

**IQTIG**

Institut für  
Qualitätssicherung  
und Transparenz im  
Gesundheitswesen

# Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung

Indikatorenset des QS-Verfahrens *Nierenersatztherapie*  
(Auswertungsmodul *Dialyse*)

**Addendum zum Abschlussbericht vom 14. März 2025**

# Informationen zum Bericht

## BERICHTSDATEN

---

**Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorenset des Verfahrens *Nierenersatztherapie (Auswertungsmodul Dialyse)*. Addendum zum Abschlussbericht vom 14. März 2025**

Ansprechperson Dr. Kathrin Wehner

Datum der Abgabe 28. Mai 2025

## AUFTRAGSDATEN

---

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung auf Basis der Ergebnisse aus den drei Modellverfahren

Datum des Auftrags 19. Januar 2023

## Kurzfassung

Der G-BA hat am 21. April 2022 Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung verabschiedet. Vor diesem Hintergrund wurde das IQTIG 2022 im ersten Schritt mit der Überarbeitung von drei QS-Verfahren (*QS PCI*, *QS HSMDEF* und *QS KEP*) beauftragt. Am 19. Januar 2023 erfolgte dann die Beauftragung zur Überarbeitung aller bestehenden QS-Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung. Zunächst erfolgte 2023 die Überprüfung von sechs QS-Verfahren (*QS KCHK*, *QS CAP*, *QS MC*, *QS KAROTIS*, *QS DEK* und *QS HGV*). Daran anschließend wurden 2024 die verbliebenen sechs QS-Verfahren (*QS WI*, *QS CHE*, *QS NET (NTX/PNTX)*, *QS TX*, *QS PM* und *QS GYN-OP*) überprüft und die Prüfergebnisse und Empfehlungen am 8. November 2024 in Form eines Vorberichts in ein externes Beteiligungsverfahren gegeben.

Das vorliegende Addendum zum Abschlussbericht vom 14. März 2025 enthält die noch ausstehenden Prüfergebnisse und Empfehlungen zum Indikatorenset des QS-Verfahrens *Nierenersatztherapie* zum Auswertungsmodul *Dialyse (NET-DIAL)*.

Das methodische Vorgehen der Überprüfung des Indikatorensets NET-DIAL entsprach dabei dem Vorgehen, wie es im Abschlussbericht „Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Indikatorensets der Verfahren *QS WI*, *QS CHE*, *QS NET (NTX/PNTX)*, *QS TX*, *QS PM* und *QS GYN-OP*“ ausführlich beschrieben ist.

Im Ergebnis der Überprüfung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Auswertungsmoduls *NET-DIAL* liegen konkrete Empfehlungen zu deren Abschaffung, Überarbeitung oder Weiterführung (mit Anpassungen) vor. Die entsprechenden Empfehlungen sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Tabelle 1: Überblick über die Empfehlungen zum Auswertungsmodul NET-DIAL

	<b>QS NET (DIAL)</b>	
	<b>Indikatoren</b>	<b>Kennzahlen</b>
Qualitätsindikatoren/Kennzahlen, für die eine Prüfung anhand der Eignungskriterien erfolgte	8	18
Qualitätsindikatoren/Kennzahlen: Abschaffen <sup>1</sup>	5	11
Qualitätsindikatoren/Kennzahlen: Überarbeiten	1	1
Qualitätsindikatoren/Kennzahlen: Weiterführen mit Anpassungen	2	6

<sup>1</sup>Für vier Indikatoren und eine Kennzahl konnte in ihrer derzeitigen inhaltlichen Ausgestaltung bzw. Operationalisierung kein Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal belegt werden, weshalb sie zur Abschaffung empfohlen werden. Die zugrunde liegenden Qualitätsmerkmale werden jedoch selbst nicht infrage gestellt. Daher soll im Rahmen der empfohlenen Aussetzung des Auswertungsmoduls *Dialyse* zur Überarbeitung eine Neuentwicklung der Indikatoren bzw. der Kennzahl geprüft werden.

	<b>QS NET (DIAL)</b>	
	<b>Indikatoren</b>	<b>Kennzahlen</b>
Qualitätsindikatoren/Kennzahlen: Weiterführen	keine	keine
Qualitätsindikatoren/Kennzahlen: Umstellung unter Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen	2	8

Die Umsetzung aller Empfehlungen zum Auswertungsmodul *NET-DIAL* würde bei den Leistungserbringern zu einer Reduktion des bundesweiten jährlichen Datenerhebungsaufwands von insgesamt rund 84 Mio. Aufwandseinheiten (33,7 %) führen. Die Umstellung einiger Indikatoren auf Sozialdaten bei den Krankenkassen kann zu weiteren Einsparungen führen.

Die Umsetzung der Empfehlungen zum Auswertungsmoduls *NET-DIAL* würde zunächst zu einer Verkleinerung des Indikatorensets führen. Im Rahmen der Überprüfung des Indikatorensets und im Laufe des Regelbetriebs konnten jedoch bereits Weiterentwicklungsbedarfe für Indikatoren und Kennzahlen sowie umfangreiche (verfahrenstechnische) Überarbeitungs- und Optimierungsbedarfe identifiziert werden, weshalb derzeit zur Abschaffung empfohlene Indikatoren/Kennzahlen im Hinblick auf eine Neuentwicklung geprüft werden sollen und ggf. wieder eingeführt werden können. Um eine umfassende Bearbeitung dieser Anpassungsbedarfe zu ermöglichen, empfiehlt das IQTIG die zeitnahe Aussetzung des Auswertungsmoduls *NET-DIAL* ab dem EJ 2026 (AJ 2027) für insgesamt drei Erfassungsjahre. Zum EJ 2029 (AJ 2030) könnte das Verfahren dann in einer inhaltlich und technisch überarbeiteten Version wiedereinssetzen.

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis .....	6
Abbildungsverzeichnis .....	6
Abkürzungsverzeichnis .....	7
1 Vorbemerkung .....	9
2 Ergebnisse und Empfehlungen zum QS-Verfahren <i>Nierenersatztherapie (QS NET)</i> – Auswertungsmodul <i>Dialyse (NET-DIAL)</i> .....	11
2.1 Übersicht über die empfohlenen Anpassungen .....	16
2.2 Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten .....	22
2.3 Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt .....	24
2.4 Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung .....	28
2.5 Katheterzugang bei Hämodialyse .....	31
2.6 Dialysefrequenz pro Woche .....	34
2.7 Dialysedauer pro Woche .....	38
2.8 Ernährungsstatus .....	41
2.9 Anämiemanagement .....	44
2.10 Hospitalisierung aufgrund von Komplikationen/Infektionen .....	48
2.11 Überleben .....	52
2.12 Fazit und Ausblick .....	57
Literatur .....	62
Impressum .....	66

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick über die Empfehlungen zum Auswertungsmodul NET-DIAL .....	3
Tabelle 2: Qualitätsdimensionen, Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Datenquellen des Indikatorensets NET-DIAL .....	12
Tabelle 3: Übersicht über die empfohlenen Anpassungen im Auswertungsmodul NET-DIAL .....	16
Tabelle 4: Überblick über die Empfehlungen zum Auswertungsmodul NET-DIAL und die erreichbaren Einsparungen von Aufwandseinheiten .....	59

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wirkmodell zu Einflussfaktoren bei den Kennzahlen 1-Jahres-Überleben (ID 572011), 1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (ID 572058), 2-Jahres-Überleben (ID 572012), 2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (ID 572059), 3-Jahres-Überleben (ID 572013), 3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (ID 572060) .....	54
--	----

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AE	Aufwandseinheiten
AJ	Auswertungsjahr
BÄK	Bundesärztekammer
CRP	C-reaktives Protein
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EF	Ejektionsfraktion
EJ	Erfassungsjahr
ERA-EDTA Registry	European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association Registry
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ( <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> )
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision – German Modification
ID	Identifikationsnummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft(en)
NET-DIAL	Auswertungsmodul <i>Dialyse</i>
NET-NTX	Auswertungsmodul <i>Nierentransplantation</i>
NET-PNTX	Auswertungsmodul <i>Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation</i>
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PD	Peritonealdialyse
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QSCAP	Qualitätssicherungsverfahren <i>Ambulant erworbene Pneumonie</i>
QSCHE	Qualitätssicherungsverfahren <i>Cholezystektomie</i>
QSDK	Qualitätssicherungsverfahren <i>Dekubitusprophylaxe</i>
QSGYN-OP	Qualitätssicherungsverfahren <i>Gynäkologische Operationen</i>
QSHGV	Qualitätssicherungsverfahren <i>Hüftgelenkversorgung</i>
QSHSMDEF	Qualitätssicherungsverfahren <i>Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren</i>

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
QS KAROTIS	Qualitätssicherungsverfahren <i>Karotis-Revaskularisation</i>
QS KCHK	Qualitätssicherungsverfahren <i>Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen</i>
QS KEP	Qualitätssicherungsverfahren <i>Knieendoprothesenversorgung</i>
QS MC	Qualitätssicherungsverfahren <i>Mammachirurgie</i>
QS NET	Qualitätssicherungsverfahren <i>Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen</i>
QS PCI	Qualitätssicherungsverfahren <i>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</i>
QS PM	Qualitätssicherungsverfahren <i>Perinatalmedizin</i>
QS TX	Qualitätssicherungsverfahren <i>Transplantationsmedizin</i>
QS WI	Qualitätssicherungsverfahren <i>Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen</i>
QS-Daten	Qualitätssicherungsdaten
QSKH-Richtlinie	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
QS-Verfahren	Qualitätssicherungsverfahren
RCT	randomisierte kontrollierte Studie (randomized controlled trial)
STNV	Stellungnahmeverfahren
TPG	Transplantationsgesetz (Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben)

# 1 Vorbemerkung

Der G-BA verabschiedete am 21. April 2022 Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. In diesem Beschluss werden verschiedene Ziele für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung skizziert und Maßnahmen aufgeführt, durch die diese Ziele erreicht werden sollen. Als ein wichtiges Ziel wird die Verbesserung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses der QS-Maßnahmen benannt. Insbesondere soll der Aufwand der Leistungserbringer für Dokumentationen allein zum Zweck der Qualitätssicherung minimiert werden. Die Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität sollen vornehmlich in Bereichen eingesetzt werden, in denen es plausibel erscheint, dass Qualitätsverbesserungen erreicht werden können.

Mit Beschluss vom 19. Mai 2022 beauftragte der G-BA daher das IQTIG, in einem ersten Schritt die Verfahren *QS PCI*, *QS HSMDEF* und *QS KEP* zu überprüfen und Empfehlungen zu deren Überarbeitung, zur Aussetzung oder zur Aufhebung von Datenfeldern, Qualitätsindikatoren oder des gesamten QS-Verfahrens vorzulegen (G-BA 2022). Das methodische Vorgehen bei der Überprüfung dieser QS-Verfahren bildet die Grundlage für das Vorgehen bei der vorliegenden Auftragsbearbeitung.

Am 19. Januar 2023 beauftragte der G-BA das IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung auf Basis der Ergebnisse aus den drei zuvor genannten Modellverfahren.

Das IQTIG soll – wie auch bei den drei Modellverfahren – konkrete Empfehlungen zur Überarbeitung, Aussetzung oder Aufhebung von Datenfeldern, Qualitätsindikatoren, Kennzahlen oder des jeweiligen QS-Verfahrens vorlegen. Dies beinhaltet insbesondere die Überprüfung, ob die Qualitätsindikatoren geeignet sind, die Qualitätsziele des QS-Verfahrens zu erreichen, ob die eingesetzten Qualitätsindikatoren Deckeneffekte aufweisen, inwieweit die Definition der Datenfelder und Nutzung der zur Verfügung stehenden Datenquellen effizienter ausgestaltet und die händische Dokumentation und weitere Aufwände reduziert werden können.

Für die Auftragsbearbeitung wurden die zwölf QS-Verfahren in zwei Gruppen unterteilt. Zunächst wurden die Verfahren *QS KCHK*, *QS CAP*, *QS MC*, *QS KAROTIS*, *QS DEK* und *QS HGV* überprüft. Der entsprechende Abschlussbericht wurde dem G-BA am 14. Juni 2024 vorgelegt und am 18. Oktober 2024 veröffentlicht (IQTIG 2024a).

Im Anschluss erfolgte die Überprüfung der übrigen sechs QS-Verfahren:

- *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)*
- *Cholezystektomie (QS CHE)*
- *Nierenersatztherapie (QS NET)*
- *Transplantationsmedizin (QS TX)*
- *Perinatalmedizin (QS PM)*
- *Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)*

Die Prüfergebnisse und Empfehlungen zu den Indikatorensets der oben aufgeführten QS-Verfahren wurden in Form eines Vorberichts vom 11. November bis 20. Dezember 2024 in ein externes Beteiligungsverfahren gegeben. Der entsprechende Abschlussbericht mit den Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Verfahren QS WI, QS CHE, QS NET (NTX/PNTX)<sup>2</sup>, QS TX, QS PM und QS GYN-OP wurde dem G-BA am 14. März 2025 vorgelegt.

Das vorliegende Addendum zum o. g. Abschlussbericht enthält die noch ausstehenden Prüfergebnisse und Empfehlungen zum Indikatorenset des QS-Verfahrens *Nierenersatztherapie* zum Auswertungsmodul *Dialyse (NET-DIAL)*.

Eine ausführliche Beschreibung des zugrunde liegenden Auftrags und des Auftragsverständnisses sowie des methodischen Vorgehens können dem Abschlussbericht zur Weiterentwicklung der QS-Verfahren QS WI, QS CHE, QS NET (NTX/PNTX), QS TX, QS PM und QS GYN-OP vom 14. März 2025 (IQTIG 2025) entnommen werden.

Die Empfehlungen zu allen sechs QS-Verfahren insgesamt sind jeweils in Form von Vorschlägen zu den Tabellen der Erforderlichkeit der Daten (Exportfelder; sog. Erforderlichkeitstabellen), den Indikatorenlisten sowie den Rechenregeln und den Spezifikationsempfehlungen umzusetzen. Die Umsetzungsempfehlungen zu den sechs QS-Verfahren sind dem G-BA bis Januar 2026 vorzulegen.

---

<sup>2</sup> Auswertungsmodule *Nierentransplantationen (NTX)* sowie *Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen (PNTX)*.

## 2 Ergebnisse und Empfehlungen zum QS-Verfahren Nierenersatztherapie (QS NET) – Auswertungsmodul Dialyse (NET-DIAL)

Das Indikatorenset des Auswertungsmoduls *Dialyse (NET-DIAL)* des QS-Verfahrens *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)* hat zum Ziel, die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischer Dialysebehandlung abzubilden. Die dauerhafte Dialysetherapie als Ersatztherapie der Nierenfunktion erfolgt bei betroffenen Patientinnen und Patienten mit einer Peritonealdialyse, einer Hämodialyse oder einer Hämo(dia)filtration. Die Dialyse kann sowohl im stationären bzw. teilstationären als auch im ambulanten Sektor durchgeführt werden.

Gleichzeitig zum Beginn der Dialysetherapie hat die Prüfung einer Anmeldung für die Warteliste zur Nierentransplantation bei der Vermittlungsstelle für Organspenden Eurotransplant zu erfolgen. Im Falle einer erfolgreichen Nierentransplantation findet die nephrologische Nachbehandlung in Zusammenarbeit mit dem Transplantationszentrum statt. Auch für die Versorgung während und nach einer Nieren- und/oder Nieren-Pankreastransplantation kann eine Dialysebehandlung notwendig sein. Sollte es zu einem Transplantatverlust (Abstoßung, Rekurrenz der Grunderkrankung etc.) kommen, beginnt für die meisten Patientinnen und Patienten eine erneute Wartezeit bis zur Nieren-Retransplantation unter Dialysebehandlung. Laut Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)<sup>3</sup> ist die Förderung der Kooperation zwischen Dialyseeinrichtungen und Transplantationszentren hierbei also eines der angestrebten Ziele des QS-Verfahrens *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen*. Dies soll ermöglichen, individuelle Therapiemöglichkeiten für Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion abzustimmen und u. a. dem Auftreten von Komplikationen oder Folgeerkrankungen entgegenzuwirken bzw. sie gemeinsam zu behandeln. Die Überlebenszeit von Patientinnen und Patienten mit chronischem Nierenversagen ist dabei wesentlich von der Qualität der Behandlung abhängig und kann bei der Kombination verschiedener Dialyseverfahren mit der Nierentransplantation mehrere Jahrzehnte bei verbesserter Lebensqualität erreichen. In diesem Sinne liegen die weiteren Ziele des Verfahrens *QS NET* in der Förderung der Behandlungsqualität in Bezug auf Dialysen und Transplantationen, der Verringerung der Komplikationsraten im Rahmen der Dialysebehandlung bzw. nach der Transplantation, der Verringerung von Begleit- und Folgeerkrankungen durch die Dialysebehandlung und Transplantation, der Förderung der Transparenz über die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz sowie der Stärkung der Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten.

---

<sup>3</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 18. Juli 2024, in Kraft getreten am 1. Januar 2025. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am: 15.01.2025).

Das Indikatorenset des Auswertungsmoduls *NET-DIAL* fokussiert auf die Information zu Behandlungsmöglichkeiten, der Evaluation zur Transplantation, der verwendeten Zugangsart für die Dialyse, der Dialysefrequenz und -dauer, dem Ernährungszustand, dem Management einer auftretenden Anämie, der Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse bzw. Peritonealdialyse (PD-Katheter)-assoziierten Infektionen sowie das Überleben nach einem, zwei, drei, fünf und zehn Jahren chronischer Dialysetherapie. Die Follow-up-Kennzahlen zum Überleben bauen sich sukzessive seit Beginn der Auswertungen des Auswertungsmoduls *NET-DIAL* unter der *DeQS-RL* zum Erfassungsjahr 2020 auf. Demzufolge konnten die Kennzahlen zum 5- und 10-Jahres-Überleben bisher noch nicht ausgewertet werden und werden im vorliegenden Bericht nicht eigenständig bewertet. Ihre Einschätzung schließt sich jedoch der Bewertung der Kennzahlen zum 1-, 2- und 3-Jahres-Überleben an. Das aktuelle Indikatorenset beinhaltet zu jedem Qualitätsmerkmal einen Indikator bzw. eine Kennzahl zu Patientinnen und Patienten über 18 Jahren und ergänzend jeweils eine Kennzahl zum gleichen Qualitätsmerkmal zu Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren.

Das aktuelle Indikatorenset wurde vom AQUA-Institut basierend auf dem deutschen Dialysestandard (AQUA 2016, Weinreich et al. 2022) entwickelt. Dieser entspricht jedoch nicht den methodischen Anforderungen der Verfahrensüberprüfung (IQTIG 2025; Kapitel 2) und konnte daher nicht bei der Evidenzrecherche berücksichtigt werden.

Tabelle 2 gibt einen Überblick über alle bei der Überprüfung des Auswertungsmoduls *NET-DIAL* berücksichtigten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die damit adressierten Qualitätsdimensionen gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2024b; Kapitel 2) und die zugrunde liegenden Datenquellen.

