzahlen zum Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres (572032) bzw. des 2. Jahres

(572033) nach Nierentransplantation) können, wie unter Abschnitt 2.1 erläutert, weder im Bundesqualitätsbericht noch in der Bundesauswertung des Auswertungsjahres 2023 veröffentlicht werden.

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

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2023 (Referenzbereich)	Bundesergebnis AJ 2022	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen	9,01 % 173/1921 (≤ 25,00 %)	9,78 % 186/1902	vergleichbar
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	0,83 % 16/1921 (≤ 5,00 %)	1,21 % 23/1902	vergleichbar
Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung				
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende bis zur Entlassung	79,33 % 1090/1374 (≥ 60,00 %)	79,23 % 1114/1406	vergleichbar
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	96,23 % 511/531 (≥ 90,00 %)	95,14 % 450/473	vergleichbar

* Transparenzkennzahl

In Tabelle 8 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 vier Qualitätsindikatoren weisen im Auswertungsjahr 2023 insgesamt neun Leistungserbringer neun rechnerisch auffällige Ergebnisse auf. Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten treten in den Indikatoren „Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung“ (ID 572023, 6 von 36 Leistungserbringer) auf. Im aktuell laufenden Stellungnahmeverfahren wird geprüft, ob es sich bei diesen rechnerischen Auffälligkeiten um qualitative Auffälligkeiten handelt.

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

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen	2022	1 von 39	2,56	0
		2021	1 von 39	2,56	0
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	2022	1 von 39	2,56	1
		2021	6 von 39	15,38	1
Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung					
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende bis zur Entlassung	2022	1 von 39	2,56	0
		2021	2 von 39	5,13	2
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	2022	6 von 36	16,67	1
		2021	8 von 37	21,62	0

2.5 Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit

Für dieses Auswertungsmodul wurden für das Erfassungsjahr 2022 keine Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit 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-Richtlinie im Jahr 2022 dar, die sich auf die Erfassungsjahre 2021 und ggf. 2020 bezogen. Das in den in diesem Kapitel sowie im Anhang dargestellten Tabellen angegebene Auswertungsjahr ist hier das Auswertungsjahr 2022, d. h. das Jahr, in dem die Jahresauswertung erstellt wurde, zu dem hauptsächlich das Stellungnahmeverfahren geführt wurde, über das an dieser Stelle berichtet wird. Die entsprechenden Informationen werden dem IQTIG in den länderbezogenen Verfahren in den Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) gemäß § 19 Teil 1 DeQS-Richtlinie 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 zum Auswertungsjahr 2022 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 einrichtungsidentifizierenden 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 Korrekturfrist von einer Woche gegeben und zudem mitgeteilt, an welchem Punkt der Stellungnahme der erste Anonymisierungsverstoß gefunden wurde.

Dem IQTIG sind im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens in den beiden QS-Verfahren *Transplantationsmedizin* sowie *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen* Probleme bei einzelnen Softwareanbietern hinsichtlich der automatischen Befüllung der eGK-Versichertennummer im Dokumentationsbogen aufgefallen. Dies führte dazu, dass Dokumentationsbögen der Indexeingriffe mit denen des Follow-ups nicht zusammengeführt werden konnten und entsprechende rechnerische Auffälligkeiten resultierten. Die von den entsprechenden Softwareanbietern betreuten Leistungserbringer wurden hierüber in Kenntnis gesetzt. Das IQTIG hat zeitgleich auch die entsprechenden Softwareanbieter auf den Fehler hingewiesen, um Analyse gebeten sowie um ein proaktives Zugehen auf die betreuten Leistungserbringer inkl. der Bestätigung des Softwarefehlers, damit diese Fehler von den Leistungserbringenden im Stellungnahmeverfahren eingereicht werden und vom IQTIG bei der Bewertung berücksichtigt werden können. Insgesamt betraf dies sechs Leistungserbringende in 12 Indikatoren.

Zwei der sechs Leistungserbringer hatten zudem interne Dokumentationsprobleme, die im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens entsprechend mit aufgearbeitet wurden.

Im Nachgang des Stellungnahmeverfahrens ist das IQTIG noch einmal auf die entsprechenden Softwareanbieter mit der Bitte zugegangen, den detektierten Softwarefehler ebenfalls und – falls noch nicht – geschehen, für die Erfassungsjahre seit 2020 (DeQS-Richtlinie) zu beseitigen und die Leistungserbringer über einen nochmaligen Export der entsprechenden Daten zu informieren, damit die Auswertungen für das Erfassungsjahr 2022 korrekt erfolgen können.

Es ist zu beachten, dass bei der Darstellung und Interpretation der Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren des Auswertungsjahres 2022 die Tabellen im Anhang den Datenstand 31. März 2023 aufweisen. Das heißt, 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 2023 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, wenn auch Ergebnisse vorhanden sind. Sollten bspw. keine qualitativ (un)auffälligen Bewertungen von Indikatorergebnissen vorgenommen worden sein, wird die entsprechende Tabelle nicht dargestellt.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Im Stellungnahmeverfahren zu den Auffälligkeitskriterien zum Erfassungsjahr 2021 wiesen im Auswertungsmodul *PNTX-D* 19 von 41 (46,34 %) Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem Auffälligkeitskriterium ein rechnerisch auffälliges Ergebnis auf. Bei allen neunzehn Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligem Ergebnis wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet, dessen Bewertung aufgrund eines umfangreichen verfahrensübergreifenden Klärungsbedarfs mit notwendigen aufwändigen Zusatzanalysen noch nicht abgeschlossen werden konnte. Es erfolgte eine vorläufige Bewertung mit „Sonstiges“ (S92 – Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden). Die Tabelle „Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-Richtlinie im Modul *TX-PNTX-D*“ wird daher nicht dargestellt.

Zusätzlich zu den unter Abschnitt 3.1 beschriebenen Problemen hinsichtlich der automatischen Befüllung der eGK-Versichertennummer im Dokumentationsbogen bei einigen Softwareanbietern konnte das IQTIG erst im Stellungnahmeverfahren 2023 (siehe Abschnitt 2.1) infolge des intensiven Austauschs mit einzelnen Leistungserbringern zusätzliche Schwierigkeiten genauer eingrenzen. Anscheinend handelt es sich um Probleme bei der Verknüpfung von Follow-up-Bögen mit den dazugehörigen Indexeingriffen. Die Ursachen dafür werden derzeit analysiert und können voraussichtlich in den Qualitätssicherungsergebnisberichten im kommenden Jahr berichtet werden.

3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Im Stellungnahmeverfahren im Auswertungsjahr 2022 zeigten sich für 24 Krankenhausstandorte 30 rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse (Tabelle 9). Schriftliche Stellungnahmeverfahren wurden, bis auf die beiden rechnerisch auffälligen Ergebnisse im Qualitätsindikator „Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen“ (ID 572101), zu allen übrigen 28 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen eingeleitet. Im Qualitätsindikator „Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen“ kommt es bei perzentilbasiertem Referenzbereich zu einem rechnerisch scheinbar auffälligen Ergebnis, das jedoch unterhalb der Grenze liegt, die fachlich zu erwarten wäre. Somit ist hier weder ein rechnerisch auffälliges Ergebnis gerechtfertigt noch liegt ein Anhalt für eine qualitative Prüfung des Indikatorergebnisses vor.

Insgesamt wurden 10 von 30 Indikatorergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, drei Indikatorergebnisse aufgrund unzureichender fachlicher Plausibilität der Stellungnahmen oder den oben beschriebenen Anonymisierungsverstößen mit „A72“ (vgl. Anhang: Ergebnisse des QSEB). 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. Sechs Indikatorergebnisse erhielten Bewertungen mit „A99“ und entsprechende Hinweise bzgl. fachlichen und QS-spezifischen Verbesserungspotenzialen. Die Stellungnahmeverfahren zu 13 rechnerisch auffälligen Ergebnissen konnten bis dato noch nicht abgeschlossen werden, sodass eine Bewertung mit „S92“ resultiert.

Ein Indikatorergebnis eines Leistungserbringers musste mit „D81“ bewertet werden, da das Ergebnis auf einem nicht vom Leistungserbringer verschuldeten Softwarefehler beruht. Vier Indikatorergebnisse in vier Krankenhausstandorten wurden als qualitativ unauffällig bewertet, drei Ergebnisse davon mit „U99“. Den Krankenhausstandorten wurden zudem sowohl fachliche als auch QS-spezifische Hinweise zu möglichen Verbesserungspotenzialen gegeben. Bei dem vierten Krankenhausstandort wurde das Ergebnis mit „U62“ bewertet, da es sich im Konsens mit der Bundesfachkommission um zunächst nicht ungewöhnliche und nachvollziehbare Einzelfälle im Behandlungsverlauf handelte.

Tabelle 9: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul NET-NTX

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	364	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	30	8,24
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	30	100
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	30	100
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0
nicht fristgerechte Übermittlung (nur QS WI) (Schlüsselwert 7)	0	0
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0
Stellungnahmeverfahren		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	2	6,67
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	28	93,33
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	28	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	13	46,43
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)		
Bewertung als qualitativ unauffällig	4	13,33
Bewertung als qualitativ auffällig	10	33,33
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	1	3,33
Sonstiges	0	0
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen		
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

4 Evaluation

Im Auswertungsmodul Nierentransplantation werden die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens nach DeQS-RL stetig für die Verfahrenspflege genutzt.

5 Fazit und Ausblick

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 zurückliegenden Stellungnahmeverfahren bzw. Strukturierten Dialogen wurden Erkenntnisse zu der nachteiligen Verortung von Multiviszeraltransplantationen gewonnen. Diese wurden bisher je nach Kodierstatus in den Auswertungsmodulen *Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation (NET-PNTX)* oder *Lebertransplantationen (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)* entsprechende Adaptionen diskutiert und wird diese ab der Spezifikation zum Erfassungsjahr 2024 umsetzen. Zukünftig sollen 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 stets 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. Gleichzeitig sollte allerdings das sehr limitierte, aber notwendige Thema „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 re-

levante 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 sowie Empfängerinnen und Empfänger von Sozialhilfe 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 dieser 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 und zusätzlich auch von Empfängerinnen und Empfängern von Sozialhilfe in die externe Qualitätssicherung gerade bei Verfahren mit kleinen Fallzahlen hingewirkt werden sollte.

Durchführung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen-Konferenzen (M&M-Konferenzen)

Im Rahmen der inhaltlichen Beratungen der Stellungnahmen wurde seitens der Bundesfachkommission angemerkt, dass es ganz grundsätzliches strukturelles Bestreben der Leistungserbringer sein sollte, ihre M&M-Konferenzen entsprechend des Leitfadens der Bundesärztekammer durchzuführen, um eine ausreichende interdisziplinäre und tiefgreifende Aufarbeitung sowie Nachhaltigkeit von Verbesserungen zu ermöglichen. Grundsätzlich wird den Leistungserbringern daher empfohlen, bei komplikativen und letalen Verläufen M&M-Konferenzen entsprechend des Leitfadens der Bundesärztekammer durchzuführen.

Literatur

Eurotransplant ([2023]): Annual Report 2022. Leiden, NL: Eurotransplant. URL: https://www.eurotransplant.org/wp-content/uploads/2023/06/ETP_AR2022_LR_def.pdf (abgerufen am: 22.08.2023).

Anhang: Ergebnisse des QSEB

Tabelle 10: 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	Unvollständige oder falsche Dokumentation
		81	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
S	Sonstiges	92	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
H	Hinweis	99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Tabelle 11: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022) – NET-NTX

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen	1 / 39 (2,56 %)	0	1 / 1 (100,00 %)	1 / 39 (2,56 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 39 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 39 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 39 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 39 (0,00 %)
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	6 / 39 (15,38 %)	0	3 / 6 (50,00 %)	3 / 39 (7,69 %)	0 / 6 (0,00 %)	0 / 39 (0,00 %)	3 / 6 (50,00 %)	3 / 39 (7,69 %)	0 / 6 (0,00 %)	0 / 39 (0,00 %)	0 / 6 (0,00 %)	0 / 39 (0,00 %)
572018	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	1 / 38 (2,63 %)	0	0 / 1 (0,00 %)	0 / 38 (0,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	1 / 38 (2,63 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 38 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 38 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 38 (0,00 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende bis zur Entlassung	2 / 39 (5,13 %)	0	2 / 2 (100,00 %)	2 / 39 (5,13 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 39 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 39 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 39 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 39 (0,00 %)
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	8 / 37 (21,62 %)	0	2 / 8 (25,00 %)	2 / 37 (5,41 %)	1 / 8 (12,50 %)	1 / 37 (2,70 %)	5 / 8 (62,50 %)	5 / 37 (13,51 %)	0 / 8 (0,00 %)	0 / 37 (0,00 %)	0 / 8 (0,00 %)	0 / 37 (0,00 %)
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortalen Organspende)	3 / 34 (8,82 %)	0	1 / 3 (33,33 %)	1 / 34 (2,94 %)	1 / 3 (33,33 %)	1 / 34 (2,94 %)	1 / 3 (33,33 %)	1 / 34 (2,94 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 34 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 34 (0,00 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	4 / 32 (12,50 %)	0	3 / 4 (75,00 %)	3 / 32 (9,38 %)	1 / 4 (25,00 %)	1 / 32 (3,12 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 32 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 32 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 32 (0,00 %)
572032	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	3 / 38 (7,89 %)	0	1 / 3 (33,33 %)	1 / 38 (2,63 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 38 (0,00 %)	1 / 3 (33,33 %)	1 / 38 (2,63 %)	1 / 3 (33,33 %)	1 / 38 (2,63 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 38 (0,00 %)
572100	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	0 / 34 (0,00 %)	0	0 / - (-)	0 / 34 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / 34 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / 34 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / 34 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / 34 (0,00 %)
572101	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	2 / 34 (5,88 %)	2	0 / 2 (0,00 %)	0 / 34 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 34 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 34 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 34 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 34 (0,00 %)

Tabelle 12: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2022 und Vorjahre) – NET-NTX

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse)		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen	1	-	-	-	-	-
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	6	1	-	3	-	-
572018	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	1	-	-	-	-	-
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende bis zur Entlassung	2	2	-	-	-	-
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	8	-	-	5	-	-
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortalen Organspende)	3	1	-	1	-	-
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	4	2	-	-	-	-

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse)		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
572100	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	-	-	-	-	-	-
572101	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	2	-	-	-	-	-
572032	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	3	-	-	1	-	-

Tabelle 13: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2022) – NET-NTX

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 qual. Auffälligkeiten
15	4	2	8	1	0

Tabelle 14: Auffälligkeiten und Stellungnahmeverfahren nach Fallzahl pro Qualitätsindikator (AJ 2022) – NET-NTX

