



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

Transplantationsmedizin: Leberlebendspenden

Erfassungsjahr 2021

Veröffentlichungsdatum: 30. Juni 2022

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/>

Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht	4
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021	6
Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2021	7
Einleitung	8
Datengrundlagen	9
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten	9
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen	11
2128: Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen	11
Details zu den Ergebnissen	13
2125: Sterblichkeit im Krankenhaus	14
2127: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich	16
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien	18
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit	18
850241: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	18
850242: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	20
Basisauswertung	22
Basisdaten Spender	22
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus	22
Geschlecht	24
Patientenalter am Aufnahmetag	24
Body Mass Index (BMI)	25
Operation	26
Operation (nach OPS)	26
Resezierte Lebersegmente	26
Gewicht der entnommenen Leber	27
Verlauf	28
Komplikationen	28
Entlassung	30

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien (AKs) 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 X kenntlich gemacht. Befindet sich das Ergebnis des Leistungserbringers (im Rückmeldebericht) innerhalb des Referenzbereichs des Qualitätsindikators, wurde dies durch ein V 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 beschrieben: ↗ ↘ →

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive des Vorjahresergebnisses finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren und Indikatorengruppen“.

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 kann in den Rückmeldeberichten für die Leistungserbringer zum Erfassungsjahr 2021 nur das Vorjahresergebnis dargestellt werden.
- 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 (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/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021

Da die QS-Daten der Module zur Lebendspende (NLS und LLS) im Erfassungsjahr 2020 durch den überwiegenden Teil der QS-Software-Lösungen aufgrund der besonderen Abrechnungsmodalitäten bei der Lebendspende automatisiert nicht mit der eGK-Versichertennummer der Spenderin / des Spenders, sondern mit der der Empfängerin / des Empfängers befüllt wurden, ist eine Verknüpfung von den Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2020 mit den Follow-up-Informationen aus dem Erfassungsjahr 2021 nicht möglich. Somit können auch keine Auswertungen der Follow-up-Indikatoren mit Bezug auf einen Indexeingriff aus dem Erfassungsjahr 2020 in den Berichten erfolgen.

Ab dem Jahr 2022 sind mit Bezug auf die Indexeingriffe des Erfassungsjahres 2021 wieder alle Follow-Up-Indikatoren der QS-Module zur Lebendspende für die Auswertung und Darstellung der Ergebnisse vorgesehen.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
2128	Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen	Sentinel Event	7,55 % N = 53	2,97 % - 17,86 %
2125	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sentinel Event	0,00 % N = 53	0,00 % - 6,76 %
2127	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich	Sentinel Event	0,00 % N = 53	0,00 % - 6,76 %

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2021

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.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit				
850241	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 100,00 %	100,00 % 53/53	0,00 % 0/11
850242	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,00 % 53/53	0,00 % 0/11

Einleitung

Die Leber ist das wichtigste Organ für den menschlichen Stoffwechsel. Patientinnen und Patienten mit chronischem oder akutem Leberversagen können nur durch eine Transplantation überleben. Da die Zahl der Spenderorgane den Bedarf bei Weitem nicht deckt, sterben jedes Jahr viele Patientinnen und Patienten während der Wartezeit auf ein Spenderorgan. Eine Leberlebendspende durch nahestehende Personen kann hier eine Therapiemöglichkeit sein. Aufgrund des besonderen anatomischen Aufbaus der Leber in Form mehrerer Segmente und ihrer großen Regenerationsfähigkeit ist es möglich, Teile der Leber von einer lebenden Spenderin oder einem lebenden Spender auf eine Empfängerin oder einen Empfänger zu übertragen. Die Leberlebendspende stellt insbesondere in der Transplantationschirurgie bei Kindern eine Möglichkeit dar, die Verfügbarkeit von Organen zu verbessern und so die Therapiemöglichkeiten für leberkranke Kinder zu ergänzen.