Tabelle 2: Qualitätsdimensionen, Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Datenquellen des Indikatorensets *NET-DIAL*

Qualitätsdimension	Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Datenquellen
<b>Wirksamkeit (effectiveness)</b>	ID 572007: Ernährungsstatus (Kennzahl)	▪ QS-Dokumentation
	ID 572054: Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	▪ QS-Dokumentation
	ID 572008: Anämiemanagement (Kennzahl)	▪ QS-Dokumentation
	ID 572055: Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	▪ QS-Dokumentation
	ID 572011: 1-Jahres-Überleben (Kennzahl)	▪ QS-Dokumentation ▪ Sozialdaten bei den Krankenkassen
	ID 572058: 1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	▪ QS-Dokumentation ▪ Sozialdaten bei den Krankenkassen
	ID 572012: 2-Jahres-Überleben (Kennzahl)	▪ QS-Dokumentation

Qualitätsdimension	Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Datenquellen
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sozialdaten bei den Krankenkassen</li> </ul>
	ID 572059: 2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ QS-Dokumentation</li> <li>▪ Sozialdaten bei den Krankenkassen</li> </ul>
	ID 572013: 3-Jahres-Überleben (Kennzahl)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ QS-Dokumentation</li> <li>▪ Sozialdaten bei den Krankenkassen</li> </ul>
	ID 572060: 3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ QS-Dokumentation</li> <li>▪ Sozialdaten bei den Krankenkassen</li> </ul>
<b>Patientensicherheit (safety)</b>	ID 572003: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ QS-Dokumentation</li> </ul>
	ID 572050: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ QS-Dokumentation</li> </ul>
	ID 572004: Katheterzugang bei Hämodialyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ QS-Dokumentation</li> </ul>
	ID 572051: Katheterzugang bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ QS-Dokumentation</li> </ul>
	ID 572007: Ernährungsstatus (Kennzahl)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ QS-Dokumentation</li> </ul>
	ID 572054: Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ QS-Dokumentation</li> </ul>
	ID 572008: Anämiemanagement (Kennzahl)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ QS-Dokumentation</li> </ul>
	ID 572055: Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ QS-Dokumentation</li> </ul>
	ID 572009: Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ QS-Dokumentation</li> <li>▪ Sozialdaten bei den Krankenkassen</li> </ul>
	ID 572056: Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ QS-Dokumentation</li> <li>▪ Sozialdaten bei den Krankenkassen</li> </ul>
	ID 572010: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ QS-Dokumentation</li> <li>▪ Sozialdaten bei den Krankenkassen</li> </ul>
	ID 572057: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ QS-Dokumentation</li> <li>▪ Sozialdaten bei den Krankenkassen</li> </ul>

Qualitätsdimension	Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Datenquellen
<b>Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit (timeliness)</b>	ID 572002: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt	▪ QS-Dokumentation
	ID 572049: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	▪ QS-Dokumentation
	ID 572003: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung	▪ QS-Dokumentation
	ID 572050: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	▪ QS-Dokumentation
	ID 572004: Katheterzugang bei Hämodialyse	▪ QS-Dokumentation
	ID 572051: Katheterzugang bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	▪ QS-Dokumentation
	ID 572007: Ernährungsstatus (Kennzahl)	▪ QS-Dokumentation
	ID 572054: Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	▪ QS-Dokumentation
	ID 572008: Anämiemanagement (Kennzahl)	▪ QS-Dokumentation
	ID 572055: Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	▪ QS-Dokumentation
<b>Koordination und Kontinuität (coordination and continuity)</b>	ID 572002: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt	▪ QS-Dokumentation
	ID 572049: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	▪ QS-Dokumentation
<b>Angemessenheit (appropriateness)</b>	ID 572003: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung	▪ QS-Dokumentation
	ID 572050: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	▪ QS-Dokumentation
	ID 572004: Katheterzugang bei Hämodialyse	▪ QS-Dokumentation
	ID 572051: Katheterzugang bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	▪ QS-Dokumentation
	ID 572005: Dialysefrequenz pro Woche	▪ QS-Dokumentation
	ID 572052: Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	▪ QS-Dokumentation
	ID 572006: Dialysedauer pro Woche	▪ QS-Dokumentation
	ID 572053: Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	▪ QS-Dokumentation

Qualitätsdimension	Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Datenquellen
<b>Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten (responsiveness)</b>	ID 572001: Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten	▪ QS-Dokumentation
	ID 572048: Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	▪ QS-Dokumentation

Tabelle 2 verdeutlicht, dass durch die Indikatoren/Kennzahlen im Auswertungsmodul *NET-DIAL* alle Qualitätsdimensionen adressiert werden. Ein Schwerpunkt liegt hierbei in den Qualitätsdimensionen **Wirksamkeit, Patientensicherheit, Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit** sowie **Ange messenheit**.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Überprüfung für die Indikatoren/Kennzahlen sowie die aus der Aufwand-Nutzen-Abwägung resultierende zusammenfassende Empfehlung dargestellt. Weitere Hintergrundinformationen dazu sind in Anhang B dargestellt. Die nachfolgende Tabelle 3 enthält eine detaillierte Übersicht über die Prüfergebnisse sowie die Empfehlungen je Qualitätsindikator bzw. Kennzahl. Die Zeitplanung bis zur Umsetzung bzw. dem Wirksamwerden der empfohlenen Anpassungen ist dem zusätzlichen Dokument „Zeitplan zur Umsetzung der Empfehlungen“ zu entnehmen.

## 2.1 Übersicht über die empfohlenen Anpassungen

Tabelle 3: Übersicht über die empfohlenen Anpassungen im Auswertungsmodul NET-DIAL

ID	Qualitätsindikator / Kennzahl	Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	Zusammenhang mit unmittelbar patientenrelevantem Merkmal	Verbesserungspotenzial	Beeinflussbarkeit	Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	Objektivität	Reliabilität	Datenqualität	Validität	Risikoadjustierung	Aufwand der Messung	Empfehlung
572001	Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten	hoch	n. e.	n. z.	ja	ja	weitgehend	mittel	mittel	hoch	nicht erforderlich	n. z.	<b>Abschaffen<sup>4</sup></b>
572048	Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	hoch	n. e.	n. z.	ja	ja	weitgehend	mittel	mittel	hoch	nicht erforderlich	n. z.	<b>Abschaffen</b>
572002	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt	mittel	nicht geprüft	hoch	mittel	ja	niedrig	mittel	mittel	gering	eingeschränkt angemessen	hoch	<b>Überarbeiten</b>
572049	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei	mittel	nicht geprüft	hoch	eher hoch	ja	niedrig	mittel	mittel	gering	eingeschränkt angemessen	mittel	<b>Abschaffen</b>

<sup>4</sup> Das Qualitätsmerkmal wird in der zukünftigen Patientenbefragung weiterhin adressiert.

ID	Qualitätsindikator / Kennzahl	Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	Zusammenhang mit unmittelbar patientenrelevantem Merkmal	Verbesserungspotenzial	Beeinflussbarkeit	Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	Objektivität	Reliabilität	Datenqualität	Validität	Risikoadjustierung	Aufwand der Messung	Empfehlung
	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)												
572003	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung	hoch	nein	hoch	eher hoch	ja	hoch	hoch	hoch	hoch	nicht angemessen	hoch	<b>Abschaffen*</b>
572050	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	hoch	nicht geprüft	gering	eher hoch	ja	hoch	hoch	hoch	hoch	nicht angemessen	mittel	<b>Abschaffen</b>
572004	Katheterzugang bei Hämodialyse	hoch	nein	hoch	eher hoch	ja	hoch	hoch	hoch	hoch	nicht angemessen	hoch	<b>Abschaffen*</b>
572051	Katheterzugang bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	hoch	nicht geprüft	eher gering	eher hoch	ja	hoch	hoch	hoch	hoch	nicht angemessen	mittel	<b>Abschaffen</b>
572005	Dialysefrequenz pro Woche	hoch	nein	hoch	ja	ja	hoch	hoch	hoch	hoch	nicht angemessen	hoch	<b>Abschaffen*</b>

ID	Qualitätsindikator / Kennzahl	Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	Zusammenhang mit unmittelbar patientenrelevantem Merkmal	Verbesserungspotenzial	Beeinflussbarkeit	Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	Objektivität	Reliabilität	Datenqualität	Validität	Risikoadjustierung	Aufwand der Messung	Empfehlung
572052	Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	hoch	nicht geprüft	eher gering	ja	ja	hoch	hoch	hoch	hoch	nicht angemessen	mittel	<b>Abschaffen</b>
572006	Dialysedauer pro Woche	hoch	nein	hoch	ja	ja	hoch	hoch	hoch	hoch	nicht angemessen	hoch	<b>Abschaffen*</b>
572053	Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	hoch	nicht geprüft	eher gering	ja	ja	hoch	hoch	hoch	hoch	nicht angemessen	mittel	<b>Abschaffen</b>
572007	Ernährungsstatus (Kennzahl)	hoch	nicht geprüft	mittel	eher hoch	ja	hoch	hoch	hoch	gering	nicht angemessen	hoch	<b>Überarbeiten</b>
572054	Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	hoch	nicht geprüft	gering	eher hoch	ja	hoch	hoch	hoch	gering	nicht angemessen	mittel	<b>Abschaffen</b>
572008	Anämiemanagement (Kennzahl)	hoch	nein	mittel	eher hoch	ja	hoch	hoch	hoch	hoch	nicht angemessen	hoch	<b>Abschaffen*</b>

ID	Qualitätsindikator / Kennzahl	Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	Zusammenhang mit unmittelbar patientenrelevantem Merkmal	Verbesserungspotenzial	Beeinflussbarkeit	Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	Objektivität	Reliabilität	Datenqualität	Validität	Risikoadjustierung	Aufwand der Messung	Empfehlung
572055	Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	hoch	nicht geprüft	gering	eher hoch	ja	hoch	hoch	hoch	hoch	nicht angemessen	mittel	<b>Abschaffen</b>
572009	Hospitalisierung aufgrund von zugangsassozierten Komplikationen bei Hämodialyse	hoch	n. e.	eher hoch	eher hoch	ja	hoch	hoch	hoch	hoch	nicht angemessen	hoch	<b>Weiterführen mit Anpassungen</b>
572056	Hospitalisierung aufgrund von zugangsassozierten Komplikationen bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	hoch	n. e.	mittel	eher hoch	ja	hoch	hoch	hoch	hoch	nicht angemessen	eher gering	<b>Abschaffen</b>
572010	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen	hoch	n. e.	eher gering	eher hoch	ja	hoch	hoch	hoch	hoch	nicht angemessen	eher hoch	<b>Weiterführen mit Anpassungen</b>

ID	Qualitätsindikator / Kennzahl	Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	Zusammenhang mit unmittelbar patientenrelevantem Merkmal	Verbesserungspotenzial	Beeinflussbarkeit	Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	Objektivität	Reliabilität	Datenqualität	Validität	Risikoadjustierung	Aufwand der Messung	Empfehlung
572057	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	hoch	n. e.	nicht berechenbar	eher hoch	ja	hoch	hoch	hoch	hoch	nicht angemessen	eher gering	<b>Abschaffen</b>
572011	1-Jahres-Überleben (Kennzahl)	hoch	n. e.	eher gering	mittel	ja	hoch	hoch	hoch	hoch	nicht angemessen	hoch	<b>Weiterführen mit Anpassungen</b>
572058	1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	hoch	n. e.	gering	mittel	ja	hoch	hoch	hoch	hoch	nicht angemessen	eher gering	<b>Weiterführen mit Anpassungen</b>
572012	2-Jahres-Überleben (Kennzahl)	hoch	n. e.	mittel	mittel	ja	hoch	hoch	hoch	hoch	nicht angemessen	hoch	<b>Weiterführen mit Anpassungen</b>
572059	2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	hoch	n. e.	eher hoch	mittel	ja	hoch	hoch	hoch	hoch	nicht angemessen	eher gering	<b>Weiterführen mit Anpassungen</b>
572013	3-Jahres-Überleben (Kennzahl)	hoch	n. e.	eher gering	mittel	ja	hoch	hoch	hoch	hoch	nicht angemessen	hoch	<b>Weiterführen mit Anpassungen</b>

ID	Qualitätsindikator / Kennzahl	Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	Zusammenhang mit unmittelbar patientenrelevantem Merkmal	Verbesserungspotenzial	Beeinflussbarkeit	Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	Objektivität	Reliabilität	Datenqualität	Validität	Risikoadjustierung	Aufwand der Messung	Empfehlung
572060	3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)	hoch	n. e.	nicht berechenbar	mittel	ja	hoch	hoch	hoch	hoch	nicht angemessen	gering	<b>Weiterführen mit Anpassungen</b>

ja = gegeben, nein = nicht gegeben, n. e. = nicht erforderlich, n. z. = nicht zutreffend<sup>5</sup>

\* Für den Indikator bzw. die Kennzahl in seiner bzw. ihrer derzeitigen inhaltlichen Ausgestaltung bzw. Operationalisierung konnte der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht belegt werden. Durch die Ergebnisse der Literaturrecherche wird die Bedeutung des Qualitätsmerkmals selbst jedoch nicht infrage gestellt. Daher soll im Rahmen der empfohlenen Aussetzung des Auswertungsmoduls *Dialyse* zur Überarbeitung eine Neuentwicklung des Indikators bzw. der Kennzahl geprüft werden.

<sup>5</sup> Im betrachteten Auswertungsjahr wurde der Qualitätsindikator bzw. die Kennzahl nicht ausgewertet.

## 2.2 Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten

- **572001: Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten**
- **572048: Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)**

Der Indikator und die Kennzahl adressieren den Anteil der Patientinnen und Patienten, die bei Beginn der Nierenersatztherapie nicht über alle Behandlungsmöglichkeiten informiert wurden. Derzeit werden hier Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten ohne Nierenersatztherapie, Hämodialyse, Peritonealdialyse, Heimdialyse, Nierentransplantation und Lebendorganspende adressiert.

Das Qualitätsziel des Indikators und der Kennzahl sind möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die nicht über alle Behandlungsmöglichkeiten informiert wurden.

### Eignung des Qualitätsmerkmals

Die Überprüfung, ob das dem Qualitätsindikator und der Kennzahl zugrunde liegende Qualitätsmerkmal weiterhin für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

Die **Bedeutung für die Patientinnen und Patienten** wird als **hoch** eingeschätzt. Das therapeutische Vorgehen sollte sowohl dem Wunsch der Patientin bzw. des Patienten entsprechen als auch medizinische und soziale Aspekte berücksichtigen. Die endgültige Entscheidung sollte von der Nephrologin bzw. vom Nephrologen gemeinsam mit der Patientin bzw. dem Patienten nach angemessener und verständlicher Bereitstellung von Informationen getroffen werden. Die einzelnen Behandlungsmöglichkeiten inklusive ihrer Vor- und Nachteile sollen von der behandelnden Nephrologin / dem behandelnden Nephrologen mit der Patientin bzw. dem Patienten und dessen Angehörigen besprochen werden. Schriftliche Informationsbroschüren, Besuche in Dialyseeinrichtungen und Kontaktvermittlungen zu Selbsthilfegruppen können dabei hilfreich sein (Weinreich et al. 2022), ersetzen das Gespräch jedoch nicht. Auch mit Augenmerk auf die fundierte Entscheidungsfindung (*informed decision making*) von Patientinnen und Patienten zeigt sich eine hohe Bedeutung dieses Qualitätsmerkmals für Patientinnen und Patienten.

Das Merkmal ist **unmittelbar patientenrelevant**.

Das **Potenzial zur Verbesserung** konnte weder für den QI 572001 noch für die Kennzahl 572048 ermittelt werden. Der Indikator und die Kennzahl waren im EJ 2023 (AJ 2024) auf Beschluss des G-BA wegen Überarbeitungsbedarfen ausgesetzt und werden erst ab dem AJ 2026 in der überarbeiteten Form wieder ausgewertet. Aufgrund dieser Überarbeitungsbedarfe konnten zur Ermittlung des Potenzials zur Verbesserung keine Daten aus vorangegangenen Erfassungsjahren verwendet werden.

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird sowohl für den Indikator als auch die Kennzahl grundsätzlich als **gegeben** eingestuft. Die Durchführung von Informationsgesprächen sowie deren inhaltliche Ausgestaltung liegt vollständig in der Hand des behandelnden Leistungserbringers.

Die **Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss** wird sowohl für den Indikator als auch die Kennzahl als **gegeben** eingeschätzt, da der Leistungserbringer das Ergebnis des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl analysieren und im Rahmen des internen Qualitätsmanagements nutzen kann. Nach der Analyse der Raten hinsichtlich der Information über die Behandlungsmöglichkeiten können die Strukturen und Prozesse bezüglich der Durchführung sowie die Inhalte von Informationsgesprächen überprüft und gegebenenfalls optimiert werden. Da die Jahresauswertungen unmittelbar im auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr zur Verfügung gestellt werden, kann ein potenzieller Handlungsanschluss frühzeitig abgeleitet werden.

In der **Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals** stuft das IQTIG dieses als **weiterhin geeignet** für die Qualitätssicherung ein.

### **Eignung der Operationalisierung**

Im nächsten Schritt wurde geprüft, ob Hinweise vorliegen, dass die Eignungskriterien der Operationalisierung nicht mehr hinreichend erfüllt sind. Diese Überprüfung ergab folgende Ergebnisse.

Bezüglich der **Objektivität der Messung** liegen Hinweise auf deren Einschränkung vor. Die Schlüsselwerte des Filterwertes „Zu welchen Behandlungsmöglichkeiten wurden dem Patienten Informationsgespräche angeboten?“ sind nicht ausreichend definiert. In der Summe wird die Objektivität der Messung der für diesen Qualitätsindikator und die Kennzahl verwendeten Datenfelder als **weitgehend** beurteilt.

Auch bezüglich der **Reliabilität der Messung (auf Fallebene)** liegen für diesen Qualitätsindikator und die Kennzahl Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Reliabilität der Messung der für diesen Qualitätsindikator bzw. diese Kennzahl verwendeten Datenfelder als **mittel** beurteilt.

Bezüglich der **Datenqualität** lagen Hinweise auf deren Einschränkung vor. Rückmeldungen einzelner Leistungserbringer legen nahe, dass die dokumentierten Schlüssel zu den Inhalten der durchgeführten Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten nicht zwingend den tatsächlichen Inhalten entsprechen. Zudem wurden von den LAG und den Leistungserbringern Ungenauigkeiten bei der Dokumentation des Beginns der Dialysetherapie sowie zum wesentlichen Ereignis beschrieben. In der Summe wird die Datenqualität der Messung der für diesen Qualitätsindikator bzw. diese Kennzahl verwendeten Datenfelder als **mittel** beurteilt.

Die **Validität** des Qualitätsindikators und der Kennzahl wird als **hoch** eingeschätzt. Es wird sichergestellt, dass alle Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden, die mit einer chronischen Dialysebehandlung begonnen haben und somit die Information zu Behandlungsmöglichkeiten erhalten sollen und keine anderen Behandlungsfälle im Indikator / in der Kennzahl eingeschlossen werden.

Bei der Prüfung der **Angemessenheit der Risikoadjustierung** wurden festgestellt, dass für diesen Indikator und diese Kennzahl auch zukünftig keine Risikoadjustierung erforderlich ist. Alle chronischen Dialysepatientinnen und -patienten sollten über alle potenziellen Behandlungsmöglichkeiten informiert werden. Hierbei sollte auch auf die Eignung der Behandlungsmöglichkeiten

unter patientenindividuellen Gesichtspunkten eingegangen werden. Die Durchführung eines solchen Informationsgesprächs ist auch bei aus Sicht des Behandelnden nicht gegebener Indikation zur Nierentransplantation zu fordern. Gegebenenfalls ist auf ein Zweitmeinungsangebot zu verweisen. Auch nach Einschätzung der LAG ist eine Risikoadjustierung für diesen Indikator und die Kennzahl nicht notwendig.

In der **Gesamtschau der Eignungskriterien der Operationalisierung** stuft das IQTIG die bisherige Operationalisierung als **geeignet** für die Qualitätssicherung ein.

### **Aufwand der Messung**

Für die Berechnung des Qualitätsindikators und der Kennzahl wird die **fallbezogene QS-Dokumentation** herangezogen.

Der **Aufwand** für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer für den Qualitätsindikator **572001** sowie für die Kennzahl **572048** wurde **nicht berechnet**, da der Qualitätsindikator und die Kennzahl im AJ 2024 ausgesetzt war.

### **Alternative Operationalisierung mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen**

Der Indikator und die Kennzahl zur unvollständigen Information über Behandlungsmöglichkeiten **eignen sich nicht** zur Abbildung über Sozialdaten bei den Krankenkassen. Der Indikator und die Kennzahl zielen auf die Durchführung und Inhalte von Informationsgesprächen ab. Diese Faktoren lassen sich weder über ICD-10-GM- noch über OPS-Kodes abbilden.

### **Aufwand-Nutzen-Abwägung und Empfehlung**

Das Qualitätsmerkmal ist gemäß den Kriterien weiterhin für die QS geeignet. Eine Aufwand-Nutzen-Abwägung konnte im Gegensatz zu den anderen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen dieses Indikatorensets nicht erfolgen, da das Verbesserungspotenzial sowie der Aufwand der Messung des Indikators und der Kennzahl nicht berechnet wurden. Der Indikator und die Kennzahl wurden im AJ 2024 auf Beschluss des G-BA wegen Überarbeitungsbedarfen ausgesetzt und seitdem noch nicht in der überarbeiteten Form ausgewertet. Die Inhalte dieses Indikators sowie der Kennzahl können jedoch zukünftig aufwandsärmer im Rahmen der bereits entwickelten Patientenbefragung (IQTIG 2021) abgebildet werden. Daher wird die **Abschaffung** des Indikators und der Kennzahl zugunsten der zukünftigen Auswertung im Rahmen der Patientenbefragung empfohlen.

## **2.3 Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt**

- **572002: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt**
- **572049: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)**

Der Indikator und die Kennzahl adressieren den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen bis zwei Jahre nach Dialysebeginn keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde.

