

IQTIG

Institut für
Qualitätssicherung
und Transparenz im
Gesundheitswesen

Bundesauswertung

TX-HTX: Herztransplantationen

**Auswertungsjahr 2024
Erfassungsjahr 2023**

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Herztransplantationen. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2024

Datum der Abgabe 15.08.2024

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

DATENQUELLEN UND BETRACHTETE ZEITRÄUME

QS-Dokumentationsdaten Quartal 1/2022 bis Quartal 4/2023

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	5
Datengrundlagen.....	6
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten.....	6
Übersicht über weitere Datengrundlagen.....	9
Ergebnisübersicht.....	11
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023.....	13
Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2023.....	14
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen.....	16
2157: Sterblichkeit im Krankenhaus.....	16
Details zu den Ergebnissen.....	18
12253: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status.....	19
Details zu den Ergebnissen.....	21
12269: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status.....	22
Details zu den Ergebnissen.....	24
12289: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status.....	26
Details zu den Ergebnissen.....	28
252300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation.....	30
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien.....	32
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	32
852310: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herztransplantationen.....	32
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	34
850239: Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation (Herztransplantation).....	34
850240: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herztransplantation).....	36
850257: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up.....	38
850258: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up.....	40

850259: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	42
Basisauswertung	44
Allgemeine Daten	44
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus	45
Basisdaten Empfänger mit mind. einer Herztransplantation	48
Patientenalter am Aufnahmetag	48
Befunde Empfänger mit mind. einer Herztransplantation	50
viraler Status	50
Transplantations- und Spenderdaten	53
Risikoprofil	53
Immunsuppression initial	56
Spenderdaten (Allgemein)	57
Spenderalter	57
Body Mass Index (BMI)	58
Befunde Spender	59
Operation (nach OPS)	61
Kalte Ischämiezeit	62
Postoperativer Verlauf	62
Immunsuppression bei Entlassung	62
Abstoßungsreaktionen	63
Entlassung	64
Todesursache	65
Impressum	66

Einleitung

Die Herztransplantation ist ein hochkomplexer medizinischer Eingriff, bei dem es sich mittlerweile jedoch um ein etabliertes Behandlungsverfahren handelt. Voraussetzung für die Transplantation ist eine unheilbare Herzerkrankung (die sog. terminale therapierefraktäre Herzinsuffizienz), die so weit fortgeschritten ist, dass die Patientin bzw. der Patient ohne diesen Eingriff nur noch eine sehr geringe Überlebenszeit hätte. Dabei müssen die Risiken des operativen Eingriffs und die möglichen Langzeit-Komplikationen geringer sein als das individuelle Risiko, an der eigentlichen Grunderkrankung zu versterben. Eine Transplantation wird erst dann in Betracht gezogen, wenn alle übrigen organerhaltenden Behandlungsmöglichkeiten (medikamentös und operativ) ausgeschöpft sind.

In den Anfängen der Herztransplantation wurden ausschließlich die Herzen von Spenderinnen und Spendern akzeptiert, die jünger als 40 Jahre waren und keine Vorerkrankungen des Herzens aufwiesen. Mittlerweile werden Spenderherzen bis zu einem Alter von 70 Jahren akzeptiert. Die Wartezeit auf eine Herztransplantation hat sich dennoch im Laufe der letzten 10 Jahre angesichts des Mangels an Spenderorganen deutlich verlängert. Dank des Einsatzes von Herzunterstützungssystemen (Assist-Device-Systemen) gelingt es häufiger, die Wartezeit bis zur Transplantation zu überbrücken.

Die Qualitätsindikatoren dieses Leistungsbereiches fokussieren die Sterblichkeit im Krankenhaus sowie die Überlebensraten der transplantierten Patientinnen und Patienten. Eine Aussage über die Situation der Patientinnen und Patienten auf der Warteliste (Lebensqualität, Sterblichkeit) ist mit dem derzeitigen Qualitätssicherungsverfahren jedoch nicht möglich.

Zu diesem Bericht steht unter <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/> eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:

- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

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

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

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

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

Für Leistungserbringer

In der Zeile „Ihre Daten auf Standortebene / BSNR-Ebene (Auswertungsstandort)“ befindet sich der Datenstand, der aus dem Erfassungsjahr 2023 für die Berechnung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren herangezogen wird.

In der Zeile „Ihre Daten auf Standortebene / BSNR-Ebene (entlassender Standort)“ befindet sich der Datenstand, auf dem die Vollzähligkeit der QS-Daten für das Erfassungsjahr 2023 berechnet wird. Die Daten in dieser Zeile sind bei ambulanten Leistungserbringern und stationären Leistungserbringern mit nur einem Standort mit den Daten in der Zeile zum Auswertungsstandort identisch. Bei stationären Leistungserbringern mit mehr als einem Standort kann es zwischen den Zeilen aufgrund des Verlegungsgeschehens innerhalb einer IKNR-Einheit zu Unterschieden kommen.

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

Für stationäre Leistungserbringer mit mehr als einem Standort

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

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	1.051 1.051 0	1.045	100,57
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	60		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	60	59	101,69

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (gesamt)	57	56	101,79

Übersicht über weitere Datengrundlagen

Zählleistungsbereiche stellen Untermengen der Leistungsbereiche dar und sollen lediglich einen differenzierteren Soll-Ist-Abgleich für das jeweilige Modul ermöglichen. Im Erfassungsmodul HTXM des QS-Verfahrens TX erfolgt die Dokumentation für die einzelnen Auswertungsmodule über einen gemeinsamen Dokumentationsbogen. Die Zählleistungsbereiche dienen hier der Zuordnung von Dokumentationsbögen zu einer definierten Teilmenge eines Leistungsbereichs. Die inhaltliche Definition der einzelnen Zählleistungsbereiche ergibt sich aus dem QS-Filter und den zugehörigen Anwenderinformationen und ist unter „Zählleistungsbereiche“ auf der Homepage des IQTIG zum QS-Verfahren TX zu finden (<https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-tx/>).

Im QS-Verfahren TX werden folgende Zählleistungsbereiche für das Erfassungsjahr 2023 unterschieden:

- Herztransplantation (HTXM-TX) 2023
- Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM-MKU) 2023

Zählleistungsbereich Herztransplantation

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	313	311	100,64
	Basisdatensatz	313		
	MDS	0		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	19		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	20	20	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (gesamt)	19	19	100,00

Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme / Kunstherzen

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	753	749	100,53
	Basisdatensatz	753		
	MDS	0		

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebe- (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	60		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebe- (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	60	59	101,69
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (gesamt)	57	56	101,79

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien (AK) für eine Übersicht zusammengefasst. Die Ergebnisse werden differenziert nach dem Ergebnis („Ihr Ergebnis“) des hier betrachteten Leistungserbringers (Rückmeldebericht) bzw. Bundeslandes (Länderbericht) im Vergleich zum Bundesergebnis dargestellt.

Die Auswertung erfolgt pro Standort eines Krankenhauses. Wird ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator nicht erreicht, wird der Standort (im Rückmeldebericht) als rechnerisch auffällig gewertet. Dies wurde durch ein "nein" in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Befindet sich das Ergebnis des Leistungserbringers (im Rückmeldebericht) innerhalb des Referenzbereichs des Qualitätsindikators, wurde dies durch ein "ja" in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Für die Länderauswertungen und Bundesauswertung erfolgt keine Darstellung rechnerischer Auffälligkeiten.

Je nachdem, ob sich das Ergebnis verbessert oder verschlechtert hat bzw. unverändert blieb, wurde dies mit "unverändert", "verbessert" oder "verschlechtert" beschrieben.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse (sofern darstellbar und ausgegeben) finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren und Indikatorengruppen“.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.

- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.

- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren TX finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-tx/> . Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzber.	Ergebnis
2157	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 20,00 %	10,54 % O = 33 N = 313
12253	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 75,00 %	82,89 % O = 252 N = 304
12269	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 70,00 %	80,56 % O = 232 N = 288
12289	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 65,00 %	77,04 % O = 151 N = 196
252300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	≤ 1	0,06 O = 54 N = 842

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2023

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

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden, die zur Plausibilität und Vollständigkeit, welche die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze prüfen. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

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

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzber.	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
852310	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herztransplantationen	= 0	0,00 % 0 / 313	0,00 % 0 / 19

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzber.	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850239	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herztransplantation)	≥ 100,00 %	100,64 % 313 / 311	0,00 % 0 / 20
850240	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herztransplantation)	≤ 110,00 %	100,64 % 313 / 311	0,00 % 0 / 20
850257	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	92,39 % 267 / 289	36,84 % 7 / 19
850258	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	93,36 % 239 / 256	26,32 % 5 / 19
850259	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	90,70 % 156 / 172	27,78 % 5 / 18

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

2157: Sterblichkeit im Krankenhaus

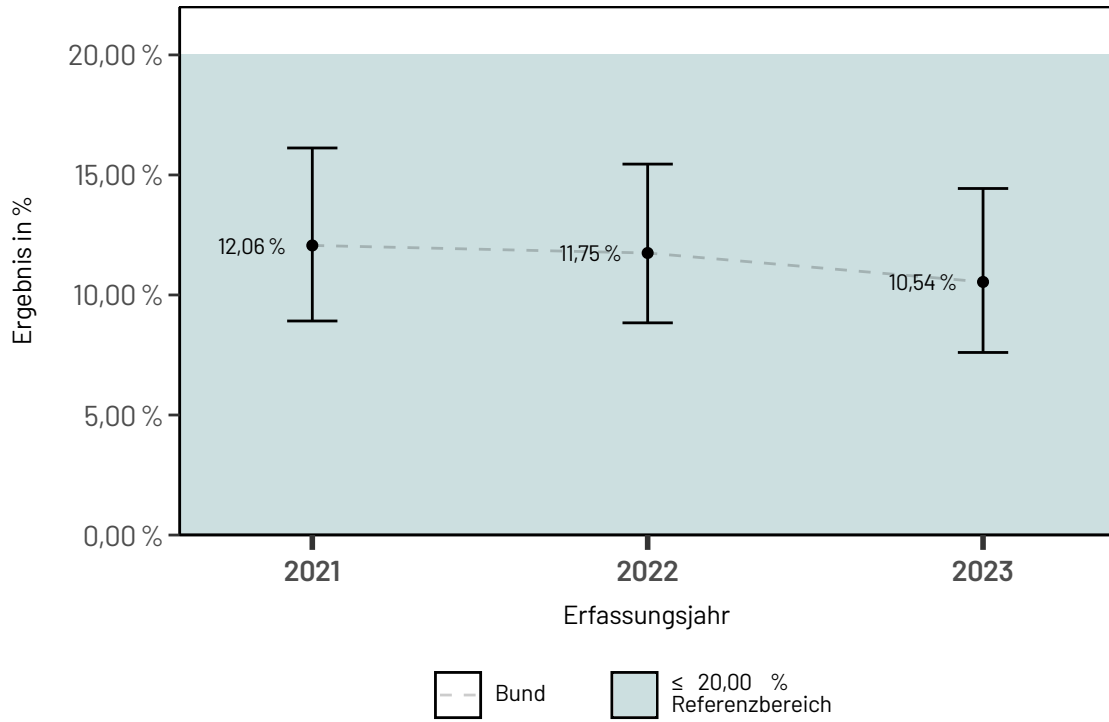
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus
ID	2157
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Die jeweils ersten Herztransplantationen aller Aufenthalte
Zähler	Transplantationen, nach denen die Patientin bzw. der Patient im Krankenhaus verstarb
Referenzbereich	≤ 20,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023

Detailergebnisse

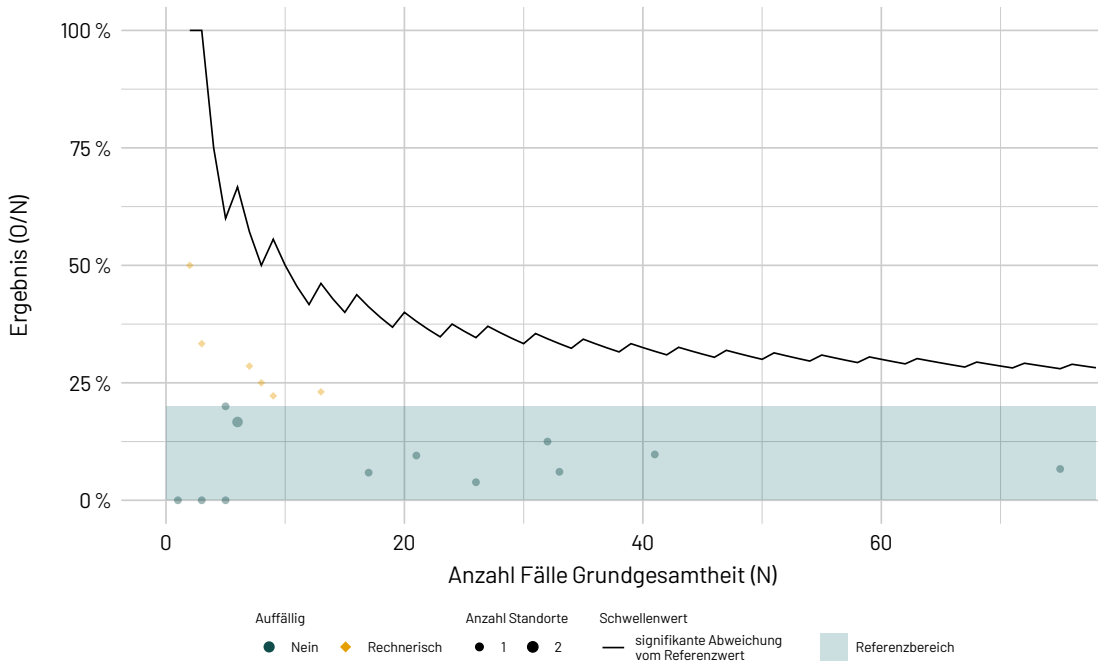
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis	Vertrauensbereich
Bund	2021	38 / 315	12,06 %	8,92 % - 16,12 %
	2022	43 / 366	11,75 %	8,84 % - 15,45 %
	2023	33 / 313	10,54 %	7,61 % - 14,44 %

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	ID: 2157 Sterblichkeit im Krankenhaus	10,54 % 33/313
1.1.1	davon mit Todesursache	
1.1.1.1	ID: 25_22000 Graft Failure (primäres Transplantatversagen)	12,12 % 4/33
1.1.1.2	ID: 25_22001 Fehlfunktion des Herzunterstützungssystems	0,00 % 0/33
1.1.1.3	ID: 25_22002 Thromboembolie	0,00 % 0/33
1.1.1.4	ID: 25_22003 Rechtsherzversagen	x % ≤3/33
1.1.1.5	ID: 25_22004 Lungenversagen	24,24 % 8/33
1.1.1.6	ID: 25_22005 Infektion	x % ≤3/33
1.1.1.7	ID: 25_22006 Rejektion	x % ≤3/33
1.1.1.8	ID: 25_22007 Blutung	x % ≤3/33
1.1.1.9	ID: 25_22008 Multiorganversagen	27,27 % 9/33
1.1.1.10	ID: 25_22009 Andere	18,18 % 6/33

12253: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

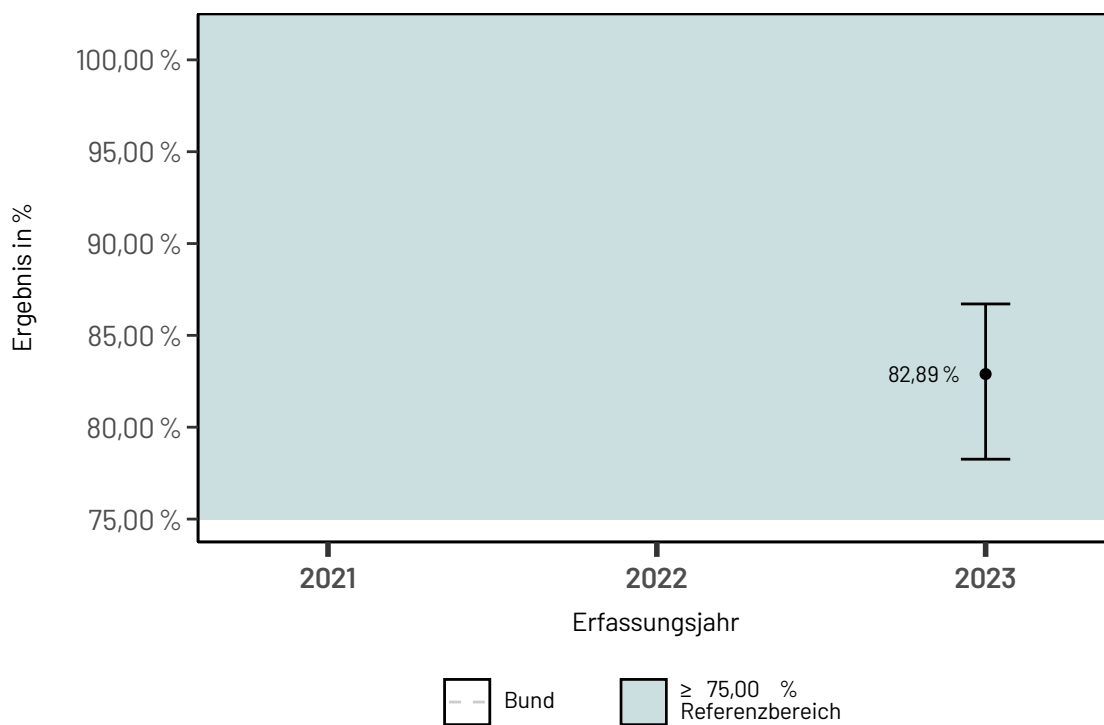
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
ID	12253
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2023 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Replantation werden ausgeschlossen
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 1 Jahr nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 75,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023

