



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

Transplantationsmedizin: Nierenlebendspende

Erfassungsjahr 2020

Veröffentlichungsdatum: 30. November 2021

Impressum

Herausgeber:

IQTIG - Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

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

Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht.....	4
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2020.....	6
Einleitung.....	7
Datengrundlagen.....	8
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten.....	8
Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen.....	9
51567: Intra- oder postoperative Komplikationen.....	9
Details zu den Ergebnissen.....	11
2137: Sterblichkeit im Krankenhaus.....	12
2138: Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich.....	14
Basisauswertung.....	16
Basisdaten Spender.....	16
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus.....	16
Geschlecht.....	18
Patientenalter am Aufnahmetag.....	18
Body Mass Index (BMI).....	19
Anamnese.....	20
Operation.....	21
Operation (nach OPS).....	21
Verlauf.....	22
Komplikationen.....	22
Entlassung.....	23
Nierenfunktion bei Entlassung.....	23
Todesursache.....	25

Ergebnisübersicht

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

Wird ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator nicht erreicht, wird der Standort (im Rückmeldebericht) als rechnerisch auffällig gewertet. Dies wurde durch ein X kenntlich gemacht. Befindet sich das Ergebnis des Leistungserbringers (im Rückmeldebericht) innerhalb des Referenzbereichs eines Qualitätsindikators, wurde dies durch ein \checkmark kenntlich gemacht. Für die Länderauswertungen und Bundesauswertung erfolgt keine Darstellung rechnerischer Auffälligkeiten. Je nachdem, ob sich das Ergebnis verbessert oder verschlechtert hat bzw. unverändert blieb, wurde dies mit folgenden Tendenzpfeilen (für Länderberichte) beschrieben: ↗ ↘ →

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

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

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

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

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

Die Follow-up Qualitätsindikatoren zu QS TX können für das Erfassungsjahr 2020 nicht ausgewertet werden, da die ET-Nr. in der Regel nicht mehr an die Bundesauswertungsstelle übermittelt wird und somit ein Matching zum Indexeingriff nicht stattfinden kann. Dementsprechend erfolgt auch keine Darstellung dieser Indikatoren in den Berichten. Die Erhebung des Follow-up bleibt selbstverständlich aus Qualitätsgründen weiterhin notwendig. Zusätzlich erfolgt weiterhin die Übermittlung der QS-Datensätze aus dem Follow-up an das Transplantationsregister. Zudem behält sich das IQTIG vor, die Erhebung der Follow-up-Daten stichprobenartig zu überprüfen.

Indikatoren / Kennzahlen		Referenzbereich	Tendenz	Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl			Ergebnis	Vertrauensbereich
51567	Intra- oder postoperative Komplikationen	≤ 10,00 %	-	2,46 % N = 447	1,38 % - 4,35 %
2137	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sentinel Event	→	0,00 % N = 447	0,00 % - 0,85 %
2138	Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich	Sentinel Event	→	0,00 % N = 447	0,00 % - 0,85 %

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

Einleitung

Lebendorganspenden werden aufgrund der aktuellen Organknappheit vonseiten der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen zunehmend erwünscht. Voraussetzungen für eine Lebenspende sind der gute Gesundheitszustand der Spenderin bzw. des Spenders und die Freiwilligkeit der Organspende, die durch eine unabhängige Lebenspende-Kommission geprüft wird. Vor diesem Hintergrund erlaubt das deutsche Transplantationsgesetz die Nierenlebenspende ausschließlich an Verwandte ersten und zweiten Grades, an Ehegatten, eingetragene Lebenspartner oder Verlobte sowie andere Personen, „die der Spenderin bzw. dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen“. Das Qualitätssicherungsverfahren Nierenlebenspende bezieht sich ausschließlich auf die Organspenderin bzw. den Organspender. Bei der Lebenspende soll durch bestmögliche Qualität der medizinischen Behandlung und durch sorgfältige Bewertung der Spenderin bzw. des Spenders vor dem Eingriff ein Höchstmaß an Sicherheit erreicht werden. Es gilt, jegliche Komplikation für die Spenderin bzw. den Spender zu vermeiden.

