



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Länderbericht

Transplantationsmedizin: Nierenlebendspenden

Erfassungsjahr 2022

Veröffentlichungsdatum: 19. Juli 2023

Impressum

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

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

Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht.....	5
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022.....	7
Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2022.....	9
Einleitung.....	10
Datengrundlagen.....	11
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten.....	11
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen.....	14
51567: Intra- oder postoperative Komplikationen.....	14
Details zu den Ergebnissen.....	16
2137: Sterblichkeit im Krankenhaus.....	17
Gruppe: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende.....	19
12440: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende.....	19
51568: Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende.....	21
Details zu den Ergebnissen.....	23
2138: Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich.....	24
12636: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende).....	26
Details zu den Ergebnissen.....	28
51997: Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende.....	29
Details zu den Ergebnissen.....	31
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien.....	32
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	32
850247: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation.....	32
850248: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	34
850269: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up.....	36
Basisauswertung.....	38
Basisdaten Spender.....	38
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus.....	38

Geschlecht.....	40
Patientenalter am Aufnahmetag.....	40
Body Mass Index (BMI).....	41
Anamnese.....	42
Operation.....	43
Operation (nach OPS).....	43
Verlauf.....	44
Komplikationen.....	44
Entlassung.....	45
Nierenfunktion bei Entlassung.....	45
Todesursache.....	48

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 TX finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-tx/> . 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

Da die QS-Daten der Module zur Lebendspende (NLS und LLS) im Erfassungsjahr 2020 durch den überwiegenden Teil der QS-Software-Lösungen aufgrund der besonderen Abrechnungsmodalitäten bei der Lebendspende automatisiert nicht mit der eGK-Versichertennummer der Spenderin / des Spenders, sondern mit der der Empfängerin / des Empfängers befüllt wurden, ist eine Verknüpfung von den Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2020 mit den Follow-up-Informationen aus folgenden Erfassungsjahren nicht möglich. Somit können auch keine Auswertungen der Follow-up-Indikatoren mit Bezug auf einen Indexeingriff aus dem Erfassungsjahr 2020 in den Berichten erfolgen.

Ab dem Jahr 2022 sind mit Bezug auf die Indexeingriffe des Erfassungsjahres 2021 wieder alle Follow-up-Indikatoren der QS-Module zur Lebendspende für die Auswertung und Darstellung der Ergebnisse vorgesehen.

Indikatoren und Kennzahlen			Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
51567	Intra- oder postoperative Komplikationen	≤ 10,00 %	x % O = ≤3 N = 30	0,59 % - 16,67 %	1,69 % O = 9 N = 534	0,89 % - 3,17 %
2137	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 30	0,00 % - 11,35 %	0,00 % O = 0 N = 534	0,00 % - 0,71 %

Gruppe: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende

12440	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 26	0,00 % - 12,87 %	0,00 % O = 0 N = 256	0,00 % - 1,48 %
51568	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	Sentinel Event	23,53 % O = 8 N = 34	12,44 % - 40,00 %	42,34 % O = 188 N = 444	37,83 % - 46,98 %

Indikatoren und Kennzahlen			Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
2138	Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 30	0,00 % - 11,35 %	0,00 % O = 0 N = 534	0,00 % - 0,71 %
12636	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 26	0,00 % - 12,87 %	x % O = ≤3 N = 223	0,08 % - 2,50 %
51997	Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	≤ 20,00 %	x % O = ≤3 N = 23	0,77 % - 20,99 %	4,72 % O = 10 N = 212	2,58 % - 8,46 %

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 Vollzähligkeit, 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 Vollzähligkeit 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			Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850247	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 100,00 %	96,77 % 30 / 31	50,00 % 1 / 2	100,00 % 534 / 534	2,78 % 1 / 36
850248	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	96,77 % 30 / 31	0,00 % 0 / 2	100,00 % 534 / 534	0,00 % 0 / 36
850269	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	76,47 % 26 / 34	100,00 % 2 / 2	52,93 % 235 / 444	89,19 % 33 / 37

Einleitung

Lebendorganspenden werden aufgrund der aktuellen Organknappheit vonseiten der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen zunehmend erwünscht. Voraussetzungen für eine Lebendspende sind der gute Gesundheitszustand der Spenderin bzw. des Spenders und die Freiwilligkeit der Organspende, die durch eine unabhängige Lebendspendekommission geprüft wird. Vor diesem Hintergrund erlaubt das deutsche Transplantationsgesetz die Nierenlebendspende ausschließlich an Verwandte ersten und zweiten Grades, an Ehegatten, eingetragene Lebenspartner oder Verlobte sowie andere Personen, „die der Spenderin bzw. dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen“. Das Qualitätssicherungsverfahren Nierenlebendspende bezieht sich ausschließlich auf die Organspenderin bzw. den Organspender. Bei der Lebendspende soll durch bestmögliche Qualität der medizinischen Behandlung und durch sorgfältige Bewertung der Spenderin bzw. des Spenders vor dem Eingriff ein Höchstmaß an Sicherheit erreicht werden. Es gilt, jegliche Komplikation für die Spenderin bzw. den Spender zu vermeiden.

Potenzielle Lebendorganspenderinnen und Lebendorganspender werden in der Regel in einem mehrstufigen Verfahren evaluiert. Dabei werden Einflussfaktoren identifiziert, die das Risiko für eine potenziell tödliche Komplikation erhöhen können. Denn gemäß § 8 Abs. 1 S. 1c TPG (BGBl. I S. 2757) [1] ist eine Organentnahme bei Lebenden nur zulässig, wenn diese nicht über das allgemeine Operationsrisiko hinaus gefährdet werden.

Die Qualitätsindikatoren beziehen sich dementsprechend auf die Erfassung der Sterblichkeit bzw. der Überlebensraten der Spenderinnen und Spender im Langzeitverlauf, den Erhalt der Nierenfunktion sowie Komplikationen im Zusammenhang mit dem Eingriff.

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 TX-NLS 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 Vollständigkeit 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 Vollständigkeit 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 Vollständigkeitsanalyse 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 %
Land	Datensätze gesamt	30	31	96,77
	Basisdatensatz	30		
	MDS	0		
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	534	534	100,00
	Basisdatensatz	534		
	MDS	0		
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Land	2		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Land	2		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassende Standorte) Land	2	2	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	34		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	36		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassende Standorte) Bund (gesamt)	36	36	100,00

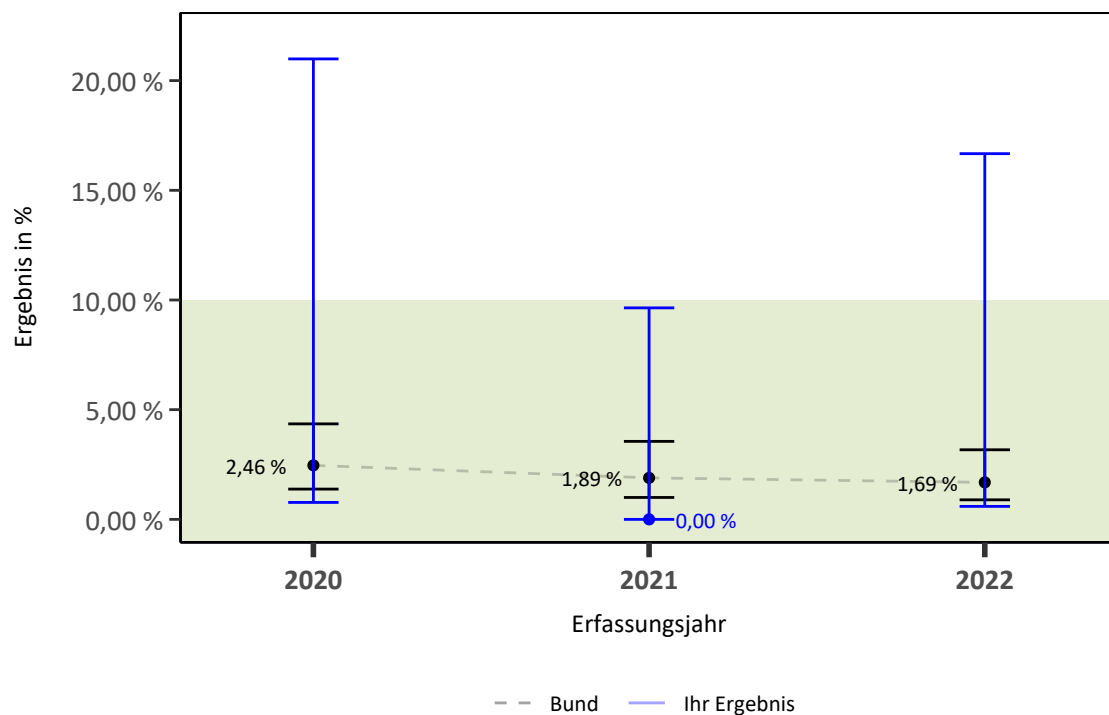
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

