

BQS-Bundesauswertung 2008 Nierentransplantation

Teilnehmende Krankenhäuser (Bundesdaten): 45
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.622
Datensatzversion: PNTX 2008 11.0
Datenbankstand: 15. März 2009
2008 - D8134-L60082-P27695

© BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2009

BQS-Bundesauswertung 2008 Nierentransplantation

Qualitätsindikatoren

Teilnehmende Krankenhäuser (Bundesdaten): 45
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.622
Datensatzversion: PNTX 2008 11.0
Datenbankstand: 15. März 2009
2008 - D8134-L60082-P27695

© BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2009

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Ergebnis Anzahl	Ergebnis %	Referenz- bereich	Seite
QI 1: In-Hospital-Letalität	30 / 2.450	1,2%	<= 5%	1.1
QI 2: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats bei				
allen isoliert nierentransplantierten lebenden Patienten nach postmortaler Organspende	1.371 / 1.888	72,6%	>= 60%	1.3
allen isoliert nierentransplantierten lebenden Patienten nach Lebendorganspende	500 / 532	94,0%	>= 90%	1.3
QI 3: Qualität der Transplantatfunktion Gute oder mäßige Transplantatfunktion (Kreatinin-clearance >= 20 ml/min) bei Entlassung bei				
allen isoliert nierentransplantierten lebenden Patienten nach postmortaler Organspende	1.708 / 1.888	90,5%	>= 70%	1.7
allen isoliert nierentransplantierten lebenden Patienten nach Lebendorganspende	521 / 532	97,9%	>= 80%	1.7
QI 4: Operative Komplikationen	465 / 2.450	19,0%	<= 40%	1.11
QI 5: Behandlungsbedürftige Abstoßung	348 / 2.450	14,2%	<= 40%	1.13

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Ergebnis Anzahl	Ergebnis %	Referenz- bereich	Seite
Qualitätsindikatoren mit 1-Jahres-Follow-up-Berechnungen				
QI 6: 1-Jahres-Überleben (stationärer Aufenthalt 2007)	1.459 / 1.531	95,3%	nicht definiert	1.17
QI 7: Transplantatversagen 1 Jahr nach Nierentransplantation	176 / 1.531	11,5%	nicht definiert	1.20
QI 8: Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation	1.316 / 1.459	90,2%	nicht definiert	1.22
QI 9: Komplikationen der immun- suppressiven Therapie (Malignome)	21 / 1.531	1,4%	nicht definiert	1.24
Qualitätsindikatoren mit 2-Jahres-Follow-up-Berechnungen				
QI 10: 2-Jahres-Überleben (stationärer Aufenthalt 2006)	943 / 996	94,7%	nicht definiert	1.28
QI 11: Transplantatversagen 2 Jahre nach Nierentransplantation	82 / 996	8,2%	nicht definiert	1.30
QI 12: Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation	891 / 943	94,5%	nicht definiert	1.32
QI 13: Komplikationen der immun- suppressiven Therapie (Malignome) 2 Jahre nach Transplantation	33 / 996	3,3%	nicht definiert	1.34

Hinweis zu den Vorjahresdaten:

Die Vorjahresdaten können von der Bundesauswertung 2007 abweichen, wenn Patientendaten in der Grundgesamtheit enthalten sind, die im Rahmen des Strukturierten Dialogs nachträglich an die BQS übermittelt wurden.

Qualitätsindikator 1: In-Hospital-Letalität

Qualitätsziel:	Möglichst geringe In-Hospital-Letalität	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit isolierter Nierentransplantation
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit kombinierter Nierentransplantation ¹
	Gruppe 3:	Alle Patienten mit isolierter oder kombinierter Nierentransplantation
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2008/NTX/81692
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 5% (Toleranzbereich)

		Gesamt 2008	
		Anzahl	%
Verstorbene Patienten (bei isolierter Nierentransplantation)		30 / 2.450	1,2%
Vertrauensbereich			0,8% - 1,7%
Referenzbereich			<= 5%
davon mit Todesursache:			
Infektion		3 / 2.450	0,1%
kardiovaskulär		21 / 2.450	0,9%
cerebrovaskulär		1 / 2.450	0,0%
andere		5 / 2.450	0,2%
unbekannt		0 / 2.450	0,0%
Verstorbene Patienten (bei kombinierter Nierentransplantation)		15 / 54	27,8%
Verstorbene Patienten (bei isolierter oder kombinierter Nierentransplantation)		45 / 2.504	1,8%

Vorjahresdaten		Gesamt 2007	
		Anzahl	%
Verstorbene Patienten (bei isolierter Nierentransplantation)		29 / 2.701	1,1%
Vertrauensbereich			0,7% - 1,5%

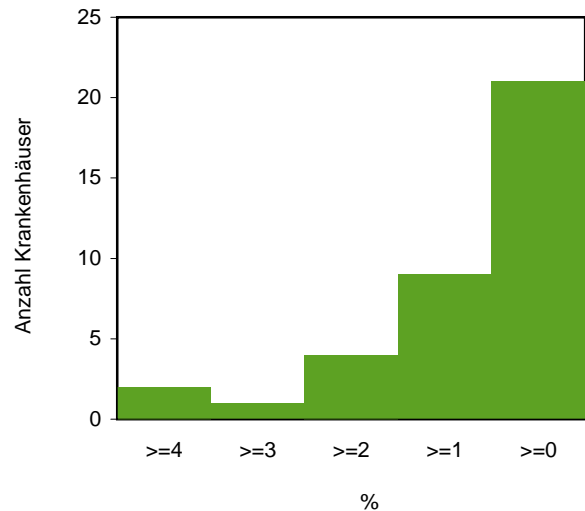
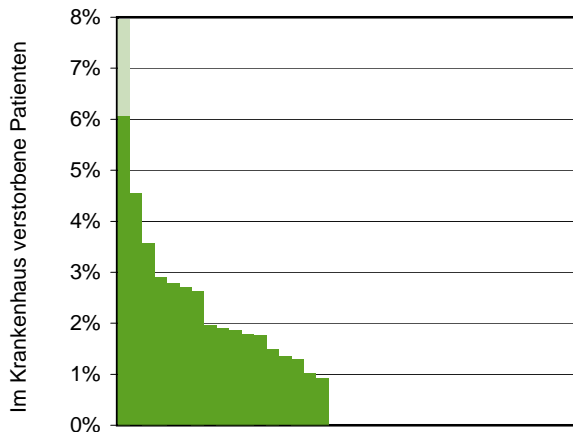
¹ Niere kombiniert mit anderen Organen als Pankreas

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2008/NTX/81692]:
Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an allen Patienten mit isolierter Nierentransplantation**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 6,1%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%

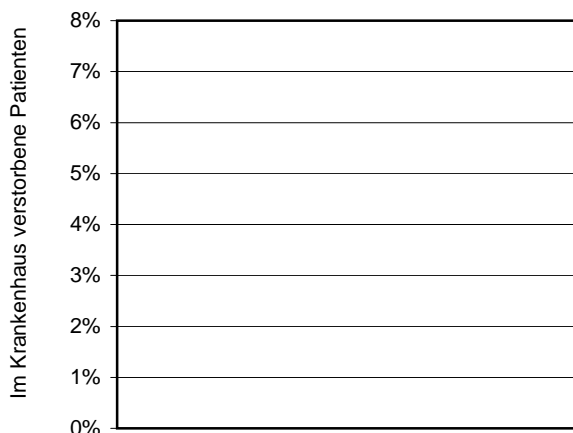


37 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 0,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats

Qualitätsziel:	Häufig sofortige Funktionsaufnahme des transplantierten Organs	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle nierentransplantierten ¹ lebenden Patienten
	Gruppe 2:	Alle nierentransplantierten ¹ lebenden Patienten < 65 Jahre
	Gruppe 3:	Alle nierentransplantierten ¹ lebenden Patienten >= 65 Jahre
	Gruppe 4:	Alle isoliert nierentransplantierten lebenden Patienten nach postmortaler Organspende
	Gruppe 5:	Alle kombiniert nierentransplantierten ² lebenden Patienten nach postmortaler Organspende
	Gruppe 6:	Alle isoliert nierentransplantierten lebenden Patienten nach Lebendorganspende
Kennzahl-ID:	Gruppe 4:	2008/NTX/74511
	Gruppe 6:	2008/NTX/74513
Referenzbereich:	Gruppe 4:	>= 60% (Toleranzbereich)
	Gruppe 6:	>= 90% (Toleranzbereich)

	Gesamt 2008	
	Anzahl	%
Patienten mit sofortiger Funktionsaufnahme des Transplantats (d.h. maximal eine postoperative Dialyse bis Funktionsaufnahme) bei		
Gruppe 1: allen nierentransplantierten lebenden Patienten	1.996 / 2.573	77,6%
Gruppe 2: allen nierentransplantierten lebenden Patienten < 65 Jahre	1.629 / 2.036	80,0%
Gruppe 3: allen nierentransplantierten lebenden Patienten >= 65 Jahre	367 / 537	68,3%
Gruppe 4: allen isoliert nierentransplantierten lebenden Patienten nach postmortaler Organspende Vertrauensbereich Referenzbereich	1.371 / 1.888	72,6% 70,5% - 74,6% >= 60%
Gruppe 5: allen kombiniert nierentransplantierten lebenden Patienten nach postmortaler Organspende	125 / 153	81,7%
Gruppe 6: allen isoliert nierentransplantierten lebenden Patienten nach Lebendorganspende Vertrauensbereich Referenzbereich	500 / 532	94,0% 91,6% - 95,9% >= 90%

¹ Isolierte Nierentransplantation, simultane Pankreas-Nierentransplantation oder Kombination Niere mit anderen Organen

² Simultane Pankreas-Nierentransplantation oder Kombination Niere mit anderen Organen

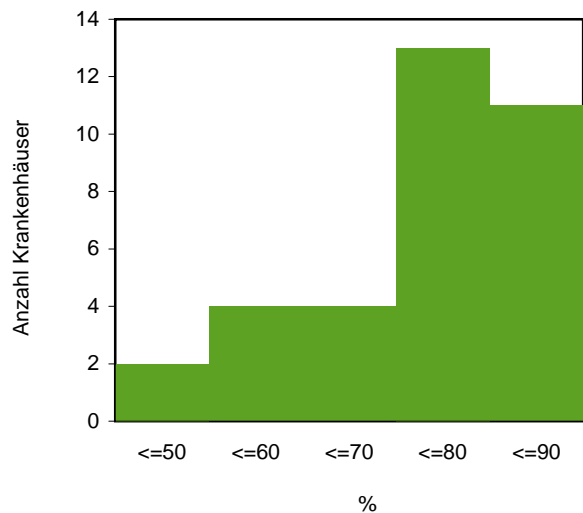
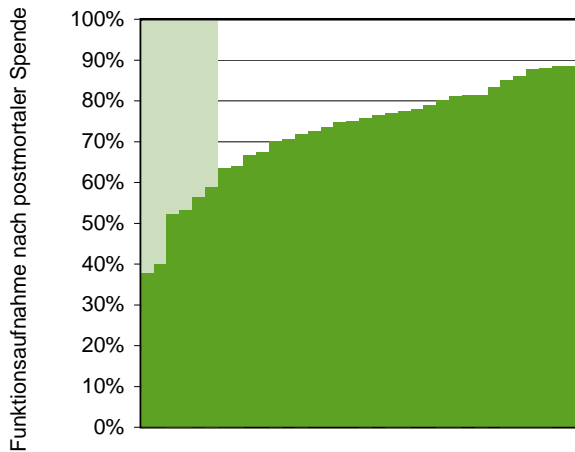
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2a, Kennzahl-ID 2008/NTX/74511]:

Anteil von Patienten mit sofortiger Funktionsaufnahme des Transplantats an allen isoliert nierentransplantierten lebenden Patienten nach postmortalen Organspende

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 37,8% - 88,5%

Median der Krankenhausergebnisse: 75,4%

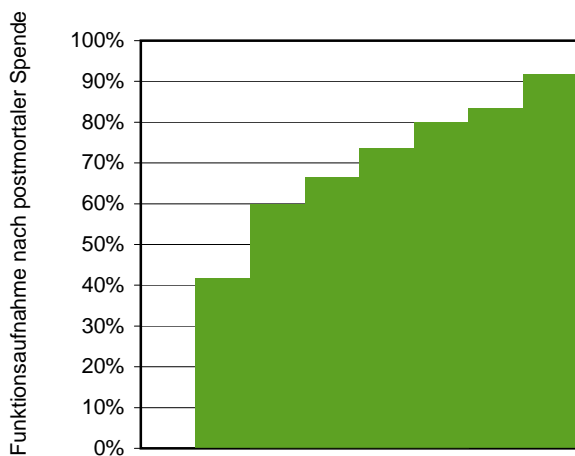


34 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 91,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 70,2%



8 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

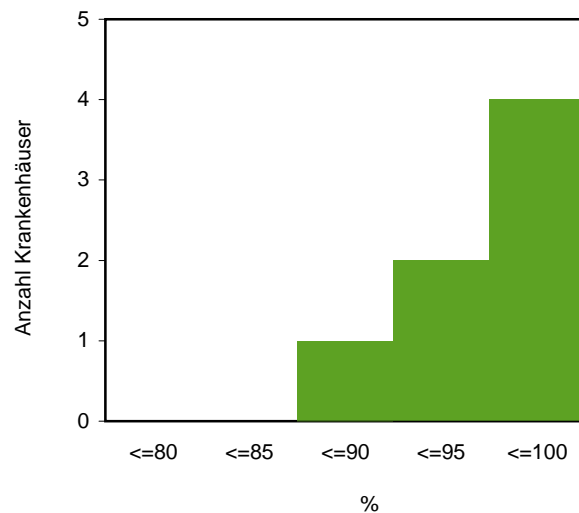
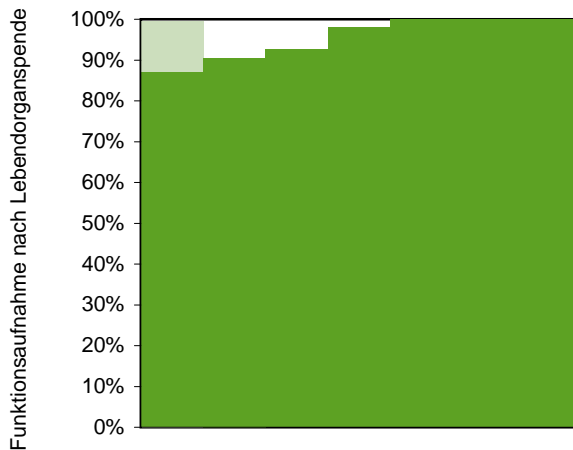
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2b, Kennzahl-ID 2008/NTX/74513]:

Anteil von Patienten mit sofortiger Funktionsaufnahme des Transplantats an allen isoliert nierentransplantierten lebenden Patienten nach Lebendorganspende