Das Qualitätsziel des Indikators und der Kennzahl sind möglichst wenige Patientinnen und Patienten, bei denen keine Evaluation zur Transplantation innerhalb von zwei Jahren nach Dialysebeginn durchgeführt wurde.

### **Eignung des Qualitätsmerkmals**

Die Überprüfung, ob das dem Qualitätsindikator sowie der Kennzahl zugrunde liegende Qualitätsmerkmal weiterhin für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

Die **Bedeutung für die Patientinnen und Patienten** wird durch das IQTIG als **mittel** eingeschätzt. Das Behandlungsziel für Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Niereninsuffizienz, die eine Nierenersatztherapie erhalten, ist die Nierentransplantation. Daher sollten Patientinnen und Patienten zur Transplantation evaluiert werden, bei denen die Organtransplantation im Vergleich mit der sonstigen Behandlung eine Lebensverlängerung und/oder eine Verbesserung der Lebensqualität erwarten lässt (BÄK 2013). Die aus medizinischer Sicht geeigneten Patientinnen und Patienten sollten über die Vor- und Nachteile einer Nierentransplantation unterrichtet werden (Farrington und Warwick 2011). Der Ablauf der Evaluation zur Transplantation ist gesetzlich vorgeschrieben. Gemäß § 13 Abs. 3 Transplantationsgesetz (TPG) sind alle Patientinnen und Patienten mit der Indikation für die Übertragung vermittlungspflichtiger Organe an ein Transplantationszentrum zu melden, unabhängig davon, ob ein Ersatzverfahren angewendet wird oder geplant ist. Auch wenn bei individueller Eignung die Nierentransplantation zu bevorzugen ist, können Patientinnen und Patienten lange ohne Transplantation unter Dialysebehandlung überleben.

Das Merkmal ist **mittelbar patientenrelevant**. Von einer Literaturrecherche für den Nachweis des Zusammenhangs mit einem unmittelbaren patientenrelevanten Merkmal wurde aufgrund der unter „Eignung der Operationalisierung“ dargestellten Einschränkungen hinsichtlich der Objektivität abgesehen.

Das **Potenzial zur Verbesserung** würde für den **QI 572002** als **hoch** eingeschätzt. Ausschlaggebend für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials wäre die Kennzahl 2. Auf Grundlage eines Anteils von 68,03 % an Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergäbe sich ein hohes Potenzial zur Verbesserung für den Qualitätsindikator. Kennzahl 3 konnte für diesen Indikator nicht ausgewertet werden. Der Referenzbereich für diesen Indikator wurde als 95. Perzentil festgelegt. Da das 95. Perzentil im Auswertungsjahr 2023 bei 100 % lag, wurde kein Leistungserbringer in diesem Qualitätsindikator rechnerisch auffällig und entsprechend wurde mit keinem Leistungserbringer ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Allerdings lässt sich aufgrund der nicht geeigneten Operationalisierung des Qualitätsmerkmals (siehe Abschnitt „Eignung der Operationalisierung“) das Potenzial zur Verbesserung nicht abschließend anhand der vorliegenden QS-Daten beurteilen.

Das **Potenzial zur Verbesserung** würde für die **Kennzahl 572049** als **hoch** eingeschätzt. Ausschlaggebend für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials wäre die Kennzahl 2. Auf Grundlage eines Anteils von 50,00 % an Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergäbe sich ein hohes Potenzial zur Verbesserung für diese Kennzahl. Allerdings lässt sich aufgrund der nicht geeigneten Operationalisierung des Qualitätsmerkmals (siehe Abschnitt „Eignung

der Operationalisierung“) das Potenzial zur Verbesserung nicht abschließend anhand der vorliegenden QS-Daten beurteilen.

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird für den Indikator grundsätzlich als **mittel** und für die Kennzahl als **eher hoch** eingestuft. Selbst wenn die Dialyseeinrichtung Patientinnen und Patienten gemäß den Bestimmungen in § 13 Abs. 3 TPG zur Evaluation zur Nierentransplantation an ein Transplantationszentrum überweist, kann das Dialysezentrum die tatsächliche Durchführung der Evaluation nur bedingt steuern oder fördern. Das Dialysezentrum kann aber durchaus die initialen Untersuchungen zur Abschätzung der Transplantationsindikation bzw. zu deren Risiken selbst durchführen bzw. nicht invasive ambulante Untersuchungen veranlassen, bevor die Patientin bzw. der Patient in einem Transplantationszentrum vorgestellt wird. Allerdings wird die Beeinflussbarkeit bei pädiatrischen Patientinnen und Patienten durch mehrere Faktoren wie eine engere Anbindung an die wenigen auf pädiatrische Transplantationen spezialisierten Zentren, weniger gezielte Ansprechpersonen, intensivere Kommunikation auch mit Support durch die Eltern, häufig hohe Dringlichkeit aufgrund der pädiatrischen Entwicklung etc. begünstigt.

Die **Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss** wird sowohl für den Indikator als auch die Kennzahl als **gegeben** eingeschätzt, da der Leistungserbringer das Ergebnis des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl analysieren und im Rahmen des internen Qualitätsmanagements nutzen kann. Nach der Analyse der Evaluationsraten können Strukturen und Prozesse bezüglich der Überleitung an ein Transplantationszentrum und der Entscheidungsfindung zur Überweisung an ein Transplantationszentrum überprüft und gegebenenfalls optimiert werden. Zusätzlich erfolgt die Berichterstattung zum Ergebnis dieses Qualitätsindikators bzw. dieser Kennzahl unmittelbar im Anschluss an den beobachteten Zeitraum von 2 Jahren seit Dialysebeginn. Ein potenzieller Handlungsanschluss kann dementsprechend frühzeitig abgeleitet werden.

In der **Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals** stuft das IQTIG dieses als **weiterhin geeignet** für die Qualitätssicherung ein. Diese Einschätzung ist jedoch eingeschränkt, da von einer Literaturrecherche für den Nachweis des Zusammenhangs mit einem unmittelbaren patientenrelevanten Merkmal aufgrund der unter „Eignung der Operationalisierung“ dargestellten Einschränkungen der Objektivität abgesehen wurde.

### **Eignung der Operationalisierung**

Im nächsten Schritt wurde geprüft, ob Hinweise vorliegen, dass die Eignungskriterien der Operationalisierung nicht mehr hinreichend erfüllt sind. Diese Überprüfung ergab folgende Ergebnisse.

Bezüglich der **Objektivität der Messung** liegen Hinweise auf deren Einschränkung vor. So gab es von den Mitgliedern des Expertengremiums auf Bundesebene, den LAG sowie den Leistungserbringern Hinweise darauf, dass der Begriff der Evaluation zur Transplantation und auch der Zeitpunkt, wann diese als abgeschlossen gelten würde, nicht ausreichend definiert wären. In der Summe wird die Objektivität der Messung als **niedrig** beurteilt.

Bezüglich der **Reliabilität der Messung (auf Fallebene)** liegen für diesen Qualitätsindikator und die Kennzahl Hinweise auf deren Einschränkung vor. Die beschriebenen Einschränkungen bzgl.

der Begriffsdefinition Evaluation können auch zu Einschränkungen der Reliabilität der Messung führen, sind aber bei der Beurteilung bei einem Leistungserbringer geringer ausgeprägt als bei der Beurteilung durch verschiedene Leistungserbringer (siehe Objektivität). Daher wird in der Summe die Reliabilität der Messung der für diesen Qualitätsindikator bzw. diese Kennzahl verwendeten Datenfelder als **mittel** beurteilt.

Bezüglich der **Datenqualität** liegen Hinweise auf deren Einschränkung vor. Aufgrund der nicht ausreichenden Definition des Begriffs „Evaluation“ ist derzeit nicht klar, welche Daten aus der Patientenakte in die QS-Dokumentation zu übertragen sind. Daher wird die Datenqualität der Messung der für diesen Qualitätsindikator bzw. diese Kennzahl verwendeten Datenfelder in der Summe als **mittel** beurteilt.

Die **Validität** des Qualitätsindikators und der Kennzahl wird als **gering** eingeschätzt. Es kann derzeit nicht gewährleistet werden, dass ausschließlich die relevanten Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden und keine anderen Behandlungsfälle im Indikator bzw. der Kennzahl eingeschlossen werden. Das Expertengremium auf Bundesebene wies auf die eventuelle Notwendigkeit hin, den Einschluss von Patientinnen und Patienten in diesen Indikator und diese Kennzahl restriktiver zu gestalten. Ebenfalls empfahlen die LAG bei der Konzeption dieses Indikators bzw. der Kennzahl Kontraindikationen oder patientenindividuelle Aspekte (fortgeschrittenes Alter, maligne Erkrankungen, Patientenwillen) stärker zu berücksichtigen.

Die **Angemessenheit der Risikoadjustierung** wurde als **eingeschränkt angemessen** eingeschätzt. Derzeit sind der Indikator und die Kennzahl nicht risikoadjustiert. Grundsätzlich scheint es sinnvoll, zu berücksichtigen, dass sich nicht alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen für eine Transplantation und damit für weitergehende Untersuchungen eignen. Durch retrospektive Analysen soll jedoch zukünftig geprüft werden, ob bestimmte Faktoren wie beispielsweise das Alter für eine Risikoadjustierung dieses Indikators und der Kennzahl geeignet sein könnten.

In der **Gesamtschau der Eignungskriterien der Operationalisierung** stuft das IQTIG die bisherige Operationalisierung aufgrund der geringen Objektivität und geringen Validität als **nicht mehr geeignet** für die Qualitätssicherung ein.

### **Aufwand der Messung**

Für die Berechnung des Qualitätsindikators und der Kennzahl wird die **fallbezogene QS-Dokumentation** herangezogen.

Der **Aufwand** für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer für den Qualitätsindikator **572002** wird mit **47.136.555 AE** als **hoch** eingeschätzt.

Der **Aufwand** für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer für die Kennzahl **572049** wird mit **55.624 AE** als **mittel** eingeschätzt.

### **Alternative Operationalisierung mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen**

Eine Abbildung dieses Qualitätsindikators und der Kennzahl in der derzeitigen Form (Einschränkungen der Objektivität) mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen erscheint nicht möglich, da

der Evaluationsbegriff in dem Indikator bzw. der Kennzahl derzeit nicht so genau definiert ist, dass potenziell sachdienliche ICD- oder OPS-Kodes (bspw. OPS 1-920.01, 1-920.11, 1-920.21 und 1-920.31) vorbehaltlos zur Abbildung eingesetzt werden können.

### **Aufwand-Nutzen-Abwägung und Empfehlung**

Das Qualitätsmerkmal ist gemäß den Kriterien weiterhin für die QS geeignet, aufgrund der Einschränkungen in der Objektivität und Validität jedoch nicht die Operationalisierung. Der Aufwand und Nutzen wurden für den Indikator als ausgewogen eingeschätzt. Aufgrund der Einschränkungen bei der Objektivität und Validität wird empfohlen, den **Indikator** zu **überarbeiten**.

Aufgrund der unter Abschnitt 2.12 „Fazit und Ausblick“ erläuterten Gründe und entsprechend den Beratungen mit dem Expertengremium auf Bundesebene wird die **Kennzahl** zur **Abschaffung** empfohlen.

## **2.4 Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung**

- **572003: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung**
- **572050: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)**

Der Indikator und die Kennzahl adressieren den Anteil von Patientinnen und Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz und Hämodialyse, Hämodiafiltration oder Hämofiltration, die nicht innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Dialysebehandlung über einen arteriovenösen Shunt (Fistel oder Gefäßprothese) dialysiert werden.

Das Qualitätsziel des Indikators und der Kennzahl sind möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die nicht innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Dialysebehandlung mit einem arteriovenösen Shunt (Fistel oder Gefäßprothese) versorgt worden sind.

### **Eignung des Qualitätsmerkmals**

Die Überprüfung, ob das dem Qualitätsindikator sowie der Kennzahl zugrunde liegende Qualitätsmerkmal weiterhin für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

Die **Bedeutung für die Patientinnen und Patienten** wird durch das IQTIG **hoch** eingeschätzt. Der langfristige Gebrauch von venösen Kathetern als Dialysezugang bei Hämodialysepatientinnen und -patienten kann mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität assoziiert sein. Patientinnen bzw. Patienten, die mit einem Katheterzugang versorgt wurden, können im Vergleich zu Patientinnen bzw. Patienten mit anderen Gefäßzugängen ein erhöhtes Risiko zu versterben sowie für Infektionen und kardiovaskuläre Ereignisse aufweisen. In Studien zeigen sich Hinweise, dass die Anlage einer arteriovenösen Fistel mit einem geringen Risiko für das Auftreten von Infektionen und kardiovaskulären Komplikationen assoziiert sein kann (Ravani et al. 2013). Zusätzlich kann die arteriovenöse Fistel wegen ihrer besseren Funktionsrate bei der Hämodialyse den Gefäßzugang der Wahl darstellen (Fluck und Kumwenda 2011, Hollenbeck et al. 2009). Eine Verzögerung einer

Shuntanlage bei absehbarer persistierender chronischer Niereninsuffizienz wird daher als zu vermeidendes Risiko erachtet und einer frühen Verwendung eines Shunts entsprechende Bedeutung beigemessen.

Der **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal** wird für den Qualitätsindikator als **nicht ausreichend belegt** angesehen, da sich im Ergebnis der aktuell durchgeführten systematischen Literaturrecherche weder anhand von Leitlinien noch anhand von anderen Studien (siehe Anhang A, Recherchebericht *NET-DIAL*) ein Zusammenhang zwischen der frühzeitigen Verwendung eines Shunts bei chronischen Dialysepatientinnen und -patienten und den Outcomes

- Komplikationen (z. B. Sepsis, Thrombosen, Gefäßruptur, Infektionen, kardiovaskuläre Ereignisse) oder
- Mortalität

herleiten lässt. Die unter „Bedeutung für die Patientinnen und Patienten“ aufgeführte Literatur wurde aufgrund der Einschlusskriterien für die systematische Literaturrecherche nicht erneut geprüft.

Für die Kennzahl wurde keine Recherche zum Nachweis des Zusammenhangs mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal angestellt, da die Kennzahl nur ein geringes Potenzial zur Verbesserung aufweist.

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird für QI 572003 als **hoch** eingeschätzt. Ausschlaggebend für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Kennzahl 2. Auf Grundlage eines Anteils von 26,83 % an Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergibt sich ein hohes Potenzial zur Verbesserung für den Qualitätsindikator.

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird für die Kennzahl 572050 als **gering** eingeschätzt. Ausschlaggebend für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials waren die Kennzahl 1 und die Kennzahl 2. Auf Grundlage von keinem verbesserbaren Ereignis und einem Anteil von 0,00 % an Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergibt sich ein geringes Potenzial zur Verbesserung.

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird grundsätzlich als **eher hoch** eingeschätzt. Unter Berücksichtigung patientenindividueller Aspekte liegt es in der Verantwortung des Leistungserbringers zu entscheiden, bei welcher Patientin bzw. welchem Patienten ein Shunt angelegt werden sollte, entsprechend zu beraten und die Anlage des Shunts möglichst frühzeitig anzustoßen. Eine Teilverantwortung für die Erfüllung dieses Qualitätsmerkmals liegt jedoch auch bei den gefäßchirurgischen Leistungserbringern, bei denen der Shunt gelegt wird.

Die **Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss** wird sowohl für den Indikator als auch die Kennzahl als **gegeben** eingeschätzt, da der Leistungserbringer das Ergebnis des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl analysieren und im Rahmen des internen Qualitätsmanagements nutzen kann. Nach der Analyse des Anteils an Patientinnen und Patienten mit Shunt können Strukturen und Prozesse bezüglich der Entscheidungsfindung zur Empfehlung eines Shunts und Überweisung an einen gefäßchirurgischen Leistungserbringer überprüft und gegebenenfalls optimiert

werden. Zusätzlich erfolgt die Berichterstattung zum Ergebnis dieses Qualitätsindikators bzw. dieser Kennzahl unmittelbar im Auswertungsjahr nach dem jeweiligen Erfassungsjahr, in dem die Dialysetherapie begonnen hat. Ein potenzieller Handlungsanschluss kann dementsprechend frühzeitig abgeleitet werden.

In der **Gesamtschau** konnte für den Indikator 572003 in seiner derzeitigen inhaltlichen Ausgestaltung und Operationalisierung der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht ausreichend belegt werden, die Bedeutung des Qualitätsmerkmals an sich wird durch die Ergebnisse der Literaturrecherche jedoch nicht infrage gestellt.

### **Eignung der Operationalisierung**

Im nächsten Schritt wurde geprüft, ob Hinweise vorliegen, dass die Eignungskriterien der Operationalisierung nicht mehr hinreichend erfüllt sind. Diese Überprüfung ergab folgende Ergebnisse.

Bezüglich der **Objektivität der Messung** liegen keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Objektivität der Messung der für den Qualitätsindikator und die Kennzahl verwendeten Datenfelder als **hoch** beurteilt.

Bezüglich der **Reliabilität der Messung (auf Fallebene)** liegen für diesen Qualitätsindikator und diese Kennzahl keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Reliabilität der Messung der verwendeten Datenfelder als **hoch** beurteilt.

Bezüglich der **Datenqualität** lagen keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Datenqualität der Messung der für diesen Qualitätsindikator bzw. diese Kennzahl verwendeten Datenfelder als **hoch** beurteilt.

Ebenfalls die **Validität** des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl wird als **hoch** eingeschätzt. Es wird sichergestellt, dass alle Dialysepatientinnen und -patienten, die seit mindestens 180 Tagen eine Hämodialyse, eine Hämodiafiltration oder eine Hämofiltration wegen chronischer Niereninsuffizienz erhalten, berücksichtigt werden und keine anderen Fälle im Indikator bzw. in der Kennzahl eingeschlossen werden. Hierbei wird entsprechend der jeweiligen Indikator- bzw. Kennzahldefinition zwischen über 18-jährigen und unter 18-jährigen Patientinnen und Patienten unterschieden. Laut Hinweisen der LAG sollte jedoch geprüft werden, ob das Auftreten bestimmter Komorbiditäten (z. B. Gefäßanomalien, Gerinnungsprobleme, Herzinsuffizienz) zum Ausschluss aus dem Indikator bzw. der Kennzahl führen sollte.

Bei der Prüfung der **Angemessenheit der Risikoadjustierung** wurde diese als **nicht angemessen** eingeschätzt. Der Indikator und die Kennzahl sind derzeit nicht risikoadjustiert. Die Prüfung der Notwendigkeit der Einführung einer Risikoadjustierung war geplant, wäre jedoch aufgrund der unter „Aufwand-Nutzen-Abwägung und Empfehlung“ empfohlenen Abschaffung derzeit hin-fällig.

In der **Gesamtschau der Eignungskriterien der Operationalisierung** wird die bisherige Operationalisierung als **weiterhin geeignet** für die Qualitätssicherung eingestuft.

### **Aufwand der Messung**

Für die Berechnung des Qualitätsindikators und der Kennzahl wird die **fallbezogene QS-Dokumentation** herangezogen.

Der **Aufwand** für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer für den Qualitätsindikator **572003** wird mit **5.678.503 AE** als **hoch** eingeschätzt.

Der **Aufwand** für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer für die Kennzahl **572050** wird mit **13.884 AE** als **mittel** eingeschätzt.

### **Alternative Operationalisierung mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen**

Eine Abbildung dieses Qualitätsindikators und der Kennzahl in der derzeitigen Form mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen erscheint nicht möglich, da die Anlage des Shunts in der derzeitigen Komplexität des Indikators und der Kennzahl in Verbindung mit den erforderlichen Ein- und Ausschlusskriterien aktuell nicht über ICD- oder OPS-Kodes abgebildet werden kann.

### **Aufwand-Nutzen-Abwägung und Empfehlung**

Aufgrund des nicht belegten Zusammenhangs mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal wird der Indikator in seiner derzeitigen inhaltlichen Ausrichtung und Operationalisierung als nicht mehr für die QS geeignet eingeschätzt. Der Aufwand und Nutzen wurden für den Indikator als ausgewogen eingeschätzt. Für die Kennzahl überwog der Aufwand gegenüber dem Nutzen. Außerdem wurde für die Kennzahl nur ein geringes Verbesserungspotenzial ermittelt. Aufgrund dessen wird empfohlen, den Indikator und die Kennzahl **abzuschaffen**. Da das Qualitätsmerkmal an sich nicht infrage gestellt wird, soll im Rahmen der empfohlenen Aussetzung des Auswertungsmoduls *Dialyse* zur Überarbeitung die Neuentwicklung des Indikators geprüft werden.