Lebendorganspenden sind von einer intensiven ethischen Diskussion begleitet, da hier Operationen an gesunden Menschen durchgeführt werden. Voraussetzungen für eine Lebendspende sind der gute Gesundheitszustand der Spenderin bzw. des Spenders und die Freiwilligkeit der Spende. Vor diesem Hintergrund erlaubt das deutsche Transplantationsgesetz die Leberlebendspende ausschließlich an Verwandte ersten und zweiten Grades, an Ehegatten und Verlobte sowie andere Personen, „die der Spenderin bzw. dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen“. Zum Schutz der Spenderin bzw. des Spenders, deren Sicherheit und Gesundheit höchste Priorität haben, muss vor jeder Lebendspende die Stellungnahme einer unabhängigen Lebendspende-Kommission vorliegen.

Der Leistungsbereich Leberlebendspende bezieht sich ausschließlich auf die Spenderin bzw. den Spender. Bei der Lebendspende 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, jede Komplikation für die Spenderin bzw. den Spender zu vermeiden. Die Qualitätsindikatoren beziehen sich dementsprechend auf die Erfassung der Sterblichkeit bzw. der Überlebensraten der Spenderin und der Spender im Langzeitverlauf, auf den Erhalt derer Leberfunktion sowie auf Komplikationen im Zusammenhang mit dem Eingriff.

Datengrundlagen

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

- Datengrundlage nach Standort
- Vollzähligkeitsanalyse nach Institutskennzeichen-Nummer

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die nachfolgende Tabelle stellt die nach Standortnummer (vgl. auch Standortverzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V) eingegangenen QS-Dokumentationsdaten für das Erfassungsjahr 2021 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.

Für das QS-Verfahren TX - Leberlebendspenden erfolgt die Auswertung entsprechend dem behandelnden Standort, 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 die QS-Dokumentation abschließende Standort ist.

Ab dem Jahr 2020 wurde, gemäß Spezifikation, die Sollstatistik vom Standortbezug entkoppelt und auf Ebene des Institutionskennzeichens erstellt. Die Darstellung der Datengrundlage sowie Vollzähligkeit in den Berichten, erfolgt daher ebenfalls auf Ebene des Institutionskennzeichens.

Der Bericht enthält Qualitätsindikatoren auf Basis von QS-Dokumentationsdaten. Die Tabelle zeigt den Datenbestand, auf der die vorliegende Auswertung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren berechnet wurde.

Erfassungsjahr 2021		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	53	53	100,00
	Basisdatensatz	53		
	MDS	0		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		11	11	100,00
Anzahl ausgewerteter Standorte Bund (gesamt)		11		
Anzahl entlassender Standorte Bund (gesamt)		11		

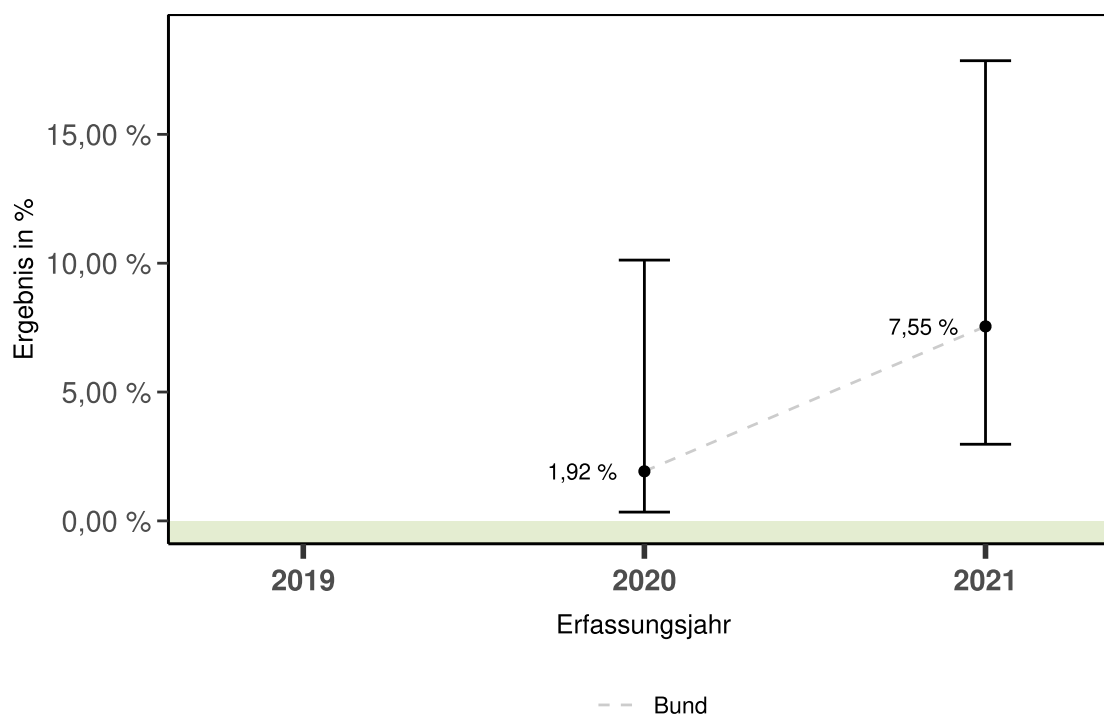
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

