Deutsche Gesellschaft für NEPHROLOGIE

Außerordentliche Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie unter Federführung der Kommission Qualitätssicherung zum

„Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Weiterentwicklung des Moduls Dialyse des Qualitätssicherungsverfahrens Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) gemäß Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) vom 5. November 2025"

Stand: 08.01.2026

Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) e.V.
Großbeerenstraße 89
10963 Berlin

Vorbemerkung:

Die Deutsche Gesellschafft für Nephrologie (DGfN) begrüßt in höchstem Maße das Engagement des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), das Verfahren QS NET Modul Dialyse weiterzuentwickeln. Die DGfN nimmt wahr, wie lange und intensiv sich dieser Weiterentwicklungsprozess gestaltet. Daher möchte die DGfN mit dieser außerordentlichen Stellungnahme zum Weiterentwicklungsbeschluss des G-BA vom 5. November 2025 den Impuls geben, nicht in einer überholten Struktur der Qualitätssicherung zu verharren, sondern das Verfahren neu zu denken, das Indikatorenset und die Dokumentations-aufwände auf ein notwendiges und verlässlich auswertbares Maß zu reduzieren, für die Qualitätssicherung ungeeignete Kennzahlen auszuschließen und Qualitätsziele zu empfehlen.

Hierzu empfiehlt die DGfN, das Verfahren QS NET Modul Dialyse auf folgende Indikatoren zu reduzieren:
Indikator 01: Hospitalisierung aufgrund einer mit einem permanenten Dialysekatheter assoziierten Blutstrominfektion
Indikator 02: 1-Jahres-Überleben
Indikator 03: 2-Jahres-Überleben
Indikator 04: Anteil Heimdialyse
Indikator 05: Listung auf Transplantationswarteliste
Indikator 06: Zentralvenöser Katheterzugang bei Hämodialyse und Hämodiafiltration
Indikator 07: Verordnete Dialysefrequenz und Dialysedauer
Indikator 08: Konvektionsvolumen bei Hämodiafiltration

Alle diese Indikatoren sind datensparsam zu erheben und als Aufgreifkriterien geeignet. Bei Umsetzung werden sie die Akzeptanz des QS-Verfahrens fördern. Die Ausgestaltung der Indikatoren wird nachfolgend mit Bezug zu den Auftragsteilen A und B des G-BA-Beschlusses vom 5. November 2025 erläutert (https://www.g-ba.de/downloads/39-261-7523/2025-11-05_DeQS-RL_IQTIG-Beauftragung_Weiterentwicklung-Dialyse-QS-NET.pdf). Alle anderen Indikatoren des aktuellen Moduls Dialyse empfiehlt die DGfN ersatzlos aufzuheben (abzuschaffen).

Darüber hinaus begrüßt es die DGfN sehr, dass im Vorjahr des Verfahrensstarts nach Weiterentwicklung alle vom QS-Verfahren betroffenen Nephrologinnen und Nephrologen im Rahmen einer Online-Veranstaltung über die Reaktivierung und die Grundzüge des Verfahrens sowie relevante Änderungen informiert werden sollen.

Auch die vorgesehenen regelmäßigen Workshops zur Bearbeitung der Beauftragung begrüßt die DGfN ausdrücklich. **In diesem Zusammenhang möchte die DGfN jedoch den G-BA und das IQTIG darum bitten, dass auch der DGfN die Möglichkeit eingeräumt wird, zwei Fachexperten direkt in diese Workshops zu entsenden, die sowohl über eine Expertise in**

der Nephrologie als auch in der Qualitätssicherung und der Indikatorentwicklung verfügen und zur Diskussion dieses Impulspapiers zur Verfügung stehen.

Darüber hinaus möchte die DGfN im Rahmen der Weiterentwicklung anregen, die neue Nomenklatur für Nierenfunktion und Nierenkrankheiten aus 2022 zu verwenden: https://kdigo.org/wp-content/uploads/2018/10/Nomenklatur-fu%CC%88r-Nierenfunktion-und-Nierenkrankheiten.pdf.

