

**IQTIG**

Institut für  
Qualitätssicherung  
und Transparenz im  
Gesundheitswesen

# **QS-Verfahren**

## ***Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen***

**Bundesqualitätsbericht 2024**

# Informationen zum Bericht

## BERICHTSDATEN

---

### **QS-Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen. Bundesqualitätsbericht 2024**

Ansprechperson Dr. Claudia Göhner

Datum der Abgabe 15. August 2024

Datum aktualisierte Abgabe 11. Oktober 2024

## AUFTRAGSDATEN

---

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis .....	5
Abkürzungsverzeichnis .....	7
Vorbemerkung .....	8
<b>Dialyse</b> .....	11
1 Hintergrund .....	12
2 Einordnung der Ergebnisse .....	17
2.1 Datengrundlage.....	17
2.2 Risikoadjustierung .....	20
2.3 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren .....	21
2.4 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens .....	28
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen.....	33
3.1 Hintergrund.....	33
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren .....	33
4 Evaluation.....	36
5 Fazit und Ausblick .....	37
Literatur .....	38
<b>Nierentransplantation</b> .....	39
1 Hintergrund .....	40
2 Einordnung der Ergebnisse .....	44
2.1 Datengrundlage.....	44
2.2 Risikoadjustierung .....	45
2.3 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren .....	45
2.4 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens .....	49
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen.....	51
3.1 Hintergrund.....	51
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren .....	52
3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung).....	59
4 Evaluation.....	61

5	Fazit und Ausblick .....	63
	<b>Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation</b> .....	<b>64</b>
1	Hintergrund .....	65
2	Einordnung der Ergebnisse .....	69
	2.1 Datengrundlage.....	69
	2.2 Risikoadjustierung .....	70
	2.3 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren .....	70
	2.4 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens .....	73
3	Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen.....	82
	3.1 Hintergrund.....	82
	3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren .....	83
	3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung).....	87
4	Evaluation.....	91
5	Fazit und Ausblick .....	93

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – NET-DIAL .....	14
Tabelle 2: Datengrundlage (AJ 2024, EJ 2023) – NET-DIAL .....	19
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2024, EJ 2022) – NET-DIAL .....	20
Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – NET-DIAL .....	24
Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) – NET-DIAL .....	27
Tabelle 6: Prüfkriterien nach Erfassungsjahr und Sozialdatenmodulen.....	29
Tabelle 7: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – NET-NTX .....	42
Tabelle 8: Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – NET-NTX .....	43
Tabelle 9: Datengrundlage (AJ 2024, EJ 2023) – NET-NTX .....	45
Tabelle 10: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – NET-NTX .....	46
Tabelle 11: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) – NET-NTX.....	48
Tabelle 12: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – NET-NTX .....	50
Tabelle 13: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2024) – NET-NTX.....	50
Tabelle 14: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul NET-NTX .....	53
Tabelle 15: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – NET-NTX .....	54
Tabelle 16: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – NET- NTX.....	57
Tabelle 17: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – NET-NTX .....	58
Tabelle 18: Auffälligkeiten und Stellungnahmeverfahren nach Fallzahl pro Qualitätsindikator (AJ 2023) – NET-NTX .....	59
Tabelle 19: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul NET-NTX .....	60
Tabelle 20: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – NET-PNTX.....	66
Tabelle 21: Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) –NET-PNTX-D.....	67
Tabelle 22: Datengrundlage (AJ 2024, EJ 2023) – NET-PNTX .....	70
Tabelle 23: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – NET-PNTX.....	70
Tabelle 24: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) – NET-PNTX.....	72

Tabelle 25: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – NET-PNTX-D .....	73
Tabelle 26: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2024) – NET-PNTX-D.....	75
Tabelle 27: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul NET-PNTX.....	84
Tabelle 28: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – NET-PNTX .....	85
Tabelle 29: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – NET- PNTX.....	86
Tabelle 30: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – NET-PNTX.....	86
Tabelle 31: Auffälligkeiten und Stellungnahmeverfahren nach Fallzahl pro Qualitätsindikator (AJ 2023) – NET-PNTX.....	87
Tabelle 32: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul NET-PNTX-D .....	88
Tabelle 33: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – NET-PNTX-D .....	89
Tabelle 34: Auffälligkeitskriterien: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – NET- PNTX-D.....	90
Tabelle 35: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – NET-PNTX-D.....	90

## Abkürzungsverzeichnis

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

## Vorbemerkung

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

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

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

Weil die langfristigen Überlebenschancen eines transplantierten Organs und somit die der Patientinnen und Patienten mit der Qualität der Transplantation und der Nachsorge zusammenhängt, besteht für jede transplantierte Einrichtung eine Nachsorgepflicht für seine Patientinnen und Patienten. Wenn eine Einrichtung hierbei keine Aussage darüber machen kann, ob die betreffenden Patientinnen und Patienten innerhalb der ersten drei Jahre nach dem Eingriff leben oder bereits verstorben sind (unbekannter Überlebensstatus), so kann das unter Umständen auf eine mangelhafte Erfüllung dieser Nachsorgepflicht hindeuten. Um dies entsprechend zu berücksichtigen, sind in dem Auswertungsmodul *NET-PNTX* zum einen Follow-up-Indikatoren mit bekanntem Überlebensstatus vorgesehen. Zum anderen löst in dem Auswertungsmodul *NET-PNTX* ab dem Auswertungsjahr 2024 ein neuer Indikator zum unbekanntem Follow-up-Status innerhalb von

---

<sup>1</sup> Richtlinie Dialyse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Sicherung der Qualität von Dialyse-Behandlungen nach den §§ 135b und 136 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). In der Fassung vom 18. April 2006, zuletzt geändert am 19. Januar 2017, in Kraft getreten am 12. April 2017 (nicht mehr in Kraft). URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/45/> (abgerufen am 26.07.2024).

<sup>2</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 14. Mai 2020, in Kraft getreten am 14. Mai 2020. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/38/> (abgerufen am 12.08.2024). Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.



3 Jahren die bisherigen Worst-Case-Indikatoren zum 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up ab, die gleichzeitig Patientinnen und Patienten mit einem unbekanntem Überlebensstatus betrachteten. Der neue Indikator betrachtet dann ausschließlich Patientinnen und Patienten bzw. Spenderinnen und Spender mit einem unbekanntem Status. Hierdurch wird vermieden, dass zwei unterschiedliche Qualitätsziele (Sterblichkeit und Nachsorgeprozess) in einem Indikator gleichzeitig betrachtet werden, wie es bei den Worst-Case-Indikatoren bisher der Fall ist.

### **Follow-up-Indikatoren**

In dem Auswertungsmodul *NET-PNTX* ist die Grundgesamtheit der berechneten Qualitätsindikatoren zum 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up aufgrund der Regelungen der themenspezifischen Bestimmungen der DeQS-RL zum Umgang mit Qualitätssicherungsdaten aus dem privatärztlichen Bereich im Vergleich zur Grundgesamtheit der Indexeingriffe ggf. eingeschränkt. Denn sollten privatversicherte Patientinnen und Patienten nicht wirksam der weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Dokumentation (einschließlich pseudonymisierter Eurotransplant-Nummer/ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle eingewilligt haben, werden diese in der standortbezogenen Qualitätssicherung nicht berücksichtigt. Da aus Datenschutzgründen für das IQTIG nicht ersichtlich ist, ob im Follow-up auf Leistungserbringerseite eine fehlende Einwilligung des oder der privatärztlich Versicherten oder die fehlende Nachsorge bzw. Dokumentation die Ursache für fehlende Nachsorge Daten sind, kann dies bei einer resultierenden rechnerischen Auffälligkeit erst im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens geklärt werden. Ebenso kann aus der fehlenden Zustimmung zur Teilnahme an der Qualitätssicherung von privatärztlichen Patientinnen und Patienten in einigen Qualitätsindikatoren ein unerwartetes rechnerisch unauffälliges Ergebnis resultieren, wenn bspw. eine verstorbene Patientin oder ein verstorbener Patient mit privatärztlichem Versicherungsstatus bei als fehlend dokumentierter Einwilligung nicht entsprechend in Grundgesamtheit und Zähler einbezogen werden darf.

### **Komplikationen bei der Verknüpfung von QS-Dokumentationsätzen des Indexeingriffes mit denen des Follow-up – Implikationen für das Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen für das Auswertungsjahr 2023**

Dem IQTIG sind im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2023 in den beiden QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen* sowie *Transplantationsmedizin* Probleme hinsichtlich der Verknüpfung von QS-Datensätzen des Indexeingriffes mit denen des Follow-up aufgefallen. Bereits im vorangegangenen Stellungnahmeverfahren 2022 führten u. a. Probleme bei einzelnen Softwareanbietern dazu, dass Dokumentationsbögen der Indexeingriffe mit denen des Follow-up nicht zusammengeführt werden konnten und entsprechende rechnerische Auffälligkeiten resultierten (siehe hierzu Darstellung im QSEB des letzten Jahres). Erst im Stellungnahmeverfahren 2023 konnte das IQTIG infolge des intensiven Austauschs mit einzelnen Leistungserbringern zusätzliche Schwierigkeiten hinsichtlich der Datenverknüpfung genauer erkennen. So konnten Hinweise darauf gefunden werden, dass Follow-up-Bögen möglicherweise nicht mit den zugehörigen Indexeingriff-Bögen

verknüpft werden konnten und hierdurch eine mögliche Verzerrung der Qualitätsindikatoren- bzw. Auffälligkeitskriterien-Ergebnisse einherging. Bei der Suche nach der Ursache bestand jedoch die Schwierigkeit, dass die Probleme zwar leistungserbringer- und qualitätsindikatorübergreifend auftraten, aber nicht bei allen Leistungserbringern (und zudem bei den betroffenen Leistungserbringern nicht bei allen Vorgangsnummern) oder bei allen Qualitätsindikatoren/Auffälligkeitskriterien gleichermaßen. Vom IQTIG identifizierte Ursachen für die Verknüpfungsprobleme waren Schwächen im Datenfluss seit Umstellung von der QSKH-RL auf die DeQS-RL und der damit einhergehenden nicht mehr möglichen Nutzung der ET-Nummer als Verknüpfungsmerkmal zwischen Index- und Follow-up-Bögen. Zudem waren weiterhin bestehende Softwarefehler, ein abweichender Versichertenstatus zwischen Index- und Follow-up-Bogen, der durch Softwarefehler, manuelle Fehleingaben oder einem tatsächlichen Wechsel der Versichertenart der Patientin / des Patienten resultieren kann, oder auch manuelle Fehler bei der Dokumentation durch den Leistungserbringer Ursache für eine fehlende Verknüpfung der Dokumentationsbögen.

Das IQTIG empfahl, aufgrund der Unsicherheit der Ergebnisse alle Follow-up-Indikatoren nicht zu veröffentlichen. Die Stellungnahmen der Follow-up-Indikatoren wurden durch das IQTIG bestmöglich gesichtet, fachlich diskutiert und den Leistungserbringern eine Rückmeldung zu aufgefallenen qualitativen Problemen gegeben. Für alle Follow-up-Auffälligkeitskriterien wurde aufgrund der dargestellten Problematiken das Stellungnahmeverfahren nicht abgeschlossen, sodass keine qualitative Bewertung der Auffälligkeitskriterien im Follow-up erfolgte. Vor diesem Hintergrund sind in den Kapiteln zu Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen keine Ergebnisse der Follow-up-Indikatoren und Follow-up-Auffälligkeitskriterien dargestellt, sodass die Aussagekraft der Tabellen, insbesondere der wiederholten Auffälligkeiten, auch vor dem Hintergrund der bereits im letzten Jahr dargestellten Verknüpfungsproblematik eingeschränkt ist. Es wird empfohlen, diese Tabellen nicht zur weiteren Verarbeitung zu nutzen. Textuell wurde das Gesamtergebnis des Verfahrens benannt, d. h. die Anzahl der rechnerisch auffälligen Qualitätssicherungsergebnisse inkl. Follow-up.

Im Nachgang des Stellungnahmeverfahrens ist das IQTIG dennoch mit einem umfangreichen Informationsschreiben (über die Datenannahmestellen) an alle Leistungserbringer sowie nachrichtlich an alle Softwareanbieter herangetreten, um auf die entsprechenden Problematiken hinzuweisen sowie die Datenverknüpfung und deren erforderliche Dokumentation zu erklären und Lösungsansätze anzubieten. Da die Schreiben nicht konsequent an alle Leistungserbringer weitergeleitet wurden, konnten möglicherweise noch nicht alle Leistungserbringer die Verknüpfungsproblematik zum Auswertungsjahr 2024 abschließend aufarbeiten.

# Dialyse

# 1 Hintergrund

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

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

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

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

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

## Qualitätsindikatoren

Im Auswertungsmodul *Dialyse (NET-DIAL)* wird im Indikator „Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt“ (ID 572002) sowie in der Transparenzkennzahl „Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren“ (ID 572049) betrachtet, ob eine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde. Aufgrund des zweijährigen Beobachtungszeitraums sind erste Ergebnisse seit dem Erfassungsjahr 2022 möglich.

Ein weiterer Schwerpunkt besteht in der adäquaten Durchführung von Dialysebehandlungen bei Patientinnen und Patienten. Hierbei wird die Verzögerung einer Shuntanlage bei absehbarer persistierender chronischer Niereninsuffizienz als ein zu vermeidendes bzw. zu minimierendes Risiko erachtet. Daher werden in der Gruppe „Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung“ (IDs 572003 und 572050) Patientinnen und Patienten erfasst, die nicht innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der chronischen Dialysebehandlung mit einem arteriovenösen Shunt versorgt worden sind. Allerdings ist es nicht in allen Fällen möglich, die Dialyse über einen arteriovenösen Shunt durchzuführen. Dennoch sollen die Patientinnen und Patienten mit einer Hämodialysebehandlung so wenig wie möglich über einen Katheter dialysiert werden, da es u. a. vermehrt zu zugangsassozierten Komplikationen kommen kann (Girndt et al. 2020). Aus diesem Grund werden im Indikator „Katheterzugang bei Hämodialyse“ (ID 572004) sowie in der Transparenzkennzahl „Katheterzugang bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren“ (ID 572051) die Patientinnen und Patienten betrachtet, die bei ihrer Hämodialysebehandlung überwiegend über einen Katheter dialysiert werden. Gleichzeitig ist eine angemessene Effektivität der Hämodialysebehandlung von großer Bedeutung für das Outcome und das Nebenwirkungspotenzial bei Dialysepatientinnen und -patienten. Um dies zu monitoren, wird mithilfe der Indikatorgruppe „Dialysefrequenz pro Woche“ (IDs 572005 und 572052) sowie „Dialysedauer pro Woche“ (IDs 572006 und 572053) geprüft, ob die Patientinnen und Patienten in der Regel dreimal pro Woche eine Dialysebehandlung mit einer optimalen Dialysedauer von 12 Stunden pro Woche erhalten.

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

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

Da bei einer fortwährenden Dialysebehandlung über mehrere Jahrzehnte eine erhöhte Sterblichkeit besteht, die von der Behandlungsqualität sowohl während der Dialysebehandlung als auch

vor und nach einer Nierentransplantation erheblich beeinflusst werden kann, werden die Überlebensraten bis zu 10 Jahre betrachtet (Transparenzkennzahlen 572011, 572012, 572013, 572014, 572015, 572058, 572059, 572060, 572061, 572062). Zum Auswertungsjahr 2024 ist jedoch nur eine Nachverfolgbarkeit bis zu 3 Jahren für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2020 möglich, da die Verknüpfung von Follow-up-Daten durch den Wechsel des Verfahrens in die DeQS-RL im Jahr 2020 erst für Indexeingriffe ab dem Erfassungsjahr 2020 erfolgen kann. Längere Follow-up-Zeiträume werden von Jahr zu Jahr in das Verfahren integriert.

Sollten Qualitätsindikatoren oder Kennzahlen nicht ausgewertet worden sein, wird das im entsprechenden Absatz begründet.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – NET-DIAL

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
<b>Gruppe: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt</b>			
572002	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt	QS-Dokumentation	2023
572049	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2023
<b>Gruppe: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung</b>			
572003	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung	QS-Dokumentation	2023
572050	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2023
<b>Gruppe: Katheterzugang bei Hämodialyse</b>			
572004	Katheterzugang bei Hämodialyse	QS-Dokumentation	2023
572051	Katheterzugang bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2023
<b>Gruppe: Dialysefrequenz pro Woche</b>			
572005	Dialysefrequenz pro Woche	QS-Dokumentation	2023
572052	Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2023
<b>Gruppe: Dialysedauer pro Woche</b>			
572006	Dialysedauer pro Woche	QS-Dokumentation	2023
572053	Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2023

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
<b>Gruppe: Ernährungsstatus</b>			
572007	Ernährungsstatus*	QS-Dokumentation	2023
572054	Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2023
<b>Gruppe: Anämiemanagement</b>			
572008	Anämiemanagement*	QS-Dokumentation	2023
572055	Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2023
<b>Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von zugangsassozierten Komplikationen bei Hämodialyse</b>			
572009	Hospitalisierung aufgrund von zugangsassozierten Komplikationen bei Hämodialyse	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2023
572056	Hospitalisierung aufgrund von zugangsassozierten Komplikationen bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2023
<b>Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen</b>			
572010	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2023
572057	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2023
<b>Gruppe: 1-Jahres-Überleben</b>			
572011	1-Jahres-Überleben*	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
572058	1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
<b>Gruppe: 2-Jahres-Überleben</b>			
572012	2-Jahres-Überleben*	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2021
572059	2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2021

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
<b>Gruppe: 3-Jahres-Überleben</b>			
572013	3-Jahres-Überleben*	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2020
572060	3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2020

\* Transparenzkennzahl

### Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul *NET-DIAL* gibt es drei Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit:

- 852306: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
- 852307: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
- 852308: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Aufgrund eines Fehlers in der Spezifikation zu Minimaldatensätzen (MDS) können diese für das Auswertungsjahr 2024 jedoch nicht ausgewertet werden. Weitere Informationen finden sich im Abschnitt 2.4.



## 2 Einordnung der Ergebnisse

### 2.1 Datengrundlage

Für das Auswertungsmodul *NET-DIAL* erfolgt die Auswertung entsprechend dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort (= Auswertungsstandort) bzw. der BSNR-Einheit.

Insgesamt wurden dem IQTIG für das Erfassungsjahr 2023 von 851 entlassenden Standorten/BSNR-Einheiten 329.349 QS-Datensätze inklusive 9.362 Minimaldatensätzen (MDS) übermittelt. Sowohl die Anzahl der gelieferten Datensätze als auch die Anzahl der Standorte, die Daten zu diesem Auswertungsmodul geliefert haben, unterscheidet sich von der Anzahl der erwarteten Datensätze bzw. Standorte mit Datenlieferung.

Im Auswertungsjahr 2023 wurden die IST-Zahlen nicht korrekt berechnet, da neben den übermittelten Datensätzen des Erfassungsjahres 2022 auch Datensätze aus dem Erfassungsjahr 2021 gezählt wurden. In der Folge wurde auch die Vollzähligkeit nicht korrekt dargestellt. Um Fehlinterpretationen zu vermeiden, wurde im letzten Jahr auf eine Darstellung der Tabellen zur Datengrundlage verzichtet. Für das Auswertungsjahr 2024 wurde die Berechnung der IST-Zahlen sowohl für das Erfassungsjahr 2023 als auch für das Erfassungsjahr 2022 korrigiert, sodass die Darstellung der Datengrundlage korrekt erfolgt und eine Vergleichbarkeit der Datengrundlage zum AJ 2024, EJ 2023 mit der Datengrundlage AJ 2023, EJ 2022 möglich ist.

Auf Grundlage dieser nun korrekt berechneten Datengrundlage lässt sich erkennen, dass im Vergleich zum Erfassungsjahr 2022 im Auswertungsmodul *NET-DIAL* zum Erfassungsjahr 2023 insgesamt mehr Datensätze übermittelt wurden und sich die Vollzähligkeit weiter verbessert hat. Zudem hat sich der Anteil der MDS an allen Datensätzen im Vergleich zum Vorjahr verringert (EJ 2022: 7,1 %, EJ 2023: 3,0 %). Es ist jedoch festzustellen, dass es bezüglich des Anteils an MDS Unterschiede zwischen den Sektoren gibt (kollektivvertragliche Leistungen: 3,0 %, selektivvertragliche Leistungen: 8,5 %, teilstationäre Leistungen: 0,25 %). Vor dem Hintergrund des im Vergleich hohen Anteils an MDS bei selektivvertraglichen Leistungen ist zu prüfen, ob die Auslösung für das Auswertungsmodul *NET-DIAL* ggf. nicht spezifisch genug ist.

Für die Leistungserbringer mit selektivvertraglichen Leistungen wurde für das Erfassungsjahr 2023 keine Sollstatistik von der Datenannahmestelle für selektivvertragliche Leistungen an das IQTIG übermittelt, weshalb sowohl auf Datensatz- als auch Leistungserbringerebene keine Angaben zur Vollzähligkeit gemacht werden können. Die Ursachen, die zu dem Lieferversäumnis geführt haben, sind zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht bekannt.

Im Erfassungsjahr 2023 gab es im Auswertungsmodul *NET-DIAL* 88 Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte) / BSNR-Ebene, die Datensätze geliefert haben, dabei aber keine Sollstatistik geliefert haben. Es wurden insgesamt 319.564 Basisdatensätze erfasst. Dies ist ein Anstieg um 5,7 % im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2022: 302.316).

Tabelle 2 stellt die bundesweit eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“), die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene für das Erfassungsjahr 2023 dar. Im Auswertungsmodul *NET-DIAL* wird pro Leistungserbringer und Quartal ein Datensatz pro Patientin/Patient erwartet, was in der Regel einem Behandlungsfall entspricht. Im vertragsärztlichen Bereich entspricht ein Behandlungsfall wiederum einem Behandlungsquartal, sodass in einem Datensatz alle Dialysen eines Quartals dokumentiert werden. Im teilstationären Bereich kann sich die Definition eines Behandlungsfalls allerdings von Leistungserbringer zu Leistungserbringer unterscheiden, sodass u. U. auch mehrere Datensätze pro Quartal übermittelt werden. In diesen Fällen wird unter „geliefert“ nur ein Datensatz pro Quartal, Leistungserbringer und Patientin bzw. Patient gezählt, damit dies mit der Zählweise der „erwarteten“ Datensätze übereinstimmt. Da pro Patientin bzw. Patient somit in der Regel mehrere Basisdatensätze pro Jahr übermittelt werden, werden für die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen die einzelnen Datensätze einer Patientin oder eines Patienten zusammengeführt.

Des Weiteren bezieht sich die Berechnung der Indikatoren und Kennzahlen auf Patientinnen und Patienten,

- deren Therapiestatus als ständige Dialysebehandlung dokumentiert wurde. („Ständige Dialysebehandlung“ meint hier, dass die Patientin / der Patient bei dem jeweils dokumentierenden Leistungserbringer ständig in Dialysebehandlung ist und nicht in kurzzeitiger Dialysebehandlung (beispielsweise im Rahmen einer Gast-/Feriendialyse).)
- die innerhalb des Berichtszeitraums (meist vom 01.10. des Erfassungsjahres -1 bis zum 30.09. des Erfassungsjahres) 13 Wochen in Dialysebehandlung sind.

Für das Auswertungsjahr 2024 entspricht dies 78.482 Patientinnen und Patienten mit 9.223.923 Dialysedatensätzen. Für das Auswertungsjahr 2023 entsprach dies 77.239 Patientinnen und Patienten mit 8.588.545 Dialysedatensätzen. Bei nicht tagesaktueller Abrechnung wird in der Regel pro Patientin bzw. Patient, pro Quartal und pro Leistungserbringer ein Basisdatensatz übermittelt, sodass pro Patientin bzw. Patient 4 Basisdatensätze im Jahr vorliegen.

Die in Tabelle 2 und Tabelle 3 dargestellte Datengrundlage entspricht daher nicht der Datengrundlage, die für die Berechnung der Indikatoren verwendet wird.

Dem Abschnitt „Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen“ der Bundesauswertung ist die Anzahl der Patientinnen und Patienten, für die mindestens ein QS-Dokumentationsbogen übermittelt wurde, zu entnehmen.<sup>3</sup> Die Anzahl von 104.342 Patientinnen und Patienten bezieht sich dabei auf einen Zeitraum von Quartal 2/2022 bis Quartal 4/2023. Weil in die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen jedoch nur Patientinnen und Patienten mit einer Dialyse in den Quartalen 4/2022 bis 3/2023 eingehen, reduziert sich die Anzahl der Patientinnen und Patienten für die Auswertung um 18.792. Für weitere 7.068 Patien-

---

<sup>3</sup> Die entsprechende Spalte ist mit „Anzahl übermittelter QS-Daten“ bezeichnet. Korrekterweise müsste sie „Anzahl Patientinnen und Patienten mit übermittelten QS-Daten“ heißen.

tinnen und Patienten konnte keine Dialysetherapie von mindestens 13 Wochen festgestellt werden, sodass insgesamt 78.482 Patientinnen und Patienten in die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen eingehen.

Tabelle 2: Datengrundlage (AJ 2024, EJ 2023) – NET-DIAL

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	erwartet	Vollständigkeit in %
Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt	307.482	329.310	93,37
	Basisdatensatz	298.120		
	MDS	9.362		
Bund (teilstationäre Leistungen)	Datensätze gesamt	17.411	18.040	96,51
	Basisdatensatz	17.367		
	MDS	44		
Bund (selektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt	4.456	0	-
	Basisdatensatz	4.077		
	MDS	379		
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	329.349	347.350	94,82
	Basisdatensatz	319.564		
	MDS	9.785		
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	842	823	102,31
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	851		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	851	832	102,28

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2024, EJ 2022) – NET-DIAL

		Erfassungsjahr 2022		
		geliefert	erwartet	Vollständigkeit in %
Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt	303.032	325.889	92,99
	Basisdatensatz	280.289		
	MDS	22.743		
Bund (teilstationäre Leistungen)	Datensätze gesamt	18.325	19.309	94,90
	Basisdatensatz	18.111		
	MDS	214		
Bund (selektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt	4.084	9.759	41,85
	Basisdatensatz	3.916		
	MDS	168		
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	325.441	354.957	91,68
	Basisdatensatz	302.316		
	MDS	23.125		
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	829	833	99,52
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	829		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	837	841	99,52

### Follow-up-Indikatoren

Die Qualitätsindikatoren zum 5-Jahres- und 10-Jahres-Follow-up im Auswertungsmodul *NET-DIAL* können für das Erfassungsjahr 2023 nicht ausgewertet werden, da die Verknüpfung von Follow-up-Daten durch den Wechsel des Verfahrens in die DeQS-RL erst für Indexeingriffe ab dem Erfassungsjahr 2020 möglich ist. Dementsprechend erfolgt auch keine Darstellung dieser Indikatoren in den Berichten.

## 2.2 Risikoadjustierung

Eine Risikoadjustierung der Qualitätsindikatoren findet im Auswertungsmodul *NET-DIAL* zum Erfassungsjahr 2023 nicht statt. Perspektivisch ist die Einführung einer Risikoadjustierung geplant. Aufgrund der noch ausstehenden Risikoadjustierung der Indikatoren und Kennzahlen ist ein Vergleich zwischen den Sektoren bzw. zwischen einzelnen Leistungserbringern nur eingeschränkt möglich.

## 2.3 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Im Auswertungsmodul *NET-DIAL* kann für das Auswertungsjahr 2024 eine insgesamt gute Datengrundlage festgestellt werden, die auch nach Einschätzung des Expertengremiums auf Bundesebene plausibel erscheint. Die Ergebnisse der Indikatoren und Kennzahlen sind daher grundsätzlich als Grundlage für ein Stellungnahmeverfahren geeignet.

Im Vergleich zum Vorjahr wurden einige Anpassungen an den Rechenregeln vorgenommen. So wurde die Berechnung zur Feststellung, ob es sich um eine chronische Dialyse handelt, insofern verändert, dass nun nur noch Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialyse innerhalb des Berichtszeitraums berücksichtigt werden. Bislang wurden Patientinnen und Patienten auch dann als chronische Dialysepatientinnen und Dialysepatienten gezählt, wenn die chronische Dialysetherapie in der Vergangenheit (vor dem aktuellen Berichtszeitraum) lag. Weitere indikator- bzw. kennzahlspezifische Änderungen sind unter den Abschnitten zu den jeweiligen Gruppen beschrieben.

Der Indikator und die Kennzahl der Gruppe „Aufklärung über Behandlungsoptionen“ wurde für das Auswertungsjahr 2024 auf Empfehlung des IQTIG nicht ausgewertet. Hintergrund ist, dass der G-BA das IQTIG mit einer Überarbeitung dieses Indikators sowie der zugehörigen Kennzahl beauftragt hat. Diese erfolgte für die prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2025. Eine Anwendung der überarbeiteten Rechenregeln bereits für das Auswertungsjahr 2024 ist aufgrund notwendiger Spezifikationsänderungen, die ebenfalls zum Erfassungsjahr 2025 umgesetzt werden, nicht möglich.

### **Gruppe: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt**

Die Gruppe misst den Anteil der Patientinnen und Patienten, für die zwei Jahre nach Beginn der chronischen Dialysebehandlung keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde. Der Referenzbereich wurde für den Indikator 572002, der die Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren einschließt, als 95. Perzentil festgelegt. Für das Auswertungsjahr 2024 liegt dies bei  $\leq 100,00\%$ , sodass in diesem Indikator kein Leistungserbringer rechnerisch auffällig wird.

Aufgrund des auf Bundesebene hohen Anteils an Patientinnen und Patienten, für die laut Dokumentation keine Evaluation durchgeführt wurde, sowie aufgrund von Rückfragen von Leistungserbringern beim IQTIG, besteht die Vermutung, dass Missverständnisse bezüglich der Dokumentation vorliegen. Auch die Mitglieder des Expertengremiums auf Bundesebene bestätigen diese Vermutung. So sei den Leistungserbringern vermutlich nicht klar, wie der Abschluss der Evaluation definiert ist. Hier gebe es keine eindeutige Definition, sodass die Dokumentation bei den Leistungserbringern uneinheitlich sei. Das Bundesergebnis entspricht nach Einschätzung der Experten daher nicht der tatsächlichen Versorgungsqualität.

Eine Überarbeitung des Indikators und entsprechend auch der Kennzahl zu Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren ist daher vorgesehen.

**Gruppe: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung und Gruppe: Katheterzugang bei Hämodialyse**

Die Indikatoren und Kennzahlen dieser beiden Gruppen betrachten die Zugangsart bei den durchgeführten Hämodialysen oder Hämo(dia)filtrationen. Patientinnen und Patienten sollen möglichst frühzeitig mit einem Shunt versorgt und über diesen dialysiert werden. Der Anteil an Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 180 Tagen nicht über einen Shunt dialysiert werden, sollte daher möglichst gering sein. Des Weiteren sollte eine regelhafte Hämodialyse oder Hämo(dia)filtration über einen Katheterzugang nur in Ausnahmefällen, wenn eine Dialyse über einen Shunt nicht möglich ist, erfolgen.

In der Grundgesamtheit der Indikatoren und Kennzahlen werden Patientinnen und Patienten betrachtet, die zwischen dem 1. Juli bzw. dem 1. Oktober des Jahres vor dem Erfassungsjahr und dem 30. Juni bzw. dem 30. September des Erfassungsjahres mit der Hämodialysebehandlung begonnen haben. Im Vergleich zum Vorjahr werden nun auch Patientinnen und Patienten, die mit einer Hämodiafiltrations- bzw. Hämofiltrationsbehandlung begonnen haben, einbezogen. Aufgrund von notwendigen Spezifikationsanpassungen ist dies in beiden Gruppen allerdings nur für Patientinnen und Patienten möglich, die nach dem 1. Januar 2022 mit der Dialyse begonnen haben.

Die Ergebnisse des Indikators und der Kennzahl dieser Gruppe sind aufgrund der genannten Anpassungen der Rechenregeln nicht mit den Ergebnissen des Vorjahres vergleichbar.

Ab dem Auswertungsjahr 2025 wird der Einschluss von Patientinnen und Patienten mit einer Hämofiltration oder einer Hämodiafiltration auch aus den Titeln der Gruppen ersichtlich. Diese werden umbenannt in:

- „Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration“
- „Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration“.

Die Indikatoren und Kennzahlen werden ebenfalls entsprechend umbenannt.

**Gruppe: Dialysefrequenz pro Woche und Gruppe: Dialysedauer pro Woche**

Mit den Indikatoren und den Kennzahlen dieser Gruppen wird der Anteil an Patientinnen und Patienten gemessen, die in mehr als 10 % der Wochen weniger als drei Dialysen pro Woche erhalten bzw. deren mittlere Dialysedauer weniger als 12 Stunden pro Woche beträgt.

Für beide Gruppen sind die Ergebnisse nicht mit den Ergebnissen des Vorjahres vergleichbar, da Anpassungen an den Rechenregeln vorgenommen wurden. So wird nun die erste Kalenderwoche der Dialysetherapie ausgeschlossen, sofern der Beginn der Dialysetherapie nicht auf einem Montag liegt. Denn liegt der Beginn der Dialysebehandlung nicht am Anfang einer Kalenderwoche, so kommt es in dieser ersten Woche der Behandlung ggf. zu einer Dialysefrequenz bzw. -dauer von

weniger als drei Dialysen bzw. 12 Stunden pro Woche. Bislang wurden diese ersten Kalenderwochen bei der Berechnung der Indikatoren und Kennzahl berücksichtigt, was zu einer ungerechtfertigten rechnerischen Auffälligkeit führen konnte. Zudem werden Quartale, in denen die Dialysebehandlung beendet wird, aus der Berechnung ausgeschlossen. Im letzten Quartal einer Dialysebehandlung kann es Gründe für eine Dialysefrequenz bzw. -dauer von weniger als drei Dialysen bzw. 12 Stunden pro Woche geben.

Für die Gruppe „Dialysefrequenz pro Woche“ wird das Bundesergebnis sowie der Anteil der rechnerisch auffälligen Leistungserbringer als plausibel eingeschätzt, sodass ein Stellungnahmeverfahren auch auf Empfehlung des Expertengremiums auf Bundesebene durchgeführt werden soll.

Für die Gruppe „Dialysedauer pro Woche“ soll bei der Durchführung des Stellungnahmeverfahrens durch die Landesarbeitsgemeinschaften hingegen beachtet werden, dass das Bundesergebnis nach Einschätzung des Expertengremiums auf Bundesebene nicht der tatsächlichen Versorgungsqualität entspricht und entsprechend auch der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen als zu hoch eingeschätzt wird. Es besteht die Vermutung, dass Missverständnisse bei der Dokumentation durch die Leistungserbringer zu dem hohen Anteil an rechnerischen Auffälligkeiten geführt haben. So werden bei der Berechnung des Indikators sogenannte „wesentliche Ereignisse“ berücksichtigt. Hierbei handelt es sich um Abwesenheiten der Patientin oder des Patienten, z. B. aufgrund von Urlaub, einem stationären Krankenhausaufenthalt oder Ähnlichem. Während eines wesentlichen Ereignisses kann die im Indikator 572006 geforderte Dialysedauer von mindestens 12 Stunden pro Woche demnach aus nachvollziehbaren Gründen nicht erfüllt werden, weshalb Wochen mit einem wesentlichen Ereignis bei der Berechnung des Indikators ausgeschlossen werden. Dies erfordert jedoch eine zuverlässige Dokumentation der wesentlichen Ereignisse durch die Leistungserbringer. Aufgrund von Rückmeldungen bzw. Anfragen durch Leistungserbringer selbst besteht daher die realistische Annahme, dass bislang nicht alle wesentlichen Ereignisse durch die Leistungserbringer dokumentiert wurden, was im Rahmen eines Stellungnahmeverfahrens Berücksichtigung finden sollte. Weitere Analysen des IQTIG bestätigen diese Vermutung: Werden in der Grundgesamtheit des Indikators nur diejenigen Patientinnen und Patienten berücksichtigt, die mindestens drei Mal pro Woche eine Dialyse erhalten (diese Frequenz stellt den Behandlungsstandard dar), so verbessert sich das Ergebnis erheblich auf 12,56 %, was von dem Expertengremium auf Bundesebene als plausibles Ergebnis eingeschätzt wird. Daraus lässt sich schließen, dass die einzelnen Dialysen in vielen Fällen mit einer ausreichenden Dauer durchgeführt werden, und stattdessen die Dauer von mindestens 12 Stunden pro Woche aufgrund einzelner gar nicht durchgeführter Dialysen nicht erfüllt wird.

Um das erneute Auftreten der genannten Probleme in Zukunft zu vermeiden, ist zum einen eine Information der Leistungserbringer zur korrekten Dokumentation der wesentlichen Ereignisse vorgesehen. Zum anderen werden weitere Anpassungen der Rechenregeln des Indikators sowie der Kennzahl der Gruppe „Dialysedauer pro Woche“ vorgenommen.

### Gruppe: Ernährungsstatus

Das Ziel dieser Gruppe ist es, den Anteil an Patientinnen und Patienten zu messen, die unter einer Mangelernährung leiden. Dies wird operationalisiert, indem gemessen wird, wie viele Patientinnen und Patienten in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen sowohl einen niedrigen Serumalbuminwert als auch einen hohen Gewichtsverlust hatten.

Allerdings stellt das Expertengremium auf Bundesebene infrage, ob mit den genannten Faktoren überhaupt das Vorliegen einer Mangelernährung festgestellt werden kann. Hier ist eine Überprüfung und ggf. Überarbeitung der Kennzahlen notwendig.

### Gruppe: Anämiemanagement

Die Ergebnisse des Indikators und der Kennzahl dieser Gruppe zeigen – wir auch bereits im Vorjahr – ein sehr gutes Bundesergebnis. Nur bei 306 von 69.862 Patientinnen und Patienten über 18 Jahren lagen die Werte von Hämoglobin, Ferritin oder Transferrin-Sättigung und CRP in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen außerhalb der jeweils definierten Grenzwerte, sodass von einer anhaltenden Anämie ausgegangen werden kann. Bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren trat dies nicht auf.

Vor diesem Hintergrund des langjährig sehr guten Bundesergebnisses stellt sich die Frage, ob für diese Gruppe eine weitere Verbesserung der Qualität erreicht werden kann, und entsprechend, ob die weitere Auswertung der Kennzahlen dieser Gruppe sinnvoll ist.

Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – NET-DIAL

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2023	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
<b>Gruppe: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt</b>				
572002	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt	67,68 % O = 6.662 N = 9.843	70,61 % O = 7.180 N = 10.169 (≤ 100,00 %; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
572049	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	33,33 % O = ≤ 3 N = ≤ 3	41,67 % O = 5 N = 12	eingeschränkt vergleichbar
<b>Gruppe: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung</b>				
572003	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung	- O = - N = -	38,84 % O = 6.989 N = 17.996	nicht vergleichbar



ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2023	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
			(≤ 69,08 %; 95. Perzentil)	
572050	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	- O = - N = -	15,91 % O = 7 N = 44	nicht vergleichbar
<b>Gruppe: Katheterzugang bei Hämodialyse</b>				
572004	Katheterzugang bei Hämodialyse	- O = - N = -	25,66 % O = 17.825 N = 69.459 (≤ 43,98 %; 90. Perzentil)	nicht vergleichbar
572051	Katheterzugang bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	- O = - N = -	31,25 % O = 15 N = 48	nicht vergleichbar
<b>Gruppe: Dialysefrequenz pro Woche</b>				
572005	Dialysefrequenz pro Woche	- O = - N = -	15,47 % O = 7.611 N = 49.211 (≤ 75,67 %; 95. Perzentil)	nicht vergleichbar
572052	Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	- O = - N = -	26,92 % O = 14 N = 52	nicht vergleichbar
<b>Gruppe: Dialysedauer pro Woche</b>				
572006	Dialysedauer pro Woche	- O = - N = -	32,92 % O = 16.041 N = 48.724 (≤ 15,00 %)	nicht vergleichbar
572053	Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	- O = - N = -	40,38 % O = 21 N = 52	nicht vergleichbar
<b>Gruppe: Ernährungsstatus</b>				
572007	Ernährungsstatus*	4,45 % O = 2.985 N = 67.136	4,78 % O = 3.337 N = 69.862	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2023	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
572054	Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	0,00 % O = 0 N = 10	0,00 % O = 0 N = 64	eingeschränkt vergleichbar
<b>Gruppe: Anämiemanagement</b>				
572008	Anämiemanagement*	0,37 % O = 251 N = 67.136	0,44 % O = 306 N = 69.862	eingeschränkt vergleichbar
572055	Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	0,00 % O = 0 N = 10	0,00 % O = 0 N = 64	eingeschränkt vergleichbar
<b>Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von zugangsassozierten Komplikationen bei Hämodialyse</b>				
572009	Hospitalisierung aufgrund von zugangsassozierten Komplikationen bei Hämodialyse	8,34 % O = 6.075 N = 72.827	8,84 % O = 6.607 N = 74.745 (≤ 19,57 %; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
572056	Hospitalisierung aufgrund von zugangsassozierten Komplikationen bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	27,27 % O = ≤ 3 N = 11	12,50 % O = ≤ 3 N = 8	eingeschränkt vergleichbar
<b>Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen</b>				
572010	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen	18,96 % O = 218 N = 1.150	17,23 % O = 293 N = 1.701 (≤ 25,00 %; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
572057	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	- O = 0 N = 0	40,00 % O = ≤ 3 N = 5	eingeschränkt vergleichbar
<b>Gruppe: 1-Jahres-Überleben</b>				
572011	1-Jahres-Überleben*	88,33 % O = 8.234 N = 9.322	87,79 % O = 8.958 N = 10.204	eingeschränkt vergleichbar
572058	1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	100,00 % O = 5 N = 5	100,00 % O = 4 N = 4	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2023	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
<b>Gruppe: 2-Jahres-Überleben</b>				
572012	2-Jahres-Überleben*	74,83 % O = 3.523 N = 4.708	73,00 % O = 6.805 N = 9.322	eingeschränkt vergleichbar
572059	2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	- O = 0 N = 0	80,00 % O = 4 N = 5	eingeschränkt vergleichbar
<b>Gruppe: 3-Jahres-Überleben</b>				
572013	3-Jahres-Überleben*	- O = - N = -	61,87 % O = 2.913 N = 4.708	im Vorjahr nicht berechnet
572060	3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	- O = - N = -	- O = 0 N = 0	im Vorjahr nicht berechnet

\* Transparenzkennzahl

Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) – NET-DIAL

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
572002	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt	2022	0 von 840	0,00	-
		2023	0 von 807	0,00	-
572003	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung	2022	114 von 749	15,22	-
		2023	92 von 779	11,81	30
572004	Katheterzugang bei Hämodialyse	2022	138 von 793	17,40	-

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
		2023	109 von 803	13,57	61
572005	Dialysefrequenz pro Woche	2022	64 von 844	7,58	-
		2023	54 von 821	6,58	12
572006	Dialysedauer pro Woche	2022	712 von 813	87,58	-
		2023	609 von 821	74,18	515
572009	Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse	2023	62 von 826	7,51	-
572010	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen	2023	140 von 447	31,32	-

## 2.4 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

- 852306: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation,
- 852307: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation sowie
- 852308: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

können für das Auswertungsjahr 2024 aufgrund eines Fehlers in der Spezifikation zu Minimaldatensätzen (MDS) nicht ausgewertet werden. Durch diesen Fehler ist ein Abschluss von Dokumentationsbögen zu MDS, allerdings ohne Angaben zum Erfassungsquartal dennoch möglich. Wenn auch entsprechend spezifizierte MDS in anderen Qualitätssicherungsverfahren problemlos verarbeitet werden können, ist es aufgrund der individuellen Zählweise von Basisbögen und MDS im Auswertungsmodul *NET-DIAL* nicht möglich. Hier kann es vorkommen, dass pro Patientin bzw. Patient, Leistungserbringer und Quartal mehr als ein Basisbogen/MDS vorliegt. Das liegt an den Falldefinitionen bzw. Abrechnungsmodalitäten insbesondere im teilstationären Bereich. Um die dadurch entstandene Verzerrung zwischen gelieferten IST-Bögen (jeder gelieferte Bogen wurde

gezählt) und den erwarteten SOLL-Bögen (nur ein Bogen pro Patientin/Patient, Leistungserbringer und Quartal wurde gezählt) zu beheben, wird bei der IST-Zählung seit dem Auswertungsjahr 2024 nur noch ein Basisbogen/MDS pro Patient, Leistungserbringer und Quartal berücksichtigt.

Darüber hinaus wurden MDS ohne dokumentiertem Erfassungsquartal dem Erfassungsjahr zugeordnet, ohne Zuweisung zu einem Quartal. Daraus können folgende Konsequenzen resultieren:

1. Liegen zu einem Patienten mehrere MDS ohne dokumentiertem Erfassungsquartal aus unterschiedlichen Quartalen vor, so wird nur einer dieser MDS gezählt. In der Folge wird dem Leistungserbringer für diesen Fall fälschlicherweise eine Unterdokumentation zurückgemeldet.
2. Liegen zu einem Patienten mehrere MDS aus einem Quartal vor und wurde hier nur zum Teil ein Erfassungsquartal dokumentiert, so werden für diesen Leistungserbringer und für dieses Quartal zwei MDS gezählt (statt korrekterweise nur ein MDS). In der Folge wird dem Leistungserbringer für diesen Fall fälschlicherweise eine Überdokumentation zurückgemeldet.

Aus den beschriebenen Konsequenzen ergibt sich folglich, dass die geplanten Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit nicht korrekt ausgewertet werden können.

### Statistische Basisprüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen (Prüfkriterien) (Prüfkriterien)

Sozialdaten bei den Krankenkassen werden für das Verfahren QS NET über die Module DIALS und NTXS spezifiziert und an das IQTIG übermittelt. Berücksichtigung finden diese Daten, die modulübergreifend erfasst werden, bei der Berechnung von 10 Qualitätsindikatoren und Transparenz-kennzahlen nur im Bereich der „Dialysebehandlung als Therapieoption“ (NET-DIAL), welche den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2024 entnommen werden können.<sup>4</sup>

In den Modulen DIALS und NTXS werden in den Erfassungsjahren 2023 bzw. 2020 bis 2023 insgesamt 15 bzw. 13 Prüfkriterien (PK) zur Vollständigkeit, Vollzähligkeit und Plausibilität ausgewiesen.<sup>5</sup>

In Tabelle 6 sind die Ergebnisse der Prüfung für alle Prüfkriterien nach Erfassungsjahr und Sozialdatenmodulen dargestellt. Eine Auffälligkeit wird immer dann angezeigt, wenn für mindestens eine Krankenkasse ein Prüfbedarf festgestellt wurde.

Tabelle 6: Prüfkriterien nach Erfassungsjahr und Sozialdatenmodulen

PK-ID	Prüfkriterium	Auffälligkeiten im AJ 2024 im Modul vorhanden	
		DIALS (EJ 2023)	NTXS (EJ 2020-2023)
30	Fehlende Datenlieferung	nein	nein

<sup>4</sup> Vgl. <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-net>

<sup>5</sup> Zur detaillierten Beschreibung der Prüfkriterien siehe: [https://www.q-ba.de/downloads/39-261-6446/2024-01-31\\_DeQS-RL\\_Pruefkriterien-Sozialdatenvaeridierung-QS-PCI-WI-NET-ab-2024.pdf](https://www.q-ba.de/downloads/39-261-6446/2024-01-31_DeQS-RL_Pruefkriterien-Sozialdatenvaeridierung-QS-PCI-WI-NET-ab-2024.pdf)

PK-ID	Prüfkriterium	Auffälligkeiten im AJ 2024 im Modul vorhanden	
		DIALS (EJ 2023)	NTXS (EJ 2020-2023)
22	Nichteinhaltung des Lieferzeitfensters	nein	nein
31	Ungültige Sozialdatenspezifikation	nein	nein
32	Unterschiedliche Pseudonymisierung der Versichertenkennung in Sozial- und QS-Dokumentation	nein	ja
6	Versicherte ohne Indexfall	ja	nein
29	Abrechnungsfälle, die nicht dem Leistungs- und Medikationsfilter entsprechen	ja	n.a.
1	Fehlende Kassengröße	nein	nein
4	Fehler in den Quartalsstammdaten	nein	ja
21	Verfahrensfremde Abrechnungsparagrafen	nein	nein
12	Nicht spezifizierte Abrechnungsinhalte	ja	ja
5	Unplausible Anzahl an Datensätzen mit Sterbeinformation	nein	nein
28	Unplausible Anzahl an Patientenfilterfällen	ja	nein
24	Unplausible Anzahl an Leistungs- und Medikationsfilterfällen	nein	n.a.
23	Unplausible Anzahl von unter 18-Jährigen	nein	nein

n.a. = nicht auswertbar, da in NTXS gemäß Sozialdatenspezifikation kein Leistungs- und Medikationsfilter definiert wurde.

Nicht dargestellt wurde das Prüfkriterium 34 „Abweichung von der Vorjahresaufstellung“, da die notwendige Datengrundlage erst zeitversetzt im November des jeweils übernächsten Jahres vollständig vorliegt. Erstmals wird dieses Prüfkriterium daher im Auswertungsjahr 2025 für das Erfassungsjahr 2022 berichtet.

Im Folgenden werden die jeweiligen Prüfkriterien mit einer Auffälligkeit näher beschrieben.

*Prüfkriterium 32: Unterschiedliche Pseudonymisierung der Versichertenkennung in Sozial- und QS-Dokumentation*

Dieses Prüfkriterium prüft, ob zu mindestens einem gelieferten Versicherten in den Sozialdaten bei den Krankenkassen ein QS-Datensatz mit identischer Versichertenkennung vorliegt.

Es hat einen Bezug zu allen oben genannten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen im Verfahren, die mit Sozialdaten bei den Krankenkassen berechnet werden.

Im Erfassungsjahre 2023 liegt bei NTXS für eine von insgesamt 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Die jeweilige Krankenkasse hat einen Versicherten übermittelt, welcher nicht in den QS-Dokumentation gefunden werden konnte.

*Prüfkriterium 6: Versicherte ohne Indexfall*

Bei diesem Kriterium wird geschaut, ob für jeden gelieferten Versichertendatensatz mindestens ein Abrechnungsfall vorliegt, der die Kriterien des Patientenfilters erfüllt. Das bedeutet, dass Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, mindestens einen Versichertendatensatz übermittelt haben, der die Kriterien des Patientenfilters nicht erfüllt.

Dieses Prüfkriterium hat einen Bezug zu allen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen im Verfahren, die mit Sozialdaten bei den Krankenkassen berechnet werden.

Im Erfassungsjahr 2023 liegt im Modul DIALS für 3 von insgesamt 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Dies betrifft 396 der 94.943 übermittelten Versichertendatensätze.

*Prüfkriterium 29: Abrechnungsfälle, die nicht dem Leistungs- und Medikationsfilter entsprechen*

Das Prüfkriterium „Abrechnungsfälle, die nicht dem Leistungs- und Medikationsfilter entsprechen“ prüft, ob der Leistungs- und Medikationsfilter in den gelieferten Daten korrekt umgesetzt wurde. Das bedeutet, dass Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, mindestens einen Abrechnungsfall übermittelt haben, der weder dem Patientenfilter noch den Leistungs- und Medikationsfilter erfüllt.

Dieses Prüfkriterium hat einen Bezug zu allen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die mit Sozialdaten bei den Krankenkassen berechnet werden.

Im Erfassungsjahr 2023 liegt im Modul DIALS für 13 von insgesamt 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Dies betrifft

- 31 von 157.699 stationären Fällen nach § 301 SGB V und
- 190 von 39.681 selektivvertraglichen Fällen nach §§ 140a, 73b und 73c SGB V.

*Prüfkriterium 12: Nicht spezifizierte Abrechnungsinhalte*

Das Prüfkriterium „Nicht spezifizierte Abrechnungsinhalte“ prüft, ob Abrechnungsinhalte geliefert wurden, die nicht spezifiziert wurden. Das bedeutet, dass Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, mindestens einen Abrechnungsinhalt übermittelt haben, der über die Spezifikation nicht angefordert wird.

Dieses Prüfkriterium hat derzeit keinen direkten Bezug zu den Qualitätsindikatoren, da in der Datenaufbereitung für die Indikatorberechnung solche Abrechnungsinhalte ausgeschlossen werden.

Im Erfassungsjahr 2023 liegt im Modul DIALS bei 2 von 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Es wurden insgesamt 2.042.844 Abrechnungsinhalte geliefert, die nicht spezifiziert waren.

Im Erfassungsjahr 2023 liegt im Modul NTXS bei 1 von 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Es wurden insgesamt 8.162 Abrechnungsinhalte geliefert, die nicht spezifiziert waren.

*Prüfkriterium 28: Unplausible Anzahl an Patientenfilterfällen*

Das Prüfkriterium „Unplausible Anzahl an Patientenfilterfällen“ prüft, ob in Relation zur übermittelten Krankenkassengröße eine plausible Anzahl an Abrechnungsfällen, die die Kriterien des Patientenfilters erfüllen, geliefert wurden. Das bedeutet, dass Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, die krankenkassenspezifische Relation von der Verteilung aller Krankenkassen über den in der Methodik der Prüfkriterien beschriebenen Toleranzbereich abweicht.

Dieses Prüfkriterium hat einen Bezug zu allen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die mit Sozialdaten bei den Krankenkassen berechnet werden.

Im Erfassungsjahr 2023 liegt im Modul *DIALS* bei einer von 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Gemessen an der durch die Krankenkasse übermittelte Kassengröße werden

- zu den 101.416 gelieferten Fälle nach § 301 SGB V mindestens 422 Fälle mehr erwartet sowie
- zu den 218.277 gelieferten kollektivvertraglichen Fällen nach § 295 SGB V mindestens 7.368 Fälle mehr erwartet.



## 3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

### 3.1 Hintergrund

Dieses Kapitel stellt die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens und der durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL im Jahr 2023 dar, die sich auf die Erfassungsjahre 2022 bzw. 2021 bezogen haben. Das Auswertungsjahr, über das in diesem Kapitel sowie in den Tabellen im QSEB-Anhang berichtet wird, ist das Jahr 2023. In diesem Jahr wurde die Jahresauswertung erstellt, zu der das hier dargestellte Stellungnahmeverfahren hauptsächlich geführt wurde. Die entsprechenden Informationen werden dem IQTIG in den länderbezogenen Verfahren in den Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) gemäß § 19 Teil 1 DeQS-RL durch die Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) für Qualitätssicherung übermittelt. In den bundesbezogenen Verfahren erstellt das IQTIG als durchführende Stelle diese Informationen ebenfalls in diesem Format.

### 3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Das Stellungnahmeverfahren zu *NET-DIAL* wurde zum Auswertungsjahr 2023 erstmalig durchgeführt. Im Rahmen der Beratungen des G-BA am 16. Mai 2023 wurde mit Beschluss vom 7. Juni 2023 trotz verbesserter Datengrundlage aufgrund noch bestehenden Unregelmäßigkeiten im Zusammenhang mit der Sollstatistik entschieden, dass eine „vorsichtige“ Durchführung der Stellungnahmeverfahren im Ermessen der LAG für das EJ 2022 erfolgen sollte. Zudem wurde festgelegt, dass die einrichtungsbezogenen Bewertungsergebnisse und die Ergebnisse im Bundesqualitätsbericht nicht veröffentlicht werden sollten. Gleichzeitig hat das IQTIG den LAG zusätzliche Analysen zur Aufbereitung der Datengrundlage für den KV-Bereich und für den LKG-Bereich zur Unterstützung im Stellungnahmeverfahren zur Verfügung gestellt. Diese enthielten einen Überblick über eine eventuelle Über- oder Unterdokumentation pro Leistungserbringer, sodass darauf aufbauend potenzielle Dokumentationsprobleme adressiert werden konnten. Erkenntnisse zur Vollständigkeit der Dokumentation sollten über die Evaluation gemäß DeQS-RL zum Verfahren mitgeteilt werden.

Aus den durch die LAG übermittelten Informationen zum durchgeführten „vorsichtigen“ Stellungnahmeverfahren konnten einige relevante Erkenntnisse für die Weiterentwicklung des Verfahrens gewonnen werden, sodass diese übermittelten Informationen einen wichtigen Beitrag für das Verfahren leisten. Nachfolgend werden die zentralen Erkenntnisse dargestellt.

Bei insgesamt 5.837 Indikatorergebnissen kam es in knapp 20 % ( $n = 1153$ ) zu einem rechnerisch auffälligen Ergebnis, weil dieses vom Referenzbereich abwich. Zu 5,46 % hiervon ( $n = 63$ ) wurde durch die Landesarbeitsgemeinschaften kein QSEB übermittelt. Zu den verbliebenen 1.090 rech-

nerisch auffälligen Ergebnissen wurde in 128 Fällen (11,74 %) ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Dieses erfolgte in allen Fällen schriftlich, es fanden keine kollegialen Gespräche oder Begehungen statt. Von diesen konnten fünf Stellungnahmeverfahren (3,91 %) noch nicht abgeschlossen werden. Es wurden sechs qualitative Auffälligkeiten festgestellt. Bezogen auf alle eingeleiteten Stellungnahmeverfahren stellt dies einen Anteil von 4,69 % dar. 45 Stellungnahmeverfahren (35,16 %) konnten mit einer qualitativen Unauffälligkeit abgeschlossen werden, während acht Stellungnahmeverfahren (6,25 %) wegen einer fehlerhafter Dokumentation mit einer „D“-Bewertung abgeschlossen wurden. 64 Indikatorergebnisse (50,00 %), zu denen auch eine Stellungnahme angefordert wurde, wurden mit „Sonstiges“ bewertet.

In fünf Bundesländern wurde bei insgesamt 454 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Ein Bundesland leitete in 100 % der Fälle (n = 24) ein schriftliches Stellungnahmeverfahren ein. Die relative Quote an eingeleiteten schriftlichen Stellungnahmeverfahren beträgt in den übrigen Bundesländern zwischen 2,33 % (1/43) und 42,86 % (6/14).

Als Gründe für die „Nicht-Durchführung“ von Stellungnahmeverfahren wurden die eingeschränkte Datengrundlage sowie von den LAG bzw. den jeweiligen Fachkommissionen identifizierte Überarbeitungsbedarfe an Indikatoren und Referenzbereichen genannt.

Bei durchgeführten Stellungnahmeverfahren mit der Bewertung „Sonstiges“ oder „qualitativ unauffällig“ handelte es sich laut den Fachkommissionen u. a. um Einzelfälle mit entsprechendem Patientenwillen sowie individuell gut nachvollziehbare bzw. in der Praxis den nephrologischen Alltag widerspiegelnde Fälle. Außerdem wurden Probleme bei der Erfassung von „Wesentlichen Ereignissen“, bekannte Schnittstellenproblematiken, Praxisschließungen sowie Wechsel des Praxisverwaltungssystems geschildert, die zu einer entsprechenden Bewertung („Sonstiges“ oder „qualitativ unauffällig“) führten. In patientenindividuellen Fallkonstellationen wurde berichtet, dass es trotz intensiver ärztlicher Aufklärung zur Ablehnung der Erhöhung der Dialysedauer kam sowie das Multimorbidität der Patientinnen und Patienten, schlechter Allgemeinzustand, Notfälle durch interkurrente Erkrankungen (Schlaganfall, Herzinfarkt), intradialytische irreparable Störungen des Dialysezuganges, strukturelle Gegebenheiten wie eine „Coronaschleuse“ bzw. die Coronapandemie, eine vorhandene Nierenrestfunktion bzw. erhaltene Restdiurese, palliative Therapiesituation bei fehlender Möglichkeit oder nicht angestrebter (erneuter) Nierentransplantation oder Incompliance als Ursachen für die Abweichung vom Referenzwert identifiziert wurden.

Über die qualitativen Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens hinaus informierten die LAG das IQTIG über Schwierigkeiten der Leistungserbringer im Umgang mit den Rückmeldeberichten und den AV-Listen, bei der praxissoftwarebasierten Rückverfolgbarkeit der dort dargestellten Vorgangsnummern sowie Schwierigkeiten der LAG beim Umgang mit der Mandantenfähigen Datenbank. Zusätzlich wurde darauf hingewiesen, dass selbst bei Vollzähligkeit der dokumentierten Basisbögen eine Unterdokumentation im Bereich der zugehörigen Dialysebögen

möglich sei, aktuell aber unbemerkt bliebe. Des Weiteren solle zusätzlich oder alternativ zu der zukünftig zu entwickelnden Risikoadjustierung im Auswertungsmodul *NET-DIAL* eine Stratifizierung nach Sektoren überprüft werden.

Das IQTIG wird die benannten Überarbeitungsbedarfe und patientenindividuellen Fallkonstellationen im Rahmen der Verfahrenspflege und -optimierung kritisch reflektieren.

## 4 Evaluation

Gemäß der DeQS-RL beinhaltet der Bundesqualitätsbericht eine fortlaufende Evaluation des Verfahrens (§ 20 Satz 3 Teil 1 DeQS-RL). Ziel der Evaluation ist die Beurteilung der Wirksamkeit des Verfahrens anhand seiner Ergebnisse. Diese werden im Folgenden hinsichtlich der Erreichung der Richtlinienziele des Verfahrens geprüft und hierbei insbesondere relevante Beratungen in den Expertengremien herangezogen sowie die Rückmeldung weiterer Verfahrensbeteiligter (z. B. der LAG) eingeholt.

Umfangreiche Analysen zeigten, dass es in der Vergangenheit in der Datengrundlage im Auswertungsmodul *NET-DIAL* durch einen zu weit gefassten Jahresbezug bei der Anzahl der eingereichten Datensätze sowie eine inkorrekte Zählung der Datensätze zu fehlerhaften Darstellungen kam. Im Rahmen diverser Sonderanalysen und eines Stakeholderworkshops mit den LAG, Kassenärztlichen Vereinigungen, Landeskrankenhausgesellschaften, Softwareanbietern und Datenannahmestellen konnte Korrektur- und Optimierungsbedarf identifiziert werden. Die Korrektur der Ermittlung der gelieferten Datensätze auf den Jahresbezug des Erfassungsjahres sowie die Zählung von nur einem Datensatz pro Fall pro Leistungserbringer und pro Quartal bei nicht tagesaktueller Abrechnung führten zu einer realistischeren Darstellung der Anzahl der gelieferten Datensätze ab dem Auswertungsjahr 2024. Aufgrund der beschriebenen Hürden bei der Ermittlung der Anzahl der gelieferten Datensätze sollten fortlaufend weitere systematische und Einzelfallanalysen erfolgen, damit die Validität und Vollständigkeit der Datengrundlage zukünftig noch mehr der gewünschten Transparenz und den üblichen Qualitätsstandards entspricht. Im Auswertungsjahr 2024 führten zudem weitere Korrekturen an den Rechenregeln zu Verbesserungen bei der Ergebnisberechnung.

Die Teilnahme an der fortlaufenden Evaluation erfolgt für die Landesarbeitsgemeinschaften auf freiwilliger Basis. Ihre Rückmeldungen werden jährlich im Rahmen einer strukturierten Abfrage erfasst. Die Landesarbeitsgemeinschaften sollen bei der Beantwortung der Evaluationsfragen zur Einschätzung von Prozessen, Indikatoren und Ergebnissen, sowie zu sonstigen Themen, auch die Rückmeldungen der jeweiligen Fachkommission auf Landesebene sowie der Leistungserbringer (Krankenhäuser, Vertragsärztinnen und Vertragsärzte) berücksichtigen. Hierbei wurden dem IQTIG im Auswertungsmodul *NET-DIAL* Hinweise zu potenziellen Optimierungsbedarfen beim Umgang mit der Mandantenfähigen Datenbank, der Analyse der Vollzähligkeit von Dialysebögen zusätzlich zur bereits etablierten Analyse der Vollzähligkeit von Basisbögen und hinsichtlich des Bedarfs der Risikoadjustierung bzw. Stratifizierung gegeben.

## 5 Fazit und Ausblick

Im Auswertungsmodul *NET-DIAL* zeigte sich im Auswertungsjahr 2024 eine verbesserte Datengrundlage im Vergleich zu den Vorjahren. Seit dem Start des Verfahrens zum Erfassungsjahr 2020 wurden diverse technische und inhaltliche Anpassungsbedarfe identifiziert und sukzessive bis zum Auswertungsjahr 2024 umgesetzt. Dies zeigt sich auch in den verbesserten und mittlerweile überwiegend realistischen Indikatorergebnissen im Auswertungsjahr 2024, wenn auch noch weitere Optimierungsbedarfe an einzelnen Indikatoren identifiziert wurden (z. B. Indikatorengruppen „Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt“, „Dialysefrequenz pro Woche“ und „Dialyседauer pro Woche“). Die Ergebnisse der Indikatoren und Kennzahlen sind laut Einschätzung des Expertengremiums auf Bundesebene grundsätzlich als Grundlage für ein Stellungnahmeverfahren geeignet.

Das erstmals in diesem Auswertungsmodul durchgeführte Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2022 wurde als „vorsichtiges“ Stellungnahmeverfahren im Ermessen der LAG durchgeführt, auch wenn einrichtungsbezogene Bewertungsergebnisse und Ergebnisse im Bundesqualitätsbericht nicht veröffentlicht wurden. Knapp 20 % (n = 1153) der Indikatorergebnisse waren rechnerisch auffällig und bei 5,46 % hiervon (n = 63) wurden Stellungnahmeverfahren durchgeführt, die einen heterogenen Ursachenüberblick ergaben.

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

## Literatur

Girndt, M; Backus, G; Beige, J; Bruns, S; Herget-Rosenthal, S; Kleophas, W; et al. (2020): Leitlinie zu Infektionsprävention und Hygiene 2019 als Ergänzung zum Dialysestandard. Stand: 27.01.2020. Berlin: DGfN [Deutsche Gesellschaft für Nephrologie] [u. a.]. URL: <https://www.dgfn.eu/dialyse-standard.html> [DGfN – Hygieneleitlinie > Download] (abgerufen am: 12.08.2024).

# Nierentransplantation

# 1 Hintergrund

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

Die häufigsten Ursachen für ein chronisches Nierenversagen sind:

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

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

Das Auswertungsmodul Nierentransplantation (*NET-NTX*) bezieht sich ausschließlich auf die Organempfängerinnen und -empfänger. Bei Patientinnen und Patienten, die eine Nierentransplantation erhalten, handelt es sich um Patientinnen und Patienten mit bereits bestehenden schweren Vorerkrankungen, deren anspruchsvolle Behandlung eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich macht. Der Indexeingriff der Transplantation sowie die Nachsorge der Patientinnen und Patienten sind mit klinischen Risiken verbunden (bspw. einer Organabstoßung, Infektionen bis hin zum Versterben der Patientin oder des Patienten), denen entgegengewirkt werden muss. Durch eine gute Versorgungsqualität in den Einrichtungen und die Kooperation mit den ambulanten Einrichtungen können diese Risiken zwar nicht gänzlich verhindert, aber zumindest erheblich reduziert werden.

## Qualitätsindikatoren

Die Versorgungsqualität hat in den transplantationsmedizinischen Auswertungsmodulen unmittelbaren Einfluss auf das Überleben der Patientinnen und Patienten. Aus diesem Grund wird im Auswertungsmodul *NET-NTX* unter anderem das Überleben der Patientinnen und Patienten betrachtet. Mit dem Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 527017) wird der Anteil der Patientinnen und Patienten erfasst, die im Anschluss an die Operation und noch während des stationären Aufenthalts versterben. Da aber auch in den Jahren nach der Transplantation ein erhöhtes Risiko für ein Versterben besteht, das mit der Qualität der Transplantation oder der Qualität der



Nachsorge zusammenhängen kann, wird zudem das Überleben bis zu 5 Jahre nach der Operation betrachtet (IDs 572018, 572019, 572020 und 572021).

Weil die Qualität der Transplantation und der Nachsorge mit der langfristigen Überlebenschance des transplantierten Organs und der Patientinnen und Patienten zusammenhängt, hat jede transplantierende Einrichtung eine Nachsorgepflicht für die Patientinnen und Patienten. Ist dabei einer Einrichtung in den drei Jahren nach dem Eingriff unbekannt, ob die Patientinnen und Patienten leben oder verstorben sind (unbekannter Überlebensstatus), so kann dies unter Umständen auf eine mangelhafte Erfüllung dieser Nachsorgepflicht hindeuten. Dies wird im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation“ (ID 302300) abgebildet.

Neben dem Überleben der Patientinnen und Patienten ist auch das Organüberleben ein entscheidendes Kriterium für die Bewertung des Erfolgs einer Transplantation. Deshalb wird innerhalb der ersten 90 Tage nach der Transplantation geprüft, wie hoch die Rate an behandlungsbedürftiger Abstoßung des transplantierten Organs ist (IDs 572100 und 572101). Zudem wird das Transplantatversagen innerhalb des ersten Jahres betrachtet (ID 572032) sowie als Kennzahl das Transplantatversagen innerhalb des zweiten, dritten und fünften Jahres nach einer Nierentransplantation ausgewertet (IDs 572033, 572034 und 572035).

In der Indikatorengruppe „Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats“ werden eine Abstoßungsreaktion oder eine operative Komplikation betrachtet. Dies sind auch Prädiktoren, deren Auftreten die Wahrscheinlichkeit für eine verzögerte Aufnahme der Organfunktion bereits vor einem Transplantatversagen erhöhen.

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

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

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

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

Tabelle 7: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – NET-NTX

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen	QS-Dokumentation	2023
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2023
572018	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation	2023
572019	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation	2023
572020	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation	2023
302300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	QS-Dokumentation	2023
<b>Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung</b>			
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung	QS-Dokumentation	2023
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	QS-Dokumentation	2023
<b>Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation</b>			
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)	QS-Dokumentation	2023
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	QS-Dokumentation	2023
572026	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation*	QS-Dokumentation	2023
572027	Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation*	QS-Dokumentation	2023
572028	Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation*	QS-Dokumentation	2023

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
<b>Gruppe: Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen</b>			
572100	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen*	QS-Dokumentation	2023
572101	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen*	QS-Dokumentation	2023
572032	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	QS-Dokumentation	2023
572033	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation*	QS-Dokumentation	2023
572034	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation*	QS-Dokumentation	2023

\* Transparenzkennzahl

### Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul *NET-NTX* gibt es ein Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit.

Die weiteren Auffälligkeitskriterien werden für die beiden Module *NET-NTX* und *NET-PNTX* gemeinsam berechnet und im Berichtsteil zu Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation unter Abschnitt 2.4 dargestellt.

Tabelle 8: Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) - *NET-NTX*

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
<b>Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit</b>		
852210	Zeitgerechte Durchführung des 90-Tage-Follow-up	QS-Dokumentation

## 2 Einordnung der Ergebnisse

### 2.1 Datengrundlage

Die Auswertungsmodule *NET-NTX* und *NET-PNTX* werden über das gemeinsame Erfassungsmodul PNTX dokumentiert. Aus diesem Grund gibt es eine gemeinsame Datengrundlage für diese beiden Auswertungsmodule.

Für die Auswertungsmodule *NET-PNTX* und *NET-NTX* erfolgt die Auswertung entsprechend dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort (= Auswertungsstandort).

Insgesamt wurden dem IQTIG für das Erfassungsjahr 2023 von 39 entlassenden Standorten 2.118 QS-Datensätze übermittelt. Für das Erfassungsmodul PNTX wurden 7 Minimaldatensätze (MDS) übermittelt. Aus technischen Gründen werden diese dem Auswertungsmodul PNTX zugeordnet, sodass in der Tabelle 9 die Anzahl der MDS mit „0“ angegeben ist. Die Anzahl der entlassenden Standorte auf Bundesebene, die Daten übermittelt haben, entspricht der erwarteten Anzahl an entlassenden Standorte mit Datenübermittlung. Inklusive der sieben MDS wurden acht Datensätze mehr als erwartet übermittelt.

Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2022 wurden in den Auswertungsmodulen *NET-PNTX* und *NET-NTX* zum Erfassungsjahr 2023 insgesamt etwas mehr Datensätze übermittelt (EJ 2022: 1.981, EJ 2023: 2.111), die Vollzähligkeit ist mit 99,95 % im EJ 2022 bzw. 100,05 % im EJ 2023 nahezu gleich geblieben.

Im Erfassungsjahr 2023 gab es in den Auswertungsmodulen *NET-PNTX* und *NET-NTX* keine Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte), die Datensätze geliefert haben, dabei aber keine Sollstatistik geliefert haben. Es wurden Basisdatensätze von insgesamt 2.111 Patientinnen und Patienten erfasst. Dies ist ein Anstieg um 6,6 % im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2022: 1.981).

Tabelle 9 stellt die bundesweit eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“), die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene für das Erfassungsjahr 2023, dar.

Die Zuordnung eines Datensatzes zum Auswertungsmodul *NET-PNTX* bzw. *NET-NTX* erfolgt anhand eines Datenfeldes im Dokumentationsbogen, weshalb die Anzahl der übermittelten Datensätze von der tatsächlichen Anzahl der zur Auswertung genutzten Datensätze des jeweiligen Auswertungsmoduls abweichen kann.

Tabelle 9: Datengrundlage (AJ 2024, EJ 2023) – NET-NTX

		Erfassungsjahr 2023		
		gelie- fert	erwar- tet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	2.111	2.110	100,05
	Basisdatensatz	2.111		
	MDS	0		
Anzahl Leistungs- erbringer	auf Standortebe- ne (Auswertungsstan- dorte) Bund (gesamt)	39		
Anzahl Leistungs- erbringer	auf Standortebe- ne (entlassender Stand- orte) Bund (gesamt)	39	39	100,00
Anzahl Leistungs- erbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (ge- samt)	37	37	100,00

### Follow-up-Indikatoren

Die Qualitätsindikatoren zum 5-Jahres-Follow-up im Auswertungsmodul *NET-NTX* können für das Erfassungsjahr 2023 nicht ausgewertet werden, da die ET-Nummer in der Regel nicht mehr an die Bundesauswertungsstelle übermittelt wird und somit ein Bezug zum Indexeingriff aus dem Jahr 2018 nicht hergestellt werden kann. Dementsprechend erfolgt auch keine Darstellung dieser Indikatoren in den Berichten.

Das 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up hingegen kann ausgewertet und dargestellt werden, da für den Bezug zu Indexeingriffen seit dem Erfassungsjahr 2020 mit Wechsel der transplantationsmedizinischen Verfahren in die DeQS-RL die eGK-Versichertennummer zur Generierung eines patientenidentifizierenden Pseudonyms genutzt und dem IQTIG übermittelt wird.

Auswertungsmodul-übergreifende Erläuterungen zu der potenziell eingeschränkten Grundgesamtheit der Follow-up-Indikatoren im Vergleich zur Grundgesamtheit der Indexeingriffe finden sich in den Vorbemerkungen unter „Follow-up-Indikatoren“.

## 2.2 Risikoadjustierung

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

## 2.3 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Im Auswertungsmodul *NET-NTX* liegen, wie in Tabelle 10 ersichtlich, die Ergebnisse auf Bundesebene aller Indikatoren innerhalb des jeweils definierten Referenzbereichs. Es zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr eine gleichbleibende Versorgungsqualität.

Tabelle 10: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – NET-NTX

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2023	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen	9,01 % O = 173 N = 1.921	9,13 % O = 186 N = 2.038 (≤ 25,00 %)	vergleichbar
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	0,83 % O = 16 N = 1.921	0,79 % O = 16 N = 2.038 (≤ 5,00 %)	vergleichbar
572018	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	- O = - N = -	97,62 % O = 1.723 N = 1.765 (≥ 90,00 %)	vergleichbar
572019	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	- O = - N = -	94,72 % O = 1.613 N = 1.703 (≥ 85,00 %)	vergleichbar
572020	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	- O = - N = -	91,77 % O = 1.126 N = 1.227 (≥ 80,00 %)	im Vorjahr nicht berechnet
302300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	- O = - N = -	0,05 O = 237 N = 4.932 (≤ 1,00)	im Vorjahr nicht berechnet
<b>Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung</b>				
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende bis zur Entlassung	79,33 % O = 1.090 N = 1.374	78,93 % O = 1.120 N = 1.419 (≥ 60,00 %)	vergleichbar
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	96,23 % O = 511 N = 531	95,69 % O = 577 N = 603 (≥ 90,00 %)	vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2023	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
<b>Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation</b>				
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)	- O = - N = -	83,35 % O = 1.006 N = 1.207 (≥ 69,48 %; 5. Perzentil)	vergleichbar
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	- O = - N = -	96,86 % O = 494 N = 510 (≥ 95,45 %; 5. Perzentil)	vergleichbar
572026	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation*	- O = - N = -	89,83 % O = 1.458 N = 1.623	vergleichbar
572027	Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation*	- O = - N = -	87,59 % O = 1.292 N = 1.475	vergleichbar
572028	Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation*	- O = - N = -	85,19 % O = 874 N = 1.026	im Vorjahr nicht berechnet
<b>Gruppe: Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen</b>				
572100	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen*	- O = - N = -	3,29 % O = 59 N = 1.794	vergleichbar
572101	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen*	- O = - N = -	3,29 % O = 59 N = 1.794	vergleichbar
572032	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	- O = - N = -	4,22 % O = 73 N = 1.729 (≤ 10,98 %; 90. Perzentil)	vergleichbar
572033	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation*	- O = - N = -	6,06 % O = 99 N = 1.634	vergleichbar
572034	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation*	- O = - N = -	8,10 % O = 93 N = 1.148	im Vorjahr nicht berechnet

\* Transparenzkennzahl

Tabelle 11: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) – NET-NTX

ID	Indikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen	2022	1 von 39	2,56	-
		2023	0 von 39	0,00	-
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	2022	1 von 39	2,56	1
		2023	1 von 39	2,56	0
572018	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2022	3 von 39	7,69	-
		2023	1 von 38	2,63	1
572019	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2022	4 von 38	10,53	-
		2023	3 von 39	7,69	0
572020	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2022	-	-	-
		2023	5 von 38	13,16	-
302300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	2022	-	-	-
		2023	23 von 39	58,97	-
<b>Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung</b>					
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung	2022	1 von 39	2,56	-
		2023	3 von 39	7,69	0
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	2022	6 von 36	16,67	1
		2023	6 von 37	16,22	2



ID	Indikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
<b>Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation</b>					
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortalen Organspende)	2022	1 von 34	2,94	-
		2023	2 von 38	5,26	0
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	2022	7 von 33	21,21	-
		2023	10 von 36	27,78	3
572032	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	2022	3 von 38	7,89	1
		2023	3 von 38	7,89	0

### Qualitätsindikatoren

#### Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation (ID 302300)

Der Indikator wurde für das Auswertungsjahr 2024 zum ersten Mal ausgewertet und betrachtet, ob dem jeweiligen Transplantationszentrum der Überlebensstatus der Patientin bzw. des Patienten innerhalb der ersten 3 Jahre nach der Transplantation bekannt ist. Dieser Indikator ersetzt die bisherigen „Worst-Case-Indikatoren“ (siehe auch Abschnitt „Vorbemerkung“).

Es fällt auf, dass ein hoher Anteil (58,97 %) der Leistungserbringer in diesem Indikator rechnerisch auffällig ist. Es wird im Stellungnahmeverfahren zu klären sein, ob es sich hierbei auch um qualitative Auffälligkeiten handelt.

## 2.4 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

### Statistische Basisprüfung (Auffälligkeitskriterien)

Im Auswertungsmodul NET-NTX wird im Erfassungsjahr 2023 insgesamt ein Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit ausgewertet. Es weisen von insgesamt 39 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in dem Auffälligkeitskriterium 18 Leistungserbringer eine rechnerische Auffälligkeit auf.

Im Erfassungsjahr 2022 wurden noch keine Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit erhoben.

In Tabelle 12 ist für das Auffälligkeitskriterium das Bundesergebnis mit dem entsprechenden Referenzbereich dargestellt. Der Referenzbereich bezieht sich jedoch nicht auf das Bundesergebnis, sondern auf das Leistungserbringerergebnis.

Tabelle 12: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – NET-NTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)
<b>Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit</b>		
852210	Zeitgerechte Durchführung des 90-Tage-Follow-up	90,41 % 1.801/1.992 (≥ 95,00 %)

In Tabelle 13 ist für das Auffälligkeitskriterium das Ergebnis der Auffälligkeitsprüfung mit der Anzahl und dem Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen dargestellt. Zusätzlich wird die Anzahl der Leistungserbringer ausgewiesen, bei denen bereits im Vorjahr rechnerisch auffällige Ergebnisse ermittelt wurden.

Tabelle 13: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2024) – NET-NTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
<b>Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit</b>						
852210	Zeitgerechte Durchführung des 90-Tage-Follow-up	Alle Follow-up-Indikatoren im Leistungsbereich Nierentransplantation (NET-NTX).	2023	18 von 39	46,15	0

Die Auswertungsmodule NET-NTX und NET-PNTX werden über das gemeinsame Erfassungsmodul PNTX dokumentiert. Aus diesem Grund werden die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit gemeinsam im Modul PNTX-D ausgewertet. Die Beschreibung der Ergebnisse zum Auswertungsmodul PNTX-D erfolgt im Abschnitt 2.4 zum Modul Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation.

## 3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

### 3.1 Hintergrund

Dieses Kapitel stellt die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens und der durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL im Jahr 2023 mit dem Stand 15. März 2024 dar, die sich auf das Erfassungsjahr 2022 bezogen. Das Auswertungsjahr, über das in diesem Kapitel sowie in den Tabellen im QSEB-Anhang berichtet wird, ist das Jahr 2023. In diesem Jahr wurde die Jahresauswertung erstellt, zu der das hier dargestellte Stellungnahmeverfahren hauptsächlich geführt wurde. Die entsprechenden Informationen werden dem IQTIG in den länderbezogenen Verfahren in den Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) gemäß § 19 Teil 1 DeQS-RL durch die Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) für Qualitätssicherung übermittelt. In den bundesbezogenen Verfahren erstellt das IQTIG als durchführende Stelle diese Informationen ebenfalls in diesem Format.

In den bundesbezogenen QS-Verfahren mussten wie bereits in den Vorjahren auch zum Auswertungsjahr 2023 Stellungnahmen, in denen die Vorgaben zum Datenschutz nicht eingehalten wurden, mit der Einstufung A72 „Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ bewertet werden. Aufgrund der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des § 299 SGB V ist eine Verarbeitung von patienten- oder einrichtungsidifizierenden Daten durch das IQTIG nicht zulässig. Eine Löschung der Stellungnahme ist daher erforderlich. Im Falle der Abgabe einer nicht DSGVO-konformen Stellungnahme hat das IQTIG den jeweiligen Leistungserbringern jedoch eine Korrekturfrist von einer Woche gegeben und zudem mitgeteilt, an welchem Punkt der Stellungnahme der erste Anonymisierungsverstoß gefunden wurde.

Bei Interpretation der Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren des Auswertungsjahres 2023 ist zu beachten, dass die Tabellen im Anhang sowie die Ausführungen im Text den Datenstand 15. März 2024 aufweisen. Kollegiale Gespräche oder Begehungen sowie Bewertungen, die nach dem 15. März 2024 erfolgten, werden in diesem Bericht daher inhaltlich nicht berücksichtigt. Daneben sollte bei der Interpretation der dargestellten Tabellen die in der Vorbemerkung beschriebene Verknüpfungsproblematik (Komplikationen bei der Verknüpfung von QS-Datensätzen des Indexeingriffes mit denen des Follow-up – Implikationen für das Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen Auswertungsjahr 2023) berücksichtigt werden. Außerdem ist zu beachten, dass im Anhang in den QSEB-Tabellen Indikatoren nur dann dargestellt werden, wenn bspw. eine Bewertung als qualitativ auffällig oder unauffällig vorliegt.

### 3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Im Stellungnahmeverfahren im Auswertungsjahr 2023 zeigten sich für 25 Krankenhausstandorte 30 rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse (inkl. Follow-up-Indikatoren). Schriftliche Stellungnahmeverfahren wurden, bis auf drei rechnerisch auffällige Ergebnisse im Qualitätsindikator „Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen“ (ID 572101), zu allen übrigen 27 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen eingeleitet. Im Qualitätsindikator „Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen“ kommt es bei perzentilbasiertem Referenzbereich zu einem rechnerisch scheinbar auffälligen Ergebnis, das jedoch unterhalb der Grenze liegt, die fachlich zu erwarten wäre. Somit ist hier weder ein rechnerisch auffälliges Ergebnis gerechtfertigt noch liegt ein Anhalt für eine qualitative Prüfung des Indikatorergebnisses vor. Aufgrund der in der Vorbemerkung beschriebenen Verknüpfungsproblematik und der resultierenden „S92“-Bewertung bzw. der Nicht-Veröffentlichung der Indikatoren zum Follow-up wird nachfolgend nicht näher auf die einzelnen rechnerischen Ergebnisse der Follow-up-Indikatoren eingegangen. Entsprechend beziehen sich auch die tabellarischen Darstellungen ausschließlich auf die Indikatoren zu Indexeingriffen (Tabelle 14).

Insgesamt wurden fünf von 27 Indikatorergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, drei Indikatorergebnisse aufgrund unzureichender fachlicher Plausibilität der Stellungnahmen oder den oben beschriebenen Anonymisierungsverstößen mit „A72“. Gründe für die weiteren qualitativen Auffälligkeiten waren aufgetretene, teilweise schwere operativ-technisch bedingte (intra-)operative Komplikationen, die u. a. in der Summe zu häufig auftraten. Zudem wurden Ursachen für komplizierte Verläufe teilweise nicht ausreichend analysiert und erläutert bzw. wenn erfolgt, in der epikritischen Darstellung nicht ausreichend adressiert. So ist eine lückenlose Darstellung der Ereignisse erforderlich, um die Verläufe und Zusammenhänge zu Behandlungsplanung, -prozessen und -management einordnen zu können. Spezifische fachliche Hinweise und Optimierungspotenziale wurden den Leistungserbringern mitgeteilt. Teilweise haben diese selbst Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet.

Ein Indikatorergebnis wurde mit „U99“ bewertet. Dem Leistungserbringer wurde ein Hinweis zu einem möglichen Verbesserungspotenzial mitgeteilt.

Drei Indikatorergebnisse mussten mit „S92“ bewertet werden, da das Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen werden konnte. In einem dieser Fälle wurde ein kollegiales Gespräch zur Bewertung geplant.

Hinweise zur Konzeption der M&M-Konferenzen nach dem Leitfaden der Bundesärztekammer sowie einer Nachhaltung durch entsprechende Protokollierung werden den Leistungserbringern, sofern zutreffend, im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens mitgeteilt.

Tabelle 14: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul NET-NTX

	Auswertungsjahr 2022		Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens</b>	364	-	153	-
<b>Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich</b>	364	100	153	100
<b>Rechnerisch auffällige Ergebnisse</b>	30	8,24	9	5,88
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0	0	0
<b>Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)</b>	30	100	9	100
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	30	100	9	100
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0	0	0
Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4)	0	0	0	0
<b>Stellungnahmeverfahren</b>				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	2	6,67	0	0
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	28	93,33	9	100
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	28	100	9	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0	0	0
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	13	46,43	3	33,33
<b>Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice)</b>				
Bewertung als qualitativ unauffällig	4	13,33	1	11,11
Bewertung als qualitativ auffällig	10	33,33	5	55,56
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	1	3,33	0	0
Sonstiges	0	0	0	0
<b>Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen</b>				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

\* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 15: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – NET-NTX

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen	1 / 39 (2,56 %)	0	0 / 1 (0,00 %)	0 / 39 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 39 (0,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	1 / 39 (2,56 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 39 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 39 (0,00 %)
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	1 / 39 (2,56 %)	0	1 / 1 (100,00 %)	1 / 39 (2,56 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 39 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 39 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 39 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 39 (0,00 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende bis zur Entlassung	1 / 39 (2,56 %)	0	0 / 1 (0,00 %)	0 / 39 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 39 (0,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	1 / 39 (2,56 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 39 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 39 (0,00 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorgan-spende bis zur Entlassung	6 / 36 (16,67 %)	0	2 / 6 (33,33 %)	2 / 36 (5,56 %)	1 / 6 (16,67 %)	1 / 36 (2,78 %)	3 / 6 (50,00 %)	3 / 36 (8,33 %)	0 / 6 (0,00 %)	0 / 36 (0,00 %)	0 / 6 (0,00 %)	0 / 36 (0,00 %)



Tabelle 16: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – NET-NTX

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen	1	0	0	1	0	0
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	1	1	0	0	0	0
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende bis zur Entlassung	1	0	0	1	0	0
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorgan spende bis zur Entlassung	6	1	0	3	0	0

Tabelle 17: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – NET-NTX

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit $\geq 3$ rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit $\geq 3$ qual. Auffälligkeiten
9	0	0	5	0	0

Tabelle 18: Auffälligkeiten und Stellungnahmeverfahren nach Fallzahl pro Qualitätsindikator (AJ 2023) – NET-NTX

Fallzahl pro Qualitätsindikator (Grundgesamtheit)	Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse	Anzahl Stellungnahmeverfahren (Anteil)	Anzahl qualitativer Auffälligkeiten (Anteil)
1. Quintil (0-4)	0	0 (NA %)	0 (NA %)
2. Quintil (5-9)	3	3 (100,00 %)	1 (33,33 %)
3. Quintil (10)	3	3 (100,00 %)	2 (66,67 %)
4. Quintil (11-31)	1	1 (100,00 %)	0 (0,00 %)
5. Quintil (32-37)	2	2 (100,00 %)	2 (100,00 %)
Gesamt	9	9 (100,00 %)	5 (55,56 %)

### 3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Erfassungsjahr 2022 wurde im Auswertungsmodul NET-NTX ein Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit geprüft, zu dem 22 Auffälligkeitskriterienergebnisse ermittelt wurden.

Vor dem Hintergrund der in der Vorbemerkung beschriebenen Verknüpfungsproblematik erschien eine Präzisierung der einzelnen Stellungnahmen des Follow-up aufgrund der Ressourcenbelastung sowohl aufseiten der Leistungserbringer als auch aufseiten des IQTIG und der Bundesfachkommissionen bei den Auffälligkeitskriterien des Follow-up nicht gerechtfertigt. Das umfangreiche Informationsschreiben, welches über die Datenannahmestellen an die Leistungserbringer verteilt werden sollte, wurde vom IQTIG als hinreichend eingeschätzt, um derartige Probleme für die kommenden Stellungnahmeverfahren zu beseitigen. Entsprechend beziehen sich auch die tabellarischen Darstellungen ausschließlich auf die Auffälligkeitskriterien zu Indexeingriffen (Tabelle 14).

Die Datenvalidierung gemäß § 16 Teil 1 DeQS-RL umfasst u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien.

Wie in Tabelle 19 wiedergegeben, wurde nach Ausschluss der Auffälligkeitskriterien des Follow-up kein rechnerisch auffälliges Ergebnis festgestellt.

Tabelle 19: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul NET-NTX

	Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%
<b>AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens</b>	84	100
<b>Rechnerisch auffällige Ergebnisse</b>	3	3,57
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0
<b>Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)</b>	3	100
Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4)	0	0
<b>Stellungnahmeverfahren</b>		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	3	100
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	3	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0
<b>Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice)</b>		
Bewertung als qualitativ unauffällig	1	33,33
Bewertung als qualitativ auffällig	2	66,67
Sonstiges	0	0
<b>Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen</b>		
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.

\* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

## 4 Evaluation

Gemäß der DeQS-RL beinhaltet der Bundesqualitätsbericht eine fortlaufende Evaluation des Verfahrens (§ 20 Teil 1 Satz 3 DeQS-RL). Ziel der Evaluation ist die Beurteilung der Wirksamkeit des Verfahrens anhand seiner Ergebnisse. Diese werden im Folgenden hinsichtlich der Erreichung der Richtlinienziele des Verfahrens geprüft und hierbei insbesondere relevante Beratungen in den Expertengremien herangezogen sowie die Rückmeldung weiterer Verfahrensbeteiligter (z. B. der LAG) eingeholt.

### Multiviszeraltransplantation

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

### Indikator zu intra- und postoperativen Komplikationen

Bezüglich der Erfassung von intra- und postoperativen Komplikationen fand in der Vergangenheit eine verfahrensübergreifende Sondersitzung mit Vertreterinnen und Vertretern der Expertengremien *QS NET-PNTX / QS NET-NTX* sowie *QS TX-LTX* statt, um u. a. über eine Modifizierung der Schlüsselwerte der Clavien-Dindo-Klassifikation zu beraten. Hintergrund ist, dass ein seit dem Erfassungsjahr 2020 erfolgter Ausschluss von Komplikationen Grad II nach Clavien-Dindo dazu führt, dass sich das Bundesergebnis des Indikators zu intra- oder postoperativen Komplikationen

halbierte, sodass kein Leistungserbringer mehr rechnerisch auffällige Ergebnisse aufwies. Hierbei wurde analysiert, dass durch den vorgenommenen Ausschluss u. U. für das Outcome relevante Komplikationen (wie bspw. Blutungen oder Infektionen, die nicht den Stadien III bis V zuzuordnen sind) im Indikator untererfasst werden. Eine zukünftige Spezifikationsanpassung der Schlüsselwerte wird als notwendig angesehen.

### **Patienteneinschluss in die Qualitätssicherung**

Seit der Überführung der transplantationsmedizinischen Verfahren in die DeQS-RL müssen privatversicherte Patientinnen und Patienten sowie Empfängerinnen und Empfänger von Sozialhilfe der Übermittlung ihrer Daten zur Qualitätssicherung zustimmen. Hierüber muss der jeweilige Leistungserbringer explizit aufklären und die Einwilligung einholen. Dies betrifft nicht nur die Indexteile, sondern bezieht sich ebenfalls auf jede Follow-up-Erhebung. Nach Analyse der Daten im IQTIG fiel auf, dass ein nicht unerheblicher Teil dieser Patientinnen und Patienten aufgrund einer fehlenden Zustimmung nicht in die Qualitätssicherung eingeschlossen wurde. Dies führt unter anderem zu einer unvollständigen Darstellung der Follow-up-Erhebung, wie im Rahmen der Beschreibung der Verknüpfungproblematik erläutert. Für eine adäquate Qualitätssicherung im Sinne aller betroffenen Patientengruppen besteht Konsens mit dem Expertengremium, dass erneut auf den grundsätzlichen Einschluss von privat versicherten Patientinnen und Patienten und zusätzlich auch von Empfängerinnen und Empfängern von Sozialhilfe in die externe Qualitätssicherung gerade bei Verfahren mit kleinen Fallzahlen hingewirkt werden sollte.

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

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

## 5 Fazit und Ausblick

Im Auswertungsmodul *NET-NTX* lagen die Ergebnisse auf Bundesebene aller Indikatoren innerhalb des jeweils definierten Referenzbereichs. Es zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr eine gleichbleibende Versorgungsqualität. Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2023 zeigte sich ebenfalls eine überwiegend gute Versorgungsqualität. Die vollumfängliche Betrachtung der Indikator-/Auffälligkeitskriterien-Ergebnisse und somit der Versorgungsqualität war jedoch durch die, in der Vorbemerkung beschriebene, Verknüpfungsproblematik beeinträchtigt.

In Konsens mit dem Expertengremium wird darauf hingewiesen, dass erneut auf den grundsätzlichen Einschluss von privat versicherten Patientinnen und Patienten und zusätzlich auch von Empfängerinnen und Empfängern von Sozialhilfe in die externe Qualitätssicherung gerade bei Verfahren mit kleinen Fallzahlen hingewirkt werden sollte, um eine adäquate Qualitätssicherung im Sinne aller betroffenen Patientengruppen zu erzielen.

Zum aktuellen Zeitpunkt werden keine wesentlichen Änderungen für das Auswertungsmodul *NET-NTX* empfohlen. Dieses Auswertungsmodul befindet sich derzeit in der Verfahrensüberprüfung im Rahmen der Eckpunktebeauftragung. Der Bericht zur Verfahrensüberprüfung mit potenziellen Empfehlungen zur Überarbeitung wird im März 2025 eingereicht.

# Pankreas- und Pankreas-Nieren- Transplantation



# 1 Hintergrund

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

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

Bei Patientinnen und Patienten, die eine Pankreastransplantation oder eine kombinierte Pankreas-Nieren-Transplantation erhalten, handelt es sich demnach um Patientinnen und Patienten mit einer äußerst komplexen Krankheitssituation bei bereits bestehenden schweren Vorerkrankungen, deren anspruchsvolle Behandlung meist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich macht. Außerdem sind der Indexeingriff zur Transplantation sowie das Nachsorgekonzept der Patientinnen und Patienten mit vielen Risiken verbunden, u. a. mit dem Risiko des Versterbens oder einer Abstoßungsreaktion des transplantierten Organs. Durch eine gute Versorgungsqualität in den Einrichtungen können Risiken zwar nicht gänzlich verhindert, aber zumindest erheblich reduziert werden.

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

## Qualitätsindikatoren

Die Versorgungsqualität hat in den transplantationsmedizinischen Auswertungsmodulen unmittelbaren Einfluss auf das Überleben der Patientinnen und Patienten. Aus diesem Grund wird im Auswertungsmodul *Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation (NET-PNTX)* unter anderem das Überleben der Patientinnen und Patienten betrachtet. Mit dem Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 572036) wird der Anteil der Patientinnen und Patienten erfasst, die im Anschluss an die Operation und noch während des stationären Aufenthalts versterben. Da aber auch in den Jahren nach der Transplantation ein erhöhtes Risiko für ein Versterben besteht, das mit der Qualität der Transplantation oder der Qualität der Nachsorge zusammenhängen kann, wird zudem das Überleben in den drei Jahren nach der Operation betrachtet (IDs 572037, 572039 und 572041).

Weil die Qualität der Transplantation und der Nachsorge mit der langfristigen Überlebenschance des transplantierten Organs und der Patientinnen und Patienten zusammenhängt, hat jede transplantierende Einrichtung eine Nachsorgepflicht für die Patientinnen und Patienten. Ist dabei einer Einrichtung in den drei Jahren nach dem Eingriff unbekannt, ob die Patientinnen und Patienten leben oder verstorben sind (unbekannter Überlebensstatus), so kann dies unter Umständen auf eine mangelhafte Erfüllung dieser Nachsorgepflicht hindeuten. Dies wird im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation“ (ID 312300) abgebildet.

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

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

Tabelle 20: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – NET-PNTX

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2023
572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation	2023
572039	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation	2023
572041	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation	2023

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
312300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	QS-Dokumentation	2023
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	QS-Dokumentation	2023
572044	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)*	QS-Dokumentation	2023
572045	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)*	QS-Dokumentation	2023
572046	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)*	QS-Dokumentation	2023
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	QS-Dokumentation	2023

\* Transparenzkennzahl

### Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul *NET-PNTX-D* gibt es gemeinsam für die Auswertungsmodule *NET-PNTX* und *NET-NTX* ein Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit und fünf zur Vollzähligkeit.

Die Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des Follow-up (IDs 850278, 850279 und 850280) konnten erstmal wieder ausgewertet werden, nachdem sie im Vorjahr aufgrund der Verknüpfungsproblematik (siehe Vorbemerkung) ausgesetzt wurden.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herztransplantationen“ (ID 852309) wird seit dem Auswertungsjahr 2024 erstmalig erhoben. Wird ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert, obwohl die Patientin bzw. der Patient tatsächlich verstorben ist, hat dies – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen in diesem Auswertungsmodul – Auswirkungen auf die Grundgesamtheit und damit die Berechnungsergebnisse des Indikators „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 572036), der Follow-up-Indikatoren zur Sterblichkeit (IDs 572037, 572039, 572041) sowie des Indikators zum Follow-up-Status (ID 312300).

Tabelle 21: Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) –NET-PNTX-D

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
<b>Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit</b>		
852309	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen, Nierentransplantationen	QS-Dokumentation
<b>Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit</b>		
850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850278	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation
850279	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation
850280	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation

## 2 Einordnung der Ergebnisse

### 2.1 Datengrundlage

Die Auswertungsmodule *NET-NTX* und *NET-PNTX* werden über das gemeinsame Erfassungsmodul PNTX dokumentiert. Aus diesem Grund gibt es eine gemeinsame Datengrundlage für diese beiden Auswertungsmodule.

Für die Auswertungsmodule *NET-PNTX* und *NET-NTX* erfolgt die Auswertung entsprechend dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort (= Auswertungsstandort).

Insgesamt wurden dem IQTIG für das Erfassungsjahr 2023 von 39 entlassenden Standorten 2.118 QS-Datensätze übermittelt. Für das Erfassungsmodul PNTX wurden sieben Minimaldatensätze (MDS) übermittelt. Aus technischen Gründen werden diese dem Auswertungsmodul PNTX zugeordnet. Die Anzahl der entlassenden Standorte auf Bundesebene, die Daten übermittelt haben, entspricht der erwarteten Anzahl an entlassenden Standorte mit Datenübermittlung. Inklusive der sieben MDS wurden acht Datensätze mehr als erwartet übermittelt.

Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2022 wurden in den Auswertungsmodulen *NET-PNTX* und *NET-NTX* zum Erfassungsjahr 2023 insgesamt etwas mehr Datensätze übermittelt (EJ 2022: 1.983, EJ 2023: 2.118), die Vollzähligkeit ist mit 100,05 % im EJ 2022 bzw. 100,38 % nahezu gleich geblieben.

Im Erfassungsjahr 2023 gab es den Auswertungsmodulen *NET-PNTX* und *NET-NTX* keine Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte), die Datensätze geliefert haben, dabei aber keine Sollstatistik geliefert haben. Es wurden Basisdatensätze von insgesamt 2.111 Patientinnen und Patienten erfasst. Dies ist ein Rückgang/ein Anstieg um 6,6 % im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2022: 1.981).

Tabelle 22 stellt die bundesweit eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“), die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene für das Erfassungsjahr 2023 dar.

Die Zuordnung eines Datensatzes zum Auswertungsmodul *NET-PNTX* bzw. *NET-NTX* erfolgt anhand eines Datenfeldes im Dokumentationsbogen, weshalb die Anzahl der übermittelten Datensätze von der tatsächlichen Anzahl der zur Auswertung genutzten Datensätze des jeweiligen Auswertungsmoduls abweichen kann.

Im Auswertungsmodul *NET-PNTX* werden zudem aufgrund der geringen Fallzahlen pro Erfassungsjahr in der Regel die Daten von zwei Erfassungsjahren aggregiert. Für das Auswertungsjahr 2024 sind dies die Daten der Erfassungsjahre 2022 und 2023. Bei den Follow-up-Indikatoren des Auswertungsjahres 2024 kann diese Aggregation jedoch nicht wie üblich erfolgen, sodass nur im Erfassungsjahr 2023 fällige Follow-up berücksichtigt werden. Hintergrund sind Probleme, die bei der Verknüpfung der Follow-up-Daten des Erfassungsjahres 2022 mit den zugehörigen Indexeingriffen bestanden.

Tabelle 22: Datengrundlage (AJ 2024, EJ 2023) – NET-PNTX

		Erfassungsjahr 2023		
		gelie- fert	erwar- tet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	2.118	2.110	100,38
	Basisdatensatz	2.111		
	MDS	7		
Anzahl Leistungs- erbringer	auf Standortebe- ne (Auswertungsstan- dorte) Bund (gesamt)	39		
Anzahl Leistungs- erbringer	auf Standortebe- ne (entlassender Stand- orte) Bund (gesamt)	39	39	100,00
Anzahl Leistungs- erbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (ge- samt)	37	37	100,00

### Follow-up-Indikatoren

Auswertungsmodul-übergreifende Erläuterungen zu der potenziell eingeschränkten Grundgesamtheit der Follow-up-Indikatoren im Vergleich zur Grundgesamtheit der Indexeingriffe finden sich in den Vorbemerkungen unter „Follow-up-Indikatoren“.

## 2.2 Risikoadjustierung

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

## 2.3 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Für das Auswertungsjahr 2024 liegen die Ergebnisse der meisten Indikatoren auf Bundesebene innerhalb des jeweils definierten Referenzbereichs (Tabelle 23).

Tabelle 23: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – NET-PNTX

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundeser- gebnis AJ 2023	Bundesergeb- nis AJ 2024 (Referenzbe- reich)	Vergleichbar- keit zum Vor- jahr
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	3,65 % 0 = 5 N = 137	3,00 % 0 = ≤ 3 N = 100 (≤ 5,00 %)	vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2023	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	- O = - N = -	95,45 % O = 42 N = 44 (≥ 90,00 %)	eingeschränkt vergleichbar
572039	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	- O = - N = -	92,86 % O = 52 N = 56 (≥ 80,00 %)	eingeschränkt vergleichbar
572041	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	- O = - N = -	95,00 % O = 57 N = 60 (≥ 75,00 %)	im Vorjahr nicht berechnet
312300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	- O = - N = -	0,05 O = 8 N = 168 (Sentinel Event)	im Vorjahr nicht berechnet
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	78,79 % O = 104 N = 132	84,54 % O = 82 N = 97 (≥ 75,00 %)	vergleichbar
572044	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)*	- O = - N = -	77,78 % O = 35 N = 45	eingeschränkt vergleichbar
572045	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)*	- O = - N = -	83,33 % O = 45 N = 54	eingeschränkt vergleichbar
572046	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)*	- O = - N = -	75,86 % O = 44 N = 58	im Vorjahr nicht berechnet
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	17,52 % O = 24 N = 137	14,00 % O = 14 N = 100 (≤ 20,00 %)	vergleichbar

\* Transparenzkennzahl

In Tabelle 24 sind für alle Qualitätsindikatoren die Ergebnisse der Auffälligkeitsprüfung mit der Anzahl und dem Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen dargestellt. Zusätzlich wird die Anzahl der Leistungserbringer ausgewiesen, bei denen bereits im Vorjahr rechnerisch auffällige Ergebnisse ermittelt wurden.

Tabelle 24: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) – NET-PNTX

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	2022	2 von 21	9,52	2
		2023	2 von 20	10,00	1
572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2022	3 von 21	14,29	1
		2023	1 von 17	5,88	1
572039	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2022	1 von 19	5,26	-
		2023	2 von 18	11,11	0
572041	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2022	-	-	-
		2023	1 von 19	5,26	-
312300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	2022	-	-	-
		2023	4 von 23	17,39	-
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	2022	8 von 21	38,10	4
		2023	2 von 20	10,00	1
572047	Entfernung des Pankreastreansplantats	2022	10 von 21	47,62	7
		2023	3 von 20	15,00	3



## 2.4 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

### Statistische Basisprüfung (Auffälligkeitskriterien)

Gemeinsam für die Auswertungsmodule *NET-PNTX* und *NET-NTX* werden unter dem Auswertungsmodul *PNTX-D* im Erfassungsjahr 2023 ein Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit und fünf Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewiesen. Es weisen von insgesamt 39 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem Auffälligkeitskriterium 19 Leistungserbringer mindestens eine rechnerische Auffälligkeit auf.

Im Erfassungsjahr 2022 wurden keine Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und nur zwei Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit erhoben.

In Tabelle 25 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Bundesergebnisse mit den entsprechenden Referenzbereichen dargestellt. Der Referenzbereich bezieht sich jedoch nicht auf das Bundesergebnis, sondern auf das Leistungserbringerergebnis.

Tabelle 25: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – *NET-PNTX-D*

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)
<b>Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit</b>		
852309	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen, Nierentransplantationen	0,00 % 0/2.111 (= 0)
<b>Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit</b>		
850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,38 % 2.118/2.110 (≥ 100,00 %)
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,38 % 2.118/2.110 (≤ 110,00 %)
850278	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	93,94 % 1.784/1.899 (≥ 95,00 %)
850279	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	93,44 % 1.695/1.814 (≥ 95,00 %)
850280	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	94,92 % 1.234/1.300 (≥ 95,00 %)

In Tabelle 26 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Ergebnisse der Auffälligkeitsprüfung mit der Anzahl und dem Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen dargestellt. Zusätzlich wird die Anzahl der Leistungserbringer ausgewiesen, bei denen bereits im Vorjahr rechnerisch auffällige Ergebnisse ermittelt wurden.

Tabelle 26: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2024) – NET-PNTX-D

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
<b>Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit</b>						
852309	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen, Nierentransplantationen	572017: Sterblichkeit im Krankenhaus 572018: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 572019: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 572020: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 302300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572021: 5-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung 572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung 572024: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)	2023	0 von 39	0,00	0

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
		572025: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende) 572026: Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation 572027: Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation 572028: Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation 572029: Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentransplantation 572100: Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen 572101: Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen 572032: Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation 572033: Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation 572034: Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation 572035: Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation 572036: Sterblichkeit im Krankenhaus 572037: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status				

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
		572039: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 572041: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 312300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung 572044: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation) 572045: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation) 572046: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)				
<b>Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit</b>						
850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	572016: Intra- oder postoperative Komplikationen 572017: Sterblichkeit im Krankenhaus 572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende bis zur Entlassung 572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung 572036: Sterblichkeit im Krankenhaus	2023	0 von 39	0,00	0

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
		572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung 572047: Entfernung des Pankreastransplantats				
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	572016: Intra- oder postoperative Komplikationen 572017: Sterblichkeit im Krankenhaus 572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende bis zur Entlassung 572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung 572036: Sterblichkeit im Krankenhaus 572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung 572047: Entfernung des Pankreastransplantats	2023	1 von 39	2,56	0
850278	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	572018: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 302300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572032: Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation 572026: Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation 572037: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2023	11 von 39	28,21	8

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
		312300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572044: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)				
850279	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	572019: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 302300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572027: Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation 572033: Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation 572039: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 312300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572045: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)	2023	13 von 39	33,33	6
850280	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	572020: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 302300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572028: Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation	2023	9 von 39	23,08	0

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
		572034: Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation 572041: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 312300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572046: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)				



**Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit**

*Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen, Nierentransplantationen (ID 852309)*

Dieses Auffälligkeitskriterium wurde für das Auswertungsjahr 2024 erstmals ausgewertet und betrachtet Patientinnen und Patienten, für die der Entlassungsgrund „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ dokumentiert wurde. Wird ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert, obwohl die Patientin bzw. der Patient tatsächlich verstorben ist, hat dies – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen in den Auswertungsmodulen *NET-PNTX* und *NET-NTX* – Auswirkungen auf die Grundgesamtheit und damit die Berechnungsergebnisse einer Reihe von Indikatoren und Kennzahlen (siehe Tabelle 26).

Für das Auswertungsjahr 2024 wurde für keine Patientin bzw. für keinen Patienten ein unbekannter Entlassungsgrund dokumentiert.

**Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit**

*Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up (ID 850278), Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up (ID 850279) und Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up (ID 850280)*

Die Ergebnisse zu diesen Auffälligkeitskriterien liegen jeweils außerhalb des Referenzbereichs, die Follow-up-Daten wurden somit oft nicht oder nicht innerhalb des zulässigen Zeitfensters erhoben. Die Gründe hierfür müssen im Stellungnahmeverfahren erörtert werden. Hier kann dann auch festgestellt werden, ob systematische Gründe für die fehlenden bzw. außerhalb des Zeitfensters durchgeführten Follow-up-Erhebungen vorliegen.

## 3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

### 3.1 Hintergrund

Dieses Kapitel stellt die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens und der durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL im Jahr 2023 mit dem Stand 15. März 2024 dar, die sich auf das Erfassungsjahr 2022 bezogen. Das Auswertungsjahr, über das in diesem Kapitel sowie in den Tabellen im QSEB-Anhang berichtet wird, ist das Jahr 2023. In diesem Jahr wurde die Jahresauswertung erstellt, zu der das hier dargestellte Stellungnahmeverfahren hauptsächlich geführt wurde. Die entsprechenden Informationen werden dem IQTIG in den länderbezogenen Verfahren in den Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) gemäß § 19 Teil 1 DeQS-RL durch die LAG für Qualitätssicherung übermittelt. In den bundesbezogenen Verfahren erstellt das IQTIG als durchführende Stelle diese Informationen ebenfalls in diesem Format.

In den bundesbezogenen QS-Verfahren mussten wie bereits in den Vorjahren auch zum Auswertungsjahr 2023 Stellungnahmen, in denen die Vorgaben zum Datenschutz nicht eingehalten wurden, mit der Einstufung A72 „Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ bewertet werden. Aufgrund der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des § 299 SGB V ist eine Verarbeitung von patienten- oder einrichtungsidifizierenden Daten durch das IQTIG nicht zulässig. Eine Löschung der Stellungnahme ist daher erforderlich. Im Falle der Abgabe einer nicht DSGVO-konformen Stellungnahme hat das IQTIG den jeweiligen Leistungserbringern jedoch eine Korrekturfrist von einer Woche gegeben und zudem mitgeteilt, an welchem Punkt der Stellungnahme der erste Anonymisierungsverstoß gefunden wurde.

Bei Interpretation der Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren des Auswertungsjahres 2023 sei zu beachten, dass die Tabellen im Anhang sowie die Ausführungen im Text den Datenstand 15. März 2024 aufweisen. Kollegiale Gespräche oder Begehungen sowie Bewertungen, die nach dem 15. März 2024 erfolgten, werden in diesem Bericht daher inhaltlich nicht berücksichtigt. Daneben sollte bei der Interpretation der dargestellten Tabellen die in der Vorbemerkung beschriebene Verknüpfungsproblematik (Komplikationen bei der Verknüpfung von QS-Datensätzen des Indextingriffes mit denen des Follow-up – Implikationen für das Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen Auswertungsjahr 2023) berücksichtigt werden. Außerdem ist zu beachten, dass im Anhang in den QSEB-Tabellen Indikatoren nur dann dargestellt werden, wenn bspw. eine Bewertung als qualitativ auffällig oder unauffällig vorliegt.

### 3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Im Stellungnahmeverfahren im Auswertungsjahr 2023 zeigten sich für 13 Krankenhausstandorte 32 rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse (inkl. Follow-up-Indikatoren). Schriftliche Stellungnahmeverfahren wurden zu allen rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen eingeleitet. Aufgrund der in der Vorbemerkung beschriebenen Verknüpfungsproblematik und der resultierenden „S92“-Bewertung bzw. der Nicht-Veröffentlichung der Indikatoren zum Follow-up wird nachfolgend nicht näher auf die einzelnen rechnerischen Ergebnisse der Follow-up-Indikatoren eingegangen. Entsprechend beziehen sich auch die tabellarischen Darstellungen ausschließlich auf die Indikatoren zu Indexeingriffen (Tabelle 27).

Insgesamt wurden drei Indikatorergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, in einem Fall aufgrund eines Anonymisierungsverstößes mit „A72“. Gründe für die verbleibenden zwei qualitativ auffälligen Bewertungen lagen in grundsätzlich inhaltlich unvollständigen Fallbeschreibungen, fehlenden Analysen zu Ursachen für komplikative Verläufe und Verbesserungspotenziale sowie in der fehlenden Einordnung von Risikofaktoren und stattgehabter Komplikationen. Unklar blieb hierdurch, ob Risikofaktoren bei der Indikationsstellung ausreichend berücksichtigt oder evaluiert wurden. Außerdem wurden operativ-technische Probleme sowie Prozessmängel, bspw. hinsichtlich der Organakzeptanz, erkannt. Spezifische fachliche Hinweise und Optimierungspotenziale wurden den Leistungserbringern mitgeteilt. In einem Fall hat der Leistungserbringer Verbesserungspotenziale abgeleitet.

Vier Indikatorergebnisse wurden qualitativ unauffällig bewertet, da durch die ausführliche Aufarbeitung keine grundsätzlichen qualitativen Mängel festgestellt werden konnten. Einzelne fachliche Hinweise und Verbesserungspotenziale wurden mitgeteilt, u. a. auch zu spenderseitig zu beachtenden Faktoren für die Organqualität und ggf. hieraus resultierende Probleme in der postoperativen Phase, die auch zum Verlust des Organs führen können.

In 12 Indikatorergebnissen konnte das Stellungnahmeverfahren mit der Bewertung „S99“ abgeschlossen werden, da der Fall bzw. die Fälle bereits im Vorjahr evaluiert wurden oder auf Grund der Entfernung des Pankreastransplantats inhaltlich im Indikator „Entfernung des Pankreastransplantats“ (ID 572047) evaluiert wurden.

Hinweise zur Konzeption der M&M-Konferenzen nach dem Leitfaden der Bundesärztekammer sowie einer Nachhaltung durch entsprechende Protokollierung werden den Leistungserbringern, sofern zutreffend, im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens mitgeteilt.

Darüber hinaus konnte das Stellungnahmeverfahren zu einem weiteren rechnerisch auffälligen Ergebnis noch nicht abgeschlossen werden, sodass eine Bewertung mit „S92“ resultiert.

Tabelle 27: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul NET-PNTX

	Auswertungsjahr 2022		Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens</b>	105	-	63	-
<b>Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich</b>	105	100	63	100
<b>Rechnerisch auffällige Ergebnisse</b>	22	20,95	20	31,75
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0	0	0
<b>Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)</b>	22	100	20	100
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	22	100	20	100
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0	0	0
Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4)	0	0	0	0
<b>Stellungnahmeverfahren</b>				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0	0	0
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	22	100	20	100
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	22	100	20	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0	0	0
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	9	40,91	1	5
<b>Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice)</b>				
Bewertung als qualitativ unauffällig	2	9,09	4	20
Bewertung als qualitativ auffällig	3	13,64	3	15
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	2	9,09	0	0
Sonstiges	6	27,27	12	60
<b>Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen</b>				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

\* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 28: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – NET-PNTX

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	2 / 21 (9,52 %)	0	0 / 2 (0,00 %)	0 / 21 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 21 (0,00 %)	1 / 2 (50,00 %)	1 / 21 (4,76 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 21 (0,00 %)	1 / 2 (50,00 %)	1 / 21 (4,76 %)
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	8 / 21 (38,10 %)	0	0 / 8 (0,00 %)	0 / 21 (0,00 %)	1 / 8 (12,50 %)	1 / 21 (4,76 %)	0 / 8 (0,00 %)	0 / 21 (0,00 %)	0 / 8 (0,00 %)	0 / 21 (0,00 %)	7 / 8 (87,50 %)	7 / 21 (33,33 %)
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	10 / 21 (47,62 %)	0	1 / 10 (10,00 %)	1 / 21 (4,76 %)	3 / 10 (30,00 %)	3 / 21 (14,29 %)	2 / 10 (20,00 %)	2 / 21 (9,52 %)	0 / 10 (0,00 %)	0 / 21 (0,00 %)	4 / 10 (40,00 %)	4 / 21 (19,05 %)

Tabelle 29: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – NET-PNTX

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	2	2	1	1	0	0
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	8	4	1	0	0	0
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	10	7	3	2	0	0

Tabelle 30: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – NET-PNTX

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit $\geq 3$ rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit $\geq 3$ qual. Auffälligkeiten
2	9	0	1	1	0

Tabelle 31: Auffälligkeiten und Stellungnahmeverfahren nach Fallzahl pro Qualitätsindikator (AJ 2023) – NET-PNTX

Fallzahl pro Qualitätsindikator (Grundgesamtheit)	Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse	Anzahl Stellungnahmeverfahren (Anteil)	Anzahl qualitativer Auffälligkeiten (Anteil)
1. Quintil (0-1)	2	2 (100,00 %)	0 (0,00 %)
2. Quintil (2-3)	5	5 (100,00 %)	0 (0,00 %)
3. Quintil (4-5)	4	4 (100,00 %)	0 (0,00 %)
4. Quintil (6-8)	4	4 (100,00 %)	0 (0,00 %)
5. Quintil (9-19)	5	5 (100,00 %)	3 (60,00 %)
Gesamt	20	20 (100,00 %)	3 (15,00 %)

### 3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Erfassungsjahr 2022 wurden im Auswertungsmodul NET-PNTX-D insgesamt zwei Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie vier zur Vollzähligkeit geprüft, zu denen 240 Ergebnisse ermittelt wurden.

Vor dem Hintergrund der in der Vorbemerkung beschriebene Verknüpfungproblematik erschien eine Präzisierung der einzelnen Stellungnahmen des Follow-up aufgrund der Ressourcenbelastung sowohl aufseiten der Leistungserbringer als auch aufseiten des IQTIG und den Bundesfachkommissionen bei den Auffälligkeitskriterien des Follow-up nicht gerechtfertigt. Das umfangreiche Informationsschreiben, welches über die Datenannahmestellen an die Leistungserbringer verteilt werden sollte, wurde vom IQTIG als hinreichend eingeschätzt, um derartige Probleme für die kommenden Stellungnahmeverfahren zu beseitigen. Entsprechend beziehen sich auch die tabellarischen Darstellungen ausschließlich auf die Auffälligkeitskriterien zu Indexeingriffen (Tabelle 32).

Die Datenvalidierung gemäß § 16Teil 1 DeQS-RL umfasst u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien.

Wie in Tabelle 32 wiedergegeben, wurden nach Ausschluss der Auffälligkeitskriterien des Follow-up drei rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt.

Alle Stellungnahmen wurden schriftlich durchgeführt, zu keinem Ergebnis fand ein Gespräch oder eine Begehung statt.

Die Bewertung des Ergebnisses des „Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation (Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation)“ eines Leistungserbringers konnte noch nicht abgeschlossen werden (Bewertung mit „S92“), da hier (ebenfalls) weitere Analysen bezüglich der Auffälligkeit getätigt werden mussten.

Es wurden zwei Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, was bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 30) einem Anteil von 6,67 % entspricht. Grund für die qualitativ auffällige Bewertung waren in einem Fall ein Dokumentationsfehler und in einem anderen Fall ein Fallzuordnungsproblem aufgrund mehrerer Standorte des Krankenhauses.

Tabelle 32: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul NET-PNTX-D

	Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%
<b>AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens</b>	84	100
<b>Rechnerisch auffällige Ergebnisse</b>	3	3,57
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0
<b>Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)</b>	3	100
Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4)	0	0
<b>Stellungnahmeverfahren</b>		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	3	100
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	3	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0
<b>Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice)</b>		
Bewertung als qualitativ unauffällig	1	33,33
Bewertung als qualitativ auffällig	2	66,67
Sonstiges	0	0
<b>Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen</b>		
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.

\* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich



Tabelle 33: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – NET-PNTX-D

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer gem. BUAW (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse							
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK
<b>Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit</b>											
850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	3 / 42 (7,14 %)	0	0 / 3 (0,00 %)	0 / 42 (0,00 %)	1 / 3 (33,33 %)	1 / 42 (2,38 %)	2 / 3 (66,67 %)	2 / 42 (4,76 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 42 (0,00 %)
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	0 / 42 (0,00 %)	0	0 / 0 (-)	0 / 42 (0,00 %)	0 / 0 (-)	0 / 42 (0,00 %)	0 / 0 (-)	0 / 42 (0,00 %)	0 / 0 (-)	0 / 42 (0,00 %)

Tabelle 34: Auffälligkeitskriterien: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – NET-PNTX-D

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
<b>Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit</b>							
850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	3	0	0	2	0	0
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	0	0	0	0	0	0

Tabelle 35: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – NET-PNTX-D

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

## 4 Evaluation

Gemäß der DeQS-RL beinhaltet der Bundesqualitätsbericht eine fortlaufende Evaluation des Verfahrens (§ 20 Teil 1 Satz 3 DeQS-RL). Ziel der Evaluation ist die Beurteilung der Wirksamkeit des Verfahrens anhand seiner Ergebnisse. Diese werden im Folgenden hinsichtlich der Erreichung der Richtlinienziele des Verfahrens geprüft und hierbei insbesondere relevante Beratungen in den Expertengremien herangezogen sowie die Rückmeldung weiterer Verfahrensbeteiligter (z. B. der LAG) eingeholt.

### Multiviszeraltransplantation

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

### Patienteneinschluss in die Qualitätssicherung

Seit der Überführung der transplantationsmedizinischen Verfahren in die DeQS-RL müssen privatversicherte Patientinnen und Patienten sowie Empfängerinnen und Empfänger von Sozialhilfe der Übermittlung ihrer Daten zur Qualitätssicherung zustimmen. Hierüber muss der jeweilige Leistungserbringer explizit aufklären und die Einwilligung einholen. Dies betrifft nicht nur die Indexeingriffe, sondern bezieht sich ebenfalls auf jede Follow-up-Erhebung. Nach Analyse der Daten im IQTIG fällt auf, dass ein nicht unerheblicher Teil dieser Patientinnen und Patienten aufgrund

einer fehlenden Zustimmung nicht in die Qualitätssicherung eingeschlossen wird. Für eine adäquate Qualitätssicherung im Sinne aller betroffenen Patientengruppen besteht Konsens mit dem Expertengremium, dass erneut auf den grundsätzlichen Einschluss von privat versicherten Patientinnen und Patienten und zusätzlich auch von Empfängerinnen und Empfänger von Sozialhilfe in die externe Qualitätssicherung gerade bei Verfahren mit kleinen Fallzahlen hingewirkt werden sollte.

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

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

### **Mindestmengen**

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

## 5 Fazit und Ausblick

Im Auswertungsmodul *NET-PNTX* lagen die Ergebnisse auf Bundesebene der meisten Indikatoren innerhalb des jeweils definierten Referenzbereichs. Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2023 zeigte sich ebenfalls eine überwiegend gute Versorgungsqualität. Die vollumfängliche Betrachtung der Indikator-/Auffälligkeitskriterien-Ergebnisse und somit der Versorgungsqualität war jedoch durch die, in der Vorbemerkung beschriebene, Verknüpfungsproblematik beeinträchtigt.

In Konsens mit dem Expertengremium wird darauf hingewiesen, dass erneut auf den grundsätzlichen Einschluss von privat versicherten Patientinnen und Patienten und zusätzlich auch von Empfängerinnen und Empfängern von Sozialhilfe in die externe Qualitätssicherung gerade bei Verfahren mit kleinen Fallzahlen hingewirkt werden sollte, um eine adäquate Qualitätssicherung im Sinne aller betroffenen Patientengruppen zu erzielen.

Zum aktuellen Zeitpunkt werden keine wesentlichen Änderungen für das Auswertungsmodul *NET-PNTX* empfohlen. Dieses Auswertungsmodul befindet sich derzeit in der Verfahrensüberprüfung im Rahmen der Eckpunktebeauftragung. Der Bericht zur Verfahrensüberprüfung mit potenziellen Empfehlungen zur Überarbeitung wird im März 2025 eingereicht.