2128: Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen

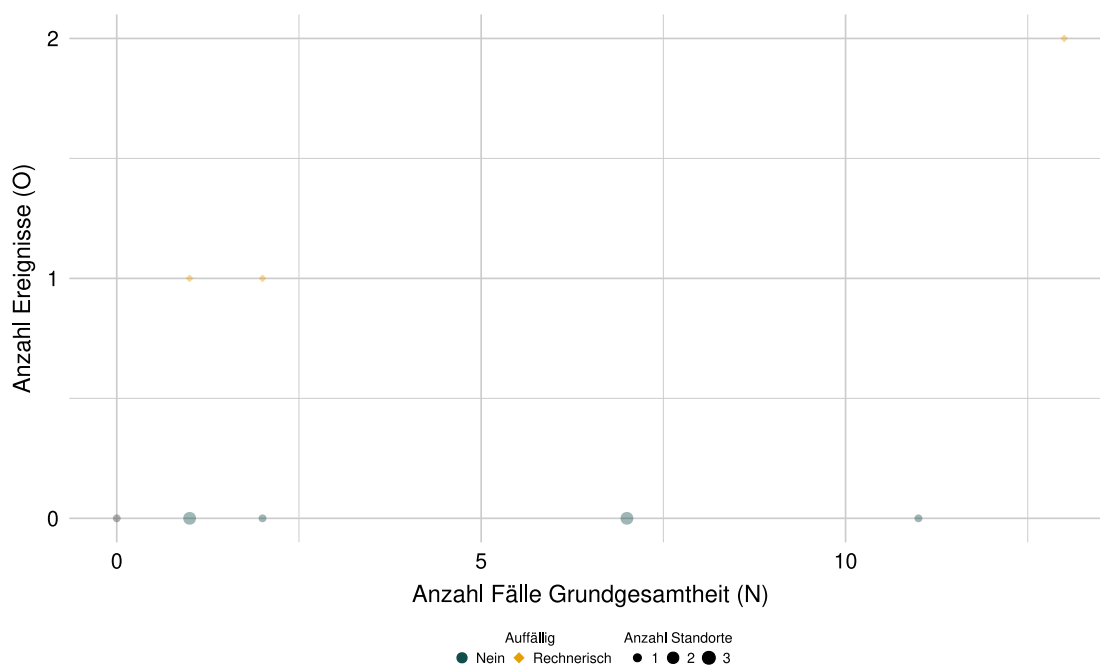
Qualitätsziel	Selten operative oder allgemeine Komplikationen bei der Leberlebendspende
ID	2128
Grundgesamtheit	Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Zähler	Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender mit mindestens einer intra- oder postoperativen behandlungsbedürftigen Komplikation (Grad 2 bis 4 nach Clavien-Dindo)
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: ≤3 / 52 2021: 4 / 53	2019: - 2020: x % 2021: 7,55 %	2019: - 2020: 0,34 % - 10,12 % 2021: 2,97 % - 17,86 %