Empfehlungen zu Auftragsteil A des G-BA-Beschlusses:

Indikator 01: Hospitalisierung aufgrund einer mit einem permanenten Dialysekatheter assoziierten Blutstrominfektion

Zähler: Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer mit einem permanenten Dialysekatheter assoziierten Blutstrominfektion im Jahr x mindestens einmal stationär behandelt werden mussten.

Nenner: Alle Patientinnen und Patienten, die im Jahr x eine chronische Hämodialyse oder Hämodiafiltration mit einem permanenten Dialysekatheter durchführen.

Ausschlusskriterien: Heimhämodialyse, da der Rückschluss auf einen dem Leistungserbringer zuzuschreibenden Qualitätsmangel bei dem von den Patientinnen und Patienten in Eigentherapie zu Hause durchgeführten Verfahren nicht gegeben ist.

Risikoadjustierung: Die 2025 für den Indikator „Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen, ID 572009“ eingeführte Risikoadjustierung berücksichtigt bisher die folgenden Risikofaktoren:

a) Alter in Jahren
b) Geschlecht
c) Dauer der Dialysetherapie in Jahren
d) Dauer der Dialysetherapie unbekannt
e) Transplantation
f) Adipositas
g) Blutungskomplikationen
h) Demenz
i) HIV
j) multiresistente Keime
k) psychische Erkrankung
l) Sepsis
m) Verschlusskrankheit

n) Linksherzinsuffizienz Stadium 3 oder 4

Diese bestehende Risikoadjustierung wird überarbeitet. Es werden zusätzlich folgende Parameter in die Risikoadjustierung aufgenommen: renale Grunderkrankung, Diabetes mellitus, kardiale Krankheiten, Malignome und vorherige Katheterinfektionen.

Auffälligkeitskriterien: keine

Referenzbereich: perzentilbasiert (aufgrund der Risikoadjustierung)

Erläuterungen: Dieser Indikator entspricht einer Weiterentwicklung des bisherigen Indikators „Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen, ID 572009“. Es werden jedoch nicht mehr alle Komplikationen betrachtet, sondern nur noch Blutstrominfektionen durch „getunnelte Vorhofkatheter“ zur permanenten Nutzung. Das Auftreten mechanischer Verschlüsse ist bei weitem häufiger als infektiöse Komplikationen. Die mechanischen Verschlüsse sind jedoch meist abhängig von der Qualität der vorhandenen Gefäße (sowohl arteriell als auch venös), von früheren Eingriffen an zentralen oder peripheren Gefäßen, den lokalen Gegebenheiten mit einer gefäßchirurgischen Versorgung oder individuellen Gerinnungsstörungen bei den Patientinnen und Patienten. Diese Faktoren entziehen sich allerdings der Beeinflussbarkeit durch den nephrologischen Leistungserbringer. Daher werden mechanische Komplikationen als Ursache einer Hospitalisierung zukünftig nicht mehr betrachtet. Die Konzeption des Indikators auf Basis von QS-Daten und Sozialdaten verbleibt und wird durch geeignete Ausschlusskriterien ergänzt. Jedoch wird die bisherige Jahresüberlappung der Datenerhebung aufgehoben. Die 2025 eingeführte Risikoadjustierung wird weiterentwickelt. Die Datenerhebung und -übermittlung erfolgt einmalig pro Quartal. So kann die Aussagekraft und Vergleichbarkeit der Ergebnisse gesteigert werden.

Indikator 02: 1-Jahres-Überleben

Dieser Indikator entsprich der bisherigen Kennzahl „1-Jahres-Überleben, ID 572011“. Die Konzeption der Kennzahl auf Basis von Sozialdaten verbleibt und wird durch geeignete Ausschlusskriterien und eine geeignete Risikoadjustierung ergänzt. Jedoch wird die Jahresüberlappung der bisherigen Datenerhebung aufgehoben. So können die Aussagekraft und Vergleichbarkeit der Ergebnisse gesteigert und die Kennzahl zu einem Indikator aufgewertet werden.