51567: Intra- oder postoperative Komplikationen

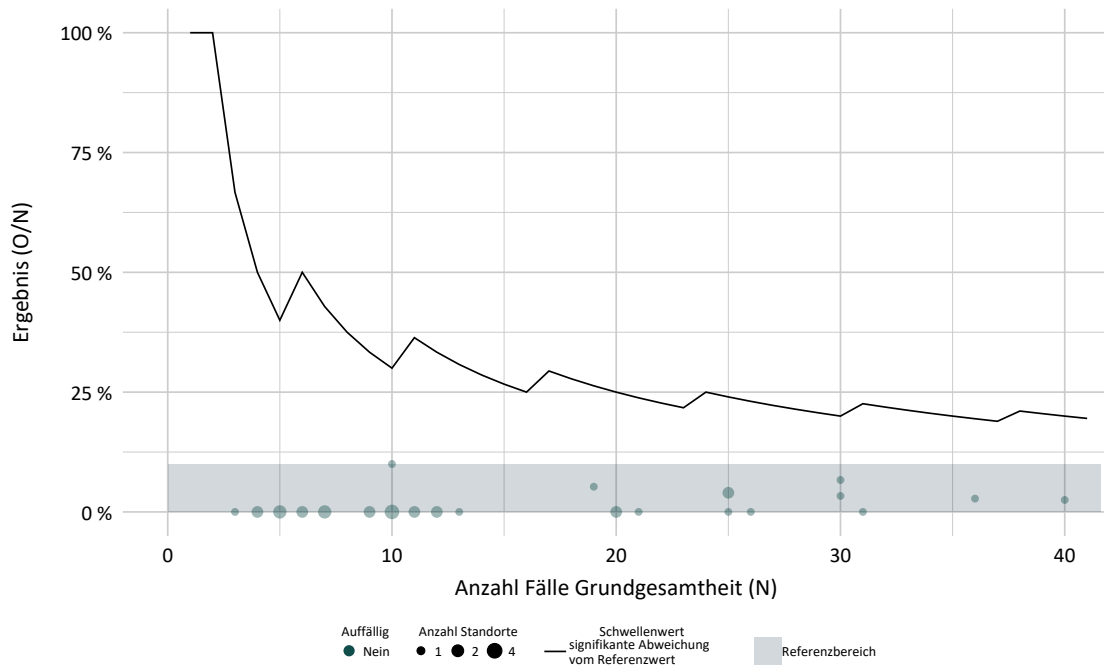
Qualitätsziel	Selten (schwere) intra- oder postoperative Komplikationen nach Nierenlebendspende
ID	51567
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender
Zähler	Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender mit mindestens einer intra- oder postoperativen behandlungsbedürftigen Komplikation (Grad 2 bis 4 nach Clavien-Dindo) und ohne Dialysepflichtigkeit bei Entlassung
Referenzbereich	≤ 10,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Ihr Ergebnis	2020	≤3 / 23	x %	0,77 % - 20,99 %
	2021	0 / 36	0,00 %	0,00 % - 9,64 %
	2022	≤3 / 30	x %	0,59 % - 16,67 %
Bund	2020	11 / 447	2,46 %	1,38 % - 4,35 %
	2021	9 / 476	1,89 %	1,00 % - 3,55 %
	2022	9 / 534	1,69 %	0,89 % - 3,17 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	ID: 51567 Intra- oder postoperative Komplikationen¹	x % ≤3/30	1,69 % 9/534
1.1.1	ID: 29_22000 Blutung	0,00 % 0/30	x % ≤3/534
1.1.2	ID: 29_22001 Reoperation erforderlich	0,00 % 0/30	x % ≤3/534
1.1.3	ID: 29_22002 sonstige Komplikationen	x % ≤3/30	2,62 % 14/534

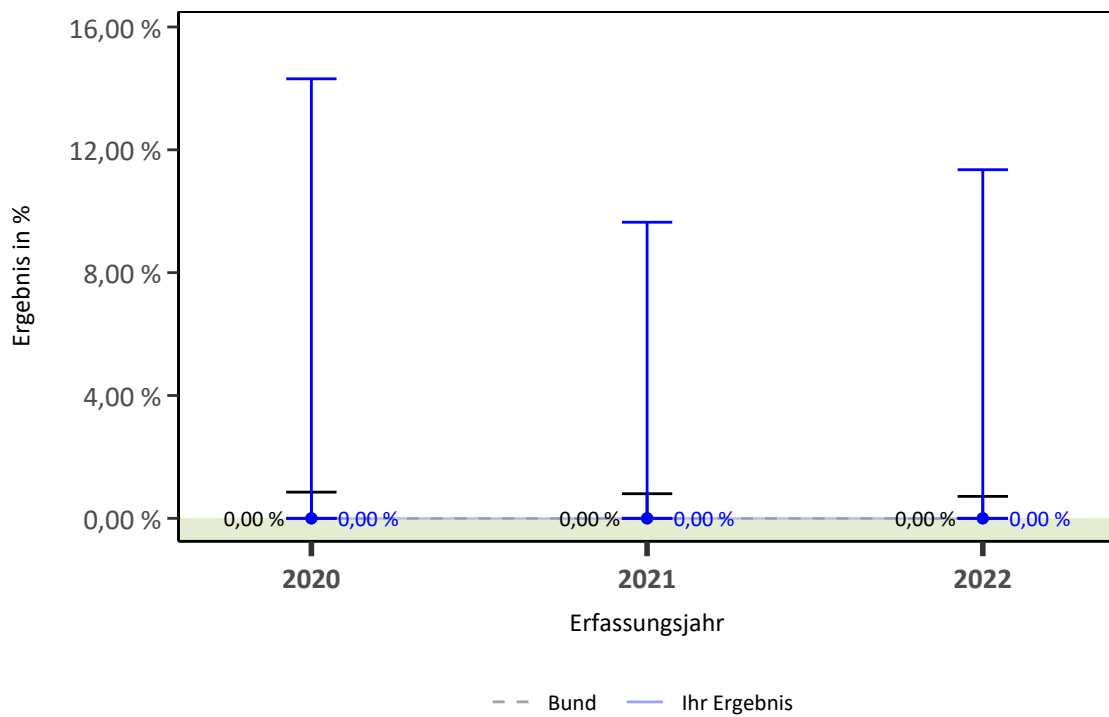
¹ Als schwere Komplikationen sind solche definiert, die mehr als eine Bluttransfusion oder eine Reoperation erfordern bzw. die potenziell zum Tode führen.