Details zu den Ergebnissen

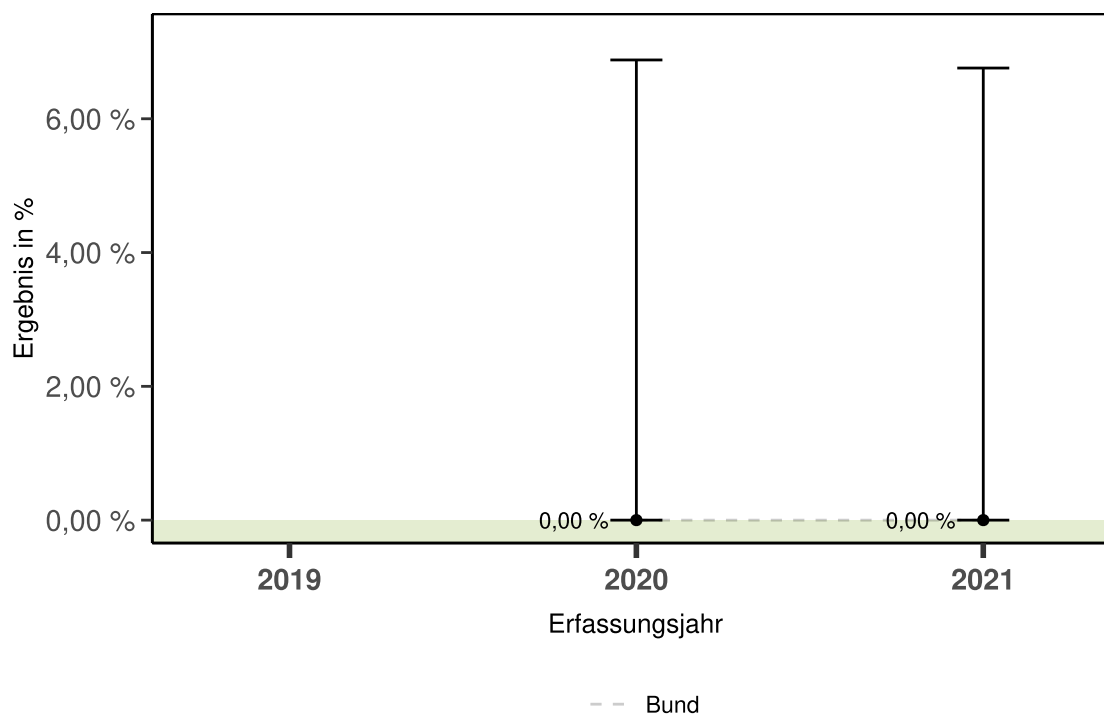
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen	7,55 % 4/53
1.1.1	Blutung	0,00 % 0/53
1.1.2	Gallenwegskomplikation	7,55 % 4/53
1.1.3	Sekundäre Wundheilung	0,00 % 0/53
1.1.4	Ileus	0,00 % 0/53
1.1.5	akutes Leberversagen	0,00 % 0/53
1.1.6	Thrombose	0,00 % 0/53
1.1.7	Lungenembolie	0,00 % 0/53
1.1.8	Pneumonie	0,00 % 0/53
1.1.9	Sonstige Komplikation	0,00 % 0/53

2125: Sterblichkeit im Krankenhaus

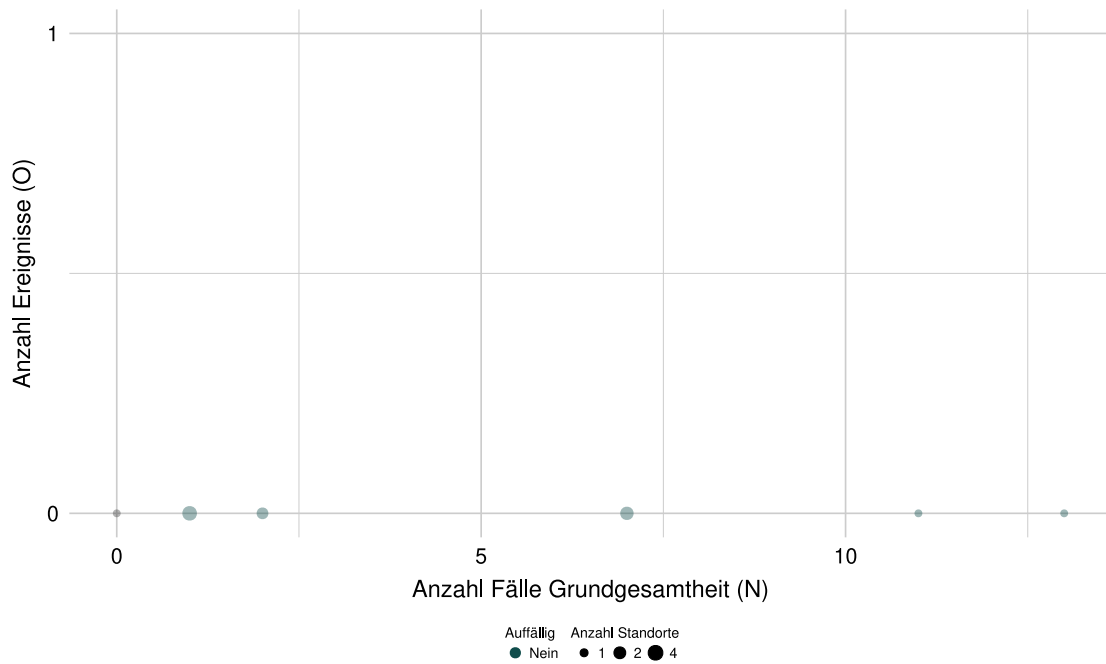
Qualitätsziel	Keine Todesfälle nach Leberlebenspende
ID	2125
Grundgesamtheit	Alle Leberlebenspenderinnen bzw. -spender unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Zähler	Verstorbene Leberlebenspenderin bzw. verstorbener Lebendspender
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Detailergebnisse