Potenzielle Lebendorganspenderinnen und Lebendorganspender werden in der Regel in einem mehrstufigen Verfahren evaluiert. Dabei werden Einflussfaktoren identifiziert, die das Risiko für eine potenziell tödliche Komplikation erhöhen können. Denn gemäß § 8 Abs. 1 S. 1c TPG (BGBl. I S. 2757) [1] ist eine Organentnahme bei Lebenden nur zulässig, wenn diese nicht über das allgemeine Operationsrisiko hinaus gefährdet werden.

Die Qualitätsindikatoren beziehen sich dementsprechend auf die Erfassung der Sterblichkeit bzw. der Überlebensraten der Spenderinnen und Spender im Langzeitverlauf, den Erhalt der Nierenfunktion sowie Komplikationen im Zusammenhang mit dem Eingriff.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Berichtes basieren auf QS-Dokumentationsdaten. Die Datengrundlage für diesen Bericht umfasst folgende Datenquelle:

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

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

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

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

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

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

Erfassungsjahr 2020		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Eingegangene Datensätze gesamt	447	447	100,00
	Basisdatensatz	447		
	MDS	0		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		36		

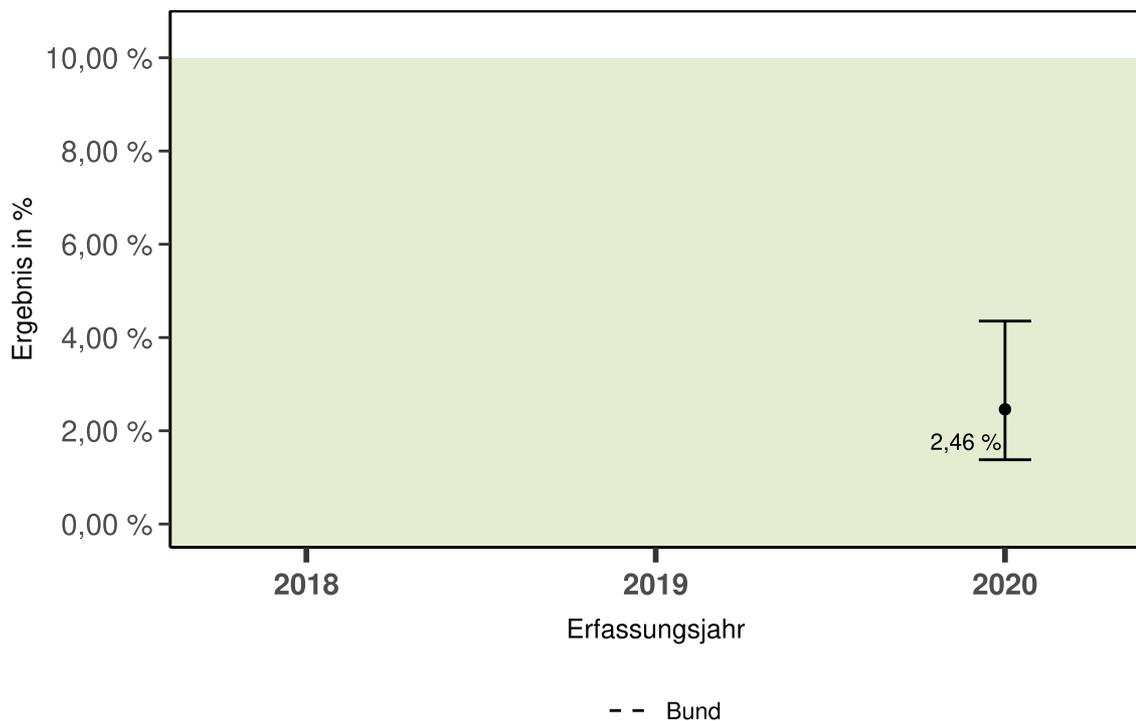
Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