Detailergebnisse

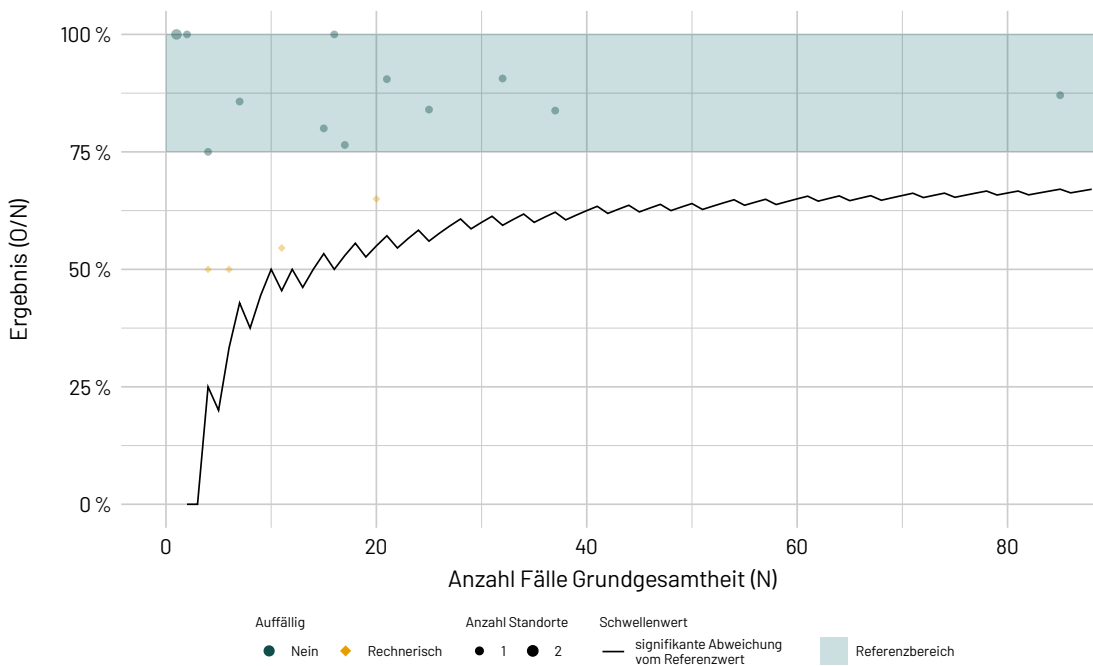
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis	Vertrauensbereich
Bund	2021	- / -	-	-
	2022	- / -	-	-
	2023	252 / 304	82,89 %	78,26 % - 86,71 %

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	ID: 25_22018 Patientinnen und Patienten, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2023 fällig wurde ¹	99,69 % 326/327
2.1.1	ID: 25_22019 davon lebend entlassen	88,65 % 289/326
2.1.1.1	ID: 25_22020 Status bekannt	92,39 % 267/289
2.1.1.1.1	ID: 25_22021 nicht verstorben innerhalb von 1 Jahr	94,38 % 252/267
2.1.1.1.2	ID: 25_22022 verstorben innerhalb von 1 Jahr	5,62 % 15/267
2.1.1.2	ID: 25_22024 Status unbekannt	7,61 % 22/289
2.1.1.3	ID: 25_22025 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	87,20 % 252/289

¹ Bei mehrfach transplantierten Patientinnen und Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	Verlauf 1-Jahres-Überleben	
2.2.1	ID: 25_22026 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2023 fällig wurde	88,65 % 289/326
2.2.2	1-Jahres-Überleben	
2.2.2.1	ID: 12253 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	82,89 % 252/304
2.2.2.2	ID: 25_22027 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	84,05 % 274/326

12269: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

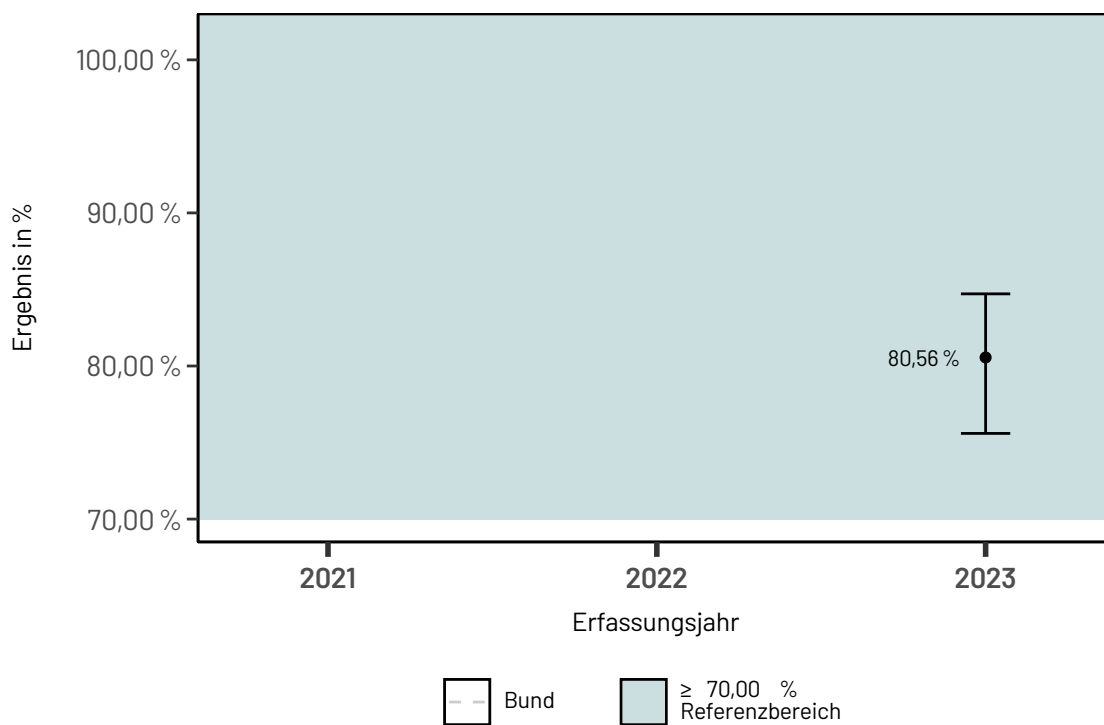
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
ID	12269
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2023 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Replantation werden ausgeschlossen
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 2 Jahre nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 70,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023

Detailergebnisse

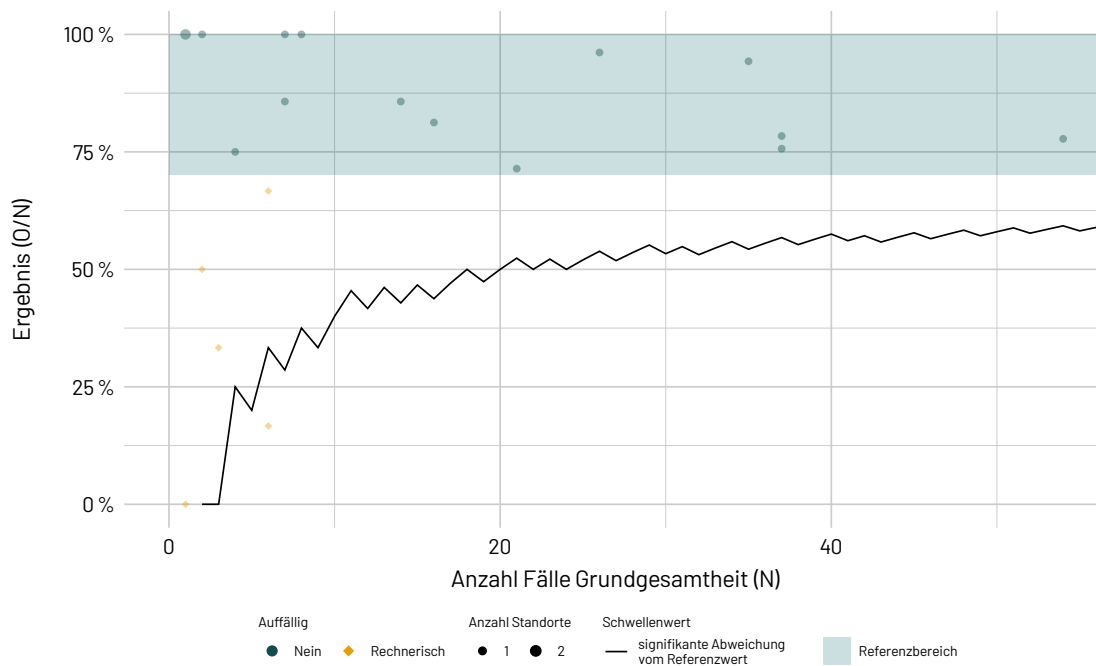
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis	Vertrauensbereich
Bund	2021	- / -	-	-
	2022	- / -	-	-
	2023	232 / 288	80,56 %	75,59 % - 84,71 %