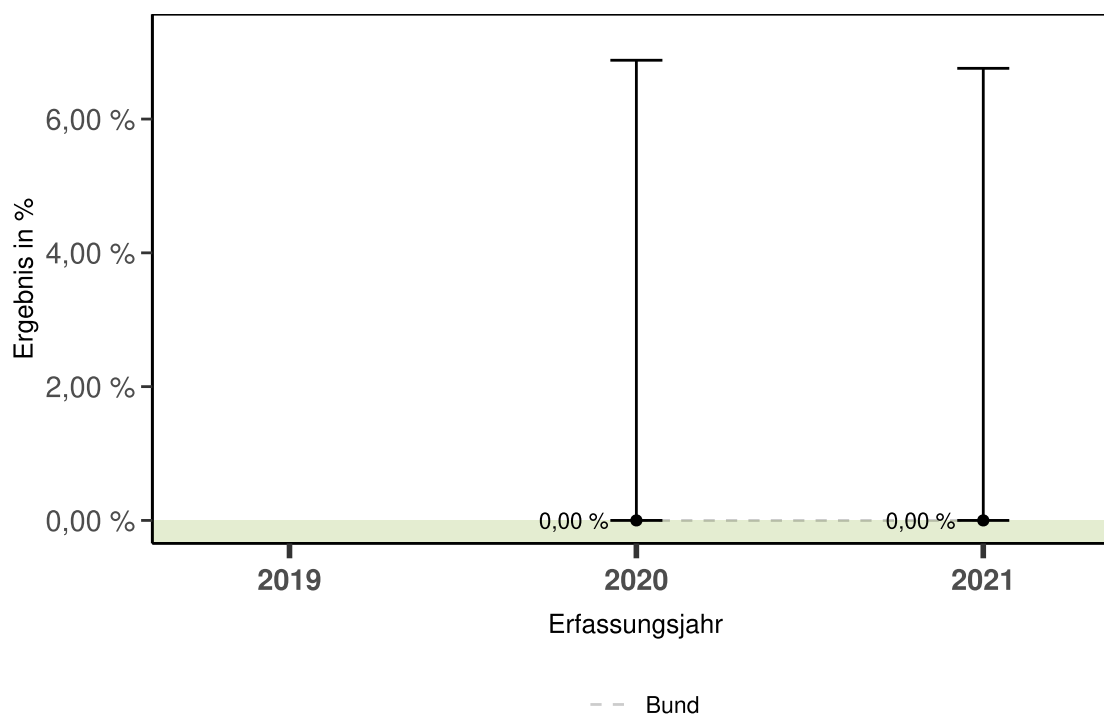
EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: 0 / 52 2021: 0 / 53	2019: - 2020: 0,00 % 2021: 0,00 %	2019: - 2020: 0,00 % - 6,88 % 2021: 0,00 % - 6,76 %