51567: Intra- oder postoperative Komplikationen

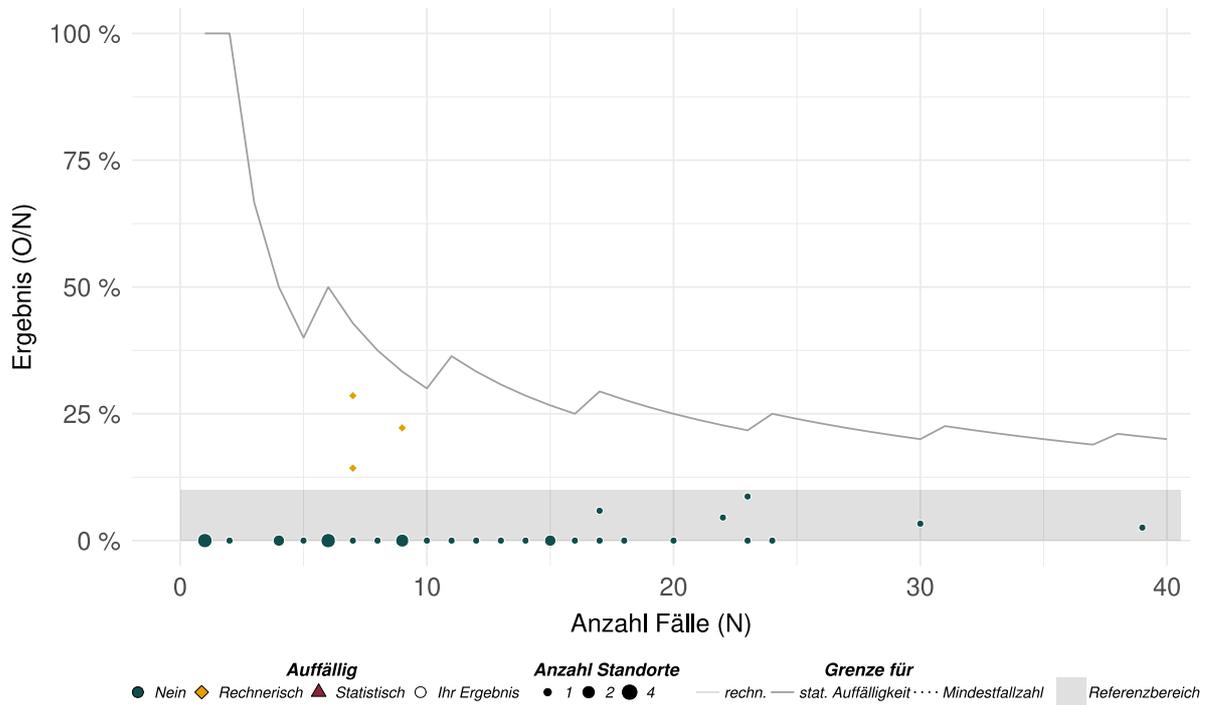
Qualitätsziel	Selten (schwere) intra- oder postoperative Komplikationen nach Nierenlebenspende
ID	51567
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebenspenderinnen bzw. Nierenlebenspender
Zähler	Nierenlebenspenderinnen bzw. Nierenlebenspender mit mindestens einer intra- oder postoperativen behandlungsbedürftigen Komplikation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

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2020	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2018: - / - 2019: - / - 2020: 11 / 447	2018: - 2019: - 2020: 2,46 %	2018: - 2019: - 2020: 1,38 % - 4,35 %