Relevante Risikofaktoren, die nicht Dialyse-immanent sind und durch die Dialysetherapie nicht oder nur marginal beeinflusst werden, sind: Alter/Frailty (Gebrechlichkeit), Geschlecht, renale Grunderkrankung, Diabetes mellitus, maligne Begleiterkrankungen, kardiovaskuläre Vorerkrankungen, Herzinsuffizienz, periphere und zentrale Gefäßerkrankungen, sozialer Status (alleinstehend, familiärer Hintergrund, Sprachkenntnisse), Depression und Demenz.

Ausschlusskriterien: Die Risikofaktoren, die nicht zur Risikoadjustierung verwendet werden.

Risikoadjustierung: Die Risikofaktoren, die nicht als Ausschlusskriterien verwendet werden.

Auffälligkeitskriterien: keine

Referenzbereich: perzentilbasiert (aufgrund der Risikoadjustierung)

Erläuterungen: Für jeden der Risikofaktoren wird durch vergleichende Analysen auf Basis eines Datensatzes einer Krankenkasse oder des Datensatzes beim Forschungsdatenzentrum Gesundheit durch das IQTIG in Zusammenarbeit mit den zu beteiligenden Experten überprüft werden müssen, ob es geeigneter ist, den jeweiligen Risikofaktor als Ausschlusskriterium zu führen oder ihn in eine Risikoadjustierung zu übernehmen.

Indikator 03: 2-Jahres-Überleben

Dieser Indikator entsprich der bisherigen Kennzahl „2-Jahres-Überleben, ID 572012“. Die Empfehlungen zu diesem Indikator entsprechen den Empfehlungen zum Indikator „1-Jahres-Überleben“.

Weitere Anmerkungen zu Auftragsteil A des G-BA-Beschlusses:

Alle übrigen zur Betrachtung in Auftragsteil A des Beschlusses vorgesehenen Indikatoren werden ersatzlos aufgehoben (abgeschafft).

Der Indikator „Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen, ID 572009“ ist nicht geeignet, einen vergleichenden Blick auf diese Komplikation zwischen Leistungserbringern zu geben. Die meisten PD-katheterassoziierten Infekte werden nicht zu einer Hospitalisation führen und ambulant therapiert. Somit werden sie durch diesen Indikator auch nicht erfasst. Darüber hinaus ist der Rückschluss auf einen dem Leistungserbringer zuzuschreibenden Qualitätsmangel bei der von den Patientinnen und Patienten in Eigentherapie zu Hause durchgeführten Verfahren nicht gegeben.

Die Kennzahlen „3-Jahres-Überleben, ID 572013“, „5-Jahres-Überleben, ID 572014“ und „10-Jahres-Überleben, ID 572015“ zeigen stärker als das „1-Jahres-Überleben“ und das „2-Jahres-Überleben“ einen hohen zeitlichen Versatz (verstärkt durch die Erhebung auf Basis von Sozialdaten), damit verbunden eine schwierige Herstellung des Fallbezugs und einen mit der Länge des Betrachtungszeitraums immer geringer werdenden Leistungserbringerbezug. Eine Dialyse kann die vielfältigen Funktionen der Nieren nicht optimal ersetzen. Die Folge: Gesundheit und Lebensqualität, aber auch die Lebenserwartung der Betroffenen verschlechtern sich mit der Zeit deutlich, unabhängig von der Behandlungsqualität des

Leistungserbringers. Diese Schwächen können mit zunehmender Länge des Betrachtungszeitraums immer schlechter durch eine Risikoadjustierung ausgeglichen werden, so dass diese Kennzahlen letztlich nur der Versorgungsforschung dienen, aber nicht dem Leistungserbringervergleich oder der Formulierung von Handlungsempfehlungen. Die Versorgungsforschung ist jedoch nicht Aufgabe der externen Qualitätssicherung.

Empfehlungen zu Auftragsteil B des G-BA-Beschlusses:

Indikator 04: Anteil Heimdialyse

Zähler: Patientinnen und Patienten, die im Jahr x ihre chronische Dialysetherapie in einem Heimverfahren durchführen (Peritonealdialyse und Heimhämodialyse).

Nenner: Alle Patientinnen und Patienten, die im Jahr x eine chronische Dialysetherapie durchführen.

