

## SQS-VERFAHREN „PCI UND KORONARANGIOGRAPHIE“ ERGEBNISSE 2018

Die Auswertung des Erfassungsjahres 2018 berücksichtigt weiterhin ausschließlich die 14 Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation von ambulanten und stationären Leistungserbringern.

Für das Berichtsjahr 2019 war zum ersten Mal eine Auswertung der Follow-Up-Indikatoren (Komplikationen, Sterblichkeit) vorgesehen. Aufgrund der nicht ausreichenden Datenqualität der Sozialdaten von den Krankenkassen werden nach derzeitiger Einschätzung des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) die Follow-Up-Daten erstmals im Jahr 2020 an die Leistungserbringer berichtet.

### Zahl der übermittelten Dokumentationen der Einrichtungbefragung

Für das Erfassungsjahr 2018 übermittelten insgesamt 264 vertragsärztliche kardiologische Praxen bzw. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und 1.040 Krankenhäuser sowie 20 selektivvertragliche Leistungserbringer Daten zu durchgeführten Koronarangiographien und perkutanen Koronarinterventionen (PCI).

Von den Koronarangiographien und/oder PCI (Prozeduren) wurden 87,5 % stationär durch Krankenhäuser (KH), 3,7 % ambulant durch Krankenhäuser (KH), 7,1 % von ambulant tätigen Vertragsärzten (VÄ), 1,4 % von stationär tätigen Belegärzten (BÄ) und 0,3 % durch selektivvertragliche Leistungserbringer durchgeführt. Die Anzahl und Verteilung der Fälle und Prozeduren ist in der Tabelle 1 dargestellt.

**Tabelle 1:** Anzahl der Fälle und Prozeduren nach Leistungserbringer-Gruppe (Vertragsärzte: VÄ; Krankenhaus: KH; Belegärzte: BÄ) für das Erfassungsjahr 2018. Erstmals wurden auch Daten von selektivvertraglichen Leistungserbringern übermittelt.

		Isolierte Koronarangiographie	Isolierte PCI	Einzeitige PCI	Koronarangiographien (gesamt)	PCI (gesamt)
Ambulant	VÄ	47.927	911	8.366	56.293	9.277
	KH	29.115	31	755	29.870	786
Stationär	BÄ	6.167	293	4.652	10.819	4.945
	KH	405.127	26.658	271.891	677.018	298.549
Selektivvertraglich tätige Ärzte		1.687	75	424	2.111	499
Bund (gesamt)		490.023	27.968	286.088	776.111	314.056

Für das Erfassungsjahr 2018 lieferten alle Datenannahmestellen der Krankenhäuser QS-Dokumentationsdaten und Sollstatistiken. Bei den Vertragsärztinnen und -ärzten wurden von zwei Datenannahmestellen keine QS-Dokumentationsdaten übermittelt, wobei hier eine Datenannahmestelle bzw. eine KV-Region keinen Leistungserbringer mit dokumentationspflichtigen Prozeduren aufweist. Fünf der vertragsärztlichen Datenannahmestellen lieferten keine Solldaten. Es wurden erstmals QS-Daten aus dem selektivvertraglichen Bereich an die Vertrauensstelle geliefert und im Anschluss an das IQTIG übermittelt (2.183 Datensätze).

## Änderungen in den endgültigen Rechenregeln

Die Berechnung des Indikators „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie“ (QI-ID 56000) wurde – im Vergleich zu den endgültigen Rechenregeln 2017 und den prospektiven Rechenregeln 2018 – angepasst. Die Landesebene hat – auf Basis der Stellungnahmen durch Leistungserbringer – zurückgemeldet, dass einige Leistungserbringer rechnerisch auffällig wurden, obwohl dies nicht gerechtfertigt sei. Nachprüfungen ergaben, dass die rechnerische Auffälligkeit bei einigen Leistungserbringern aufgrund von widersprüchlicher Dokumentation im Basis- und Prozedurbogen zustande gekommen ist. Um dieser Problematik entgegenzuwirken, wurde unter anderem der Dokumentationsbogen für das Erfassungsjahr 2020 angepasst. Für das Erfassungsjahr 2018 wurden aus diesem Grund die prospektiven Rechenregeln angepasst und Patientinnen und Patienten mit einem akuten Koronarsyndrom aus der Grundgesamtheit des Indikators ausgeschlossen. Aufgrund der Anpassung der Rechenregel ist der Qualitätsindikator „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie“ (QI-ID 56000) nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen zu vergleichen.