Details zu den Ergebnissen

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

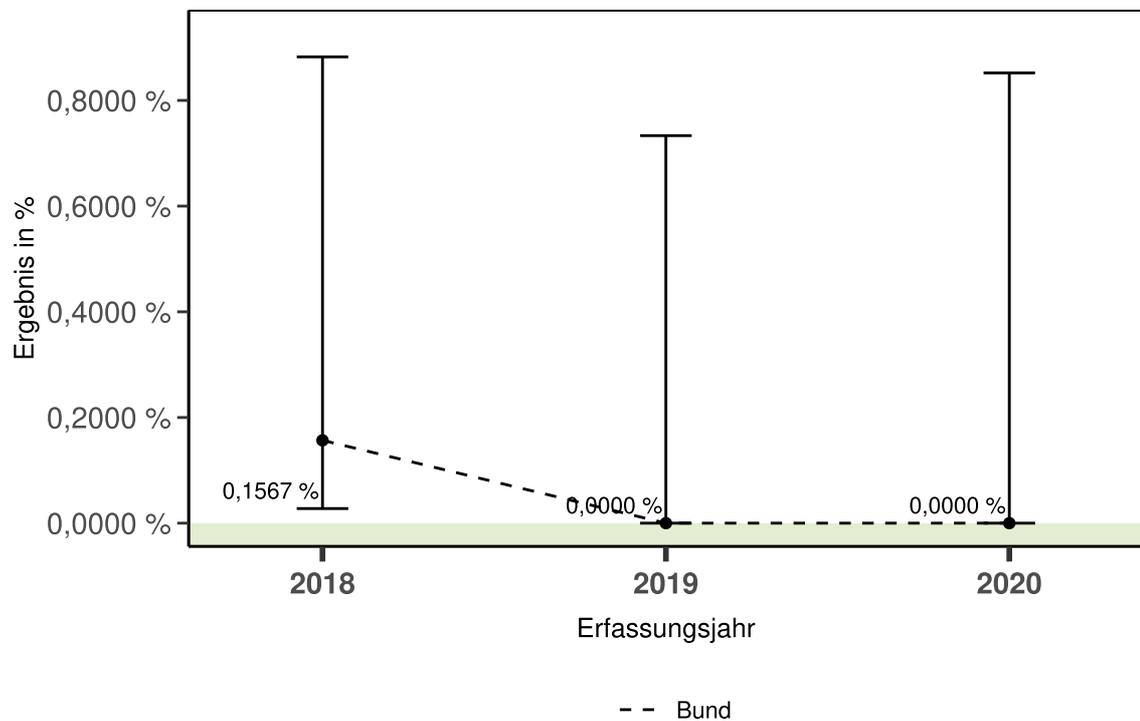
¹ Als schwere Komplikationen sind solche definiert, die mehr als eine Bluttransfusion oder eine Reoperation erfordern bzw. die potenziell zum Tode führen.

2137: Sterblichkeit im Krankenhaus

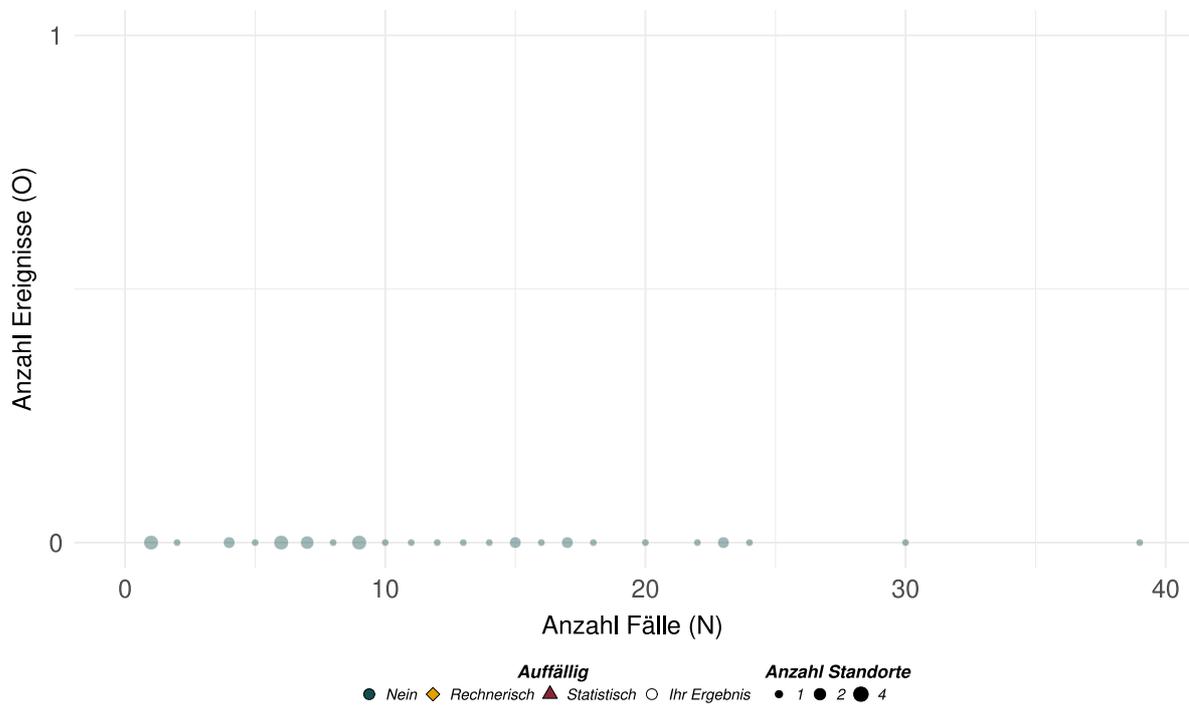
Qualitätsziel	Keine Todesfälle nach Nierenlebenspende
ID	2137
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebenspenderinnen bzw. Nierenlebenspender
Zähler	Verstorbene Nierenlebenspenderinnen bzw. Nierenlebenspender
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Dokumentationsdaten 2020

