

## **Ergänzungsbericht zum Tätigkeitsbericht 2017 über die Ergebnisse der externen vergleichenden Qualitätssicherung**

nach § 11 Abs. 5 TPG - veröffentlicht durch die Deutsche Stiftung Organtransplantation

### **Universitätsmedizin Göttingen**

Klinik für Kardiologie und Pneumologie  
Prof. Dr. Gerd Hasenfuß

Klinik für Pädiatrische Kardiologie und Intensivmedizin  
Prof. Dr. Thomas Paul

Klinik für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie  
Prof. Dr. Ingo Kutschka

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie  
Prof. Dr. Michael Ghadimi

Klinik für Gastroenterologie und gastrointestinale Onkologie  
Prof. Dr. Volker Ellenrieder

## Vorbemerkung

Der folgende Bericht ergänzt den Tätigkeitsbericht des Transplantationszentrums nach § 5 Absatz 1 Satz 1. Ziel ist es, die Öffentlichkeit, betroffene Patienten und Patientinnen sowie ihre Angehörigen über die Ergebnisqualität jedes Transplantationszentrums (TPZ) im Jahr der jeweiligen Datenerfassung zu informieren und der Transparenz zu dienen. Die Erstellung und Veröffentlichung des Berichts ist durch das Transplantationsgesetz der Koordinierungsstelle übertragen worden. Sie ist für die hierfür nötigen gesetzlich und vertraglich vorgeschriebenen Mitteilungen auf das jeweilige Zentrum angewiesen. Die Daten werden im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses sowohl auf Glaubhaftigkeit (Plausibilität) als auch auf Gültigkeit (Validität) geprüft. Die letzte Verantwortung für die Richtigkeit der vom Zentrum mitgeteilten Daten liegt daher beim einzelnen Transplantationszentrum.

Alle Krankenhäuser sind verpflichtet, sich am Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beteiligen, sofern sie Leistungen in einem oder mehreren der vom Gemeinsamen Bundesausschuss in der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) festgelegten Leistungsbereichen erbringen. Dieses Verfahren wird von der Institution nach § 136b Abs.1 Satz 1 Nr. 3 SGB V (derzeit das „IQTIG–Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, Berlin), im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses durchgeführt. § 10 Abs. 2 Nr. 8 TPG verpflichtet die Transplantationszentren, nach den Vorschriften des SGB V Maßnahmen zur Qualitätssicherung durchzuführen, die auch einen Vergleich mit anderen Transplantationszentren ermöglichen, sowie darüber nach § 11 Abs. 5 Nr. 7 TPG zu berichten.

Der vorliegende Bericht enthält ein Auszug aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser gemäß § 136b Abs.1 Satz 1 Nr. 3 SGB V. Eine vollständige unveränderte Darstellung der Qualitätsberichte erhalten Sie unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de).

Den jeweils aktuellen strukturierten Qualitätsbericht des Transplantationszentrums Göttingen finden Sie unter:  
<http://www.med.uni-goettingen.de>

## 1. Ergebnisse der Transplantation

### Herztransplantation

Tabelle: Qualitätsindikatoren .....	5
-------------------------------------	---

### Lebertransplantation

Tabelle: Qualitätsindikatoren .....	7
-------------------------------------	---

## 2. Ergebnisse der Nachbetreuung von Lebendspendern

*Das Transplantationszentrum Göttingen hat keine Transplantationen von Organen lebender Spender durchgeführt*

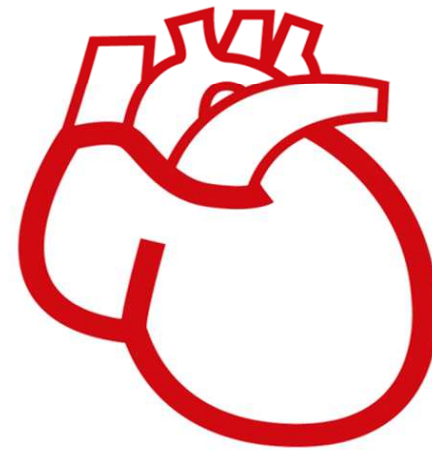
## 3. Durchgeführte Maßnahmen der Qualitätssicherung