Fallzahl pro Qualitätsindikator (Grundgesamtheit)	Anzahl rechnerisch auffällige Ergebnisse	Anzahl Stellungnahmeverfahren (Anteil)	Anzahl qualitativer Auffälligkeiten (Anteil)
1. Quintil (1-7)	6	6 (100.00 %)	2 (33.33 %)
2. Quintil (8-12)	6	6 (100.00 %)	2 (33.33 %)
3. Quintil (13-14)	4	4 (100.00 %)	1 (25.00 %)
4. Quintil (15-31)	8	8 (100.00 %)	4 (50.00 %)
5. Quintil (32-47)	6	4 (66.67 %)	1 (16.67 %)
Gesamt	30	28 (93.33 %)	10 (33.33 %)

Tabelle 15: Qualitätsindikatoren: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) – NET-NTX

ID	Indikatorbezeichnung	kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren*		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen	0 / 1 (0,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	0 / 6 (0,00 %)	6 / 6 (100,00 %)	0 / 6 (0,00 %)	0 / 6 (0,00 %)
572018	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	0 / 1 (0,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende bis zur Entlassung	0 / 2 (0,00 %)	2 / 2 (100,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)

ID	Indikatorbezeichnung	kein Stellungnahme- verfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren*		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	0 / 8 (0,00 %)	8 / 8 (100,00 %)	0 / 8 (0,00 %)	0 / 8 (0,00 %)
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortalen Organ-spende)	0 / 3 (0,00 %)	3 / 3 (100,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	0 / 4 (0,00 %)	4 / 4 (100,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)
572100	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)
572101	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	2 / 2 (100,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
572032	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	0 / 3 (0,00 %)	3 / 3 (100,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)

* Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 16: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – NET-NTX

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	Keine (ausreichend erklärten) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	Sonstiges (qualitativ auffällig)
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen	1	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	6	1 / 6 (16,67 %)	1 / 6 (16,67 %)	1 / 6 (16,67 %)
572018	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	1	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung	2	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorgan-spende bis zur Entlassung	8	0 / 8 (0,00 %)	1 / 8 (12,50 %)	4 / 8 (50,00 %)
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)	3	0 / 3 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	1 / 3 (33,33 %)
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	4	0 / 4 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)
572032	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	3	0 / 3 (0,00 %)	1 / 3 (33,33 %)	0 / 3 (0,00 %)
572100	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	0	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	Sonstiges (qualitativ auffällig)
572101	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	2	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)

Tabelle 17: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – NET-NTX

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung			
			Besondere klinische Situation	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen	1	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	6	0 / 6 (0,00 %)	0 / 6 (0,00 %)	0 / 6 (0,00 %)	0 / 6 (0,00 %)
572018	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	1	0 / 1 (0,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung	2	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	8	0 / 8 (0,00 %)	0 / 8 (0,00 %)	0 / 8 (0,00 %)	1 / 8 (12,50 %)
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)	3	0 / 3 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	1 / 3 (33,33 %)

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung			
			Besondere klinische Situation	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	4	0 / 4 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	1 / 4 (25,00 %)
572032	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	3	0 / 3 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)
572100	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	0	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)
572101	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	2	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)

Tabelle 18: Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – NET-NTX

ID	Indikatorbezeichnung	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
		bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	0 / 3 (0,00 %)	0 / 0 (-)	3 / 3 (100,00 %)
572018	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	0 / 0 (-)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 0 (-)

ID	Indikatorbezeichnung	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
		bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende bis zur Entlassung	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	0 / 5 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	5 / 5 (100,00 %)
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortalen Organspende)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	1 / 1 (100,00 %)
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	0 / 0 (-)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 0 (-)
572100	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)
572101	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)
572032	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	1 / 1 (100,00 %)

Tabelle 19: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – NET-NTX

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Bayern	6	6 / 59 (10,17 %)	5 / 6 (83,33 %)	2 / 6 (33,33 %)	2 / 5 (40,00 %)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Berlin	2	2 / 20 (10,00 %)	2 / 2 (100,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
Baden-Württemberg	5	5 / 50 (10,00 %)	5 / 5 (100,00 %)	2 / 5 (40,00 %)	2 / 5 (40,00 %)
Bremen	1	1 / 10 (10,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
Hessen	4	3 / 36 (8,33 %)	2 / 3 (66,67 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
Hamburg	1	1 / 10 (10,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
Mecklenburg-Vorpommern	1	1 / 3 (33,33 %)	1 / 1 (100,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	1 / 1 (100,00 %)
Niedersachsen	2	1 / 20 (5,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
Nordrhein-Westfalen	8	6 / 74 (8,11 %)	6 / 6 (100,00 %)	4 / 6 (66,67 %)	4 / 6 (66,67 %)
Rheinland-Pfalz	2	1 / 16 (6,25 %)	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
Schleswig-Holstein	2	1 / 20 (5,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Saarland	1	0 / 10 (0,00 %)	- / 0 (-)	- / 0 (-)	- / - (-)
Sachsen	2	1 / 20 (5,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	1 / 1 (100,00 %)
Sachsen-Anhalt	1	1 / 6 (16,67 %)	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
Thüringen	1	0 / 10 (0,00 %)	- / 0 (-)	- / 0 (-)	- / - (-)
Gesamt	39	30 / 364 (8,24 %)	28 / 30 (93,33 %)	10 / 30 (33,33 %)	10 / 28 (35,71 %)

Tabelle 20: Darstellung des Verlaufs der Bewertung (AJ 2022) - NET-NTX

ID	Indikatorbezeichnung	STNV im Vorjahr nicht abgeschlossen	Bewertung Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Bewertung Sonstiges	Bewertung Qualitativ auffällig	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen	-	-	-	-	-	-
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	1	-	-	-	-	-
572018	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	-	-	-	-	-	-

ID	Indikatorbezeichnung	STNV im Vorjahr nicht abgeschlossen	Bewertung Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Bewertung Sonstiges	Bewertung Qualitativ auffällig	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende bis zur Entlassung	1	-	-	-	-	-
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	2	1	-	-	-	-
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortalen Organspende)	1	-	-	-	-	-
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	1	-	-	-	-	-
572100	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	-	-	-	-	-	-
572101	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	-	-	-	-	-	-
572032	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	-	-	-	-	-	-

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 transplantierende 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 seit dem Erfassungsjahr 2021 sukzessive wiederaufgebaut werden, finden sich im Abschnitt 2.1. Wie unter Abschnitt 2.1 erläutert, können die Ergebnisse aller Follow-up-Indikatoren, -Kennzahlen und -Auffälligkeitskriterien (Indikatoren zum 1-Jahres- (572038) und 2-Jahres-Überleben (572040) bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse), Indikatoren zum 1-Jahres- (572037) und 2-Jahres-Überleben (57203) bei bekanntem Status, Transparenzkennzahlen zur Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr (572044) bzw. 2 Jahre (572045) nach Pankreastransplantation, Auffälligkeitskriterium zur häufigen Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres- (850308) bzw. 2-Jahres-Follow-up (850309), Auffälligkeitskriterium zur zeitgerechten Durchführung des 90-Tage- (852210), 1-Jahres- (850278) bzw. 2-Jahres-Follow-up (850279)) weder im Bundesqualitätsbericht noch in der Bundesauswertung des Auswertungsjahres 2023 veröffentlicht werden, da es aufgrund einer unzureichenden Verknüpfungsrate zwischen Follow-up- und Index-Dokumentationsbögen potentiell zu einer ebenfalls unzureichenden Datenvalidität kommt.

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

Tabelle 21: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) – NET-PNTX

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2022
Gruppe: 1-Jahres-Überleben			
572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	QS-Dokumentation	2022
572038	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)**	QS-Dokumentation	2022
Gruppe: 2-Jahres-Überleben			
572039	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	QS-Dokumentation	2022
572040	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)**	QS-Dokumentation	2022
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	QS-Dokumentation	2022
572044	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)*, **	QS-Dokumentation	2022
572045	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)*, **	QS-Dokumentation	2022
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	QS-Dokumentation	2022

* Transparenzkennzahl

**Das Ergebnis dieses Indikators bzw. dieser Transparenzkennzahl kann, wie unter Abschnitt 2.1 erläutert, weder im Bundesqualitätsbericht noch in der Bundesauswertung des Auswertungsjahres 2023 veröffentlicht werden.

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

Die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit beziehen sich auf die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze.

Mittels dieser Auffälligkeitskriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Die Prüfung auf Vollzähligkeit erfolgt mittels eines Abgleichs der gelieferten Daten mit der Sollstatistik (siehe Abschnitt 2.1). Hierfür wird auch die Anzahl der gelieferten Minimaldatensätze (MDS) überprüft. Ein Minimaldatensatz enthält nur einige wenige Datenfelder und wird anstelle des regulären Datensatzes übermittelt, wenn ein Behandlungsfall als dokumentationspflichtig klassifiziert wurde, jedoch nicht für die Dokumentation in dem betroffenen QS-Verfahren geeignet ist. Die Anlage eines MDS in der Transplantationsmedizin ist grundsätzlich ausgeschlossen. In den Auswertungsmodulen *NET-NTX* und *NET-PNTX* prüft das IQTIG im Einzelfall, ob es ggf. doch möglich bzw. ratsam sein könnte, in einem Ausnahmefall einen MDS anzulegen. Hierzu ist ein direkter Austausch mit dem Leistungserbringer erforderlich.

Im Auswertungsmodul *NET-NTX* werden zwei Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und fünf Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewertet (Tabelle 22). Die Auffälligkeitskriterien werden für die beiden Module *NET-NTX* und *NET-PNTX* gemeinsam berechnet und dargestellt.

Tabelle 22: Auffälligkeitskriterien (AJ 2023) –*NET-NTX* und *PNTX*

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850308	Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up*	QS-Dokumentation
850309	Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up*	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
852210	Zeitgerechte Durchführung des 90-Tage-Follow-up*	QS-Dokumentation
850278	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up*	QS-Dokumentation
850279	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up*	QS-Dokumentation

*Das Ergebnis dieses Auffälligkeitskriteriums kann, wie unter Abschnitt 2.1 erläutert, weder im Bundesqualitätsbericht noch in der Bundesauswertung des Auswertungsjahres 2023 veröffentlicht werden.

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Die nachfolgende Tabelle stellt die bundesweit eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“), die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollständigkeit auf Bundesebene für das Erfassungsjahr 2022 dar (Tabelle 23). Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien.

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

Insgesamt wurden dem IQTIG für das Erfassungsjahr 2022 von 40 entlassenden Standorten 1983 QS-Datensätze inklusive zwei Minimaldatensätzen übermittelt. Die Anzahl der gelieferten Datensätze unterscheidet sich von der erwarteten Anzahl um insgesamt einen Datensatz (+0,05 %), was zu einer leichten Überdokumentation führt. Außerdem haben zwei Leistungserbringer (-4,76 %) weniger als erwartet Datensätze an das IQTIG übermittelt. Von Erfassungsjahr 2021 zu Erfassungsjahr 2022 kam es zu einem leichten Abfall der gelieferten QS-Daten, auch zugunsten der Vollständigkeit, welche nun bei 100,05 % liegt. Die Anzahl der gelieferten Datensätze für das Erfassungsjahr 2022 entspricht der Anzahl der transplantierten Pankreata und kombinierten Pankreas-Niereneingriffen ($n = 1.437$) in Deutschland laut Eurotransplant (Eurotransplant [2023]). Die Abweichung kann durch unterschiedliche Zählweisen verursacht werden.

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.

Tabelle 23: Datengrundlage (AJ 2023) – NET-NTX und NET-PNTX

		Erfassungsjahr 2022		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	1983	1982	100,05
	Basisdatensatz	1981		
	MDS	2		
Anzahl Leistungserbringer auf IKNR-Ebene / BSNR-Ebene Bund (gesamt)		38		
Anzahl Leistungserbringer auf Standortebene (Auswertungsstandorte) / BSNR-Ebene (gesamt)		40		
Anzahl Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte) / BSNR-Ebene (gesamt)		40	42	95,24

Follow-up-Indikatoren

Die Qualitätsindikatoren zum 3-Jahres-Follow-up im Auswertungsmodul NET-PNTX können für das Erfassungsjahr 2022 nicht ausgewertet werden, da die ET-Nummer in der Regel nicht mehr an die Bundesauswertungsstelle übermittelt wird und somit ein Bezug zum Indexeingriff aus dem Jahr 2019 nicht hergestellt werden kann. Dementsprechend erfolgt auch keine Darstellung dieser Indikatoren in den Berichten.

Das 1- und 2-Jahres-Follow-up hingegen könnte ausgewertet und dargestellt werden, da für den Bezug zum Indexeingriff seit dem Erfassungsjahr 2020 mit Wechsel der transplantationsmedizinischen Verfahren in die DeQS-Richtlinie die eGK-Versichertennummer zur Generierung eines patientenidentifizierenden Pseudonyms genutzt und dem IQTIG übermittelt wird.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens 2023 erreichten das IQTIG vermehrt Anfragen durch Leistungserbringer zu Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien im Follow-up. Es wurde dem IQTIG mitgeteilt, dass als auffällig gekennzeichnete Vorgangsnummern ggf. fälschlicherweise angegeben wurden, da beispielsweise der Status der Patientin oder des Patienten, die Übermittlung des Follow-up-Bogens, etc. bekannt oder korrekt und zeitgerecht erfolgt seien. Erste IQTIG-interne Prüfungen haben gezeigt, dass in den geprüften Fällen Follow-up-Bögen nicht mit den zugehörigen Indexeingriff-Bögen verknüpft werden konnten, wodurch eine rechnerische Auffälligkeit zustande kommt. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens wurden alle Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten in den betroffenen Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien über diesen Umstand informiert und erhielten Hinweise zu einer zielgerichteten Stellungnahme. In umfangreichen anschließenden Analysen werden durch das IQTIG potenzielle Ursachen untersucht. Die Ergebnisse dieser Untersuchung und potenzielle Lösungsansätze können voraussichtlich in den Qualitätssicherungsergebnisberichten im kommenden Jahr berichtet werden. Aufgrund der resultierenden unzureichenden Verknüpfungsrate zwischen

Follow-up- und Index-Dokumentationsbögen kommt es potentiell zu einer ebenfalls unzureichenden Datenvalidität in allen Follow-up-Indikatoren, -Kennzahlen und -Auffälligkeitskriterien (Indikatoren zum 1-Jahres- (572038) und 2-Jahres-Überleben (572040) bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse), Indikatoren zum 1-Jahres- (572037) und 2-Jahres-Überleben (57203) bei bekanntem Status, Transparenzkennzahlen zur Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr (572044) bzw. 2 Jahre (572045) nach Pankreastransplantation, Auffälligkeitskriterium zur häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres- (850308) bzw. 2-Jahres-Follow-up (850309), Auffälligkeitskriterium zur zeitgerechten Durchführung des 90-Tage- (852210), 1-Jahres- (850278) bzw. 2-Jahres-Follow-up (850279)). Die betroffenen Indikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien können daher weder im Bundesqualitätsbericht noch in der Bundesauswertung des Auswertungsjahres 2023 veröffentlicht werden.