2127: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich

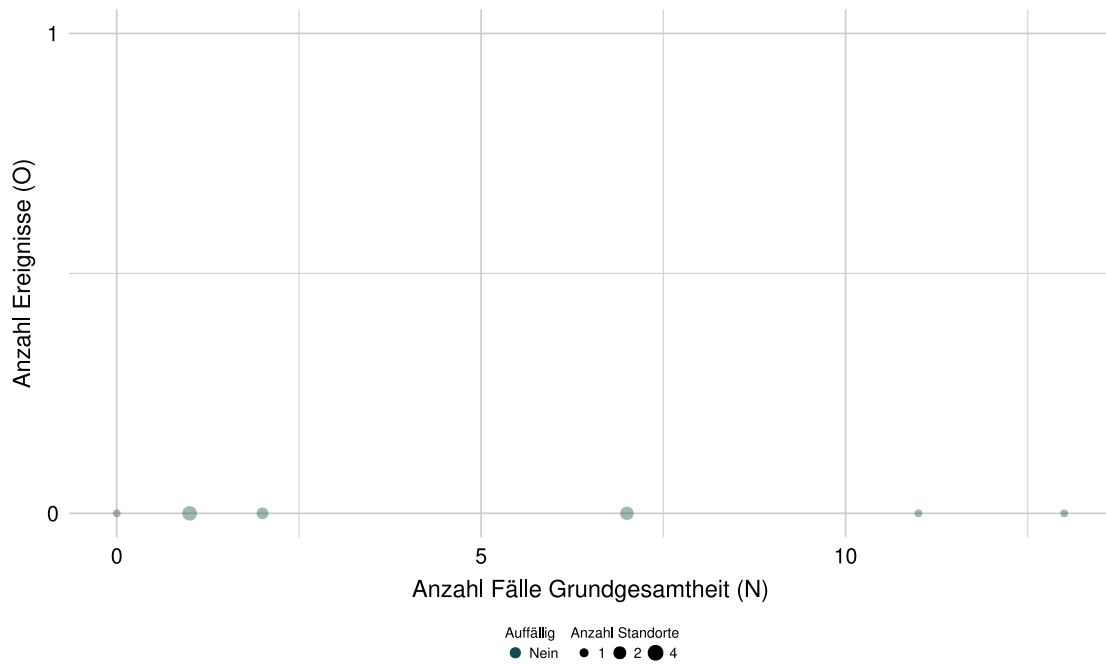
Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation nach Leberlebenspende erforderlich
ID	2127
Grundgesamtheit	Alle Leberlebenspenderinnen bzw. Leberlebenspender unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Zähler	Leberlebenspenderinnen bzw. Leberlebenspender, bei denen eine Lebertransplantation nach Leberlebenspende erforderlich wurde
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: 0 / 52 2021: 0 / 53	2019: - 2020: 0,00 % 2021: 0,00 %	2019: - 2020: 0,00 % - 6,88 % 2021: 0,00 % - 6,76 %

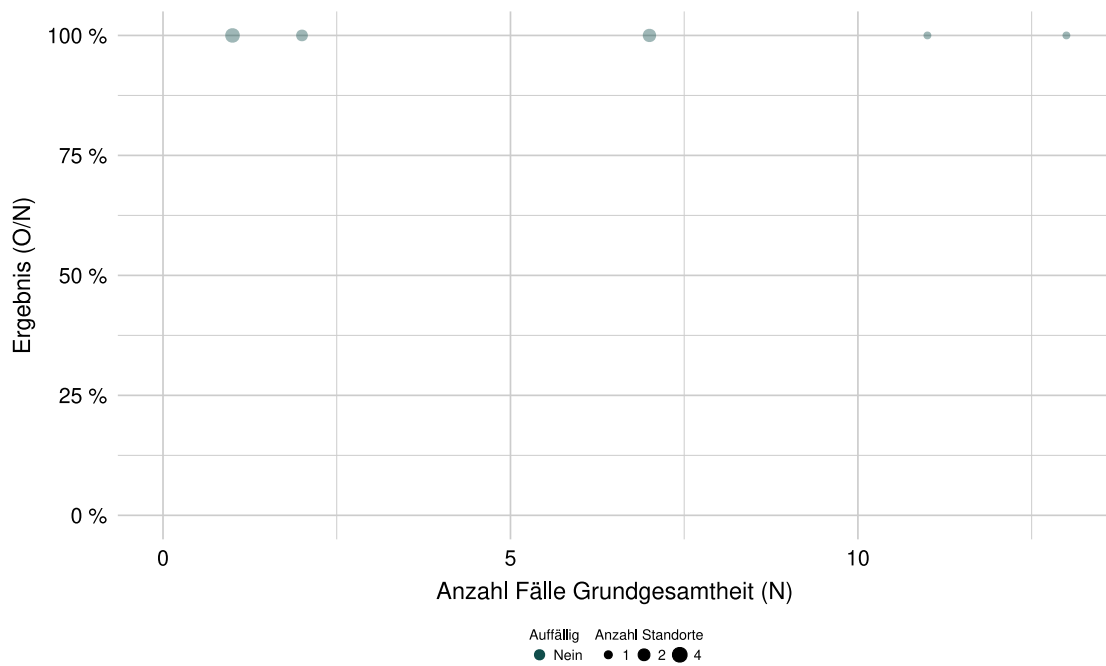
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850241: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