Dokumentationsrate .....	8
--------------------------	---

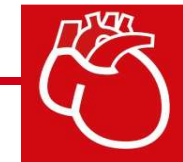
### **Anhang**

Glossar .....	9
Erläuterung zur externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	10
Impressum .....	11

## Herztransplantation



# 1. Ergebnisse der Herz-Transplantation

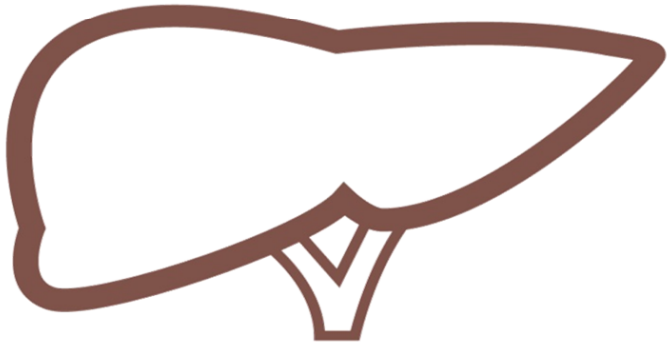


## Universitätsklinikum Göttingen

Qualitätsindikator		Bundesergebnis		Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses			Qualitative Bewertung	Kommentar / Erläuterung	
Qualitätsindikator	Kennzahlbezeichnung	Bundesdurchschnitt	Referenzbereich	Zähler/ Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich		der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	des Krankenhauses
<b>Transplantation in 2017</b>									
Sterblichkeit im Krankenhaus	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts	9,92 %	≤ 20,00 %	*	*	*	● →	Bewertung nach Strukturierem Dialog als qualitativ unauffällig. Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle.	
<b>Transplantation in 2016</b>									
1-Jahres-Überleben	Überleben nach 1 Jahr (bei vorliegenden Informationen)	78,17 %	≥ 75,00 %	*	*	*	● →	Bewertung nach Strukturierem Dialog als qualitativ auffällig. Maßnahmen wurden seitens des Krankenhauses abgeleitet.	
	Überleben nach 1 Jahr (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)	78,17 %	≥ 75,00 %	*	*	*	○	Alle Fälle wurden bereits im Strukturierem Dialog des Vorjahres evaluiert.	
<b>Transplantation in 2015</b>									
2-Jahres-Überleben	Überleben nach 2 Jahren (bei vorliegenden Informationen)	73,99 %	≥ 70,00 %	*	*	*	● →	Ergebnis liegt im Referenzbereich. Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich.	
	Überleben nach 2 Jahren (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)	73,99 %	≥ 70,00 %	*	*	*	● →	Ergebnis liegt im Referenzbereich. Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich.	
<b>Transplantation in 2014</b>									
3-Jahres-Überleben	Überleben nach 3 Jahren (bei vorliegenden Informationen)	72,70 %	≥ 65,00 %	*	*	*	○	Alle Fälle wurden bereits im Strukturierem Dialog des Vorjahres evaluiert.	
	Überleben nach 3 Jahren (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)	72,70 %	≥ 65,00 %	*	*	*	○	Alle Fälle wurden bereits im Strukturierem Dialog des Vorjahres evaluiert.	

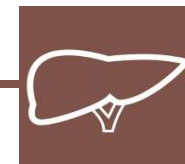
\* Aus Datenschutzgründen werden keine Angaben gemacht, wenn der Zähler oder Nenner 1 bis 3 beträgt.