## **2.5 Katheterzugang bei Hämodialyse**

- **572004: Katheterzugang bei Hämodialyse**
- **572051: Katheterzugang bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)**

Der Indikator und die Kennzahl adressieren den Anteil von Patientinnen und Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz und Hämodialyse, Hämodiafiltrations oder Hämofiltration, die im Beobachtungszeitraum überwiegend über einen Katheter dialysiert wurden.

Das Qualitätsziel des Indikators und der Kennzahl sind möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die über einen Katheter dialysiert werden.

### **Eignung des Qualitätsmerkmals**

Die Überprüfung, ob das dem Qualitätsindikator sowie der Kennzahl zugrunde liegende Qualitätsmerkmal weiterhin für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

Die **Bedeutung für die Patientinnen und Patienten** wird durch das IQTIG als **hoch** eingeschätzt. Der langfristige Gebrauch von venösen Kathetern als Dialysezugang bei Hämodialysepatientinnen

und -patienten kann mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität assoziiert sein. Studien weisen allerdings darauf hin, dass es nicht in allen Fällen möglich ist, die Dialyse über einen arteriovenösen Shunt durchzuführen. Die Anlage eines Katheterzugangs ist z. B. bei Patientinnen und Patienten mit bekannter eingeschränkter Pumpfunktion (EF < 30 %) (Hollenbeck et al. 2009) oder die eine geschätzte Lebenserwartung von < 6 Monaten haben, indiziert.

Der **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal** wird für den Qualitätsindikator als **nicht ausreichend belegt** angesehen, da sich im Ergebnis der aktuell durchgeführten systematischen Literaturrecherche weder anhand von Leitlinien noch anhand von anderen Studien (siehe Anhang A, Recherchebericht *NET-DIAL*) ein Unterschied zwischen der Verwendung eines Katheterzugangs und der Verwendung eines Shunts / einer Fistel bei chronischen Dialysepatientinnen und -patienten in Bezug auf die Outcomes

- Komplikationen (z. B. Sepsis, Thrombosen, Gefäßruptur, Infektionen, kardiovaskuläre Ereignisse) oder
- Mortalität

herleiten lässt. Die unter „Bedeutung für die Patientinnen und Patienten“ aufgeführte Literatur wurde aufgrund der Einschlusskriterien für die systematische Literaturrecherche nicht erneut geprüft.

Für die Kennzahl wurde keine Recherche zum Nachweis des Zusammenhangs mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal angestellt, da nach Beratungen mit dem Expertengremium auf Bundesebene empfohlen wird, die Kennzahl abzuschaffen. Weitere Erläuterungen hierzu sind unter „Aufwand-Nutzen-Abwägung und Empfehlung“ sowie dem Fazit zu finden.

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird für den **QI 572004** als **hoch** eingeschätzt. Ausschlaggebend für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Kennzahl 2. Auf Grundlage eines Anteils von 44,83 % an Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergibt sich ein hohes Potenzial zur Verbesserung für den Qualitätsindikator.

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird für die **Kennzahl 572051** als **eher gering** eingeschätzt. Ausschlaggebend für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Kennzahl 2. Auf Grundlage eines Anteils von 6,25 % an Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergibt sich ein eher geringes Potenzial zur Verbesserung für diese Kennzahl.

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird grundsätzlich als **eher hoch** eingeschätzt. Unter Berücksichtigung patientenindividueller Aspekte liegt es in der Verantwortung des Leistungserbringers zu entscheiden, bei welcher Patientin bzw. welchem Patienten ein Shunt angelegt werden sollte und für welche Patientin bzw. welchen Patienten ein Katheterzugang vorteilhafter wäre und entsprechend zu beraten. Eine Teilverantwortung für die Erfüllung dieses Qualitätsmerkmals liegt jedoch auch bei den gefäßchirurgischen Leistungserbringern, bei denen der Katheterzugang gelegt wird.

Die **Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss** wird sowohl für den Indikator als auch die Kennzahl als **gegeben** eingeschätzt, da der Leistungserbringer das Ergebnis des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl analysieren und im Rahmen des internen Qualitätsmanagements nutzen

kann. Nach der Analyse des Anteils an Patientinnen und Patienten mit Katheter können Strukturen und Prozesse bezüglich der Entscheidungsfindung zur Empfehlung des Katheters überprüft und gegebenenfalls optimiert werden. Zusätzlich erfolgt die Berichterstattung zum Ergebnis dieses Qualitätsindikators bzw. dieser Kennzahl unmittelbar im Auswertungsjahr nach dem jeweiligen Erfassungsjahr. Ein potenzieller Handlungsanschluss kann dementsprechend frühzeitig abgeleitet werden.

In der **Gesamtschau** konnte für den Indikator 572004 in seiner derzeitigen inhaltlichen Ausgestaltung und Operationalisierung der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht ausreichend belegt werden, die Bedeutung des Qualitätsmerkmals an sich wird durch die Ergebnisse der Literaturrecherche jedoch nicht infrage gestellt.

### **Eignung der Operationalisierung**

Im nächsten Schritt wurde geprüft, ob Hinweise vorliegen, dass die Eignungskriterien der Operationalisierung nicht mehr hinreichend erfüllt sind. Diese Überprüfung ergab folgende Ergebnisse.

Bezüglich der **Objektivität der Messung** liegen keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Objektivität der Messung der für diesen Qualitätsindikator und diese Kennzahl verwendeten Datenfelder als **hoch** beurteilt.

Bezüglich der **Reliabilität der Messung (auf Fallebene)** liegen für diesen Qualitätsindikator und diese Kennzahl keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Reliabilität der Messung der für diesen Qualitätsindikator und diese Kennzahl verwendeten Datenfelder als **hoch** beurteilt.

Bezüglich der **Datenqualität** lagen keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Datenqualität der Messung der für diesen Qualitätsindikator und diese Kennzahl verwendeten Datenfelder als **hoch** beurteilt.

Ebenfalls die **Validität** des Qualitätsindikators und der Kennzahl wird als **hoch** eingeschätzt. Es wird sichergestellt, dass alle Dialysepatientinnen und -patienten, die seit mindestens 180 Tagen eine Hämodialyse, eine Hämodiafiltration oder eine Hämofiltration wegen chronischer Niereninsuffizienz erhalten, berücksichtigt werden und keine anderen Fälle im Indikator bzw. in der Kennzahl eingeschlossen werden. Hierbei wird entsprechend der jeweiligen Indikator- bzw. Kennzahldefinition zwischen über 18-jährigen und unter 18-jährigen Patientinnen und Patienten unterschieden. Laut Hinweisen der LAG sollte jedoch geprüft werden, ob das Auftreten bestimmter Komorbiditäten (z. B. Gefäßanomalien, Gerinnungsprobleme, Herzinsuffizienz) zum Anschluss aus dem Indikator bzw. der Kennzahl führen sollte.

Bei der Prüfung der **Angemessenheit der Risikoadjustierung** wurde diese als **nicht angemessen** eingeschätzt. Der Indikator und die Kennzahl sind derzeit nicht risikoadjustiert. Die Prüfung der Notwendigkeit der Einführung einer Risikoadjustierung war geplant, wäre jedoch aufgrund der unter „Aufwand-Nutzen-Abwägung und Empfehlung“ empfohlenen Abschaffung derzeit hin-fällig.

In der **Gesamtschau der Eignungskriterien der Operationalisierung** wird die bisherige Operationalisierung als **weiterhin geeignet** für die Qualitätssicherung eingestuft.

### **Aufwand der Messung**

Für die Berechnung des Qualitätsindikators und der Kennzahl wird die **fallbezogene QS-Dokumentation** herangezogen.

Der **Aufwand** für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer für den Qualitätsindikator **572004** wird mit **21.917.268 AE** als **hoch** eingeschätzt.

Der **Aufwand** für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer für die Kennzahl **572051** wird mit **15.146 AE** als **mittel** eingeschätzt.

### **Alternative Operationalisierung mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen**

Eine Abbildung dieses Qualitätsindikators und der Kennzahl in der derzeitigen Form mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen erscheint nicht möglich, da die Anlage des Katheters in der derzeitigen Komplexität des Indikators und der Kennzahl in Verbindung mit den erforderlichen Ein- und Ausschlusskriterien aktuell nicht über ICD- oder OPS-Kodes abgebildet werden kann.

### **Aufwand-Nutzen-Abwägung und Empfehlung**

Aufgrund des nicht belegten Zusammenhangs mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal wird der Indikator in seiner derzeitigen inhaltlichen Ausrichtung und Operationalisierung als nicht mehr für die QS geeignet eingeschätzt. Der Aufwand und Nutzen wurden für den Indikator als ausgewogen eingeschätzt. Aufgrund des nicht belegten Zusammenhangs mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal wird empfohlen, **den Indikator abzuschaffen**. Da das Qualitätsmerkmal an sich nicht infrage gestellt wird, soll im Rahmen der empfohlenen Aussetzung des Auswertungsmoduls *Dialyse* zur Überarbeitung die Neuentwicklung des Indikators geprüft werden.

Aufgrund der unter Abschnitt 2.12 „Fazit und Ausblick“ erläuterten Gründe und entsprechend den Beratungen mit dem Expertengremium auf Bundesebene wird die **Kennzahl** zur **Abschaffung** empfohlen.

## **2.6 Dialysefrequenz pro Woche**

- **572005: Dialysefrequenz pro Woche**
- **572052: Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)**

Der Indikator und die Kennzahl adressieren den Anteil der Patientinnen und Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz und Hämodialyse, Hämodiafiltration oder Hämofiltration, die häufig weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten.

Das Qualitätsziel des Indikators und der Kennzahl sind möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die häufig weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten.

### Eignung des Qualitätsmerkmals

Die Überprüfung, ob das dem Qualitätsindikator und der Kennzahl zugrunde liegende Qualitätsmerkmal weiterhin für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

Die **Bedeutung für die Patientinnen und Patienten** wird durch das IQTIG als **hoch** eingeschätzt. Weltweit werden die meisten Patientinnen bzw. Patienten drei- oder viermal in der Woche dialysiert (Thumfart et al. 2014). Die Rationale für die weltweite Empfehlung bzw. Einhaltung dieser Dialysefrequenz ergibt sich durch die Kombination aus physikalischen Untersuchungen, der Akzeptanz der Patientinnen und Patienten, Umsetzbarkeit, Logistik und Behandlungskosten (Held und Pauly 1983, Scribner et al. 1960, Teschan et al. 1975). Somit hat sich die Dialysefrequenz von drei Mal/Woche mittlerweile zum Standard etabliert. Studien weisen darauf hin, dass eine hinreichende Effektivität der Hämodialysebehandlung in der Regel durch drei Sitzungen pro Woche mit einem adäquaten Dialysator zu erreichen ist (Tattersall et al. 2007, Weinreich et al. 2022).

Der **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal** wird für den Qualitätsindikator als **nicht ausreichend belegt** angesehen. Es konnten nur Studien für Patientinnen und Patienten mit inkrementeller Hämodialyse identifiziert werden. Für Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einer chronischen Nierenerkrankung und allen anderen Dialysebehandlungen lässt sich im Ergebnis der aktuell durchgeführten systematischen Literaturrecherche weder anhand von Leitlinien noch anhand von anderen Studien (siehe Anhang A, Recherchebericht *NET-DIAL*) ein Unterschied zwischen einer mindestens dreimaligen Dialyse pro Woche und einer Dialyseanzahl von weniger als drei Mal pro Woche in Bezug auf die Outcomes

- Mortalität,
- Lebensqualität oder
- Morbidität

herleiten. Es konnte ein systematischer Review (Liu et al. 2019) identifiziert werden, bei dem von 16 eingeschlossenen Studien aufgrund der jeweils eingeschlossenen Populationen eine Kohortenstudie als relevant extrahiert worden ist. In der Studie wurde die inkrementelle Hämodialyse (nicht näher beschrieben; n = 41) gegen die konventionelle Hämodialyse (drei Mal je Woche; n = 54) verglichen. Bei Patientinnen und Patienten mit inkrementeller Hämodialyse zeigt sich ein signifikant geringeres Risiko zu versterben (Beobachtungszeitraum nicht näher bezeichnet; RR 0,28 [95 % CI 0,09; 0,92]) sowie eine signifikant langsamere Abnahme der Nierenfunktion (Veränderung der glomerulären Filtrationsrate (standardized mean difference 0,68 [95 % CI 0,27; 1,10])).

Einschränkend ist darauf hinzuweisen, dass sich die gefundene Evidenz ausschließlich auf die inkrementelle Dialyse bezieht, die üblicherweise zur Überleitung in eine chronische, regelmäßige Dialyse Anwendung findet und somit nicht auf alle im Qualitätsindikator adressierten Patientinnen und Patienten zutrifft. Zudem wird eine einzelne Kohortenstudie methodisch als nicht ausreichend belastbar für die Herleitung eines Zusammenhangs mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal bewertet. Die unter „Bedeutung für die Patientinnen und Patienten“ aufgeführte Literatur wurde aufgrund der Einschlusskriterien für die systematische Literaturrecherche nicht erneut geprüft. Abschließend hat es sich als schwierig erwiesen, Studien zu finden, die

Dialysestrategien im Vergleich zum internationalen Standard untersuchten, weshalb keine entsprechende Literatur einbezogen werden konnte. Für die derzeitige inhaltliche Ausrichtung und Operationalisierung des Indikators konnte daher kein Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal belegt werden. Nichtsdestotrotz brachte die Recherche Hinweise auf die zunehmende Relevanz der inkrementellen (z. B. Liu et al. 2019) und dekrementellen Dialyse. Solche Aspekte sollen während der empfohlenen Aussetzung des Auswertungsmoduls *Dialyse* zur Überarbeitung berücksichtigt und bei der Neuentwicklung des Indikators geprüft werden.

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird für **QI 572005** als **hoch** eingeschätzt. Ausschlaggebend für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Kennzahl 2. Auf Grundlage eines Anteils von 40,93 % an Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergibt sich ein hohes Potenzial zur Verbesserung für den Qualitätsindikator.

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird für die **Kennzahl 572052** als **eher gering** eingeschätzt. Ausschlaggebend für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Kennzahl 2. Auf Grundlage eines Anteils von 7,69 % an Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergibt sich ein eher geringes Potenzial zur Verbesserung.

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird grundsätzlich als **gegeben** eingeschätzt. Unter Berücksichtigung patientenindividueller Aspekte liegt die Einhaltung einer angemessenen Dialysefrequenz ausschließlich in der Verantwortung des Leistungserbringers. Auch die entsprechende Information und Beratung der Dialysepatientinnen und -patienten bezüglich der Dialysefrequenz liegt in der Verantwortung des Leistungserbringers.

Die **Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss** wird sowohl für den Indikator als auch die Kennzahl als **gegeben** eingeschätzt, da der Leistungserbringer das Ergebnis des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl analysieren und im Rahmen des internen Qualitätsmanagements nutzen kann. Nach der Analyse der durchschnittlichen Dialysefrequenz können Strukturen und Prozesse überprüft und gegebenenfalls optimiert werden. Zusätzlich erfolgt die Berichterstattung zum Ergebnis dieses Qualitätsindikators bzw. dieser Kennzahl unmittelbar im Auswertungsjahr nach dem jeweiligen Erfassungsjahr. Ein potenzieller Handlungsanschluss kann dementsprechend frühzeitig abgeleitet werden.

In der **Gesamtschau** konnte für den Indikator 572005 in seiner derzeitigen inhaltlichen Ausgestaltung und Operationalisierung der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht ausreichend belegt werden, die Bedeutung des Qualitätsmerkmals an sich wird durch die Ergebnisse der Literaturrecherche jedoch nicht infrage gestellt.

### **Eignung der Operationalisierung**

Im nächsten Schritt wurde geprüft, ob Hinweise vorliegen, dass die Eignungskriterien der Operationalisierung nicht mehr hinreichend erfüllt sind. Diese Überprüfung ergab folgende Ergebnisse.

Bezüglich der **Objektivität der Messung** liegen keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. Es gibt lediglich vereinzelte Hinweise der LAG, dass besser definierte Ausfüllhinweise zum Verständ-

nis der Anforderung der einzelnen Datenfelder beitragen könnten. In der Summe wird die Objektivität der Messung der für diesen Qualitätsindikator und diese Kennzahl verwendeten Datenfelder als **hoch** beurteilt.

Bezüglich der **Reliabilität der Messung (auf Fallebene)** liegen für diesen Qualitätsindikator und diese Kennzahl keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Reliabilität der Messung der für diesen Qualitätsindikator bzw. diese Kennzahl verwendeten Datenfelder als **hoch** beurteilt.

Bezüglich der **Datenqualität** lagen keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Datenqualität der Messung der für diesen Qualitätsindikator und diese Kennzahl verwendeten Datenfelder als **hoch** beurteilt.

Ebenfalls die **Validität** des Qualitätsindikators und der Kennzahl wird als **hoch** eingeschätzt. Es wird sichergestellt, dass alle Dialysepatientinnen und -patienten, die eine chronische Hämodialyse, Hämodiafiltration oder Hämofiltration erhalten, berücksichtigt werden und keine anderen Fälle im Indikator bzw. in der Kennzahl eingeschlossen werden. Hierbei wird entsprechend der jeweiligen Indikator- bzw. Kennzahldefinition zwischen über 18-jährigen und unter 18-jährigen Patientinnen und Patienten unterschieden.

Bei der Prüfung der **Angemessenheit der Risikoadjustierung** wurde diese als **nicht angemessen** eingeschätzt. Der Indikator und die Kennzahl sind derzeit nicht risikoadjustiert. Die Prüfung der Notwendigkeit der Einführung einer Risikoadjustierung war geplant, wäre jedoch aufgrund der unter „Aufwand-Nutzen-Abwägung und Empfehlung“ empfohlenen Abschaffung derzeit hinfällig.

In der **Gesamtschau der Eignungskriterien der Operationalisierung** wird die bisherige Operationalisierung als **weiterhin geeignet** für die Qualitätssicherung eingestuft.

### **Aufwand der Messung**

Für die Berechnung des Qualitätsindikators und der Kennzahl wird die **fallbezogene QS-Dokumentation** herangezogen.

Der **Aufwand** für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer für den Qualitätsindikator **572005** wird mit **10.786.616 AE** als **hoch** eingeschätzt.

Der **Aufwand** für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer für die Kennzahl **572052** wird mit **11.398 AE** als **mittel** eingeschätzt.

### **Alternative Operationalisierung mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen**

Eine Abbildung dieses Qualitätsindikators und der Kennzahl in der derzeitigen Form mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen erscheint nicht möglich, da die aktuell erforderlichen Parameter nicht über ICD- oder OPS-Kodes abgebildet werden können.

## Aufwand-Nutzen-Abwägung und Empfehlung

Aufgrund des nicht belegten Zusammenhangs mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal wird der Indikator in seiner derzeitigen inhaltlichen Ausrichtung und Operationalisierung als nicht mehr für die QS geeignet eingeschätzt. Der Aufwand und Nutzen wurden für den Indikator als ausgewogen eingeschätzt. Aufgrund des nicht belegten Zusammenhangs mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal wird empfohlen, **den Indikator abzuschaffen**. Da das Qualitätsmerkmal an sich nicht infrage gestellt wird, soll im Rahmen der empfohlenen Aussetzung des Auswertungsmoduls *Dialyse* zur Überarbeitung die Neuentwicklung des Indikators geprüft werden.

Aufgrund der unter Abschnitt 2.12 „Fazit und Ausblick“ erläuterten Gründe und entsprechend den Beratungen mit dem Expertengremium auf Bundesebene wird die **Kennzahl** zur **Abschaffung** empfohlen.

## 2.7 Dialysedauer pro Woche

- **572006: Dialysedauer pro Woche**
- **572053: Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)**

Der Indikator und die Kennzahl adressieren den Anteil der Patientinnen und Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz und Hämodialyse, Hämodiafiltration oder Hämofiltration, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt.

Das Qualitätsziel des Indikators und der Kennzahl sind möglichst wenige Patientinnen und Patienten, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt.