ID	850241
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 abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahren 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>
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul
Referenzbereich	≥ 100,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



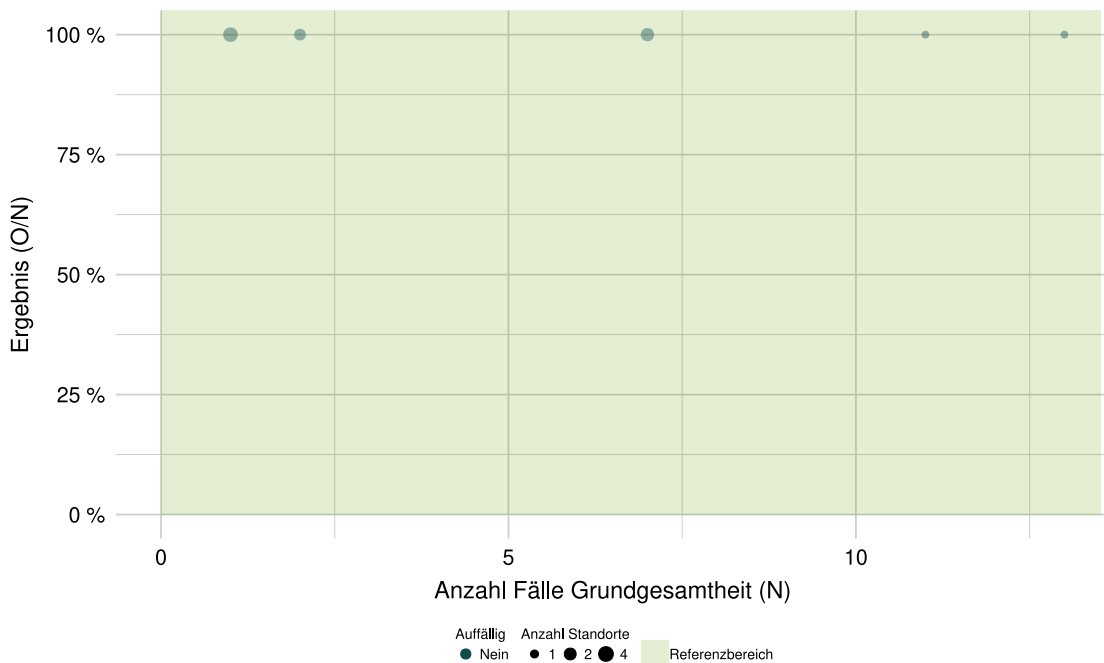
Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	53 / 53	100,00 %	0,00 % 0/11

850242: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

ID	850242
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 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>
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	53 / 53	100,00 %	0,00 % 0/11

Basisauswertung

Basisdaten Spender

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 53	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überlieger)	0	0,00
1. Quartal	13	24,53
2. Quartal	13	24,53
3. Quartal	17	32,08
4. Quartal	10	18,87
Entlassungsquartal		
1. Quartal	11	20,75
2. Quartal	13	24,53
3. Quartal	19	35,85
4. Quartal	10	18,87

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Fälle	N = 53	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 7 Tage	14	26,42
8 - 14 Tage	27	50,94
15 - 21 Tage	9	16,98
22 - 28 Tage	≤3	x
> 28 Tage	≤3	x