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Detailergebnisse

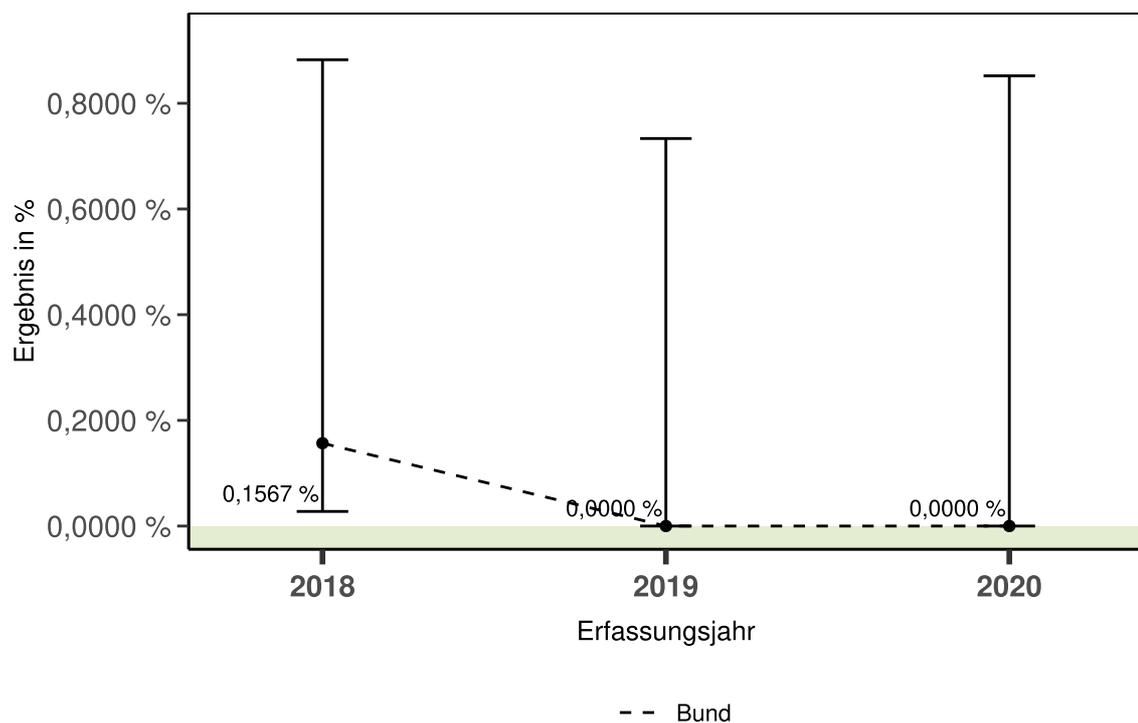
EJ 2020	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2018: ≤3 / 638 2019: 0 / 520 2020: 0 / 447	2018: 0,16 % 2019: 0,00 % 2020: 0,00 %	2018: 0,03 % - 0,88 % 2019: 0,00 % - 0,73 % 2020: 0,00 % - 0,85 %