Ausschlusskriterien: keine

Risikoadjustierung: keine

Auffälligkeitskriterien: keine

Referenzbereich: mindestens 5 Prozent der Patientinnen und Patienten mit chronischer Dialyse führen ihre Dialysetherapie in einem Heimverfahren durch (der Referenzbereich wird gemäß des Qualitätsziels bis 2040 sukzessive gesteigert)

Qualitätsziel: Bis zum Jahr 2040 sollen mindestens 15 Prozent der Patientinnen und Patienten mit chronischer Dialyse ihre Dialysetherapie in einem Heimverfahren durchführen. (Bisher gibt es keinen anerkannten und für Deutschland anwendbaren Zielwert. Die 15 Prozent entsprechen einer Expertenmeinung unter Berücksichtigung internationaler Zahlen mit dem Ziel der Verdreifachung der Anzahl von Patientinnen und Patienten mit Heimdialyse und müssen ggf. im laufenden QS-Verfahren auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse durch das Expertengremium beim IQTIG angepasst werden.)

Erläuterungen:
Heimdialyseverfahren sind in Deutschland unterrepräsentiert. Eine Heimdialyse kann sowohl medizinische Vorteile, als auch Vorteile in der Gestaltung des Alltags und der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten aufweisen. Laut der vom Innovationsfonds geförderten MAU-PD-Studie erhalten in Deutschland nur 5 bis 6 Prozent aller dialysepflichtigen Patientinnen und Patienten eine Peritonealdialyse, hinzu kommt ein sehr

geringer Anteil an Heimhämodialyse. Der Bewertungsausschuss aus Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) hat zum 1. Januar 2025 neue finanzielle Anreize für die Heimdialyse geschaffen, um den Anteil an Patientinnen und Patienten in einem Heimdialyseverfahren zu steigern. Dieses Bestreben soll mit den Mitteln der externen Qualitätssicherung unterstützt werden.

Die Angabe zur Heimdialyse (ja/nein) kann datensparsam durch die Nephrologinnen und Nephrologen dokumentiert werden. Die Datenerhebung und -übermittlung erfolgt einmalig pro Quartal. Bei diesem Indikator ist auch eine Erhebung über Sozialdaten denkbar.

Dieser Indikator ist vollständig neu.

Indikator 05: Listung auf Transplantationswarteliste

Zähler: Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysetherapie, die im Jahr x auf der Transplantationswarteliste eines Transplantationszentrums geführt werden.

Nenner: Alle Patientinnen und Patienten, die im Jahr x eine chronische Dialysetherapie durchführen.

Ausschlusskriterien: Patientinnen und Patienten, die eine Lebendnierenspende im Jahr x erhalten. Auch Patientinnen und Patienten älter als 75 Jahre werden ausgeschlossen, da hier aus medizinischen Gründen nur in seltenen Fällen die Aufnahme auf eine Transplantationswarteliste sinnvoll und indiziert ist.

Risikoadjustierung: Bei Anwendung der Ausschlusskriterien ist keine Risikoadjustierung nötig.

Auffälligkeitskriterien: keine

Referenzbereich: mindestens 5 Prozent der Patientinnen und Patienten mit chronischer Dialyse sollen auf einer Transplantationswarteliste gelistet sein (der Referenzbereich wird gemäß des Qualitätsziels bis 2040 sukzessive gesteigert)

Qualitätsziel: Bis zum Jahr 2040 sollen mindestens 13 Prozent der Patientinnen und Patienten mit chronischer Dialyse auf einer Transplantationswarteliste stehen. (Bisher gibt es keinen anerkannten und für Deutschland anwendbaren Zielwert. Die 13 Prozent entsprechen einer Expertenmeinung mit dem Ziel der Verdopplung der Anzahl von Patientinnen und Patienten auf Transplantationswartelisten und müssen ggf. im laufenden QS-Verfahren auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse durch das Expertengremium beim IQTIG angepasst werden.)

Erläuterungen:

Eine Dialyse kann die vielfältigen Funktionen der Nieren nicht optimal ersetzen. Die Folge: Gesundheit und Lebensqualität, aber auch die Lebenserwartung der Betroffenen verschlechtern sich mit der Zeit deutlich, unabhängig von der Behandlungsqualität des Leistungserbringers. Abhilfe kann eine Nierentransplantation schaffen. Nach Angaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) warteten Anfang 2024 in Deutschland 6.513 Patientinnen und Patienten auf eine Spenderniere. Dies bedeutet, dass bei rund 100.000 Dialysepatientinnen und -patienten deutschlandweit rund 6,5 Prozent auf einer Transplantationswarteliste gelistet waren. Dieser Wert soll gesteigert werden.