Bund (gesamt)	
Präoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	53
Minimum	0,00
5. Perzentil	1,00
25. Perzentil	1,00
Median	1,00
Mittelwert	2,30
75. Perzentil	2,00
95. Perzentil	7,30
Maximum	37,00
Postoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	53
Minimum	4,00
5. Perzentil	5,00
25. Perzentil	6,00
Median	7,00
Mittelwert	8,74
75. Perzentil	10,00
95. Perzentil	18,10
Maximum	25,00
Gesamtverweildauer (Tage)¹	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	53
Minimum	5,00
5. Perzentil	6,00
25. Perzentil	7,00
Median	9,00
Mittelwert	11,04
75. Perzentil	14,00
95. Perzentil	24,90
Maximum	43,00

¹ Die Gesamtverweildauer berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

Geschlecht

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 53	
Geschlecht		
(1) männlich	22	41,51
(2) weiblich	31	58,49
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Patientenalter am Aufnahmetag

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 53	
Altersverteilung		
< 20 Jahre	0	0,00
20 - 29 Jahre	12	22,64
30 - 39 Jahre	21	39,62
40 - 49 Jahre	7	13,21
50 - 59 Jahre	13	24,53
60 - 69 Jahre	0	0,00
70 - 79 Jahre	0	0,00
≥ 80 Jahre	0	0,00

Bund (gesamt)	
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	53
Minimum	20,00
5. Perzentil	20,70
25. Perzentil	30,50
Mittelwert	38,23
Median	35,00
75. Perzentil	48,50
95. Perzentil	58,30
Maximum	59,00

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 = 53	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht ($< 18,5$)	≤ 3	x
Normalgewicht ($\geq 18,5 - < 25$)	32	60,38
Übergewicht ($\geq 25 - < 30$)	16	30,19
Adipositas (≥ 30)	4	7,55

Operation

Operation (nach OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 53	
OPS²		
(5-503.3) Leberteileresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Bisegmentektomie [Lobektomie links] [Resektion der Segmente 2 und 3], zur Lebend-Organspende	31	58,49
(5-503.4) Leberteileresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Hemihepatektomie links [Resektion der Segmente (1), 2, 3, 4a und 4b] zur Lebend-Organspende	5	9,43
(5-503.5) Leberteileresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Hemihepatektomie rechts [Resektion der Segmente 5 bis 8] zur Lebend- Organspende	16	30,19
(5-503.6) Leberteileresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Resektion sonstiger Segmentkombinationen zur Lebend-Organspende	≤3	x

² Mehrfachnennung möglich

Resezierte Lebersegmente

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Leberlebendspenden	N = 53	
Segmente		
(Segment II und III) Sektorektomie links lateral	27	50,94
(Segment II, III und IV) Hemihepatektomie links	5	9,43
(Segment V, VI, VII und VIII) Hemihepatektomie rechts	17	32,08
andere	4	7,55

Gewicht der entnommenen Leber

		Bund (gesamt)
Gewichtsverteilung (Gramm)		
Anzahl Leberlebendspenden mit Angaben zum Gewicht von > 0 bis < 9999 Gramm		53
Median		335,00
Mittelwert		463,36

Verlauf

Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 53	
Komplikationen nach Clavien-Dindo-Klassifikation		
(0) nein	49	92,45
(1) Grad I (erlaubte Behandlungsoptionen)	0	0,00
(2) Grad II (weiterführende pharmakologische Behandlung, EKs, parenterale Ernährung)	0	0,00
(3) Grad III (chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention)	4	7,55
(4) Grad IV (lebensbedrohliche Komplikation)	0	0,00
(5) Grad V (Tod)	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit mindestens einer Komplikation Grad I bis V	N = 4	
Komplikationen³		
Blutung	0	0,00
Gallenwegskomplikation	4	100,00
sekundäre Wundheilung	0	0,00
Ileus	0	0,00
akutes Leberversagen	0	0,00
Thrombose	0	0,00
Lungenembolie	0	0,00
Pneumonie	0	0,00
sonstige Komplikationen	0	0,00

³ Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 53	
Lebertransplantation beim Leberlebendspender erforderlich		
(0) nein	53	100,00
(1) ja	0	0,00
davon als		
Dominotransplantation	0	-

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 53	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	37	69,81
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	14	26,42
(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	0	0,00
(07) Tod	0	0,00
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ⁴	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	≤3	x
(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 ⁵	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 ⁶	0	0,00
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	0	0,00
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	0	0,00

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

⁵ nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

⁶ für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV