

Beteiligungsverfahren zur Einführung eines neuen Qualitätsindikators sowie Anpassungen an bestehenden Qualitätsindikatoren und Rechenregeln im QS-Verfahren QS PCI zum Erfassungsjahr 2026

Würdigung der Stellungnahmen

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Beteiligungsverfahren zur Einführung eines neuen Qualitätsindikators sowie Anpassungen an bestehenden Qualitätsindikatoren und Rechenregeln im QS-Verfahren QS PCI zum Erfassungsjahr 2026. Würdigung der Stellungnahmen

Ansprechpersonen Mira Hassan, Stefan Sens

Datum der Abgabe 15. Januar 2025

vertraulich

Inhaltsverzeichnis

Verzeichnis der eingegangenen Stellungnahmen	4
1 Einleitung	5
2 Einführung eines neuen Qualitätsindikators zur Überprüfung der Indikationsstellung bei elektiver PCI.....	6
2.1 Hinweise zum Hintergrundtext des Indikators (Rationale)	6
2.2 Spezifikation	7
2.3 Notwendigkeit des Indikators.....	8
2.4 Indikatorberechnung	9
3 Aufteilung der QI 56106 „Patienteninformation vor der elektiven Prozedur“ und 56111 „Patienteninformation nach der Prozedur“	12
3.1 Hinweise zur Aufteilung der Qualitätsindikatoren	12
3.2 Hinweise zur Einführung von festen Referenzbereichen	12
3.3 Hinweise zu Ergänzungen, Änderungen oder Streichungen der Themen der Patienteninformation bzw. Inhalte der Patientenbefragung	13
3.4 Hinweise zur Darstellung der Grundgesamtheit in den Rechenregeln	14
3.5 Hinweise zur Berechnung von QI Ergebnissen	15
Impressum.....	16

Verzeichnis der eingegangenen Stellungnahmen

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

- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Wissenschaftlich medizinische Fachgesellschaften:
 - Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
 - Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR) / Deutsche Röntgengesellschaft e. V. (DRG)
 - Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK)

vertraulich

1 Einleitung

Am 22. August 2024 wurde zu Änderungen der prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr (EJ) 2026 im Verfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)* inklusive Patientenbefragung 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 22. August bis zum 6. Oktober 2024 durchgeführt; die Frist für die stellungnahmeberechtigten Organisationen betrug somit sechs Wochen. Insgesamt haben sieben Institutionen sechs Stellungnahmen eingereicht. Zwei Organisationen haben eine gemeinsame Stellungnahme eingereicht. Alle Stellungnahmen wurden dahingehend geprüft, ob sich aus ihnen Änderungen oder Gründe gegen die Einführung neuer Qualitätsindikatoren bzw. die Anpassung der Rechenregeln 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.

vertraulich

2 Einführung eines neuen Qualitätsindikators zur Überprüfung der Indikationsstellung bei elektiver PCI

2.1 Hinweise zum Hintergrundtext des Indikators (Rationale)

Indikatortitel

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass der Titel des Indikators vermuten ließe, dass auch PCIs bei akutem Koronarsyndrom betrachtet würden und schlägt daher eine Anpassung des Titels vor (GKV-SV S. 4-5).

IQTIG: Der Hinweis ist richtig und der Indikatortitel wurde zu „Indikation zur elektiven PCI bei chronischem Koronarsyndrom bzw. nach akutem Koronarsyndrom (ACS)“ angepasst.

Berücksichtigung neuer Leitlinien

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde angemerkt, dass die vom IQTIG zitierte Literatur nicht mehr aktuell sei und es wurde um entsprechende Berücksichtigung gebeten (GKV-SV, S. 4; DKG, S. 7; KBV, S. 3).

IQTIG: Zum Zeitpunkt des Starts des Beteiligungsverfahrens lagen die aktualisierten Leitlinien noch nicht vor. Die Leitlinienbezüge wurden in der Rationale bzw. im Literaturverzeichnis entsprechend aktualisiert.

Relevanz der Bildgebung bei nicht invasiven Ischämienachweisen

In einer Stellungnahme wurde darauf hingewiesen, dass nicht invasive Ischämienachweise möglichst durch ein bildgebendes Verfahren erfolgen sollten und Belastungs-EKGs aufgrund der geringen Spezifität eher ungeeignet seien. Es wurde in diesem Zusammenhang um eine Anpassung der Formulierung in der Rationale gebeten (DeGIR/DRG, S. 1-2).

IQTIG: Da das Belastungs-EKG gemäß aktueller ESC-Leitlinie eine Untersuchungsmethode zum nicht invasiven Ischämienachweis darstellt, wird von einer Konkretisierung an dieser Stelle abgesehen.

2.2 Spezifikation

Neues Datenfeld zum nicht invasiven Ischämienachweis

In einer Stellungnahme wurde darauf verwiesen, dass in dem neuen Datenfeld zum nicht invasiven Ischämienachweis nur die Antwortmöglichkeiten „nein“ und „ja“ angeboten würden, aber auch die Möglichkeit bestehe, dass keine nicht invasive Ischämietestung durchgeführt wurde. Es solle geprüft werden, die Antwortmöglichkeit „nicht durchgeführt“ zu ergänzen (GKV-SV, S. 7).

IQTIG: Da über eine Plausibilitätsregel sichergestellt ist, dass das Datenfeld nur dann ausgefüllt werden muss, wenn im Datenfeld „objektive (apparative) nicht invasive Ischämiezeichen“ die Schlüssel „1 = ja“ oder „2 = fraglich“ angegeben wurden, bedarf es keiner weiteren Antwortmöglichkeit „nicht durchgeführt“.

Verwendung der Abkürzung „CCS“

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass es Inkonsistenzen hinsichtlich der Verwendung der Abkürzung „CCS“ gäbe (GKV-SV, S. 4).

IQTIG: Vielen Dank für den Hinweis. Die Begriffe „chronisches Koronarsyndrom“ und „Canadian Cardiovascular Society“ werden zukünftig ausgeschrieben, sodass Verwechslungen aufgrund der analog verwendeten Abkürzung („CCS“) vermieden werden.

Minimal Lumen Area (MLA)

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden Hinweise zum Datenfeld „Kritische Fläche (MLA, Minimal Lumen Area)“ gegeben. Diese bezogen sich sowohl auf eine einfachere Abfrage bei den Schlüsseloptionen, als auch auf eine Konkretisierung auf bestimmte Koronargefäße sowie die Methodik der Messung (DKG, S.7; KBV, S. 3).

IQTIG: Im Zuge der finalen Überarbeitung der zur Indikatorberechnung verwendeten Datenfelder wurde entschieden, auf die Datenfelder „Kritische Fläche (MLA, Minimal Lumen Area)“ sowie „Kritische Fläche (MLA, Minimal Lumen Area) nicht bestimmt“ zu verzichten und stattdessen das Datenfeld „Ergab die intrakoronare Bildgebung einen pathologischen interventionsbedürftigen Befund?“ mit den Antwortmöglichkeiten „0 = nein“, „1 = ja“ und „2 = nicht bestimmt“ zur Einführung vorzuschlagen. Dies adressiert gleichzeitig auch die mittels OCT-Bildgebung (engl. Optical Coherence Tomographie; optische Kohärenztomographie) bestimmten Lumina.

Mittels einer Plausibilitätsregel wird sichergestellt, dass sich das Datenfeld nur auf Interventionen am Hauptstamm bezieht und somit nicht für alle elektiven PCI zu erheben ist.

Streichung des Schlüssels „6 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie“

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde um Streichung des Schlüssels „6 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie“ in dem Datenfeld „Indikation zur PCI“ gebeten, da eine Prognoseverbesserung durch eine PCI nicht zu erwarten sei. Dies gelte auch für Patientinnen und Patienten mit Diabetes und für Patientinnen und Patienten mit nachgewiesener Ischämie. (DeGIR/DRG, S. 1).

IQTIG: Da auch unter prognostischen Gesichtspunkten eine PCI indiziert sein kann (z. B. bei Patientinnen und Patienten, für die eine Bypass-OP aus gesundheitlichen Gründen nicht infrage kommt) und sich Ischämien auch symptomlos äußern können, kann der Empfehlung nicht gefolgt werden.

Häodynamische Relevanzmessung

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde eine Konkretisierung der Feldbezeichnung zur häodynamischen Relevanzmessung um die Bestimmung der FFR erbeten. Auch sollten diese Daten ausschließlich erhoben werden, sofern es für die Indikatormessung relevant sei. Weiterhin wurde vorgeschlagen, den Grenzwert für die häodynamische Relevanzmessung in den Ausfüllhinweisen zu definieren (DKG, S. 7).

IQTIG: Das Datenfeld „Ergab die (häodynamische) Relevanzmessung einen pathologischen Messwert?“ ist so plausibilisiert, dass es nur dann erhoben werden soll, wenn es zur Rechtfertigung der Indikationsstellung herangezogen werden muss, da andere (zuvor abgefragte) Indikationskriterien nicht greifen. Somit wird dem Gebot einer aufwandsarmen Datenerhebung Rechnung getragen.

Zum Vorschlag, in der Datenfeldbezeichnung nur auf die fraktionelle-Fluss-Reserve (FFR) zu verweisen, ist festzustellen, dass auch andere Messverfahren angewandt werden können. Vor diesem Hintergrund wird an einer generischen Begriffsdefinition, unter der mehrere Messverfahren subsumiert werden können, festgehalten.

Bezugnehmend auf den Hinweis, fixe Grenzwerte im Ausfüllhinweis festzuhalten (z. B. FFR-Quotient von $\leq 0,80$), wird mit Blick auf die dynamischen Anpassungsprozesse, denen insbesondere die kardiologischen Leitlinien unterliegen, und die starren Spezifikationszyklen verzichtet.

2.3 Notwendigkeit des Indikators

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde die Frage aufgeworfen, wie der vorgeschlagene Qualitätsindikator zu einer möglichen Verbesserung der Versorgung beitragen soll und inwiefern es Hinweise auf ein Qualitätsdefizit in der derzeitigen Versorgung gibt. Auch wurde darum gebeten, dass der neu entwickelte QI gemäß der vom IQTIG im Rahmen des Eckpunktebeschlusses entwickelten Methodik zu gegebener Zeit einer Aufwand-Nutzen-Betrachtung unterzogen werden soll (DKG, S. 4, 6).

IQTIG: Während es derzeit nur wenige systematisch erhobene publizierte Daten zu möglichen Fehlindikationen elektiver PCI gibt, lässt sich aus den europäischen Daten ableiten, dass Deutschland einerseits die höchste PCI-Rate (bezogen auf die Einwohnerzahl) und andererseits aber nur eine mäßige kardiovaskuläre Mortalität im europäischen Vergleich aufweist. Dies kann durchaus auf verschiedene Ursachen zurückzuführen sein, wirft aber die Frage auf, ob möglicherweise eine gewisse Anzahl an Herzkathetereingriffen nicht leitliniengerecht indiziert und damit verzichtbar sind. Dies wäre sowohl aus Patientinnen- und Patientensicht als auch aus medizinökonomischer Perspektive problematisch.

Mithilfe des vorgeschlagenen Qualitätsindikators soll daher einerseits ein Überblick über die Indikationsqualität zur elektiven PCI in Deutschland gewonnen werden und andererseits die leitliniengerechte Indikationsstellung verbessert werden (sofern es die Ergebnisse erfordern).

Eine Aufwand-Nutzen-Betrachtung wird auf Basis der vorliegenden Echtdaten und Auswertungsergebnisse vorgenommen.

2.4 Indikatorberechnung

Indikationskriterien bei Hauptstammstenose

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation bittet um Erläuterung, warum das Indikationskriterium bei Hauptstammstenose sowohl einen Stenosegrad von $\geq 50\%$ als auch eine $MLA \leq 6 \text{ mm}^2$ fordert und warum bei dem Kriterium „Hauptstammstenose mit einem Stenosegrad $\geq 70\%$ “ eine andere Schwelle (Stenosegrad $\geq 70\%$) verwendet wird, als bei dem Kriterium mit MLA (Stenosegrad $\geq 50\%$) (DKG, S. 7).

IQTIG: Das Kriterium für eine angemessene Indikation bei Hauptstammstenose wurde in der Rechenregel und im Dokumentationsbogen korrigiert. Demnach ist der Nachweis einer Stenose $\geq 50\%$ in Kombination mit einem pathologischen Befund nach intrakoronarer Bildgebung erforderlich. Das Kriterium „Hauptstammstenose mit einem Stenosegrad $\geq 70\%$ “ entspricht ebenso einer leitlinienkonformen Indikationsstellung für eine elektive PCI am Hauptstamm.

Keine PCI, aber CABG empfohlen

Zwei stellungnahmeberechtigte Organisationen weisen darauf hin, dass unter bestimmten Voraussetzungen z. B. Personen mit 3-Gefäßerkrankung, HSS, Syntax-Score ≥ 33 , die sowohl OP-fähig sind als auch nach Aufklärung für eine CABG bereit sind, von einer zusätzlichen invasiven Therapie profitieren, aber nicht von einer PCI, sondern von einer CABG. Somit bestehe die Möglichkeit, dass im Zähler des Indikators Konstellationen berücksichtigt würden, für die nicht ohne Weiteres die Indikation zur PCI als erste Thera-

pieoption angenommen werden kann. Eine der stellungnahmeberechtigten Organisationen weist außerdem darauf hin, dass gemäß den Methodischen Grundlagen des IQTIG wohl von einer eingeschränkten Validität auszugehen sei und daher geprüft werden solle, inwieweit die Bewertung der Validität als „hoch“ bei der aktuellen Operationalisierung angemessen ist (DEGAM, S. 2; GKV-SV, S. 5–7; DKG, S. 7).

IQTIG: Das primäre Ziel, das mit dem vorliegenden Qualitätsindikator zunächst verfolgt wird, ist zu überprüfen, ob mindestens eines von mehreren (möglichen) Indikationskriterien, das die Durchführung einer PCI rechtfertigt, im Sinne einer Mindestvoraussetzung erfüllt wird. Um die Indikation zur Art des Revaskularisationsverfahrens (Bypass vs. PCI) adäquat berücksichtigen zu können, wäre ein hoher zusätzlicher Dokumentationsaufwand und eine deutlich komplexere Rechenregel erforderlich. Auch werden relevante Parameter, wie z. B. der SYNTAX-Score, nicht regelhaft von allen Leistungserbringern erhoben. Vor diesem Hintergrund soll der Qualitätsindikator, insbesondere mit Blick auf die Aufwand-Nutzen-Perspektive, zunächst ohne Berücksichtigung der Indikationsstellung zur Revaskularisationsart eingeführt werden.

Symptomatische Indikation

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation weist darauf hin, dass auf Grundlage der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) „Chronische KHK“ die Kriterien für eine symptomatische Indikation entsprechend berücksichtigt werden sollten. Demnach sei nicht allein die objektiv nachgewiesene Ischämie für die PCI entscheidungsrelevant, sondern auch maßgeblich die Symptomatik der Patientinnen und Patienten, wozu in der NVL festgehalten sei, dass bei einer konservativ nicht ausreichend behandelbaren Symptomatik (Angina pectoris oder Äquivalente) bei geeigneter Morphologie (nach invasiver Diagnostik) eine invasive Therapie angeboten werden soll (DEGAM, S. 1).

IQTIG: Da für die überwiegende Mehrzahl der Patientinnen und Patienten, die einer elektiven PCI zugeführt werden, eine entsprechende Beschwerdesymptomatik (insbesondere Angina pectoris oder Angina-Äquivalent) per se vorgelegen haben dürfte, da andernfalls auch die Durchführung einer invasiven Diagnostik (isolierte Koronarangiographie) nicht indiziert gewesen wäre und das Vorliegen einer geeigneten Morphologie mithilfe des Qualitätsindikators überprüft wird, ergibt sich kein Anpassungsbedarf.

Keine invasive Therapie empfohlen

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation weist daraufhin, dass für Personen mit ein bis zwei Gefäß-KHK ohne HSS und ohne Herzinsuffizienz mit Syntax-Score < 33 und ohne komorbiden Diabetes mellitus, deren Symptomatik medikamentös komplett oder nach Einschätzungen der Patientinnen und Patienten hinreichend kontrolliert sind, kein Beleg vorliege, dass sie von einer invasiven Therapie (gleich, ob PCI oder CABG) zusätzlich zu einer optimal-konservativen Therapie profitieren (DEGAM, S. 2).

IQTIG: Um das Vorliegen der vorgenannten Parameter überprüfen zu können, müssten mehrere neue Datenfelder eingeführt werden, die den Erhebungsaufwand bei den Leistungserbringern immens steigern würde. Demgegenüber steht das primäre Ziel, mit dem Qualitätsindikator zunächst zu überprüfen, ob eines der in den Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossenen Kriterien im Sinne einer Mindestvoraussetzung erfüllt wird und die jeweilige PCI damit angemessen war.

vertraulich

3 Aufteilung der QI 56106 „Patienteninformation vor der elektiven Prozedur“ und 56111 „Patienteninformation nach der Prozedur“

3.1 Hinweise zur Aufteilung der Qualitätsindikatoren

„Insgesamt ist festzustellen, dass es verfrüht erscheint, bereits jetzt Anpassungen an der Patientenbefragung vorzunehmen, für die kein dringender Handlungsbedarf ersichtlich wird. Die Leistungserbringer haben im Auswertungsjahr 2024 erstmalig Ergebnisse aus der ersten Patientenbefragung im Rahmen der DeQS-RL erhalten. Es sollte zunächst die Möglichkeit gegeben werden, auf die Ergebnisse zu reagieren und sie für die Qualitätsverbesserung zu nutzen“ (DKG, S. 8).

IQTIG: Aus Sicht des IQTIG handelt es sich nicht um eine verfrühte Entscheidung. Vielmehr erscheint es sinnvoll, Erkenntnisse, die sich aus den Auswertungen der Daten und Rückmeldungen des Expertengremiums auf Bundesebene sowie weiterer Rückmeldungen im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitevaluation ergeben, frühestmöglich umzusetzen. Dies hat den Vorteil, dass diese Anpassungen ebenfalls noch evaluiert werden können. Im konkreten Fall der Aufteilung der QI handelt es sich aus Sicht des IQTIG um sinnvolle Anpassungen, die sich insbesondere auf die Handhabbarkeit im Stellungnahmeverfahren auswirken werden. Insbesondere die Aufteilung des QI 56106 sind aus Sicht des Expertengremiums sinnvoll, da die Patienteninformation vor der Prozedur tatsächlich zu zwei verschiedenen Zeitpunkten stattfinden sollte. Dies geschehe laut Auflassung des Expertengremiums aus Zeitgründen nicht immer, würde sich aber positiv auf die Patienteninformation auswirken.

3.2 Hinweise zur Einführung von festen Referenzbereichen

„Aus der Erläuterung des IQTIG ist der KBV nicht ersichtlich für welche Qualitätsindikatoren feste Referenzbereiche festgelegt werden sollen, da für die benannten QI 56106 und 56111 ab dem EJ 2026 parallel eine Aufteilung in vier QI empfohlen wird. Dabei sollen nach Verständnis der KBV die QI 56106 und 56111 nicht mehr zur Anwendung kommen. Die KBV bittet um eine Konkretisierung, für welche QI die festen Referenzbereiche eingeführt werden sollen.“

Sollten diese vorgeschlagenen festen Referenzbereiche von 95 Punkten sich auf die vier neuen QI 56119, 56120, 56121 und 56122 beziehen, stellt dies eine Neuerung des IQTIG zu dem abgestimmten Vorgehen einer stufenweisen Einführung von festen Referenzbereichen für neue QI dar. Die KBV bittet um eine Begründung des abweichenden Vorgehens.“ (KBV, S. 5)

Auch eine weitere stellungnahmeberechtigte Organisation kritisiert die Einführung fester Referenzbereiche für die neuen QI (DKG, S. 8ff.).

IQTIG: Zunächst bestätigt das IQTIG, dass die QI 56106 und 56111 nicht parallel mit den neuen QI 56119, 56120, 56121 und 56122 zur Anwendung kommen sollen.

Bezüglich der Referenzbereiche hatte das IQTIG mit der Einleitung des Beteiligungsverfahrens trotz der Neueinführung der Indikatoren feste Referenzbereiche von 95 Punkten vorgesehen. Nach Sichtung und Prüfung der Stellungnahmen und einer damit einhergehenden internen Prüfung empfiehlt das IQTIG nun mit den prospektiven Rechenregeln einen mittelwertbasierten Referenzbereich für alle vier neuen QI.

3.3 Hinweise zu Ergänzungen, Änderungen oder Streichungen der Themen der Patienteninformation bzw. Inhalte der Patientenbefragung

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation hat einige Hinweise und Ergänzungen zu den Inhalten der Patienteninformation gegeben (DeGIR/DRG, S. 3-5). Diese beziehen sich einerseits darauf, weitere oder tiefergehende Informationen über das zu erwartende Behandlungsergebnis zu geben und andererseits darauf, dass auch über die Koronar-CT als diagnostisches Verfahren informiert werden sollte und in die Merkmalsbeschreibungen aufgenommen werden sollte.

Ein Hinweis bezieht sich auf die Ergänzung der Merkmale um die Information zur Indikation von routinemäßigen invasiven Kontrollen (Herzkatheteruntersuchungen) (DeGIR/DRG, S. 5).

IQTIG: Das IQTIG bedankt sich für die wichtigen und hilfreichen Impulse. Diese Themen sind aktuell jedoch ohne eine erneute Validierung der Fragebögen nicht in die Patientenbefragung integrierbar. Jedoch wird das IQTIG im Rahmen einer Weiterentwicklung, die, wenn sie angezeigt ist, vom G-BA zu beauftragen wäre, die Themen erneut prüfen und im weiteren Verlauf aufnehmen.

Bezüglich der Information zur routinemäßigen Herzkatheteruntersuchung ist eine Aufnahme in die Merkmale nicht erforderlich, da dieses Thema bereits durch ein eigenes Merkmal im zugehörigen Qualitätsindikator 56102 „Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur“ abgedeckt ist.

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation empfiehlt die Streichung des Merkmals M2_56122 „Sportliche Betätigung“ im QI 56122 (KBV, S. 6). Sie begründet dies damit, dass das Thema zeitlich nicht in den Bereich der direkten Nachversorgung gehöre, sondern in die Nachsorge der weiterbehandelnden Kardiologen.

IQTIG: Das IQTIG teilt diese Auffassung aus fachlicher Sicht nicht und sieht daher keine Veranlassung für eine Streichung des Merkmals. Sowohl im Rahmen der Entwicklung als auch im Kontext der Sitzungen mit dem Expertengremium auf Bundesebene gehören Sekundärprävention und Informationen zu Bewegung und/oder Sport thematisch

zum Bereich der direkten Nachsorge bei Patientinnen und Patienten mit elektiver und akuter bzw. dringlicher PCI (isoliert, einzzeitig).

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation empfiehlt die Anpassung des Items zur Patienteninformation zu Behandlungsalternativen des Merkmals M2_56119 im QI 56119 (KBV, S. 5f.). Sie begründet dies damit, dass nicht jede denkbare andere Behandlung in jedem Fall angezeigt wäre und aus Sicht der Organisation „nichts tun“ als Alternative aus der vorhandenen Frage nicht explizit hervorgehe. Es werden daher zwei neue Fragen vorgeschlagen.

IQTIG: Das IQTIG sieht aus fachlicher Sicht keine Veranlassung der Anpassung des bestehenden Items. Sowohl die Erkenntnisse aus den Pretests im Rahmen der Entwicklung als auch die Auswertungen im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitevaluation zeigen auffällige Werte bezüglich Non-Response, die auf die Unverständlichkeit des Items hinweisen. Auch der kognitive Pretest zeigt keine Hinweise darauf. Vielmehr konnte dort festgestellt werden, dass das Item wie intendiert verstanden wurde. Im Rahmen von Shared-Decision-Making-Ansätzen ist die Information über mögliche und nicht mögliche Behandlungsalternativen eine wichtige Komponente.

3.4 Hinweise zur Darstellung der Grundgesamtheit in den Rechenregeln

Zwei stellungnahmeberechtigte Organisationen weisen darauf hin, dass die Grundgesamtheit einzelner Merkmale in den Rechenregel-Dokumenten nicht korrekt dargestellt sei (DKG, S. 12 u. 14; GKV-SV, S. 8f.). Beispielsweise umfasse das Merkmal M4_56119 „Ziel der elektiven Koronarangiographie [sic!]“ (GKV-SV, S. 9) lediglich Patientinnen und Patienten mit elektiver Koronarangiografie, in den Rechenregeln gehe aus der Definition der Grundgesamtheit hervor, dass das Merkmal sowohl für die elektiven Koronarangiografien als auch für die elektiven PCI (isoliert, einzzeitig) gelte.

IQTIG: Hierbei handelt es sich um ein Missverständnis. Bei der Definition der Rechenregeln ist bei jedem Merkmal die Grundgesamtheit des QI angegeben, nicht die Grundgesamtheit der Merkmale. Wenn einzelne Merkmale für Teilkollektive der Grundgesamtheit ausgeschlossen sind, ist dies in den Rechenregeln unter „Erläuterung der Rechenregel“ hinterlegt. Ganz grundsätzlich werden bei der Berechnung von QI stets nur gültige Werte berücksichtigt. Das bedeutet, dass auch Einschränkungen der Grundgesamtheit, die sich durch fehlende Werte ergeben (z. B. wegen Item Non-Response) bei der Berechnung nicht berücksichtigt werden.

Um weitere Missverständnisse zu vermeiden, wurde im Layout der Rechenregeln eine Anpassung vorgenommen. Die Zeile „Grundgesamtheit“ heißt ab Abgabe der pRR 2026 „Grundgesamtheit des QI“.

3.5 Hinweise zur Berechnung von QI Ergebnissen

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation stellt fest, dass sich einzelne Ergebnisse möglicherweise zwischen Patientinnen und Patienten mit elektiver Prozedur gegenüber den Patientinnen und Patienten mit akuter/notfallmäßiger Prozedur unterscheiden könnten und empfiehlt eine getrennte Auswertung nach Dringlichkeit von insgesamt 8 QI (DKG, S. 14).

IQTIG: Das IQTIG spricht sich gegen eine getrennte Auswertung der QI nach Dringlichkeit aus, da aus fachlicher Sicht die Dringlichkeit der Prozedur keine Rolle für die Behandlung der Patientinnen und Patienten spielen sollte. Das IQTIG prüft jedoch, für welche QI die Stratifizierung der QI-Ergebnisse nach Dringlichkeit sinnvoll erscheint, um im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens möglicherweise bestehende Unterschiede adressieren zu können.

vertraulich

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](https://www.iqtig.org)

vertraulich