



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Länderbericht

Transplantationsmedizin: Nierenlebendspende

Erfassungsjahr 2020

Veröffentlichungsdatum: 25. Juni 2021

Impressum

Herausgeber:

IQTIG - Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

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

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Ergebnisübersicht..... | 4 |
| Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2020..... | 6 |
| Einleitung..... | 7 |
| Datengrundlagen..... | 8 |
| Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten..... | 8 |
| Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen..... | 10 |
| 51567: Intra- oder postoperative Komplikationen..... | 10 |
| Details zu den Ergebnissen..... | 12 |
| 2137: Sterblichkeit im Krankenhaus..... | 13 |
| 2138: Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich..... | 15 |
| Basisauswertung..... | 17 |
| Basisdaten Spender..... | 17 |
| Aufenthaltsdauer im Krankenhaus..... | 17 |
| Geschlecht..... | 19 |
| Patientenalter am Aufnahmetag..... | 19 |
| Body Mass Index (BMI)..... | 20 |
| Anamnese..... | 21 |
| Operation..... | 22 |
| Operation (nach OPS)..... | 22 |
| Verlauf..... | 23 |
| Komplikationen..... | 23 |
| Entlassung..... | 24 |
| Nierenfunktion bei Entlassung..... | 24 |
| Todesursache..... | 27 |

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen für eine schnelle Übersicht zusammengefasst. Die Ergebnisse der Qualitätssicherung werden differenziert nach dem Ergebnis des hier betrachteten Leistungserbringers (Rückmeldebericht) bzw. Bundeslandes (Länderbericht) („Ihr Ergebnis“) im Vergleich zum Bundesergebnis. Für die Bundesauswertung bleiben die Spalten „Ihr Ergebnis“ leer, es wird nur das Bundesergebnis als solches dargestellt. Die Auswertung erfolgt pro Standort eines Krankenhauses bzw. (sofern im Verfahren vorgesehen) pro Betriebsstättennummer eines ambulanten Leistungserbringers (Rückmeldebericht) bzw. für Standorte eines Bundeslandes (Länderbericht).

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 eines Qualitätsindikators, wurde dies durch ein \checkmark 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 (für Länderberichte) beschrieben: $\nearrow \searrow \rightarrow$

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Aufgrund des ab 2020 geltenden bundesweiten Verzeichnisses der Standorte nach § 108 SGB V zugelassener Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen konnten für das Erfassungsjahr 2020 nicht alle Standorte aus dem Jahr 2019 auf die Standorte 2020 gemappt werden. Aus diesem Grund können in den Rückmeldeberichten für die Leistungserbringer zum Erfassungsjahr 2020 keine Vorjahresergebnisse dargestellt werden.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese für ein zurückliegendes Jahr nicht berechnet werden. Dieser Fall kann bspw. 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.
- Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive dem Vergleich mit den relevanten Vergleichsgruppen finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren und Indikatorengruppen“.
- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.

- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum des Patienten oder der Patientin liegt (gilt für stationäre Leistungen!). Werden Leistungen ambulant erbracht, entfällt dieser Grundsatz; hier gilt das Prozedurdatum als Datum für die Zuordnung zu einem Quartal bzw. Jahr.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen unterscheiden.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellen Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Qualitätsindikatoren, die nur auf der QS-Dokumentation basieren, können jeweils im Anschluss an das jeweilige Erfassungsjahr berichtet werden. Sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren können hingegen nur zeitlich verzögert berichtet werden, u. a. da die Sozialdaten bei den Krankenkassen nur mit deutlichem Zeitverzug bereitgestellt und ausgewertet werden können.

Weitere Informationen zu den bundesbezogenen QS-Verfahren finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2020

Die Follow-up Qualitätsindikatoren zu QS TX können für das Erfassungsjahr 2020 nicht ausgewertet werden, da die ET-Nr. 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. 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 / Kennzahlen | | | Ihr Ergebnis | | | | Bund (gesamt) | |
|--------------------------|--|-----------------|------------------|-------------------|----------------------------|---------|-------------------|-------------------|
| ID | Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl | Referenzbereich | Ergebnis | Vertrauensbereich | Rechnerische Auffälligkeit | Tendenz | Ergebnis | Vertrauensbereich |
| 51567 | Intra- oder postoperative Komplikationen | ≤ 10,00 % | 6,25 % N = 16 | 1,11 % - 28,33 % | | → | 2,46 % N = 447 | 1,38 % - 4,35 % |
| 2137 | Sterblichkeit im Krankenhaus | Sentinel Event | 0,00 % N = 16 | 0,00 % - 19,36 % | | → | 0,00 % N = 447 | 0,00 % - 0,85 % |
| 2138 | Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich | Sentinel Event | 0,00 % N = 16 | 0,00 % - 19,36 % | | → | 0,00 % N = 447 | 0,00 % - 0,85 % |

↗↘→ = Tendenz im Vergleich zum Vorjahr verbessert, verschlechtert, unverändert

✗ / ✓ = Rechnerisch auffällig / Rechnerisch nicht auffällig

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 Lebendspende-Kommission 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 Berichtes basieren auf QS-Dokumentationsdaten. Die Datengrundlage für diesen Bericht umfasst folgende Datenquelle:

- Datengrundlage nach Standort
- Vollzähligkeitsanalyse nach Institutskennzeichen-Nummer bzw. Betriebsstättennummer

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die nachfolgende Tabelle stellt die nach Standortnummer (vgl. auch Standortverzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V) gelieferten QS-Dokumentationsdaten für das Erfassungsjahr 2020 dar.