Lebertransplantation



# 1. Ergebnisse der Lebertransplantation

Universitätsklinikum Göttingen



Qualitätsindikator		Bundesergebnis		Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses			Qualitative Bewertung	Kommentar / Erläuterung	
Qualitätsindikator	Kennzahlbezeichnung	Bundesdurchschnitt	Referenzbereich	Zähler/ Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich		der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	des Krankenhauses
<b>Transplantation in 2017</b>									
Sterblichkeit im Krankenhaus	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts	10,09 %	≤ 20,00 %				○	Bewertung nicht vorgesehen. Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.	
Tod durch operative Komplikationen	Sterblichkeit innerhalb von 24 Stunden nach der Transplantation	1,29 %	≤ 5,00 %				○	Bewertung nicht vorgesehen. Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.	
Postoperative Verweildauer	Dauer des Krankenhausaufenthaltes nach Operation	24,71 %	≤ 30,00 %				○	Bewertung nicht vorgesehen. Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.	
<b>Transplantation in 2016</b>									
1-Jahres-Überleben	Überleben nach 1 Jahr (bei vorliegenden Informationen)	82,26 %	≥ 70,00 %				○	Bewertung nicht vorgesehen. Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.	
	Überleben nach 1 Jahr (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)	79,98 %	≥ 70,00 %				○	Bewertung nicht vorgesehen. Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.	
<b>Transplantation in 2015</b>									
2-Jahres-Überleben	Überleben nach 2 Jahren (bei vorliegenden Informationen)	78,10 %	≥ 61,38 %	*	*	*	● →	Ergebnis liegt im Referenzbereich. Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich.	
	Überleben nach 2 Jahren (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)	75,40 %	≥ 50,97 %	*	*	*	● →	Ergebnis liegt im Referenzbereich. Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich.	
<b>Transplantation in 2014</b>									
3-Jahres-Überleben	Überleben nach 3 Jahren (bei vorliegenden Informationen)	76,87 %	≥ 61,96 %	11 / 11	100,00 %	74,12 % - 100,00 %	●	Ergebnis liegt im Referenzbereich. Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich.	
	Überleben nach 3 Jahren (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)	74,67 %	≥ 57,31 %	11 / 11	100,00 %	74,12 % - 100,00 %	● →	Ergebnis liegt im Referenzbereich. Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich.	

\* Aus Datenschutzgründen werden keine Angaben gemacht, wenn der Zähler oder Nenner 1 bis 3 beträgt.

### 3. Durchgeführte Maßnahmen der Qualitätssicherung

---

#### Dokumentationsrate - Universitätsklinikum Göttingen

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)	Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses
Herztransplantation	≤ 3	*	
Lebertransplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

\* Aus Datenschutzgründen werden keine Angaben gemacht, wenn die Fallzahl 1 bis 3 beträgt.

Alle Krankenhäuser, die an den Maßnahmen der externen vergleichenden Qualitätssicherung teilnehmen, stellen in dieser Tabelle dar, wie hoch die Fallzahlen der erbrachten dokumentationspflichtigen Leistungen und die Dokumentationsrate im jeweiligen Leistungsbereich waren. Dabei ist eine vollständige Dokumentation gefordert. Die Ergebnisse der externen vergleichenden Qualitätssicherung sind unter Punkt 1. und 2. aufgeführt.



## Glossar

---

- **Bewertung**

Das Ergebnis der Qualitätsindikatoren wird farblich veranschaulicht:

  - Ergebnis ist unauffällig
  - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation
  - Ergebnis ist auffällig
  - Bewertung nicht vorgesehen oder nicht abgeschlossen
- **Bewertung der Ergebnisse im Vergleich zum Vorjahr**
  - ↑ Verbessert
  - Unverändert
  - ↓ Verschlechtert
  - kein Pfeil: Ergebnis ist nicht vergleichbar
- **Bundesdurchschnitt**

Der Bundesdurchschnitt wird für jeden Leistungsbereich und jeden Qualitätsindikator berechnet. Er ist das jeweilige Gesamtergebnis auf Basis aller Patienten in Deutschland.
- **Dokumentationsrate**

