

INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

QS-Verfahren Koronarangiographie/PCI

Februar 2017

Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie: Hinweise für Vertragsärzte

Eine gleich gute Versorgungsqualität in Praxis und Klinik ist das Ziel der sektorübergreifenden Qualitätssicherung (sQS). Seit dem 1. Januar 2016 sind alle invasiv tätigen Kardiologen im Rahmen des ersten themenspezifischen sQS-Verfahrens „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie“ zur Datenerhebung verpflichtet. Was das heißt, erläutern wir in dieser Praxisinformation.

Was das Verfahren zur Qualitätssicherung vorsieht

Bei dem Qualitätssicherungs-Verfahren „PCI und Koronarangiographie“ geht es vor allem um den Prozess und das Ergebnis der Herzkatheter-Untersuchung beziehungsweise der perkutanen Koronarintervention. Dabei stützt sich das Verfahren aktuell auf zwei Datenquellen: Dokumentation durch die Ärzte sowie Sozialdaten, die bei den Krankenkassen vorliegen.

Die Möglichkeit, Daten der Krankenkassen für die Qualitätssicherung zu nutzen, hat den Vorteil, dass dafür kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand für die Ärzte entsteht. Außerdem kann hierdurch der Behandlungsprozess beziehungsweise der Krankheitsverlauf eines Patienten zu unterschiedlichen Zeitpunkten (Follow-up) und über Sektorengrenzen hinweg betrachtet werden.

Ablauf: Von der Dokumentation zur Auswertung

Alle invasiv tätigen Kardiologen sind verpflichtet, jede Herzkatheter-Untersuchung und jede perkutane Koronarintervention bei gesetzlich versicherten Patienten zu dokumentieren.

Die Dokumentation erfolgt elektronisch. Vertragsärzte übermitteln die Daten quartalsweise an die Datenannahmestelle der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Die KV pseudonymisiert die Angaben zur Praxis (Betriebsstättennummer) und leitet die Daten mit dem jeweiligen Praxispseudonym an eine Vertrauensstelle weiter. Diese pseudonymisiert wiederum die patientenidentifizierenden Daten.

Die Daten beider Datenquellen – die der Ärzte und die der Krankenkassen – werden in einer Auswertungsstelle zusammengeführt. Die Auswertung erfolgt für 20 Indikatoren. Die Indikatoren bilden dabei die unterschiedlichen Bereiche der Behandlung und des weiteren Krankheitsverlaufes ab. Ein Indikator zur Indikationsstellung betrachtet beispielweise die objektiven Ischämiezeichen vor dem Eingriff. Die korrekte Durchführung des Eingriffes wird unter anderem durch Indikatoren zu Kontrastmittelmenge und erfolgter Nierenfunktionsmessung abgebildet. Des Weiteren werden Indikatoren zu Komplikationen und un-

Verpflichtende
Datenerhebung
seit Januar 2016

Zwei Datenquellen:
Dokumentation der
Ärzte und Daten
der Kassen

Jede Untersuchung
wird dokumentiert

Datenerhebung
und -übermittlung
erfolgen
elektronisch

Auswertung für 20
Indikatoren



erwünschten Ereignissen berechnet, beispielsweise therapiebedürftige Blutungen an der Punktionsstelle und MACCE innerhalb von sieben Tagen.

Jährlicher Rückmeldebericht

Die am Verfahren beteiligten Praxen und Krankenhäuser erhalten einen jährlichen Rückmeldebericht. Dieser stellt die Ergebnisse der eigenen Einrichtung im Jahresverlauf und bezogen auf eine Vergleichsgruppe dar. Zusätzlich sind vierteljährliche Zwischenberichte vorgesehen.

Praxen benötigen spezielle Software

Für die Dokumentation benötigen Praxen eine entsprechende QS-Dokumentations-Software. Auch sollten alle Praxismitarbeiter geschult werden, die die Dateneingabe, -prüfung und -versendung vornehmen sollen.

