

## Relevante Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 | Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) incl. Patientenbefragung (PPCI)

Für das Auswertungsjahr 2027 zu den Daten des Erfassungsjahres 2026 erfolgen im QS-Verfahren Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI) relevante verfahrensspezifische Anpassungen (ohne Anspruch auf Vollständigkeit). Über diese möchten wir Sie gerne informieren.

### **Allgemeiner Hinweis des IQTIG zum Verfahren QS PCI incl. dem Modul zur Patientenbefragung (PPCI) für das Erfassungsjahr 2026:**

Hinsichtlich der Einführung von Hybrid-DRG im Spezifikationsjahr 2026 werden die Plausibilisierungen der Module PCI und PPCI dahingehend angepasst, dass die Bögen auch bei ggf. nicht vorliegender „Art der Leistungserbringung“ [ARTLE] abgeschlossen werden können. In diesem Zusammenhang werden auch die Plausibilisierungen der Datenfelder „Nebenbetriebsstättennummer“ [NBSNRAMBULANT] und „Gebührenordnungsposition (GOP)“ [EBMPCI] angepasst.

Die Anpassungen dienen lediglich dazu, die Abschließbarkeit der Dokumentationsbögen im Spezifikationsjahr 2026 im Sinne einer Aufweichung zu gewährleisten. Eine systematische Anpassung der Module hinsichtlich der Hybrid-DRG erfolgt mit der Spezifikation 2027.

Die Anpassungen beziehen sich auch auf die Spezifikation für Minimaldatensätze im Verfahren QS PCI incl. PPCI

### **Modul PCI**

#### **Änderungen im Dokumentationsbogen:**

Datenfeld	Bezeichnung	Änderung [in Rot]
24	Akutes Koronarsyndrom (ST-Hebungsinfarkt oder Infarkt ohne ST-Hebung, aber mit Markererhöhung oder instabile Angina pectoris (Ruheangina))	<p><b>[Änderung/Ergänzung Schlüsselwerte]</b></p> <p>0 = nein</p> <p>1 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI)</p> <p>2 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)</p> <p>3 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) bis zu 12 h nach Symptombeginn oder anhaltende Beschwerden</p> <p>4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) mehr als 12 h nach Symptombeginn und keine anhaltenden Beschwerden</p>

<b>27</b>	leitliniengerechte optimierte medikamentöse antianginöse Therapie	<b>[neues Datenfeld]</b> leitliniengerechte optimierte medikamentöse antianginöse Therapie: 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
<b>28</b>	objektive (apparative) nicht-invasive Ischämiezeichen oder pathologische Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA)	<b>[Ergänzung Bezeichnung Datenfeld]</b>  objektive (apparative) nicht-invasive Ischämiezeichen <b>oder</b> pathologische Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA)
<b>29</b>	zur Prozedur führende Art der objektiven (apparativen) nichtinvasiven Vordiagnostik	<b>[Änderung/Anpassung Schlüsselwerte]</b>  <b>1 = Ruhe-EKG</b> <b>2 = Ruhe-Echokardiographie</b> 3 = Belastungs-EKG 4 = Stress-Echokardiographie 5 = Stress-MRT 6 = Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA) 7 = SPECT-Myokardszintigraphie 8 = Positronen-Emissions-Tomographie (PET) 9 = sonstiges
<b>40</b>	führende Indikation für diese Koronarangiographie	<b>[Änderung Schlüsselwerte]</b>  1 = (Verdacht auf) chronisches Koronarsyndrom 2 = akutes Koronarsyndrom 3 = Myokarderkrankungen mit eingeschränkter Ventrikelfunktion < 40% 4 = Klappenvitien 5 = Rhythmusstörungen 6 = leitliniengerechte präoperative Diagnostik 7 = Kreislaufstillstand/Reanimation 8 = Komplikation nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 99 = sonstige

<b>43</b>	Indikation zur PCI	<p><b>[Änderung/Anpassung Schlüsselwerte]</b></p> <p>1 = stabile Angina pectoris <b>oder Angina-pectoris Äquivalent (Belastungs-Dyspnoe)</b> (nach Canadian Cardiovascular Society)      2 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI)      3 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)      4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) bis zu 12 h nach Symptombeginn oder anhaltende Beschwerden      5 = (<b>subakutes</b>) <b>akutes</b> Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) mehr als 12 h nach Symptombeginn und keine anhaltenden Beschwerden      6 = prognostische Indikation <b>oder stumme Ischämie</b>      7 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI      8 = Komplettierung der Revaskularisation nach akutem Koronarsyndrom      9 = sonstige</p>
		<p><b>[neuer Abschnitt]</b>  <b>Ein neuer Abschnitt „Indikationsstellung PCI“ mit den folgenden neuen Datenfeldern 47 – 50 wird neu aufgenommen.</b></p>
<b>47</b>	Ist der Befund des nicht invasiven Ischämienachweises passend zum Versorgungsgebiet des intervenierten Gefäßes?	<p><b>[neues Datenfeld]</b></p> <p>Ist der Befund des nicht invasiven Ischämienachweises passend zum Versorgungsgebiet des intervenierten Gefäßes?      0 = nein      1 = ja</p>
<b>48.1</b>	Stenosegrad (angiographischer Diameter)	<p><b>[neues Datenfeld]</b></p> <p>Stenosegrad (angiographischer Diameter)      Angabe in %</p>
<b>48.2</b>	Stenosegrad (angiographischer Diameter) nicht bestimmt	<p><b>[neues Datenfeld]</b></p> <p>Stenosegrad (angiographischer Diameter) nicht bestimmt:      1 = ja</p>