2137: Sterblichkeit im Krankenhaus

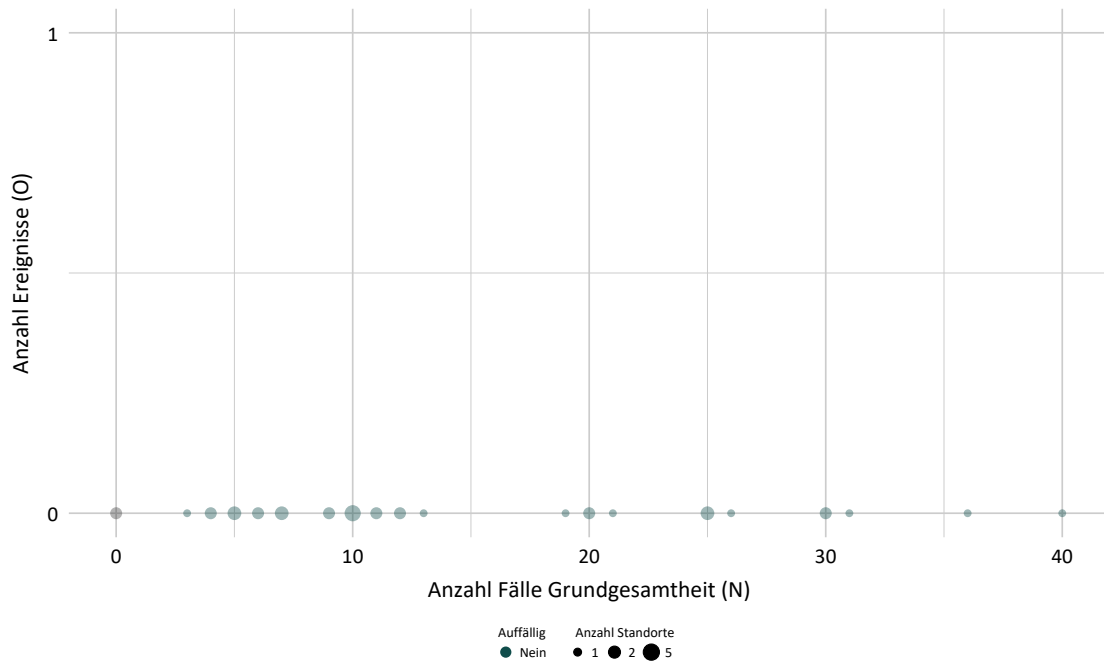
Qualitätsziel	Keine Todesfälle nach Nierenlebendspende
ID	2137
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender
Zähler	Verstorbene Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Ihr Ergebnis	2020	0 / 23	0,00 %	0,00 % - 14,31 %
	2021	0 / 36	0,00 %	0,00 % - 9,64 %
	2022	0 / 30	0,00 %	0,00 % - 11,35 %
Bund	2020	0 / 447	0,00 %	0,00 % - 0,85 %
	2021	0 / 476	0,00 %	0,00 % - 0,80 %
	2022	0 / 534	0,00 %	0,00 % - 0,71 %

Gruppe: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende

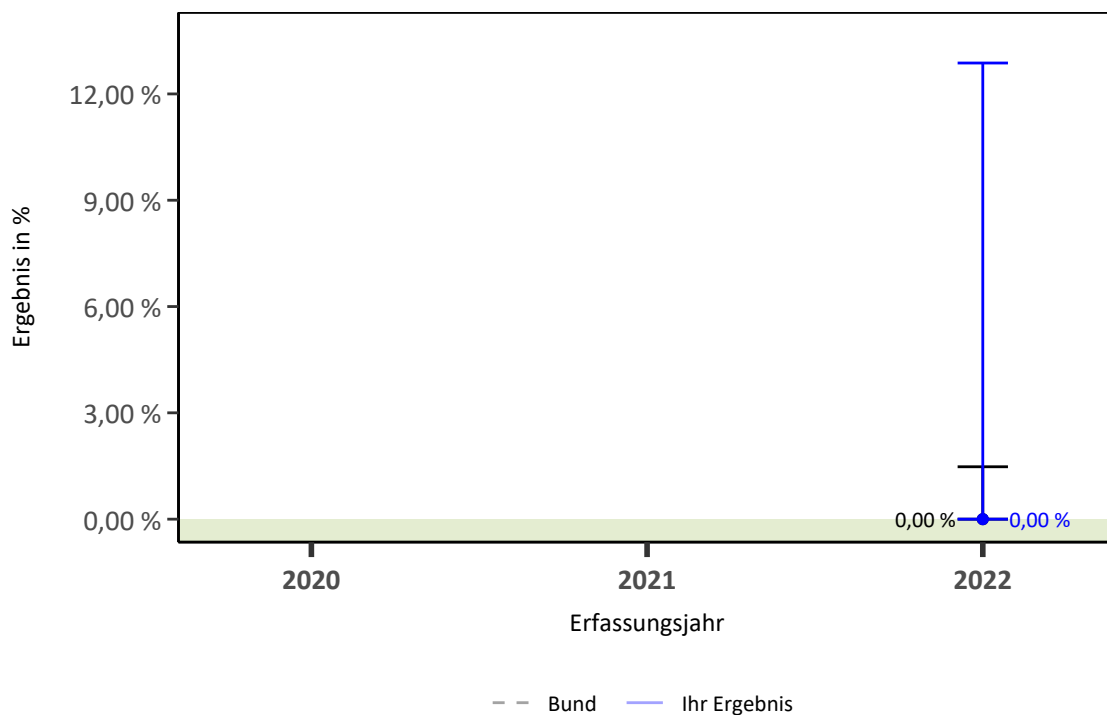
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende
---------------	--

12440: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende

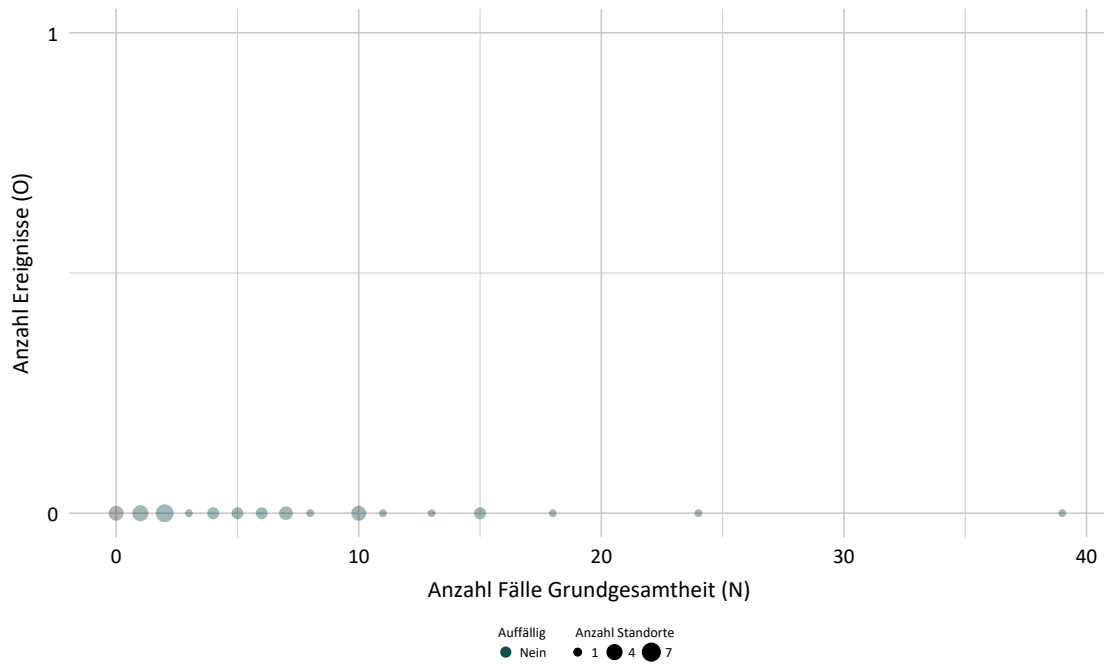
ID	12440
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2022 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status
Zähler	Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, die innerhalb des 1. Jahres nach der Spende verstorben sind
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Detailergebnisse