Die Angabe zur Führung auf der Transplantationswarteliste (ja/nein) kann datensparsam durch die Nephrologinnen und Nephrologen dokumentiert oder die Pseudonyme der Patientinnen und Patienten auf den Transplantationswartelisten können von den Transplantationszentren, die bereits über das Modul NTX in dieses QS-Verfahren eingebunden sind, an die Datenauswertungsstelle beim IQTIG übermittelt werden. Die Datenerhebung und -übermittlung erfolgt einmalig pro Quartal.

Dieser Indikator ersetzt den Indikator „Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt, ID 572002“.

Indikator 06: Zentralvenöser Katheterzugang bei Hämodialyse und Hämodiafiltration

Zähler: Patientinnen und Patienten, die die im Jahr x bei chronischer Hämodialyse oder Hämodiafiltration über einen zentralvenösen Katheter dialysiert werden.

Nenner: alle Patientinnen und Patienten im Jahr x mit chronischer Hämodialyse oder Hämodiafiltration

Ausschlusskriterien: Patientinnen und Patienten über 75 Jahren werden ausgeschlossen, da aktuelle Forschungsergebnisse gezeigt haben, dass die bisherige Expertenmeinung, dass AV-Shunts besser sind als Vorhofkatheter, für ältere Patientinnen und Patienten nicht mehr generell so angenommen werden kann. Darüber hinaus weisen ältere Patienten häufiger Komorbiditäten und einen schlechteren Gefäßstatus auf, welche die Anlage eines AV-Shunts nicht erlauben. Auch werden Patientinnen und Patienten ausgeschlossen, bei denen zum Zeitpunkt der Datenerhebung eine Hämodialyse oder eine Hämodiafiltration weniger als 180 Tagen durchgeführt wird, da ein Shunt-Versorgung eines Planungsvorlaufs bedarf.

Risikoadjustierung: Bei Anwendung der Ausschlusskriterien ist keine Risikoadjustierung nötig.

Auffälligkeitskriterien: ohne

Referenzbereich: maximal 30 Prozent der Patientinnen und Patienten unter 75 Jahren mit chronischer Hämodialyse oder Hämodiafiltration erhalten die Dialysetherapie über einen

zentralvenösen Dialysekatheter (der Referenzbereich wird gemäß des Qualitätsziels bis 2040 sukzessive gesenkt)

Qualitätsziel: Bis zum Jahr 2040 sollen maximal 20 Prozent der Patientinnen und Patienten unter 75 Jahren die Dialysetherapie bei chronischer Hämodialyse oder Hämodiafiltration nach 180 Tagen an der Dialyse über einen zentralvenösen Dialysekatheter erhalten. Vielmehr sollen 80 Prozent der Patientinnen und Patienten oder mehr der unter 75jährigen ihre Dialysetherapie über einen AV-Shunt erhalten. (Bisher gibt es keinen anerkannten und für Deutschland anwendbaren Zielwert. Die 20 Prozent entsprechen einer Expertenmeinung und müssen ggf. im laufenden QS-Verfahren auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse durch das Expertengremium beim IQTIG angepasst werden.)

Erläuterungen:
Die Erhebung und Übermittlung der Dokumentation „zentralvenöser Katheterzugang (ja/nein)“ kann datensparsam einmal pro Quartal erfolgen, ebenso wie die der Ausschlusskriterien.
Dieser Indikator ist eine Weiterentwicklung des Indikators „Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration, ID 572004“ und ersetzt den Indikator „Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration, ID 572003“.

Indikator 07: Verordnete Dialysefrequenz und Dialysedauer

Zähler: Patientinnen und Patienten, die mindestens 3 Dialysetherapien pro Woche bei chronischer Hämodialyse oder Hämodiafiltration zu jeweils mindestens 4 Stunden verordnet bekommen.