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 25_22028 Patientinnen und Patienten, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2023 fällig wurde ²	99,67 % 304/305
3.1.1	ID: 25_22029 davon ohne dokumentierten Tod innerhalb von 1 Jahr	84,21 % 256/304
3.1.1.1	ID: 25_22030 Status bekannt	93,75 % 240/256
3.1.1.1.1	ID: 25_22031 nicht verstorben innerhalb von 2 Jahren	96,67 % 232/240
3.1.1.1.2	ID: 25_22032 verstorben innerhalb von 2 Jahren	3,33 % 8/240
3.1.1.2	ID: 25_22034 Status unbekannt	6,25 % 16/256
3.1.1.3	ID: 25_22035 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	90,63 % 232/256

² Bei mehrfach transplantierten Patientinnen und Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	Verlauf 2-Jahres-Überleben	
3.2.1	ID: 25_22036 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2023 fällig wurde	88,49 % 269/304
3.2.2	1-Jahres-Überleben	
3.2.2.1	ID: 25_22037 1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	84,05 % 253/301
3.2.2.2	ID: 25_22038 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	84,21 % 256/304
3.2.2.3	ID: 25_22039 1-Jahres-Überleben Worst-Case (unbekannter Status als Tod gezählt)	83,22 % 253/304
3.2.3	2-Jahres-Überleben	
3.2.3.1	ID: 12269 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	80,56 % 232/288

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2.3.2	ID: 25_22040 2-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	81,58 % 248/304

12289: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

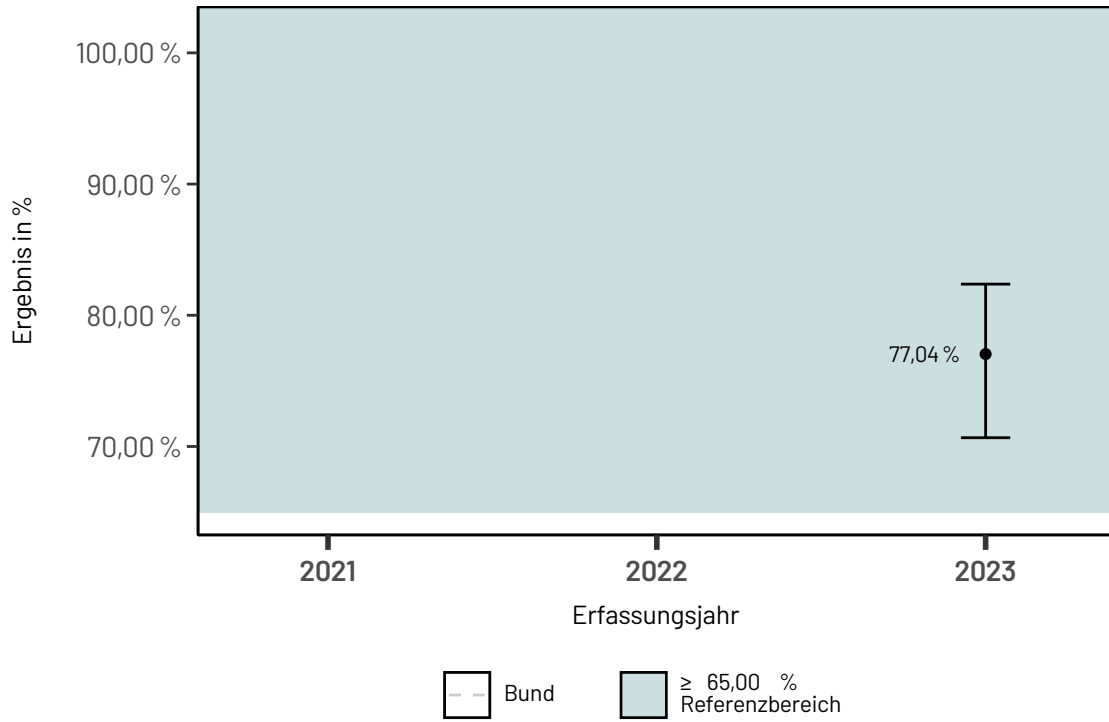
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
ID	12289
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2023 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 3 Jahre nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 65,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023

Detailergebnisse

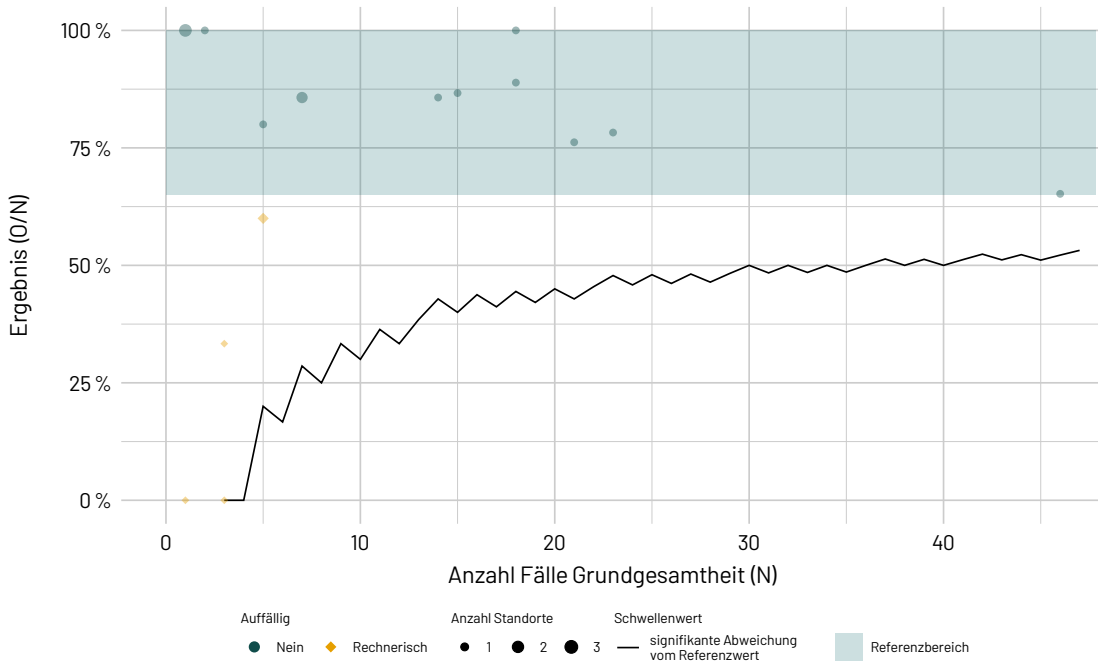
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis	Vertrauensbereich
Bund	2021	- / -	-	-
	2022	- / -	-	-
	2023	151 / 196	77,04 %	70,67 % - 82,38 %

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	ID: 25_22041 Patientinnen und Patienten, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2023 fällig wurde ³	100,00 % 212/212
4.1.1	ID: 25_22042 davon ohne dokumentierten Tod innerhalb von 2 Jahren	81,13 % 172/212
4.1.1.1	ID: 25_22043 Status bekannt	90,70 % 156/172
4.1.1.1.1	ID: 25_22044 nicht verstorben innerhalb von 3 Jahren	96,79 % 151/156
4.1.1.1.2	ID: 25_22045 verstorben innerhalb von 3 Jahren	3,21 % 5/156
4.1.1.2	ID: 25_22047 Status unbekannt	9,30 % 16/172
4.1.1.3	ID: 25_22048 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	87,79 % 151/172

³ Bei mehrfach transplantierten Patientinnen und Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	Verlauf 3-Jahres-Überleben	
4.2.1	ID: 25_22049 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2023 fällig wurde	89,62 % 190/212
4.2.2	1-Jahres-Überleben	
4.2.2.1	ID: 25_22050 1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	83,73 % 175/209
4.2.2.2	ID: 25_22051 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	83,96 % 178/212
4.2.2.3	ID: 25_22052 1-Jahres-Überleben Worst-Case (unbekannter Status als Tod gezählt)	82,55 % 175/212
4.2.3	2-Jahres-Überleben	
4.2.3.1	ID: 25_22053 2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	80,86 % 169/209

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2.3.2	ID: 25_22054 2-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	81,13 % 172/212
4.2.3.3	ID: 25_22055 2-Jahres-Überleben Worst-Case (unbekannter Status als Tod gezählt)	79,72 % 169/212
4.2.4	3-Jahres-Überleben	
4.2.4.1	ID: 12289 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	77,04 % 151/196
4.2.4.2	ID: 25_22056 3-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	78,77 % 167/212

