

Beteiligungsverfahren zur Einführung eines neuen Qualitätsindikators Verfahren *QS PCI* zum Erfassungsjahr 2027

Würdigung der Stellungnahmen

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Beteiligungsverfahren zur Einführung eines neuen Qualitätsindikators im Verfahren QS PCI zum Erfassungsjahr 2027. Würdigung der Stellungnahmen

Ansprechpersonen Stefan Sens

Datum der Abgabe 13. Januar 2026

Inhaltsverzeichnis

Verzeichnis der eingegangenen Stellungnahmen	4
1 Einleitung	5
2 Einführung eines neuen Qualitätsindikators zur Überprüfung des Kontrastmittelverbrauchs bei Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion	6
Impressum	14

Verzeichnis der eingegangenen Stellungnahmen

Stellungnahmen der nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen und Institutionen

- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)
- Wissenschaftlich medizinische Fachgesellschaften:
 - Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin e.V. (DEGUM)

1 Einleitung

Am 23. Juni 2025 wurde zu Änderungen der prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr (EJ) 2027 im Verfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)* ein schriftliches Beteiligungsverfahren eröffnet. Dazu wurden die geplanten Änderungen den nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen zur Verfügung gestellt.

Das Stellungnahmeverfahren wurde im Zeitraum vom 23. Juni bis zum 29. August 2025 durchgeführt; die Frist für die stellungnahmeberechtigten Organisationen betrug somit sechs Wochen. Insgesamt haben vier Institutionen jeweils eine Stellungnahmen eingereicht. Alle Stellungnahmen wurden dahingehend geprüft, ob sich aus ihnen Änderungen oder Gründe gegen die Einführung des neuen Qualitätsindikators ergeben. Das IQTIG bedankt sich bei allen Stellungnehmenden für die wertvollen und konstruktiven Hinweise.

Im vorliegenden Dokument sind die zentralen Aspekte der Stellungnahmen zusammengefasst. Es wird dargelegt, wie das Institut mit den vorgebrachten Hinweisen umgegangen ist. Redaktionelle Hinweise wurden umgesetzt, ohne im Einzelnen gewürdigt zu werden. Positive Rückmeldungen werden nicht erneut aufgegriffen. Die Würdigungen erfolgen thematisch. Alle eingegangenen Stellungnahmen sind in der Anlage einsehbar.

2 Einführung eines neuen Qualitätsindikators zur Überprüfung des Kontrastmittelverbrauchs bei Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion

Nachweis Qualitätsdefizit

Zwei stellungnahmeberechtigte Organisationen haben angemerkt, dass der Indikator ohne Nachweis eines konkreten Qualitäts- bzw. Versorgungsdefizits zur Einführung vorgeschlagen werde. Dies werde jedoch als grundlegende Voraussetzung von beiden stellungnahmeberechtigten Organisationen betrachtet. (KBV S. 3, DKG S. 4)

IQTIG: Die kontrastmittelinduzierte Nephropathie (CIN, „contrast medium-induced nephropathy“) gilt als eine der Hauptursachen der akuten Nierenschädigung. Die Häufigkeit einer CIN nach Herzkatheteruntersuchung wird in der Literatur zwischen 8 bis 17 % ausgewiesen (Latus et. al 2020). Dabei gelten sowohl Patientinnen und Patienten mit einer vorbestehenden chronischen Nierenerkrankung als auch Patientinnen und Patienten mit einer akuten Nierenfunktionseinschränkung als besonders gefährdet, eine CIN – die in schweren Fällen auch zu einem akuten Nierenversagen führen kann – zu entwickeln. Durch den sparsamen Einsatz von jodhaltigem Kontrastmittel lässt sich das Risiko einer CIN und möglicher Folgeerkrankungen reduzieren. Vor diesem Hintergrund soll der Qualitätsindikator dazu beitragen, den sparsamen Einsatz von Kontrastmittel im Zuge von Koronarangiographien und perkutanen Koronarinterventionen (PCI) zu fördern.

Einschluss aller Prozedurarten bei chronischer Niereninsuffizienz oder eingeschränkter Nierenfunktion

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation bat um Darlegung, weshalb sich der Qualitätsindikator neben isolierten Koronarangiographien auch auf isolierte PCI sowie einzeitige Koronarangiographien und PCI bezieht und welche Schnittmenge zwischen Patientinnen und Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz und solchen mit eingeschränkter Nierenfunktion besteht und inwiefern die Leitlinienempfehlungen für beide Patientengruppen gelten. (DKG S. 4)

IQTIG: Potenziell nierenschädigendes jodhaltiges Kontrastmittel (KM) wird im Rahmen von Koronarangiographien und PCI verabreicht, um die Herzkranzgefäße im Röntgenbild sichtbar zu machen. Die Daten des IQTIG zeigen, dass sich der durchschnittliche Kontrastmittelverbrauch (KM-Verbrauch) prozedurbezogen stark unterscheidet. So ergeben sich auf Basis der Daten des Erfassungsjahres 2024 (AJ 2025) im Bundesdurchschnitt folgende KM-Verbräuche pro Prozedur:

- isolierte Koronarangiographie = 70,81 ml
- isolierte PCI = 141,56 ml
- einzeitige Koronarangiographie/PCI = 162,65 ml

Die vorgenannten Ergebnisse zeigen, dass mit isolierten Koronarangiographien die mit Abstand geringsten KM-Verbräuche einhergehen. Da jedoch die nephrotoxische Wirkung mit zunehmender KM-Dosierung potenziell zunimmt und keine Anhaltspunkte darüber vorliegen, dass sich KM-Verbräuche bei interventionellen Eingriffen nicht reduzieren lassen, empfiehlt das IQTIG in Abstimmung mit dem Expertengremium auf Bundesebene, auch isolierte PCI und einzeitige Prozeduren in den Indikator einzuschließen.

Da sowohl Patientinnen und Patienten mit einer vorbestehenden chronischen Nierenerkrankung als auch Patientinnen und Patienten mit einer akuten Nierenfunktionseinschränkung potenziell gefährdet sind, eine CIN, die in schweren Fällen auch zu einem akuten Nierenversagen führen kann, zu entwickeln, empfiehlt das IQTIG in Anlehnung an die Definition der KDIGO alle Patientinnen und Patienten mit einer $eGFR < 60 \text{ ml/min/1,73m}^2$ in den Qualitätsindikator einzuschließen.

Beauftragung zur erneuten Einführung der Indikatoren zur Kontrastmittelmenge

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation merkte an, dass die Abschaffung der zuvor bestehenden drei Indikatoren kritisch bewertet worden sei und das IQTIG vor diesem Hintergrund beauftragt worden sei, die erneute Einführung der Indikatoren zur Kontrastmittelmenge zu prüfen. In diesem Zusammenhang ergibt sich aus Sicht der stellungnahmeberechtigten Organisation die Frage, warum diese Prüfung nicht mit der Konzeption des neu vorgeschlagenen Indikators zur Kontrastmittelgabe gebündelt erfolgt ist. (KBV S. 3)

IQTIG: Die in Rede stehende Beauftragung ist dem IQTIG nicht bekannt. Lediglich zu den Indikatoren der Gruppe „Dosis-Flächen-Produkt“ (DFP-Indikatoren), für die das IQTIG ab dem EJ 2025 eine Aussetzung empfohlen hat, ist dem IQTIG ein entsprechender Prüfauftrag bekannt. Der Prüfauftrag betrifft sowohl die DFP-Indikatoren des Verfahrens QS PCI als auch die DFP-Indikatoren des Verfahrens QS HSMDEF. Die Abgabe des Prüfberichtes an den G-BA ist zum 15.08.2026 vorgesehen.

Ein Zusammenhang zwischen der Neuentwicklung des vorliegenden Indikators zur Überprüfung des Kontrastmittelverbrauchs und der Überprüfung der Aussetzungsempfehlung der DFP-Indikatoren lässt sich aus Sicht des IQTIG nicht direkt herstellen.

Einheitliche QI-Bezeichnung

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation wies daraufhin, dass sich die Überschrift für den Indikator von der „Bezeichnung“ auf Seite 6 der pRR unterscheidet und bittet zu prüfen, welche Bezeichnung korrekt ist. (DKG S. 6)

IQTIG: Da nicht nur Patientinnen und Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz in den Indikator eingeschlossen sind, schlägt das IQTIG vor, den Indikator übergreifend mit „Kontrastmittelverbrauch bei Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion“ zu bezeichnen. Es wird eine entsprechende Harmonisierung zwischen den QI-Titeln vorgenommen.

Risikoadjustierung nach dem Faktor „Art der Prozedur“

Zwei stellungnahmeberechtigte Organisationen hinterfragen, inwieweit eine Risikoadjustierung nach dem Faktor „Art der Prozedur“ zu validen Ergebnissen führe und welche Vorteile dieses Vorgehen im Gegensatz zur Berechnung separater, prozedurspezifischer QI-Ergebnisse mit sich bringe. Aus Sicht einer stellungnahmeberechtigten Organisation würde es auch patientenseitige Einflussfaktoren geben, die das Indikatorergebnis beeinflussen können, so dass es zu einer „doppelten“ Risikoadjustierung käme. (KBV S. 4, DKG S. 5)

IQTIG: Die Erreichung des Qualitätsziels („möglichst geringer Kontrastmittelverbrauch“) kann innerhalb eines prozedurübergreifenden, risikoadjustierten Indikators überprüft werden. Da der mittlere Verbrauch je nach Prozedurart variiert, ist in diesem Fall nach den drei Prozedurarten (isolierte Koronarangiographien, isolierte PCI, einzeitige Koronarangiographien/PCI) zu adjustieren. Zusätzlich kann in einem prozedurübergreifenden Indikator auch nach patientenseitigen Einflussfaktoren adjustiert werden. So ist beispielsweise der Einschluss des Body-Mass-Index (BMI) in das Risikoadjustierungsmodell vorgesehen. Auch für prozedurartspezifische Effekte von patientenseitigen Einflussvariablen (Beispiel: der Effekt des BMI auf den mittleren KM-Verbrauch könnte sich zwischen den Prozedurarten unterscheiden; sog. Interaktionseffekte) kann innerhalb eines prozedurübergreifenden Indikators adjustiert werden. Hierfür ist aus technischer Sicht keine Auftrennung der Grundgesamtheiten notwendig. Der Hinweis auf eine „doppelte“ Risikoadjustierung kann nicht bestätigt werden, da sowohl prozedurartbezogene als auch patientenseitige Faktoren in einem gemeinsamen Risikoadjustierungsmodell berücksichtigt werden.

Im Rahmen einer empirischen Analyse auf Basis der Daten des EJ 2024 zeigte sich der leistungserbringerbezogene KM-Verbrauch nach Risikoadjustierung über die Prozedurarten hinweg stark korreliert. D.h., Leistungserbringer, die einen höheren KM-Verbrauch bei PCI aufwiesen, wiesen tendenziell auch bei Koronarangiographien einen höheren KM-Verbrauch auf. Daraus lässt sich ableiten, dass der KM-Verbrauch in einem prozedurübergreifenden Indikator überprüft werden sollte, der Informationen aus verschiedenen Prozedurarten bündelt. Ein solcher Indikator basiert bei der rechnerischen Auffälligkeitseinstufung auf einer stabileren (größeren) Datengrundlage als drei getrennt ausgewertete Indikatoren mit kleineren Fallzahlen. Zudem sind sich die Leistungserbringer generell ähnlich darin, welche Prozedurarten sie in welcher relativen

Häufigkeit erbringen (eher selten: isolierte PCI; häufiger: einzeitige Eingriffe; am häufigsten: isolierte Koronarangiographien)

Im Einklang damit haben Proberechnungen auf Basis der Daten des EJ 2024 gezeigt, dass Leistungserbringer, die im prozedurübergreifenden Indikator rechnerisch auffällig werden, in hohem Maße auch in den drei prozedurspezifischen Indikatoren rechnerisch auffällig werden. Vor diesem Hintergrund empfiehlt das IQTIG, insbesondere aus Aufwand-Nutzen-Perspektive, einen prozedurübergreifenden Indikator zur Einführung vorzuschlagen. Aufwandseinsparungen entstehen insbesondere auf Ebene der LAG und der Leistungserbringer durch ein schlankeres Stellungnahmeverfahren sowie auf Ebene des G-BA und des IQTIG durch geringere Aufwände in der Verfahrenspflege und Gremienarbeit im G-BA.

Aufnahme weiterer Risikofaktoren

Von Seiten einer stellungnahmeberechtigten Organisationen werden weitere Risikofaktoren zur Aufnahme in das Risikoadjustierungsmodell vorgeschlagen: „Dringlichkeit der Prozedur (elektiv, dringend, notfallmäßig)“, „Rechtsherzkatheter“, „invasive hämodynamische Evaluation mittels Druckdrahtmessung“, „IVUS-Untersuchung“, „retrograde Rekanalisation“, „Dialysepflicht“, „Körpergröße“, „Körpergewicht“ (DKG S. 6)

Darüber hinaus sollten aus Sicht einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation die Faktoren „PCI an mehreren Gefäßen“, „chronisch komplett verschlossene Gefäße (CTO)“ sowie „Vorhandensein von Bypässen“ erhoben und direkt in die Berechnung einbezogen werden. (DEGUM S. 2)

IQTIG: Aus Sicht des Expertengremiums auf Bundesebene wird der Kontrastmittelverbrauch insbesondere durch komplexe, aufwändige Prozeduren stark beeinflusst. Vor diesem Hintergrund soll das Risikoadjustierungsmodell insbesondere auf Basis entsprechender OPS-Codes, die komplexe Prozeduren abbilden und im Rahmen der QS-Dokumentation beim Leistungserbringer erhoben werden, erweitert werden. Eingeschlossen in die OPS-Codes sind u.a. auch IVUS sowie FFR/RFR. Der Faktor „Dringlichkeit der Prozedur“ wurde als potenzieller Risikofaktor in die Rechenregeln aufgenommen. Inwieweit dieser einen Effekt zeigt, muss im Rahmen der Modellentwicklung/-testung geprüft werden. Eine Auftrennung in separate Indikatoren nach Dringlichkeit der Prozedur ist nicht erforderlich, da mögliche dringlichkeitsbezogene Unterschiede über die Risikoadjustierung ausgeglichen werden können. Da Körpergröße und -gewicht bereits in die Berechnung des BMI einfließen und aus Expertinnen- und Experten-sicht das Körpervolumen insgesamt einen stärkeren Effekt auf den Kontrastmittelverbrauch hat, kann auf die alleinige Verwendung der Faktoren „Körpergröße“ und „Körpergewicht“ verzichtet werden. Für die Faktoren „Rechtsherzkatheter“ und „Dialysepflicht“ ergeben sich aus Sicht des IQTIG derzeit keine Anhaltspunkte, die einen Einschluss in die Risikoadjustierung rechtfertigen würden.

Ausgabe der 50 auffälligsten Vorgänge in den Vorgangslisten bzw. in der mandantenfähigen Datenbank

Es wird von einer stellungnahmeberechtigten Organisation darauf hingewiesen, dass die Ausgabe der 50 Fälle wenig aussagekräftig sei, da es sich um besondere Einzelfälle handeln könne und dies vielmehr verdeutlichen würde, dass sich die Einrichtungen auch komplexen interventionellen Herausforderungen stellen. Eine andere stellungnahmeberechtigte Organisation stellt sich die Frage, wie vermieden wird, dass die Methodik nicht zu Fehlschlüssen in der Bewertung einzelner Leistungserbringer (trotz Risikoadjustierung) führe – insbesondere bei stark heterogenen Patientenpopulationen mit ggf. erhöhtem Risikoprofil. (DEGUM S. 2, KBV S. 4)

IQTIG: Die Ausgabe der 50 Prozeduren mit den höchsten beobachteten Werten der Zielgröße nach Risikoadjustierung soll die Durchführung des Stellungnahmeverfahrens unterstützen, indem der Fokus auf die Prozeduren gelenkt wird, die das Indikatorergebnis am stärksten in die negative Richtung beeinflusst haben. Unterschiede im Patientenkollektiv zwischen den Leistungserbringern sollen im Rahmen der Risikoadjustierung möglichst ausgeglichen werden. Dabei können die Ergebnisse potenziell, aber nicht notwendigerweise Aufschluss über Qualitätsdefizite geben. Da es sich um eine Setzung handelt, kann die Anzahl ausgewiesener Prozeduren, z.B. von 50 auf 100 (vorausgesetzt es liegen so viele Prozeduren vor), zukünftig auch erweitert werden. Dies wäre aus Sicht des IQTIG jedoch nur dann sinnvoll, wenn die Ausgabe dieser zusätzlichen Fälle die Identifikation von systematischen Qualitätsdefiziten tatsächlich erleichtert.

Anzumerken ist, dass in den Auswertungsjahren 2024 und 2025 für die DFP-Indikatoren (IDs 56005, 56006, 56007) die 50 Prozeduren mit den höchsten beobachteten Werten der Zielgröße nach Risikoadjustierung ausgegeben wurden. Diesbezüglich sind dem IQTIG keine nachhaltigen Probleme aus der Umsetzung bekannt.

Einfluss hoher Kontrastmittelverbräuche auf das Indikatorergebnis bei kleinen Fallzahlen

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation weist daraufhin, dass der aus Zähler und Nenner berechnete mittlere Kontrastmittelverbrauch durch Ausreißer stark verzerrt werden könne. Dies könne dazu führen, dass einige Leistungserbringer besonders aufwendige Prozeduren meiden, so dass die betreffenden Patientinnen und Patienten von einer Behandlung ausgeschlossen werden könnten. Um diesem Effekt entgegenzuwirken, sollte die Verwendung des Medians als Kennzahl in Betracht gezogen werden. (DEGUM S. 1-2)

IQTIG: Der Indikator soll risikoadjustiert werden, um eine mögliche Benachteiligung von Leistungserbringern zu verhindern, die u.a. besonders häufig komplexe Prozeduren erbringen. Dazu wird zunächst das Verhältnis von applizierter Kontrastmittelmenge zu erwarteter Kontrastmittelmenge auf Fallebene berechnet. Die berechneten Verhältnisse

werden anschließend, also *nach* Risikoadjustierung auf Fallebene, für jeden Leistungserbringer gemittelt. Das statistische Vorgehen ist analog zu den bis zum Auswertungsjahr 2025 berechneten Indikatoren der Gruppe „Dosis-Flächen-Produkt“. In das Adjustierungsmodell werden insbesondere die Art der Prozedur und weitere Einflussfaktoren einbezogen, die einen erhöhten Kontrastmittelverbrauch rechtfertigen. Das IQTIG erwartet, dass die Adjustierung einen fairen Vergleich der Leistungserbringer ermöglicht, auch wenn diese unterschiedlich komplexe Prozeduren erbringen.