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

Die Sollstatistik ist vom Standortbezug entkoppelt und wird auf Ebene des Institutionskennzeichens erstellt. Die Darstellung der Datengrundlage sowie Vollzähligkeit in den Berichten erfolgt daher ebenfalls auf Ebene des Institutionskennzeichens und ist in der nachfolgenden Tabelle mit dargestellt.

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

| Erfassungsjahr 2020 | | geliefert | erwartet | Vollständigkeit in % |
|--|---------------------------------------|------------|------------|-------------------------|
| Ihre Daten nach Standort | Eingegangene Datensätze gesamt | 16 | - | - |
| | Basisdatensatz | 16 | | |
| | MDS | 0 | | |
| Ihre Daten nach IKNR / BSNR | Eingegangene Datensätze gesamt | 16 | 16 | 100,00 |
| | Basisdatensatz | 16 | | |
| | MDS | 0 | | |
| Bund (gesamt) | Eingegangene Datensätze gesamt | 447 | 447 | 100,00 |
| | Basisdatensatz | 447 | | |
| | MDS | 0 | | |
| Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt) | | 36 | | |

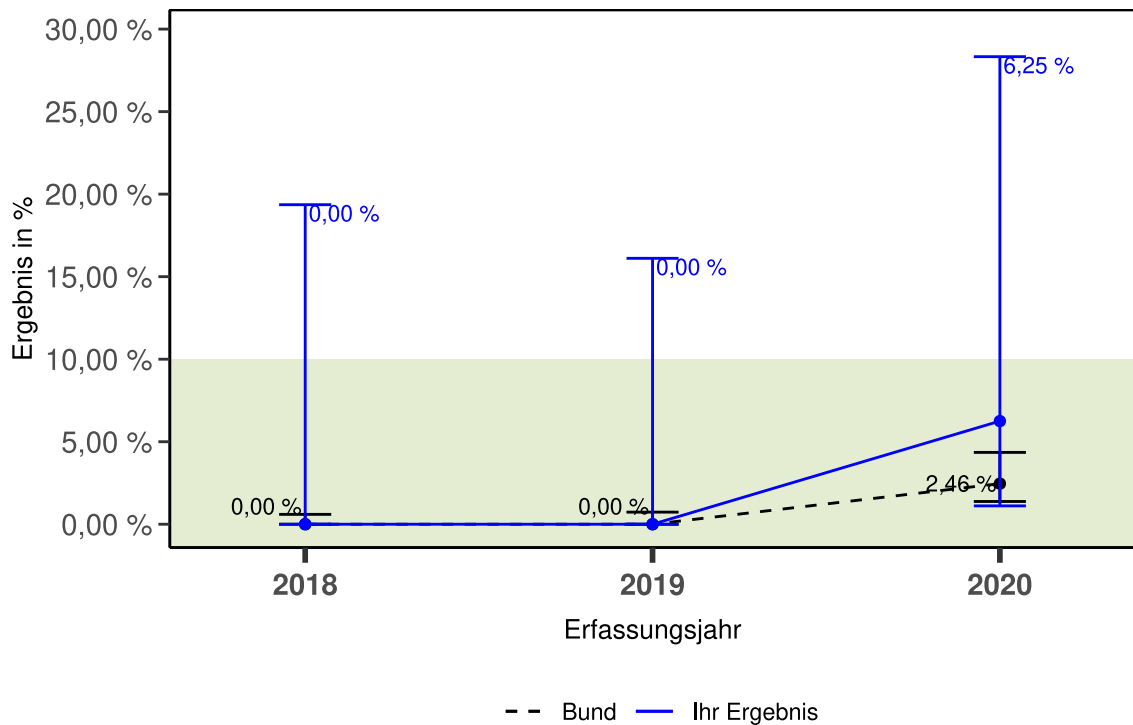
Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