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 87,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 98,0%



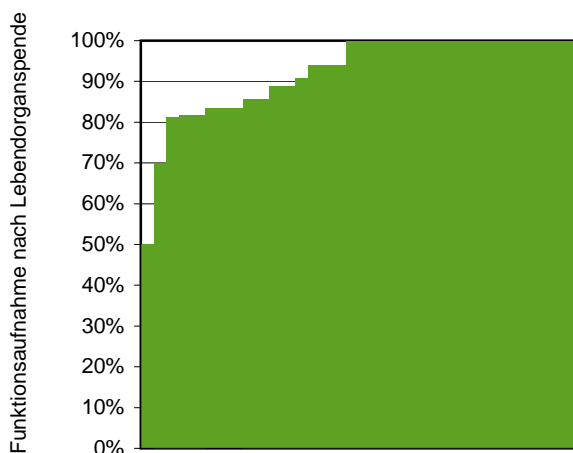
Krankenhäuser

7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 50,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser

34 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung

Qualitätsziel:	Häufig gute oder mäßige Transplantatfunktion bei Entlassung	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle nierentransplantierten ¹ lebenden Patienten
	Gruppe 2:	Alle nierentransplantierten ¹ lebenden Patienten < 65 Jahre
	Gruppe 3:	Alle nierentransplantierten ¹ lebenden Patienten >= 65 Jahre
	Gruppe 4:	Alle isoliert nierentransplantierten lebenden Patienten nach postmortaler Organspende
	Gruppe 5:	Alle kombiniert nierentransplantierten ² lebenden Patienten nach postmortaler Organspende
	Gruppe 6:	Alle isoliert nierentransplantierten lebenden Patienten nach Lebendorganspende
Kennzahl-ID:	Gruppe 4:	2008/NTX/74518
	Gruppe 6:	2008/NTX/74520
Referenzbereich:	Gruppe 4:	>= 70% (Toleranzbereich)
	Gruppe 6:	>= 80% (Toleranzbereich)

	Gesamt 2008	
	Anzahl	%
Qualität der Transplantatfunktion		
Patienten mit guter oder mäßiger Transplantatfunktion (Kreatininclearance ³ >= 20 ml/min) bei		
Gruppe 1: allen nierentransplantierten lebenden Patienten	2.372 / 2.573	92,2%
Gruppe 2: allen nierentransplantierten lebenden Patienten < 65 Jahre	1.915 / 2.036	94,1%
Gruppe 3: allen nierentransplantierten lebenden Patienten >= 65 Jahre	457 / 537	85,1%
Gruppe 4: allen isoliert nierentransplantierten lebenden Patienten nach postmortaler Organspende Vertrauensbereich Referenzbereich	1.708 / 1.888	90,5% 89,1% - 91,8% >= 70%
Gruppe 5: allen kombiniert nierentransplantierten lebenden Patienten nach postmortaler Organspende	143 / 153	93,5%
Gruppe 6: allen isoliert nierentransplantierten lebenden Patienten nach Lebendorganspende Vertrauensbereich Referenzbereich	521 / 532	97,9% 96,3% - 99,0% >= 80%

¹ Isolierte Nierentransplantation, simultane Pankreas-Nierentransplantation oder Kombination Niere mit anderen Organen

² Simultane Pankreas-Nierentransplantation oder Kombination Niere mit anderen Organen

³ Berechnung der Clearance nach Cockcroft-Gault; eingeschränkt auf gültige Angaben zum Kreatininwert i.S. in mg/dl oder µmol/l

Grundgesamtheit: Alle nierentransplantierten¹ lebenden Patienten

	Gesamt 2008	
	Anzahl	%
Qualität der Transplantatfunktion		
gut (Kreatinin-clearance ² > 60 ml/min) bei allen nierentransplantierten lebenden Patienten	932 / 2.573	36,2%
mäßig (Kreatinin-clearance ² >= 20 und <= 60 ml/min) bei allen nierentransplantierten lebenden Patienten	1.440 / 2.573	56,0%
schlecht (Kreatinin-clearance ² < 20 ml/min oder keine Transplantatfunktion) bei allen nierentransplantierten lebenden Patienten	201 / 2.573	7,8%

Vorjahresdaten	Gesamt 2007	
	Anzahl	%
Qualität der Transplantatfunktion		
Patienten mit guter oder mäßiger Transplantatfunktion (Kreatinin-clearance ² >= 20 ml/min) bei		
Gruppe 4: allen isoliert nierentransplantierten lebenden Patienten nach postmortalen Organspende Vertrauensbereich	1.881 / 2.115	88,9% 87,5% - 90,2%
Gruppe 6: allen isoliert nierentransplantierten lebenden Patienten nach Lebendorganspende Vertrauensbereich	532 / 557	95,5% 93,4% - 97,1%

¹ Isolierte Nierentransplantation, simultane Pankreas-Nierentransplantation oder Kombination Niere mit anderen Organen

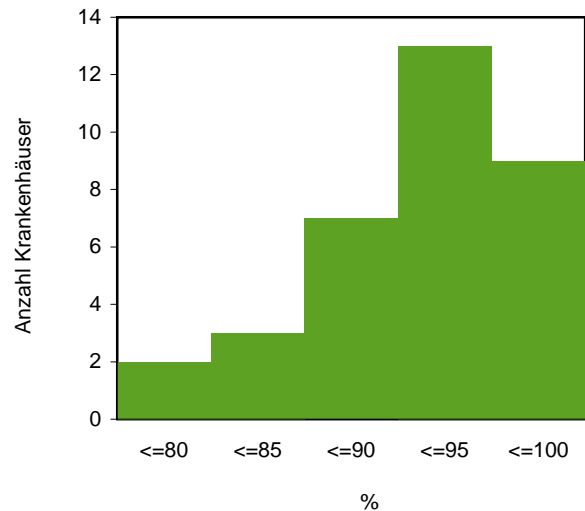
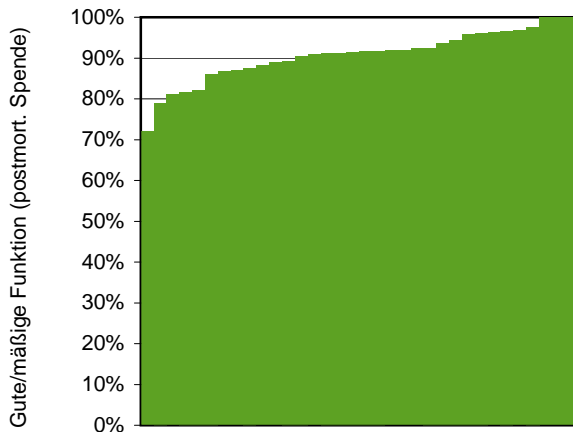
² Berechnung der Clearance nach Cockcroft-Gault; eingeschränkt auf gültige Angaben zum Kreatininwert i.S. in mg/dl oder µmol/l

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Kennzahl-ID 2008/NTX/74518]:
Anteil von Patienten mit guter oder mäßiger Transplantatfunktion bei Entlassung an allen isoliert nierentransplantierten lebenden Patienten nach postmortaler Organspende**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 72,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 91,6%



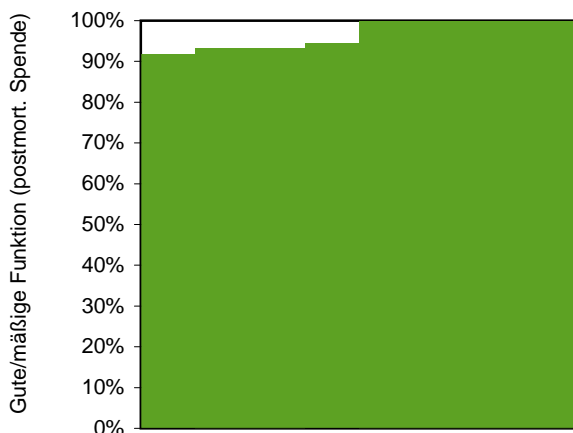
Krankenhäuser

34 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 91,7% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 97,2%



Krankenhäuser

8 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

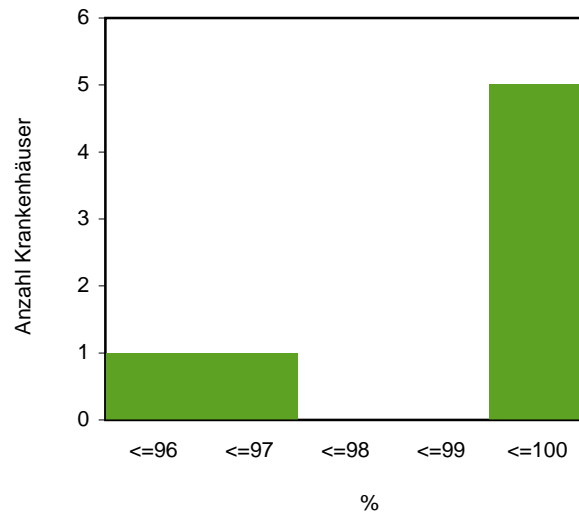
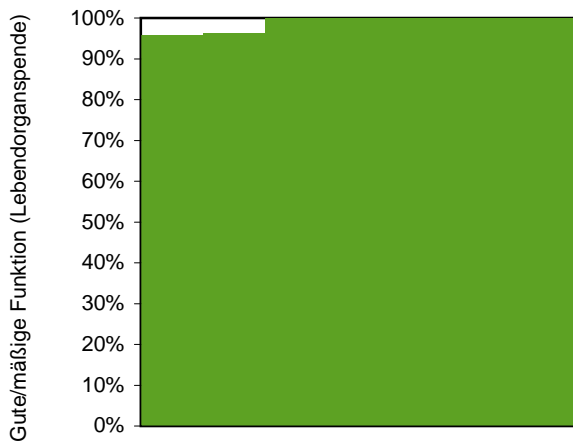
3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b, Kennzahl-ID 2008/NTX/74520]:
 Anteil von Patienten mit guter oder mäßiger Transplantatfunktion bei Entlassung an allen isoliert nierentransplantierten lebenden Patienten nach Lebendorganspende**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 95,7% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



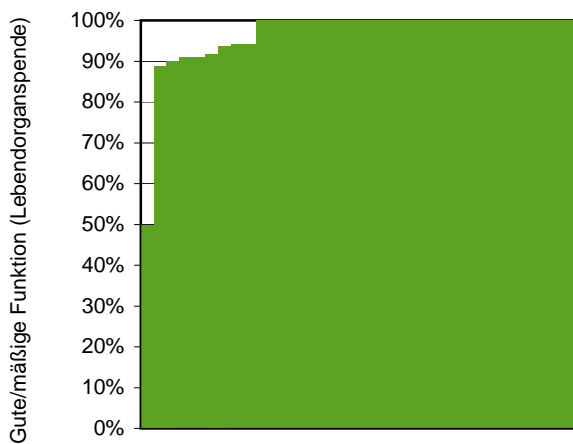
Krankenhäuser

7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 50,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser

34 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Operative Komplikationen

Qualitätsziel: Selten operative Komplikationen nach Nierentransplantation

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit isolierter Nierentransplantation

Kennzahl-ID: 2008/NTX/73572

Referenzbereich: <= 40% (Toleranzbereich)

	Gesamt 2008	
	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer operativen Komplikation (bei isolierter Nierentransplantation)	465 / 2.450	19,0%
Vertrauensbereich		17,4% - 20,6%
Referenzbereich		<= 40%
Urinleck	46 / 2.450	1,9%
Platzbauch	27 / 2.450	1,1%
Blutung	176 / 2.450	7,2%
Thrombosen (Niere)	63 / 2.450	2,6%
andere Komplikationen	278 / 2.450	11,3%

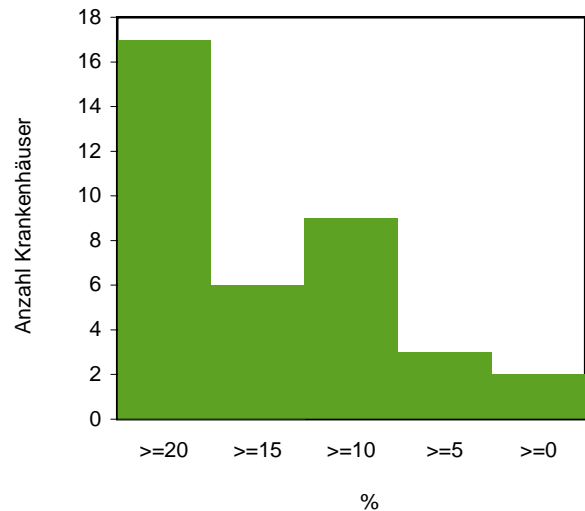
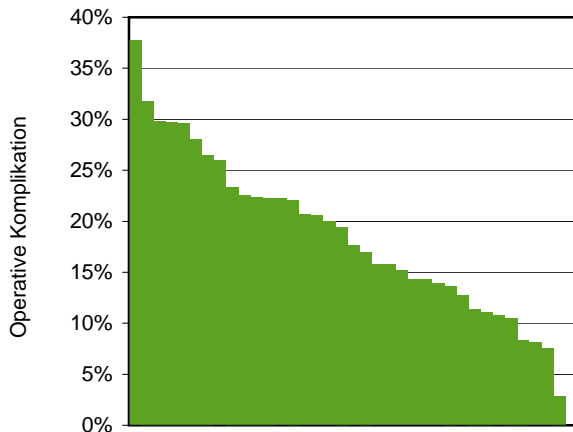
Vorjahresdaten	Gesamt 2007	
	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer operativen Komplikation (bei isolierter Nierentransplantation)	543 / 2.701	20,1%
Vertrauensbereich		18,6% - 21,7%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2008/NTX/73572]:
Anteil von Patienten mit mindestens einer operativen Komplikation an allen Patienten mit isolierter Nierentransplantation**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 37,8%

Median der Krankenhausergebnisse: 17,6%

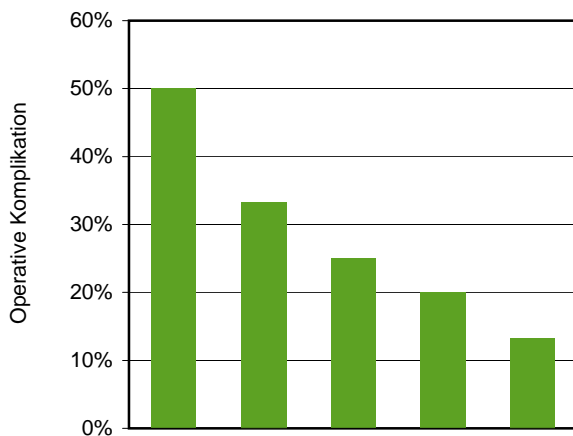


37 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 13,3% - 50,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 25,0%



5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Behandlungsbedürftige Abstoßung

Qualitätsziel: Möglichst selten behandlungsbedürftige Abstoßung

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit isolierter Nierentransplantation