### Eignung des Qualitätsmerkmals

Die Überprüfung, ob das dem Qualitätsindikator sowie der Kennzahl zugrunde liegende Qualitätsmerkmal weiterhin für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

Die **Bedeutung für die Patientinnen und Patienten** wird durch das IQTIG als **hoch** eingeschätzt. Bei der Festlegung der optimalen Dialysedauer für eine Patientin oder einen Patienten muss berücksichtigt werden, dass eine längere Dauer einerseits eine zusätzliche Belastung für die Patientin bzw. den Patienten und für deren Alltag bedeutet, andererseits aber auch bessere Ergebnisse erzielt werden können. Die meisten Patientinnen bzw. Patienten erhalten dreimal pro Woche eine Dialyse mit einer Laufzeit von < 5 Stunden. Studien legen nahe, dass Patientinnen oder Patienten mit einer längeren Behandlungszeit ein geringeres Risiko in der kardiovaskulären Mortalität sowie der Gesamtmortalität haben können. Daher wird eine längere Dialysesitzung mit einer besseren Überlebensrate bei Patientinnen bzw. Patienten mit einer Hämodialyse in Verbindung gebracht (Saran et al. 2006, Tentori et al. 2012). Es wird empfohlen, dass die Dauer der dreimal wöchentlich durchgeführten Hämodialyse jeweils nicht weniger als vier Stunden betragen sollte (Lacson et al. 2010, Weinreich et al. 2022).

Der **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal** wird für den Qualitätsindikator als **nicht ausreichend belegt** angesehen, da sich bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einer chronischen Nierenerkrankung und Dialysebehandlung im Ergebnis der aktuell durchgeführten systematischen Literaturrecherche weder anhand von Leitlinien noch anhand von anderen Studien (siehe Anhang A, Recherchebericht *NET-DIAL*) Unterschiede zwischen einer Dialysedauer von mindestens 12 Stunden pro Woche und einer Dialysedauer von weniger als 12 Stunden pro Woche in Bezug auf die Outcomes

- (kardiovaskuläre) Mortalität,
- Lebensqualität oder
- Morbidität

herleiten lässt. Die unter „Bedeutung für die Patientinnen und Patienten“ aufgeführte Literatur wurde aufgrund der Einschlusskriterien für die systematische Literaturrecherche nicht erneut geprüft. Abschließend hat es sich als schwierig erwiesen, Studien zu finden, die Dialysestrategien im Vergleich zum internationalen Standard untersuchten, weshalb keine entsprechende Literatur einbezogen werden konnte. Für die derzeitige inhaltliche Ausrichtung und Operationalisierung des Indikators konnte daher kein Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal belegt werden. Nichtsdestotrotz brachte die Recherche Hinweise auf die zunehmende Relevanz der inkrementellen (z. B. Liu et al. 2019) und dekrementellen Dialyse. Solche Aspekte sollen während der empfohlenen Aussetzung des Auswertungsmoduls *Dialyse* zur Überarbeitung berücksichtigt und bei der Neuentwicklung des Indikators geprüft werden.

Für die Kennzahl wurde keine Recherche zum Nachweis des Zusammenhangs mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal angestellt, da nach Beratungen mit dem Expertengremium auf Bundesebene empfohlen wird, die Kennzahl abzuschaffen. Weitere Erläuterungen hierzu sind unter „Aufwand-Nutzen-Abwägung und Empfehlung“ sowie dem Fazit zu finden.

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird für **QI 572006** als **hoch** eingeschätzt. Ausschlaggebend für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Kennzahl 2. Auf Grundlage eines Anteils von 50,06 % an Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergibt sich ein hohes Potenzial zur Verbesserung für den Qualitätsindikator.

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird für die **Kennzahl 572053** als **eher gering** eingeschätzt. Ausschlaggebend für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Kennzahl 2. Auf Grundlage eines Anteils von 7,69 % an Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergibt sich ein eher geringes Potenzial zur Verbesserung für diese Kennzahl.

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird grundsätzlich als **gegeben** eingeschätzt. Unter Berücksichtigung patientenindividueller Aspekte liegt die Einhaltung einer angemessenen Dialysedauer pro Woche ausschließlich in der Verantwortung des Leistungserbringers. Auch die entsprechende Information und Beratung der Dialysepatientinnen und -patienten bezüglich der Dialysedauer liegt in der Verantwortung des Leistungserbringers.

Die **Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss** wird sowohl für den Indikator als auch die Kennzahl als **gegeben** eingeschätzt, da der Leistungserbringer das Ergebnis des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl analysieren und im Rahmen des internen Qualitätsmanagements nutzen kann. Nach der Analyse der durchschnittlichen Dialyседauer pro Woche können Strukturen und Prozesse überprüft und gegebenenfalls optimiert werden. Zusätzlich erfolgt die Berichterstattung zum Ergebnis dieses Qualitätsindikators bzw. dieser Kennzahl unmittelbar im Auswertungsjahr nach dem jeweiligen Erfassungsjahr. Ein potenzieller Handlungsanschluss kann dementsprechend frühzeitig abgeleitet werden.

In der **Gesamtschau** konnte für den Indikator 572006 in seiner derzeitigen inhaltlichen Ausgestaltung und Operationalisierung der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht ausreichend belegt werden, die Bedeutung des Qualitätsmerkmals an sich wird durch die Ergebnisse der Literaturrecherche jedoch nicht infrage gestellt.

### **Eignung der Operationalisierung**

Im nächsten Schritt wurde geprüft, ob Hinweise vorliegen, dass die Eignungskriterien der Operationalisierung nicht mehr hinreichend erfüllt sind. Diese Überprüfung ergab folgende Ergebnisse.

Bezüglich der **Objektivität der Messung** liegen keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Objektivität der Messung der für diesen Qualitätsindikator und diese Kennzahl verwendeten Datenfelder als **hoch** beurteilt.

Bezüglich der **Reliabilität der Messung (auf Fallebene)** liegen keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Reliabilität der Messung der für diesen Qualitätsindikator und diese Kennzahl verwendeten Datenfelder als **hoch** beurteilt.

Bezüglich der **Datenqualität** lagen keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Datenqualität der Messung der für diesen Qualitätsindikator und diese Kennzahl verwendeten Datenfelder als **hoch** beurteilt.

Ebenfalls die **Validität** des Qualitätsindikators sowie der Kennzahl wird als **hoch** eingeschätzt. Es wird sichergestellt, dass alle Dialysepatientinnen und -patienten, die eine chronische Hämodialyse, Hämodiafiltration oder Hämofiltration erhalten, berücksichtigt werden und keine anderen Fälle im Indikator bzw. in der Kennzahl eingeschlossen werden. Hierbei wird entsprechend der jeweiligen Indikator- bzw. Kennzahldefinition zwischen über 18-jährigen und unter 18-jährigen Patientinnen und Patienten unterschieden. Laut Hinweisen der LAG sollte geprüft werden, ob der Wunsch einzelner Patientinnen und Patienten von der Standardtherapie abzuweichen, zum grundsätzlichen Ausschluss dieser führen sollte.

Bei der Prüfung der **Angemessenheit der Risikoadjustierung** wurde diese als **nicht angemessen** eingeschätzt. Der Indikator und die Kennzahl sind derzeit nicht risikoadjustiert. Die Prüfung der Notwendigkeit der Einführung einer Risikoadjustierung war geplant, wäre jedoch aufgrund der unter „Aufwand-Nutzen-Abwägung und Empfehlung“ empfohlenen Abschaffung derzeit hin-fällig.

In der **Gesamtschau der Eignungskriterien der Operationalisierung** wird die bisherige Operationalisierung als **weiterhin geeignet** für die Qualitätssicherung eingestuft.

### **Aufwand der Messung**

Für die Berechnung des Qualitätsindikators und der Kennzahl wird die **fallbezogene QS-Dokumentation** herangezogen.

Der **Aufwand** für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer für den Qualitätsindikator **572006** wird mit **19.454.858 AE** als **hoch** eingeschätzt.

Der **Aufwand** für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer für die Kennzahl **572053** wird mit **20.763 AE** als **mittel** eingeschätzt.

### **Alternative Operationalisierung mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen**

Eine Abbildung dieses Qualitätsindikators und der Kennzahl in der derzeitigen Form mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen erscheint nicht möglich, da die aktuell erforderlichen Parameter nicht über ICD- oder OPS-Kodes abgebildet werden können.

### **Aufwand-Nutzen-Abwägung und Empfehlung**

Aufgrund des nicht belegten Zusammenhangs mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal wird der Indikator in seiner derzeitigen inhaltlichen Ausrichtung und Operationalisierung als nicht mehr für die QS geeignet eingeschätzt. Der Aufwand und Nutzen wurden für den Indikator als ausgewogen eingeschätzt. Aufgrund des nicht belegten Zusammenhangs mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal wird empfohlen, **den Indikator abzuschaffen**. Da das Qualitätsmerkmal an sich nicht infrage gestellt wird, soll im Rahmen der empfohlenen Aussetzung des Auswertungsmoduls *Dialyse* zur Überarbeitung die Neuentwicklung des Indikators geprüft werden.

Aufgrund der unter Abschnitt 2.12 „Fazit und Ausblick“ erläuterten Gründe und entsprechend den Beratungen mit dem Expertengremium auf Bundesebene wird die **Kennzahl** zur **Abschaffung** empfohlen.

## **2.8 Ernährungsstatus**

- **572007: Ernährungsstatus (Kennzahl)**
- **572054: Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)**

Die Kennzahlen adressieren den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die im Beobachtungszeitraum unter einer Mangelernährung leiden.

Das Qualitätsziel der Kennzahlen sind möglichst wenigen Patientinnen und Patienten, die unter Mangelernährung leiden.

### **Eignung des Qualitätsmerkmals**

Die Überprüfung, ob das den Kennzahlen zugrunde liegende Qualitätsmerkmal weiterhin für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

Die **Bedeutung für die Patientinnen und Patienten** wird durch das IQTIG als **hoch** eingeschätzt. Dialysepatientinnen und -patienten sind aufgrund eines therapiebedingten Eiweißverlusts und häufig bestehender Appetitlosigkeit besonders gefährdet, an einer Mangelernährung zu leiden. Diese führt ebenso zu einer schlechteren Verträglichkeit der Dialysebehandlung und einer erhöhten Gefahr von extrarenalen Komplikationen. Bei der Betreuung dialysepflichtiger Patientinnen und Patienten wird daher alle 3 bis 6 Monate ein Monitoring des Ernährungszustands empfohlen (Wright und Jones 2011). Die zeitnahe Reaktion auf einen verschlechterten Ernährungsstatus, hier definiert über einen niedrigen Albuminwert und einen hohen Gewichtsverlust, hat daher eine hohe Bedeutung für Patientinnen und Patienten.

Das Merkmal ist **mittelbar patientenrelevant**, da hier das Management von unmittelbar patientenrelevanten Faktoren (Albuminwert, hoher Gewichtsverlust) über einen Quartalsverlauf hinweg geprüft wird. Von einer Literaturrecherche für den Nachweis des Zusammenhangs mit einem unmittelbaren patientenrelevanten Merkmal wurde aufgrund der unter „Eignung der Operationalisierung“ dargestellten Einschränkungen hinsichtlich der Validität abgesehen.

Das **Potenzial zur Verbesserung** würde für die **Kennzahl 572007** als **mittel** eingeschätzt. Ausschlaggebend für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials wären die Kennzahl 1 und die Kennzahl 2. Auf Grundlage von 790,12 verbesserbaren Ereignissen und einem Anteil von 18,46 % an Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergäbe sich ein geringes Potenzial zur Verbesserung. Allerdings lässt sich aufgrund der nicht geeigneten Operationalisierung des Qualitätsmerkmals (siehe Abschnitt „Eignung der Operationalisierung“) das Potenzial zur Verbesserung nicht abschließend anhand der vorliegenden QS-Daten beurteilen.

Das **Potenzial zur Verbesserung** würde für die **Kennzahl 572054** als **gering** eingeschätzt. Ausschlaggebend für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials wären die Kennzahl 1 und die Kennzahl 2. Auf Grundlage von keinem verbesserbaren Ereignis und einem Anteil von 0 % an Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergäbe sich ein geringes Potenzial zur Verbesserung. Allerdings lässt sich aufgrund der nicht geeigneten Operationalisierung des Qualitätsmerkmals (siehe Abschnitt „Eignung der Operationalisierung“) das Potenzial zur Verbesserung nicht abschließend anhand der vorliegenden QS-Daten beurteilen.

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird für die Kennzahlen grundsätzlich als **eher hoch** eingestuft. Leistungserbringer können den Gewichtsverlauf von Dialysepatientinnen und -patienten evaluieren und bei Bedarf eine patientenindividuelle Beratung, z. B. zum Kalorien- und Eiweißbedarf bzw. Ernährungsberatung, anbieten. Das Patientenverhalten sowie deren Umgang mit der Beratung spielen jedoch ebenfalls eine Rolle bei der Ausprägung des Qualitätsmerkmals.

Die **Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss** wird für die Kennzahlen als **gegeben** eingeschätzt, da der Leistungserbringer das Ergebnis der Kennzahlen analysieren und im Rahmen des internen Qualitätsmanagements nutzen kann. Nach der Analyse können Strukturen und Prozesse bezüglich des Managements des Ernährungsstatus bei Dialysepatientinnen und -patienten über-

prüft und gegebenenfalls optimiert werden. Zusätzlich erfolgt die Berichterstattung zum Ergebnis dieser Kennzahlen unmittelbar im Auswertungsjahr nach dem jeweiligen Erfassungsjahr. Ein potenzieller Handlungsanschluss kann dementsprechend frühzeitig abgeleitet werden.

In der **Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals** stuft das IQTIG dieses als **weiterhin geeignet** für die Qualitätssicherung ein. Diese Einschätzung ist jedoch eingeschränkt, da von einer Literaturrecherche für den Nachweis des Zusammenhangs mit einem unmittelbaren patientenrelevanten Merkmal aufgrund der unter „Eignung der Operationalisierung“ dargestellten Einschränkungen in der Validität abgesehen wurde.

### **Eignung der Operationalisierung**

Im nächsten Schritt wurde geprüft, ob Hinweise vorliegen, dass die Eignungskriterien der Operationalisierung nicht mehr hinreichend erfüllt sind. Diese Überprüfung ergab folgende Ergebnisse.

Bezüglich der **Objektivität der Messung** liegen keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Objektivität der Messung der für diese Kennzahlen verwendeten Datenfelder als **hoch** beurteilt.

Bezüglich der **Reliabilität der Messung (auf Fallebene)** liegen keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Reliabilität der Messung der für diese Kennzahlen verwendeten Datenfelder als **hoch** beurteilt.

Bezüglich der **Datenqualität** lagen keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Datenqualität der Messung der für diese Kennzahlen verwendeten Datenfelder als **hoch** beurteilt.

Die **Validität** der Kennzahlen wird als **gering** eingeschätzt. Das Expertengremium auf Bundesebene bestätigte zwar die Sinnhaftigkeit der Qualitätssicherung zum Management des Ernährungsstatus, die herangezogenen Faktoren Albuminwert und Gewichtsverlust seien allerdings nicht geeignet, um von Mangelernährung betroffene Patientinnen und Patienten zu identifizieren. Daher kann derzeit nicht gewährleistet werden, dass ausschließlich die relevanten Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden und keine anderen Behandlungsfälle in den Kennzahlen eingeschlossen werden.

Bei der Prüfung der **Angemessenheit der Risikoadjustierung** wurde diese als **nicht angemessen** eingeschätzt. Die Kennzahlen sind derzeit nicht risikoadjustiert. Die Prüfung der Notwendigkeit der Einführung einer Risikoadjustierung war geplant, wäre jedoch aufgrund der unter „Aufwand-Nutzen-Abwägung und Empfehlung“ empfohlenen Überarbeitung (Kennzahl 572007) bzw. Abschaffung (Kennzahl 572054) derzeit hinfällig.

In der **Gesamtschau der Eignungskriterien der Operationalisierung** stuft das IQTIG die bisherige Operationalisierung aufgrund der geringen Validität als **nicht mehr geeignet** für die Qualitätssicherung ein.

### **Aufwand der Messung**

Für die Berechnung der Kennzahlen wird die **fallbezogene QS-Dokumentation** herangezogen.

Der **Aufwand** für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer für die Kennzahl **572007** wird mit **47.480.758 AE** als **hoch** eingeschätzt.

Der **Aufwand** für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer für die Kennzahl **572054** wird mit **43.497 AE** als **mittel** eingeschätzt.

### **Alternative Operationalisierung mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen**

Eine Abbildung dieser Kennzahlen in der derzeitigen Form mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen ist nicht möglich, da weder die betrachteten Faktoren (Albuminwert, Gewichtsverlust) noch das Managements einer Mangelernährung über ICD- oder OPS-Kodes abgebildet werden können.

### **Aufwand-Nutzen-Abwägung und Empfehlung**

Das Qualitätsmerkmal ist gemäß den Kriterien nicht mehr für die QS geeignet. Aufgrund der geringen Validität wird empfohlen, die **Kennzahl 572007** zu **überarbeiten**.

Aufgrund der unter Abschnitt 2.12 „Fazit und Ausblick“ erläuterten Gründe und entsprechend den Beratungen mit dem Expertengremium auf Bundesebene wird die **Kennzahl für unter 18-jährige Patientinnen und Patienten** zur **Abschaffung** empfohlen.

## **2.9 Anämiemanagement**

- **572008: Anämiemanagement (Kennzahl)**
- **572055: Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)**

Die Kennzahlen adressieren den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die im Beobachtungszeitraum unter einer anhaltenden Anämie leiden.

Das Qualitätsziel der Kennzahlen sind möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit einer anhaltenden Anämie.

### **Eignung des Qualitätsmerkmals**

Die Überprüfung, ob das den Kennzahlen zugrunde liegende Qualitätsmerkmal weiterhin für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

Die **Bedeutung für die Patientinnen und Patienten** wird durch das IQTIG als **hoch** eingeschätzt. Eine sogenannte renale Anämie kommt bei Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Niereninsuffizienz häufig vor. Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Schwere der Anämie und dem Rückgang der Nierenfunktion. Die Anämie verursacht weitere Erkrankungen und führt zu einer verminderten Belastbarkeit. Die zeitnahe Reaktion auf eine Anämie hat daher eine hohe Bedeutung für Patientinnen und Patienten.

Der **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal** wird für die **Kennzahl 572008** als **nicht ausreichend belegt** angesehen. In der aktuell durchgeführten systemati-

schen Literaturrecherche ließen sich acht systematische Reviews von randomisierten kontrollierten Studien (RCTs – *randomized controlled trials*; siehe Anhang A, Recherchebericht NET-DIAL) identifizieren, die Daten zu den Outcomes

- Mortalität,
- Lebensqualität und
- Morbidität

liefern. Insgesamt konnten aus den acht systematischen Reviews die Ergebnisse von 34 RCTs berücksichtigt werden. Um die Auswirkungen eines Anämiemanagements auf die aufgeführten Outcomes zu untersuchen, liefern Placebo-kontrollierte Primärstudien die verlässlichste Evidenz. Diese fanden sich jedoch nur vereinzelt in den eingeschlossenen systematischen Reviews. Aus diesem Grund wurden zur Annäherung an die zu beantwortende Forschungsfrage auch solche Reviews eingeschlossen, deren Primärstudien verschiedene Medikamente miteinander vergleichen.

Systematische Reviews, die eine Form des Anämiemanagements einer Placebogruppe gegenüberstellten, konnten keine Unterschiede bei den Outcomes unerwünschte Ereignisse (Nishioka et al. 2022), Fatigue (Nishioka et al. 2022), Ejektionsfraktion (Nishioka et al. 2022), Schlaganfall (Chung et al. 2023), Thrombose des vaskulären Zugangs (Chung et al. 2023), Muskelschwäche (Nishioka et al. 2022), Muskelkrämpfe (Nishioka et al. 2022) sowie Mortalität (alle Ursachen (Chung et al. 2023, Nishioka et al. 2022), kardiovaskuläre Ursachen (Chung et al. 2023)) und Lebensqualität (Nishioka et al. 2022) feststellen. Kritisch zu diskutierende Ergebnisse zeigen sich dagegen für die Outcomes Bluttransfusion und Hypertonie. Im Hinblick auf die Notwendigkeit von Bluttransfusionen wurde der systematische Review von Chung et al. (2023) eingeschlossen, der unter anderem RCTs umfasst, die zwei Medikamente mit Placebo vergleichen. Für Epoetin beta findet ein RCT einen schützenden Effekt (OR 0,07 [95 % CI 0,02; 0,20]) hinsichtlich der Notwendigkeit einer Bluttransfusion und ein weiteres RCT zeigt keinen Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe (OR 0,15 [95 % CI 0,01; 3,74]). Für Epoetin alfa finden zwei RCTs einen Beleg für den schützenden Effekt bezüglich der Notwendigkeit einer Bluttransfusion (OR 0,01 [95 % CI 0,00; 0,06], OR 0,15 [95 % CI 0,06; 0,37]). Zusätzlich zur Bluttransfusion betrachten Chung et al. (2023) das Outcome Hypertonie. Hierfür finden sich in zwei Metaanalysen Belege dafür, dass die Gruppen, die Epoetin alfa (OR 4,10 [95 % CI 2,16; 7,76],  $I^2 = 0\%$ ) oder Epoetin beta (OR 2,36 [95 % CI 1,11; 5,04],  $I^2 = 0\%$ ) erhalten, gegenüber einer Placebogruppe ein erhöhtes Risiko haben, eine Hypertonie zu erleiden (Chung et al. 2023). Diese Ergebnisse deuten insgesamt darauf hin, dass ein medikamentöses Anämiemanagement sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf die Morbidität der dialysierten Patientinnen und Patienten haben kann. Überwiegend lassen sich jedoch keine Unterschiede in Morbidität, Mortalität und Lebensqualität zwischen den Interventions- und Placebogruppen finden.