51567: Intra- oder postoperative Komplikationen

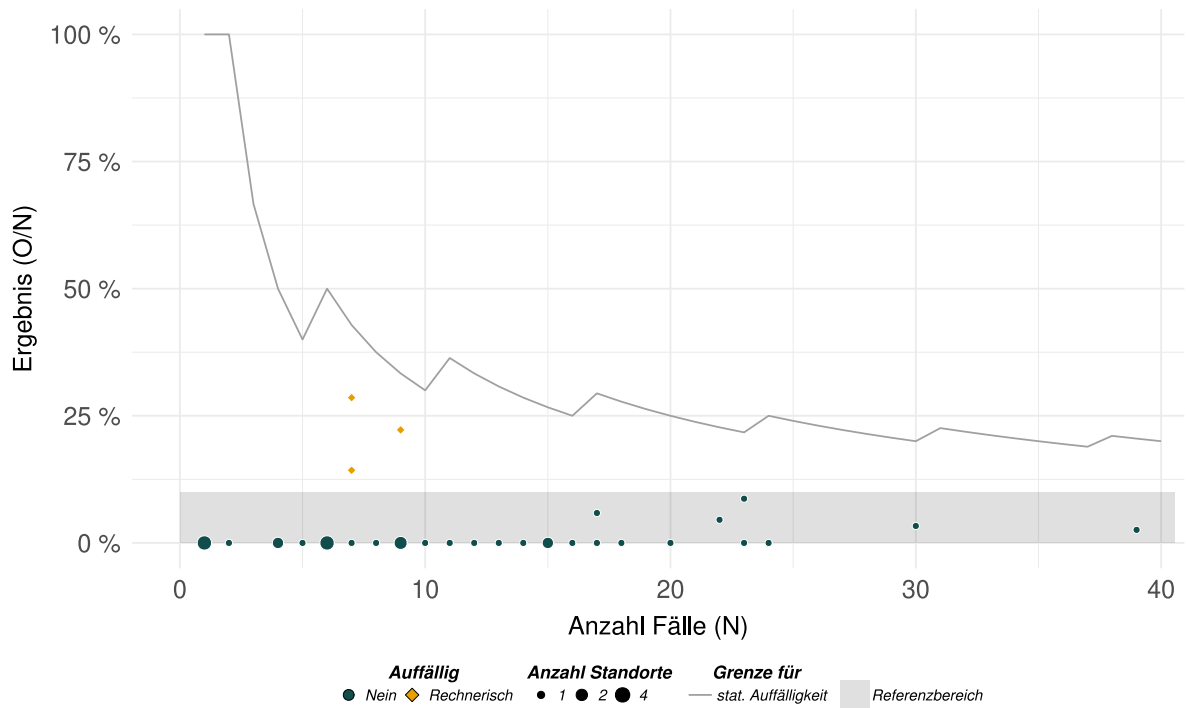
| | |
|-----------------|--|
| Qualitätsziel | Selten (schwere) intra- oder postoperative Komplikationen nach Nierenlebenspende |
| ID | 51567 |
| Grundgesamtheit | Alle Nierenlebenspenderinnen bzw. Nierenlebenspender |
| Zähler | Nierenlebenspenderinnen bzw. Nierenlebenspender mit mindestens einer intra- oder postoperativen behandlungsbedürftigen Komplikation (Grad 2 bis 4 nach Clavien-Dindo) und ohne Dialysepflichtigkeit bei Entlassung |
| Referenzbereich | ≤ 10,00 % |
| Datenquellen | QS-Dokumentationsdaten 2020 |

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

| EJ 2020 | Ergebnis O/N | Ergebnis % | Vertrauensbereich % |
|---------------------|---|---|---|
| Ihr Ergebnis | 2018: 0 / 16 2019: 0 / 20 2020: ≤3 / 16 | 2018: 0,00 % 2019: 0,00 % 2020: 6,25 % | 2018: 0,00 % - 19,36 % 2019: 0,00 % - 16,11 % 2020: 1,11 % - 28,33 % |
| Bund | 2018: 0 / 638 2019: 0 / 520 2020: 11 / 447 | 2018: 0,00 % 2019: 0,00 % 2020: 2,46 % | 2018: 0,00 % - 0,60 % 2019: 0,00 % - 0,73 % 2020: 1,38 % - 4,35 % |

Details zu den Ergebnissen

| Nummer | Beschreibung | Ihr Ergebnis | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--------|---|-----------------|------------------------|
| 1.1 | Intra- oder postoperative Komplikationen ¹ | 6,25 % ≤3/16 | 2,46 % 11/447 |
| 1.1.1 | Blutung | 0,00 % 0/16 | 0,22 % ≤3/447 |
| 1.1.2 | Reoperation erforderlich | 0,00 % 0/16 | 1,12 % 5/447 |
| 1.1.3 | sonstige Komplikationen | 6,25 % ≤3/16 | 3,36 % 15/447 |