Die Erhebung des Follow-up bleibt 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.

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

Statistische Basisprüfung (Auffälligkeitskriterien)

Im Auswertungsmodul *NET-PNTX-D* werden zwei Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und fünf Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewertet. Die Auffälligkeitskriterien werden für die beiden Module *NET-NTX* und *NET-PNTX* gemeinsam berechnet und dargestellt. Die Ergebnisse dazu können dem gleichnamigen Abschnitt im Berichtsteil zu den Nierentransplantationen entnommen werden (siehe Berichtsteil Nierentransplantation, Abschnitt 2.3).

2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Für das Auswertungsjahr 2023 liegen die Ergebnisse der meisten Indikatoren auf Bundesebene innerhalb des jeweils definierten Referenzbereichs (Tabelle 24).

Der Indikator „Entfernung des Pankreastransplantats“ (ID 572047) fällt mit 20,95 % im Gegensatz zum Vorjahr aus dem Referenzbereich von $\leq 20,00$ % heraus. Die Gründe hierfür lassen sich voraussichtlich im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens aufarbeiten.

Die Ergebnisse der Follow-up-Indikatoren und -Kennzahlen (Indikatoren zum 1-Jahres- (572038) und 2-Jahres-Überleben (572040) bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse), Indikatoren zum 1-Jahres- (572037) und 2-Jahres-Überleben (57203) bei bekanntem Status, Transparenzkennzahlen zur Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr (572044) bzw. 2 Jahre (572045) nach Pankreastransplantation) können, wie unter Abschnitt 2.1 erläutert, weder im Bundesqualitätsbericht noch in der Bundesauswertung des Auswertungsjahres 2023 veröffentlicht werden.

Tabelle 24: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) - NET-PNTX

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2023 (Referenzbereich)	Bundesergebnis AJ 2022	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	4,76 % 5/105 (≤ 5,00 %)	3,65 % 5/137	vergleichbar
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	80,00 % 80/100 (≥ 75,00 %)	78,79 % 104/132	vergleichbar
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	20,95 % 22/105 (≤ 20,00 %)	17,52 % 24/137	vergleichbar

In Tabelle 25 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 drei Qualitätsindikatoren wurden im Auswertungsjahr 2023 insgesamt 20 rechnerische Auffälligkeiten bei insgesamt 11 Leistungserbringern festgestellt. Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten treten in den Indikatoren „Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung“ (ID 572043, 8 von 21 Leistungserbringer) und „Entfernung des Pankreastransplantats“ (ID 572047, 10 von 21 Leistungserbringer) auf. Im aktuell laufenden Stellungnahmeverfahren wird geprüft, ob es sich bei diesen rechnerischen Auffälligkeiten um qualitative Auffälligkeiten handelt.

Tabelle 25: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2023) - NET-PNTX

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	2022	2 von 21	9,52	2
		2021	2 von 22	9,09	1
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	2022	8 von 21	38,10	4
		2021	6 von 22	27,27	3
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	2022	10 von 21	47,62	7
		2021	7 von 22	31,82	3

2.5 Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit

Für dieses Auswertungsmodul wurden für das Erfassungsjahr 2022 keine Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit 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 Auswertungsjahr 2022 dar, die sich auf die Erfassungsjahre 2021 und 2020 bezogen. Das in den in diesem Kapitel sowie im Anhang dargestellten Tabellen angegebene Auswertungsjahr ist hier das Auswertungsjahr 2022, d. h. das Jahr, in dem die Jahresauswertung erstellt wurde, zu dem hauptsächlich das Stellungnahmeverfahren geführt wurde, über das an dieser Stelle berichtet wird. Die entsprechenden Informationen werden dem IQTIG in den länderbezogenen Verfahren in den Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) gemäß § 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 Auswertungsjahr 2022 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 einrichtungsidefizierenden 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 Auswertungsjahres 2022 die Tabellen im Anhang den Datenstand 31. März 2023 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 2023 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, wenn auch Ergebnisse vorhanden sind. Sollten bspw. keine qualitativ (un)auffälligen Bewertungen von Indikatorergebnissen vorgenommen worden sein, wird die entsprechende Tabelle nicht dargestellt.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Auffälligkeitskriterien werden gemeinsam für die beiden Module *NET-NTX* und *NET-PNTX* berechnet, die Ergebnisse dazu können dem gleichnamigen Abschnitt im Teil zu den Nierentransplantationen entnommen werden (siehe Berichtsteil Nierentransplantation Abschnitt 3.2).

3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Im Stellungnahmeverfahren im Auswertungsjahr 2022 zeigten sich für 11 Krankenhausstandorte 22 rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse (Tabelle 26). Schriftliche Stellungnahmeverfahren wurden zu allen rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen eingeleitet.

Insgesamt wurden drei von 22 Indikatorergebnissen als qualitativ auffällig bewertet, bei zwei davon wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel gesehen. Ein Indikatorergebnis erhielt eine Bewertung mit „A99“ und entsprechende Hinweise bzgl. fachlicher und QS-spezifische Verbesserungspotenziale. Die Stellungnahmeverfahren zu neun rechnerisch auffälligen Ergebnissen konnten bis dato noch nicht abgeschlossen werden, sodass eine Bewertung mit „S92“ resultiert. Sechs weitere rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse wurden mit S99 bewertet, da die Fälle in einem anderen Indikator evaluiert werden.

Ein Indikatorergebnis eines Leistungserbringers musste mit „D81“ bewertet werden, da das Ergebnis auf einem nicht vom Leistungserbringer verschuldeten Softwarefehler beruht. Zwei Indikatorergebnisse in zwei Krankenhausstandorten wurden als qualitativ unauffällig bewertet, ein Ergebnis davon mit „U99“. Den Krankenhausstandorten wurden zudem sowohl fachliche als auch QS-spezifische Hinweise zu möglichen Verbesserungspotenzialen gegeben. Bei dem zweiten Krankenhausstandorten wurde das Ergebnisse mit „U63“ bewertet, da im Konsens mit der Bundesfachkommission kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität gefunden wurde.

Tabelle 26: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul *NET-PNTX*

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	105	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	22	20,95
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	22	100
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	22	100
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
nicht fristgerechte Übermittlung (nur QS WI) (Schlüsselwert 7)	0	0
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0
Stellungnahmeverfahren		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	22	100
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	22	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	9	40,91
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)		
Bewertung als qualitativ unauffällig	2	9,09
Bewertung als qualitativ auffällig	3	13,64
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	1	4,55
Sonstiges	6	27,27
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen		
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

4 Evaluation

Im Auswertungsmodul Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation werden die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens nach DeQS-RL stetig für die Verfahrenspflege genutzt.

5 Fazit und Ausblick

Multiviszeraltransplantation

In den zurückliegenden Stellungnahmeverfahren bzw. Strukturierten Dialogen wurden Erkenntnisse zu der nachteiligen Verortung von Multiviszeraltransplantationen gewonnen. Diese wurden bisher je nach Kodierstatus in den Auswertungsmodulen *Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation (NET-PNTX)* oder *Lebertransplantationen (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)* entsprechende Adaptionen diskutiert und wird diese ab der Spezifikation zum Erfassungsjahr 2024 umsetzen. Zukünftig sollen 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. Gleichzeitig sollte allerdings das sehr limitierte, aber notwendige Thema „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.

Patienteneinschluss in die Qualitätssicherung

Seit der Überführung der transplantationsmedizinischen Verfahren in die DeQS-Richtlinie müssen privatversicherte Patientinnen und Patienten sowie Empfängerinnen und Empfänger von Sozialhilfe 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 dieser 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 und zusätzlich auch von Empfängerinnen und Empfänger von Sozialhilfe in die externe Qualitätssicherung gerade bei Verfahren mit kleinen Fallzahlen hingewirkt werden sollte.

Durchführung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenzen)

Im Rahmen der inhaltlichen Beratungen der Stellungnahmen wurde seitens der Bundesfachkommission angemerkt, dass es ganz grundsätzliche strukturelle Bestreben der Leistungserbringer sein sollte, ihre M&M-Konferenzen entsprechend des Leitfadens der Bundesärztekammer durchzuführen, um eine ausreichende interdisziplinäre und tiefgreifende Aufarbeitung sowie Nachhaltigkeit von Verbesserungen zu ermöglichen. Grundsätzlich wird den Leistungserbringern daher empfohlen, bei komplikativen und letalen Verläufen M&M-Konferenzen entsprechend des Leitfadens der Bundesärztekammer durchzuführen.

Mindestmengen

In den Beratungen mit dem Expertengremium auf Bundesebene wurde vonseiten der ärztlichen Fachexperten angemerkt, dass die Pankreastransplantation ein komplexes Verfahren darstelle, welches nur durch das Vorhandensein der notwendigen Expertise und entsprechender Strukturen und Prozesse einen sinnvollen und qualitativ hochwertigen Nutzen für die Patientinnen und Patienten generieren kann. So wäre es nach Ansicht der Fachexpertinnen und Fachexperten des Expertengremiums geeigneter, die Pankreastransplantation auf nur wenige Zentren zu begrenzen, die ein entsprechendes Volumen an Transplantationen pro Jahr durchführen würden. Aus den Zahlen des IQTIG ist ersichtlich, dass der überwiegende Anteil an Zentren nur sehr wenige Transplantationen pro Jahr durchführt. So wurden in den Jahren 2021 und 2022 von 15 Zentren weniger als fünf Transplantationen durchgeführt. 12 dieser Zentren transplantierten sogar nur drei oder weniger Organe in 2 Jahren.

Literatur

Eurotransplant ([2023]): Annual Report 2022. Leiden, NL: Eurotransplant. URL: https://www.eurotransplant.org/wp-content/uploads/2023/06/ETP_AR2022_LR_def.pdf (abgerufen am: 22.08.2023).

Anhang: Ergebnisse des QSEB

Tabelle 27: 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	Unvollständige oder falsche Dokumentation
		81	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
S	Sonstiges	92	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
H	Hinweis	99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Tabelle 28: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022) – NET-PNTX

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	2 / 22 (9,09 %)	0	2 / 2 (100,00 %)	2 / 22 (9,09 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 22 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 22 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 22 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 22 (0,00 %)
572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2 / 19 (10,53 %)	0	1 / 2 (50,00 %)	1 / 19 (5,26 %)	1 / 2 (50,00 %)	1 / 19 (5,26 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 19 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 19 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 19 (0,00 %)
572038	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	5 / 20 (25,00 %)	0	0 / 5 (0,00 %)	0 / 20 (0,00 %)	1 / 5 (20,00 %)	1 / 20 (5,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 20 (0,00 %)	1 / 5 (20,00 %)	1 / 20 (5,00 %)	2 / 5 (40,00 %)	2 / 20 (10,00 %)
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	6 / 22 (27,27 %)	0	2 / 6 (33,33 %)	2 / 22 (9,09 %)	0 / 6 (0,00 %)	0 / 22 (0,00 %)	0 / 6 (0,00 %)	0 / 22 (0,00 %)	0 / 6 (0,00 %)	0 / 22 (0,00 %)	4 / 6 (66,67 %)	4 / 22 (18,18 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	7 / 22 (31,82 %)	0	4 / 7 (57,14 %)	4 / 22 (18,18 %)	0 / 7 (0,00 %)	0 / 22 (0,00 %)	3 / 7 (42,86 %)	3 / 22 (13,64 %)	0 / 7 (0,00 %)	0 / 22 (0,00 %)	0 / 7 (0,00 %)	0 / 22 (0,00 %)

Tabelle 29: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2022 und Vorjahre) – NET-PNTX

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse)		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	2	1	-	-	-	-
572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2	-	-	-	-	-

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse)		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
572038	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	5	-	-	-	-	-
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	6	3	-	-	-	-
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	7	3	-	3	-	-

Tabelle 30: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2022) - NET-PNTX

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

Tabelle 31: Qualitätsindikatoren: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) – NET-PNTX

ID	Indikatorbezeichnung	kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren*		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	0 / 2 (0,00 %)	2 / 2 (100,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	0 / 2 (0,00 %)	2 / 2 (100,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
572038	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	0 / 5 (0,00 %)	5 / 5 (100,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	0 / 6 (0,00 %)	6 / 6 (100,00 %)	0 / 6 (0,00 %)	0 / 6 (0,00 %)
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	0 / 7 (0,00 %)	7 / 7 (100,00 %)	0 / 7 (0,00 %)	0 / 7 (0,00 %)

Tabelle 32: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – NET-PNTX

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	Sonstiges (qualitativ auffällig)
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	2	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	Sonstiges (qualitativ auffällig)
572038	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	5	0 / 5 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	6	0 / 6 (0,00 %)	0 / 6 (0,00 %)	0 / 6 (0,00 %)
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	7	2 / 7 (28,57 %)	0 / 7 (0,00 %)	1 / 7 (14,29 %)

Tabelle 33: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – NET-PNTX

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung			
			Besondere klinische Situation	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	2	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2	0 / 2 (0,00 %)	1 / 2 (50,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
572038	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	5	0 / 5 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	1 / 5 (20,00 %)	0 / 5 (0,00 %)
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	6	0 / 6 (0,00 %)	0 / 6 (0,00 %)	0 / 6 (0,00 %)	0 / 6 (0,00 %)

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung			
			Besondere klinische Situation	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	7	0 / 7 (0,00 %)	0 / 7 (0,00 %)	0 / 7 (0,00 %)	0 / 7 (0,00 %)

Tabelle 34: Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – NET-PNTX

ID	Indikatorbezeichnung	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
		bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)
572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	0 / 0 (-)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 0 (-)
572038	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	0 / 0 (-)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 0 (-)
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	0 / 0 (-)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 0 (-)
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	0 / 3 (0,00 %)	0 / 0 (-)	3 / 3 (100,00 %)

Tabelle 35: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – NET-PNTX

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Bayern	3	3 / 13 (23,08 %)	3 / 3 (100,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)
Berlin	1	1 / 5 (20,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
Baden-Württemberg	3	2 / 15 (13,33 %)	2 / 2 (100,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
Hessen	2	3 / 10 (30,00 %)	3 / 3 (100,00 %)	2 / 3 (66,67 %)	2 / 3 (66,67 %)
Hamburg	1	1 / 5 (20,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
Mecklenburg-Vorpommern	1	3 / 4 (75,00 %)	3 / 3 (100,00 %)	1 / 3 (33,33 %)	1 / 3 (33,33 %)
Niedersachsen	1	0 / 5 (0,00 %)	- / 0 (-)	- / 0 (-)	- / - (-)
Nordrhein-Westfalen	5	7 / 23 (30,43 %)	7 / 7 (100,00 %)	0 / 7 (0,00 %)	0 / 7 (0,00 %)
Rheinland-Pfalz	1	2 / 5 (40,00 %)	2 / 2 (100,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
Schleswig-Holstein	2	0 / 10 (0,00 %)	- / 0 (-)	- / 0 (-)	- / - (-)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Sachsen	1	0 / 5 (0,00 %)	- / 0 (-)	- / 0 (-)	- / - (-)
Thüringen	1	0 / 5 (0,00 %)	- / 0 (-)	- / 0 (-)	- / - (-)
Gesamt	22	22 / 105 (20,95 %)	22 / 22 (100,00 %)	3 / 22 (13,64 %)	3 / 22 (13,64 %)