252300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation

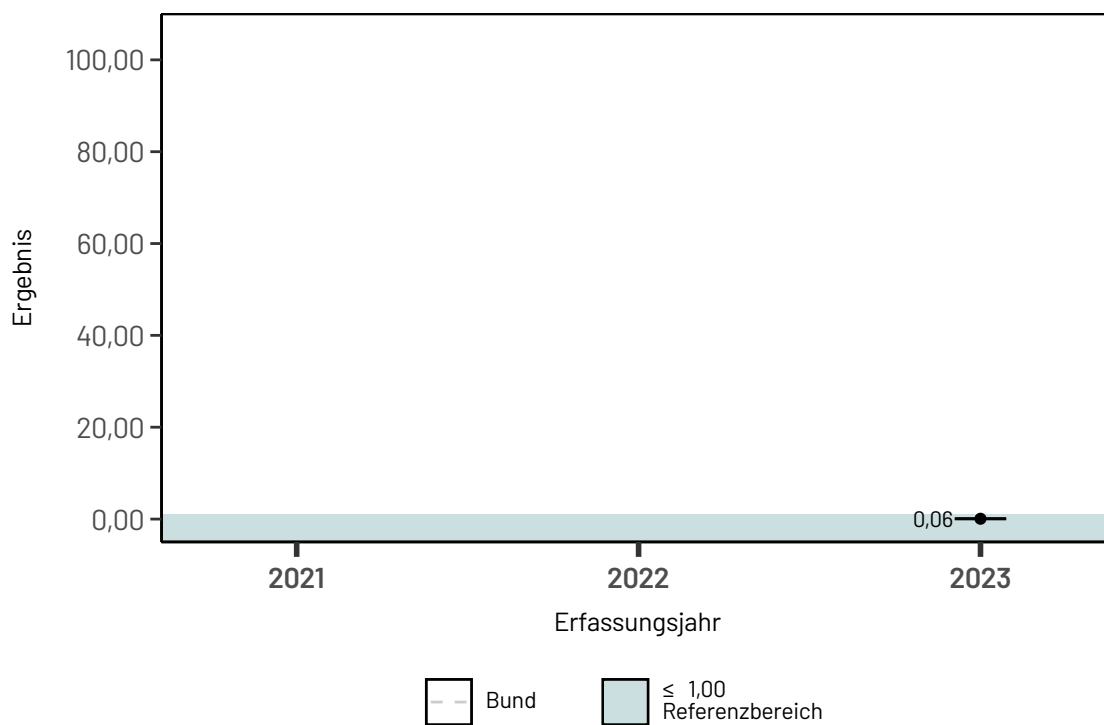
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekannten Status
ID	252300
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation, für die das 1, 2- oder 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2023 fällig ist, mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Replantation werden ausgeschlossen
Zähler	Patientinnen und Patienten, für die im jeweils fälligen Follow-up ein unbekannter Status dokumentiert wurde
Referenzbereich	≤ 1
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023

Detailergebnisse

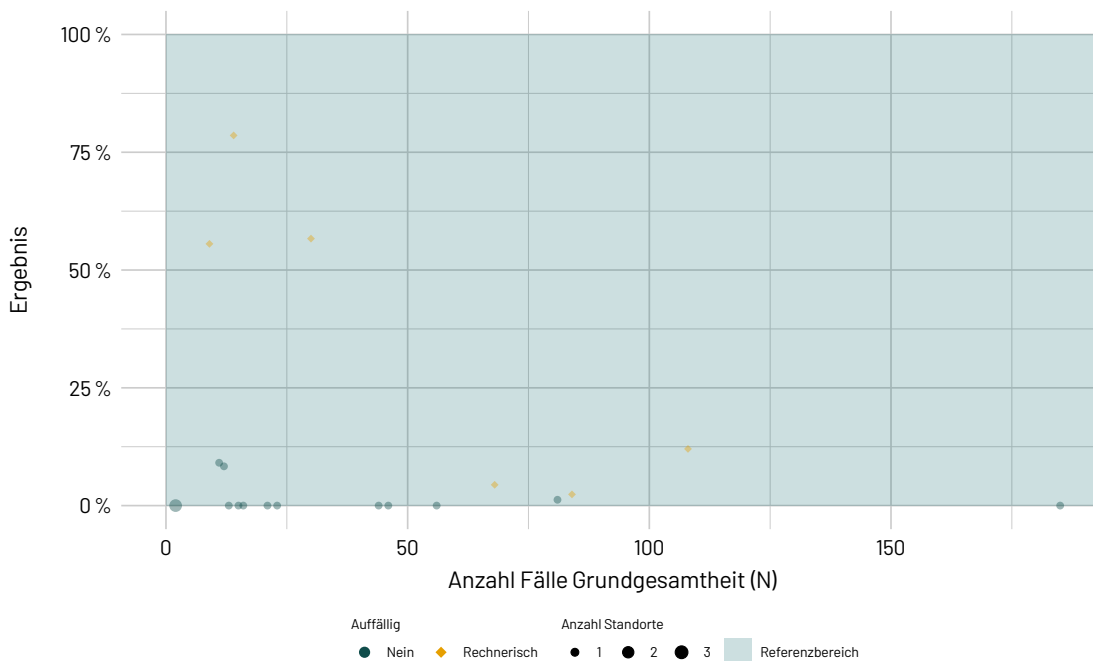
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis	Vertrauensbereich
Bund	2021	- / -	-	-
	2022	- / -	-	-
	2023	54 / 842	0,06	0,05 - 0,08

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



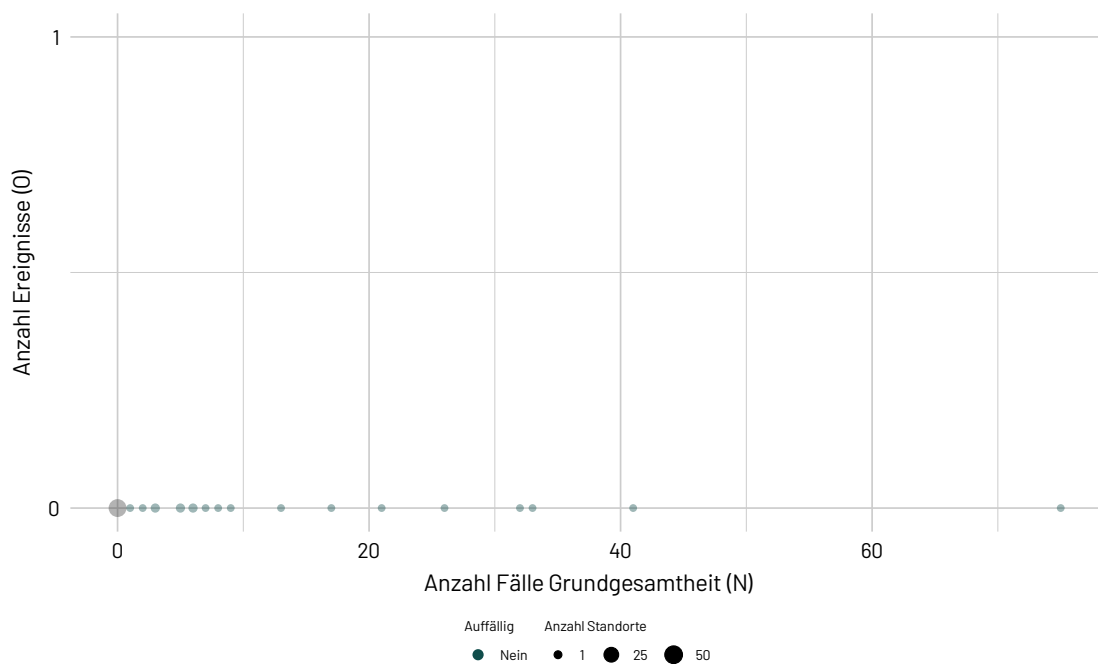
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

852310: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herztransplantationen

ID	852310
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Die Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes könnte – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen in diesem Verfahren – bisher nicht bekannte Auswirkungen auf die Grundgesamtheiten und damit die Berechnungsergebnisse der (FU-) Sterblichkeits-ÖIs und - Kennzahlen haben. Hypothese Unterdokumentation eines Entlassungsgrundes für die QS. Tatsächlich liegt in der Patientendokumentation ein Entlassungsgrund vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	2157: Sterblichkeit im Krankenhaus 12253: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 12269: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 12289: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 252300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation während eines stationären Aufenthaltes, die im Erfassungsjahr 2023 entlassen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen der Entlassungsgrund als „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ angegeben wurde
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