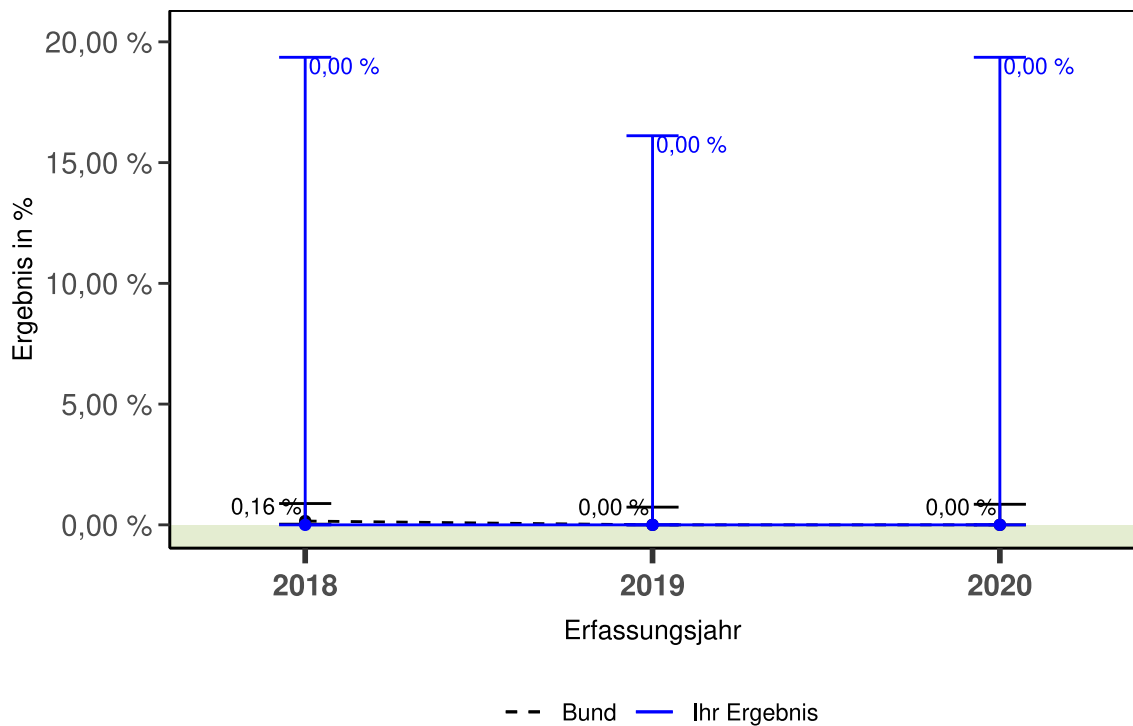
¹ Als schwere Komplikationen sind solche definiert, die mehr als eine Bluttransfusion oder eine Reoperation erfordern bzw. die potenziell zum Tode führen.

2137: Sterblichkeit im Krankenhaus

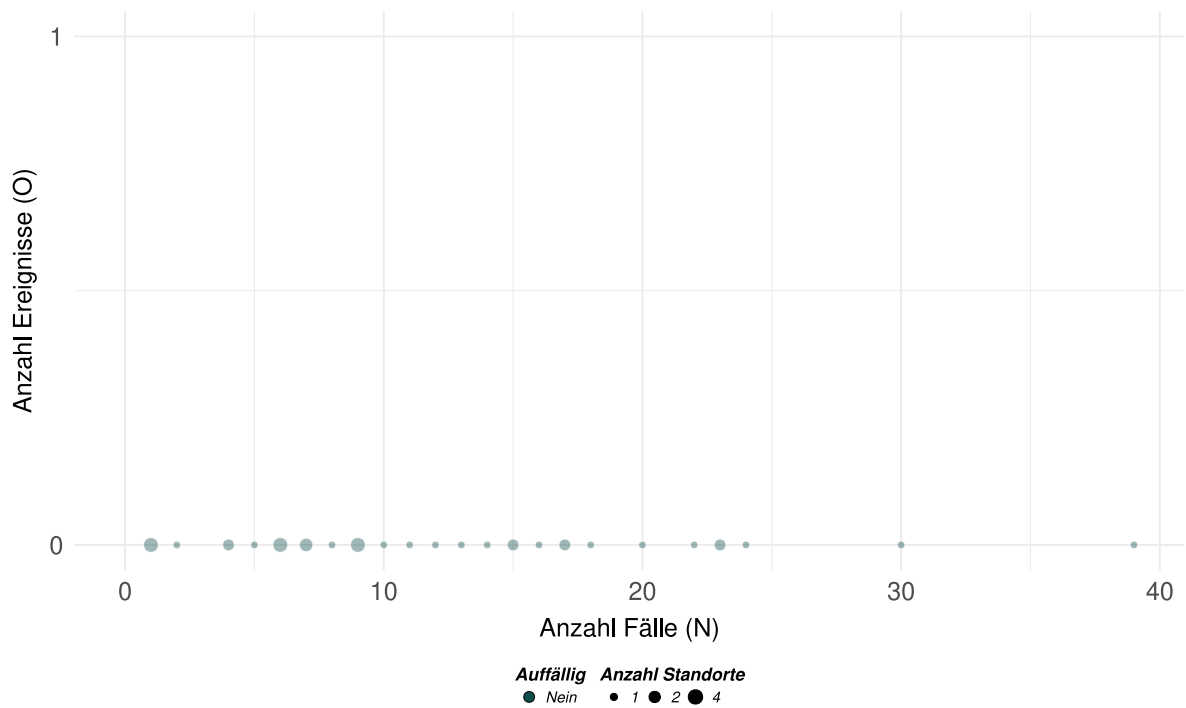
| | |
|-----------------|---|
| Qualitätsziel | Keine Todesfälle nach Nierenlebenspende |
| ID | 2137 |
| Grundgesamtheit | Alle Nierenlebenspenderinnen bzw. Nierenlebenspender |
| Zähler | Verstorbene Nierenlebenspenderinnen bzw. Nierenlebenspender |
| Referenzbereich | Sentinel Event |
| Datenquellen | QS-Dokumentationsdaten 2020 |