Tabelle 36: Darstellung des Verlaufs der Bewertung (AJ 2022) - NET-PNTX

ID	Indikatorbezeichnung	STNV im Vorjahr nicht abgeschlossen	Bewertung Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Bewertung Sonstiges	Bewertung Qualitativ auffällig	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	-	-	-	-	-	-
572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	-	-	-	-	-	-
572038	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	-	-	-	-	-	-
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	1	-	-	-	-	-
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	2	-	-	-	-	-



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

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

Erfassungsjahr 2022

Veröffentlichungsdatum: 20. Oktober 2023

Impressum

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

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

Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht.....	5
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022.....	7
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
Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung.....	18
572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung.....	18
572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung.....	20
Details zu den Ergebnissen.....	22
Basisauswertung.....	23
Allgemeine Daten.....	23
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus.....	24
Basisdaten Empfänger.....	25
Geschlecht.....	25
Patientenalter am Aufnahmetag.....	26
Body Mass Index (BMI).....	27
Befunde Empfänger.....	28
Basisdaten Spender.....	30
Blutgruppen-Kompatibilität.....	32
Transplantation.....	33
Operation (nach OPS).....	33
Kalte Ischämiezeit.....	34
Postoperativer Verlauf.....	35
Entlassung.....	37

Todesursache 39

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien (AK) 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 der Vorjahresergebnisse (sofern darstellbar und ausgegeben) finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren und Indikatorengruppen“.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

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

Die 5- und 3-Jahres-Follow-up Qualitätsindikatoren zu QS NET - Nierentransplantationen können für das Erfassungsjahr 2022 nicht ausgewertet werden, da die Eurotransplant (ET)-Nummer seit 2020 in der Regel nicht mehr an die Bundesauswertungsstelle übermittelt wird und somit ein Matching zum Indexeingriff nicht stattfinden kann. Dementsprechend erfolgt auch keine Darstellung dieser Indikatoren in den Berichten. Das 1- und 2-Jahres-Follow-up hingegen kann ausgewertet und dargestellt werden, da ein Matching zu Indexeingriffen ab dem EJ 2020 nach DeQS-RL über ein Patientenpseudonym generiert über die eGK-Versichertennummer erfolgt.

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 %	9,01 % O = 173 N = 1.921	7,81 % - 10,37 %
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 5,00 %	0,83 % O = 16 N = 1.921	0,51 % - 1,35 %

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 %	79,33 % O = 1.090 N = 1.374	77,11 % - 81,39 %
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	≥ 90,00 %	96,23 % O = 511 N = 531	94,25 % - 97,55 %

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 Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten eine erneute Wartezeit bis zur Nierentransplantation unter Dialysebehandlung. Aufgrund der eingeschränkten Organverfügbarkeit und des individuellen Hintergrundes der Patientin bzw. des Patienten (z. B. medizinische Kontraindikationen), bleibt die Dialysebehandlung oftmals jedoch die einzige Therapieoption für Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion. 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.

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.

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:

- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

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

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

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

Für das QS-Verfahren NET-NTX erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren entsprechend dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort.

Für Leistungserbringer

In der Zeile „Ihre Daten auf Standortebene / BSNR-Ebene (Auswertungsstandort)“ befindet sich der Datenstand, der aus dem Erfassungsjahr 2022 für die Berechnung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren herangezogen wird.

In der Zeile „Ihre Daten auf Standortebene / BSNR-Ebene (entlassender Standort)“ befindet

sich der Datenstand, auf dem die Vollzähligkeit der QS-Daten für das Erfassungsjahr 2022 berechnet wird. Die Daten in dieser Zeile sind bei ambulanten Leistungserbringern und stationären Leistungserbringern mit nur einem Standort mit den Daten in der Zeile zum Auswertungsstandort identisch. Bei stationären Leistungserbringern mit mehr als einem Standort kann es zwischen den Zeilen aufgrund des Verlegungsgeschehens innerhalb einer IKNR-Einheit zu Unterschieden kommen.

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

Für stationäre Leistungserbringer mit mehr als einem Standort

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

Erfassungsjahr 2022		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	1.981	1.982	99,95
	Basisdatensatz	1.981		
	MDS	0		
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	37		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	39		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassende Standorte) Bund (gesamt)	39	42	92,86

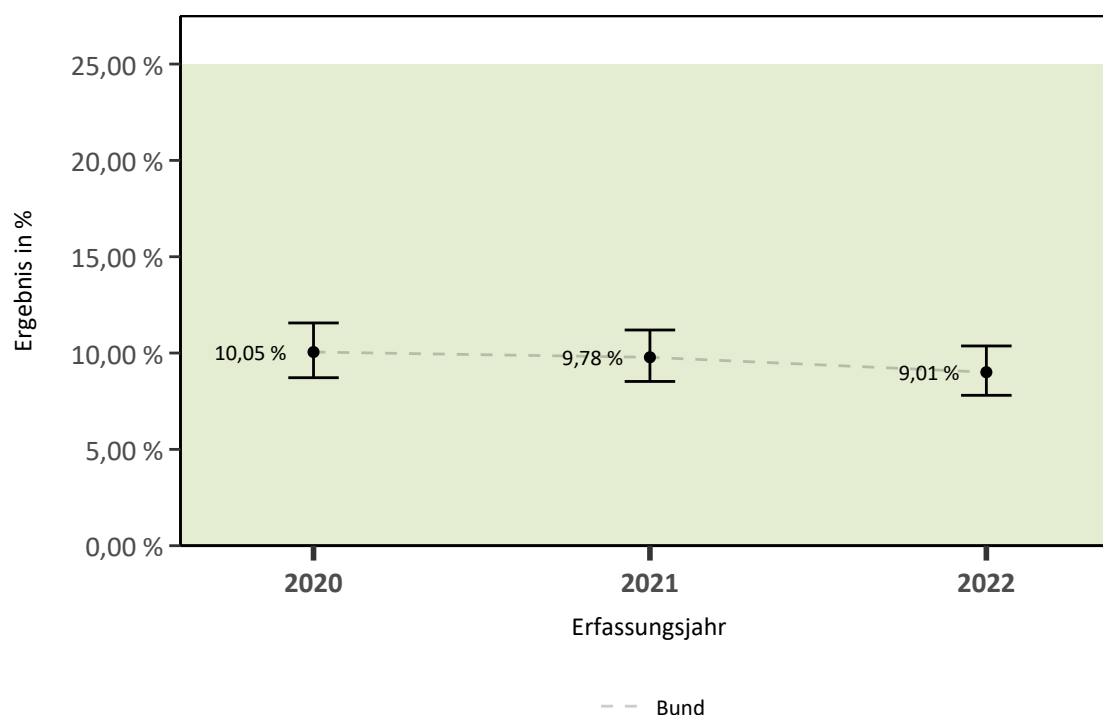
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

572016: Intra- oder postoperative Komplikationen

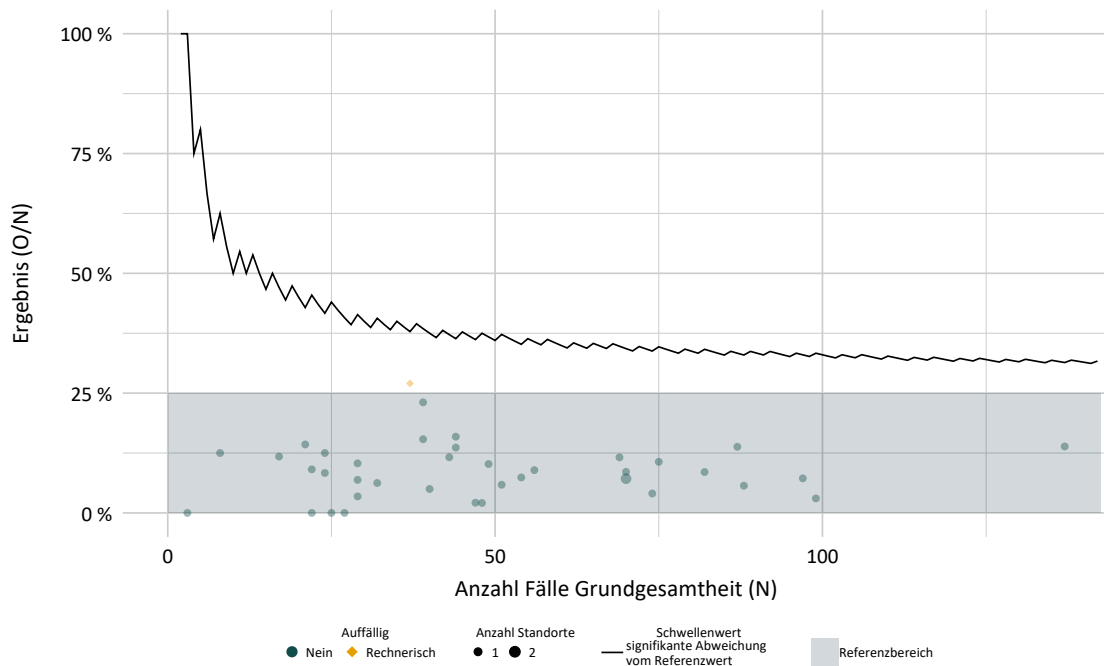
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit schweren behandlungsbedürftigen intra- oder postoperativen Komplikationen nach isolierter Nierentransplantation
ID	572016
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation
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

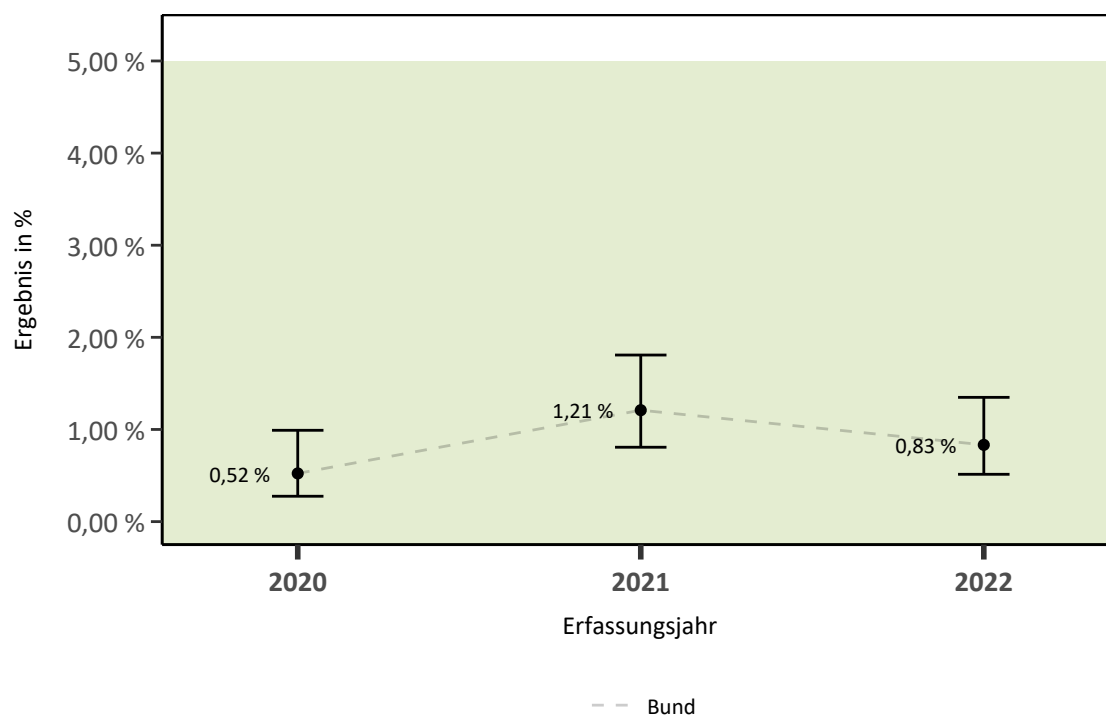
EJ 2022	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020: 173 / 1.721 2021: 186 / 1.902 2022: 173 / 1.921	2020: 10,05 % 2021: 9,78 % 2022: 9,01 %	2020: 8,72 % - 11,56 % 2021: 8,52 % - 11,20 % 2022: 7,81 % - 10,37 %

572017: Sterblichkeit im Krankenhaus

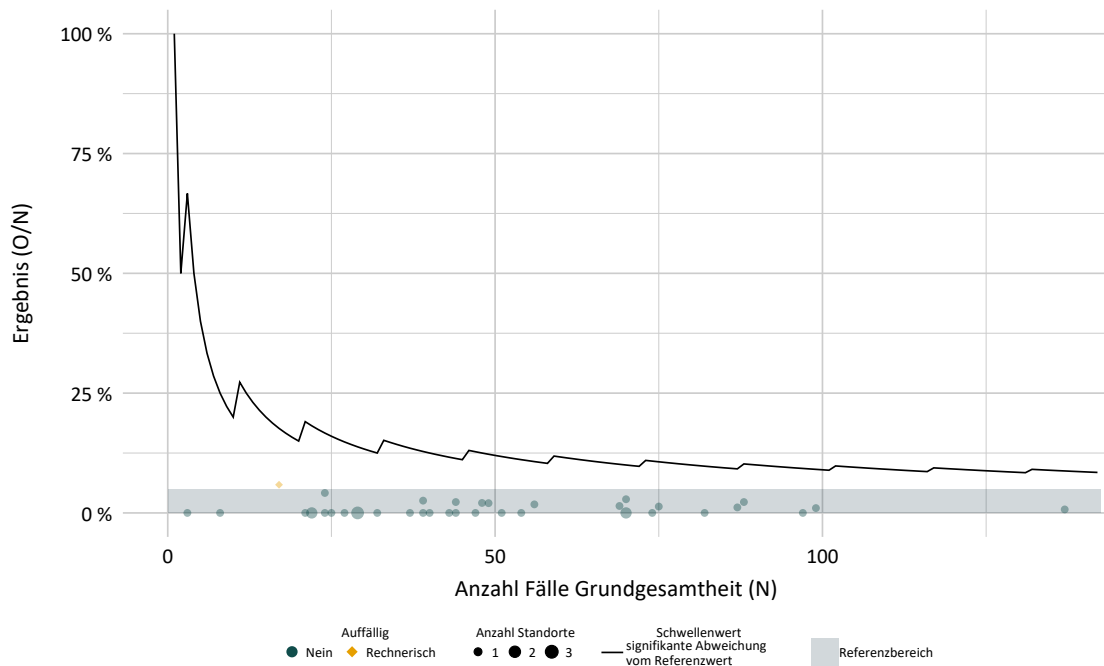
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die im Krankenhaus versterben
ID	572017
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Die jeweils ersten Nierentransplantationen aller Aufenthalte
Zähler	Transplantationen, nach denen die Patientin bzw. der Patient im Krankenhaus verstarb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