Um auszuschließen, dass sich die gefundenen Unterschiede lediglich auf die Verwendung bestimmter Medikamente zurückführen lassen wurden die systematischen Reviews ausgewertet, die verschiedene Medikamente miteinander vergleichen. Es konnten im Rahmen der Literaturrecherche – gemessen an Morbidität, Mortalität und Lebensqualität – keine Belege für die Präferenz einer bestimmten Form des Anämiemanagements abgeleitet werden. Im Einzelnen ergaben

sich im Vergleich verschiedener Präparate zum Anämiemanagement keine Unterschiede im Hinblick auf Morbidität ((schwerwiegende) unerwünschte Ereignisse (Abdelazeem et al. 2021, Liu et al. 2021, Nishioka et al. 2022, Tian et al. 2024, Yang et al. 2014), therapiebedingte (schwerwiegende) unerwünschte Ereignisse (Abdelazeem et al. 2021, Chong et al. 2022), Harnwegsinfektionen (Chong et al. 2022), Sepsis (Chong et al. 2022), Fatigue (Chung et al. 2023), Dyspnoe (Chung et al. 2023), kardiovaskuläre Erkrankungen (Hypertonie (Chung et al. 2023, Tian et al. 2024), Herzinfarkt (Chung et al. 2023, Takkavatakarn et al. 2023, Tian et al. 2024), Herzinsuffizienz (Chung et al. 2023), Herzstillstand (Chung et al. 2023), Vorhofflimmern (Chung et al. 2023)), Schlaganfall (Chung et al. 2023, Tian et al. 2024), Thrombose des vaskulären Zugangs (Chung et al. 2023)) und Mortalität (alle Ursachen (Chong et al. 2022, Chung et al. 2023), kardiovaskuläre Ursachen (Chung et al. 2023, Tian et al. 2024), undefinierte Ursache (Takkavatakarn et al. 2023)).

Hierbei ist limitierend darauf hinzuweisen, dass ein relevantes RCT mitunter in mehreren der eingeschlossenen systematischen Reviews berücksichtigt wurde, sodass hierdurch ein Risiko der Überbewertung von positiven wie negativen Zusammenhängen bestehen könnte. Darüber hinaus stellen die systematischen Reviews im Hinblick auf die berichteten Outcomes nur wenige Informationen zur Verfügung, die zu einer suffizienten Ergebnisinterpretation notwendig sind. So fehlen Erläuterungen zu von den Autorinnen und Autoren definierten Outcomes („Fatigue (as defined by study authors)“ (Chung et al. 2023: 11) ohne weitere Angaben) oder Messzeitpunkten.

Auf Grundlage der gefundenen Evidenz lässt sich für die Kennzahl in der Gesamtschau kein Zusammenhang zu einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal herstellen. Es ist dabei darauf hinzuweisen, dass die Recherche auf Publikationen der letzten zehn Jahre beschränkt wurde, jedoch werden durch die in den systematischen Reviews enthaltenen, Placebo-kontrollierten Studien Publikationen, die zwischen den Jahren 1990 und 2000 durchgeführt wurden, berücksichtigt. Das Fehlen von jüngst veröffentlichten, Placebo-kontrollierten Studien gibt einen Hinweis darauf, dass sich eine Standardtherapie, beispielsweise mit Epoetin alfa, etabliert hat und diese zu Studienzwecken aus ethischen Gründen nicht mehr ausgesetzt wird.

Für die **Kennzahl 572055** wurde keine Recherche zum Nachweis des Zusammenhangs mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal angestellt, da nach Beratungen mit dem Expertengremium auf Bundesebene empfohlen wird, die Kennzahl abzuschaffen. Weitere Erläuterungen hierzu sind unter „Aufwand-Nutzen-Abwägung und Empfehlung“ sowie dem Fazit zu finden.

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird für die **Kennzahl 572008** als **mittel** eingeschätzt. Ausschlaggebend für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Kennzahl 1. Auf Grundlage von 102,08 verbesserbaren Ereignissen ergibt sich ein mittleres Potenzial zur Verbesserung.

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird für die **Kennzahl 572055** als **gering** eingeschätzt. Ausschlaggebend für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials waren die Kennzahl 1 und die Kennzahl 2. Auf Grundlage von keinem verbesserbaren Ereignis und einem Anteil von 0,00 % an Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergibt sich ein geringes Potenzial zur Verbesserung.

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird für die Kennzahlen grundsätzlich als **eher hoch** eingestuft. Leistungserbringer können die relevanten Faktoren (Hämoglobin, Ferritin oder Transferrin-Sättigung und CRP) bei Dialysepatientinnen und -patienten evaluieren und bei Bedarf eine patientenindividuelle Beratung und Therapie der Anämie einleiten. Das Patientenverhalten sowie deren Umgang mit der Beratung spielen jedoch ebenfalls eine Rolle bei der Ausprägung des Qualitätsmerkmals.

Die **Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss** wird für die Kennzahlen als **gegeben** eingeschätzt, da der Leistungserbringer das Ergebnis der Kennzahlen analysieren und im Rahmen des internen Qualitätsmanagements nutzen kann. Nach der Analyse können Strukturen und Prozesse bezüglich des Managements einer Anämie von Dialysepatientinnen und -patienten überprüft und gegebenenfalls optimiert werden. Zusätzlich erfolgt die Berichterstattung zum Ergebnis dieser Kennzahlen unmittelbar im Auswertungsjahr nach dem jeweiligen Erfassungsjahr. Ein potenzieller Handlungsanschluss kann dementsprechend frühzeitig abgeleitet werden.

In der **Gesamtschau** konnte für die Kennzahl 572008 in ihrer derzeitigen inhaltlichen Ausgestaltung und Operationalisierung der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht ausreichend belegt werden, die Bedeutung des Qualitätsmerkmals an sich wird durch die Ergebnisse der Literaturrecherche jedoch nicht infrage gestellt.

### **Eignung der Operationalisierung**

Im nächsten Schritt wurde geprüft, ob Hinweise vorliegen, dass die Eignungskriterien der Operationalisierung nicht mehr hinreichend erfüllt sind. Diese Überprüfung ergab folgende Ergebnisse.

Bezüglich der **Objektivität der Messung** liegen keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Objektivität der Messung der für diese Kennzahlen verwendeten Datenfelder als **hoch** beurteilt.

Bezüglich der **Reliabilität der Messung (auf Fallebene)** liegen für diese Kennzahlen keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Reliabilität der Messung der für diese Kennzahlen verwendeten Datenfelder als **hoch** beurteilt.

Bezüglich der **Datenqualität** lagen keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Datenqualität der Messung der für diese Kennzahlen verwendeten Datenfelder als **hoch** beurteilt.

Ebenfalls die **Validität** der Kennzahlen wird als **hoch** eingeschätzt. Es wird sichergestellt, dass alle chronischen Dialysepatientinnen und -patienten berücksichtigt werden und keine anderen Fälle in den Kennzahlen eingeschlossen werden. Hierbei wird entsprechend der jeweiligen Kennzahldefinition zwischen über 18-jährigen und unter 18-jährigen Patientinnen und Patienten unterschieden.

Bei der Prüfung der **Angemessenheit der Risikoadjustierung** wurde diese als **nicht angemessen** eingeschätzt. Die Kennzahlen sind derzeit nicht risikoadjustiert. Die Prüfung der Notwendigkeit der Einführung einer Risikoadjustierung war geplant, wäre jedoch aufgrund der unter „Aufwand-Nutzen-Abwägung und Empfehlung“ empfohlenen Abschaffung derzeit hinfällig.

In der **Gesamtschau der Eignungskriterien der Operationalisierung** stuft das IQTIG die bisherige Operationalisierung als **weiterhin geeignet** für die Qualitätssicherung ein.

### **Aufwand der Messung**

Für die Berechnung der Kennzahlen wird die **fallbezogene QS-Dokumentation** herangezogen.

Der **Aufwand** für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer für die **Kennzahl 572008** wird mit **58.635.275 AE** als **hoch** eingeschätzt.

Der **Aufwand** für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer für die **Kennzahl 572055** wird mit **53.715 AE** als **mittel** eingeschätzt.

### **Alternative Operationalisierung mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen**

Eine Abbildung dieser Kennzahlen in der derzeitigen Form mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen ist nicht möglich, da weder die betrachteten Faktoren (Hämoglobin, Ferritin oder Transferrin-Sättigung und CRP) noch das Management einer Anämie über ICD- oder OPS-Kodes abgebildet werden können.

### **Aufwand-Nutzen-Abwägung und Empfehlung**

Aufgrund des nicht belegten Zusammenhangs mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal wird die **Kennzahl 572008** in ihrer derzeitigen inhaltlichen Ausrichtung und Operationalisierung sowie die **Kennzahl 572055** aufgrund des geringen Verbesserungspotenzials als nicht mehr für die QS geeignet eingeschätzt. Zusätzlich überwiegt der Aufwand für beide Kennzahlen den Nutzen. Daher wird empfohlen, die Kennzahlen **abzuschaffen**. Da das Qualitätsmerkmal an sich nicht infrage gestellt wird, soll im Rahmen der empfohlenen Aussetzung des Auswertungsmoduls *Dialyse* zur Überarbeitung die Neuentwicklung der Kennzahl 572008 geprüft werden.

## **2.10 Hospitalisierung aufgrund von Komplikationen/Infektionen**

- **572009: Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse**
- **572056: Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)**
- **572010: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen**
- **572057: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)**

Die Indikatoren und die Kennzahlen adressieren den Anteil an Patientinnen und Patienten mit Komplikationen, die am Zugang (Katheter, Fistel, Gefäßprothese) bei Hämodialyse aufgetreten sind bzw. mit einer am Peritonealdialysekatheter aufgetretenen Infektion und die einer stationären Krankenhauseinweisung bedurften.

Das Qualitätsziel des Indikators und der Kennzahl sind möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer zugangsassoziierten Komplikation bei Hämodialyse bzw. einer am PD-Katheter aufgetretenen Infektion stationär behandelt werden müssen.

### Eignung des Qualitätsmerkmals

Die Überprüfung, ob das den Qualitätsindikatoren sowie den Kennzahlen zugrunde liegende Qualitätsmerkmal weiterhin für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

Die **Bedeutung für die Patientinnen und Patienten** wird durch das IQTIG als **hoch** eingeschätzt. Die Rate an gefäßzugangsassoziierten Komplikationen, die eine Krankenhauseinweisung erforderlich machen, ist in hohem Maße mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität von dialysepflichtigen Patientinnen und Patienten assoziiert. Infektionen an den Gefäßzugängen sind die häufigste Ursache für Hospitalisierungen und nach kardiovaskulär bedingten Komplikationen die zweithäufigste Todesursache bei terminal niereninsuffizienten Patientinnen und Patienten.

Das Merkmal ist **unmittelbar patientenrelevant**.

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird für **QI 572009** als **eher hoch** eingeschätzt. Ausschlaggebend für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials waren die Kennzahl 1 und die Kennzahl 2. Auf Grundlage von 1.072 verbesserbaren Ereignissen und einem Anteil von 21,19 % an Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergibt sich ein eher hohes Potenzial zur Verbesserung für den Qualitätsindikator.

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird für die **Kennzahl 572056** als **mittel** eingeschätzt. Ausschlaggebend für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Kennzahl 2. Auf Grundlage von einem Anteil von 16,67 % an Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergibt sich ein mittleres Potenzial zur Verbesserung für die Kennzahl.

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird für **QI 572010** als **eher gering** eingeschätzt. Ausschlaggebend für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials waren die Kennzahl 1 und die Kennzahl 2. Auf Grundlage von 30,13 verbesserbaren Ereignissen und einem Anteil von 6,71 % an Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergibt sich ein eher geringes Potenzial zur Verbesserung für den Qualitätsindikator.

Das **Potenzial zur Verbesserung** konnte für die **Kennzahl 572057** nicht eingeschätzt werden, da im betrachteten Erfassungsjahr 2023 (Auswertungsjahr 2024) weniger als zwei Leistungserbringer mindestens einen Fall im Nenner hatten. Daher kann nicht aus empirischen Daten abgeleitet werden, welches Ergebnis erreichbar ist.

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird grundsätzlich als **eher hoch** eingeschätzt. Es liegt nicht nur in der Verantwortung des Leistungserbringers, Dialysen technisch korrekt unter angemessenen Hygienebedingungen durchzuführen und auf Auffälligkeiten am jeweiligen Zugang zu achten sowie diesen regelmäßig zu überprüfen. Auch verantwortet der Leistungserbringer die Schulung und Anleitung von Patientinnen und Patienten zum korrekten, hygienischen Umgang mit dem Dialysezugang. Das Patientenverhalten spielt jedoch ebenfalls eine Rolle bei der Ausprägung des Qualitätsmerkmals.

Die **Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss** wird als **gegeben** angesehen, da der Leistungserbringer das Ergebnis der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen analysieren und im Rah-

men des internen Qualitätsmanagements nutzen kann. Nach der Analyse der Hospitalisierungsraten können interne Strukturen und Prozesse überprüft und gegebenenfalls optimiert werden. Diese können auch als Diskussionspunkte in der externen Qualitätssicherung dienen. Zusätzlich erfolgt die Berichterstattung zum Ergebnis dieser Indikatoren und Kennzahlen unmittelbar im Auswertungsjahr nach dem jeweiligen Erfassungsjahr. Ein potenzieller Handlungsanschluss kann dementsprechend zeitnah abgeleitet werden.

In der **Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals** wird dieses für die Indikatoren und Kennzahlen als **weiterhin geeignet** für die Qualitätssicherung eingestuft.

### **Eignung der Operationalisierung**

Im nächsten Schritt wurde geprüft, ob Hinweise vorliegen, dass die Eignungskriterien der Operationalisierung nicht mehr hinreichend erfüllt sind. Diese Überprüfung ergab folgende Ergebnisse.

Bezüglich der **Objektivität der Messung** liegen keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Objektivität der Messung der für diese Qualitätsindikatoren und Kennzahlen verwendeten Datenfelder als **hoch** beurteilt.

Bezüglich der **Reliabilität der Messung (auf Fallebene)** liegen keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Reliabilität der Messung der für diese Qualitätsindikatoren und Kennzahlen verwendeten Datenfelder als **hoch** beurteilt.

Bezüglich der **Datenqualität** lagen keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Datenqualität der Messung der für diese Qualitätsindikatoren und Kennzahlen verwendeten Datenfelder als **hoch** beurteilt.

Ebenfalls die **Validität** der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen wird als **hoch** eingeschätzt. Es wird sichergestellt, dass alle Dialysepatientinnen und -patienten, die eine chronische Hämodialyse oder Hämo(dia)filtration (gefäßzugangsassoziierten Komplikationen: QI 572009, Kennzahl 572056) bzw. eine chronische Peritonealdialyse (PD-Katheter-assoziierten Infektionen: QI 572010, Kennzahl 572057) erhalten haben, berücksichtigt werden und keine anderen Fälle in den Indikatoren bzw. Kennzahlen eingeschlossen werden. Hierbei wird entsprechend der jeweiligen Indikator- oder Kennzahldefinition zwischen über 18-jährigen und unter 18-jährigen Patientinnen und Patienten unterschieden. Laut Hinweisen der LAG sollte geprüft werden, ob Komorbiditäten oder patientenindividuelle Aspekte (z. B. Behandlung mit Immunsuppressiva) als Ausschlussfaktoren verwendet werden sollten.

Bei der Prüfung der **Angemessenheit der Risikoadjustierung** wurde diese derzeit als **nicht angemessen** eingeschätzt. Die Indikatoren und Kennzahlen zu Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse bzw. PD-Katheter-assoziierten Infektionen sind derzeit nicht risikoadjustiert. Eine Risikoadjustierung wird allerdings bereits mit den endgültigen Rechenregeln zum AJ 2025 empfohlen.

In der **Gesamtschau der Eignungskriterien der Operationalisierung** wird die bisherige Operationalisierung als **weiterhin geeignet** für die Qualitätssicherung eingestuft.

### **Aufwand der Messung**

Für die Berechnung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen werden sowohl die **fallbezogene QS-Dokumentation** als auch **Sozialdaten bei den Krankenkassen** herangezogen.

Der **Aufwand** für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer für den Qualitätsindikator **572009** wird mit **23.576.739 AE** als **hoch** eingeschätzt.

Der **Aufwand** für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer für die Kennzahl **572056** wird mit **2.523 AE** als **eher gering** eingeschätzt.

Der **Aufwand** für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer für den Qualitätsindikator **572010** wird mit **536.545 AE** als **eher hoch** eingeschätzt.

Der **Aufwand** für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer für die Kennzahl **572057** wird mit **1.577 AE** als **eher gering** eingeschätzt.

### **Alternative Operationalisierung mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen**

Die Indikatoren und Kennzahlen zu Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse bzw. PD-Katheter-assoziierten Infektionen sind derzeit über eine Kombination von Sozialdaten bei den Krankenkassen und die QS-Dokumentation operationalisiert. Dies ist aktuell nötig, da in einem Bundesland Dialyse-Leistungen selektivvertraglich geregelt sind, die derzeit nicht über Sozialdaten bei den Krankenkassen übermittelt werden. Es wäre voraussichtlich möglich, die Operationalisierung der Indikatoren und Kennzahlen zur Hospitalisierung ausschließlich auf Sozialdaten bei den Krankenkassen umzustellen. Hierzu müssen entweder die selektivvertraglich abgerechneten Dialysen aus der Auswertung ausgeschlossen werden oder die selektivvertragsspezifischen Abrechnungskodes bekanntgegeben und in die Sozialdatenspezifikation aufgenommen werden. Die Übertragbarkeit dieser selektivvertragsspezifischen Abrechnungskodes auf den bisherigen Sozialdatenfilter muss dementsprechend geprüft und der Filter gegebenenfalls angepasst bzw. die selektivvertragsspezifischen Abrechnungskodes übersetzt werden. Die Vorgaben der DeQS-RL gelten auch für die Vertragspartner von Selektivverträgen, sodass die Lieferung der entsprechenden Informationen in Form von Sozialdaten bei den Krankenkassen denkbar ist.

### **Aufwand-Nutzen-Abwägung und Empfehlung**

Das Qualitätsmerkmal ist gemäß den Kriterien weiterhin für die QS geeignet. Für den **Indikator 572009** ist das Aufwand-Nutzen-Verhältnis ausgewogen, während der Nutzen für **die Kennzahl 572056** den Aufwand überwiegt. Für den **Indikator 572010** mit der derzeitigen Verwendung von QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten bei den Krankenkassen überwiegt der Aufwand den Nutzen. Für die **Kennzahl 572057** konnte der Nutzen nicht ermittelt werden, da im betrachteten Erfassungsjahr 2023 (Auswertungsjahr 2024) weniger als zwei Leistungserbringer mindestens einen Fall im Nenner hatten und somit das Verbesserungspotenzial nicht ermittelt werden konnte. Der Aufwand für diese Kennzahl ist jedoch vergleichsweise gering.

Es wird empfohlen, die beiden **Indikatoren (572009 und 572010) mit Anpassungen weiterzuführen**. Hierbei sollen die Indikatoren zukünftig komplett auf die Erfassung über Sozialdaten bei den Krankenkassen umgestellt werden, um das Aufwand-Nutzen-Verhältnis für den Indikator 572009 zu verbessern und für den Indikator 572010 ein hinreichendes Aufwand-Nutzen-Verhältnis zu erreichen.

Aufgrund der unter Abschnitt 2.12 „Fazit und Ausblick“ erläuterten Gründe und entsprechend den Beratungen mit dem Expertengremium auf Bundesebene werden die **Kennzahlen zur Abschaffung** empfohlen.