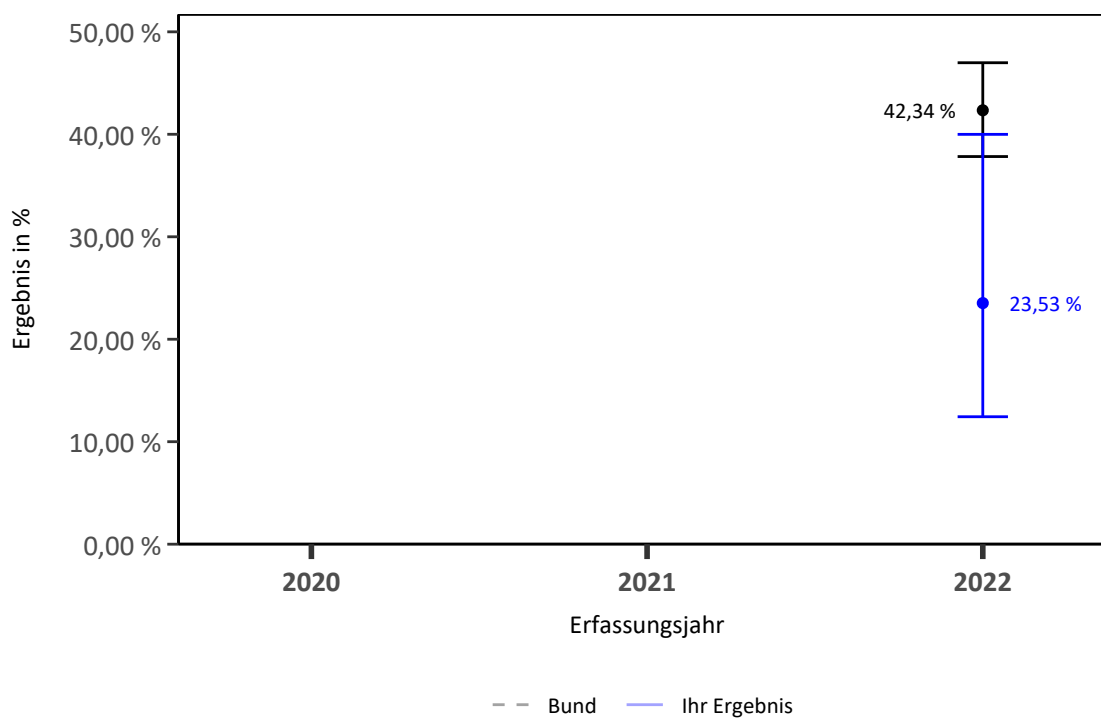
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Ihr Ergebnis	2020	- / -	-	-
	2021	- / -	-	-
	2022	0 / 26	0,00 %	0,00 % - 12,87 %
Bund	2020	- / -	-	-
	2021	- / -	-	-
	2022	0 / 256	0,00 %	0,00 % - 1,48 %

51568: Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende

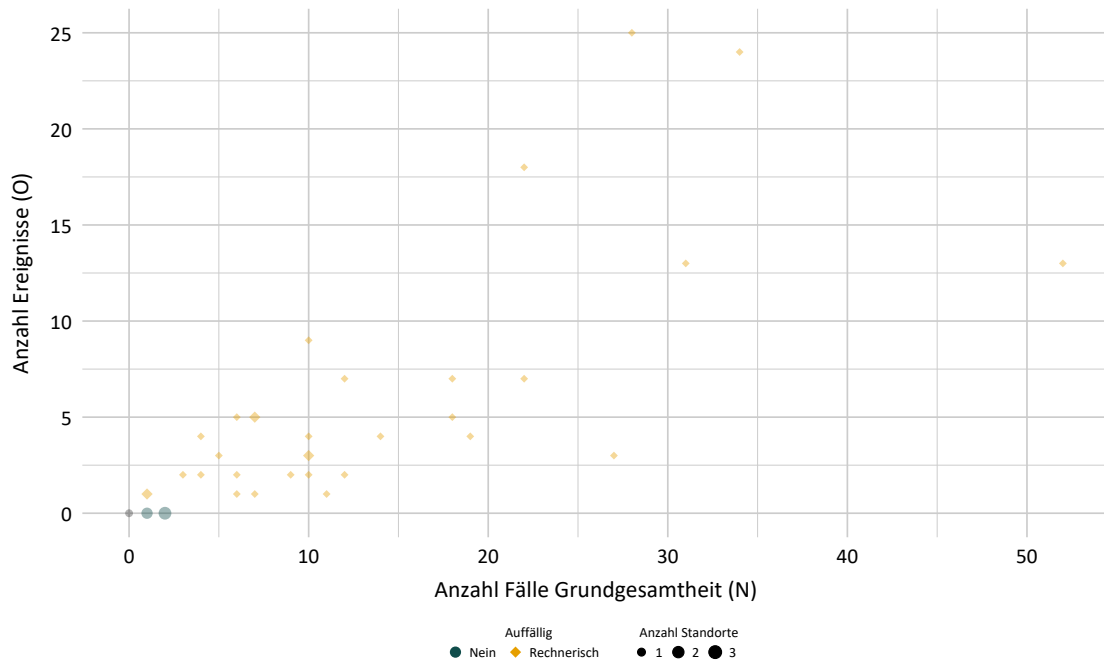
ID	51568
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2022 fällig ist, mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status
Zähler	Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, die innerhalb des 1. Jahres nach der Spende verstorben sind oder deren Überlebensstatus 1 Jahr nach Spende unbekannt ist
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Ihr Ergebnis	2020	- / -	-	-
	2021	- / -	-	-
	2022	8 / 34	23,53 %	12,44 % - 40,00 %
Bund	2020	- / -	-	-
	2021	- / -	-	-
	2022	188 / 444	42,34 %	37,83 % - 46,98 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 29_22003 Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2022 fällig wurde	100,00 % 34/34	100,00 % 444/444
3.1.1	ID: 29_22004 davon lebend entlassen	100,00 % 34/34	100,00 % 444/444
3.1.1.1	ID: 29_22005 Status bekannt	76,47 % 26/34	57,66 % 256/444
3.1.1.1.1	ID: 29_22006 davon lebend	100,00 % 26/26	100,00 % 256/256
3.1.1.1.2	ID: 29_22007 verstorben innerhalb von 1 Jahr	0,00 % 0/26	0,00 % 0/256
3.1.1.2	ID: 29_22009 Status unbekannt	23,53 % 8/34	42,34 % 188/444
3.1.1.3	ID: 29_22010 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	23,53 % 8/34	42,34 % 188/444

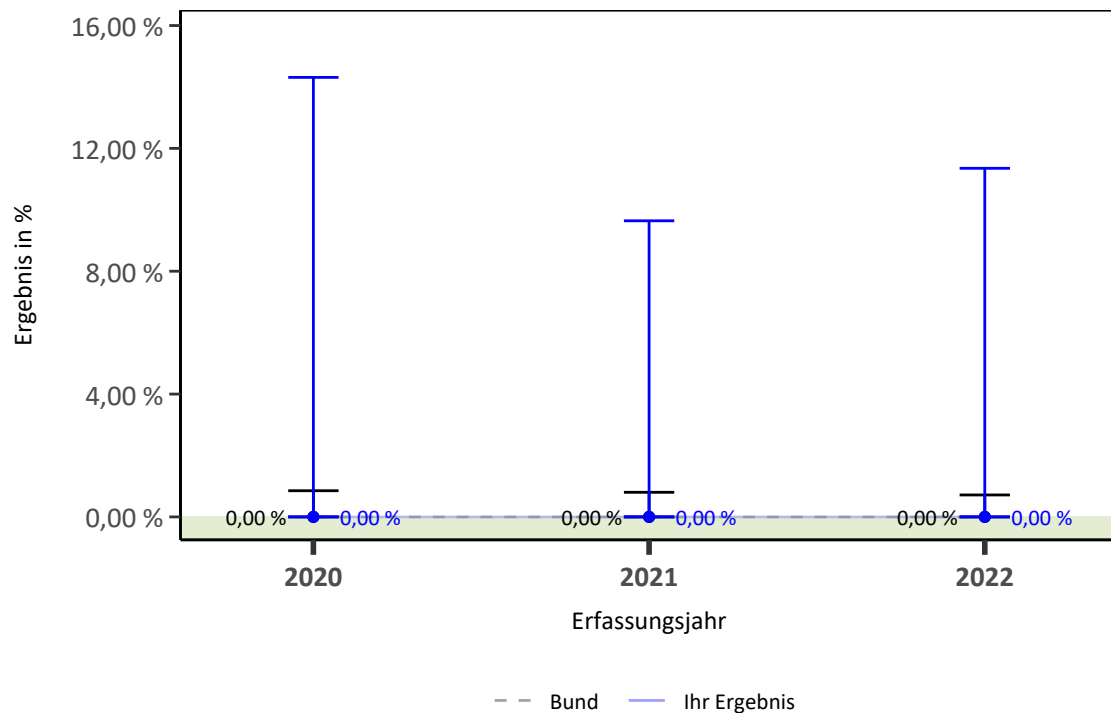
Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	Verlauf 1-Jahres-Versterben		
3.2.1	ID: 29_22011 Lebend entlassene Lebendspenderinnen und Lebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2022 fällig wurde	100,00 % 34/34	100,00 % 444/444
3.2.2	1-Jahres-Versterben		
3.2.2.1	ID: 12440 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	0,00 % 0/26	0,00 % 0/256
3.2.2.2	ID: 51568 Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	23,53 % 8/34	42,34 % 188/444
3.2.2.3	ID: 29_22012 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende: Best-Case-Analyse (unbekannter Status als lebend gezählt)	0,00 % 0/34	0,00 % 0/444