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2022	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020: 9 / 1.721 2021: 23 / 1.902 2022: 16 / 1.921	2020: 0,52 % 2021: 1,21 % 2022: 0,83 %	2020: 0,28 % - 0,99 % 2021: 0,81 % - 1,81 % 2022: 0,51 % - 1,35 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	ID: 572017 Sterblichkeit im Krankenhaus	0,83 % 16/1.921
2.1.1	davon mit Todesursache	
2.1.1.1	ID: 57_22003 Infektion	x % ≤3/16
2.1.1.2	ID: 57_22004 Kardiovaskulär	25,00 % 4/16
2.1.1.3	ID: 57_22005 Cerebrovaskulär	x % ≤3/16
2.1.1.4	ID: 57_22006 Malignom	0,00 % 0/16
2.1.1.5	ID: 57_22007 andere Todesursache	31,25 % 5/16
2.1.1.6	ID: 57_22008 unbekannte Todesursache	0,00 % 0/16

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	ID: 57_22009 Verstorbene Patientinnen und Patienten mit kombinierter Nierentransplantation (kombiniert mit anderen Organen als Pankreas)	x % ≤3/12

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.3	ID: 57_22010 Verstorbene Patientinnen und Patienten mit simultaner Pankreas-Nierentransplantation (SPK)	x % ≤3/45

Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung

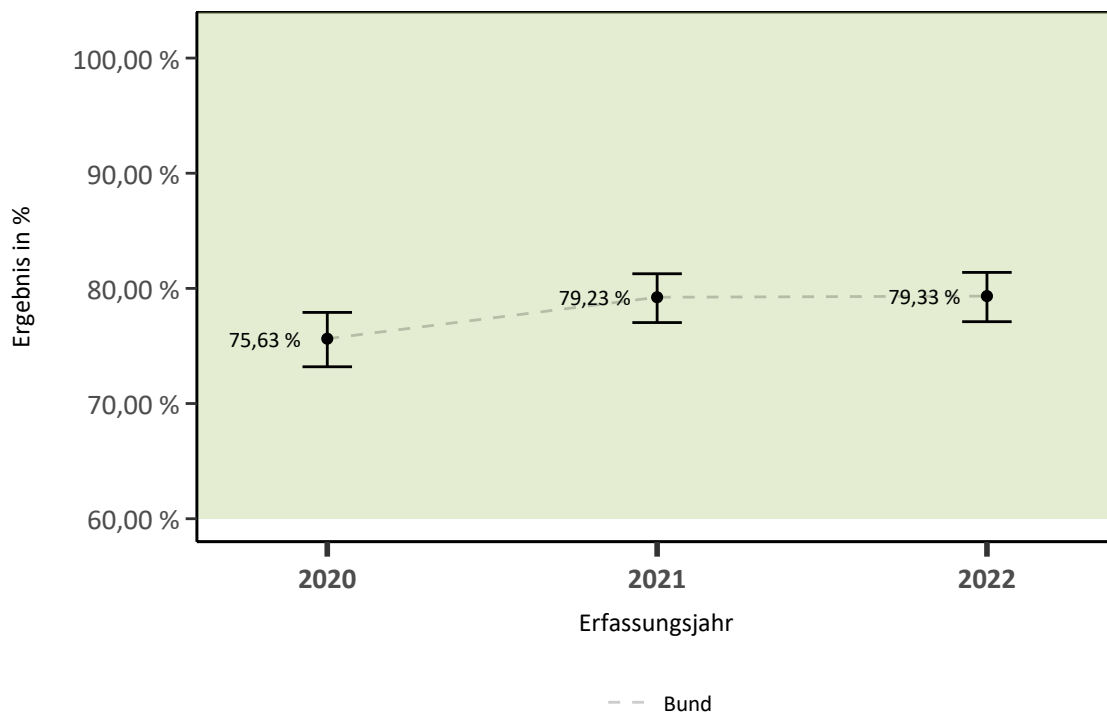
Qualitätsziel	Möglichst viele Nierentransplantate mit einer sofortigen Funktionsaufnahme
---------------	--

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

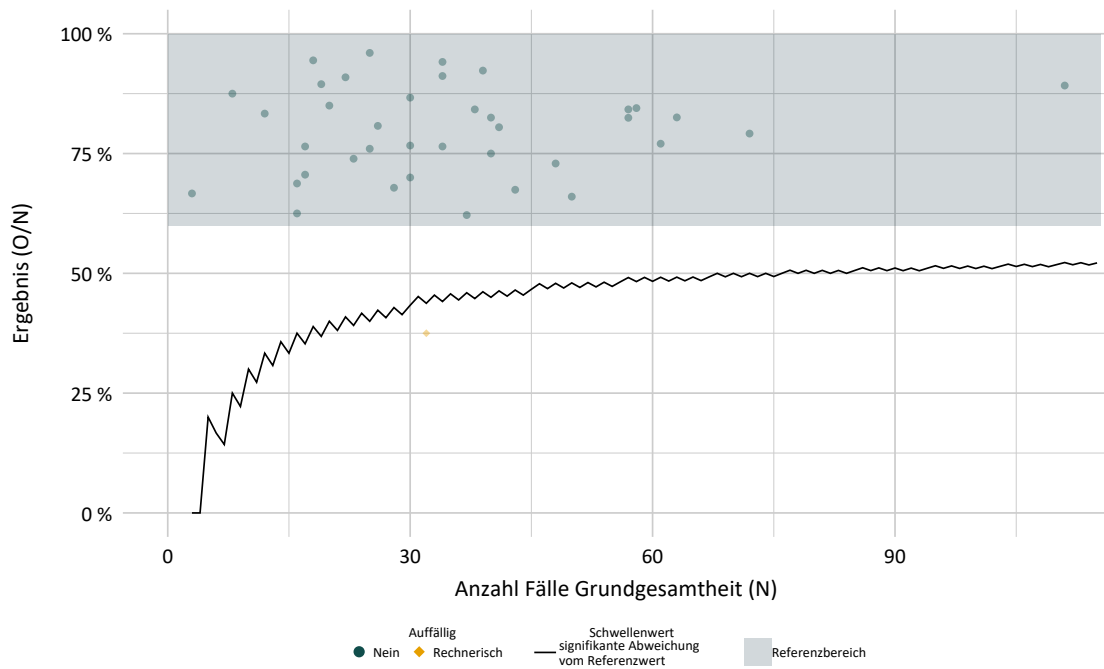
ID	572022
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Aufenthalte von bei Entlassung lebenden Patientinnen und Patienten mit isolierten Nierentransplantationen nach postmortalen Spende
Zähler	Aufenthalte mit jeweils sofortiger Funktionsaufnahme des Nierentransplantats (d.h. eine kontinuierliche 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

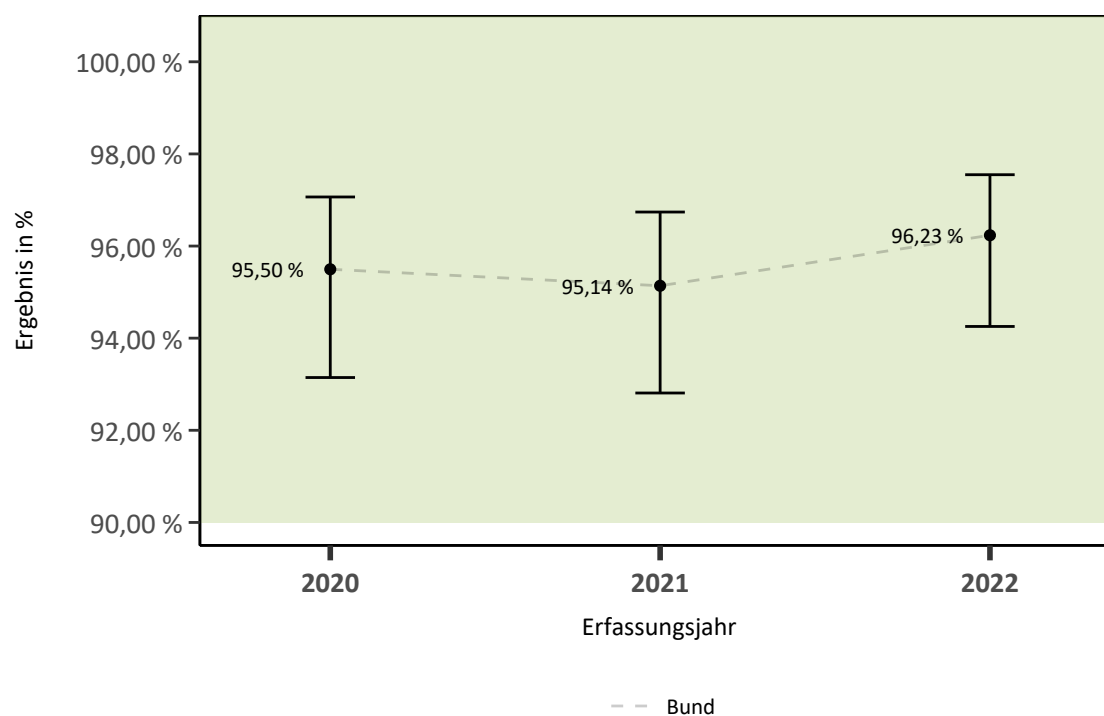
EJ 2022	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020: 959 / 1.268 2021: 1.114 / 1.406 2022: 1.090 / 1.374	2020: 75,63 % 2021: 79,23 % 2022: 79,33 %	2020: 73,19 % - 77,91 % 2021: 77,03 % - 81,27 % 2022: 77,11 % - 81,39 %

572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung

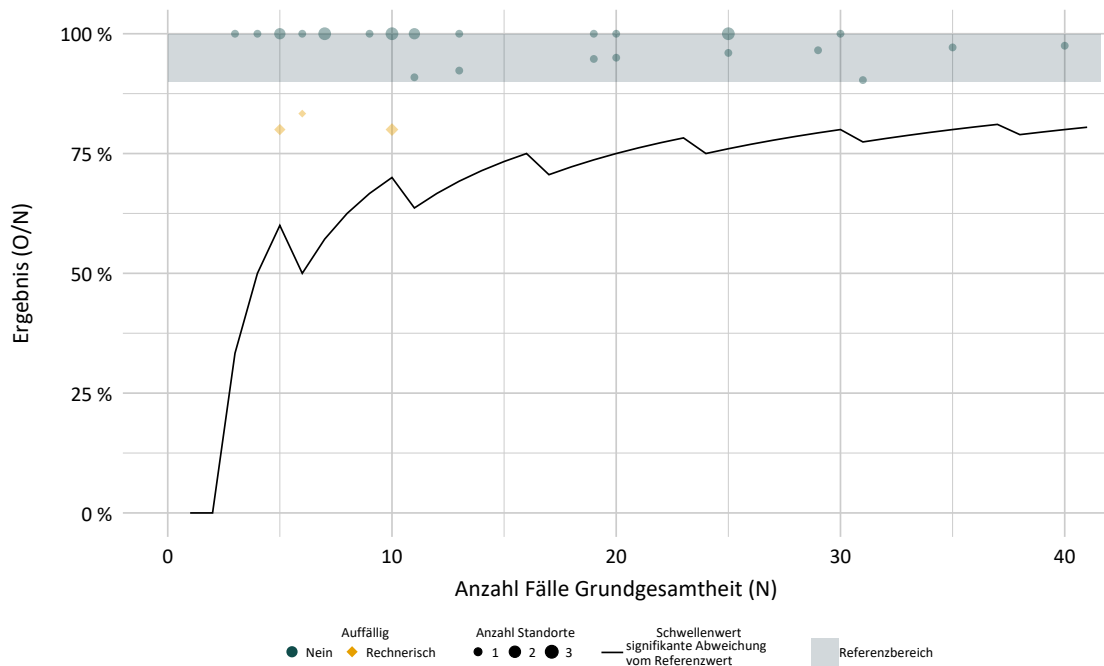
ID	572023
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Aufenthalte von bei Entlassung lebenden Patientinnen und Patienten mit isolierten Nierentransplantationen nach Lebendorganspende
Zähler	Aufenthalte mit jeweils sofortiger Funktionsaufnahme des Nierentransplantats (d.h. eine kontinuierliche 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 2022	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020: 424 / 444 2021: 450 / 473 2022: 511 / 531	2020: 95,50 % 2021: 95,14 % 2022: 96,23 %	2020: 93,15 % - 97,07 % 2021: 92,81 % - 96,74 % 2022: 94,25 % - 97,55 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	Patientinnen und Patienten mit sofortiger Funktionsaufnahme des Transplantats ¹	
5.1.1	ID: 57_22050 bei allen nierentransplantierten lebenden Patientinnen und Patienten ²	83,79 % 1.639/1.956
5.1.1.1	ID: 57_22051 < 65 Jahre	83,72 % 1.296/1.548
5.1.1.2	ID: 57_22052 ≥ 65 Jahre	84,07 % 343/408
5.1.2	ID: 572022 Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende bis zur Entlassung	79,33 % 1.090/1.374
5.1.3	ID: 572023 Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	96,23 % 511/531
5.1.4	ID: 57_22053 bei allen kombiniert nierentransplantierten lebenden Patientinnen und Patienten nach postmortalen Organspende ³	74,51 % 38/51

¹ d.h. maximal eine postoperative Dialyse bis Funktionsaufnahme

² Isolierte Nierentransplantation, simultane Pankreas-Nierentransplantation oder Kombination Niere mit anderen Organen als Pankreas.

³ Simultane Pankreas-Nierentransplantation oder Kombination Niere mit anderen Organen als Pankreas.