Kennzahl-ID: 2008/NTX/73588

Referenzbereich: <= 40% (Toleranzbereich)

		Gesamt 2008	
		Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer behandlungsbedürftigen Abstoßung ¹ Vertrauensbereich Referenzbereich		348 / 2.450	14,2% 12,8% - 15,7% <= 40%
Patienten ohne behandlungsbedürftige Abstoßung		2.102 / 2.450	85,8%
Patienten mit genau einer behandlungsbedürftigen Abstoßung		292 / 2.450	11,9%
Patienten mit mehr als einer behandlungsbedürftigen Abstoßung		53 / 2.450	2,2%

Vorjahresdaten		Gesamt 2007	
		Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer behandlungsbedürftigen Abstoßung Vertrauensbereich		475 / 2.701	17,6% 16,2% - 19,1%

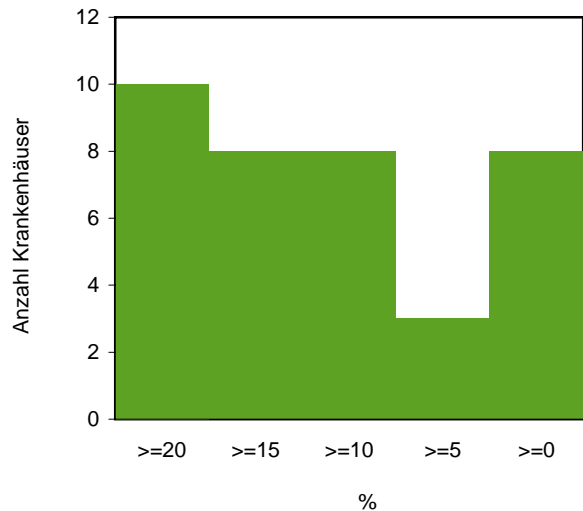
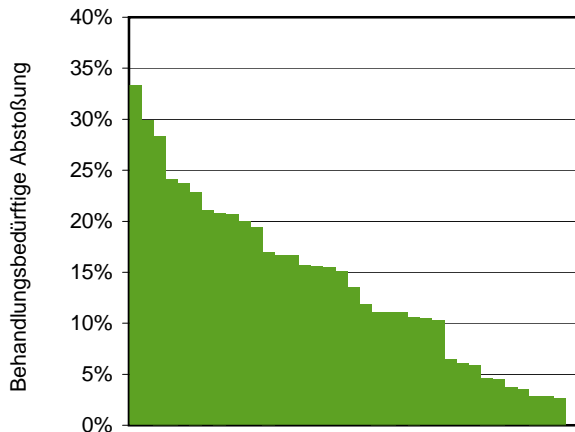
¹ Die Differenz zur Summe aus „Patienten mit genau einer behandlungsbedürftigen Abstoßung“ und „Patienten mit mehr als einer behandlungsbedürftigen Abstoßung“ erklärt sich dadurch, dass bei 3 Patienten Rejektionen der Niere zwar dokumentiert, jedoch deren Anzahl nicht angegeben wurde.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Kennzahl-ID 2008/NTX/73588]:
Anteil von Patienten mit mindestens einer behandlungsbedürftigen Abstoßung an allen Patienten mit isolierter Nierentransplantation**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 33,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 13,5%

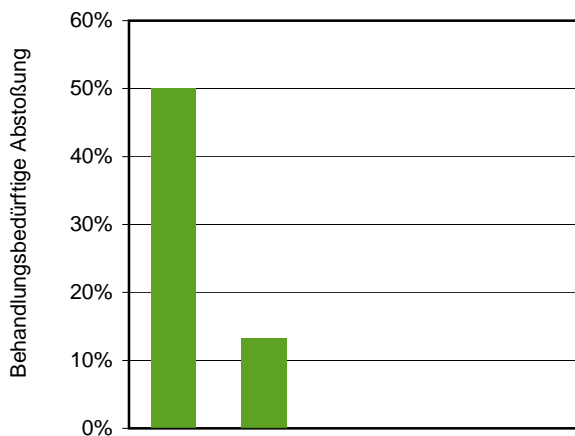


37 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 50,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatoren zum 1-Jahres-Follow-up

Follow-up-Rate

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit isolierter Nierentransplantation im Erfassungsjahr 2007 ohne Retransplantation im Erfassungsjahr 2008

Kennzahl-ID: 2008/NTX/71640

	Gesamt 2008	
	Anzahl	%
Patienten mit bekanntem Überlebensstatus 1 Jahr nach Nierentransplantation (Follow-up-Rate)	2.362 / 2.671	88,4%
Patienten mit Follow-up und unbekanntem ¹ Überlebensstatus	12 / 2.671	0,4%
kein Follow-up Datensatz übermittelt	297 / 2.671	11,1%

¹ Angabe „unbekannt“ oder das Follow-up eines überlebenden Patienten wurde früher als ein Jahr nach der Transplantation übermittelt.

Kommentar der BQS-Fachgruppe Pankreas- und Nierentransplantation, Nierenlebenspende zum Follow-up im Leistungsbereich Nierentransplantation:

Die Nachsorge der Transplantatempfänger erfolgt im Leistungsbereich Nierentransplantation häufig im vertragsärztlichen Sektor. Abhängig von regionalen Unterschieden sind daher auch bei hohem Engagement und großem Interesse der Krankenhäuser an Verlaufsdaten ihrer Patienten nicht alle Transplantationszentren in der Lage, ausreichend Daten zum Follow-up zu liefern.

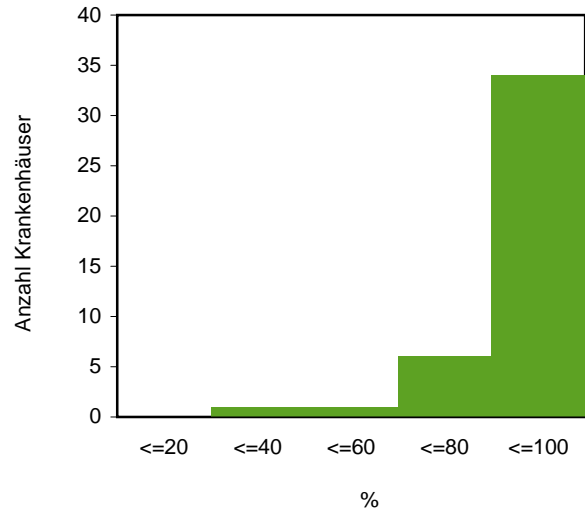
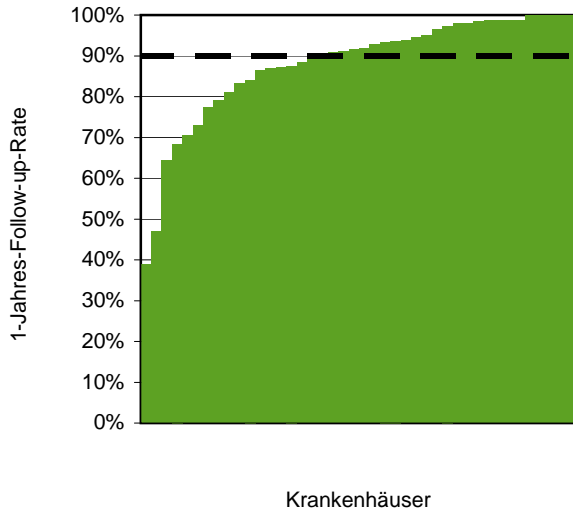
Sofern Follow-up-basierte Kennzahlen berechnet werden, sind aus Gründen der Vergleichbarkeit der Ergebnisse nur Daten aus Krankenhäusern mit einer Follow-up-Vollständigkeit von mindestens 90 Prozent zu verwenden.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a, Kennzahl-ID 2008/NTX/71640]:

1-Jahres-Follow-up-Rate: Anteil von Patienten, deren Überlebensstatus 1 Jahr nach Nierentransplantation bekannt ist, an allen Patienten mit isolierter Nierentransplantation

Minimum - Maximum der Krankhausergebnisse: 38,8% - 100,0%

Median der Krankhausergebnisse: 91,7%



Alle Krankenhäuser sind dargestellt.
24 Krankenhäuser haben eine Follow-up-Rate von $\geq 90\%$.
Die gestrichelte Linie markiert den 90%-Bereich.

Qualitätsindikator 6: 1-Jahres-Überleben (stationärer Aufenthalt 2007)

- Qualitätsziel:** Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
- Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit isolierter Nierentransplantation im Erfassungsjahr 2007
 - ohne Retransplantation im Erfassungsjahr 2008
 - mit bekanntem Überlebensstatus 1 Jahr postoperativ
 - aus einem Krankenhaus mit einer 1-Jahres-Follow-up-Rate von $\geq 90\%$
- Kennzahl-ID:** 2008/NTX/68395
- Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Gesamt 2008	
	Anzahl	%
Patienten mit isolierter Nierentransplantation im Erfassungsjahr 2007 ohne Retransplantation im Erfassungsjahr 2008 aus einem Krankenhaus mit einer Follow-up-Rate von $\geq 90\%$	1.593 / 2.671	59,6%
mit bekanntem Überlebensstatus 1 Jahr nach Nierentransplantation, von denen	1.531 / 1.593	96,1%
überleben	1.459 / 1.531	95,3%
Vertrauensbereich		94,1% - 96,3%
Referenzbereich		nicht definiert
versterben	72 / 1.531	4,7%

Kommentar der BQS-Fachgruppe Pankreas- und Nierentransplantation, Nierenlebenspende zu Follow-up-basierten Qualitätsindikatoren:

Nach einer Organtransplantation ist die kompetente Weiterbehandlung der Transplantatempfänger für die Ergebnisqualität im Langzeitverlauf entscheidend. Diese erfolgt im Bereich Nierentransplantation häufig im vertragsärztlichen Sektor. In diesen Fällen hat das transplantierende Zentrum ggf. keinen Einfluss auf das Behandlungsergebnis am Ende des ersten Jahres nach der Transplantation.

Vorjahresdaten	Gesamt 2007	
	Anzahl	%
Patienten mit isolierter Nierentransplantation im Erfassungsjahr 2006 ohne Retransplantation im Erfassungsjahr 2007 aus einem Krankenhaus mit einer Follow-up-Rate von $\geq 90\%$	1.953 / 2.489	78,5%
mit bekanntem Überlebensstatus 1 Jahr nach Nierentransplantation, von denen	1.888 / 1.953	96,7%
überleben	1.807 / 1.888	95,7%
Vertrauensbereich		94,7% - 96,6%
versterben	81 / 1.888	4,3%

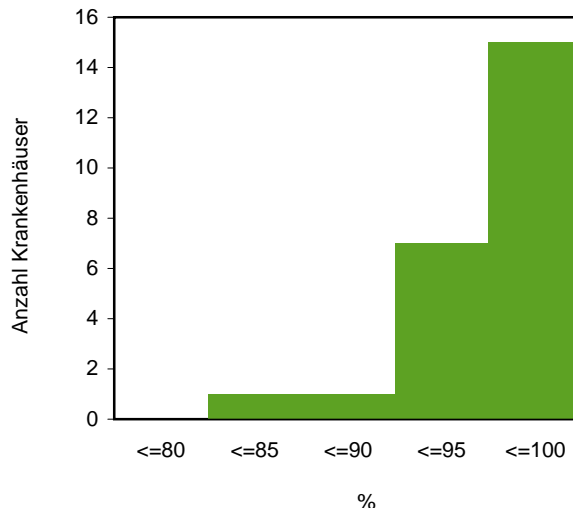
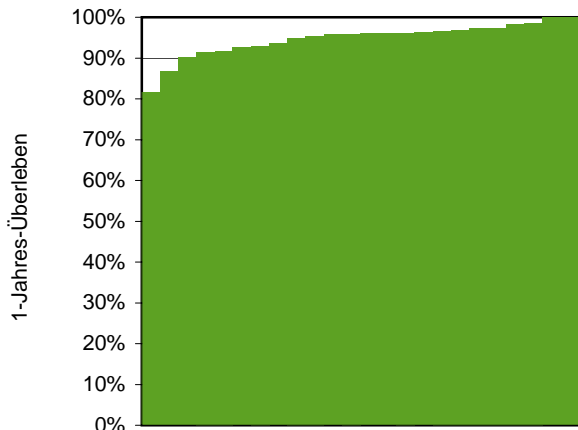
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Kennzahl-ID 2008/NTX/68395]:

Anteil von Patienten, die innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation überlebt haben, an allen Patienten mit isolierter Nierentransplantation im Erfassungsjahr 2007 mit bekanntem Überlebensstatus (Transplantation in einem Krankenhaus, das eine 1-Jahres-Follow-up-Rate von $\geq 90\%$ erreicht hat)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 81,6% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 95,9%



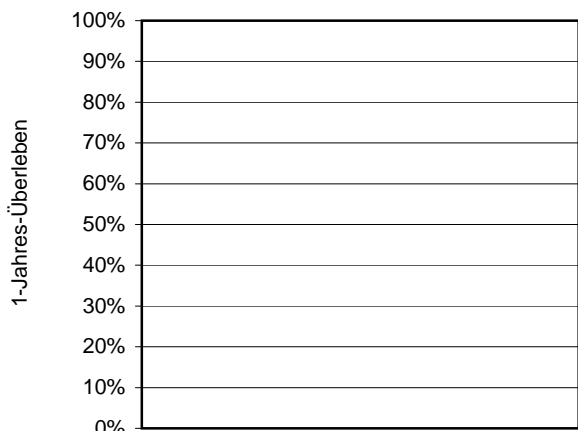
Krankenhäuser

24 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse: nicht bestimmt



Krankenhäuser

0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

21 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Transplantatversagen 1 Jahr nach Nierentransplantation

- Qualitätsziel:** Selten Transplantatversagen nach Nierentransplantation
- Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit isolierter Nierentransplantation im Erfassungsjahr 2007
 - ohne Retransplantation im Erfassungsjahr 2008
 - mit bekanntem Überlebensstatus 1 Jahr postoperativ
 - aus einem Krankenhaus mit einer 1-Jahres-Follow-up-Rate von $\geq 90\%$
- Kennzahl-ID:** 2008/NTX/81694
- Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

		Gesamt 2008	
		Anzahl	%
Transplantatversagen oder Tod (bei isolierter Nierentransplantation)		176 / 1.531	11,5%
Vertrauensbereich			9,9% - 13,2%
Referenzbereich			nicht definiert

Vorjahresdaten		Gesamt 2007	
		Anzahl	%
Transplantatversagen oder Tod (bei isolierter Nierentransplantation)		160 / 1.888	8,5%
Vertrauensbereich			7,3% - 9,8%

**Kommentar der BQS-Fachgruppe Pankreas- und Nierentransplantation,
Nierenlebendspende zu Follow-up-basierten Qualitätsindikatoren:**

Nach einer Organtransplantation ist die kompetente Weiterbehandlung der Transplantatempfänger für die Ergebnisqualität im Langzeitverlauf entscheidend. Diese erfolgt im Bereich Nierentransplantation häufig im vertragsärztlichen Sektor. In diesen Fällen hat das transplantierende Zentrum ggf. keinen Einfluss auf das Behandlungsergebnis am Ende des ersten Jahres nach der Transplantation.