<b>49</b>	Ergab die intrakoronare Bildgebung einen pathologischen interventionsbedürftigen Befund?	<b>[neues Datenfeld]</b>  Ergab die intrakoronare Bildgebung einen pathologischen interventionsbedürftigen Befund? 0 = nein 1 = ja 2 = nicht bestimmt
<b>50</b>	Ergab die (hämodynamische) Relevanzmessung einen pathologischen Messwert?	<b>[neues Datenfeld]</b>  Ergab die (hämodynamische) Relevanzmessung einen pathologischen Messwert? 0 = nein 1 = ja 2 = nicht durchgeführt 9 = nicht bestimmbar

#### Änderungen in den Ausfüllhinweisen:

Feld/Zeile	Bezeichnung	Änderung [in Rot]
<b>27</b>	leitliniengerechte optimierte medikamentöse antianginöse Therapie	<b>[neuer Ausfüllhinweis]</b>  "Ja" ist zu dokumentieren, wenn mindestens eines der nachfolgenden antianginösen Medikamente verordnet wurde: Betablocker, Kalziumkanalblocker, langwirksame Nitrat, Ranolazin oder Ivabradin
<b>28</b>	objektive (apparative) nicht-invasive Ischämiezeichen oder pathologische Computertomographie-Koronarangiographie (CTA)	<b>[Änderung Ausfüllhinweis]</b>  Das Datenfeld bezieht sich auf nicht-invasive Tests vor der Herzkatheteruntersuchung. Hierunter fallen NICHT das Ruhe-EKG und die Ruhe-Echokardiografie, da es sich hierbei um keine leitlinienkonformen Methoden zur Ischämiediagnostik handelt. Bei ausschließlichem Vorliegen von Ruhe-EKG- und/oder Ruhe-Echokardiografie-Befunden ist der Schlüssel "nein" anzugeben.  Maßgeblich sind die während des Aufenthaltes erhobenen Befunde. Sofern diese nicht vorliegen, kann auf zeitlich nahe liegende (auch ambulante) Vorbefunde zurückgegriffen werden.

<b>29</b>	zur Prozedur führende Art der objektiven (apparativen) nicht-invasiven Vordiagnostik	<b>[Änderung Ausfüllhinweis]</b>  Wurden mehrere objektive (apparative) nicht-invasive Voruntersuchungen durchgeführt, geben Sie den Befund an, der für die Indikationsstellung zur Prozedur maßgeblich war. Das Stress-MRT und die PET sind nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. <b>Schlüssel 9 "sonstiges":</b> Hierunter fallen <b>NICHT</b> das Ruhe-EKG und die Ruhe-Echokardiografie, da es sich hierbei um keine leitlinienkonformen Methoden zur Ischämiediagnostik handelt. Für diese Fallkonstellationen ist im Feld "objektive (apparative) nicht-invasive Ischämiezeichen oder pathologische Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA)" der Schlüssel 0 = nein anzugeben.
<b>40</b>	führende Indikation für diese Koronarangiographie	<b>[Änderung Ausfüllhinweis]</b>  Nach Einschätzung des Untersuchers vor dieser Koronarangiographie; zu Schlüssel 5 „Rhythmusstörungen“: hierunter fallen potenziell ischämieassoziierte Herzrhythmusstörungen zu Schlüssel 6 „leitliniengerechte präoperative Diagnostik“: hierunter fallen auch Patientinnen und Patienten im Rahmen von Listungsuntersuchungen/Transplantationen
<b>43</b>	Indikation zur PCI	<b>[Änderung Ausfüllhinweis]</b>  <b>Schlüssel 6 „prognostische Indikation“:</b> Unter prognostischer Indikation wird in der Regel das Vorliegen einer schweren 3-Gefäßerkrankung u./o. einer funktionell relevanten Hauptstammstenose verstanden.
<b>49</b>	Ergab die intrakoronare Bildgebung einen pathologischen interventionsbedürftigen Befund?	<b>[neuer Ausfüllhinweis]</b> Hierunter fallen jegliche intrakoronare Bildgebungen, wie IVUS (intravascular ultrasound) oder OCT (optical coherence tomography). Für die Definition eines pathologischen Befundes der intrakoronaren Bildgebung gilt die aktuell gültige Leitlinie. IVUS und OCT sind nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung.
<b>50</b>	Ergab die (hämodynamische) Relevanzmessung einen pathologischen Messwert?	<b>[neuer Ausfüllhinweis]</b> Bei isolierten PCI kann auf Vorbefunde der vorherigen Untersuchung zurückgegriffen werden. Für die Definition eines pathologischen Wertes in der hämodynamischen Messung gilt die aktuell gültige Leitlinie.

### Änderungen in den Einschluss-/Ausschlusskriterien:

*Keine relevanten Änderungen bekannt.*

## Modul PPCI (=Patientenbefragung PCI)

### Änderungen im Dokumentationsbogen:

Datenfeld	Bezeichnung	Änderung [in Rot]
Vormals DF 3	Verbringungsleistung (Die dokumentierende und die den Eingriff durchführende Einrichtung sind NICHT identisch)	[Lösung Datenfeld]  Die Angabe zur Verbringungsleistung wird im Modul PPCI nicht mehr erhoben. Die Plausibilisierung des Datenfeldes wird aufgrund der Lösung ebenfalls angepasst.

### Änderungen in den Ausfüllhinweisen:

*Keine relevanten Änderungen bekannt.*

### Änderungen in den Einschluss-/Ausschlusskriterien:

*Keine relevanten Änderungen bekannt.*