Basisauswertung

Allgemeine Daten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Transplantationen		
Alle Nieren-, Pankreas-, oder Pankreas-Nieren-Transplantationen	1.986	100,00
Anzahl isolierter Nierentransplantation, simultaner Pankreas-Nierentransplantation (SPK) oder Nierentransplantation in Kombination mit anderen Organen	1.980	99,70

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Nieren-, Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantationen	N = 1.986	
Durchgeführte Transplantation		
(1) isolierte Nierentransplantation	1.923	96,83
davon		
1 Organ	1.908	99,22
2 Organe	15	0,78
(2) simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK)	45	2,27
(3) Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK)	0	0,00
(4) isolierte Pankreastransplantation	≤3	x
(5) Kombination Niere mit anderen Organen	12	0,60
(6) Kombination Pankreas mit anderen Organen	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 1.953	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überlieger)	88	4,51
1. Quartal	417	21,35
2. Quartal	477	24,42
3. Quartal	551	28,21
4. Quartal	420	21,51
Entlassungsquartal		
1. Quartal	404	20,69
2. Quartal	463	23,71
3. Quartal	534	27,34
4. Quartal	552	28,26

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)
Postoperative Verweildauer (Tage)⁴	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	1.975
Minimum	0,00
5. Perzentil	9,00
25. Perzentil	13,00
Median	17,00
Mittelwert	21,14
75. Perzentil	24,00
95. Perzentil	48,00
Maximum	289,00

⁴ 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 = 1.953	
Geschlecht		
(1) männlich	1.222	62,57
(2) weiblich	731	37,43
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Patientenalter am Aufnahmetag

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 1.953	
Altersverteilung		
< 1 Jahr	0	0,00
1 - 9 Jahre	43	2,20
10 - 19 Jahre	69	3,53
20 - 29 Jahre	122	6,25
30 - 39 Jahre	244	12,49
40 - 49 Jahre	306	15,67
50 - 59 Jahre	524	26,83
60 - 69 Jahre	508	26,01
70 - 79 Jahre	130	6,66
≥ 80 Jahre	7	0,36

Bund (gesamt)	
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	1.953
Minimum	1,00
5. Perzentil	17,00
25. Perzentil	40,00
Mittelwert	50,08
Median	54,00
75. Perzentil	63,00
95. Perzentil	70,30
Maximum	82,00

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 = 1.953	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht ($< 18,5$)	127	6,50
Normalgewicht ($\geq 18,5$ - < 25)	824	42,19
Übergewicht (≥ 25 - < 30)	668	34,20
Adipositas (≥ 30)	334	17,10

Befunde Empfänger

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 1.953	
renale Grunderkrankung⁵		
Glomerulonephritis	493	25,24
sekundäre Glomerulonephritis	79	4,05
Zystische Nierenerkrankung	313	16,03
Interstitielle Nephritis	127	6,50
Diabetes mellitus	113	5,79
Vaskuläre Nierenerkrankung	132	6,76
sonstige	696	35,64

⁵ Schlüssel 1

	Bund (gesamt)	
	n	%
Diabetes mellitus		
(0) kein Diabetes mellitus	1.721	88,12
(1) Diabetes mellitus, diätetisch behandelt	47	2,41
(2) Diabetes mellitus, orale Medikation	17	0,87
(3) Diabetes mellitus, mit Insulin behandelt	161	8,24
(4) Diabetes mellitus, unbehandelt	7	0,36
Dialysetherapie		
(0) nein	180	9,22
(1) ja	1.773	90,78
Dringlichkeit der Transplantation gemäß Medical Urgency Code ET-Status		
1 = HU (High Urgency)	20	1,02
2 = ACO (Approved Combined Organ)	0	0,00
3 = T (Transplantable)	1.935	98,98
4 = SU (Special Urgency)	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Blutgruppe des Empfängers		
(1) A	843	43,16
(2) B	241	12,34
(3) 0	751	38,45
(4) AB	118	6,04

Basisdaten Spender

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Spender	N = 1.980	
Geschlecht des Spenders		
männlich	970	48,99
weiblich	1.009	50,96
divers	0	0,00
unbestimmt	≤3	x

Bund (gesamt)	
Spenderalter (Jahre)	
Anzahl Spender mit Angabe von Werten > 0	1.930
5. Perzentil	22,00
Median	55,00
Mittelwert	52,88
95. Perzentil	75,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Spender	N = 1.980	
Spendertyp		
(1) hirntot	1.446	73,03
(2) lebend	534	26,97

	Bund (gesamt)	
	n	%
Hirntote Spender	N = 1.446	
Todesursache		
(216) T_CAPI: Trauma: Schädel	167	11,55
(217) T_OTH: Trauma: Nicht anderweitig klassifizierbar	23	1,59
(218) CVA: Zerebrovaskuläres Ereignis, nicht anderweitig klassifizierbar	197	13,62
(220) RESP: Atmung, nicht anderweitig klassifizierbar	33	2,28
(229) CBL: Intrazerebrale Blutung	349	24,14
(230) CID: Ischämischer Insult	100	6,92
(234) SAB: Subarachnoidalblutung	328	22,68

Bund (gesamt)	
Kreatininwert i.S. (mg/dl)	
Anzahl Spender mit Angabe von Werten	1.980
Median	0,80
Mittelwert	1,03
Kreatininwert i.S. (µmol/l)	
Anzahl Spender mit Angabe von Werten	1.980
Median	70,72
Mittelwert	91,28

Blutgruppen-Kompatibilität

	Bund (gesamt)	
	n	%
Transplantationen mit Lebendorgan	N = 534	
Blutgruppen-inkompatible Nierentransplantationen (Lebendorgan)		
AB0-inkompatible Nierentransplantationen	119	22,28
AB0-kompatible Nierentransplantationen	415	77,72

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	244 45,69 %	65 12,17 %	201 37,64 %	24 4,49 %	534 100,00 %
Empfänger = AB	7 22,58 %	10 32,26 %	11 35,48 %	≤3 x %	31 100,00 %
Empfänger = A	76 34,86 %	11 5,05 %	120 55,05 %	11 5,05 %	218 100,00 %
Empfänger = B	32 45,71 %	27 38,57 %	7 10,00 %	4 5,71 %	70 100,00 %
Empfänger = 0	129 60,00 %	17 7,91 %	63 29,30 %	6 2,79 %	215 100,00 %

Transplantation

Operation (nach OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	N = 1.980	
OPS⁶		
(5-528.1) Transplantation von Pankreas(gewebe): Transplantation eines Pankressegmentes	0	0,00
(5-528.2) Transplantation von Pankreas(gewebe): Transplantation des Pankreas (gesamtes Organ)	42	2,12
(5-528.4) Transplantation von Pankreas(gewebe): Retransplantation eines Pankressegmentes 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	534	26,97
(5-555.1*) Nierentransplantation: Allogen, Leichenniere	1.435	72,47
(5-555.2) Nierentransplantation: Syngen	≤3	x
(5-555.5) Nierentransplantation: En-bloc-Transplantat	5	0,25
(5-555.6) Nierentransplantation: Retransplantation, allogen, Lebendspender während desselben stationären Aufenthalts	≤3	x
(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	6	0,30
(5-555.y) Nierentransplantation: N.n.bez.	0	0,00

⁶ Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	N = 1.980	
Abbruch der Transplantation		
(0) nein	1.979	99,95
Organqualität zum Zeitpunkt der Transplantation		
1 = gut	1.800	90,96
2 = mittel	167	8,44
3 = schlecht	12	0,61
(1) ja	≤3	x

Kalte Ischämiezeit

	Bund (gesamt)
Verteilung (Minuten)	
Anzahl Nierentransplantationen mit Angabe von Werten ≥ 30 Minuten bis ≤ 1440 Minuten	1.944
Minimum	31,00
5. Perzentil	133,25
25. Perzentil	245,00
Median	553,00
Mittelwert	557,26
75. Perzentil	784,75
95. Perzentil	1.092,00
Maximum	1.440,00

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle nicht abgebrochenen Transplantationen	N = 1.979	
Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation		
(0) nein	1.273	64,33
(1) Grad I (erlaubte Behandlungsoptionen)	116	5,86
(2) Grad II (weiterführende pharmakologische Behandlung, EKS, parenterale Ernährung)	231	11,67
(3) Grad III (chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention)	297	15,01
(4) Grad IV (lebensbedrohliche Komplikation)	43	2,17
(5) Grad V (Tod)	19	0,96

	Bund (gesamt)	
	n	%
Transplantationen mit behandlungsbedürftigen (schweren) intra- oder postoperativen Komplikationen bei Angabe eines Grades nach Clavien-Dindo-Klassifikation	N = 706	
Art der behandlungsbedürftigen schweren intra- oder postoperativen Komplikation(en)⁷		
Blutung	185	26,20
Reoperation erforderlich	220	31,16
sonstige Komplikation	473	67,00

⁷ Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 1.953	
Funktionierendes Nierentransplantat bei Entlassung		
(0) nein	73	3,74
(1) ja	1.880	96,26

Bund (gesamt)		
	n	%
Patienten ohne funktionierendes Nierenimplantat bei Entlassung	N = 73	
postoperative Funktionsaufnahme des Transplantats		
(0) nein	50	68,49
(1) ja	23	31,51

Bund (gesamt)		
	n	%
Alle Patienten	N = 1.953	
Anzahl postoperativer intermittierender Dialysen bis Funktionsaufnahme		
ohne postoperative Dialyse	1.466	75,06
mit einer postoperativen Dialyse	185	9,47
mit mehr als einer postoperativen Dialyse	252	12,90

Bund (gesamt)	
Dauer der postoperativen kontinuierlichen Dialysen bis zur Funktionsaufnahme (Stunden)	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	1.903
Mittelwert	3,48
Median	0,00

Bund (gesamt)		
	n	%
behandlungsbedürftige Abstoßung		
nein	1.744	89,30
ja, Niere	208	10,65
Abstoßung durch Biopsie gesichert		
nein	31	14,90
ja	177	85,10

Entlassung

Bund (gesamt)	
Kreatininwert i.S. (mg/dl)	
Anzahl Patienten mit Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung und Angabe von Werten	1.880
Median	1,70
Mittelwert	1,90
Kreatininwert i.S. ($\mu\text{mol/l}$)	
Anzahl Patienten mit Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung und Angabe von Werten	1.880
Median	150,28
Mittelwert	168,01

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 1.953	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	1.278	65,44
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	585	29,95
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	≤3	x
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	16	0,82
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	12	0,61
(07) Tod	18	0,92
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ⁸	≤3	x
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	40	2,05
(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	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ⁹	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 ¹⁰	0	0,00
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	0	0,00
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00

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

⁹ nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

¹⁰ für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

Todesursache

	Bund (gesamt)	
	n	%
Im Krankenhaus verstorbene Patienten	N = 18	
Todesursache		
(1) Infektion	4	22,22
(2) kardiovaskulär	5	27,78
(3) cerebrovaskulär	≤3	x
(4) Malignom	0	0,00
(8) andere	5	27,78
(9) unbekannt	0	0,00



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

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

Erfassungsjahr 2022/21

Veröffentlichungsdatum: 20. Oktober 2023

Impressum

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

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

Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht	4
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022	6
Einleitung	7
Datengrundlagen	8
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten	8
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen	10
572036: Sterblichkeit im Krankenhaus	10
Details zu den Ergebnissen	12
572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	13
572047: Entfernung des Pankreastransplantats	15
Basisauswertung	17
Allgemeine Daten	17
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus	18
Basisdaten Empfänger	19
Geschlecht	19
Patientenalter am Aufnahmetag	20
Body Mass Index (BMI)	21
Befunde Empfänger	22
Basisdaten Spender	24
Transplantation	26
Operation (nach OPS)	26
Kalte Ischämiezeit	27
Postoperativer Verlauf	28
Entnahme des Pankreastransplantats	29
Entlassung	30
Todesursache	32

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien (AK) 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 der Vorjahresergebnisse (sofern darstellbar und ausgegeben) finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren und Indikatorengruppen“.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

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

Die 5- und 3-Jahres-Follow-up Qualitätsindikatoren zu QS NET - Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation können für das Erfassungsjahr 2022 nicht ausgewertet werden, da die Eurotransplant (ET)-Nummer seit 2020 in der Regel nicht mehr an die Bundesauswertungsstelle übermittelt wird und somit ein Matching zum Indexeingriff nicht stattfinden kann. Dementsprechend erfolgt auch keine Darstellung dieser Indikatoren in den Berichten. Das 1- und 2-Jahres-Follow-up hingegen kann ausgewertet und dargestellt werden, da ein Matching zu Indexeingriffen ab dem EJ 2020 nach DeQS-RL über ein Patientenpseudonym generiert über die eGK-Versichertennummer erfolgt.

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 %	4,76 % O = 5 N = 105	2,05 % - 10,67 %
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	≥ 75,00 %	80,00 % O = 80 N = 100	71,12 % - 86,66 %
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	≤ 20,00 %	20,95 % O = 22 N = 105	14,26 % - 29,69 %

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:

- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

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

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

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

Für das QS-Verfahren NET-PNTX erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren entsprechend dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort.

Für Leistungserbringer

In der Zeile „Ihre Daten auf Standortebene / BSNR-Ebene (Auswertungsstandort)“ befindet sich der Datenstand, der aus dem Erfassungsjahr 2022 für die Berechnung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren herangezogen wird.

In der Zeile „Ihre Daten auf Standortebene / BSNR-Ebene (entlassender Standort)“ befindet

sich der Datenstand, auf dem die Vollzähligkeit der QS-Daten für das Erfassungsjahr 2022 berechnet wird. Die Daten in dieser Zeile sind bei ambulanten Leistungserbringern und bei stationären Leistungserbringern mit nur einem Standort mit den Daten in der Zeile zum Auswertungsstandort identisch. Bei stationären Leistungserbringern mit mehr als einem Standort kann es zwischen den Zeilen aufgrund des Verlegungsgeschehens innerhalb einer IKNR-Einheit zu Unterschieden kommen.