2138: Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich

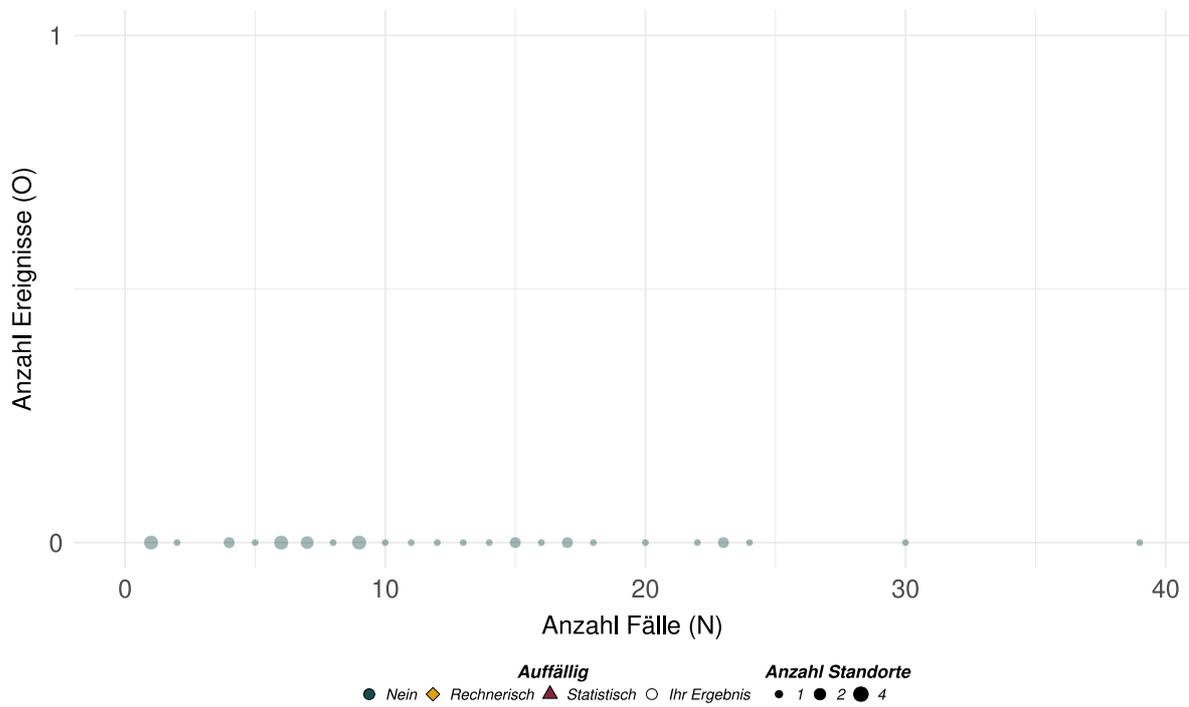
Qualitätsziel	Keine Dialysepflicht der Lebendspenderin bzw. des Lebendspenders nach Nierenlebenspende
ID	2138
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebenspenderinnen bzw. Nierenlebenspender
Zähler	Nierenlebenspenderinnen bzw. Nierenlebenspender, die bei Entlassung dialysepflichtig waren
Referenzbereich	Sentinel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

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Detailergebnisse

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

Basisauswertung

Basisdaten Spender

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

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

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

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

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

Geschlecht

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 447	
Geschlecht		
männlich	177	39,60
weiblich	270	60,40
divers	0	0,00
unbestimmt	0	0,00

Patientenalter am Aufnahmetag

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

		Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)		
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten		447
Minimum		25,00
5. Perzentil		35,00
25. Perzentil		49,00
Mittelwert		54,93
Median		55,00
75. Perzentil		62,00
95. Perzentil		70,00
Maximum		82,00