## 2.11 Überleben

- **572011: 1-Jahres-Überleben (Kennzahl)**
- **572058: 1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)**
- **572012: 2-Jahres-Überleben (Kennzahl)**
- **572059: 2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)**
- **572013: 3-Jahres-Überleben (Kennzahl)**
- **572060: 3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (Kennzahl)**

Die Kennzahlen adressieren das Überleben von Dialysepatientinnen und -patienten 1, 2 bzw. 3 Jahre nach Beginn der Dialyse.

Das Qualitätsziel der Kennzahlen sind möglichst viele Patientinnen und Patienten, die ein, zwei bzw. drei Jahre nach Beginn der Dialyse leben.

### Eignung des Qualitätsmerkmals

Die Überprüfung, ob das den Kennzahlen zugrunde liegende Qualitätsmerkmal weiterhin für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

Die **Bedeutung für die Patientinnen und Patienten** wird durch das IQTIG als **hoch** eingeschätzt. Das Überleben von Patientinnen und Patienten, die eine Dialyse erhalten, ist ein wichtiger Ergebnisparameter. Neue Verfahren in der Behandlung von Dialysepatientinnen und -patienten werden unter dem Aspekt des längeren Überlebens von Patientinnen und Patienten kritisch betrachtet. Die Sterblichkeitsrate ist bei Patientinnen und Patienten, die eine Dialyse erhalten, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung stark erhöht. In einer großen Registerstudie (Carrero et al. 2011) konnte gezeigt werden, dass die Sterblichkeitsraten von Patientinnen und Patienten, die eine Dialyse erhalten haben (ERA-EDTA Registry; n = 108.963) in einem Follow-up von fünf Jahren stark erhöht ist für die Gruppe der terminal niereninsuffizienten Patientinnen bzw. Patienten. Anders als in der Allgemeinbevölkerung wiesen Frauen und Männer mit Dialyse gleiche Sterblichkeitsraten (kardiovaskulär und nicht kardiovaskulär bedingt) auf (Carrero et al. 2011).

Das Merkmal ist **unmittelbar patientenrelevant**.

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird für die **Kennzahl 572011** als **eher gering** eingeschätzt. Ausschlaggebend für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Kennzahl 1. Auf Grundlage von 76,84 verbesserbaren Ereignissen ergibt sich ein eher geringes Potenzial zur Verbesserung.

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird für die **Kennzahl 572058** als **gering** eingeschätzt. Ausschlaggebend für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials waren die Kennzahl 1 und die Kennzahl 2. Auf Grundlage von keinem verbesserbaren Ereignis und einem Anteil von 0,00 % an Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergibt sich ein geringes Potenzial zur Verbesserung.

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird für die **Kennzahl 572012** als **mittel** eingeschätzt. Ausschlaggebend für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Kennzahl 1. Auf Grundlage von 108,18 verbesserbaren Ereignissen ergibt sich ein mittleres Potenzial zur Verbesserung.

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird für die **Kennzahl 572059** als **eher hoch** eingeschätzt. Ausschlaggebend für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Kennzahl 2. Auf Grundlage eines Anteils von 20,00 % an Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergibt sich ein eher hohes Potenzial zur Verbesserung für diese Kennzahl.

Das **Potenzial zur Verbesserung** wird für die **Kennzahl 572013** als **eher gering** eingeschätzt. Ausschlaggebend für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials waren die Kennzahl 1 und die Kennzahl 2. Auf Grundlage von 60,94 verbesserbaren Ereignissen und einem Anteil von 9,55 % an Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergibt sich ein eher geringes Potenzial zur Verbesserung.

Das **Potenzial zur Verbesserung** konnte für die **Kennzahl 572060** nicht eingeschätzt werden, da im betrachteten Erfassungsjahr 2023 (Auswertungsjahr 2024) weniger als zwei Leistungserbringer mindestens einen Fall im Nenner hatten. Daher kann nicht aus empirischen Daten abgeleitet werden, welches Ergebnis erreichbar ist.

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird grundsätzlich als **mittel** eingeschätzt. Als maßgebliche Faktoren, die das 1-Jahres-Überleben von Dialysepatientinnen und -patienten beeinflussen, wurden fünf Einflussfaktoren identifiziert und mit dem Expertengremium auf Bundesebene abgestimmt: die Dialysebehandlung, die Indikationsstellung und Art des Dialyseverfahrens, die Evaluation zur Nierentransplantation, Komorbiditäten und das Patientenverhalten (siehe Abbildung 1).



Abbildung 1: Wirkmodell zu Einflussfaktoren bei den Kennzahlen 1-Jahres-Überleben (ID 572011), 1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (ID 572058), 2-Jahres-Überleben (ID 572012), 2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (ID 572059), 3-Jahres-Überleben (ID 572013), 3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (ID 572060)

Der Begriff Dialysebehandlung ist an dieser Stelle und im Folgenden als Oberbegriff zu sehen und fasst verschiedene assoziierte Bereiche zusammen. Hier werden sowohl die technische Durchführung der Behandlung an sich als auch die Berücksichtigung patientenrelevanter Aspekte und ein angemessenes Hygienemanagement berücksichtigt.

Häufig sind Dialysepatientinnen und -patienten durch eine vergleichsweise hohe Multimorbidität und/oder hohes Alter gekennzeichnet. Sie werden häufig von einer Vielzahl von Leistungserbringern unterschiedlichster Fachdisziplinen parallel betreut, wobei der gemeinsame Austausch zwischen den Leistungserbringern individuell mehr oder weniger stark erfolgen kann. Dialyseeinrichtungen können zum Überleben der Patientin bzw. des Patienten durch eine optimierte Dialysebehandlung unterstützen und hier aktiv ihre Prozesse und Strukturen optimieren. Aufgrund der teils hohen Multimorbidität und Beteiligung teils vieler anderer Leistungserbringer kann die Beeinflussbarkeit durch den Dialyse-Leistungserbringer lediglich als mittel eingeschätzt werden.

Die Durchführung einer Evaluation zur Nierentransplantation ist besonders hinsichtlich der längeren Follow-up-Zeiträume von 2- oder 3-Jahren von Bedeutung, da auch bei der Nierentransplantation trotz bestehender Dialysemöglichkeiten das langfristige Überleben mit einem funktionierenden Transplantat besser ist als ohne funktionierendem Nierentransplantat. Demzufolge liegt es in der Verantwortung des Dialyse-Leistungserbringers, die Evaluation anzustoßen und darüber im Austausch mit dem Transplantationszentrum zu verbleiben.

Auch wenn der Dialyse-Leistungserbringer das Vorhandensein von Komorbiditäten oder ungünstiges Patientenverhalten nicht völlig zu verantworten hat, handelt es sich bei einer Dialysetherapie um ein langfristiges Behandlungsverhältnis und der Leistungserbringer sollte bestehende Komorbiditäten bei der Therapie einkalkulieren oder Patientinnen und Patienten beraten, zum Beispiel in Form einer Ernährungsberatung oder bezüglich der Vorteile körperlicher Aktivität.

Die **Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss** wird als **gegeben** angesehen, da der Leistungserbringer das Ergebnis der Kennzahlen analysieren und im Rahmen des internen Qualitätsmanagements nutzen kann. Nach der Analyse der Überlebensraten können interne Strukturen und Prozesse überprüft und gegebenenfalls optimiert werden. Diese können auch als Diskussionspunkte in der externen Qualitätssicherung dienen. Zusätzlich erfolgt die Berichterstattung zum Ergebnis dieser Kennzahlen unmittelbar im Auswertungsjahr nach dem jeweiligen Erfassungsjahr. Ein potenzieller Handlungsanschluss kann dementsprechend abgeleitet werden.

In der **Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals** für die Kennzahlen 572011, 572012, 572059 und 572013 als **weiterhin geeignet** für die Qualitätssicherung eingestuft. Für die Kennzahl **572058** ist das Qualitätsmerkmal aufgrund des geringen Verbesserungspotenzials **nicht mehr** für die Qualitätssicherung **geeignet**. Für die Kennzahl **572060** konnte kein Verbesserungspotenzial berechnet werden, das Qualitätsmerkmal ist entsprechend der übrigen Eignungskriterien jedoch für die Qualitätssicherung **weiterhin geeignet**.

### **Eignung der Operationalisierung**

Im nächsten Schritt wurde geprüft, ob Hinweise vorliegen, dass die Eignungskriterien der Operationalisierung nicht mehr hinreichend erfüllt sind. Diese Überprüfung ergab folgende Ergebnisse.

Bezüglich der **Objektivität der Messung** liegen keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Objektivität der Messung der für diese Kennzahlen verwendeten Datenfelder als **hoch** beurteilt.

Bezüglich der **Reliabilität der Messung (auf Fallebene)** liegen keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Reliabilität der Messung der für diese Kennzahlen verwendeten Datenfelder als **hoch** beurteilt.

Bezüglich der **Datenqualität** liegen keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Datenqualität der Messung der für diese Kennzahlen verwendeten Datenfelder als **hoch** beurteilt.

Ebenfalls die **Validität** der Kennzahlen wird als **hoch** eingeschätzt. Es wird sichergestellt, dass alle chronischen Dialysepatientinnen und -patienten berücksichtigt werden und keine anderen Fälle in den Kennzahlen eingeschlossen werden. Hierbei wird entsprechend der jeweiligen Kennzahldefinition zwischen über 18-jährigen und unter 18-jährigen Patientinnen und Patienten unterschieden.

Bei der Prüfung der **Angemessenheit der Risikoadjustierung** wurde diese als **nicht angemessen** eingeschätzt. Die Kennzahlen zum Überleben sind derzeit nicht risikoadjustiert. Eine Risikoadjustierung ist allerdings zukünftig geplant und soll anhand der bereits dokumentierten QS-Daten entwickelt werden. Geeignete Risikofaktoren müssen im Zuge der Entwicklung identifiziert werden.

In der **Gesamtschau der Eignungskriterien der Operationalisierung** wird die bisherige Operationalisierung als **weiterhin geeignet** für die Qualitätssicherung eingestuft.

### **Aufwand der Messung**

Für die Berechnung der Kennzahlen werden sowohl die **fallbezogene QS-Dokumentation** als auch **Sozialdaten bei den Krankenkassen** herangezogen.

Der **Aufwand** für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer für die Kennzahl **572011** wird mit **6.323.677 AE** als **hoch** eingeschätzt.

Der **Aufwand** für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer für die Kennzahl **572058** wird mit **2.479 AE** als **eher gering** eingeschätzt.

Der **Aufwand** für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer für die Kennzahl **572012** wird mit **5.777.079 AE** als **hoch** eingeschätzt.

Der **Aufwand** für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer für die Kennzahl **572059** wird mit **3.099 AE** als **eher gering** eingeschätzt.

Der **Aufwand** für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer für die Kennzahl **572013** wird mit **2.917.667 AE** als **hoch** eingeschätzt.

Der **Aufwand** für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer für die Kennzahl **572060** wird mit **0 AE** als **gering** eingeschätzt.<sup>6</sup>

### **Alternative Operationalisierung mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen**

Die Kennzahlen zum Überleben sind derzeit über eine Kombination von Sozialdaten bei den Krankenkassen und die QS-Dokumentation operationalisiert. Dies ist aktuell nötig, da in einem Bundesland Dialyse-Leistungen selektivvertraglich geregelt sind, die derzeit nicht über Sozialdaten bei den Krankenkassen übermittelt werden. Es wäre voraussichtlich möglich, die Operationalisierung der Kennzahlen zur Hospitalisierung ausschließlich auf Sozialdaten bei den Krankenkassen umzustellen. Hierzu müssen entweder die selektivvertraglich abgerechneten Dialysen aus der Auswertung ausgeschlossen werden oder die selektivvertragsspezifischen Abrechnungskodes bekanntgegeben und in die Sozialdatenspezifikation aufgenommen werden. Die Übertragbarkeit dieser selektivvertragsspezifischen Abrechnungskodes auf den bisherigen Sozialdatenfilter muss dementsprechend geprüft und der Filter gegebenenfalls angepasst bzw. die selektivvertragsspezifischen Abrechnungskodes übersetzt werden. Die Vorgaben der DeQS-RL gelten auch für die Vertragspartner von Selektivverträgen, sodass die Lieferung der entsprechenden Informationen in Form von Sozialdaten bei den Krankenkassen denkbar ist.

### **Aufwand-Nutzen-Abwägung und Empfehlung**

Das Qualitätsmerkmal ist gemäß den Kriterien weiterhin für die QS geeignet. Lediglich die Kennzahl 572058 ist aufgrund eines geringen Verbesserungspotenzials nicht mehr für die QS geeignet, während das Verbesserungspotenzial für die Kennzahl 572060 nicht ermittelt werden konnte, da im betrachteten Auswertungsjahr 2024 weniger als zwei Leistungserbringer mindestens einen

---

<sup>6</sup> Im Auswertungsjahr 2024 gab es im Nenner der Kennzahl keinen Fall.

Fall im Nenner hatten. Für die Kennzahlen 572011, 572012 und 572013 für über 18-jährige Patientinnen und Patienten überwiegt mit der derzeitigen Verwendung von QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten bei den Krankenkassen der Aufwand den Nutzen. Für die Kennzahl 572058 liegt ein ausgewogenes Aufwand-Nutzen-Verhältnis vor, bei der Kennzahl 572059 überwiegt der Nutzen den Aufwand und bei der Kennzahl 572060 für unter 18-jährige Patientinnen und Patienten ist kein Nutzen ermittelbar, sodass kein Aufwand-Nutzen-Verhältnis darstellbar ist.

Es wird empfohlen, **alle Kennzahlen** zum Überleben **mit Anpassungen weiterzuführen**. Hierbei sollen diese zukünftig komplett auf Sozialdaten bei den Krankenkassen umgestellt werden, um ein besseres Aufwand-Nutzen-Verhältnis zu erreichen.

## 2.12 Fazit und Ausblick

Das IQTIG empfiehlt im Ergebnis seiner Überprüfung der acht Qualitätsindikatoren und 18 Kennzahlen, die das Indikatorenset des Auswertungsmoduls *NET-DIAL* enthält

- 16 Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (572001, 572048, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572054, 572008, 572055, 572056, 572057) abzuschaffen,
- 2 Qualitätsindikatoren/Kennzahlen zu überarbeiten (572002, 572007),
- 8 Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (572009, 572010, 572011, 572058, 572012, 572059, 572013, 572060) mit Anpassungen weiterzuführen.

Die Indikatoren und Kennzahlen (572003, 572004, 572005, 572006, 572008), die aufgrund des nicht erbrachten Nachweises des Zusammenhangs mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal laut Methodik der Verfahrensüberprüfung abzuschaffen sind, sollen jedoch im Hinblick auf eine Neuentwicklung geprüft werden, um so ein modernes Indikatorenset zu schaffen und wieder einzuführen.

Die laut DeQS-RL vorgesehenen Kennzahlen zum 5- und 10-Jahres-Überleben (5 Jahre: ID 572014, 572061; 10-Jahre: ID 572015, 572062) wurden in diesem Bericht nicht betrachtet, da sie aufgrund des Wechsels von der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)<sup>7</sup> zur DeQS-RL im Jahr 2020 bisher noch nicht ausgewertet werden können. Vor allem die Einschätzung des Verbesserungspotenzials ist daher derzeit noch nicht möglich. Insbesondere hinsichtlich der Kriterien „Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer“ und „Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss“ sind abweichende Bewertungen bei längeren Follow-up-Zeiträumen im Vergleich zu den früheren Follow-up-Zeiträumen anzunehmen, welche aber derzeit als mindestens eher niedrig bis mittel bzw. gegeben eingeschätzt werden. Vorerst schließt sich die Bewertung dieser Kennzahlen inhaltlich jedoch den Empfehlungen der entsprechenden Kennzahlen zum 1- bis 3-Jahres-Überleben an. Für die **Kennzahlen zum 5- und 10-Jahres-Überleben**

---

<sup>7</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 14. Mai 2020, in Kraft getreten am 14. Mai 2020. [Die Richtlinie ist außer Kraft getreten]. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/38/> (abgerufen am 12.08.2024).

wird empfohlen, diese vorübergehend **mit Anpassungen weiterzuführen** und hierbei ausschließlich Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Berechnung zu verwenden und sie nach Vorliegen erster Auswertungen einer gesonderten strukturierten Prüfung zu unterziehen.

Das ursprüngliche Indikatorenset im Auswertungsmodul *NET-DIAL* enthält 13 Kennzahlen zu unter 18-jährigen Patientinnen und Patienten. Vier dieser Kennzahlen (572050, 572054, 572055, 572058) weisen nur ein geringes Verbesserungspotenzial auf, drei dieser Kennzahlen (572051, 572052, 572053) weisen ein eher geringes Verbesserungspotenzial auf. Zwei dieser Kennzahlen (572057, 572060) hatten im betrachteten EJ 2023 weniger als zwei Leistungserbringer mit mindestens einem Fall im Nenner, sodass die Methodik zur Berechnung des Verbesserungspotenzials nicht angewendet werden konnte. Für einige dieser Kennzahlen wurde kein ausreichender Nachweis des Zusammenhangs mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal erbracht werden (572050, 572051, 572052, 572053) oder wurden Einschränkungen bei der Objektivität (572049) oder der Validität (572049, 572054) identifiziert. In der Gesamtschau des Indikatorensets im Auswertungsmodul *NET-DIAL* sprach sich das Expertengremium auf Bundesebene in Anbetracht dieser Einschränkungen bei einem Großteil der Kennzahlen zu unter 18-jährigen Patientinnen und Patienten dafür aus, die meisten Kennzahlen zu unter 18-jährigen Patientinnen und Patienten abzuschaffen (572048, 572049, 572050, 572051, 572052, 572053, 572054, 572055, 572056, 572057), auch wenn einige dieser Kennzahlen laut Eignungsprüfung bestehen bleiben könnten (572049, 572051, 572052, 572053, 572056) und ausschließlich die zum Überleben (572058, 572059, 572060) beizubehalten, auch wenn die Kennzahl 572058 nur ein geringes Verbesserungspotenzial aufweist. Laut Expertengremium erfolgt die Betreuung unter 18-jähriger Patientinnen und Patienten in besonders hohem Maße interdisziplinär und besonders engmaschig. Im Zusammenspiel mit den relativ kleinen Fallzahlen (für zwei von 13 Kennzahlen zu unter 18-Jährigen konnten aufgrund zu weniger Fälle im Nenner kein Verbesserungspotenzial berechnet werden) bei unter 18-jährigen Patientinnen und Patienten im Vergleich zur über 18-jährigen Gruppe im Auswertungsmodul erschien die Fortführung dieser Kennzahl dem Expertengremium als nicht sinnvoll.

### **Gesamtschau des residualen Indikatorensets**

Das Indikatorenset des Auswertungsmoduls *NET-DIAL* würde bei Umsetzung der Empfehlungen zunächst zwei Qualitätsindikatoren und sechs Kennzahlen umfassen. Diese adressieren die Qualitätsdimensionen **Patientensicherheit** und **Wirksamkeit**. Zudem würden durch den Qualitätsindikator und die Kennzahl (572002 und 572007), für die eine Überarbeitung empfohlen wird, zukünftig auch die Qualitätsdimensionen **Koordination und Kontinuität** sowie **Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit** wieder abgebildet werden. Die übrigen Qualitätsdimensionen **Angemessenheit** und **Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten** würden mit dem verbleibenden Indikatorenset zunächst nicht mehr adressiert. Durch die Integration der bereits entwickelten Patientenbefragung (IQTIG 2021) kann zukünftig wieder eine ausgewogenere Adressierung der Qualitätsdimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts erreicht werden. Ebenfalls kann eine Weiterentwicklung des residualen Indikatorensets in *NET-DIAL* wieder zu einer umfassenderen Abbildung der Qualitätsdimensionen führen. Die laut Methodik der Verfahrensüberprüfung abzuschaffenden Indikatoren und Kennzahlen (572003, 572004, 572005, 572006, 572008)

sollen während der empfohlenen Aussetzung des Auswertungsmoduls *Dialyse* im Hinblick auf eine Neuentwicklung geprüft werden, um so ein modernes Indikatorenset zu schaffen und wieder einzuführen.