2138: Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich

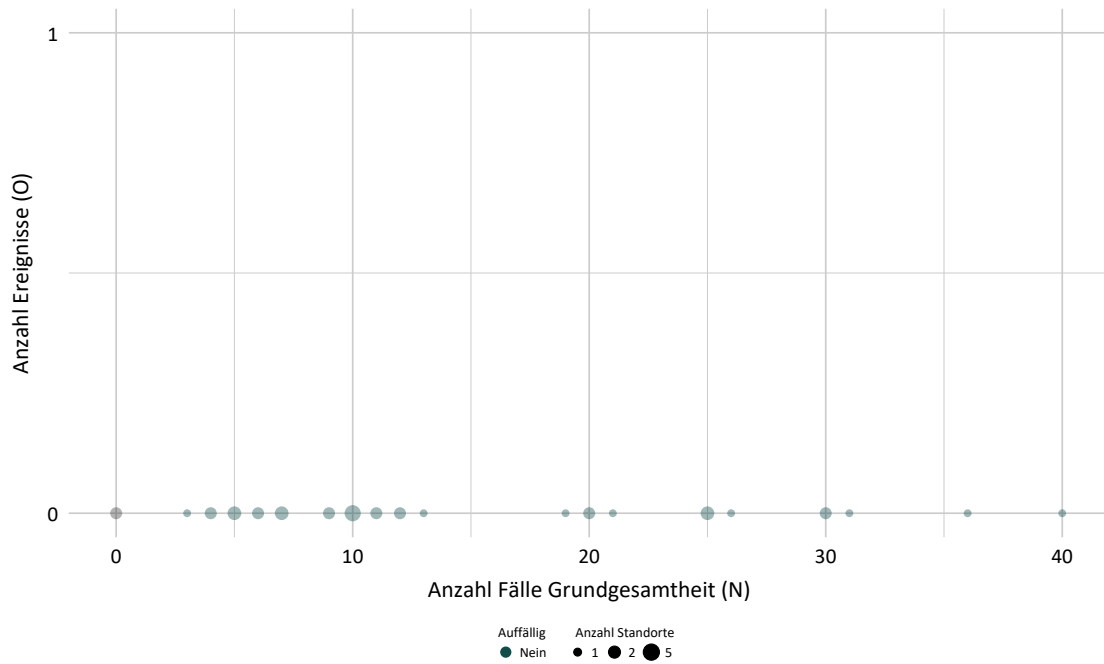
Qualitätsziel	Keine Dialysepflicht der Lebendspenderin bzw. des Lebendspenders nach Nierenlebendspende
ID	2138
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender
Zähler	Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, die bei Entlassung dialysepflichtig waren
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Detailergebnisse

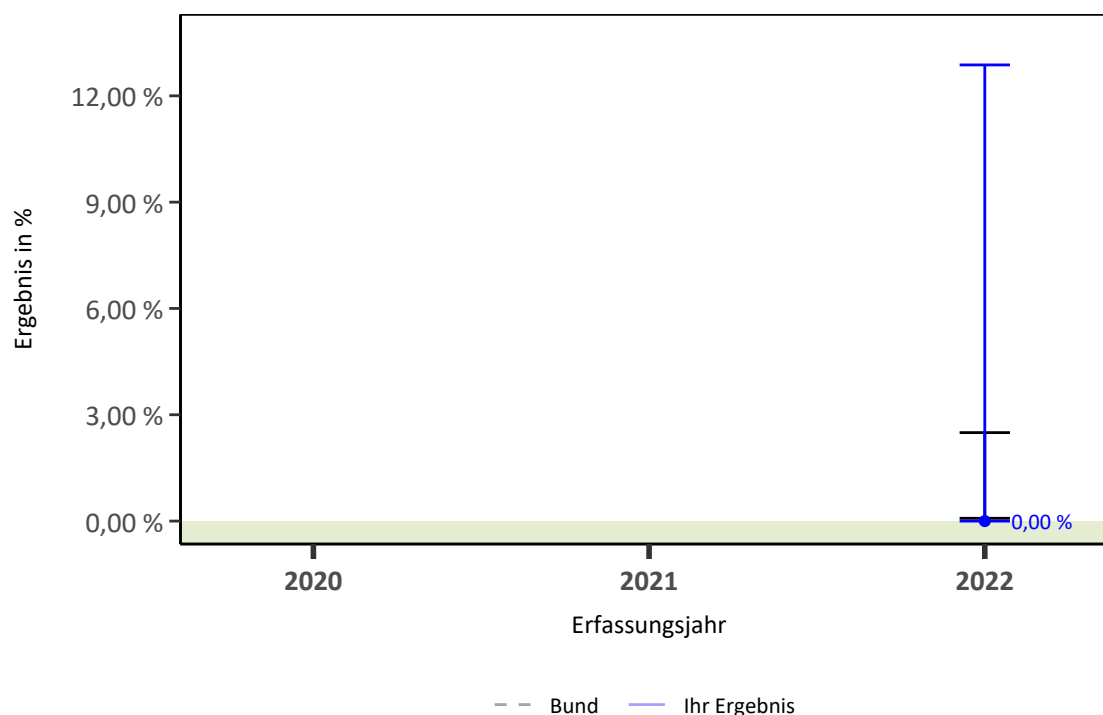
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Ihr Ergebnis	2020	0 / 23	0,00 %	0,00 % - 14,31 %
	2021	0 / 36	0,00 %	0,00 % - 9,64 %
	2022	0 / 30	0,00 %	0,00 % - 11,35 %
Bund	2020	0 / 447	0,00 %	0,00 % - 0,85 %
	2021	0 / 476	0,00 %	0,00 % - 0,80 %
	2022	0 / 534	0,00 %	0,00 % - 0,71 %

12636: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)

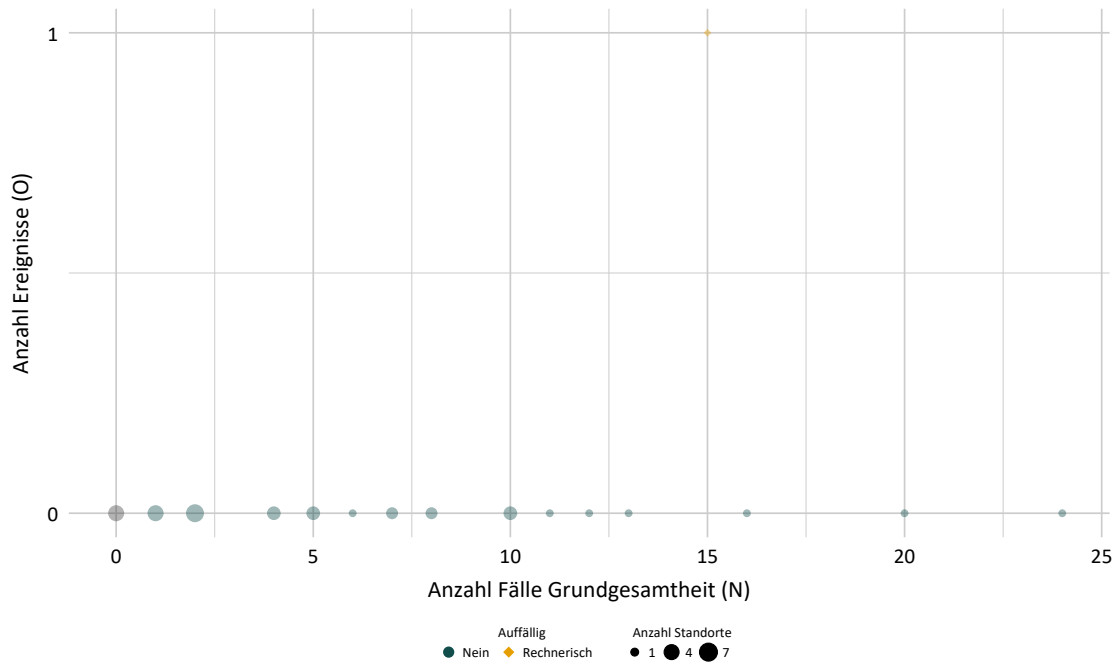
Qualitätsziel	Selten erhebliche Einschränkung der Nierenfunktion bei Nierenlebendspenderin bzw. beim Nierenlebendspender
ID	12636
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2022 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und bekannten Laborwerten, die nicht während des stationären Aufenthaltes verstorben sind
Zähler	Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender mit eingeschränkter Nierenfunktion (GFR \leq 30 ml/min oder dialysepflichtig) 1 Jahr nach der Spende
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Ihr Ergebnis	2020	- / -	-	-
	2021	- / -	-	-
	2022	0 / 26	0,00 %	0,00 % - 12,87 %
Bund	2020	- / -	-	-
	2021	- / -	-	-
	2022	≤3 / 223	x %	0,08 % - 2,50 %