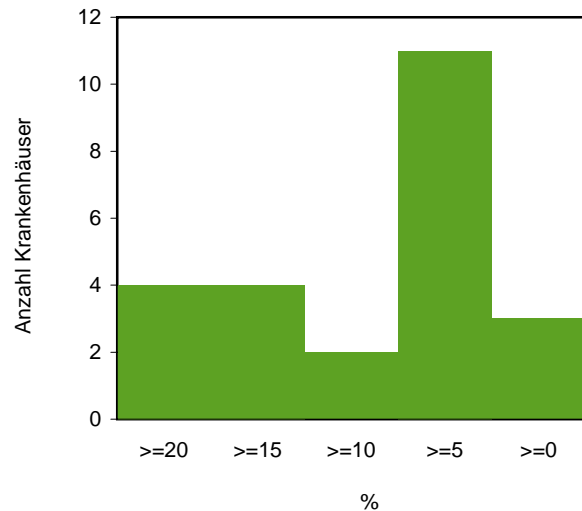
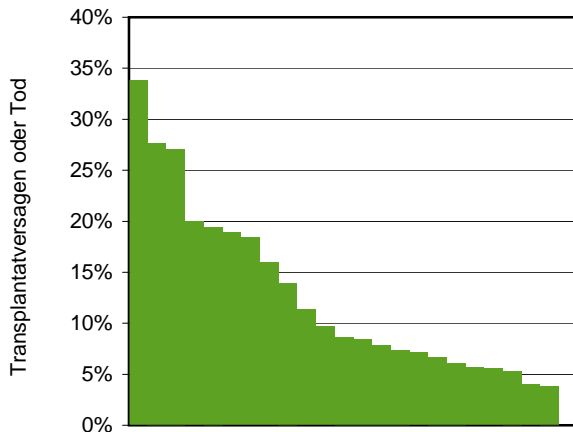
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2008/NTX/81694]:

Anteil von Patienten mit Transplantatversagen oder verstorbenen Patienten an allen Patienten mit isolierter Nierentransplantation im Erfassungsjahr 2007 mit bekanntem Überlebensstatus (Transplantation in einem Krankenhaus, das eine 1-Jahres-Follow-up-Rate von $\geq 90\%$ erreicht hat)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 33,8%

Median der Krankenhausergebnisse: 8,6%

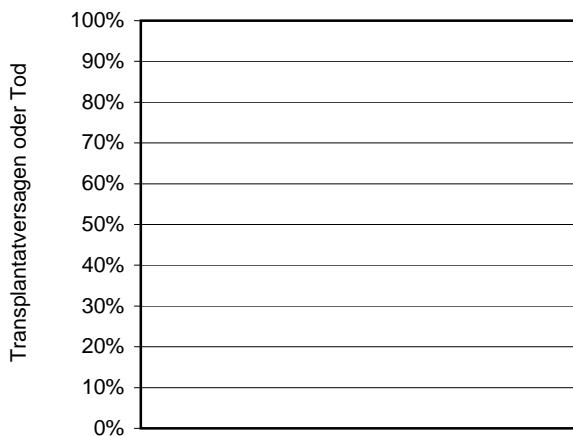


24 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse: nicht bestimmt



0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

21 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 8: Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation

- Qualitätsziel:** Häufig mäßige oder gute Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation
- Grundgesamtheit:** Alle lebenden Patienten mit isolierter Nierentransplantation im Erfassungsjahr 2007
- ohne Retransplantation im Erfassungsjahr 2008
- aus einem Krankenhaus mit einer 1-Jahres-Follow-up-Rate von $\geq 90\%$
- Kennzahl-ID:** 2008/NTX/81699
- Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Gesamt 2008	
	Anzahl	%
Qualität der Transplantatfunktion		
gut (Kreatinin-clearance ¹ > 60 ml/min)	583 / 1.459	40,0%
mäßig (Kreatinin-clearance ¹ ≥ 20 und ≤ 60 ml/min)	733 / 1.459	50,2%
Patienten mit mäßiger oder guter Transplantatfunktion (Kreatinin-clearance ¹ ≥ 20 ml/min) Vertrauensbereich Referenzbereich	1.316 / 1.459	90,2% 88,6% - 91,7% nicht definiert

Vorjahresdaten	Gesamt 2007	
	Anzahl	%
Patienten mit mäßiger oder guter Transplantatfunktion (Kreatinin-clearance ¹ ≥ 20 ml/min) Vertrauensbereich	1.617 / 1.807	89,5% 88,0% - 90,9%

¹ Berechnung der Clearance nach Cockcroft-Gault; eingeschränkt auf gültige Angaben zum Kreatininwert i.S. in mg/dl oder $\mu\text{mol/l}$

Kommentar der BQS-Fachgruppe Pankreas- und Nierentransplantation, Nierenlebenspende zu Follow-up-basierten Qualitätsindikatoren:

Nach einer Organtransplantation ist die kompetente Weiterbehandlung der Transplantatempfänger für die Ergebnisqualität im Langzeitverlauf entscheidend. Diese erfolgt im Bereich Nierentransplantation häufig im vertragsärztlichen Sektor. In diesen Fällen hat das transplantierende Zentrum ggf. keinen Einfluss auf das Behandlungsergebnis am Ende des ersten Jahres nach der Transplantation.

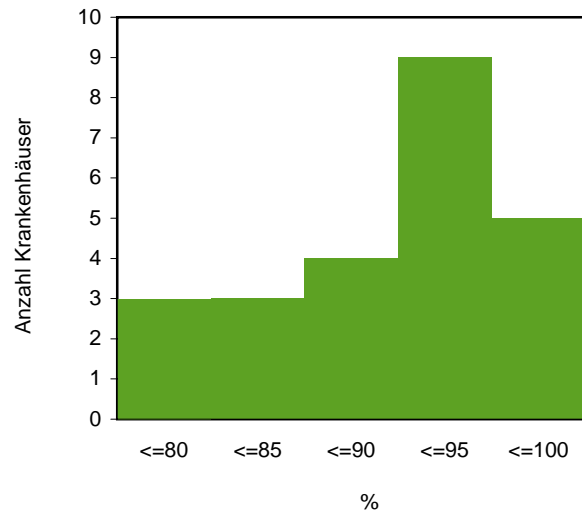
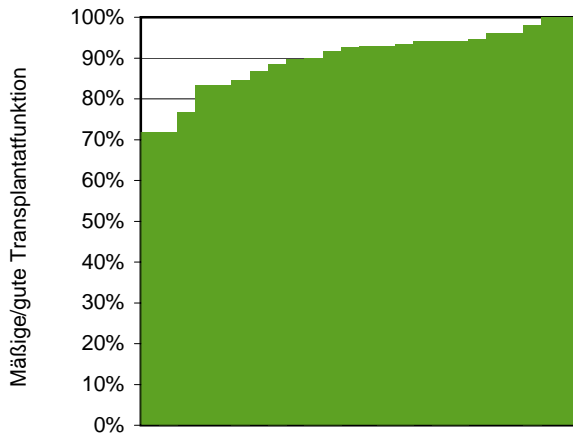
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Kennzahl-ID 2008/NTX/81699]:

Anteil von Patienten mit mäßiger oder guter Qualität der Transplantatfunktion an allen lebenden Patienten mit isolierter Nierentransplantation im Erfassungsjahr 2007 (Transplantation in einem Krankenhaus, das eine 1-Jahres-Follow-up-Rate von $\geq 90\%$ erreicht hat)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 71,7% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 92,7%



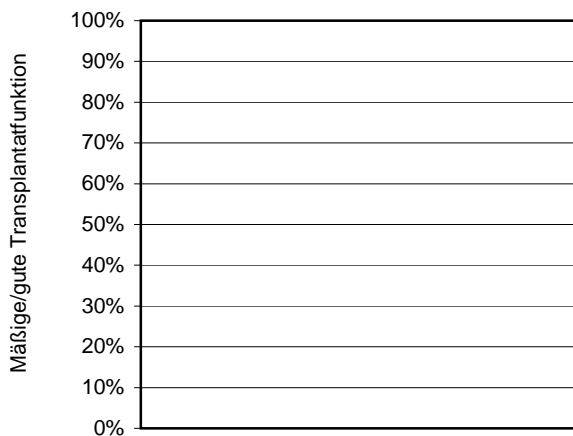
Krankenhäuser

24 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse: nicht bestimmt



Krankenhäuser

0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

21 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 9: Komplikationen der immunsuppressiven Therapie (Malignome)

Qualitätsziel: Selten Auftreten von Malignomen nach immunsuppressiver Therapie

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit isolierter Nierentransplantation im Erfassungsjahr 2007
 - ohne Retransplantation im Erfassungsjahr 2008
 - mit bekanntem Überlebensstatus 1 Jahr postoperativ
 - aus einem Krankenhaus mit einer 1-Jahres-Follow-up-Rate von >= 90%

Kennzahl-ID: 2008/NTX/81704

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

		Gesamt 2008	
		Anzahl	%
Patienten mit der Todesursache „Malignom“ oder mit malignen Folgeerkrankungen nach immunsuppressiver Therapie		21 / 1.531	1,4%
Vertrauensbereich			0,8% - 2,1%
Referenzbereich			nicht definiert

Vorjahresdaten		Gesamt 2007	
		Anzahl	%
Patienten mit der Todesursache „Malignom“ oder mit malignen Folgeerkrankungen nach immunsuppressiver Therapie		38 / 1.888	2,0%
Vertrauensbereich			1,4% - 2,8%

Kommentar der BQS-Fachgruppe Pankreas- und Nierentransplantation, Nierenlebenspende zu Follow-up-basierten Qualitätsindikatoren:

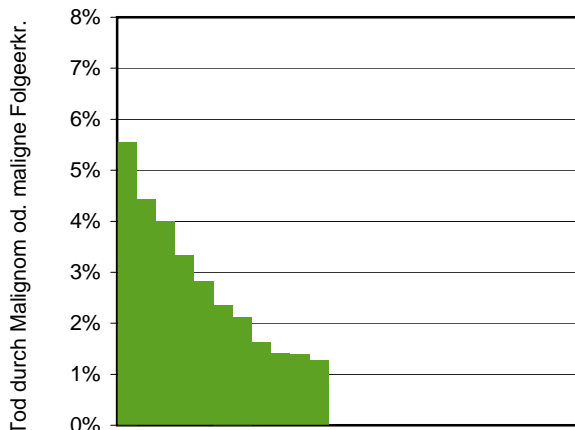
Nach einer Organtransplantation ist die kompetente Weiterbehandlung der Transplantatempfänger für die Ergebnisqualität im Langzeitverlauf entscheidend. Diese erfolgt im Bereich Nierentransplantation häufig im vertragsärztlichen Sektor. In diesen Fällen hat das transplantierte Zentrum ggf. keinen Einfluss auf das Behandlungsergebnis am Ende des ersten Jahres nach der Transplantation.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9, Kennzahl-ID 2008/NTX/81704]:
Anteil von Patienten mit der Todesursache „Malignom“ oder mit malignen Folgeerkrankungen nach immunsuppressiver Therapie an allen Patienten mit isolierter Nierentransplantation im Erfassungsjahr 2007 mit bekanntem Überlebensstatus (Transplantation in einem Krankenhaus, das eine 1-Jahres-Follow-up-Rate von $\geq 90\%$ erreicht hat)

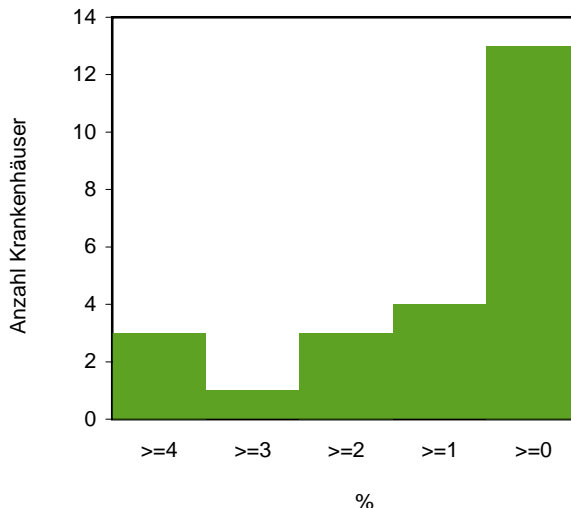
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 5,6%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

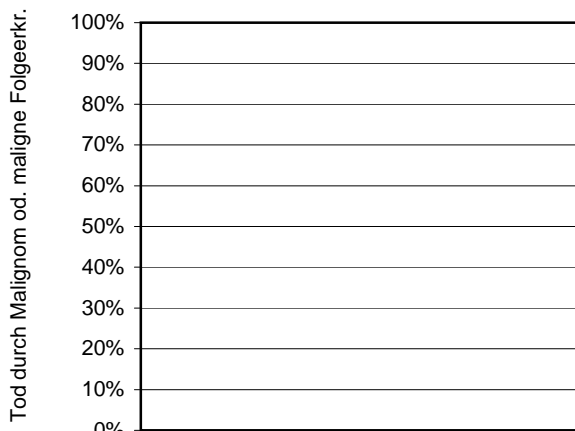


24 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse: nicht bestimmt



Krankenhäuser

0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

21 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatoren zum 2-Jahres-Follow-up

Follow-up-Rate

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit isolierter Nierentransplantation im Erfassungsjahr 2006 ohne Retransplantation in den Erfassungsjahren 2007 oder 2008

Kennzahl-ID: 2008/NTX/85876

	Gesamt 2008	
	Anzahl	%
Patienten mit bekanntem Überlebensstatus 2 Jahre nach Nierentransplantation (Follow-up-Rate)	2.032 / 2.386	85,2%
Patienten mit Follow-up und unbekanntem ¹ Überlebensstatus	28 / 2.386	1,2%
kein Follow-up Datensatz übermittelt	326 / 2.386	13,7%

¹ Angabe „unbekannt“ oder das Follow-up eines überlebenden Patienten wurde früher als zwei Jahre nach der Transplantation übermittelt.