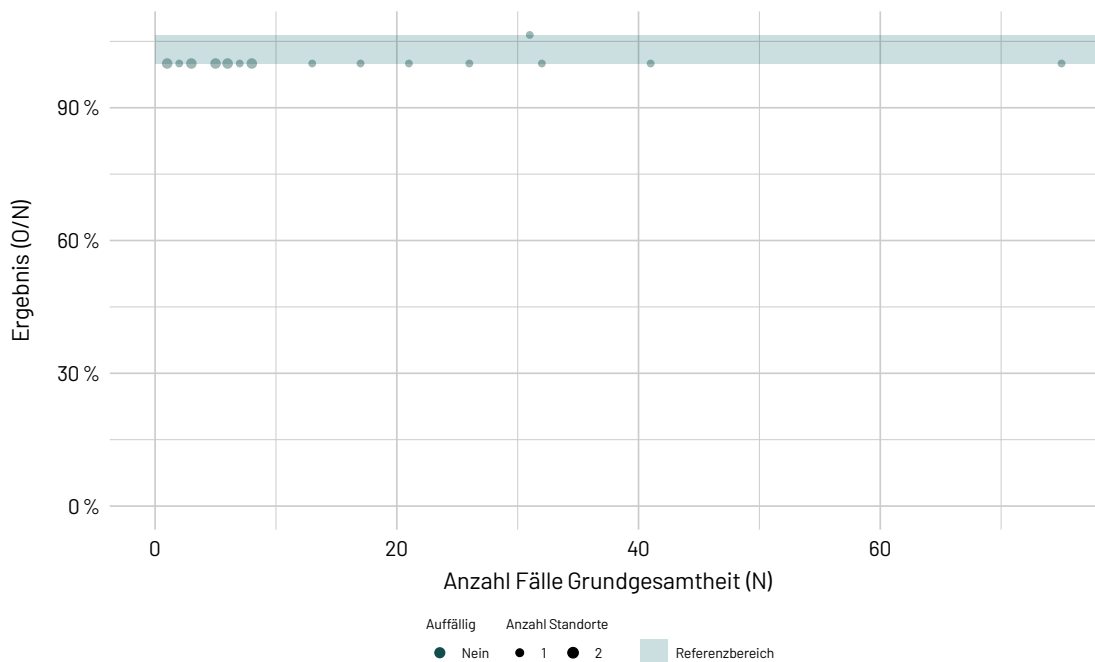
Dimension / Erfassungsjahr 2023	Ergebnis 0/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	0 / 313	0,00 %	0,00 % 0 / 19

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850239: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herztransplantation)

ID	850239
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse des Leistungsbereichs abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p>Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p>
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	2157: Sterblichkeit im Krankenhaus
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≥ 100,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



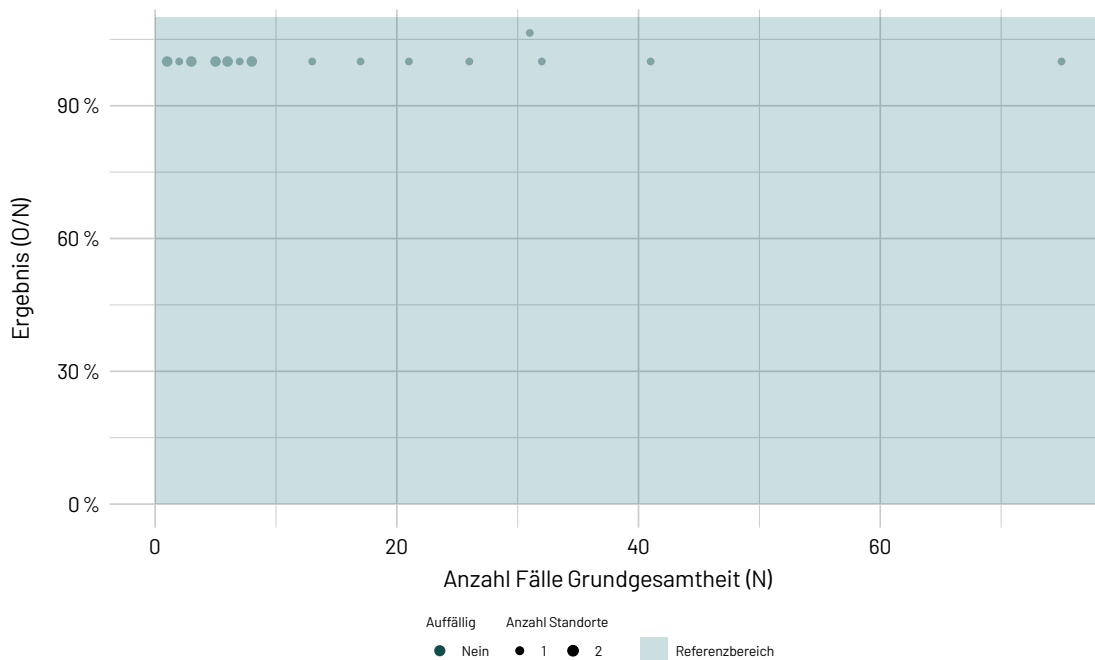
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2023	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	313 / 311	100,64 %	0,00 % 0 / 20

850240: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herztransplantation)

ID	850240
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse des Leistungsbereichs abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p>Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p>
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	2157: Sterblichkeit im Krankenhaus
Grundgesamtheit	Anzahl der durch den QS-Filter ausgelösten Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



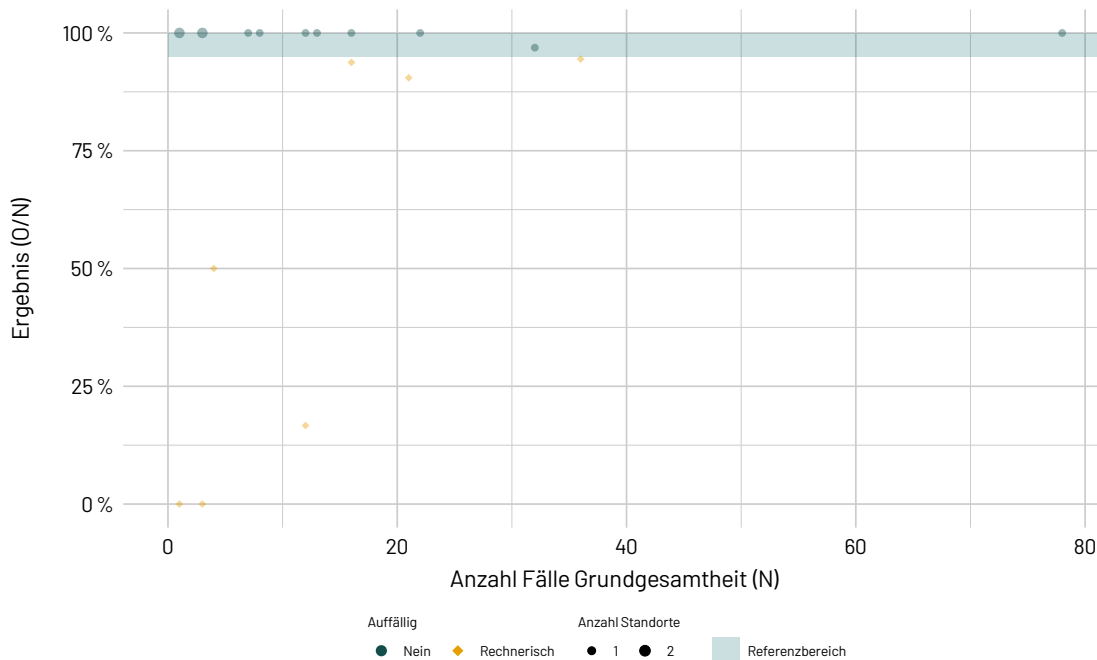
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2023	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	313 / 311	100,64 %	0,00 % 0 / 20

850257: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

ID	850257
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. Hypothese Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	12253: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 252300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2023 fällig ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 1-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



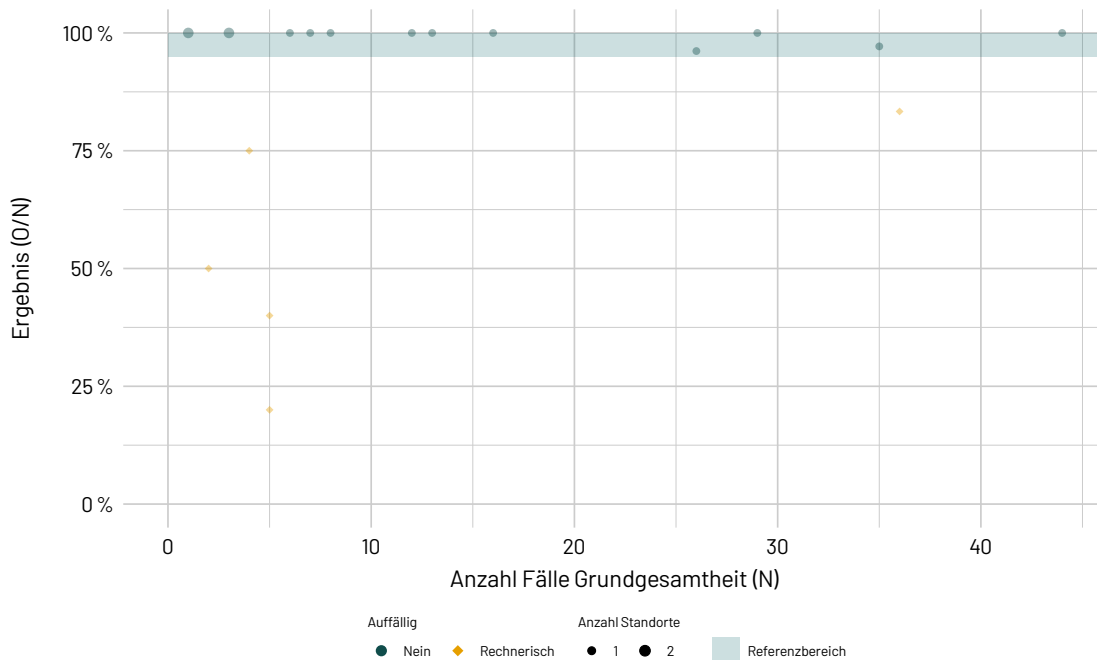
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2023	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	267 / 289	92,39 %	36,84 % 7 / 19

850258: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

ID	850258
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. Hypothese Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	12269: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 252300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2023 fällig ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 2-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



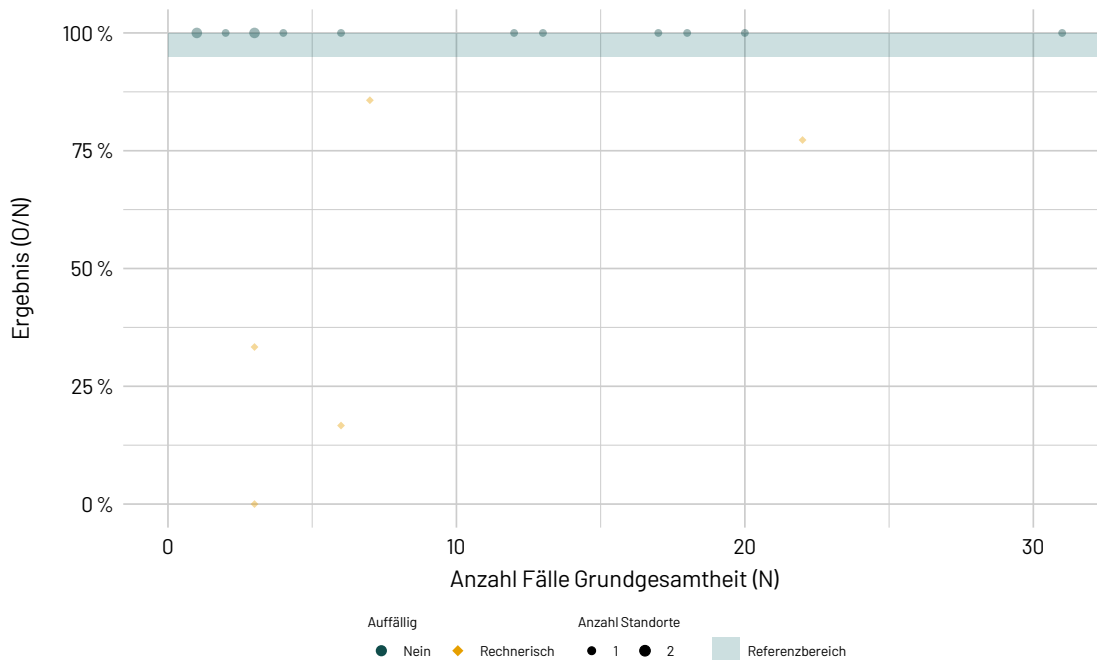
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2023	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	239 / 256	93,36 %	26,32 % 5 / 19

850259: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

ID	850259
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. Hypothese Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	12289: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 252300: Unbekannter Follow-Up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2023 fällig ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 3-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2023	Ergebnis 0/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	156 / 172	90,70 %	27,78 % 5 / 18

Basisauswertung

Allgemeine Daten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Patienten⁴		
Anzahl Patienten	953	100,00
Patienten mit mind. einer Herztransplantation	303	31,79
Patienten mit mind. einer Implantation eines Herzunterstützungssystems / Kunstherzens	669	70,20

⁴ Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Transplantationen		
Anzahl Herztransplantationen	313	100,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Implantationen		
Anzahl Implantationen von Herzunterstützungssystemen / Kunstherzen	773	100,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 303	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überlieger)	61	20,13
1. Quartal	81	26,73
2. Quartal	84	27,72
3. Quartal	62	20,46
4. Quartal	15	4,95

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 303	
Entlassungsquartal		
1. Quartal	65	21,45
2. Quartal	92	30,36
3. Quartal	80	26,40
4. Quartal	66	21,78

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Fälle	N = 313	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 28 Tage	38	12,14
29 - 56 Tage	94	30,03
57 - 84 Tage	58	18,53
85 - 112 Tage	43	13,74
113 - 140 Tage	30	9,58
141 - 168 Tage	21	6,71
169 - 196 Tage	6	1,92
197 - 224 Tage	11	3,51
225 - 252 Tage	4	1,28
> 252 Tage	8	2,56

Bund (gesamt)	
Präoperative Verweildauer (Tage)⁵	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	313
Minimum	0,00
5. Perzentil	0,00
25. Perzentil	0,00
Median	11,00
Mittelwert	35,97
75. Perzentil	50,00
95. Perzentil	140,60
Maximum	447,00
Postoperative Verweildauer (Tage)⁶	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	313
Minimum	0,00
5. Perzentil	14,40
25. Perzentil	28,00
Median	39,00
Mittelwert	51,42
75. Perzentil	62,00
95. Perzentil	128,80
Maximum	452,00

Bund (gesamt)	
Gesamtverweildauer (Tage)⁷	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	313
Minimum	1,00
5. Perzentil	18,40
25. Perzentil	38,00
Median	66,00
Mittelwert	87,40
75. Perzentil	114,50
95. Perzentil	219,60
Maximum	586,00

⁵ Dargestellt wird der Abstand zur ersten Transplantation während des stationären Aufenthalts

⁶ Dargestellt wird der Abstand zur ersten Transplantation während des stationären Aufenthalts

⁷ Die Gesamtverweildauer berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

Basisdaten Empfänger mit mind. einer Herztransplantation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 303	
Geschlecht		
(1) männlich	207	68,32
(2) weiblich	96	31,68
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Patientenalter am Aufnahmetag

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 303	
Altersverteilung		
<1 Jahr	6	1,98
1 - 9 Jahre	10	3,30
10 - 19 Jahre	22	7,26
20 - 29 Jahre	18	5,94
30 - 39 Jahre	22	7,26
40 - 49 Jahre	45	14,85
50 - 59 Jahre	99	32,67
60 - 69 Jahre	79	26,07
70 - 79 Jahre	≤3	x
≥ 80 Jahre	0	0,00

Bund (gesamt)	
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	303
Minimum	0,00
5. Perzentil	9,00
25. Perzentil	39,00
Mittelwert	46,82
Median	53,00
75. Perzentil	60,00
95. Perzentil	64,00
Maximum	73,00

Befunde Empfänger mit mind. einer Herztransplantation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 303	
Grunderkrankung		
(1) dilatative Kardiomyopathie (DCM)	150	49,50
(2) restriktive Kardiomyopathie (RCM)	10	3,30
(3) ischämische Kardiomyopathie (ICM)	72	23,76
(4) andere Herzerkrankungen	71	23,43
Diabetes mellitus		
(0) nein	252	83,17
(1) ja, ausschließlich diätetisch eingestellt	12	3,96
(2) ja, medikamentös eingestellt	25	8,25
(3) ja, insulinpflichtig	14	4,62

viraler Status

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 303	
Hepatitis B		
(0) nein	299	98,68
(1) ja	4	1,32
Hepatitis C		
(0) nein	303	100,00
(1) ja	0	0,00

		Bund (gesamt)	
		n	%
Alle Patienten		N = 303	
Blutgruppe und Rhesusfaktor			
AB+		16	5,28
AB-		≤3	x
A+		122	40,26
A-		22	7,26
B+		32	10,56
B-		5	1,65
O+		86	28,38
O-		17	5,61
Durchführung thorakaler Operationen (offen-chirurgisch) vor der stationären Aufnahme			
(0) nein		150	49,50
(1) ja		153	50,50

		Bund (gesamt)	
		n	%
Patienten mit thorakaler Voroperation (offen-chirurgisch) vor der stationären Aufnahme		N = 153	
Art der thorakalen Operation⁸			
Herztransplantation		5	3,27
Assist Device/TAH		99	64,71
Koronarchirurgie		20	13,07
Klappenchirurgie		33	21,57
Korrektur angeborener Vitien		19	12,42
sonstige		16	10,46

⁸ Mehrfachnennung möglich

Bund (gesamt)	
Anzahl aller Voroperationen (offen-chirurgisch) am Herzen	
Anzahl Patienten mit bekannter Anzahl	153
Median	1,00
Mittelwert	1,25

Transplantations- und Spenderdaten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	N = 313	
PRA		
= 0 %	274	87,54
> 0 %	39	12,46

Risikoprofil

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	N = 313	
Dringlichkeit		
(1) High urgency	199	63,58
(2) elektiv	114	36,42

	Bund (gesamt)
CAS (Cardiac Allocation Score)	
Anzahl Transplantationen mit bekanntem Score	183
Median	22,00
Mittelwert	26,15