Details zu den Ergebnissen

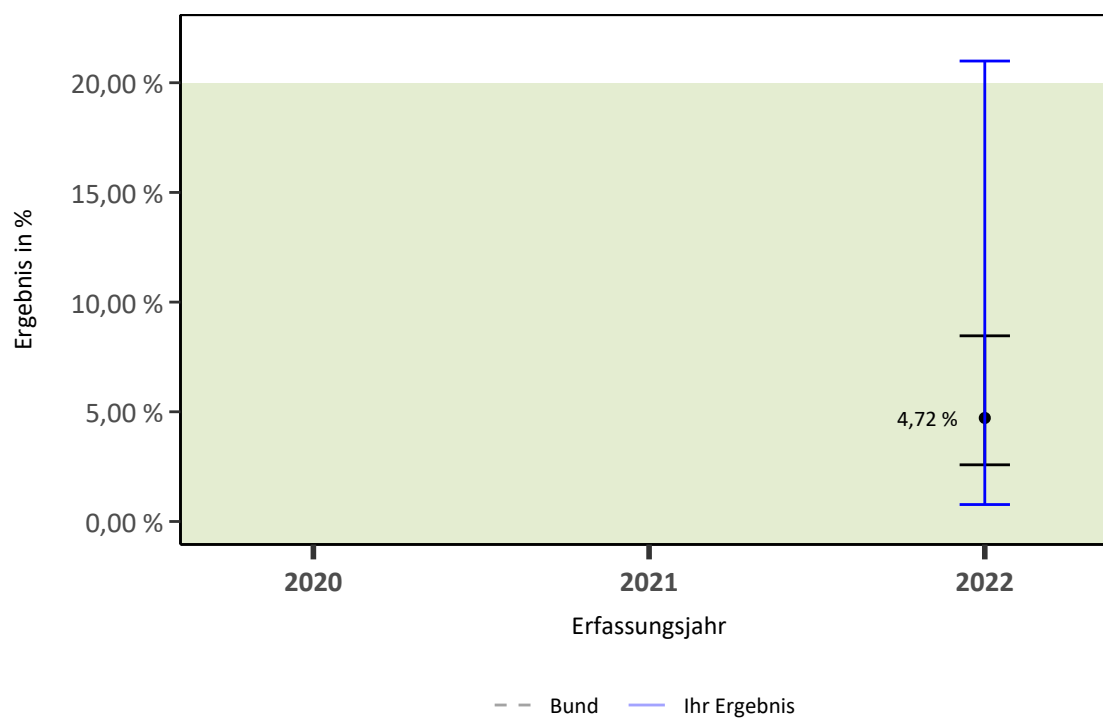
Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	ID: 29_22045 Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender aus dem Erfassungsjahr 2021	100,00 % 34/34	100,00 % 444/444
5.1.1	ID: 29_22046 davon Status nach 1 Jahr bekannt und lebend	76,47 % 26/34	52,93 % 235/444
5.1.1.1	ID: 29_22047 davon mit plausiblen Laborwerten	100,00 % 26/26	94,89 % 223/235
5.1.1.1.1	ID: 12636 Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)	0,00 % 0/26	x % ≤3/223
5.1.1.2	ID: 29_22048 davon mit unbekanntem oder unplausiblen Laborwerten	0,00 % 0/26	5,11 % 12/235

51997: Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende

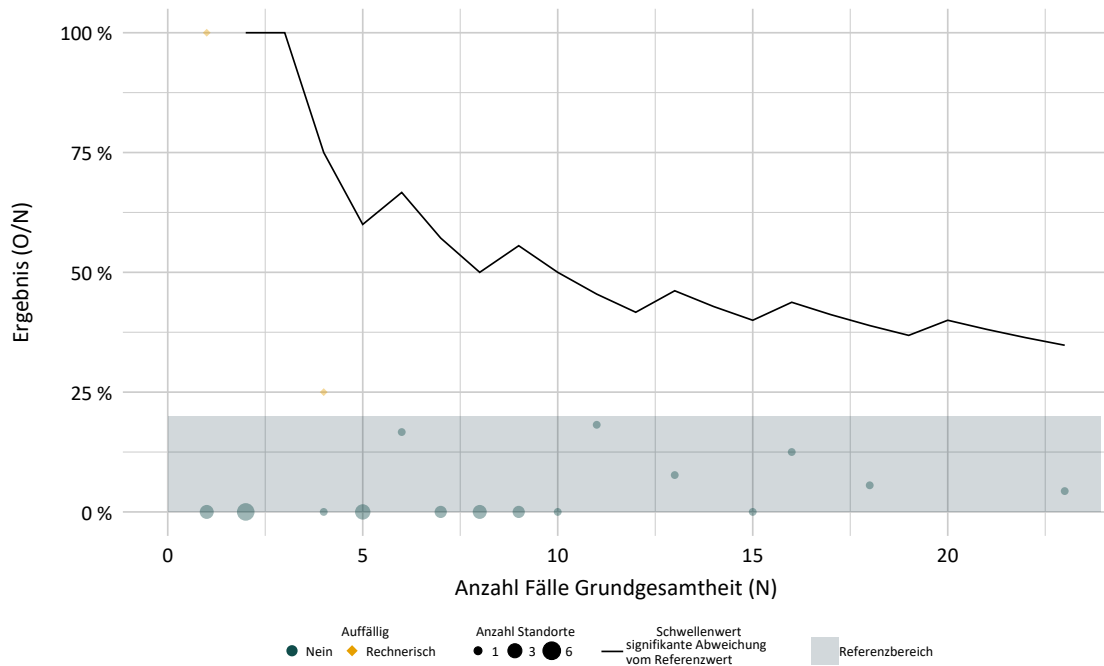
Qualitätsziel	Selten Auftreten einer Albuminurie nach Nierenlebendspende
ID	51997
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2022 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und bekannten Laborwerten, die nicht während des stationären Aufenthaltes verstorben sind
Zähler	Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender mit Albuminurie (≥ 30 mg/l oder ≥ 30 mg/g) 1 Jahr nach der Spende
Referenzbereich	$\leq 20,00$ %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Ihr Ergebnis	2020	- / -	-	-
	2021	- / -	-	-
	2022	≤3 / 23	x %	0,77 % - 20,99 %
Bund	2020	- / -	-	-
	2021	- / -	-	-
	2022	10 / 212	4,72 %	2,58 % - 8,46 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	ID: 29_22057 Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender aus dem Erfassungsjahr 2021	100,00 % 34/34	100,00 % 444/444
6.1.1	ID: 29_22058 davon Status nach 1 Jahr bekannt und lebend	76,47 % 26/34	52,93 % 235/444
6.1.1.1	ID: 29_22059 davon mit plausiblen Laborwerten	88,46 % 23/26	90,21 % 212/235
6.1.1.1.1	ID: 51997 Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	x % ≤3/23	4,72 % 10/212
6.1.1.2	ID: 29_22060 davon mit unbekanntem oder unplausiblen Laborwerten	x % ≤3/26	9,79 % 23/235