Kommentar der BQS-Fachgruppe Pankreas- und Nierentransplantation, Nierenlebenspende zum Follow-up im Leistungsbereich Nierentransplantation:

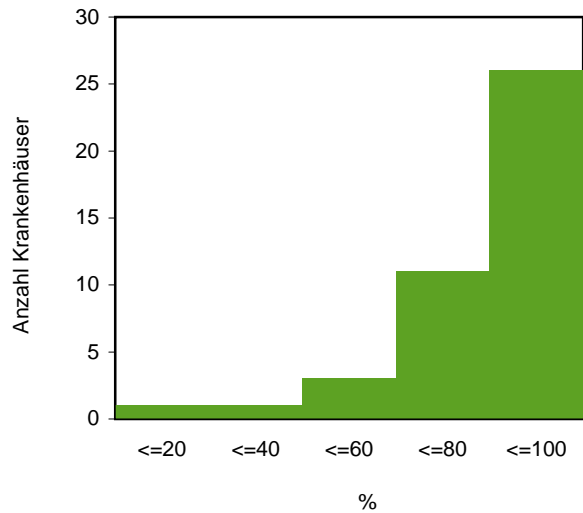
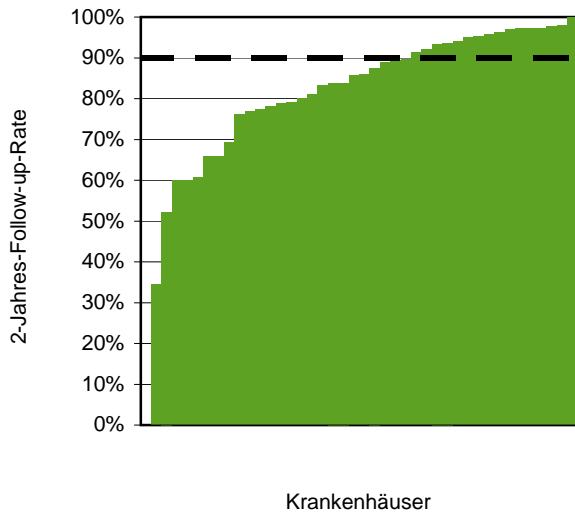
Die Nachsorge der Transplantatempfänger erfolgt im Leistungsbereich Nierentransplantation häufig im vertragsärztlichen Sektor. Abhängig von regionalen Unterschieden sind daher auch bei hohem Engagement und großem Interesse der Krankenhäuser an Verlaufsdaten ihrer Patienten nicht alle Transplantationszentren in der Lage, ausreichend Daten zum Follow-up zu liefern.

Sofern Follow-up-basierte Kennzahlen berechnet werden, sind aus Gründen der Vergleichbarkeit der Ergebnisse nur Daten aus Krankenhäusern mit einer Follow-up-Vollständigkeit von mindestens 90 Prozent zu verwenden.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10a, Kennzahl-ID 2008/NTX/85876]:

2-Jahres-Follow-up-Rate: Anteil von Patienten, deren Überlebensstatus 2 Jahre nach Nierentransplantation bekannt ist, an allen Patienten mit isolierter Nierentransplantation

Minimum - Maximum der Krankhausergebnisse: 0,0% - 100,0%
Median der Krankhausergebnisse: 85,8%



Alle Krankenhäuser sind dargestellt.
15 Krankenhäuser haben eine Follow-up-Rate von $\geq 90\%$.
Die gestrichelte Linie markiert den 90%-Bereich.

Qualitätsindikator 10: 2-Jahres-Überleben (stationärer Aufenthalt 2006)

- Qualitätsziel:** Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
- Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit isolierter Nierentransplantation im Erfassungsjahr 2006
 - ohne Retransplantation in den Erfassungsjahren 2007 oder 2008
 - mit bekanntem Überlebensstatus 2 Jahre postoperativ
 - aus einem Krankenhaus mit einer 2-Jahres-Follow-up-Rate von $\geq 90\%$
- Kennzahl-ID:** 2008/NTX/85881
- Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Gesamt 2008	
	Anzahl	%
Patienten mit isolierter Nierentransplantation im Erfassungsjahr 2006 ohne Retransplantation in den Erfassungsjahren 2007 oder 2008 aus einem Krankenhaus mit einer Follow-up-Rate von $\geq 90\%$	1.041 / 2.386	43,6%
mit bekanntem Überlebensstatus 2 Jahre nach Nierentransplantation, von denen	996 / 1.041	95,7%
überleben	943 / 996	94,7%
Vertrauensbereich		93,1% - 96,0%
Referenzbereich		nicht definiert
versterben	53 / 996	5,3%

Kommentar der BQS-Fachgruppe Pankreas- und Nierentransplantation, Nierenlebenspende zu Follow-up-basierten Qualitätsindikatoren:

Nach einer Organtransplantation ist die kompetente Weiterbehandlung der Transplantatempfänger für die Ergebnisqualität im Langzeitverlauf entscheidend. Diese erfolgt im Bereich Nierentransplantation häufig im vertragsärztlichen Sektor. In diesen Fällen hat das transplantierende Zentrum ggf. keinen Einfluss auf das Behandlungsergebnis am Ende des zweiten Jahres nach der Transplantation.

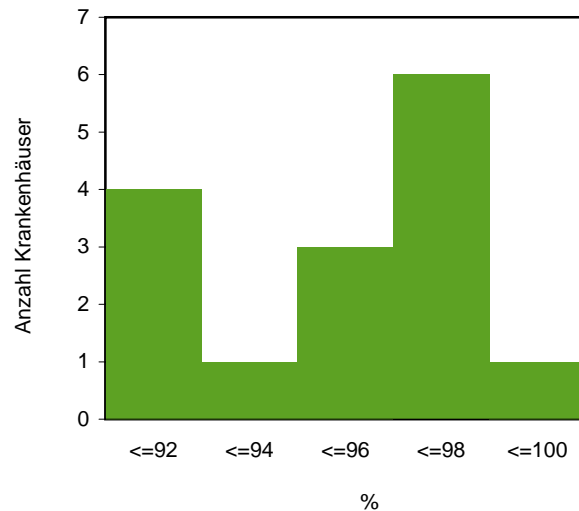
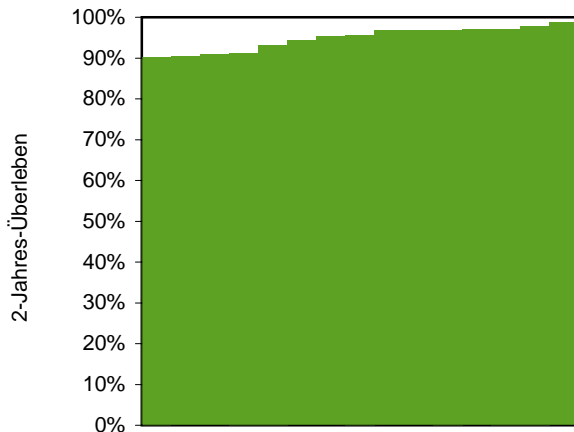
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10b, Kennzahl-ID 2008/NTX/85881]:

Anteil von Patienten, die innerhalb des 1. und 2. Jahres nach Nierentransplantation überlebt haben, an allen Patienten mit isolierter Nierentransplantation im Erfassungsjahr 2006 mit bekanntem Überlebensstatus (Transplantation in einem Krankenhaus, das eine 2-Jahres-Follow-up-Rate von $\geq 90\%$ erreicht hat)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 90,2% - 98,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 95,7%



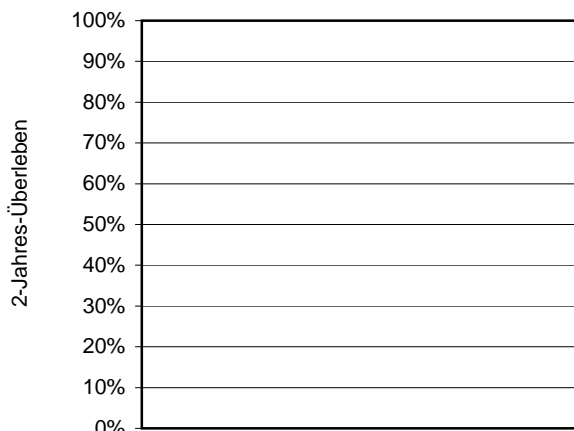
Krankenhäuser

15 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse: nicht bestimmt



Krankenhäuser

0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

30 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 11: Transplantatversagen 2 Jahre nach Nierentransplantation

- Qualitätsziel:** Selten Transplantatversagen 2 Jahre nach Nierentransplantation
- Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit isolierter Nierentransplantation im Erfassungsjahr 2006
 - ohne Retransplantation in den Erfassungsjahren 2007 oder 2008
 - mit bekanntem Überlebensstatus 2 Jahre postoperativ
 - aus einem Krankenhaus mit einer 2-Jahres-Follow-up-Rate von $\geq 90\%$
- Kennzahl-ID:** 2008/NTX/85883
- Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

		Gesamt 2008	
		Anzahl	%
Transplantatversagen oder Tod 2 Jahre nach Transplantation (bei isolierter Nierentransplantation)		82 / 996	8,2%
Vertrauensbereich			6,6% - 10,1%
Referenzbereich			nicht definiert

**Kommentar der BQS-Fachgruppe Pankreas- und Nierentransplantation,
Nierenlebenspende zu Follow-up-basierten Qualitätsindikatoren:**

Nach einer Organtransplantation ist die kompetente Weiterbehandlung der Transplantatempfänger für die Ergebnisqualität im Langzeitverlauf entscheidend. Diese erfolgt im Bereich Nierentransplantation häufig im vertragsärztlichen Sektor. In diesen Fällen hat das transplantierende Zentrum ggf. keinen Einfluss auf das Behandlungsergebnis am Ende des zweiten Jahres nach der Transplantation.

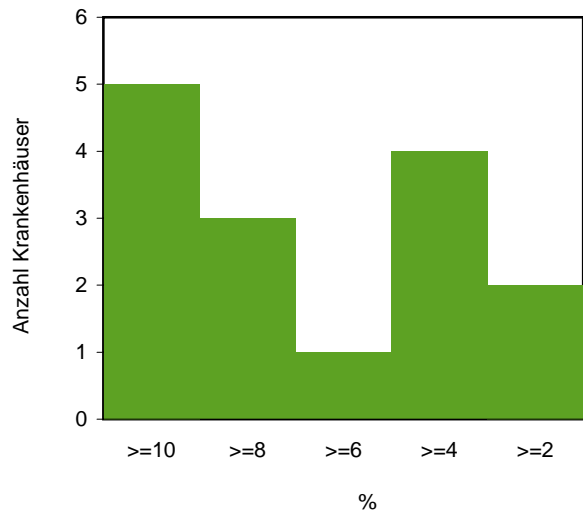
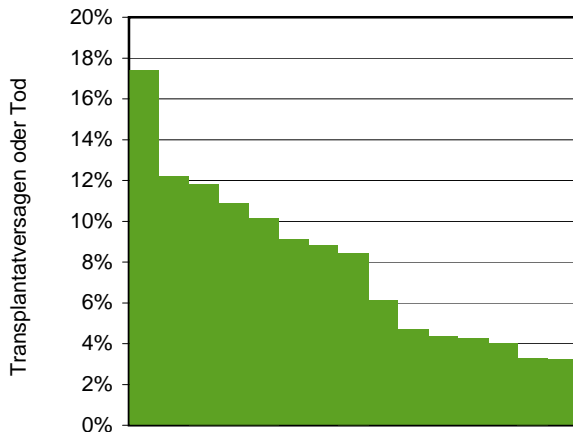
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11, Kennzahl-ID 2008/NTX/85883]:

Anteil von Patienten mit Transplantatversagen oder verstorbenen Patienten an allen Patienten mit isolierter Nierentransplantation im Erfassungsjahr 2006 mit bekanntem Überlebensstatus (Transplantation in einem Krankenhaus, das eine 2-Jahres-Follow-up-Rate von $\geq 90\%$ erreicht hat)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 3,2% - 17,4%

Median der Krankenhausergebnisse: 8,5%



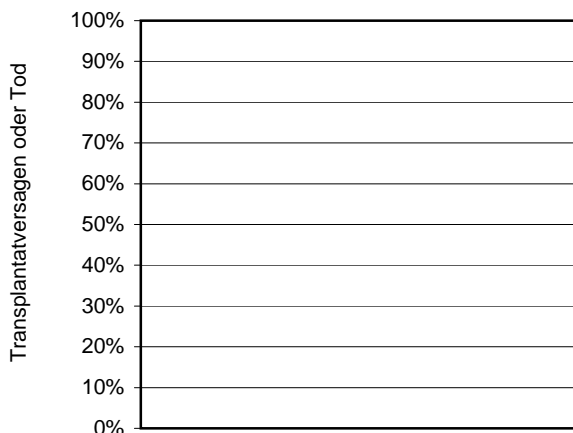
Krankenhäuser

15 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse: nicht bestimmt



Krankenhäuser

0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

30 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 12: Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation

Qualitätsziel: Häufig mäßige oder gute Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation

Grundgesamtheit: Alle lebenden Patienten mit isolierter Nierentransplantation im Erfassungsjahr 2006
 - ohne Retransplantation in den Erfassungsjahren 2007 oder 2008
 - aus einem Krankenhaus mit einer 2-Jahres-Follow-up-Rate von $\geq 90\%$

Kennzahl-ID: 2008/NTX/85886

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

		Gesamt 2008	
		Anzahl	%
Qualität der Transplantatfunktion			
gut (Kreatinin-clearance ¹ > 60 ml/min)		389 / 943	41,3%
mäßig (Kreatinin-clearance ¹ ≥ 20 und ≤ 60 ml/min)		502 / 943	53,2%
mäßig oder gut (Kreatinin-clearance ¹ ≥ 20 ml/min)		891 / 943	94,5%
Vertrauensbereich			92,8% - 95,9%
Referenzbereich			nicht definiert

¹ Berechnung der Clearance nach Cockcroft-Gault; eingeschränkt auf gültige Angaben zum Kreatininwert i.S. in mg/dl oder $\mu\text{mol/l}$

Kommentar der BQS-Fachgruppe Pankreas- und Nierentransplantation, Nierenlebenspende zu Follow-up-basierten Qualitätsindikatoren:

Nach einer Organtransplantation ist die kompetente Weiterbehandlung der Transplantatempfänger für die Ergebnisqualität im Langzeitverlauf entscheidend. Diese erfolgt im Bereich Nierentransplantation häufig im vertragsärztlichen Sektor. In diesen Fällen hat das transplantierende Zentrum ggf. keinen Einfluss auf das Behandlungsergebnis am Ende des zweiten Jahres nach der Transplantation.