Nenner: Alle Patientinnen und Patienten, die eine chronische Hämodialyse oder Hämodiafiltration verordnet bekommen.

Ausschlusskriterien: Patientinnen und Patienten mit der Diagnose „kardiorenales Syndrom“ oder der Verordnung einer inkrementellen Dialyse werden ausgeschlossen, da das u. a. Qualitätsziel zur Dialysefrequenz und -dauer gemäß nationaler und internationaler Empfehlungen nicht für Patientinnen und Patienten gilt, die noch eine relevante residuale (ausreichende) Nierenrestfunktion aufweisen.

Risikoadjustierung: Bei Anwendung der Ausschlusskriterien ist keine Risikoadjustierung nötig.

Auffälligkeitskriterien: Die Dokumentation zur Qualitätssicherung ist zu prüfen, wenn für mehr als 25 Prozent der Patientinnen und Patienten, die eine chronische Hämodialyse oder Hämodiafiltration durchführen, die Diagnose „kardiorenales Syndrom“ oder die Verordnung einer inkrementellen Dialyse dokumentiert wird. (Diese 25 Prozent entsprechen einer

Expertenmeinung und müssen ggf. im laufenden QS-Verfahren auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse durch das Expertengremium beim IQTIG angepasst werden.)

Referenzbereich: mindestens 85 Prozent der Patientinnen und Patienten mit chronischer Hämodialyse oder Hämodiafiltration erhalten die Verordnung einer Dialysefrequenz von mindestens 3 Dialysetherapien pro Woche mit einer Dialysedauer von jeweils mindestens 4 Stunden.

Qualitätsziel: Patientinnen und Patienten ohne oder mit minimaler residualer Nierenfunktion sollen in mindestens 85 Prozent der Fälle bei chronischer Hämodialyse oder Hämodiafiltration die Verordnung einer Dialysefrequenz von mindestens 3 Dialysetherapien pro Woche mit einer Dialysedauer von jeweils mindestens 4 Stunden verordnet bekommen. (Die 85 Prozent entsprechen einer Expertenmeinung und müssen ggf. im laufenden QS-Verfahren auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse durch das Expertengremium beim IQTIG angepasst werden. Hierbei wurde berücksichtigt, dass es keinen Qualitätsmangel darstellt, wenn z. B. für ältere Patientinnen und Patienten (z.B. dekrementelle Dialyse) oder bei dem Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose ein anderer Ansatz gewählt wird (Torreggiani M, et al.: Incremental and personalized hemodialysis start: a new standard of care. Kidney Int Rep. 2022; 7:1049-1061). Daher wird kein Erreichen von 100 Prozent gefordert, gleichzeitig ist das Alter und das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose kein Ausschlusskriterium.)

Erläuterungen:
Die Grundkonzeption des Indikators wird so überarbeitet, wie er bis 2019 in der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse (QSD-RL) ausgestaltet war. Regelmäßig führen patientenindividuelle Gründe, wie der Wunsch von Patienten, kürzer dialysiert zu werden (z.B. bei Tumorerkrankungen, psychiatrischen Erkrankungen), der Bedarf von häufigen Toilettengängen (z.B. bei Enteritis) oder eine eingeschränkte Liegefähigkeit (z.B. bei WS-Syndromen oder Frakturen), zu einer geringfügigen Unterschreitung der angestrebten Dialysedauer. Eine solche Unterschreitung hat keine Auswirkungen auf das Patienten-Outcome, führt jedoch zu erheblichen Dokumentationsaufwänden und Stellungnahmeverfahren ohne Feststellung eines Qualitätsmangels. Daher ist zu empfehlen, anstatt jede einzelne Dialyse minutengenau erfassen und übermitteln zu lassen, die verordnete Dialysedauer und -frequenz, wie in der QSD-RL, einmalig quartalsweise zu erheben und zu übermitteln. Darüber hinaus entfällt somit die aufwändige und zumeist missverständliche Dokumentation der sogenannten „wesentlichen Ereignisse“ und der Indikator gewinnt an Aussagekraft.

Dieser Indikator ersetzt die Indikatoren „Dialysefrequenz pro Woche, ID 572005“ und „Dialysedauer pro Woche, ID 572006“.