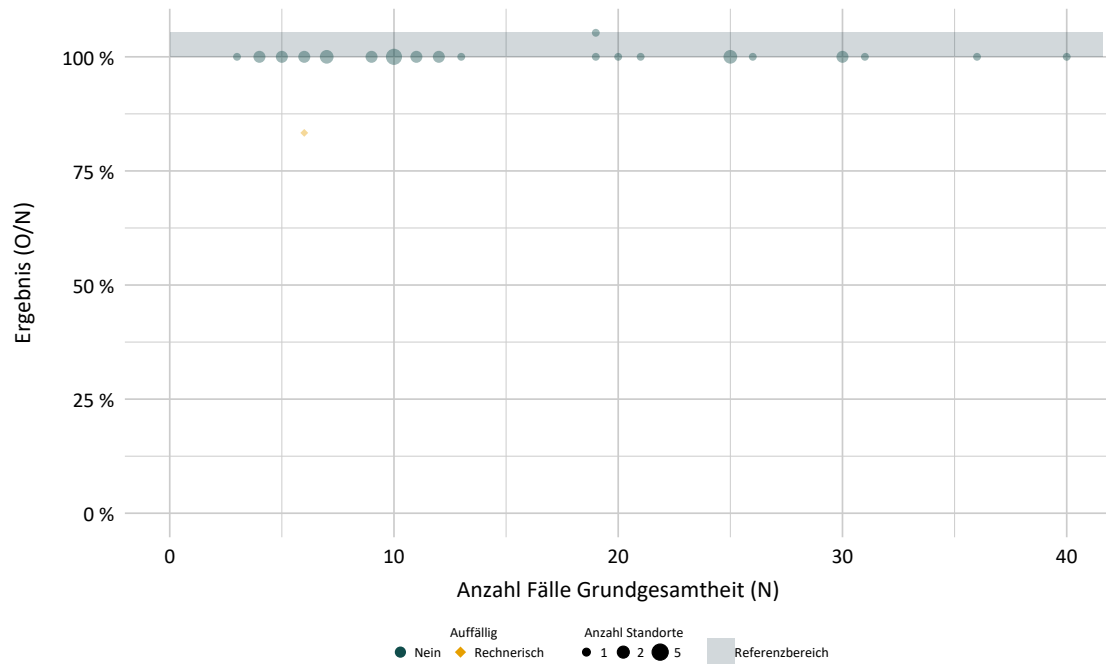
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850247: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

ID	850247
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	51567: Intra- oder postoperative Komplikationen 2137: Sterblichkeit im Krankenhaus 2138: Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich
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



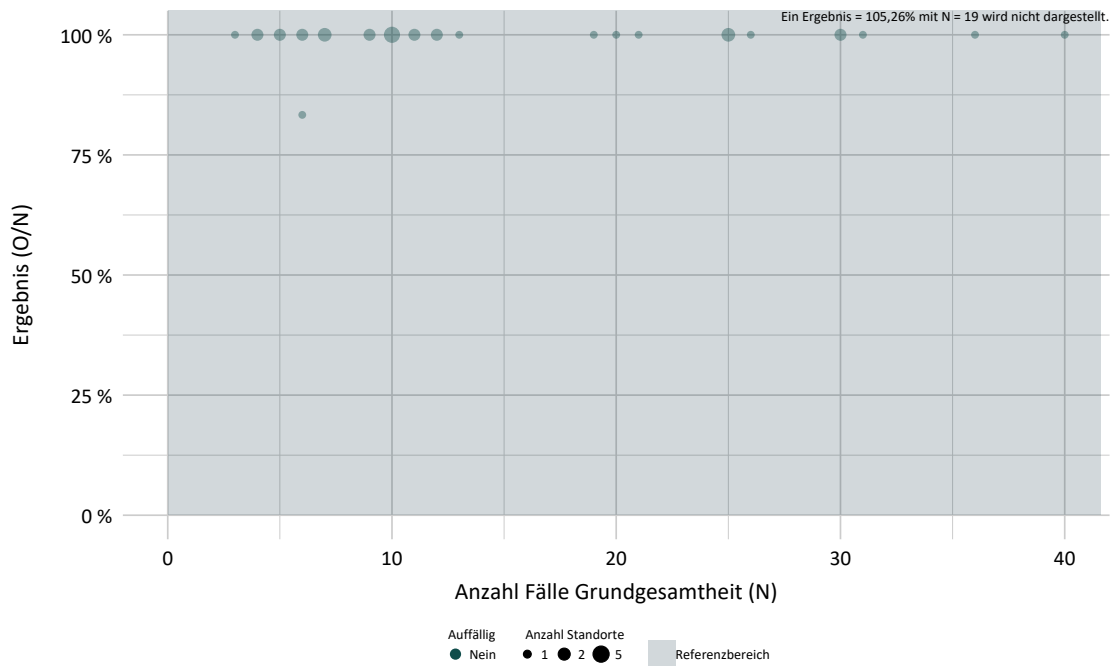
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Ihr Ergebnis	30 / 31	96,77 %	50,00 % 1 / 2
Bund	534 / 534	100,00 %	2,78 % 1 / 36

850248: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

ID	850248
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	51567: Intra- oder postoperative Komplikationen 2137: Sterblichkeit im Krankenhaus 2138: Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich
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



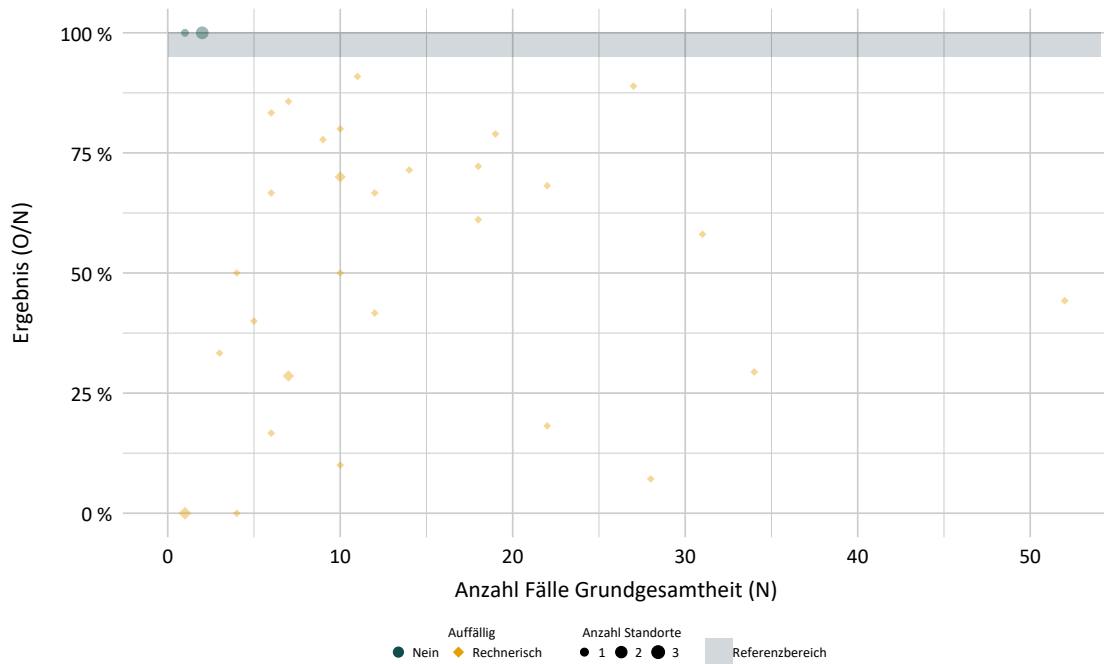
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Ihr Ergebnis	30 / 31	96,77 %	0,00 % 0 / 2
Bund	534 / 534	100,00 %	0,00 % 0 / 36

850269: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

ID	850269
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. Hypothese Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	12440: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende 51568: Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende 12636: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende) 51997: Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2022 fällig ist
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 1-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Ihr Ergebnis	26 / 34	76,47 %	100,00 % 2 / 2
Bund	235 / 444	52,93 %	89,19 % 33 / 37

Basisauswertung

Basisdaten Spender

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patienten	N = 30		N = 534	
Aufnahmequartal				
Aufnahme in den Vorjahren (Überlieger)	0	0,00	0	0,00
1. Quartal	8	26,67	120	22,47
2. Quartal	7	23,33	125	23,41
3. Quartal	7	23,33	155	29,03
4. Quartal	8	26,67	134	25,09
Entlassungsquartal				
1. Quartal	8	26,67	109	20,41
2. Quartal	5	16,67	125	23,41
3. Quartal	9	30,00	150	28,09
4. Quartal	8	26,67	150	28,09