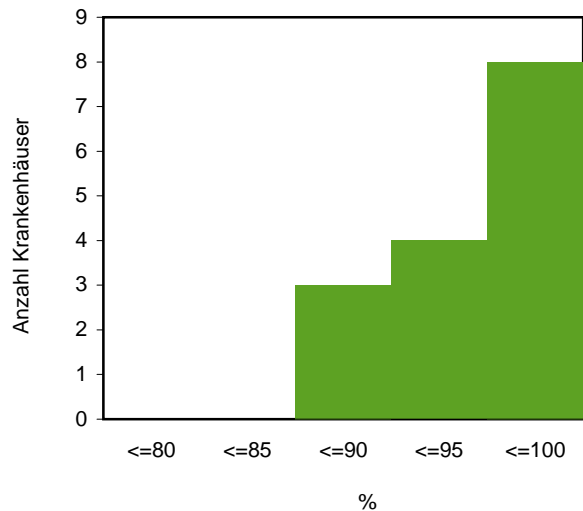
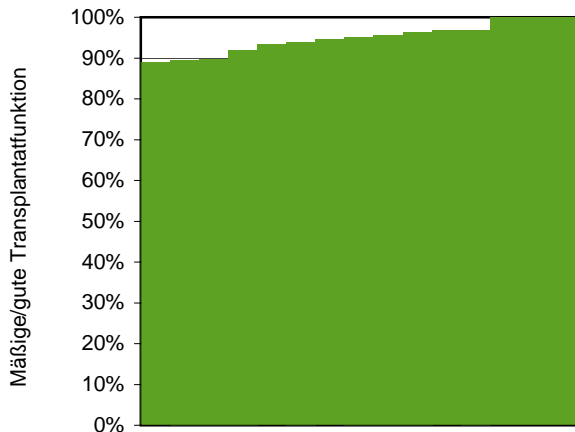
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 12, Kennzahl-ID 2008/NTX/85886]:

Anteil von Patienten mit mäßiger oder guter Qualität der Transplantatfunktion an allen lebenden Patienten mit isolierter Nierentransplantation im Erfassungsjahr 2006 (Transplantation in einem Krankenhaus, das eine 2-Jahres-Follow-up-Rate von $\geq 90\%$ erreicht hat)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 88,9% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 95,2%

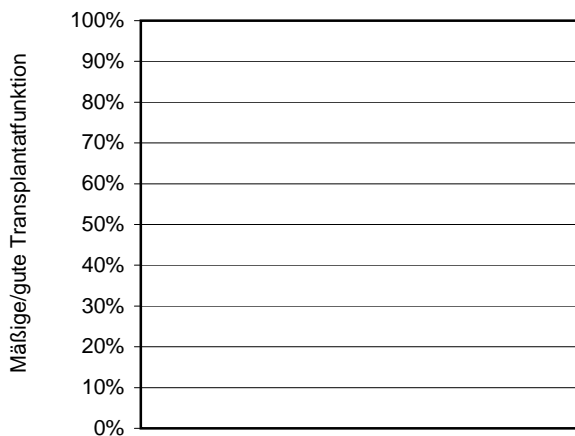


15 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse: nicht bestimmt



0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

30 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator 13: Komplikationen der immunsuppressiven Therapie (Malignome)
2 Jahre nach Nierentransplantation**

- Qualitätsziel:** Selten Auftreten von Malignomen nach immunsuppressiver Therapie (2 Jahre nach Nierentransplantation)
- Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit isolierter Nierentransplantation im Erfassungsjahr 2006
- ohne Retransplantation in den Erfassungsjahren 2007 oder 2008
- mit bekanntem Überlebensstatus 2 Jahre postoperativ
- aus einem Krankenhaus mit einer 2-Jahres-Follow-up-Rate von $\geq 90\%$
- Kennzahl-ID:** 2008/NTX/85887
- Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Gesamt 2008	
	Anzahl	%
Patienten mit der Todesursache „Malignom“ oder mit malignen Folgeerkrankungen nach immunsuppressiver Therapie	33 / 996	3,3%
Vertrauensbereich		2,3% - 4,6%
Referenzbereich		nicht definiert

Kommentar der BQS-Fachgruppe Pankreas- und Nierentransplantation, Nierenlebenspende zu Follow-up-basierten Qualitätsindikatoren:

Nach einer Organtransplantation ist die kompetente Weiterbehandlung der Transplantatempfänger für die Ergebnisqualität im Langzeitverlauf entscheidend. Diese erfolgt im Bereich Nierentransplantation häufig im vertragsärztlichen Sektor. In diesen Fällen hat das transplantierende Zentrum ggf. keinen Einfluss auf das Behandlungsergebnis am Ende des zweiten Jahres nach der Transplantation.

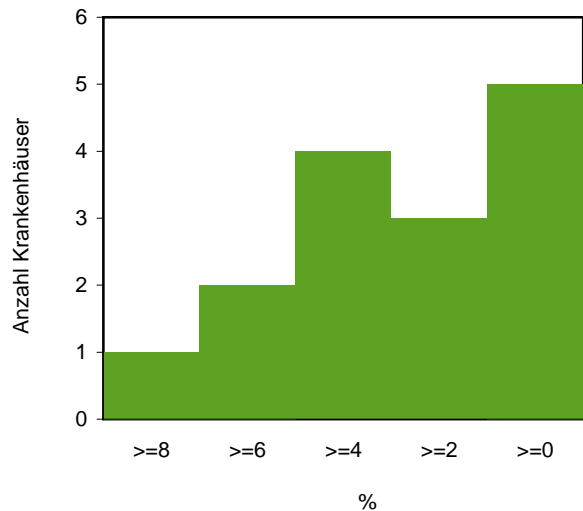
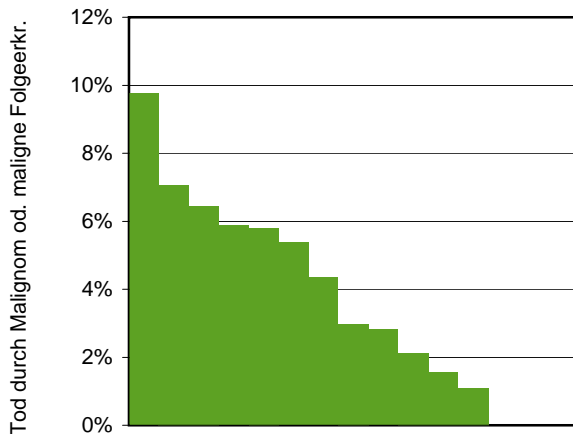
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 13, Kennzahl-ID 2008/NTX/85887]:

Anteil von Patienten mit der Todesursache „Malignom“ oder mit malignen Folgeerkrankungen nach immunsuppressiver Therapie an allen Patienten mit isolierter Nierentransplantation im Erfassungsjahr 2006 mit bekanntem Überlebensstatus (Transplantation in einem Krankenhaus, das eine 2-Jahres-Follow-up-Rate von $\geq 90\%$ erreicht hat)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 9,8%

Median der Krankenhausergebnisse: 3,0%



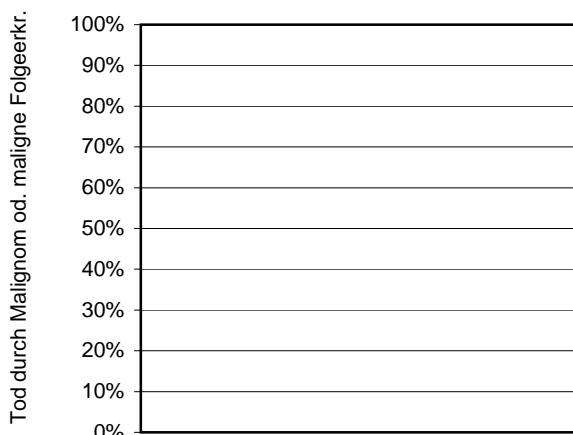
Krankenhäuser

15 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse: nicht bestimmt



Krankenhäuser

0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

30 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

BQS-Bundesauswertung 2008 Nierentransplantation

Basisauswertung

Teilnehmende Krankenhäuser (Bundesdaten): 45
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.622
Datensatzversion: PNTX 2008 11.0
Datenbankstand: 15. März 2009
2008 - D8134-L60082-P27695

© BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2009

Behandlungszeit

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl		Anzahl	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	2.622		2.866	
Median		21,0		21,0

Transplantation

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Transplantation				
Isolierte Nierentransplantation	2.450 / 2.622	93,4	2.701 / 2.866	94,2
Simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK)	118 / 2.622	4,5	114 / 2.866	4,0
Kombination Niere mit anderen Organen	54 / 2.622	2,1	51 / 2.866	1,8

Basisdaten Empfänger

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alter (Jahre)				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	2.622 / 2.622		2.866 / 2.866	
Median		51,0		52,0
< 16 Jahre	89 / 2.622	3,4	75 / 2.866	2,6
16 - 39 Jahre	505 / 2.622	19,3	560 / 2.866	19,5
40 - 64 Jahre	1.477 / 2.622	56,3	1.609 / 2.866	56,1
>= 65 Jahre	551 / 2.622	21,0	622 / 2.866	21,7
Body-Mass-Index BMI¹				
< 18	106 / 2.617	4,1	109 / 2.864	3,8
18 - < 25	1.240 / 2.617	47,4	1.388 / 2.864	48,5
25 - < 30	916 / 2.617	35,0	967 / 2.864	33,8
>= 30	355 / 2.617	13,6	400 / 2.864	14,0
Geschlecht				
männlich	1.644	62,7	1.786	62,3
weiblich	978	37,3	1.080	37,7
Körpergröße (cm)				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe ²	2.618		2.864	
Median		171,5		172,0
Körpergewicht bei Aufnahme (kg)				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe ³	2.621		2.866	
Median		74,0		74,0

¹ Die Berechnung des BMI erfolgt nur für gültige Angaben.

² Gültige Angaben für die Körpergröße liegen zwischen 40 cm und 250 cm.

³ Gültige Angaben für das Körpergewicht liegen zwischen 1 kg und 230 kg.

Verteilung der zugrunde liegenden Nierenerkrankungen

PRIMARY RENAL DISEASE-Liste (EDTA Codes)

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Glomerulonephritis	982 / 2.622	37,5	1.060 / 2.866	37,0
Zystische Nierenerkrankung	329 / 2.622	12,5	392 / 2.866	13,7
Interstitielle Nephritis	282 / 2.622	10,8	275 / 2.866	9,6
Diabetes mellitus	281 / 2.622	10,7	275 / 2.866	9,6
Vaskuläre Nierenerkrankung	144 / 2.622	5,5	157 / 2.866	5,5

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem EDTA Code

Befunde Empfänger

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Vorerkrankungen				
Anzahl Patienten mit mindestens einer Vorerkrankung	2.468 / 2.622	94,1	2.704 / 2.866	94,3
Art der Vorerkrankung				
Diabetes mellitus	66 / 2.622	2,5	90 / 2.866	3,1
arterielle Hypertonie	2.175 / 2.622	83,0	2.363 / 2.866	82,4
koronare Herzkrankheit (KHK)	496 / 2.622	18,9	625 / 2.866	21,8
periphere Arterielle Verschlusskrankheit (pAVK)	235 / 2.622	9,0	289 / 2.866	10,1
cerebraler Insult	74 / 2.622	2,8	92 / 2.866	3,2
chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COLD)	61 / 2.622	2,3	105 / 2.866	3,7
chronische Hepatitis	94 / 2.622	3,6	114 / 2.866	4,0
sonstige	1.563 / 2.622	59,6	1.832 / 2.866	63,9
Nierenersatztherapie	2.458	93,7	2.705	94,4
Blutgruppe				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	2.622		2.866	
A	1.180	45,0	1.308	45,6
B	331	12,6	344	12,0
0	946	36,1	1.003	35,0
AB	165	6,3	211	7,4

Befunde Empfänger (Fortsetzung)

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl		Anzahl	
Zeitdauer zwischen Beginn der Nieren- ersatztherapie und Transplantation (Wartezeit in Jahren)				
bei postmortaler Organspende				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	2.045		2.257	
Median		5,6		5,5
bei Lebendorganspende				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	411		445	
Median		1,4		1,3
Wartezeit (in Jahren) von Transplantatempfängern vor postmortaler Organspende:				
bei Patienten der Blutgruppe A				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	918 / 2.045		1.033 / 2.257	
Median		5,5		5,5
bei Patienten der Blutgruppe B				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	267 / 2.045		270 / 2.257	
Median		5,1		4,9
bei Patienten der Blutgruppe 0				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	723 / 2.045		786 / 2.257	
Median		6,8		6,9
bei Patienten der Blutgruppe AB				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	137 / 2.045		168 / 2.257	
Median		2,4		2,7

Befunde Empfänger (Fortsetzung)

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Immunologische Vorbedingungen				
Panel Reactive Antibodies (PRA) -höchster Wert-				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	2.622		2.866	
davon				
PRA >= 5%	498	19,0	517	18,0
Panel Reactive Antibodies (PRA) -letzter Wert-				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	2.622		2.866	
davon				
PRA >= 5%	247	9,4	227	7,9
Anzahl Mismatches Anzahl Patienten mit gültiger Angabe Median	2.622	3,0	2.866	3,0

Basisdaten Spender

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Spendertyp				
hirntot	2.085	79,5	2.303	80,4
lebend	537	20,5	563	19,6
Spenderalter (Jahre)				
Anzahl Spender mit gültiger Angabe	2.617		2.860	
Median		52,0		52,0
unbekannt	5	0,2	6	0,2
Geschlecht				
männlich	1.276	48,7	1.462	51,0
weiblich	1.346	51,3	1.404	49,0
Blutgruppe				
Anzahl Spender mit gültiger Angabe	2.622		2.866	
A	1.099	41,9	1.221	42,6
B	308	11,7	302	10,5
0	1.091	41,6	1.177	41,1
AB	124	4,7	166	5,8
Kreatininwert i. S.				
Anzahl Spender mit gültiger Angabe	2.622		2.866	
Median (mg/dl und µmol/l)	0,8	75,0	0,9	79,6
Mittelwert (mg/dl und µmol/l)	1,6	144,2	2,1	179,8

Basisdaten Spender (Fortsetzung)

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
virologische Befunde				
Anzahl Spender mit mindestens einem pathologischen virologischen Befund	1.478		1.590	
Hb-S-Ag	96	3,7	123	4,3
Anti-HCV	107	4,1	126	4,4
CMV-IgG	1.466	55,9	1.565	54,6
HIV	86	3,3	106	3,7
wenn postmortale Organspende				
hypotensive Phasen	197	9,4	206	8,9
Herzstillstand	226	10,8	331	14,4
Todesursache(n) (Spender) siehe Tabelle				
Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme				
gut	2.435	92,9	2.677	93,4
mittel	172	6,6	159	5,5
schlecht	15	0,6	30	1,0

Basisdaten Spender (Fortsetzung)

Todesursache(n) Spender

Liste der 5 häufigsten Angaben nach der ENIS-Liste DONOR DEATH CODES

Bezug der Texte: Gesamt 2008

	Code	Text
1	234	SAB: Subarachnoidalblutung
2	229	CBL: Intrazerebrale Blutung
3	216	T_CAPI: Trauma: Schädel
4	218	CVA: Zerebrovaskuläres Ereignis, nicht anderweitig klassifizierbar
5	230	CID: Ischämischer Insult

Bezug der Texte: Gesamt 2007

	Code	Text
1	234	SAB: Subarachnoidalblutung
2	229	CBL: Intrazerebrale Blutung
3	216	T_CAPI: Trauma: Schädel
4	218	CVA: Zerebrovaskuläres Ereignis, nicht anderweitig klassifizierbar
5	230	CID: Ischämischer Insult