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit Angaben zu Körpergröße von ≥ 40 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 1 kg bis ≤ 230 kg	N = 447	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht ($< 18,5$)	4	0,89
Normalgewicht ($\geq 18,5 - < 25$)	170	38,03
Übergewicht ($\geq 25 - < 30$)	192	42,95
Adipositas (≥ 30)	81	18,12

Anamnese

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 447	
Hypertonie präoperativ systolisch > 140 mmHg oder diastolisch > 90 mmHg		
(0) nein	318	71,14
(1) ja	129	28,86

	Bund (gesamt)	
Kreatininwert i.S. (mg/dl)		
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten > 0,0 und < 99,0		447
Median		0,80
Mittelwert		0,82
Kreatininwert i.S. (µmol/l)		
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten > 0 und < 9.000		447
Median		70,72
Mittelwert		72,12

Operation

Operation (nach OPS)

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

³ Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)
Dauer des Eingriffs (Minuten)	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	447
Median	150,00
Mittelwert	163,40

Verlauf

Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 447	
Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation		
(0) nein	429	95,97
(1) Grad I (erlaubte Behandlungsoptionen)	7	1,57
(2) Grad II (weiterführende pharmakologische Behandlung, EKs, parenterale Ernährung)	5	1,12
(3) Grad III (chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention)	6	1,34
(4) Grad IV (lebensbedrohliche Komplikation)	0	0,00
(5) Grad V (Tod)	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit behandlungsbedürftigen (schweren) intra- oder postoperativen Komplikationen	N = 18	
Art der behandlungsbedürftigen (schweren) intra- oder postoperativen Komplikation(en) ⁴		
Blutung ⁵	≤3	5,56
Reoperation erforderlich	5	27,78
sonstige Komplikationen	15	83,33

⁴ Mehrfachnennung möglich

⁵ > 1 EK oder operative Revision

Entlassung

Nierenfunktion bei Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 447	
Patient bei Entlassung dialysepflichtig?		
(0) nein	447	100,00
(1) ja	0	0,00

		Bund (gesamt)
Kreatininwert i.S. (mg/dl)		
Anzahl lebender Patienten, die bei Entlassung nicht dialysepflichtig sind mit Angabe von Werten > 0,0 und < 99,0		447
Median		1,20
Mittelwert		1,25
Kreatininwert i.S. (µmol/l)		
Anzahl lebender Patienten, die bei Entlassung nicht dialysepflichtig sind mit Angabe von Werten > 0,0 und < 9999,0		447
Median		106,08
Mittelwert		110,83
Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U. (mg/g)		
Anzahl lebender Patienten, die bei Entlassung nicht dialysepflichtig sind mit Angabe von Werten < 9999		272
Median		10,50
Mittelwert		22,95
Albumin i. U. ≥ 30 mg/l		
Anzahl lebender Patienten ohne Angabe des Albumin-Kreatin-Verhältnisses, die bei Entlassung nicht dialysepflichtig sind und deren Albumin-Wert i. U. ≥ 30mg/l ist		10
Median		39,50
Mittelwert		132,20

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 447	
arterielle Hypertonie systolisch > 140 mmHg oder diastolisch > 90 mmHg		
(0) nein	317	70,92
(1) ja	130	29,08

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 447	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	339	75,84
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	106	23,71
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	0	0,00
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	≤3	0,22
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	0	0,00
(07) Tod	0	0,00
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ⁶	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	0	0,00
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	≤3	0,22
(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 ⁷	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 ⁸	0	0,00
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	0	0,00
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	0	0,00

⁶ § 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

⁷ nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

⁸ für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

Todesursache

	Bund (gesamt)	
	n	%
Im Krankenhaus verstorbene Patienten	N = 0	
Todesursache		
(1) Infektion	0	-
(2) kardiovaskulär	0	-
(3) cerebrovaskulär	0	-
(4) andere	0	-
(9) unbekannt	0	-