Die Richtlinien-Ziele des Verfahrens *QS NET* werden trotz den empfohlenen Abschaffungen und nach den empfohlenen Anpassungen des Indikatorensets weiterhin weitgehend adressiert. Die Ziele der Förderung der Behandlungsqualität in Bezug auf Dialysen und Transplantationen, der Verringerung der Komplikationsraten im Rahmen der Dialysebehandlung bzw. nach der Transplantation, der Verringerung von Begleit- und Folgeerkrankungen durch die Dialysebehandlung und Transplantation sowie der Förderung der Transparenz über die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz werden sowohl durch Indikatoren der Auswertungsmodulare *NET-NTX* und *NET-PNTX* als auch durch Indikatoren des Auswertungsmoduls *NET-DIAL* adressiert. Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass das Teilziel der Verringerung von Begleit- und Folgeerkrankungen durch die Dialysebehandlung in den transplantationsmedizinischen Auswertungsmodulen direkt über die Indikatoren zur Hospitalisierung und indirekt über die Kennzahlen zum Überleben der Patientinnen und Patienten adressiert werden. Durch Abschaffung des Indikators zur unvollständigen Information über Behandlungsmöglichkeiten wird das Ziel der Stärkung der Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten nicht mehr adressiert, soll aber zukünftig im Rahmen der Patientenbefragung *Dialyse* abgebildet werden. Um weiterhin das Ziel der Förderung der Kooperation zwischen Dialyseeinrichtungen und Transplantationszentren zu adressieren, soll der Indikator zur Evaluation zur Transplantation überarbeitet werden.

### Aufwandsreduktion

Im Rahmen der Empfehlungen zur Abschaffung von Indikatoren und Kennzahlen des Indikatorensets des Auswertungsmoduls *NET-DIAL* würde sich bei ursprünglich 250.445.244 AE eine Aufwandsreduktion von 84.459.947 AE (33,7 %) ergeben (siehe Tabelle 4). Die tatsächliche Aufwandsreduktion kann jedoch erst nach der empfohlenen Überarbeitung des Auswertungsmoduls und der evtl. Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren und Kennzahlen eingeschätzt werden.

Tabelle 4: Überblick über die Empfehlungen zum Auswertungsmodul *NET-DIAL* und die erreichbaren Einsparungen von Aufwandseinheiten

	QS NET (DIAL)	
	Indikatoren	Kennzahlen
Qualitätsindikatoren/Kennzahlen, für die eine Prüfung anhand der Eignungskriterien erfolgte	8	18
Qualitätsindikatoren/Kennzahlen: Abschaffen <sup>8</sup>	5	11

<sup>8</sup> Für vier Indikatoren und eine Kennzahl konnte in ihrer derzeitigen inhaltlichen Ausgestaltung bzw. Operationalisierung kein Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal belegt werden, weshalb sie zur Abschaffung empfohlen werden. Die zugrunde liegenden Qualitätsmerkmale werden jedoch selbst nicht infrage gestellt. Daher soll im Rahmen der empfohlenen Aussetzung des Auswertungsmoduls *Dialyse* zur Überarbeitung eine Neuentwicklung der Indikatoren bzw. der Kennzahl geprüft werden.

	QS NET (DIAL)	
	Indikatoren	Kennzahlen
Qualitätsindikatoren/Kennzahlen: Überarbeiten	1	1
Qualitätsindikatoren/Kennzahlen: Weiterführen mit Anpassungen	2	6
Qualitätsindikatoren/Kennzahlen: Weiterführen	keine	keine
Qualitätsindikatoren/Kennzahlen: Umstellung unter Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen	2	8
<b>Aufwandseinheiten (AE) bisher</b>	<b>250.445.244</b>	
<b>Bundesweite jährlich erreichbare Einsparungen von Aufwandseinheiten durch Abschaffung der Qualitätsindikatoren/Kennzahlen</b>	<b>84.459.947 (33,7 %)</b>	

Zusätzliche Aufwandsersparnisse würden sich bei der empfohlenen Umstellung der Operationalisierung der Indikatoren und Kennzahlen zur Hospitalisierung aufgrund von Komplikationen/Infektionen und zum Überleben mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen ergeben.

Im Rahmen der Spezifikationsempfehlungen werden darüber hinaus in dem Dokumentationsbogen der Auswertungsmodule *NET-DIAL* ca. 10 Datenfelder zur Streichung empfohlen. Die mit diesen Datenfeldern erhobenen Informationen wurden zuvor in der Basisauswertung der jeweiligen Jahresauswertung ausgegeben und bei Bedarf für das STNV genutzt. Nach ausgiebiger Beratung kommen das IQTIG und das Expertengremium auf Bundesebene gemeinsam zu der Auffassung, dass die Erhebung im Rahmen der QS-Dokumentation zukünftig nicht mehr notwendig ist. Potenziell für das Stellungnahmeverfahren benötigte Informationen können zielgerichtet bei der Anfrage von Stellungnahmen bei rechnerischer Auffälligkeit angefordert werden. Damit kann die Dokumentationspflicht für jede behandelte Patientin/jeden behandelten Patienten entfallen. Diese Streichungen werden zu einer erheblichen Reduktion des Dokumentationsaufwands für die Leistungserbringer führen.

### Ausblick

Aufgrund der Ergebnisse der in diesem Bericht dargelegten Überprüfung käme es vorerst zu einer Verkleinerung des Indikatorensets *NET-DIAL* von ursprünglich 26 Indikatoren und Kennzahlen auf acht Indikatoren und Kennzahlen. Um das **Indikatorenset** anschließend gemäß den Zielen der themenspezifischen Bestimmungen der DeQS-RL zum Auswertungsmodul *NET-DIAL* **wieder aufzubauen**, ergibt sich ein umfangreicher Weiterentwicklungsbedarf für die Indikatoren und Kennzahlen. Bereits jetzt wies das Expertengremium auf Bundesebene darauf hin, dass es seit Entwicklung des Auswertungsmoduls *NET-DIAL* technische und strategische Neuerungen in den Dialyseverfahren gäbe, die zukünftig in die Indikatoren und Kennzahlen einzuarbeiten sind. Um nur ein Beispiel zu nennen: die inkrementelle Dialyse, bei der bewusst von dem Standarddialyseschema von einer dreimaligen Dialysetherapie für mindestens 12 Stunden pro Woche abgewichen wird, um optimiert mit der Restfunktion der Niere umgehen zu können, hat deutlich an Bedeutung gewonnen. Dementsprechend sollen die laut Methodik der Verfahrensüberprüfung abzuschaf-

fenden Indikatoren und Kennzahlen (572003, 572004, 572005, 572006, 572008) während der empfohlenen Aussetzung des Auswertungsmoduls *Dialyse* im Hinblick auf eine Neuentwicklung geprüft werden, um so ein modernes Indikatorenset zu schaffen und wiedereinzuführen.

Zusätzlich besteht umfangreicher Überarbeitungsbedarf am QS-Dokumentationsbogen und den zugehörigen Ausfüllhinweisen, auf den auch einige LAG im Rahmen der Verfahrensüberprüfung hingewiesen haben. Ebenfalls bestehen weiterhin verfahrenstechnische Optimierungsbedarfe an der Darstellung der Datengrundlage, an den Listen auffälliger Vorgänge, welche gemeinsam mit den Rückmeldeberichten an die Leistungserbringer versendet werden, sowie an der Definition des adressierten Berichtszeitraums (die Quartalsverschiebung in *NET-DIAL* führt zu einer erhöhten Komplexität des Auswertungsmoduls). Die notwendige Anpassung bzw. Überarbeitung all dieser Faktoren wurde in der Vergangenheit auch vom Expertengremium auf Bundesebene, den LAG, den Leistungserbringern und von medizinischen Fachgesellschaften bekräftigt, da dies maßgeblich die Qualität und Aussagekraft der Daten sowie die Akzeptanz bei den Leistungserbringern verbessern würde.

Um eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls *NET-DIAL* über die Anpassungsbedarfe, die sich aus der Prüfung der Eignungskriterien in diesem Bericht hinaus ergeben, zu ermöglichen, empfiehlt das IQTIG **die Aussetzung des Auswertungsmoduls *NET-DIAL* inklusive der QS-Dokumentation**. Angesichts des Fristengerüsts der DeQS-RL wäre dies regulär frühestens für die EJ 2027 (AJ 2028) und EJ 2028 (AJ 2029) möglich. Angesichts des dargelegten Überarbeitungsbedarfs des Indikatorensets wird jedoch empfohlen, das **Auswertungsmoduls *NET-DIAL* inklusive der QS-Dokumentation** bereits ab dem **EJ 2026 (AJ 2027)** sowie das **Stellungnahmeverfahren** der zur Streichung und Überarbeitung empfohlenen Indikatoren **ab dem AJ 2026 auszusetzen**. Die Spezifikationsempfehlungen sowie prospektiven Rechenregeln für das EJ 2026 werden voraussichtlich im Sommer des Kalenderjahres 2025 beschlossen. Um dem bestehenden „Code of Conduct“ zwischen dem IQTIG und den Softwareanbietern Rechnung zu tragen, bedürfte es hierzu entsprechend einen möglichst frühzeitigen Austausch mit den Softwareanbietern, um die empfohlene Aussetzung des Auswertungsmoduls *NET-DIAL* inklusive der QS-Dokumentation bereits ab dem EJ 2026 umsetzen zu können. Die Sozialdatenlieferung hingegen sollte nicht ausgesetzt werden. Zum einen verursacht diese keine Dokumentationsaufwände bei den Leistungserbringern. Zum anderen würde die fortlaufende Lieferung von Sozialdaten bei den Krankenkassen den bereits mit dem EJ 2020 begonnenen sukzessiven Aufbau der Follow-up-Kennzahlen bis hin zum 10-Jahres-Überleben weiterhin gewährleisten. Bei Aussetzen der Sozialdatenlieferung müssten die Follow-up-Kennzahlen nach dem Neustart des Auswertungsmoduls ebenfalls erneut starten und sich wieder erneut sukzessive aufbauen.

## Literatur

- Abdelazeem, B; Abbas, KS; Shehata, J; El-Shahat, NA; Baral, N; Savarapu, P; et al. (2021): The efficacy of Roxadustat for the treatment of anemia in dialysis dependent chronic kidney disease patients: an updated systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Annals of Translational Medicine* 9(23): 1714. DOI: 10.21037/atm-21-4357.
- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen. Abschlussbericht. Stand: 08.02.2016. Göttingen: AQUA. URL: [https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua\\_de/Projekte/449\\_Nierenersatztherapie/Nierenersatztherapie\\_Abschlussbericht.pdf](https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/449_Nierenersatztherapie/Nierenersatztherapie_Abschlussbericht.pdf) (abgerufen am: 20.05.2025).
- BÄK [Bundesärztekammer] (2013): Richtlinie für die Wartelistenführung und die Organvermittlung zur Nierentransplantation. [Stand:] 09.12.2013. Berlin: BÄK. URL: [https://www.bun-desaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Niere\\_0912013.pdf](https://www.bun-desaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Niere_0912013.pdf) (abgerufen am: 06.01.2025).
- Carrero, JJ; de Jager, DJ; Verduijn, M; Ravani, P; De Meester, J; Heaf, JG; et al. (2011): Cardiovascular and Noncardiovascular Mortality among Men and Women Starting Dialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 6(7): 1722-1730. DOI: 10.2215/cjn.11331210.
- Chong, S; Xie, Q; Ma, T; Xiang, Q; Zhou, Y; Cui, Y (2022): Risk of infection in roxadustat treatment for anemia in patients with chronic kidney disease: A systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *Frontiers in Pharmacology* 13: 967532. DOI: 10.3389/fphar.2022.967532.
- Chung, EY; Palmer, SC; Saglimbene, VM; Craig, JC; Tonelli, M; Strippoli, GF (2023): Erythropoiesis-stimulating agents for anaemia in adults with chronic kidney disease: a network meta-analysis (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2). Art. No.: CD010590. DOI: 10.1002/14651858.CD010590.pub3.
- Farrington, K; Warwick, G (2011): Renal Association Clinical Practice Guideline on Planning, Initiating and Withdrawal of Renal Replacement Therapy. *Nephron Clinical Practice* 118(Suppl. 1): c189-c208. DOI: 10.1159/000328069.
- Fluck, R; Kumwenda, M (2011): Renal Association Clinical Practice Guideline on Vascular Access for Haemodialysis. *Nephron Clinical Practice* 118(Suppl. 1): c225-c240. DOI: 10.1159/000328071.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2022): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Prüfung und Entwicklung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. [Stand:] 19.05.2022. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5456/2022-05-19\\_IQTIG-Beauftragung\\_Empfehlungen-Weiterentwicklung-DeQS.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5456/2022-05-19_IQTIG-Beauftragung_Empfehlungen-Weiterentwicklung-DeQS.pdf) (abgerufen am: 06.01.2025).

Held, PJ; Pauly, MV (1983): Competition And Efficiency In The End Stage Renal Disease Program. *Journal of Health Economics* 2(2): 95-118. DOI: 10.1016/0167-6296(83)90001-2.

Hollenbeck, M; Mickley, V; Brunkwall, J; Daum, H; Haage, P; Ranft, J; et al. (2009): Gefäßzugang zur Hämodialyse. Interdisziplinäre Empfehlungen deutscher Fachgesellschaften. *Der Nephrologe* 4(2): 158-176. DOI: 10.1007/s11560-009-0281-0.

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021): Entwicklung von Patientenbefragungen für das Qualitätssicherungsverfahren *Nierenersatztherapie*. Abschlussbericht. Stand: 24.06.2021. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG\\_QS-NET\\_Befragung\\_Abschlussbericht\\_2021-06-24.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_QS-NET_Befragung_Abschlussbericht_2021-06-24.pdf) (abgerufen am: 06.01.2025).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024a): Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren *QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK* und *QS HGV*. Anhang zum Abschlussbericht. [Stand:] 14.06.2024. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG\\_WE-datengestuetzte-QS-Verfahren-KCHK-CAP-MC-KAROTIS-DEK-HGV\\_Abschlussbericht\\_Anhang\\_2024-06-14.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_WE-datengestuetzte-QS-Verfahren-KCHK-CAP-MC-KAROTIS-DEK-HGV_Abschlussbericht_Anhang_2024-06-14.pdf) (abgerufen am: 06.01.2025).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024b): Methodische Grundlagen. Version 2.1. [Stand:] 27.11.2024. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-Version-2.1\\_2024-11-27.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Methodische-Grundlagen-Version-2.1_2024-11-27.pdf) (abgerufen am: 20.02.2025).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2025): Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren *QS WI, QS CHE, QS NET, QS TX, QS PM* und *QS GYN-OP*. Abschlussbericht. [Stand:] 14.03.2025. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].

Lacson, E; Wang, W; Lazarus, JM; Hakim, RM (2010): Change in Vascular Access and Hospitalization Risk in Long-Term Hemodialysis Patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 5(11): 1996-2003. DOI: 10.2215/cjn.08961209.

Liu, Y; Zou, W; Wu, J; Liu, L; He, Q (2019): Comparison between incremental and thrice-weekly haemodialysis: Systematic review and meta-analysis. *Nephrology* 24(4): 438-444. DOI: 10.1111/nep.13252.

Liu, C; Fu, Z; Jiang, J; Chi, K; Geng, X; Mao, Z; et al. (2021): Safety and Efficacy of Roxadustat for Anemia in Patients With Chronic Kidney Disease: A Meta-Analysis and Trial Sequential Analysis. *Frontiers in Medicine* 8: 724456. DOI: 10.3389/fmed.2021.724456.

Nishioka, N; Luo, Y; Taniguchi, T; Ohnishi, T; Kimachi, M; Ng, RC; et al. (2022): Carnitine supplements for people with chronic kidney disease requiring dialysis (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (12). Art. No.: CD013601. DOI: 10.1002/14651858.CD013601.pub2.

- Ravani, P; Gillespie, BW; Quinn, RR; MacRae, J; Manns, B; Mendelssohn, D; et al. (2013): Temporal Risk Profile for Infectious and Noninfectious Complications of Hemodialysis Access. *Journal of the American Society of Nephrology* 24(10): 1668-1677. DOI: 10.1681/asn.2012121234.
- Saran, R; Bragg-Gresham, JL; Levin, NW; Twardowski, ZJ; Wizemann, V; Saito, A; et al. (2006): Longer treatment time and slower ultrafiltration in hemodialysis: Associations with reduced mortality in the DOPPS. *Kidney International* 69(7): 1222-1228. DOI: 10.1038/sj.ki.5000186.
- Scribner, BH; Buri, R; Caner, JEZ; Hegstrom, R; Burnell, JM (1960): The Treatment Of Chronic Uremia By Means Of Intermittent Hemodialysis: A Preliminary Report. *ASAIO Journal* 6(1): 114-122. URL: [https://journals.lww.com/asaiojournal/Fulltext/1960/04000/THE\\_TREATMENT\\_OF\\_CHRONIC\\_UREMIA\\_BY\\_MEANS\\_OF.20.aspx](https://journals.lww.com/asaiojournal/Fulltext/1960/04000/THE_TREATMENT_OF_CHRONIC_UREMIA_BY_MEANS_OF.20.aspx) [Download PDF] (abgerufen am: 06.01.2025).
- Takkavatakarn, K; Thammathiwat, T; Phannajit, J; Katavetin, P; Praditpornsilpa, K; Eiam-Ong, S; et al. (2023): The impacts of hypoxia-inducible factor stabilizers on laboratory parameters and clinical outcomes in chronic kidney disease patients with renal anemia: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Kidney Journal* 16(5): 845-858. DOI: 10.1093/ckj/sfac271.
- Tattersall, J; Martin-Malo, A; Pedrini, L; Basci, A; Canaud, B; Fouque, D; et al. (2007): EBP guideline on dialysis strategies. *Nephrology Dialysis Transplantation* 22(Suppl. 2): ii5-ii21. DOI: 10.1093/ndt/gfm022.
- Tentori, F; Zhang, J; Li, Y; Karaboyas, A; Kerr, P; Saran, R; et al. (2012): Longer dialysis session length is associated with better intermediate outcomes and survival among patients on in-center three times per week hemodialysis: results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Nephrology Dialysis Transplantation* 27(11): 4180-4188. DOI: 10.1093/ndt/gfs021.
- Teschan, PE; Ginn, HE; Bourne, JR; Walker, PJ; Ward, JW (1975): Quantitative Neurobehavioral Responses To Renal Failure And Maintenance Dialysis. *ASAIO Journal* 21(1): 488-491. URL: [https://journals.lww.com/asaiojournal/Fulltext/1975/21000/QUANTITATIVE\\_NEUROBEHAVIORAL\\_RESPONSES\\_TO\\_RENAL.65.aspx](https://journals.lww.com/asaiojournal/Fulltext/1975/21000/QUANTITATIVE_NEUROBEHAVIORAL_RESPONSES_TO_RENAL.65.aspx) [Download PDF] (abgerufen am: 06.01.2025).
- Thumfart, J; Pommer, W; Querfeld, U; Muller, D (2014): Intensivierte Hämodialyseverfahren bei Erwachsenen und im Kindes- und Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt* 111(14): 237-243. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0237.
- Tian, L; Wang, M; Liu, M; Pang, Y; Zhao, J; Zheng, B; et al. (2024): Cardiovascular and renal safety outcomes of hypoxia-inducible factor prolyl-hydroxylase inhibitor roxadustat for anemia patients with chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *Renal Failure* 46(1): 2313864. DOI: 10.1080/0886022x.2024.2313864.
- Weinreich, T; Böher, J; Kribben, A; Kuhlmann, M; Hollenbeck, M; Schettler, V; et al. (2022): Dialysestandard der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie. Version 1-2022. Ersterstellung 2016. Überarbeitete, aktualisierte Fassung vom 17.02.2022. Berlin: DGfN [Deutsche Gesellschaft für

Nephrologie]. URL: [https://www.dgfn.eu/dialyse-standard.html?file=files/content/downloads/dialysestandard/2016-03-23%20Dialysestandard-V2022-1\\_Stand\\_20220217.pdf](https://www.dgfn.eu/dialyse-standard.html?file=files/content/downloads/dialysestandard/2016-03-23%20Dialysestandard-V2022-1_Stand_20220217.pdf) (abgerufen am: 01.03.2025).

Wright, M; Jones, C (2011): Renal Association Clinical Practice Guideline on Nutrition in CKD. *Nephron Clinical Practice* 118(Suppl. 1): c153-c164. DOI: 10.1159/000328067.

Yang, Q; Abudou, M; Xie, XS; Wu, T (2014): Androgens for the anaemia of chronic kidney disease in adults (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10): Art. No.: CD006881. DOI: 10.1002/14651858.CD006881.pub2.

# Impressum

## HERAUSGEBER

---

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen  
Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

[info@iqtig.org](mailto:info@iqtig.org)

[iqtig.org](http://iqtig.org)