Verteilung der Todesursachen der Spender

ENIS-Liste DONOR DEATH CODES

	Gesamt 2008			Gesamt 2007		
	ENIS	Anzahl	% ¹	ENIS	Anzahl	% ¹
1	234	558	26,8	234	692	30,0
2	229	450	21,6	229	546	23,7
3	216	429	20,6	216	391	17,0
4	218	240	11,5	218	227	9,9
5	230	119	5,7	230	155	6,7

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem DONOR DEATH CODE

Immunsuppression initial

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patient nimmt an randomisierter Doppelblindstudie teil	54 / 2.622	2,1	91 / 2.866	3,2
wenn nicht:				
Induktionstherapie	1.821 / 2.568	70,9	1.763 / 2.775	63,5
davon				
ATG	407	22,4	422	23,9
OKT3	17	0,9	6	0,3
IL-2-Rezeptorantagonist	1.376	75,6	1.310	74,3
andere	73	4,0	88	5,0
Cyclosporin	1.080	42,1	1.218	43,9
Tacrolimus	1.427	55,6	1.493	53,8
Azathioprin	21	0,8	30	1,1
Mycophenolat	2.428	94,5	2.618	94,3
Steroide	2.532	98,6	2.730	98,4
m-ToR-Inhibitor	33	1,3	43	1,5
andere	80	3,1	129	4,6

Transplantation

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl		Anzahl	
Zeitdauer zwischen der letzten Nierentransplantation und dieser Transplantation (Jahre)				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	352		395	
Median		12,4		10,2
kalte Ischämiezeit (Stunden)				
bei postmortaler Organspende				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	2.084		2.300	
Median		12,7		12,9
bei Lebendorganspende				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	528		550	
Median		2,4		2,3
Dauer des Eingriffs (Stunden)				
Schnitt-Nahtzeit				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	2.622		2.866	
Median		2,7		2,7

Verlauf

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung	2.479 / 2.622	94,5	2.671 / 2.866	93,2
Patienten ohne postoperative Dialyse	1.827 / 2.622	69,7	1.861 / 2.866	64,9
Patienten mit einer postoperativen Dialyse	187 / 2.622	7,1	217 / 2.866	7,6
Patienten mit mehr als einer postoperativen Dialyse	465 / 2.622	17,7	593 / 2.866	20,7
Keine Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung	143 / 2.622	5,5	195 / 2.866	6,8
operative Komplikation(en)				
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation	519 / 2.622	19,8	592 / 2.866	20,7
Urinleck	47	1,8	75	2,6
Lymphozele	121	4,6	149	5,2
Platzbauch	30	1,1	50	1,7
Blutung	194	7,4	176	6,1
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)				
Anzahl Patienten	61 / 2.622	2,3	82 / 2.866	2,9
A1 (oberflächliche Infektion)	31	1,2	44	1,5
A2 (tiefe Infektion)	24	0,9	30	1,0
A3 (Räume/Organe)	6	0,2	8	0,3
arterielle Thrombosen (Niere)	30	1,1	26	0,9
venöse Thrombosen (Niere)	42	1,6	36	1,3
sonstige	177	6,8	218	7,6
akute behandlungsbedürftige Rejektionen	372 / 2.622	14,2	496 / 2.866	17,3
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	369		491	
Median		1,0		1,0
Mittelwert		1,2		1,2

Entlassung

	Gesamt 2008			Gesamt 2007		
	Anzahl			Anzahl		
Körpergewicht bei Entlassung						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	2.621			2.859		
Median	73,0			73,0		
Mittelwert	74,2			74,0		
Kreatininwert i. S.¹ (bei Entlassung)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	2.479			2.671		
Median (mg/dl und µmol/l)	1,6	141,4		1,6	141,4	
Mittelwert (mg/dl und µmol/l)	1,9	164,0		1,8	163,5	

¹ Die Grundgesamtheit bilden alle Patienten mit Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung.



Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet	1.919	73,2	2.200	76,8
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen	434	16,6	365	12,7
03: aus sonstigen Gründen	2	0,1	5	0,2
04: gegen ärztlichen Rat	2	0,1	4	0,1
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	5	0,2	0	0,0
06: Verlegung	22	0,8	15	0,5
07: Tod	49	1,9	46	1,6
08: Verlegung nach §14	6	0,2	5	0,2
09: in Rehabilitationseinrichtung	87	3,3	128	4,5
10: in Pflegeeinrichtung	5	0,2	0	0,0
11: in Hospiz	0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung	20	0,8	18	0,6
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung	64	2,4	72	2,5
15: gegen ärztlichen Rat	0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung	0	0,0	1	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)	4	0,2	3	0,1
18: Rückverlegung	0	0,0	1	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung	0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation	0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme	2	0,1	3	0,1
22: Fallabschluss ²	1	0,0	-	-
wenn Patient verstorben				
Todesursache				
Infektion	9 / 49	18,4	16 / 46	34,8
kardiovaskulär	29 / 49	59,2	18 / 46	39,1
cerebrovaskulär	1 / 49	2,0	1 / 46	2,2
Malignom	0 / 49	0,0	0 / 46	0,0
andere	9 / 49	18,4	9 / 46	19,6
unbekannt	1 / 49	2,0	2 / 46	4,3

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | |
|---|--|
| 01 Behandlung regulär beendet | 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen |
| 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung
vorgesehen | 16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgelt-
bereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere
Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung |
| 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet | 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-
Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach
§17b Abs. 1 Satz 15 KHG |
| 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet | 19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung |
| 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus | 20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation |
| 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen
einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV) | 21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme |
| 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung | 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen
voll- und teilstationärer Behandlung |
| 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung | |
| 11 Entlassung in ein Hospiz | |
| 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen | |

² Entlassungsgrund 22 (Fallabschluss) wird erst seit 01.01.2008 erhoben.

1-Jahres-Follow-up

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl erwarteter Follow-up-Untersuchungen	2.642		2.459	
Zeitabstand Nierentrans- plantation/Follow-up				
Anzahl gültiger Angaben Median (Tage)	2.345	378,0	2.290	376,0
Anteil selbst- erhobener Follow-up Untersuchungen	2.287	97,5	2.118	92,5
Patient verstorben				
nein	2.264	96,5	2.190	95,6
ja	69	2,9	70	3,1
unbekannt ¹ wenn ja:	12	0,5	30	1,3
Zeitabstand Nierentrans- plantation/Todesdatum				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe Median (Tage)	69	179,5	70	157,0
Todesursache				
Infektion	33 / 69	47,8	32 / 70	45,7
kardiovaskulär	10 / 69	14,5	9 / 70	12,9
cerebrovaskulär	3 / 69	4,3	0 / 70	0,0
Malignom	2 / 69	2,9	3 / 70	4,3
andere	13 / 69	18,8	13 / 70	18,6
unbekannt	7 / 69	10,1	4 / 70	5,7
wenn nein:				
Körpergröße (cm)				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe Median	2.252	171,0	2.024	171,0
Körpergewicht (kg)				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe Median	2.252	75,0	2.024	75,0

¹ Angabe „unbekannt“ oder das Follow-up eines überlebenden Patienten wurde früher als ein Jahr nach der Transplantation übermittelt.

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn Patient lebt				
Transplantatversagen	155	6,8	94	4,3
Zeitabstand Nieren- transplantation/ Transplantatversagen				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	155		94	
Median (Tage)		55,0		77,5
Ursache des Transplan- tatversagens				
Rejektion	45	29,0	35	37,2
Gefäßverschluss	11	7,1	10	10,6
Blutung	0	0,0	3	3,2
Infektion im OP-Bereich	2	1,3	3	3,2
Rekurrenz der Grunder- krankung	4	2,6	5	5,3
De Novo Nierenerkrankung	2	1,3	1	1,1
primäre Nichtfunktion	43	27,7	19	20,2
andere	48	31,0	18	19,1
Kreatininwert i. S.				
(Follow-up)				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	2.097		1.930	
Median (mg/dl und µmol/l)	1,5	132,6	1,5	132,6
Mittelwert (mg/dl und µmol/l)	1,7	146,3	1,8	158,0
akut behandlungsbe- dürftige Rejektionen nach dem stationären Aufenthalt (Transplan- tation im Vorjahr)				
Patienten ohne Abstoßung	1.906	84,2	1.670	76,3
Patienten mit mindestens einer Abstoßung	346	15,3	354	16,2
mit gültiger Angabe zur Anzahl	345	15,2	354	16,2
Anzahl der Abstoßungen	450		467	

Immunsuppression

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Cyclosporin	759	33,5	798	36,4
Tacrolimus	1.360	60,1	1.073	49,0
Azathioprin	39	1,7	46	2,1
Mycophenolat	1.897	83,8	1.675	76,5
Steroide	1.888	83,4	1.737	79,3
m-ToR-Inhibitor	109	4,8	130	5,9
andere	232	10,2	193	8,8
Folgeerkrankungen nach immunsuppressiver Therapie				
Anzahl Patienten mit Folgeerkrankung davon	238 / 2.264	10,5	322 / 2.190	14,7
Malignome				
Hauttumore	14	5,9	19	5,9
Lymphome	4	1,7	9	2,8
Karzinome	17	7,1	18	5,6
andere Folge- erkrankungen	209	87,8	284	88,2

2-Jahres-Follow-up

	Gesamt 2008	
	Anzahl	%
Anzahl erwarteter Follow-up-Untersuchungen	2.356	
Zeitabstand Nierentransplantation/ Follow-up		
Anzahl gültiger Angaben Median (Tage)	1.961	745,0
Anteil selbst- erhobener Follow-up Untersuchungen	1.883	96,0
Patient verstorben		
nein	1.905	97,1
ja	28	1,4
unbekannt ¹ wenn ja:	28	1,4
Zeitabstand Nierentransplan- tation/Todesdatum		
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe Median (Tage)	28	517,5
Todesursache		
Infektion	8 / 28	28,6
kardiovaskulär	2 / 28	7,1
cerebrovaskulär	2 / 28	7,1
Malignom	3 / 28	10,7
andere	5 / 28	17,9
unbekannt	2 / 28	7,1
wenn nein:		
Körpergröße (cm)		
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe Median	1.895	170,0
Körpergewicht (kg)		
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe Median	1.895	75,0

¹ Angabe „unbekannt“ oder das Follow-up eines überlebenden Patienten wurde früher als zwei Jahre nach der Transplantation übermittelt.

	Gesamt 2008	
	Anzahl	%
wenn Patient lebt		
Transplantatversagen	53	2,8
Zeitabstand Nierentransplantation/Transplantatversagen		
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	53	
Median (Tage)		475,0
Ursache des Transplantatversagens		
Rejektion	18	34,0
Gefäßverschluss	2	3,8
Blutung	0	0,0
Infektion im OP-Bereich	0	0,0
Rekurrenz der Grunderkrankung	3	5,7
De Novo Nierenerkrankung	1	1,9
primäre Nichtfunktion	8	15,1
andere	21	39,6
Kreatininwert i. S.		
(Follow-up)		
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	1.842	
Median (mg/dl und µmol/l)		1,5 135,0
Mittelwert (mg/dl und µmol/l)		1,7 148,2
akut behandlungsbedürftige Rejektionen seit dem letzten Jahres-Follow-up		
Patienten ohne Abstoßung	1.765	92,7
Patienten mit mindestens einer Abstoßung	130	6,8
mit gültiger Angabe zur Anzahl	130	6,8
Anzahl der Abstoßungen	162	

Immunsuppression

	Gesamt 2008	
	Anzahl	%
Cyclosporin	681	35,7
Tacrolimus	1.020	53,5
Azathioprin	55	2,9
Mycophenolat	1.539	80,8
Steroide	1.416	74,3
m-ToR-Inhibitor	141	7,4
andere	83	4,4
Folgeerkrankungen nach immunsuppressiver Therapie		
Anzahl Patienten mit Folgeerkrankung	181 / 1.905	9,5
davon		
Malignome		
Hauttumore	32	17,7
Lymphome	5	2,8
Karzinome	23	12,7
andere Folgeerkrankungen	135	74,6



Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

Die Auswertung setzt sich zusammen aus der Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlaubt, und einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten gibt.

2. Qualitätsindikatoren

Einen Überblick über die wesentlichen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bietet die Übersichtsseite, auf der alle Gesamtergebnisse mit ihren Referenzbereichen zusammenfassend dargestellt sind.

Nachfolgend werden dann die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren ausführlich dargestellt. Dazu wird im Titel zunächst die Bezeichnung des Qualitätsindikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Qualitätsindikators beschrieben. Unter Kennzahl-ID ist die Bezeichnung der einzelnen Qualitätskennzahl mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer aufgeführt. Danach sind alle Qualitätskennzahlen, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern ein Referenzbereich für eine Qualitätskennzahl definiert ist (vgl. 2.2), wird dieser hier aufgeführt.

In der Tabelle sind dann die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator dargestellt. Die Zeilen- bzw. Spaltenbeschriftungen erklären, was die Kennzahlen in der Tabelle darstellen (z. B. welches Ereignis gezählt wird oder wie ggf. die Grundgesamtheit weiter eingeschränkt ist).

Sowohl in der Beschreibung der Grundgesamtheit als auch in den Zeilen- und Spaltenbeschriftungen ist dabei ein "oder" als logisches, d. h. inklusives "oder" zu verstehen im Sinne von "und/oder".

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2.1) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 2.4) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Qualitätsindikators.

2.1 Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich das Ergebnis eines Krankenhauses bei der Messung eines Qualitätsindikators unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet. In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
Krankenhauswert:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,2 - 11,8%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Faktoren, wie z. B. Dokumentationsfehler etc., liegt die wahre Wundinfektionsrate des Krankenhauses mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% zwischen 8,2 und 11,8 Prozent.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

1. der Sicherheitswahrscheinlichkeit (95%)
2. der Anzahl der Fälle (z. B. Anzahl der operierten Patienten)
3. der Anzahl der Ereignisse (z. B. Anzahl der Patienten mit postoperativer Wundinfektion)

2.2 Referenzbereiche

Der Referenzbereich gibt den Bereich eines Qualitätsindikators für gute Qualität an (so genannter Unauffälligkeitsbereich).

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren oder Qualitätskennzahlen Referenzbereiche definiert.

Anstelle des Referenzbereichs wird hier "Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert." bzw. "Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert." platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann. Auf der Übersichtsseite und in der Ergebnistabelle zum einzelnen Qualitätsindikator findet sich entsprechend der Eintrag "nicht definiert".