Bund (gesamt)		
	n	%
Alle Transplantationen	N = 313	
Aktuelle mechanische Kreislaufunterstützung		
(0) keine	190	60,70
(1) LVAD	110	35,14
(2) BVAD	≤3	x
(3) TAH	≤3	x
(4) ECMO	9	2,88
(5) IABP	0	0,00

Bund (gesamt)	
Abstand zwischen Beginn der aktuellen mechanischen Kreislaufunterstützung und Aufnahme datum (Tage)	
Anzahl Transplantationen mit aktueller mechanischer Kreislaufunterstützung	123
Median	-643,00
Mittelwert	-946,31

Bund (gesamt)		
	n	%
Alle Transplantationen	N = 313	
Beatmung		
(0) nein	290	92,65
(1) ja	23	7,35

Bund (gesamt)	
Lungengefäßwiderstand (dyn*s*cm-5)	
Anzahl Transplantationen mit Angabe von Werten	238
Minimum	0,00
Median	124,00
Mittelwert	130,91
Maximum	372,00
Kreatininwert i.S. (mg/dl)	
Anzahl Transplantationen mit Angabe von Werten	313
Minimum	0,20
Median	1,22
Mittelwert	1,41
Maximum	7,80
Kreatininwert i.S. (µmol/l)	
Anzahl Transplantationen mit Angabe von Werten	313
Minimum	17,68
Median	108,00
Mittelwert	124,34
Maximum	689,52

Bund (gesamt)		
	n	%
Transplantationen, bei denen gültige Angaben vorliegen	N = 313	
eGFR⁹		
≥ 90 ml/min/1,73 m ²	72	23,00
≥ 60 bis < 90 ml/min/1,73m ²	106	33,87
≥ 30 bis < 60 ml/min/1,73m ²	106	33,87
≥ 15 bis < 30 ml/min/1,73m ²	25	7,99
< 15 ml/min/1,73m ²	4	1,28

⁹ Die Berechnung erfolgt auf Basis der CKD-EPI-Formel

Immunsuppression initial

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	N = 313	
Induktionstherapie		
(0) nein	192	61,34
(1) ATG	108	34,50
(2) OKT3	0	0,00
(3) IL2-Rezeptor-Antagonist	12	3,83
(9) Andere	≤3	x
Immunsuppression¹⁰		
Cyclosporin	31	9,90
Tacrolimus	236	75,40
Azathioprin	≤3	x
Mycophenolat	147	46,96
Steroide	293	93,61
m-ToR-Inhibitor	5	1,60
andere	4	1,28

¹⁰ Mehrfachnennung möglich

Spenderdaten (Allgemein)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	N = 313	
Geschlecht		
männlich	182	58,15
weiblich	131	41,85
divers	0	0,00
unbestimmt	0	0,00

Spenderalter

	Bund (gesamt)	
	n	%
Transplantationen, bei denen das Spenderalter bekannt ist	N = 313	
Altersverteilung		
< 20 Jahre	37	11,82
20 - 29 Jahre	33	10,54
30 - 39 Jahre	53	16,93
40 - 49 Jahre	72	23,00
50 - 59 Jahre	84	26,84
60 - 69 Jahre	34	10,86
70 - 79 Jahre	0	0,00
≥ 80 Jahre	0	0,00
Gesamt	313	100,00

Bund (gesamt)	
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Transplantationen, bei denen das Spenderalter bekannt ist	313
Minimum	1,00
5. Perzentil	11,70
25. Perzentil	31,00
Mittelwert	41,39
Median	44,00
75. Perzentil	54,00
95. Perzentil	63,00
Maximum	69,00

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Herztransplantationen von Spendern ≥ 18 Jahre und mit Angaben zu Körpergröße von ≥ 50 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 30 kg bis ≤ 230 kg	N = 285	
BMI		
(1) Untergewicht ($< 18,5$)	4	1,40
(2) Normalgewicht ($\geq 18,5 - < 25$)	126	44,21
(3) Übergewicht ($\geq 25 - < 30$)	100	35,09
(4) Adipositas (≥ 30)	55	19,30

Befunde Spender

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	N = 313	
Blutgruppe und Rhesusfaktor		
AB+	10	3,19
AB-	0	0,00
A+	122	38,98
A-	30	9,58
B+	34	10,86
B-	5	1,60
O+	88	28,12
O-	24	7,67
Todesursache		
(216) T_CAPI: Trauma: Schädel	44	14,06
(218) CVA: Zerebrovaskuläres Ereignis, nicht anderweitig klassifizierbar	38	12,14
(223) NAO: Nicht traumatische Todesursache, anderweitig nicht klassifizierbar	≤3	x
(229) CBL: Intrazerebrale Blutung	42	13,42
(230) CID: Ischämischer Insult	39	12,46
(234) SAB: Subarachnoidalblutung	68	21,73
(235) SDH: Subdurales Hämatom	6	1,92
(247) TLA: Trauma: Reiseunfall zu Lande	5	1,60
(249) TFA: Trauma: Sturz	8	2,56
Vasopressortherapie		
ja	196	62,62
nein	117	37,38

Bund (gesamt)	
CK-Wert (U/I)	
Anzahl Transplantationen mit Angaben > 0	268
Median	273,00
Mittelwert	1.049,13
CK-MB-Wert (U/I)	
Anzahl Transplantationen mit Angaben > 0	160
Median	20,00
Mittelwert	51,10

Bund (gesamt)		
	n	%
Alle Transplantationen	N = 313	
Herzstillstand		
(0) nein	207	66,13
(1) ja	106	33,87
hypotensive Periode		
(0) nein	264	84,35
(1) ja	49	15,65
Koronarangiographie erfolgt		
(0) nein	141	45,05
(1) ja	172	54,95
Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme		
(1) gut	306	97,76
(2) mittel	7	2,24
(3) schlecht	0	0,00
Einsatz eines Perfusionssystems		
(0) nein	268	85,62
(1) ja	30	9,58
keine Angabe	15	4,79

Bund (gesamt)	
Hämatokrit (Hk in %)	
Anzahl Transplantationen mit Angabe von Werten	259
Median	31,00
Mittelwert	29,15

Operation (nach OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	N = 313	
OPS¹¹		
(5-375.0) Herztransplantation, orthotop	313	100,00
(5-375.1) Herztransplantation, heterotop (Assistenzherz)	0	0,00
(5-375.3) Herz-Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes	0	0,00
Organqualität zum Zeitpunkt der Transplantation		
(1) gut	299	95,53
(2) mittel	13	4,15
(3) schlecht	≤3	x
Abbruch der Transplantation		
(0) nein	311	99,36
(1) ja	≤3	x

¹¹ Mehrfachnennung möglich

Kalte Ischämiezeit

Bund (gesamt)	
Verteilung (Minuten)	
Anzahl Transplantationen mit Angabe von Werten > 0 und ≤ 4320	313
Minimum	19,00
5. Perzentil	85,40
25. Perzentil	144,50
Median	180,00
Mittelwert	185,27
75. Perzentil	220,00
95. Perzentil	303,90
Maximum	531,00

Postoperativer Verlauf

Immunsuppression bei Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	N = 313	
Immunsuppression¹²		
Cyclosporin	29	9,27
Tacrolimus	281	89,78
Azathioprin	6	1,92
Mycophenolat	277	88,50
Steroide	295	94,25
m-ToR-Inhibitor	17	5,43
andere	11	3,51

¹² Mehrfachnennung möglich

Abstoßungsreaktionen

Bund (gesamt)	
Verteilung der Anzahl behandelter Abstoßungsreaktionen	
Anzahl Transplantationen mit bekannter Anzahl	311
Mittelwert	0,17
Median	0,00

Bund (gesamt)		
	n	%
Alle Transplantationen	N = 313	
Anzahl der behandelten Abstoßungsreaktionen		
keine behandlungsbedürftige Abstoßungsreaktion	267	85,30
eine behandlungsbedürftige Abstoßungsreaktion	38	12,14
mehr als eine behandlungsbedürftige Abstoßungsreaktion	6	1,92
keinen Angabe	≤3	x

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 303	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	122	40,26
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	13	4,29
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	0	0,00
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	≤3	x
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	58	19,14
(07) Tod	33	10,89
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ¹³	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	76	25,08
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	0	0,00
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ¹⁴	0	0,00
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ¹⁵	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00
nicht spezifizierter Entlassungsgrund¹⁶		
(1) ja	0	0,00

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

¹⁴ nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

¹⁵ für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

¹⁶ z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Todesursache

	Bund (gesamt)	
	n	%
Im Krankenhaus verstorbene Patienten	N = 33	
Todesursache		
(1) Graft Failure (primäres Transplantatversagen)	4	12,12
(2) Fehlfunktion des Herzunterstützungssystems	0	0,00
(3) Thromboembolie	0	0,00
(4) Rechtsherzversagen	≤3	x
(5) Lungenversagen	8	24,24
(6) Infektion	≤3	x
(7) Rejektion	≤3	x
(8) Blutung	≤3	x
(9) Multiorganversagen	9	27,27
(10) Andere	6	18,18

Impressum

Herausgeber

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

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