Indikator 08: Konvektionsvolumen bei Hämodiafiltration

Zähler: Patientinnen und Patienten, die im Jahr x ihre chronischen Hämodiafiltration mit einem verordneten Konvektionsvolumen von mindestens 23 Liter Substitutionslösung pro Sitzung durchführen.

Nenner: Alle Patientinnen und Patienten, die im Jahr x eine chronische Dialysetherapie mit Hämodiafiltration durchführen.

Ausschlusskriterien: keine

Risikoadjustierung: keine

Auffälligkeitskriterien: keine

Referenzbereich: mindestens 80 Prozent der Patientinnen und Patienten führen die chronische Hämodiafiltration mit einem verordneten Konvektionsvolumen von mindestens 23 Liter Substitutionslösung pro Sitzung durch (der Referenzbereich wird gemäß des Qualitätsziels bis 2040 sukzessive gesteigert)

Qualitätsziel: Bis zum Jahr 2040 sollen 90 Prozent der Patientinnen und Patienten die chronische Hämodiafiltration mit einem verordneten Konvektionsvolumen von mindestens 23 Liter Substitutionslösung pro Sitzung durchführen. (Bisher gibt es keinen anerkannten und für Deutschland anwendbaren Zielwert. Die 90 Prozent entsprechen einer Expertenmeinung und müssen ggf. im laufenden QS-Verfahren auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse durch das Expertengremium beim IQTIG angepasst werden.)

Erläuterungen: Aktuelle Meta-Analysen und große Studien zeigen, dass die Hämodiafiltration mit einer signifikant geringeren Gesamtsterblichkeit im Vergleich zur Hämodialyse assoziiert ist (Relative Risiko-Reduktion ca. 16 Prozent). Dies zeigt insbesondere die ESHOL- und die CONVINCE-Studie. Ebenfalls signifikant reduziert bei Hämodiafiltration ist die kardiovaskuläre Mortalität. Die Studien zeigen, dass dieser Vorteil sichtbar wird, wenn hohe Konvektionsvolumina erreicht werden (≥ 23 Liter pro Sitzung). Potenziell besser ist darüber hinaus die Lebensqualität, da es zu weniger Begleitsymptomen kommt (z.B. Pruritus, Müdigkeit). Ca. 10 bis 15 Prozent aller Dialysepatientinnen und -patienten werden derzeit in Deutschland mit Hämodiafiltration behandelt.

Die Angabe zum verordneten Konvektionsvolumen bei Hämodiafiltration kann datensparsam durch die Nephrologinnen und Nephrologen dokumentiert werden. Die Datenerhebung und -übermittlung erfolgt einmalig pro Quartal, jedoch nicht für jede einzelne Dialysetherapie.

Dieser Indikator ist vollständig neu.

Weitere Anmerkungen zu Auftragsteil B des G-BA-Beschlusses:

Alle übrigen zur Betrachtung in Auftragsteil B des Beschlusses vorgesehenen Indikatoren werden ersatzlos aufgehoben (abgeschafft).

Die Kennzahl „Ernährungsstatus, ID 572007“ ist aus verschiedenen Gründen für die externe Qualitätssicherung ungeeignet. Bereits die Feststellung einer Mangelernährung ist schwierig. Die dafür relevanten Untersuchungen sind keine Leistungen der GKV und können somit im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung nicht gefordert werden. Gleichzeitig muss die Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer als „eher gering“ eingestuft werden; eine Therapie der Mangelernährung unter Dialyse ist schwierig und verläuft zumeist frustran – unabhängig von der Behandlungsqualität des Leistungserbringers.

Die Ergebnisse der Kennzahl „Anämiemanagement, ID 572008“ weisen in den Auswertungen keine relevanten rechnerischen Auffälligkeiten auf. Vielmehr zeigen sich Deckeneffekte. Aus heutiger Sicht, stellt das Anämiemanagement auch keine Größe mehr dar, anhand derer man erwarten würde, Qualitätsdefizite zu detektieren. Daher sollte auch nicht mehr versucht werden, diese Kennzahl weiterzuentwickeln.