Die Dokumentationsrate errechnet sich aus dem Quotienten der Anzahl der dokumentierten Fälle und der tatsächlichen Anzahl der Behandlungsfälle. Es wird eine Dokumentationsrate von 100 % gefordert.
- **Ergebnis**

Es ist das Ergebnis aus der Spalte "Zähler/Nenner". Der Zähler stellt die Anzahl der Patienten dar, auf die der Qualitätsindikator Anwendung findet und der Nenner ist die Gesamtzahl der Patienten, die in Betracht kommen.
- **Fallzahl**

Die Fallzahl ist die Anzahl von behandelten Patienten in einem bestimmten Leistungsbereich.
- **Follow Up**

Die Patienten werden im Rahmen einer Nachbetreuung noch Jahre nach einer Behandlung regelmäßig beobachtet. Das 2-Jahres-Follow-Up gibt z. B. die Anzahl der Patienten wieder, die 2 Jahre nach der Behandlung untersucht wurden.
- **Leistungsbereich**

Leistungsbereiche fassen gleiche medizinische Behandlungen zusammen. Die Transplantationen der unterschiedlichen Organe stellen jeweils einen Leistungsbereich dar. Die Qualität des Leistungsbereiches wird durch Qualitätsindikatoren beschrieben.
- **Qualitätsindikator**

Die einzelnen Qualitätsindikatoren stellen Qualitätsziele dar, die sich messen und bewerten lassen. Die Kennzahlbezeichnung erklärt den Qualitätsindikator näher. Ein Qualitätsindikator kann auch mehrere Kennzahlbezeichnungen haben.
- **Referenzbereich**

Der Referenzbereich unterscheidet rechnerisch auffällige von rechnerisch unauffälligen Ergebnissen. Ein Ergebnis, das innerhalb des Referenzbereich liegt, ist als unauffällig zu werten, während ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereiches als rechnerisch auffällig gilt. Eine Analyse des auffälligen Ergebnisses mit dem jeweils betroffenen Krankenhaus erfolgt im Strukturierten Dialog.
- **Sentinel Event**

Wenn im Referenzbereich "Sentinel Event" steht, dann handelt es sich um Qualitätsindikatoren, die unvorhergesehene, schwerwiegende Ereignisse darstellen, z.B. Sterblichkeit bei einer Lebendspende. Jeder Sentinel-Event-Fall ist eine Auffälligkeit von besonderer Bedeutung und wird im Strukturierten Dialog analysiert.
- **Strukturierter Dialog**

Ein Strukturierter Dialog wird immer dann geführt, wenn es zu rechnerischen Auffälligkeiten kommt. Entweder liegt das Ergebnis außerhalb des definierten Referenzbereiches oder es liegt ein Sentinel-Event-Fall vor. Im Strukturierten Dialog wird untersucht, ob es sich um eine qualitative Auffälligkeit handelt, z. B. aufgrund von Struktur- oder Prozessmängel für die Verbesserungsmaßnahmen durchgeführt werden müssen. Das Ergebnis des Strukturierten Dialoges wird als "Kommentar der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen" dargestellt.
- **Vertrauensbereich**

Der Vertrauensbereich gibt an, in welchem Intervall sich das Ergebnis eines Qualitätsindikators, unter Berücksichtigung möglicher Fehler, z.B. Dokumentationsfehler, mit 95 % Wahrscheinlichkeit befindet. Der Umfang eines Vertrauensbereiches hängt von der Fallzahl ab. Eine geringe Fallzahl ergibt einen großen Vertrauensbereich. Vergleicht man 2 Transplantationszentren miteinander, dann haben sie nur dann eindeutig verschiedene Ergebnisse erzielt, wenn sich die Vertrauensbereiche nicht überlappen.