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Detailergebnisse

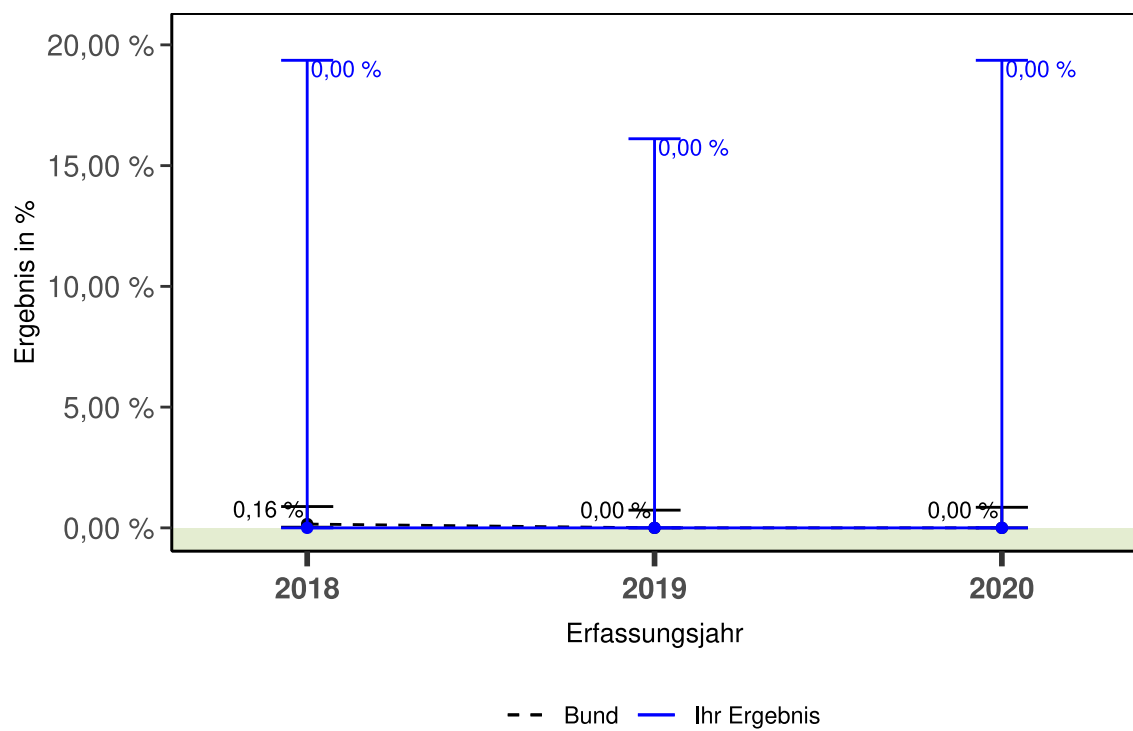
| EJ 2020 | Ergebnis O/N | Ergebnis % | Vertrauensbereich % |
|---------------------|---|---|---|
| Ihr Ergebnis | 2018: 0 / 16 2019: 0 / 20 2020: 0 / 16 | 2018: 0,00 % 2019: 0,00 % 2020: 0,00 % | 2018: 0,00 % - 19,36 % 2019: 0,00 % - 16,11 % 2020: 0,00 % - 19,36 % |
| Bund | 2018: ≤3 / 638 2019: 0 / 520 2020: 0 / 447 | 2018: 0,16 % 2019: 0,00 % 2020: 0,00 % | 2018: 0,03 % - 0,88 % 2019: 0,00 % - 0,73 % 2020: 0,00 % - 0,85 % |