Unabhängig davon, ob eine Risikoadjustierung vorliegt, empfiehlt das IQTIG den Mittelwert anstelle des Medians als Lagemaß für das Indikatorergebnis zu verwenden. Dies liegt insbesondere an der höheren Sensitivität gegenüber extremen Werten. Beispielsweise spielt es für die Lage des Medians keine Rolle, ob die Patientin oder der Patient mit der höchsten Kontrastmittel-Exposition bei einem Leistungserbringer die 2-fache oder 20-fache erwartete Menge an Kontrastmittel appliziert bekommen hat. Für die Patientensicherheit ist der Unterschied allerdings relevant. Daher sollte sich ein solcher Unterschied in den Ergebnissen der Qualitätssicherung widerspiegeln. Der Mittelwert gewährleistet dies. Aus dem selbem Grund wurde von einer standardmäßigen Trunkierung von besonders hohen Werten in früheren Beratungen mit dem Expertengremium auf Bundesebene abgeraten.

Die Methodik für Indikatoren mit stetiger Zielgröße ist für vergangene Auswertungen bereits ausführlicher beschrieben worden. Entsprechende Materialien sind online abrufbar (<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-auswertung-von-qualitaetsindikatoren-mit-stetiger-zielgroesse/>).

Erhebung der eGFR

Zwei stellungnahmeberechtigte Organisationen bitten zu prüfen, ob die eGFR und die zu Grunde liegende Berechnungsformel beim Leistungserbringer abgefragt und für die Berechnung des Indikators genutzt werden könnten. Auf diese Weise müsste die applizierte Kontrastmittelmenge nur für die Prozeduren erhoben werden, für die sie benötigt wird. (GKV-SV S. 4–5, DKG S. 5)

IQTIG: Da die geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (eGFR bzw. estimated glomerular filtration rate) in der klinischen Praxis mit unterschiedlichen Formeln berechnet werden kann und selbst bei entsprechender Vorgabe durch das IQTIG keine ausreichende Sicherheit garantiert wäre, dass valide und vergleichbare eGFR-Werte erhoben werden, spricht sich das IQTIG in Abstimmung mit dem Expertengremium auf Bundesebene weiterhin gegen eine direkte Erfassung der eGFR im Rahmen der Datenerhebung beim Leistungserbringer aus. Gleichwohl sollen die zur eGFR-Berechnung erforderlichen Daten (Alter, Geschlecht, Kreatininwert) beim Leistungserbringer erhoben werden, so dass

die eGFR im Rahmen der Auswertung beim IQTIG berechnet werden kann. Das Vorgehen soll dazu beitragen, dass mit größtmöglicher Sicherheit keine Patientinnen und Patienten bzw. Prozeduren ungerechtfertigterweise aus der QI-Berechnung ausgeschlossen werden und somit ein fairer Leistungserbringervergleich möglich ist.

Berechnung der eGFR

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation merkt an, dass zur Berechnung der eGFR auf Basis der CKD-EPI-Formel auch Körpergröße und Körpergewicht für die Berechnung notwendig seien und dies aus den Dokumenten, die Bestandteil des Beteiligungsverfahrens waren, nicht hervorgehen würde. Ferner werde die Einheit für den anzusetzenden Schwellenwert der eGFR in den pRR im Feld „Rechenregeln“ nur als „ml/min“ angegeben. Falls keine Normierung im Hinblick auf Körpergröße und Körpergewicht vorgesehen ist, bittet die stellungnahmeberechtigte Organisation darum zu erläutern, warum ein Vergleich von Patientinnen und Patienten unterschiedlicher Größe und unterschiedlichen Gewichts gegen denselben Schwellenwert (< 60) sinnvoll möglich ist. (DKG S. 5)

IQTIG: Die CKD-EPI-Formel normiert die geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (eGFR) auf eine standardisierte Körperoberfläche von $1,73 \text{ m}^2$. Vor diesem Hintergrund werden die patientenindividuellen Angaben zu Körpergröße und -gewicht nicht in die Berechnung der eGFR auf Basis der CKD-EPI-Formel eingeschlossen. Ebenso basiert die CKD-Stadieneinteilung der KDIGO („KDIGO-Heatmap“) immer auf dem normierten Wert von $1,73 \text{ m}^2$. Vor diesem Hintergrund sind die Körpergröße und das Körpergewicht keine entscheidenden Parameter, um die Nierenfunktionsfähigkeit einzustufen. Klinisch relevanter sind dagegen die Variablen „Kreatininwert“, „Alter“ und „Geschlecht“.