Die Zertifizierung durch die KBV für die verwendete Software betrifft im Wesentlichen die Dokumentation der QS-Daten. Die notwendige Software kann als Modul durch den PVS-Hersteller der Praxis oder auch durch einen anderen Softwareanbieter (z. B. das Register Qualitätssicherung Invasive Kardiologie QuIK) zur Verfügung gestellt werden.

Vergütung

Seit 1. Oktober 2016 steht die Vergütung des Mehraufwandes fest, der dem Arzt durch das sQS-Verfahren entsteht. Hierbei wurde der obligate Leistungsinhalt der Gebührenordnungsposition (GOP) 34291 (Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie) um die Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie um ein Aufklärungsgespräch erweitert. Die Bewertung der GOP wurde um 92 Punkte auf 3.227 Punkte (339,80 Euro) angehoben.

Zusätzlich wurde eine Kostenpauschale GOP 40306 (2,50 Euro) neu in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen. Die Pauschale beinhaltet alle Kosten, die im Zusammenhang mit der Datenerfassung, Dokumentation und Datenübermittlung entstehen. Hierzu gehören sämtliche Kosten für die EDV-technische Ausstattung und Verarbeitung (Dokumentationssoftware einschließlich deren Einrichtung, Updates, Export). Sie wird für jede Untersuchung (GOP 34291) gezahlt, zunächst für zwei Jahre extrabudgetär.

Keine Sanktionen bei fehlenden Datensätzen bis Ende 2017

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bis zum 31. Dezember 2017 eine Sanktionsfreiheit bei fehlenden Dokumentations-Datensätzen eingeräumt, da die notwendigen Strukturen und Datenflüsse teilweise noch nicht vollständig etabliert sind. Damit werden in den Erfassungsjahren 2016 und 2017 keine Sanktionen erhoben, wenn Datensätze fehlen sollten.

Ab 1. Juli 2017: Abrechnung der GOP 34291 nur mit sQS-Dokumentation

Parallel zur Sanktionsfreiheit bei fehlenden Datensätzen wurde auch für die GOP 34291 eine entsprechende Übergangsfrist in den EBM aufgenommen: Diese GOP ist bis zum 30. Juni 2017 auch bei fehlender Dokumentation und fehlendem Aufklärungsgespräch zum alten Punktwert berechnungsfähig. Die Kassenärztlichen Vereinigungen nehmen in diesem Fall einen Abschlag von 92 Punkten (bezogen auf die höher bewertete GOP) vor.

Rückmeldebericht:
Ergebnisse im Jahresverlauf und im Vergleich

Installation der Software und Schulung der Mitarbeiter

Vergütung:
GOP 34291
höher bewertet

Neue Kostenpauschale
GOP 40306

Keine Sanktionen in den Erfassungsjahren 2016 und 2017



Hinweis: Ab 1. Juli 2017 kann die GOP 34291 nur noch abgerechnet werden, wenn die QS-Dokumentation erfolgt ist und übermittelt wurde.

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Viele medizinische Leistungen werden heute sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor durchgeführt. Auch werden Patienten im Verlauf einer Behandlung häufig in beiden Sektoren versorgt. Der Gesetzgeber hat deshalb den Gemeinsamen Bundesausschuss – das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland – verpflichtet, Verfahren zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu entwickeln. Die Qualitätssicherung betrifft sowohl Leistungen, die in Praxen und Krankenhäusern angeboten werden, als auch sektorenübergreifende Behandlungsabläufe. Ziel ist eine gleich hohe Qualität in beiden Bereichen. Bisläng liegen zwei Verfahren vor: PCI/ Koronarangiographie und – seit Januar 2017 – postoperative Wundinfektionen.

Mehr Informationen

Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung – Qesü-RL: www.g-ba.de/informationen/richtlinien/72/

KBV-Themenseite zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung: www.kbv.de/html/sqs.php

Ab 1. Juli 2017:
GOP 34291 nur
mit QS-
Dokumentation
abrechenbar

Hintergrund
zur sQS

Mehr
Informationen