2138: Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich

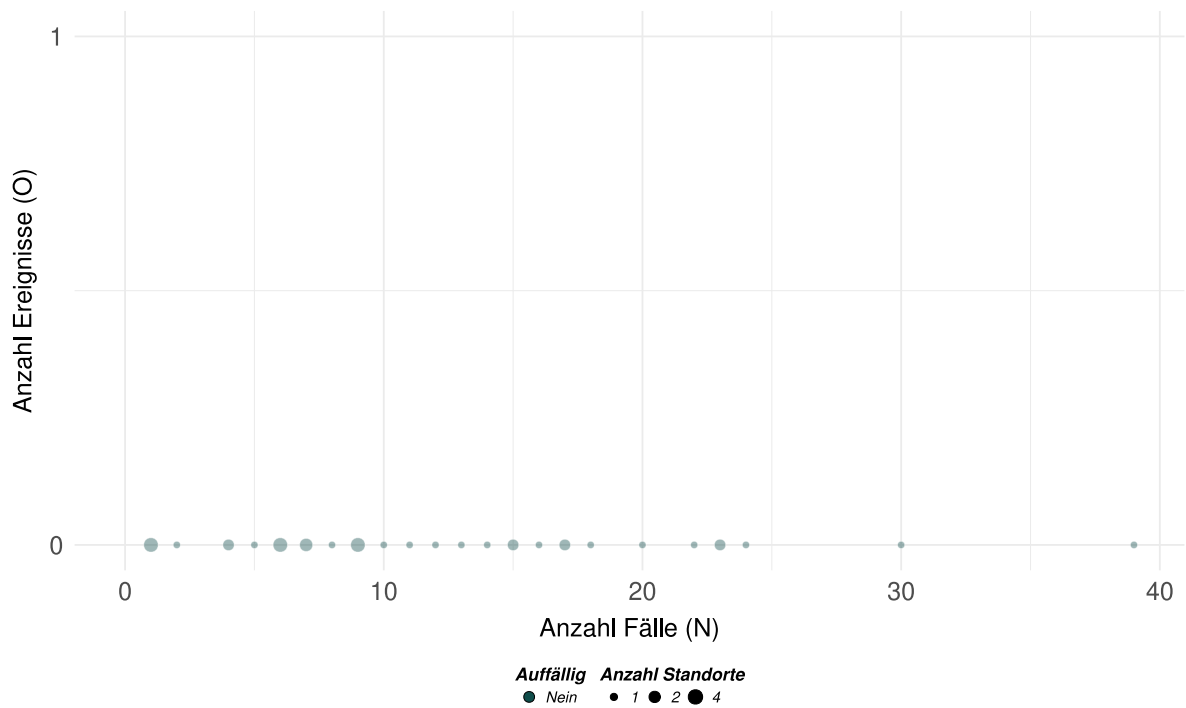
| | |
|-----------------|--|
| Qualitätsziel | Keine Dialysepflicht der Lebendspenderin bzw. des Lebendspenders nach Nierenlebenspende |
| ID | 2138 |
| Grundgesamtheit | Alle Nierenlebenspenderinnen bzw. Nierenlebenspender |
| Zähler | Nierenlebenspenderinnen bzw. Nierenlebenspender, die bei Entlassung dialysepflichtig waren |
| Referenzbereich | Sentinel Event |
| Datenquellen | QS-Dokumentationsdaten 2020 |

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Detailergebnisse

| EJ 2020 | Ergebnis O/N | Ergebnis % | Vertrauensbereich % |
|---------------------|---|---|---|
| Ihr Ergebnis | 2018: 0 / 16 2019: 0 / 20 2020: 0 / 16 | 2018: 0,00 % 2019: 0,00 % 2020: 0,00 % | 2018: 0,00 % - 19,36 % 2019: 0,00 % - 16,11 % 2020: 0,00 % - 19,36 % |
| Bund | 2018: ≤3 / 638 2019: 0 / 520 2020: 0 / 447 | 2018: 0,16 % 2019: 0,00 % 2020: 0,00 % | 2018: 0,03 % - 0,88 % 2019: 0,00 % - 0,73 % 2020: 0,00 % - 0,85 % |

Basisauswertung

Basisdaten Spender

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|---|---------------|-------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Alle Patienten | N = 16 | | N = 447 | |
| Aufnahmequartal | | | | |
| Aufnahme in den Vorjahren (Überlieger) | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| 1. Quartal | 6 | 37,50 | 129 | 28,86 |
| 2. Quartal | 4 | 25,00 | 85 | 19,02 |
| 3. Quartal | ≤3 | 12,50 | 121 | 27,07 |
| 4. Quartal | 4 | 25,00 | 112 | 25,06 |
| Entlassungsquartal | | | | |
| 1. Quartal | 6 | 37,50 | 127 | 28,41 |
| 2. Quartal | ≤3 | 18,75 | 73 | 16,33 |
| 3. Quartal | ≤3 | 12,50 | 114 | 25,50 |
| 4. Quartal | 5 | 31,25 | 133 | 29,75 |

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|------------------------------------|---------------|-------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Alle Fälle | N = 16 | | N = 447 | |
| Verweildauer im Krankenhaus | | | | |
| ≤ 7 Tage | 10 | 62,50 | 232 | 51,90 |
| 8 - 14 Tage | 4 | 25,00 | 191 | 42,73 |
| 15 - 21 Tage | ≤3 | 12,50 | 15 | 3,36 |
| 22 - 28 Tage | 0 | 0,00 | 5 | 1,12 |
| > 28 Tage | 0 | 0,00 | 4 | 0,89 |

| | Ihr Ergebnis | Bund (gesamt) |
|---|--------------|---------------|
| Präoperative Verweildauer (Tage) | | |
| Anzahl Fälle mit Angabe von Werten | 16 | 447 |
| Minimum | 0,00 | 0,00 |
| 5. Perzentil | 0,00 | 1,00 |
| 25. Perzentil | 1,00 | 1,00 |
| Median | 1,00 | 1,00 |
| Mittelwert | 0,94 | 1,44 |
| 75. Perzentil | 1,00 | 1,00 |
| 95. Perzentil | 1,00 | 3,00 |
| Maximum | 1,00 | 28,00 |
| Postoperative Verweildauer (Tage) | | |
| Anzahl Fälle mit Angabe von Werten | 16 | 447 |
| Minimum | 4,00 | 2,00 |
| 5. Perzentil | 4,00 | 3,00 |
| 25. Perzentil | 6,00 | 5,00 |
| Median | 6,00 | 6,00 |
| Mittelwert | 7,06 | 6,74 |
| 75. Perzentil | 7,00 | 7,00 |
| 95. Perzentil | 14,00 | 12,60 |
| Maximum | 14,00 | 34,00 |
| Gesamtverweildauer (Tage) ² | | |
| Anzahl Fälle mit Angabe von Werten | 16 | 447 |
| Minimum | 5,00 | 3,00 |
| 5. Perzentil | 5,00 | 4,00 |
| 25. Perzentil | 7,00 | 6,00 |
| Median | 7,00 | 7,00 |
| Mittelwert | 8,00 | 8,18 |
| 75. Perzentil | 8,00 | 9,00 |
| 95. Perzentil | 15,00 | 15,00 |
| Maximum | 15,00 | 36,00 |

² Die Gesamtverweildauer berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahme datum

Geschlecht

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|-----------------------|---------------|-------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Alle Patienten | N = 16 | | N = 447 | |
| Geschlecht | | | | |
| männlich | 8 | 50,00 | 177 | 39,60 |
| weiblich | 8 | 50,00 | 270 | 60,40 |
| divers | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| unbestimmt | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |

Patientenalter am Aufnahmetag

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|-------------------------|---------------|-------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Alle Patienten | N = 16 | | N = 447 | |
| Altersverteilung | | | | |
| < 20 Jahre | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| 20 - 29 Jahre | 0 | 0,00 | 5 | 1,12 |
| 30 - 39 Jahre | ≤3 | 18,75 | 36 | 8,05 |
| 40 - 49 Jahre | 4 | 25,00 | 79 | 17,67 |
| 50 - 59 Jahre | 5 | 31,25 | 179 | 40,04 |
| 60 - 69 Jahre | ≤3 | 18,75 | 120 | 26,85 |
| 70 - 79 Jahre | ≤3 | 6,25 | 25 | 5,59 |
| ≥ 80 Jahre | 0 | 0,00 | ≤3 | 0,67 |

| | Ihr Ergebnis | Bund (gesamt) |
|--|--------------|---------------|
| Altersverteilung (Jahre) | | |
| Anzahl Patienten mit Angabe von Werten | 16 | 447 |
| Minimum | 31,00 | 25,00 |
| 5. Perzentil | 31,00 | 35,00 |
| 25. Perzentil | 44,25 | 49,00 |
| Mittelwert | 50,94 | 54,93 |
| Median | 50,00 | 55,00 |
| 75. Perzentil | 59,50 | 62,00 |
| 95. Perzentil | 70,00 | 70,00 |
| Maximum | 70,00 | 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 = 16 | | N = 447 | |
| BMI bei Aufnahme | | | | |
| Untergewicht ($< 18,5$) | 0 | 0,00 | 4 | 0,89 |
| Normalgewicht ($\geq 18,5 - < 25$) | 5 | 31,25 | 170 | 38,03 |
| Übergewicht ($\geq 25 - < 30$) | 7 | 43,75 | 192 | 42,95 |
| Adipositas (≥ 30) | 4 | 25,00 | 81 | 18,12 |

Anamnese

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|-------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Alle Patienten | N = 16 | | N = 447 | |
| Hypertonie präoperativ systolisch > 140 mmHg oder diastolisch > 90 mmHg | | | | |
| (0) nein | 12 | 75,00 | 318 | 71,14 |
| (1) ja | 4 | 25,00 | 129 | 28,86 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|---|--------------|-------|---------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Kreatininwert i.S. (mg/dl) | | | | |
| Anzahl Patienten mit Angabe von Werten > 0,0 und < 99,0 | | 16 | | 447 |
| Median | | 0,85 | | 0,80 |
| Mittelwert | | 0,86 | | 0,82 |
| Kreatininwert i.S. (µmol/l) | | | | |
| Anzahl Patienten mit Angabe von Werten > 0 und < 9.000 | | 16 | | 447 |
| Median | | 75,14 | | 70,72 |
| Mittelwert | | 76,25 | | 72,12 |