Die im Feld „Rechenregeln“ angegebene Einheit wird in den pRR EJ 2027 in „ml/min/ $1,73 \text{ m}^2$ “ ausgewiesen.

Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit einer GFR $\geq 60 \text{ ml/min}/1,73 \text{ m}^2$

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation merkt an, dass die Begründung, wonach eine prozedurbezogene Auswertung aufgrund der geringen Fallzahl in der Subgruppe der Patientinnen und Patienten mit einer glomerulären Filtrationsrate (GFR) über 60 nicht zielführend sei, nicht ausreichend tragfähig erscheine und sich die Frage stelle, ob bei der gewählten Methodik die Validität der Ergebnisdarstellung tatsächlich gewährleistet ist. (KBV S. 4)

IQTIG: Der Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit einer GFR $\geq 60 \text{ ml/min}/1,73 \text{ m}^2$ aus der QI-Berechnung ist damit zu begründen, dass von einer eingeschränkten Nierenfunktion ab einer GFR $< 60 \text{ ml/min}/1,73 \text{ m}^2$ ausgegangen wird. D.h. Patientinnen und Patienten mit einer GFR $\geq 60 \text{ ml/min}/1,73 \text{ m}^2$ zählen nicht zu der vulnerablen Gruppe der Patientinnen und Patienten, für die im Ergebnis der durchgeführten Literaturrecherche

ein besonderes Risiko besteht, eine kontrastmittelinduzierte Nephropathie zu entwickeln. Vor diesem Hintergrund ist dem Faktor „Fallzahl“ an dieser Stelle keine besondere Relevanz beizumessen. Da davon auszugehen ist, dass auf Grundlage der vorliegenden Nennerdefinition circa 200.000 Prozeduren in den Indikator eingeschlossen werden, ist die Grundgesamtheit ausreichend groß, um belastbare QI-Ergebnisse zu erzeugen.

Angabe Einheit im Feld „Referenzbereich“

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation bittet zu prüfen, ob im Feld „Referenzbereich“ „ $\leq x$ ml (95. Perzentil)“ dargestellt werden müsste. (DKG S. 6)

IQTIG: Da es sich um einen risikoadjustierten Indikator handelt und die Einheit aufgrund der Kürzung im Bruch O/E entfällt, wird in dem Feld „Referenzbereich“ keine Einheit ausgewiesen.

Einheit des Nenners

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation weist daraufhin, dass im Feld „Rechenregeln“ bei der Beschreibung des Nenners nicht deutlich werde, welche Einheit der Nenner hat. Auch sei unklar, worauf sich das Adjektiv „alle“ vor den einzelnen Prozedurnamen beziehe. (DKG S. 6)

IQTIG: Mit Blick auf eine verfahrenskonsistente Nennerbeschreibung spricht sich das IQTIG für eine Beibehaltung der vorliegenden Beschreibung aus. Das Wort „alle“ impliziert, dass alle Prozeduren in den Nenner einfließen, die die Nennerbeschreibung erfüllen.

Vorzeichen im Feld „Formel“

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation weist daraufhin, dass im Feld „Formel“ das Vorzeichen von „ >60 “ auf „ <60 “ angepasst werden müsste. Gleichzeitig bittet sie um vollständige Darstellung der verwendeten Funktionen. (DKG S. 6)

IQTIG: Es wird eine entsprechende Korrektur des Vorzeichens in den pRR EJ 2027 vorgenommen. Darüber hinaus werden die in die Rechenregeln eingeschlossenen Funktionen inkl. ihrer Bestandteile in den pRR EJ 2027 im Anhang IV vollständig ausgewiesen sein.

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

iqtig.org