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Fälle	N = 30		N = 534	
Verweildauer im Krankenhaus				
≤ 7 Tage	17	56,67	279	52,25
8 - 14 Tage	10	33,33	239	44,76
15 - 21 Tage	≤3	x	12	2,25
22 - 28 Tage	0	0,00	≤3	x
> 28 Tage	≤3	x	≤3	x

	Ihr Ergebnis	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)		
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	30	534
Minimum	1,00	0,00
5. Perzentil	1,00	1,00
25. Perzentil	1,00	1,00
Median	1,00	1,00
Mittelwert	3,80	1,59
75. Perzentil	2,25	1,00
95. Perzentil	30,45	3,00
Maximum	31,00	31,00
Postoperative Verweildauer (Tage)		
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	30	534
Minimum	4,00	2,00
5. Perzentil	4,00	3,00
25. Perzentil	5,00	5,00
Median	5,00	6,00
Mittelwert	5,97	6,23
75. Perzentil	6,25	7,00
95. Perzentil	13,35	10,00
Maximum	15,00	20,00
Gesamtverweildauer (Tage)²		
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	30	534
Minimum	5,00	2,00
5. Perzentil	5,00	4,00
25. Perzentil	6,00	6,00
Median	6,00	7,00
Mittelwert	9,77	7,82
75. Perzentil	11,25	8,25
95. Perzentil	35,00	14,00
Maximum	35,00	35,00

² Die Gesamtverweildauer berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

Geschlecht

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patienten	N = 30		N = 534	
Geschlecht				
(1) männlich	12	40,00	202	37,83
(2) weiblich	18	60,00	332	62,17
(3) divers	0	0,00	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00	0	0,00

Patientenalter am Aufnahmetag

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patienten	N = 30		N = 534	
Altersverteilung				
< 20 Jahre	0	0,00	0	0,00
20 - 29 Jahre	≤3	x	6	1,12
30 - 39 Jahre	5	16,67	58	10,86
40 - 49 Jahre	5	16,67	114	21,35
50 - 59 Jahre	12	40,00	195	36,52
60 - 69 Jahre	6	20,00	132	24,72
70 - 79 Jahre	≤3	x	28	5,24
≥ 80 Jahre	0	0,00	≤3	x

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
Altersverteilung (Jahre)				
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	30		534	
Minimum	27,00		22,00	
5. Perzentil	29,75		34,00	
25. Perzentil	44,75		46,75	
Mittelwert	51,87		53,45	
Median	54,00		55,00	
75. Perzentil	59,25		61,00	
95. Perzentil	69,35		70,00	
Maximum	71,00		82,00	

Body Mass Index (BMI)

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Patienten mit Angaben zu Körpergröße von ≥ 40 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 1 kg bis ≤ 230 kg	N = 30		N = 534	
BMI bei Aufnahme				
Untergewicht ($< 18,5$)	≤ 3	x	5	0,94
Normalgewicht ($\geq 18,5 - < 25$)	12	40,00	213	39,89
Übergewicht ($\geq 25 - < 30$)	16	53,33	235	44,01
Adipositas (≥ 30)	≤ 3	x	81	15,17

Anamnese

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patienten	N = 30		N = 534	
Hypertonie präoperativ systolisch > 140 mmHg oder diastolisch > 90 mmHg				
(0) nein	27	90,00	422	79,03
(1) ja	≤3	x	112	20,97

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Kreatininwert i.S. (mg/dl)				
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten > 0,0 und < 99,0	30		534	
Median	0,80		0,80	
Mittelwert	0,81		0,81	
Kreatininwert i.S. (μmol/l)				
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten > 0 und < 9.000	30		534	
Median	71,00		70,72	
Mittelwert	71,77		71,57	

Operation

Operation (nach OPS)

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patienten	N = 30		N = 534	
OPS³				
(5-554.80) Nephrektomie: Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender: Offen chirurgisch lumbal	7	23,33	95	17,79
(5-554.81) Nephrektomie: Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender: Offen chirurgisch abdominal	≤3	x	33	6,18
(5-554.82) Nephrektomie: Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender: Thorakoabdominal	0	0,00	0	0,00
(5-554.83) Nephrektomie: Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender: Laparoskopisch	0	0,00	383	71,72
(5-554.8x) Nephrektomie: Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender: Sonstige	21	70,00	23	4,31

³ Mehrfachnennung möglich

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Dauer des Eingriffs (Minuten)				
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	30		534	
Median	111,50		160,50	
Mittelwert	107,10		167,74	

Verlauf

Komplikationen

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patienten	N = 30		N = 534	
Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation				
(0) nein	29	96,67	517	96,82
(1) Grad I (erlaubte Behandlungsoptionen)	0	0,00	8	1,50
(2) Grad II (weiterführende pharmakologische Behandlung, EKs, parenterale Ernährung)	≤3	x	4	0,75
(3) Grad III (chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention)	0	0,00	5	0,94
(4) Grad IV (lebensbedrohliche Komplikation)	0	0,00	0	0,00
(5) Grad V (Tod)	0	0,00	0	0,00

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Patienten mit behandlungsbedürftigen (schweren) intra- oder postoperativen Komplikationen	N ≤3		N = 17	
Art der behandlungsbedürftigen (schweren) intra- oder postoperativen Komplikation(en)⁴				
Blutung ⁵	0	0,00	≤3	x
Reoperation erforderlich	0	0,00	≤3	x
sonstige Komplikationen	≤3	x	14	82,35

⁴ Mehrfachnennung möglich

⁵ > 1 EK oder operative Revision

Entlassung

Nierenfunktion bei Entlassung

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patienten	N = 30		N = 534	
Patient bei Entlassung dialysepflichtig?				
(0) nein	30	100,00	534	100,00
(1) ja	0	0,00	0	0,00

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Kreatininwert i.S. (mg/dl)				
Anzahl lebender Patienten, die bei Entlassung nicht dialysepflichtig sind mit Angabe von Werten > 0,0 und < 99,0	30		534	
Median	1,25		1,20	
Mittelwert	1,30		1,25	
Kreatininwert i.S. (µmol/l)				
Anzahl lebender Patienten, die bei Entlassung nicht dialysepflichtig sind mit Angabe von Werten > 0,0 und < 9999,0	30		534	
Median	110,50		106,08	
Mittelwert	115,23		110,88	
Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U. (mg/g)				
Anzahl lebender Patienten, die bei Entlassung nicht dialysepflichtig sind mit Angabe von Werten < 9999	12		320	
Median	7,50		10,00	
Mittelwert	20,67		30,16	

Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
Albumin i. U. \geq 30 mg/l			
Anzahl lebender Patienten ohne Angabe des Albumin-Kreatin-Verhältnisses, die bei Entlassung nicht dialysepflichtig sind und deren Albumin-Wert i. U. \geq 30mg/l ist	0		17
Median	-		18,00
Mittelwert	-		23,18

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patienten	N = 30		N = 534	
arterielle Hypertonie systolisch > 140 mmHg oder diastolisch > 90 mmHg				
(0) nein	28	93,33	435	81,46
(1) ja	\leq 3	x	99	18,54

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patienten	N = 30		N = 534	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)				
(01) Behandlung regulär beendet	28	93,33	439	82,21
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00	91	17,04
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	0	0,00	0	0,00
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	0	0,00	\leq 3	x
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	0	0,00	0	0,00
(07) Tod	0	0,00	0	0,00
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ⁶	0	0,00	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	\leq 3	x	\leq 3	x

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patienten	N = 30		N = 534	
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	0	0,00	≤3	x
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00	0	0,00
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ⁷	0	0,00	0	0,00
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ⁸	0	0,00	0	0,00
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	0	0,00	0	0,00
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	0	0,00	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00	0	0,00

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

⁷ nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

⁸ für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

Todesursache

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Im Krankenhaus verstorbene Patienten	N = 0		N = 0	
Todesursache				
(1) Infektion	0	-	0	-
(2) kardiovaskulär	0	-	0	-
(3) cerebrovaskulär	0	-	0	-
(4) andere	0	-	0	-
(9) unbekannt	0	-	0	-