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

Für stationäre Leistungserbringer mit mehr als einem Standort

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

Erfassungsjahr 2022		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	1.983	1.982	100,05
	Basisdatensatz	1.981		
	MDS	2		
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	38		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	40		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassende Standorte) Bund (gesamt)	40	42	95,24

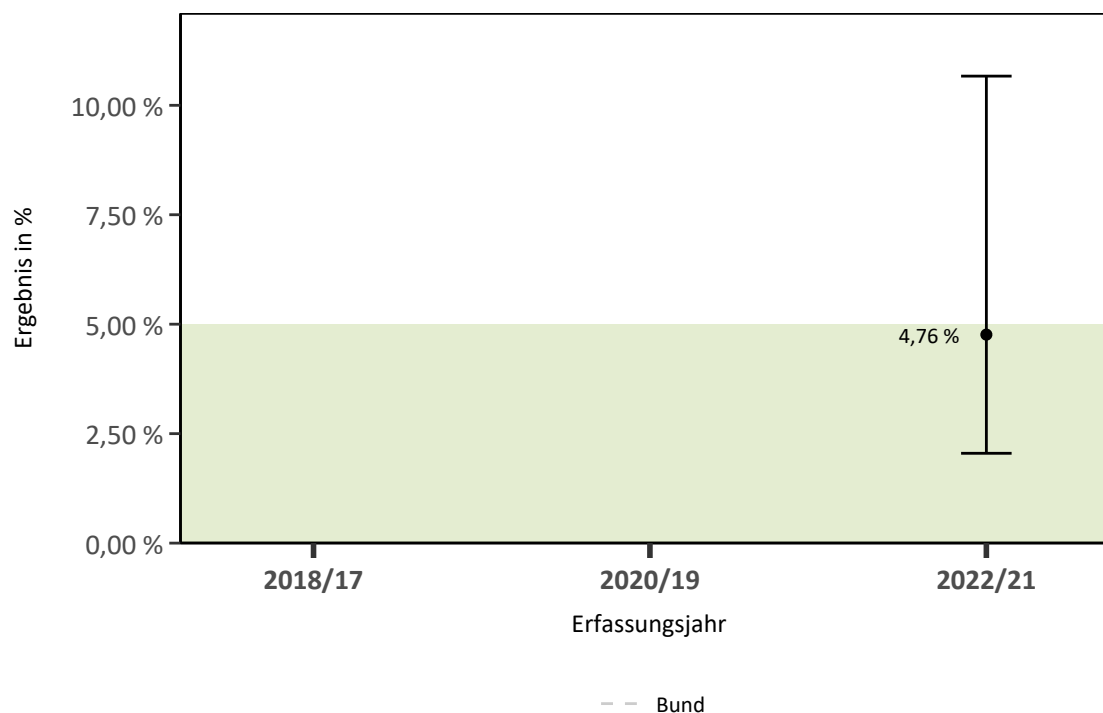
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

572036: Sterblichkeit im Krankenhaus

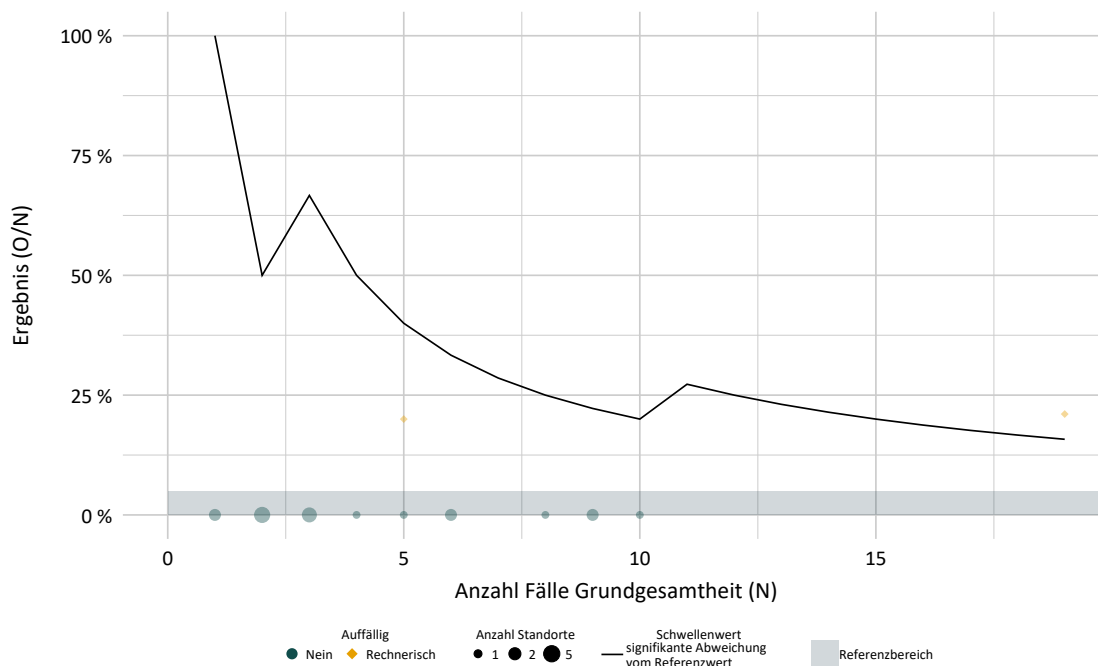
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus
ID	572036
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Die jeweils ersten Transplantationen aller Aufenthalte mit Pankreastransplantationen im Erfassungsjahr 2021 oder 2022
Zähler	Transplantationen, bei denen die Patientin bzw. der Patient im Krankenhaus verstarb
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2022	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2018/17: - / - 2020/19: - / - 2022/21: 5 / 105	2018/17: - 2020/19: - 2022/21: 4,76 %	2018/17: - 2020/19: - 2022/21: 2,05 % - 10,67 %

Details zu den Ergebnissen

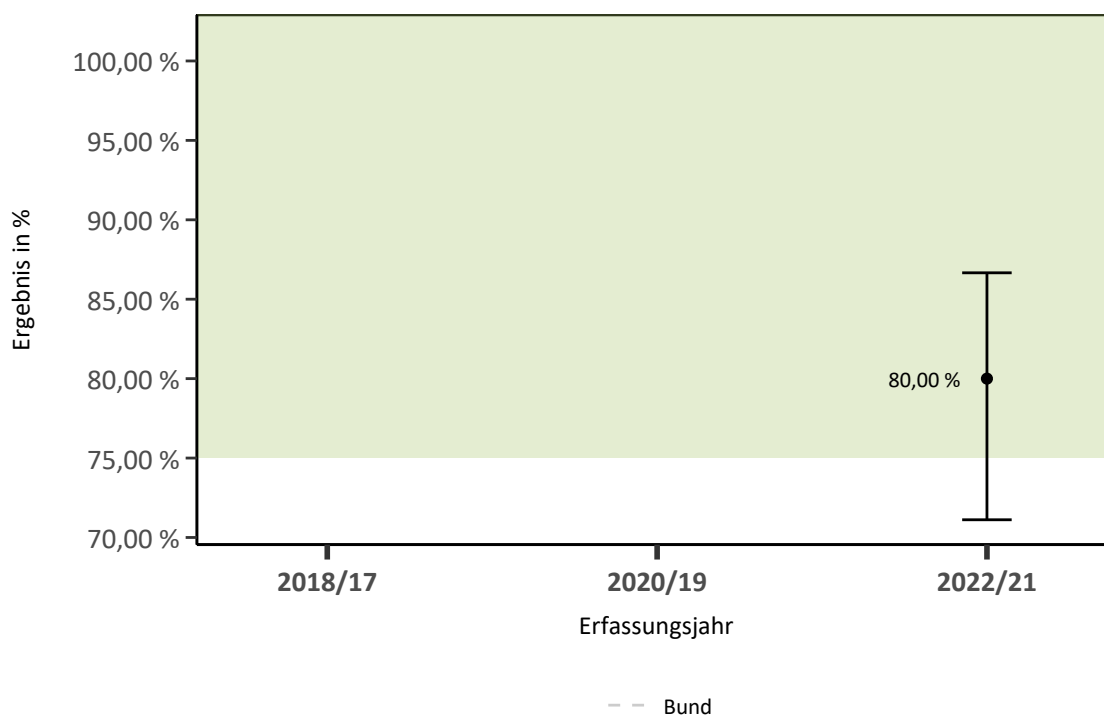
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	ID: 57_22120 Patientinnen und Patienten mit Entlassung im Erfassungsjahr 2021 oder 2022	100,00 % 105/105
1.1.1	ID: 572036 Sterblichkeit im Krankenhaus	4,76 % 5/105
1.1.1.1	ID: 57_22123 Verstorbene Patientinnen und Patienten mit simultaner Pankreas-Nierentransplantation (SPK)	5,38 % 5/93
1.1.1.1.1	davon mit Todesursache	
1.1.1.1.1.1	ID: 57_22124 Infektion	0,00 % 0/93
1.1.1.1.1.2	ID: 57_22125 kardiovaskulär	x % ≤3/93
1.1.1.1.1.3	ID: 57_22126 cerebrovaskulär	0,00 % 0/93
1.1.1.1.1.4	ID: 57_22127 Malignom	0,00 % 0/93
1.1.1.1.1.5	ID: 57_22128 andere Todesursache	0,00 % 0/93
1.1.1.1.1.6	ID: 57_22129 unbekannte Todesursache	0,00 % 0/93
1.1.1.2	ID: 57_22130 Verstorbene Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK)	x % ≤3
1.1.1.3	ID: 57_22131 Verstorbene Patientinnen und Patienten mit isolierter Pankreastransplantation	0,00 % 0/10
1.1.1.4	ID: 57_22132 Sterblichkeit im Krankenhaus nach Pankreastransplantation in Kombination mit anderen Organen	x % ≤3/8

572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung

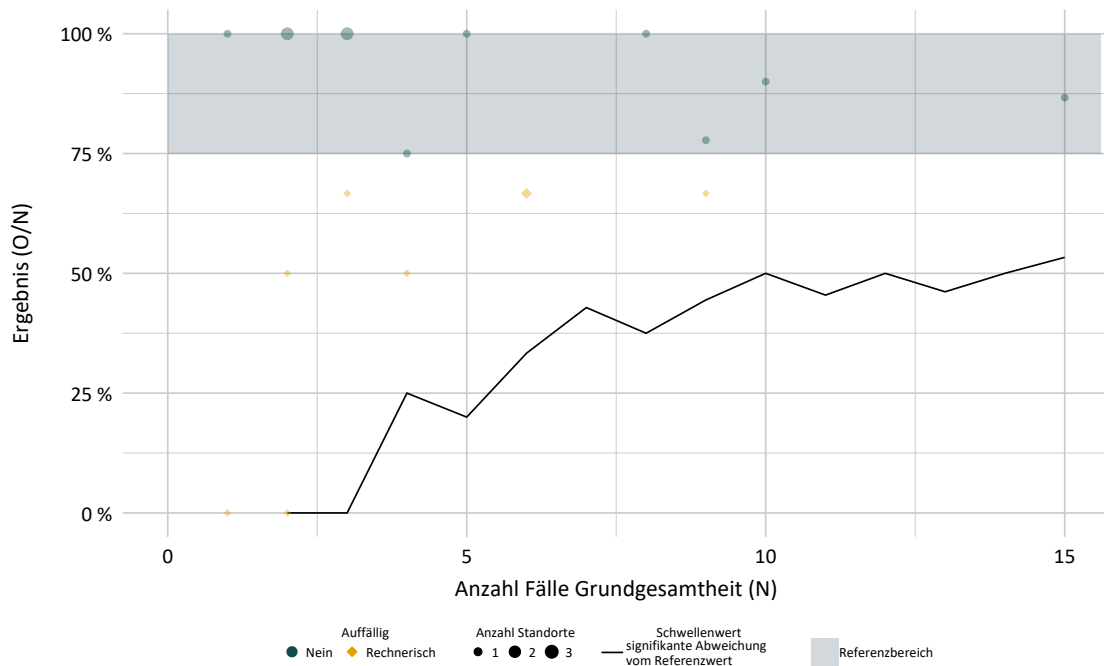
Qualitätsziel	Selten Insulintherapie bei Entlassung erforderlich
ID	572043
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Aufenthalte von Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr 2021 oder 2022 und lebend entlassen
Zähler	Aufenthalte von Patientinnen und Patienten, 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

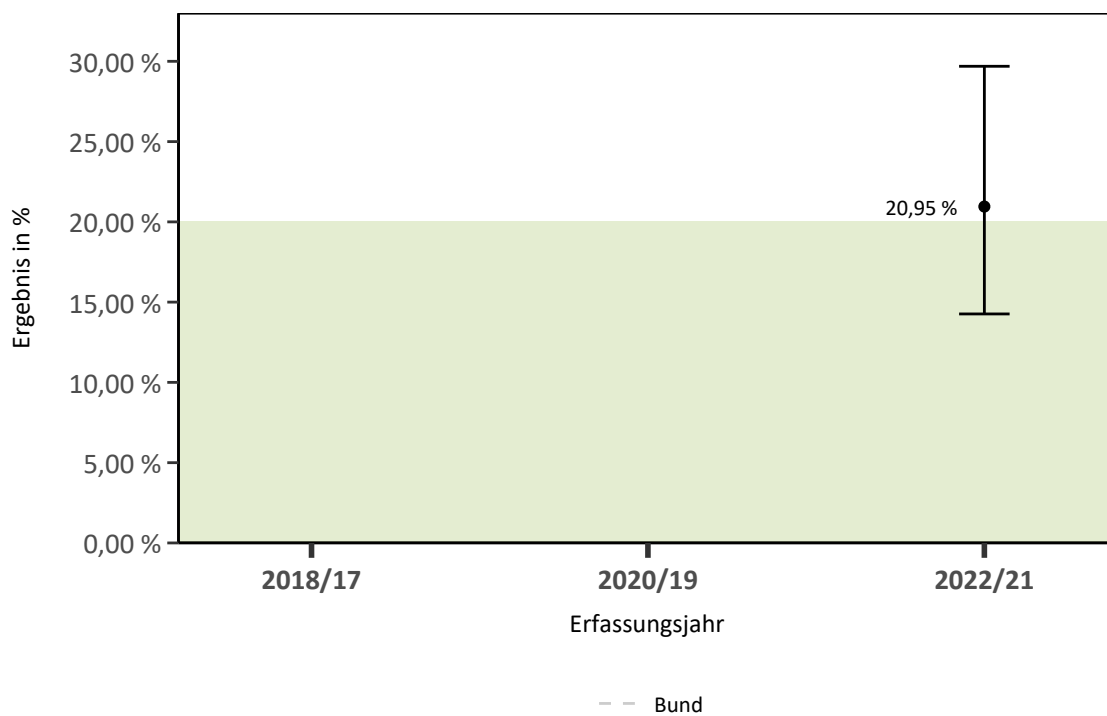
EJ 2022	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2018/17: - / - 2020/19: - / - 2022/21: 80 / 100	2018/17: - 2020/19: - 2022/21: 80,00 %	2018/17: - 2020/19: - 2022/21: 71,12 % - 86,66 %