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

Referenzbereiche werden danach unterschieden, auf welcher wissenschaftlichen Basis die Festlegung erfolgt. Dazu unterscheidet man in "Zielbereiche" und "Toleranzbereiche":

Zielbereich:

Für einige Qualitätsindikatoren kann aufgrund wissenschaftlicher Untersuchungen definiert werden, welches Ergebnis als gute Qualität anzusehen ist, ob es also im Zielbereich liegt. Für diese Indikatoren wird ein fester Wert als Referenzbereich festgelegt. Dies gilt beispielsweise für die Bestimmung der Hormonempfindlichkeit der Krebszellen bei Brustkrebs. Diese Untersuchung soll möglichst immer durchgeführt werden. Wissenschaftliche Untersuchungen und praktische Erfahrungen zeigen, dass ein Ergebnis von 95% (Anteil der behandelten Patienten, bei denen diese Bestimmung durchgeführt wurde) von allen Krankenhäusern erreicht werden kann.

Toleranzbereich:

Für einige Qualitätsindikatoren gibt es keine eindeutige feste Grenze. So kann man die Häufigkeit von Komplikationen, die nach Operationen auftreten können, als Indikatoren für Ergebnisqualität verwenden. Da diese Komplikationen aber auch bei bester Behandlung nicht hundertprozentig vermeidbar sind, kann man zwar das Ziel formulieren, dass die Komplikationen möglichst selten auftreten sollen, man kann aber keine sichere Grenze festlegen, die erreichbar gute Qualität kennzeichnet. Bei diesen Qualitätsindikatoren lässt sich folglich kein Referenzbereich angeben, der erreichbar gute Qualität klar beschreibt. Mit Hilfe von Vergleichsergebnissen können aber besonders auffällige Ergebnisse erkannt werden. Häufig werden in diesen Fällen Perzentil-Referenzbereiche verwendet.

Ergebnisse, die innerhalb dieses Referenzbereiches liegen, können toleriert werden. Ergebnisse, die außerhalb des Toleranzbereichs liegen, müssen genauer analysiert werden.

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

Darüberhinaus werden fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche unterschieden:

a) Referenzbereiche, die durch einen festen Wert definiert sind (**fixer Referenzbereich**)

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von $\leq 15\%$ definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15\%$ gelten als auffällig.

b) Referenzbereiche, die durch die Verteilung der Krankenhausergebnisse festgelegt sind (**Perzentil-Referenzbereich**)

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass die 10% der Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen.

Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von $\leq 90\%$ -Perzentil definiert.

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des BQS-Bundesdatenpools 2008.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken.

Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

Ein Spezialfall von a) ergibt sich bei so genannten "Sentinel Event"-Qualitätsindikatoren. Hier stellt bereits ein einziger Fall, der die Merkmale des entsprechenden Qualitätsindikators besitzt, eine Auffälligkeit dar. Technisch bedeutet dies, dass der Referenzbereich hier mit einem Wert von 0% gleichzusetzen ist. Für solche Qualitätsindikatoren wird in der Auswertung als Referenzbereich "Sentinel Event" aufgeführt.

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

Die Ergebnisse eines Krankenhauses gelten als auffällig, wenn sie außerhalb des Referenzbereiches liegen.

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,5\%$

5 von 200 = $2,5\% \leq 2,5\%$ (unauffällig)

5 von 195 = $2,6\%$ (gerundet) $> 2,5\%$ (auffällig)

Hinweis:

Auch wenn das in der Auswertung gerundet dargestellte Ergebnis anscheinend im Referenzbereich liegt, kann der exakte Wert außerhalb des Referenzbereichs liegen und das Ergebnis damit auffällig sein:

Bei einem Referenzbereich von $\leq 2,5\%$

ergeben 4 Wundinfektionen bei 157 Fällen eine Infektionsrate von $2,54777070\%$ (gerundet $2,5\%$).

Diese ist größer als $2,5\%$ und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 6\%$

ergeben 12 Schlaganfälle bei 201 Fällen einen Anteil von $5,97014925\%$ (gerundet $6,0\%$).

Dieser ist kleiner als 6% und damit unauffällig.

Das in der Auswertung gerundet dargestellte Ergebnis liegt anscheinend außerhalb des Referenzbereichs, der exakte Wert liegt aber innerhalb.

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2008 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2007 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln der BQS-Bundesauswertung 2008. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der BQS-Bundesauswertung 2007 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2008 überarbeitet worden sind.

Bei eingeschränkter Vergleichbarkeit wird das in einer Fußnote unter der Tabelle "Vorjahresdaten" erläutert.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die farblich hinterlegte(n) Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators werden die Ergebnisse der Krankenhäuser grafisch dargestellt.

Krankenhäuser, die in der betrachteten Grundgesamtheit keinen Fall dokumentiert haben, werden grafisch nicht dargestellt. Es wird nur die Anzahl dieser Krankenhäuser aufgeführt.

Die Krankenhäuser, die mindestens 20 Fälle in der betrachteten Grundgesamtheit der Kennzahl dokumentiert haben, werden sowohl im Benchmarkdiagramm (vgl. 2.4.1) als auch im Histogramm (vgl. 2.4.2) dargestellt. Dabei erscheinen Krankenhäuser, die mit ihren Ergebnissen außerhalb eines definierten Referenzbereiches liegen, im Benchmarkdiagramm vor einem farbigen Hintergrund.

Die Verteilung der Ergebnisse von Krankenhäusern mit weniger als 20 dokumentierten Fällen in der Grundgesamtheit ist in einem weiteren Benchmarkdiagramm abgebildet. Die Darstellung eines Referenzbereiches erfolgt hier nicht.

Bei einem Vergleich der beiden Benchmarkdiagramme ist zu beachten, dass die y-Achsen oft nicht gleich skaliert sind.

Als zusätzliche Information sind über den Grafiken jeweils die Spannweite und der Median der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

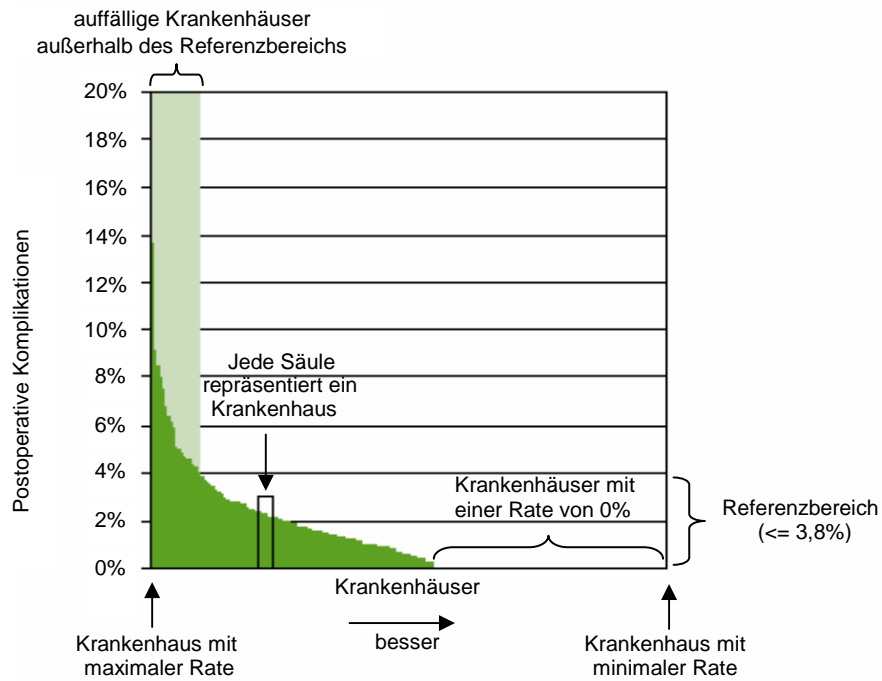
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

Für jedes Krankenhaus wird der zugehörige Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators durch eine Säule dargestellt. Die Säulen werden so angeordnet, dass Krankenhäuser mit guter Qualität immer rechts stehen.

Beispiel:

Qualitätsindikator: Postoperative Komplikationen
 Kennzahl zum Qualitätsindikator: Anteil von Patienten mit postoperativen Komplikationen an allen Patienten



2.4.2 Histogramm

Für die Darstellung der Verteilung der Krankenhausergebnisse in einem Histogramm werden die von den Krankenhäusern erreichten Werte der Kennzahl des Qualitätsindikators in Klassen aufgeteilt. Für jede Klasse wird die Anzahl der Krankenhäuser ermittelt, für die die zugehörige Kennzahl in diese Klasse fällt.

Im Histogramm repräsentiert jede Säule eine Klasse. Die Säulenhöhe entspricht der Anzahl der Krankenhäuser, deren berechnete Kennzahl in der jeweiligen Klasse liegt.

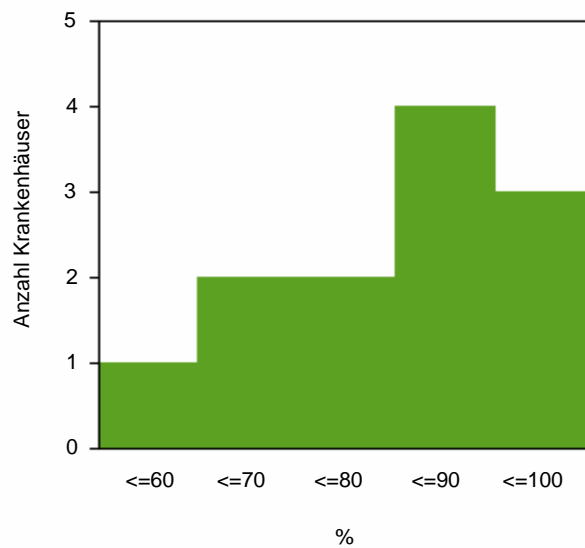
Beispiel:

Qualitätsindikator: Postoperative Komplikationen
 Kennzahl zum Qualitätsindikator: Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten
 Mögliche Klasseneinteilung:

1. Klasse: $\leq 60\%$
2. Klasse: $> 60\%$ bis $\leq 70\%$
3. Klasse: $> 70\%$ bis $\leq 80\%$
4. Klasse: $> 80\%$ bis $\leq 90\%$
5. Klasse: $> 90\%$ bis $\leq 100\%$

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

Klasse	$\leq 60\%$	60% - 70%	70% - 80%	80% - 90%	90% - 100%
Anzahl Krankenhäuser mit Ergebnis in der Klasse	1	2	2	4	3



Damit Krankenhäuser mit „guter“ Qualität im Histogramm immer rechts stehen, kann es passieren, dass die natürliche Reihenfolge der Klassen-Skala (von „klein“ nach „groß“) im Histogramm umgedreht wird (von „groß“ nach „klein“).

Aus Darstellungsgründen wird die Klasse, die ganz links steht, immer so gewählt, dass sie bis zum minimalen bzw. maximalen realisierten Krankenhauswert der Kennzahl geht. In der Regel ist diese Klasse damit größer als die anderen Klassen, die eine fest vorgegebene Breite besitzen.

Das Histogramm liefert gegenüber dem Säulendiagramm weitere Informationen zu folgenden Fragestellungen:

- Welcher Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators wird im Mittel angenommen? (Lage der Verteilung)
- Gibt es genauso viele „gute“ wie „schlechte“ Krankenhäuser? (Symmetrie der Verteilung)
- Gibt es starke Unterschiede zwischen den Krankenhäusern? (Streuung der Verteilung)

3. Basisauswertung

In der Basisauswertung werden sämtliche Items des entsprechenden Datensatzes deskriptiv ausgewertet. In einigen Fällen gibt es zur Basisauswertung ergänzende Auswertungen, die weitergehende Aspekte des betreffenden Leistungsbereichs beleuchten sollen.

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

Es kann vorkommen, dass Prozentangaben in der Summe kleiner oder größer sind als 100%.

Für den ersten Fall, dass die Summe kleiner als 100% ist, sind fehlende Angaben verantwortlich. D. h. für die an 100% fehlenden Fälle wurden keine oder ungültige Angaben gemacht.

Prozentsummen von über 100% lassen sich dadurch erklären, dass Mehrfachnennungen möglich waren.

5. Wechsel der Grundgesamtheit

Allgemein ist bei der Interpretation von statistischen Kennzahlen darauf zu achten, welche Bezugsgröße für die Berechnung gewählt wurde. So ergeben sich z. B. unterschiedliche Auslegungen eines prozentualen Anteils, wenn einmal das Patientenkollektiv und ein anderes mal die Operationen die Bezugsgröße bilden.

Eine Einschränkung der Grundgesamtheit wird häufig dadurch angezeigt, dass die entsprechende Zeilenbeschriftung in der Tabelle etwas nach rechts eingerückt ist.

6. Interpretation der Ergebnisse

Statistiken geben keinen direkten Hinweis auf gute oder schlechte Qualität, sondern bedürfen fachkundiger Interpretation und ggf. weitergehender Analysen.

7. Glossar

Anteil

Eine Rate beschreibt den prozentualen Anteil einer Merkmalsausprägung unter allen betrachteten Merkmalsträgern (Grundgesamtheit).

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

Kennzahlen eines Qualitätsindikators geben die zahlenmäßige Ausprägung des Qualitätsindikators für den Bundes- oder Landesdatenpool (Gesamtrate) und das einzelne Krankenhaus wieder. Jedem Qualitätsindikator sind ein oder manchmal auch mehrere Qualitätskennzahlen zugeordnet. Qualitätskennzahlen sind in der Tabelle farblich hervorgehoben und werden zusammen mit ihrem Vertrauensbereich und - sofern definiert - ihrem Referenzbereich angegeben. Die Verteilung der Kennzahl wird jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt (Verteilung der Krankenhausergebnisse).

Kennzahl-ID einer Qualitätskennzahl

Eine Kennzahl-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation einer Qualitätskennzahl, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2008/18n1-MAMMA/80694 für das Ergebnis des Qualitätsindikators "Intraoperatives Präparatröntgen" im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2008. Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 80694) ermöglicht eine schnelle Suche im Internet auf den Homepages der BQS.

Median der Krankenhausergebnisse

Der Median ist derjenige Wert, für den 50% der Krankenhausergebnisse kleiner und 50% der Krankenhausergebnisse größer sind. Der Median ist ein Maß, das den Mittelpunkt der Verteilung beschreibt.

Perzentil der Krankenhausergebnisse

Für das x%-Perzentil der Krankenhausergebnisse gilt, dass x% der Krankenhausergebnisse kleiner oder gleich dem x%-Perzentil sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,5% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,5% dem 25%-Perzentil.

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

Das Gesamtergebnis sowie die Verteilung der Krankenhausergebnisse werden durch statistische Maßzahlen beschrieben.

Spannweite der Krankenhausergebnisse

Die Spannweite gibt den minimalen und maximalen Wert der Krankenhausergebnisse an. Die Spannweite ist ein Maß für die Streuung der Verteilung.

Verhältniszahl

Der Quotient zweier sachlich in Verbindung stehender Merkmale heißt Beziehungszahl. Dabei ist nicht wie bei einer Rate der Zähler eine Untermenge des Nenners. Im Weiteren wird die Bezeichnung „Verhältniszahl“ verwendet.

Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem der prozentuale Anteil mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse (z. B. Dokumentationsfehler, natürliche Schwankungen beim Leistungsprozess etc.) liegt.