Operation

Operation (nach OPS)

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|-------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Alle Patienten | N = 16 | | N = 447 | |
| OPS ³ | | | | |
| (5-554.80) Nephrektomie: Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender: Offen chirurgisch lumbal | 0 | 0,00 | 67 | 14,99 |
| (5-554.81) Nephrektomie: Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender: Offen chirurgisch abdominal | 5 | 31,25 | 31 | 6,94 |
| (5-554.82) Nephrektomie: Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender: Thorakoabdominal | 0 | 0,00 | ≤3 | 0,22 |
| (5-554.83) Nephrektomie: Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender: Laparoskopisch | 11 | 68,75 | 326 | 72,93 |
| (5-554.8x) Nephrektomie: Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender: Sonstige | 0 | 0,00 | 22 | 4,92 |

³ Mehrfachnennung möglich

| | Ihr Ergebnis | Bund (gesamt) |
|--|--------------|---------------|
| Dauer des Eingriffs (Minuten) | | |
| Anzahl Patienten mit Angabe von Werten | 16 | 447 |
| Median | 106,50 | 150,00 |
| Mittelwert | 106,69 | 163,40 |

Verlauf

Komplikationen

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|-------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Alle Patienten | N = 16 | | N = 447 | |
| Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation | | | | |
| (0) nein | 15 | 93,75 | 429 | 95,97 |
| (1) Grad I (erlaubte Behandlungsoptionen) | 0 | 0,00 | 7 | 1,57 |
| (2) Grad II (weiterführende pharmakologische Behandlung, EKs, parenterale Ernährung) | ≤3 | 6,25 | 5 | 1,12 |
| (3) Grad III (chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention) | 0 | 0,00 | 6 | 1,34 |
| (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 = 18 | |
| Art der behandlungsbedürftigen (schweren) intra- oder postoperativen Komplikation(en) ⁴ | | | | |
| Blutung ⁵ | 0 | 0,00 | ≤3 | 5,56 |
| Reoperation erforderlich | 0 | 0,00 | 5 | 27,78 |
| sonstige Komplikationen | ≤3 | 100,00 | 15 | 83,33 |

⁴ Mehrfachnennung möglich

⁵ > 1 EK oder operative Revision

Entlassung

Nierenfunktion bei Entlassung

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|---|---------------|--------|----------------|--------|
| | n | % | n | % |
| Alle Patienten | N = 16 | | N = 447 | |
| Patient bei Entlassung dialysepflichtig? | | | | |
| (0) nein | 16 | 100,00 | 447 | 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 | 16 | | 447 | |
| Median | | 1,15 | | 1,20 |
| Mittelwert | | 1,17 | | 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 | 16 | | 447 | |
| Median | | 101,66 | | 106,08 |
| Mittelwert | | 103,32 | | 110,83 |
| Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U. (mg/g) | | | | |
| Anzahl lebender Patienten, die bei Entlassung nicht dialysepflichtig sind mit Angabe von Werten < 9999 | 10 | | 272 | |
| Median | | 10,00 | | 10,50 |
| Mittelwert | | 13,50 | | 22,95 |
| Albumin i. U. ≥ 30 mg/l | | | | |
| Anzahl lebender Patienten ohne Angabe des Albumin-Kreatinin-Verhältnisses, die bei Entlassung nicht dialysepflichtig sind und deren Albumin-Wert i. U. ≥ 30mg/l ist | | ≤3 | | 10 |
| Median | | 87,00 | | 39,50 |
| Mittelwert | | 87,00 | | 132,20 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|---|---------------|-------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Alle Patienten | N = 16 | | N = 447 | |
| arterielle Hypertonie systolisch > 140 mmHg oder diastolisch > 90 mmHg | | | | |
| (0) nein | 13 | 81,25 | 317 | 70,92 |
| (1) ja | ≤3 | 18,75 | 130 | 29,08 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|-------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Alle Patienten | N = 16 | | N = 447 | |
| Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V) | | | | |
| (01) Behandlung regulär beendet | 9 | 56,25 | 339 | 75,84 |
| (02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen | 7 | 43,75 | 106 | 23,71 |
| (03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| (04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet | 0 | 0,00 | ≤3 | 0,22 |
| (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 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| (10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung | 0 | 0,00 | ≤3 | 0,22 |
| (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 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|---|---------------|------|----------------|------|
| | n | % | n | % |
| Alle Patienten | N = 16 | | N = 447 | |
| (29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt | 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 | - |