572047: Entfernung des Pankreastransplantats

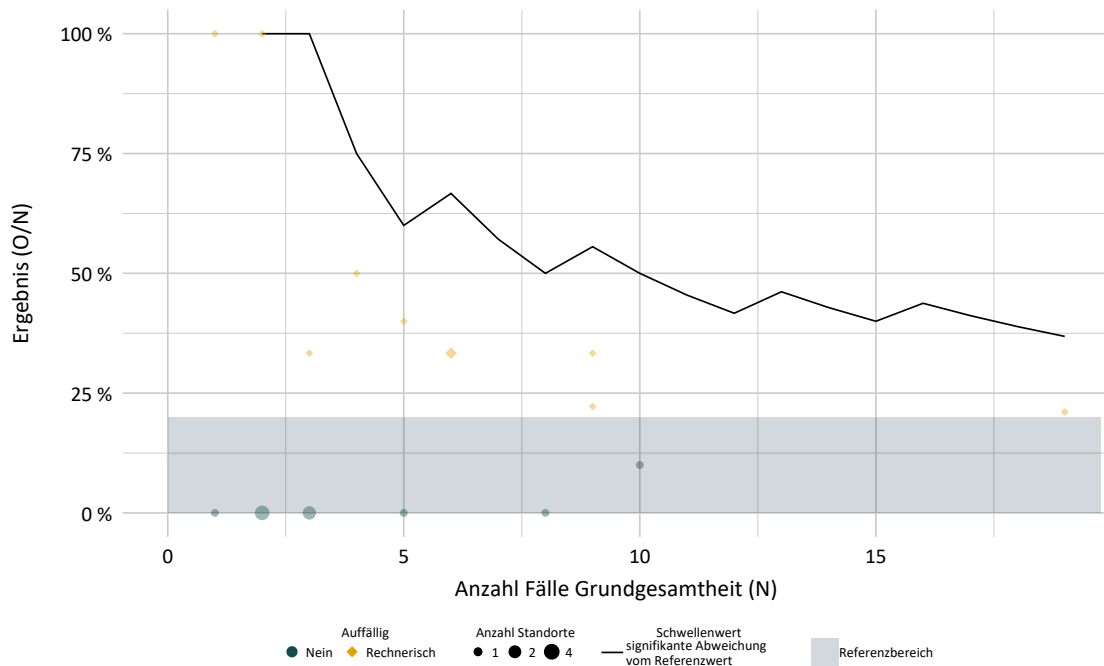
Qualitätsziel	Selten Entfernung des Pankreastransplantats erforderlich
ID	572047
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Aufenthalte von Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr 2021 oder 2022
Zähler	Aufenthalte von Patientinnen und Patienten mit erfolgter Entfernung des Pankreastransplantats
Referenzbereich	≤ 20,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2022	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2018/17: - / - 2020/19: - / - 2022/21: 22 / 105	2018/17: - 2020/19: - 2022/21: 20,95 %	2018/17: - 2020/19: - 2022/21: 14,26 % - 29,69 %

Basisauswertung

Allgemeine Daten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Transplantationen		
Alle Nieren-, Pankreas-, oder Pankreas-Nieren-Transplantationen	3.976	100,00
Anzahl simultaner Pankreas-Nierentransplantation (SPK), Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK), isolierter Pankreastransplantation oder Pankreastransplantation in Kombination mit anderen Organen	117	2,94

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Nieren-, Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantationen	N = 3.976	
Durchgeführte Transplantation		
(1) isolierte Nierentransplantation	3.825	96,20
davon		
1 Organ	3.794	99,19
2 Organe	31	0,81
(2) simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK)	97	2,44
(3) Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK)	≤3	x
(4) isolierte Pankreastransplantation	10	0,25
(5) Kombination Niere mit anderen Organen	34	0,86
(6) Kombination Pankreas mit anderen Organen	8	0,20

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 104	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überlieger)	66	63,46
1. Quartal	10	9,62
2. Quartal	9	8,65
3. Quartal	15	14,42
4. Quartal	4	3,85
Entlassungsquartal		
1. Quartal	29	27,88
2. Quartal	23	22,12
3. Quartal	28	26,92
4. Quartal	24	23,08

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)
Postoperative Verweildauer (Tage)¹	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	105
Minimum	8,00
5. Perzentil	12,30
25. Perzentil	19,00
Median	26,00
Mittelwert	34,27
75. Perzentil	43,00
95. Perzentil	93,20
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 = 104	
Geschlecht		
(1) männlich	53	50,96
(2) weiblich	51	49,04
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Patientenalter am Aufnahmetag

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 104	
Altersverteilung		
< 1 Jahr	0	0,00
1 - 9 Jahre	0	0,00
10 - 19 Jahre	≤3	x
20 - 29 Jahre	≤3	x
30 - 39 Jahre	41	39,42
40 - 49 Jahre	30	28,85
50 - 59 Jahre	25	24,04
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	104
Minimum	19,00
5. Perzentil	30,00
25. Perzentil	36,00
Mittelwert	43,05
Median	41,00
75. Perzentil	50,00
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 = 104	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht ($< 18,5$)	≤ 3	x
Normalgewicht ($\geq 18,5 - < 25$)	51	49,04
Übergewicht ($\geq 25 - < 30$)	42	40,38
Adipositas (≥ 30)	10	9,62

Befunde Empfänger

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 104	
renale Grunderkrankung²		
Glomerulonephritis	0	0,00
sekundäre Glomerulonephritis	0	0,00
Zystische Nierenerkrankung	0	0,00
Interstitielle Nephritis	0	0,00
Diabetes mellitus	36	34,62
Vaskuläre Nierenerkrankung	0	0,00
sonstige	68	65,38

² Schlüssel 1

	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	103	99,04
(4) Diabetes mellitus, unbehandelt	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Dialysetherapie		
(0) nein	19	18,27
(1) ja	83	79,81

	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)	103	99,04
4 = SU (Special Urgency)	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Blutgruppe des Empfängers		
(1) A	45	43,27
(2) B	15	14,42
(3) 0	37	35,58
(4) AB	7	6,73

Basisdaten Spender

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Spender	N = 109	
Geschlecht des Spenders		
männlich	50	45,87
weiblich	59	54,13
divers	0	0,00
unbestimmt	0	0,00

Bund (gesamt)	
Spenderalter (Jahre)	
Anzahl Spender mit Angabe von Werten > 0	108
5. Perzentil	13,90
Median	31,00
Mittelwert	31,56
95. Perzentil	48,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Spender	N = 109	
Spendertyp		
(1) hirntot	109	100,00
(2) lebend	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Hirntote Spender	N = 109	
Todesursache		
(216) T_CAPI: Trauma: Schädel	26	23,85
(217) T_OTH: Trauma: Nicht anderweitig klassifizierbar	≤3	x
(218) CVA: Zerebrovaskuläres Ereignis, nicht anderweitig klassifizierbar	7	6,42
(220) RESP: Atmung, nicht anderweitig klassifizierbar	≤3	x
(229) CBL: Intrazerebrale Blutung	25	22,94
(230) CID: Ischämischer Insult	≤3	x
(234) SAB: Subarachnoidalblutung	21	19,27

Transplantation

Operation (nach OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	N = 109	
OPS³		
(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)	105	96,33
(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	93	85,32
(5-555.2) Nierentransplantation: Syngen	0	0,00
(5-555.5) Nierentransplantation: En-bloc-Transplantat	≤3	x
(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

³ Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	N = 109	
Abbruch der Transplantation		
(0) nein	109	100,00
davon: Organqualität zum Zeitpunkt der Transplantation		
1 = gut	105	96,33
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	89
Minimum	282,00
5. Perzentil	358,50
25. Perzentil	477,00
Median	540,00
Mittelwert	539,48
75. Perzentil	623,00
95. Perzentil	675,00
Maximum	720,00

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle nicht abgebrochenen Transplantationen	N = 109	
Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation		
(0) nein	32	29,36
(1) Grad I (erlaubte Behandlungsoptionen)	≤3	x
(2) Grad II (weiterführende pharmakologische Behandlung, EKS, parenterale Ernährung)	18	16,51
(3) Grad III (chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention)	37	33,94
(4) Grad IV (lebensbedrohliche Komplikation)	14	12,84
(5) Grad V (Tod)	5	4,59

	Bund (gesamt)	
	n	%
Transplantationen mit behandlungsbedürftigen (schweren) intra- oder postoperativen Komplikationen bei Angabe eines Grades nach Clavien-Dindo-Klassifikation	N = 77	
Art der behandlungsbedürftigen (schweren) intra- oder postoperativen Komplikation(en)⁴		
Blutung	35	45,45
Reoperation erforderlich	43	55,84
sonstige Komplikation	41	53,25

⁴ Mehrfachnennung möglich

Entnahme des Pankreastransplantats

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	N = 109	
Entnahme des Pankreastransplantats erforderlich		
(0) nein	85	77,98
(1) ja	24	22,02
davon: Ursache für die Entnahme		
(1) arterielle Thrombose	7	29,17
(2) venöse Thrombose	5	20,83
(3) Blutung	4	16,67
(4) Peritonitis/Abzess	0	0,00
(5) Nahtinsuffizienz	0	0,00
(6) Pankreatitis	4	16,67
(7) Rejektion	0	0,00
(8) andere	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	N = 109	
behandlungsbedürftige Abstoßung		
nein	94	86,24
ja, Pankreas	4	3,67
ja, Niere und Pankreas	0	0,00
Abstoßung durch Biopsie gesichert		
nein	≤3	x
ja	≤3	x

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 104	
Patient bei Entlassung insulinfrei?		
(0) nein	24	23,08
(1) ja	80	76,92

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 104	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	56	53,85
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	37	35,58
(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	0	0,00
(07) Tod	5	4,81
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ⁵	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	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ⁶	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 ⁷	0	0,00
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	0	0,00
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00

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

⁶ nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

⁷ für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

Todesursache

	Bund (gesamt)	
	n	%
Im Krankenhaus verstorbene Patienten	N = 5	
Todesursache		
(1) Infektion	0	0,00
(2) kardiovaskulär	≤3	x
(3) cerebrovaskulär	0	0,00
(4) Malignom	0	0,00
(8) andere	0	0,00
(9) unbekannt	0	0,00



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

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

Erfassungsjahr 2022

Veröffentlichungsdatum: 20. Oktober 2023

Impressum

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

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

Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht.....	4
Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2022.....	4
Einleitung.....	5
Datilergebnisse der Auffälligkeitskriterien.....	6
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	6
850255: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation.....	6
850256: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	8

Ergebnisübersicht

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2022

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

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden, 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.

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

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit				
850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 100,00 %	100,05 % 1.983 / 1.982	7,14 % 3 / 42
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,05 % 1.983 / 1.982	0,00 % 0 / 42

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.

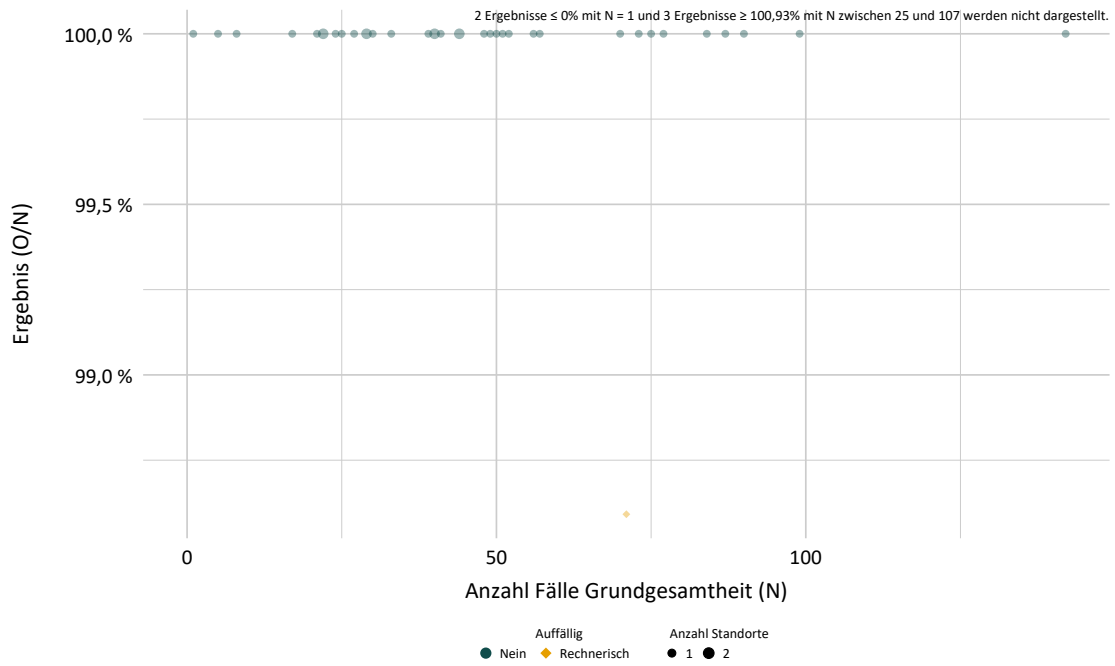
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850255: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

ID	850255
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse des Leistungsbereichs abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	572016: Intra- oder postoperative Komplikationen 572017: Sterblichkeit im Krankenhaus 572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende bis zur Entlassung 572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung 572036: Sterblichkeit im Krankenhaus 572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung 572047: Entfernung des Pankreastransplantats
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 100,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



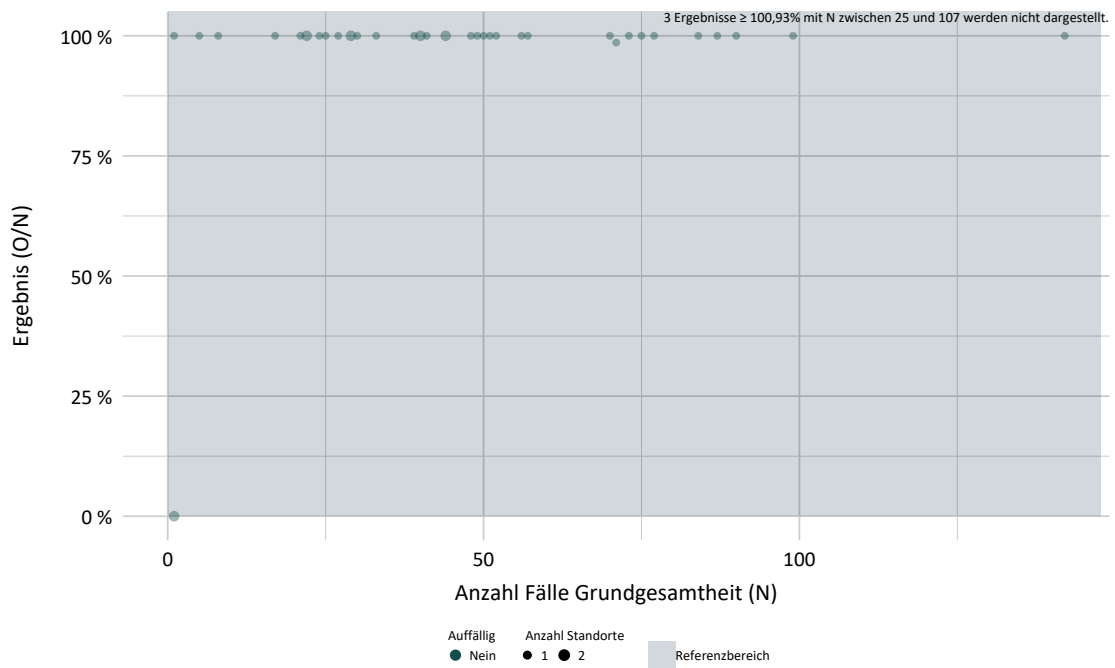
Detailergebnisse

EJ 2022	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	1.983 / 1.982	100,05 %	7,14 % 3 / 42

850256: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

ID	850256
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse des Leistungsbereichs abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	572016: Intra- oder postoperative Komplikationen 572017: Sterblichkeit im Krankenhaus 572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende bis zur Entlassung 572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung 572036: Sterblichkeit im Krankenhaus 572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung 572047: Entfernung des Pankreastransplantats
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2022	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	1.983 / 1.982	100,05 %	0,00 % 0 / 42