## Erläuterung zu den Daten der externen vergleichenden Qualitätssicherung

---

Die Ergebnisse der externen vergleichenden Qualitätssicherung ermöglichen eine Vergleichbarkeit der Krankenhäuser und erleichtern damit dem Patienten die Wahl bzw. die Beurteilung eines Krankenhauses. Dabei darf aber nicht außer Acht gelassen werden, dass die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren nicht nur durch die Krankenhäuser beeinflusst werden. Die Ergebnisse können auch beeinflusst werden durch die Begleiterkrankungen, die Erkrankungsschwere und das Alter der Patienten. Daher ist es wichtig, dass Patienten Kontakt zum Arzt des Transplantationszentrums aufnehmen, um noch offene Fragen zu klären und sich individuell beraten zu lassen.

### Ergebnisse vergleichbar machen

Im Bereich der Transplantationen arbeitet man mit relativ kleinen Zahlen, so dass man nur schwer statistisch signifikante Unterschiede aufdecken kann. Eventuelle Dokumentationsfehler haben dabei große Auswirkungen auf das Ergebnis. Daher ist es wichtig nicht nur das Ergebnis, sondern auch den Vertrauensbereich für eine Bewertung oder einen Vergleich zu Rate zu ziehen. Der Vertrauensbereich gibt das Intervall an, in dem das berechnete Ergebnis mit 95 %-iger Wahrscheinlichkeit liegt.

Wenn zum Beispiel bei 4 von 5 Patienten die transplantierte Niere sofort ihre Funktion aufgenommen hat, dann beträgt das Ergebnis 80 %. Der Vertrauensbereich berücksichtigt mögliche Dokumentationsfehler: Bei 37,55 % bis 96,38 % aller Patienten hat die transplantierte Niere sofort ihre Funktion aufgenommen. Da es sich um kleine Fallzahlen handelt, ist der Vertrauensbereich sehr weit gefasst.

Bei größeren Fallzahlen ist das Intervall des Vertrauensbereiches entsprechend kleiner, so dass das errechnete Ergebnis mit höherer Sicherheit zutrifft. Wenn es zum Beispiel bei 10 von 102 Patienten operative Komplikationen gab, dann entspricht das 9,8 %. Der Vertrauensbereich liegt hier bei 5,41 % bis 17,11 %.

Bei zwei Krankenhäusern mit auf den ersten Blick unterschiedlichen Ergebnissen könnte tatsächlich dasselbe Ergebnis erzielt worden sein, wenn sich die jeweiligen Vertrauensbereiche überschneiden. Wenn sich die Vertrauensbereiche zweier Krankenhäuser nicht überlappen, kann man davon ausgehen, dass die Krankenhäuser unterschiedliche Resultate erzielt haben.

### Risikoadjustierung

Bei gleicher Qualität können unterschiedliche Behandlungsergebnisse erzielt werden, wenn die Risikoprofile der transplantierten Patienten, z. B. hinsichtlich Schweregrad der Erkrankung, Begleiterkrankungen oder Alter von Transplantationszentrum zu Transplantationszentrum stark variieren. Um einen fairen Vergleich zu ermöglichen, der die tatsächliche Behandlungsqualität widerspiegelt, müssen mögliche Unterschiede in den Risikoprofilen der Patientengruppen ausgeglichen werden. In der Transplantationsmedizin gibt es nur bei der Niere 2 Qualitätsindikatoren, die risikoadjustiert sind. Bei der Lebertransplantation gab es noch bis 2016 einen risikoadjustierten Qualitätsindikator.

## Impressum

---

### **Auftraggeber**

Bundesärztekammer, Berlin

Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin

GKV - Spitzenverband, Berlin

### **Veröffentlicht durch**

Deutsche Stiftung Organtransplantation

Deutschherrnufer 52

60594 Frankfurt/Main

Telefon: 0 69 - 677 328 0

Telefax: 0 69 - 677 328 9409

[www.dso.de](http://www.dso.de)

### **Datenbereitstellung**

Gemeinsamer Bundesausschuss, Berlin

### **Layout & Gestaltung**

Josephine Wadewitz

### **Stand der Daten**

Januar 2019