## Ergebnisse der einrichtungsbezogenen Daten von stationären und ambulanten Einrichtungen 2018

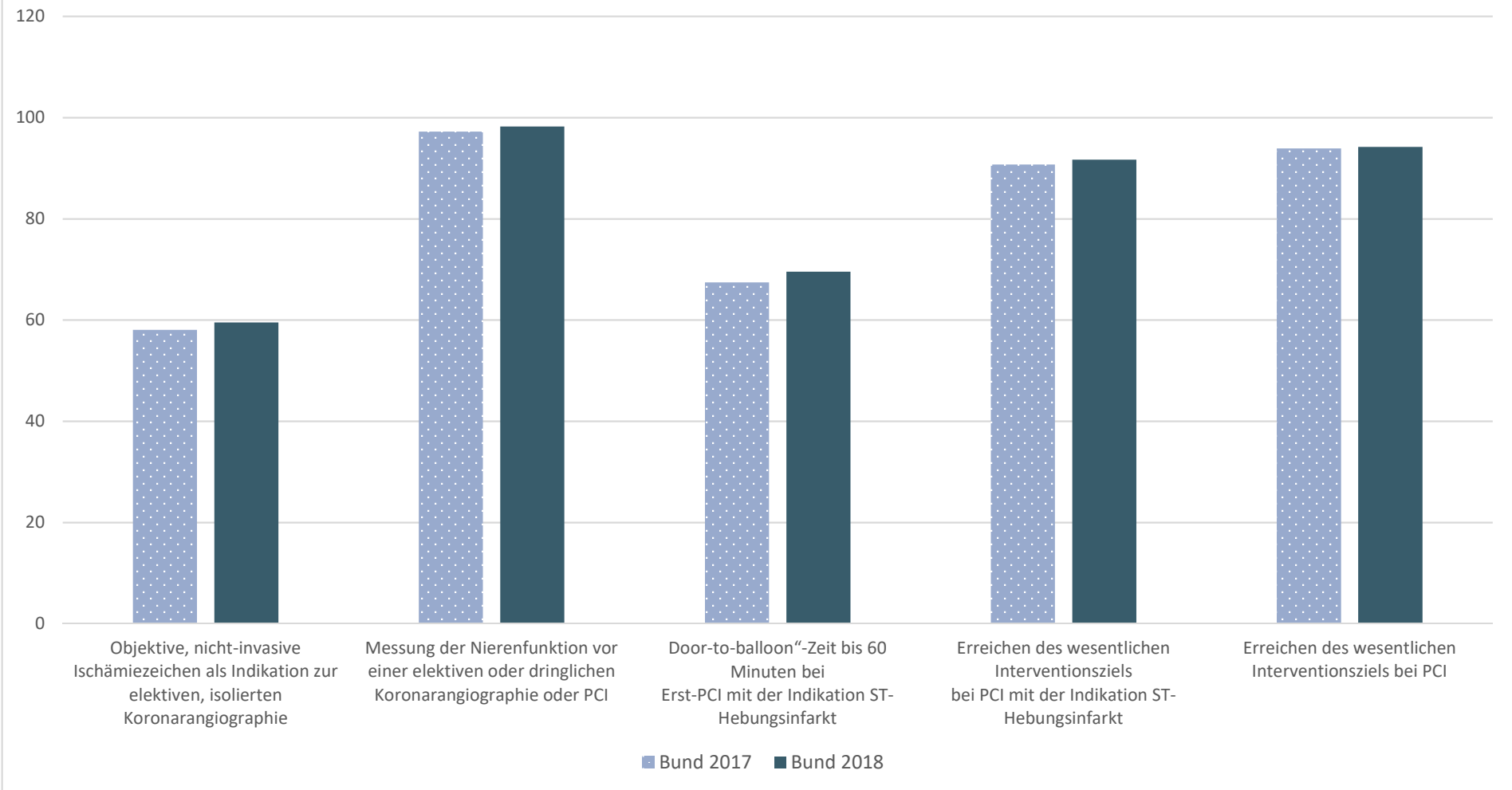
Die Abbildungen 1 und 2 bieten einen Vergleich der Ergebnisse der auf QS-Daten basierenden Indikatoren im Bundesdurchschnitt der Erfassungsjahre 2017 und 2018. Aus Darstellungsgründen wurde eine Einteilung der Indikatoren nach „Qualitätsziel: Möglichst hoher Wert“ und „Qualitätsziel: Möglichst niedriger Wert“ gewählt. Für alle berichteten Qualitätsindikatoren gilt, dass es für das Jahr 2018 eine tendenzielle Verbesserung der Ergebnisse im Vergleich zum Vorjahr gab.

Zum Erfassungsjahr 2018 gab es nur geringfügige Änderungen an der Berechnung der Qualitätsindikatoren im Vergleich zum Vorjahr. Dabei ist zu beachten, dass die Vergleichbarkeit zwischen zwei Jahren immer nur zum Teil gegeben sein kann. Dies beruht darauf, dass es im Zeitverlauf Änderungen bei den Datenlieferungen geben kann (bspw. kommen Leistungserbringer neu hinzu oder geben ihre Tätigkeit auf), dass neue Datengrundlagen hinzukommen (bspw. selektivvertragliche Leistungen) oder aber im Rahmen der Verfahrenspflege (bspw. Anpassung an neue Leitlinien) auch Änderungen am Dokumentationsbogen bzw. Anpassungen an der Berechnung des Qualitätsindikators vorgenommen werden.

Die Abbildungen 3 und 4 zeigen die detaillierteren Ergebnisse der einzelnen Indikatoren im Leistungserbringervergleich. Für die einzelnen Indikatoren werden zum einen die QS-Ergebnisse der Vertragsärzte mit den Ergebnissen vom ambulanten Bereich am Krankenhaus verglichen und zum anderen die belegärztlichen Leistungen den stationären Leistungen gegenübergestellt. Beim Leistungserbringervergleich zeigt sich, dass bis auf wenige Ausnahmen die Belegärzte bessere Ergebnisse erzielen als der stationäre Bereich am Krankenhaus. Nur in drei von 14 Indikatoren liegen sie etwas unter bzw. über den QS-Ergebnissen der Krankenhäuser.

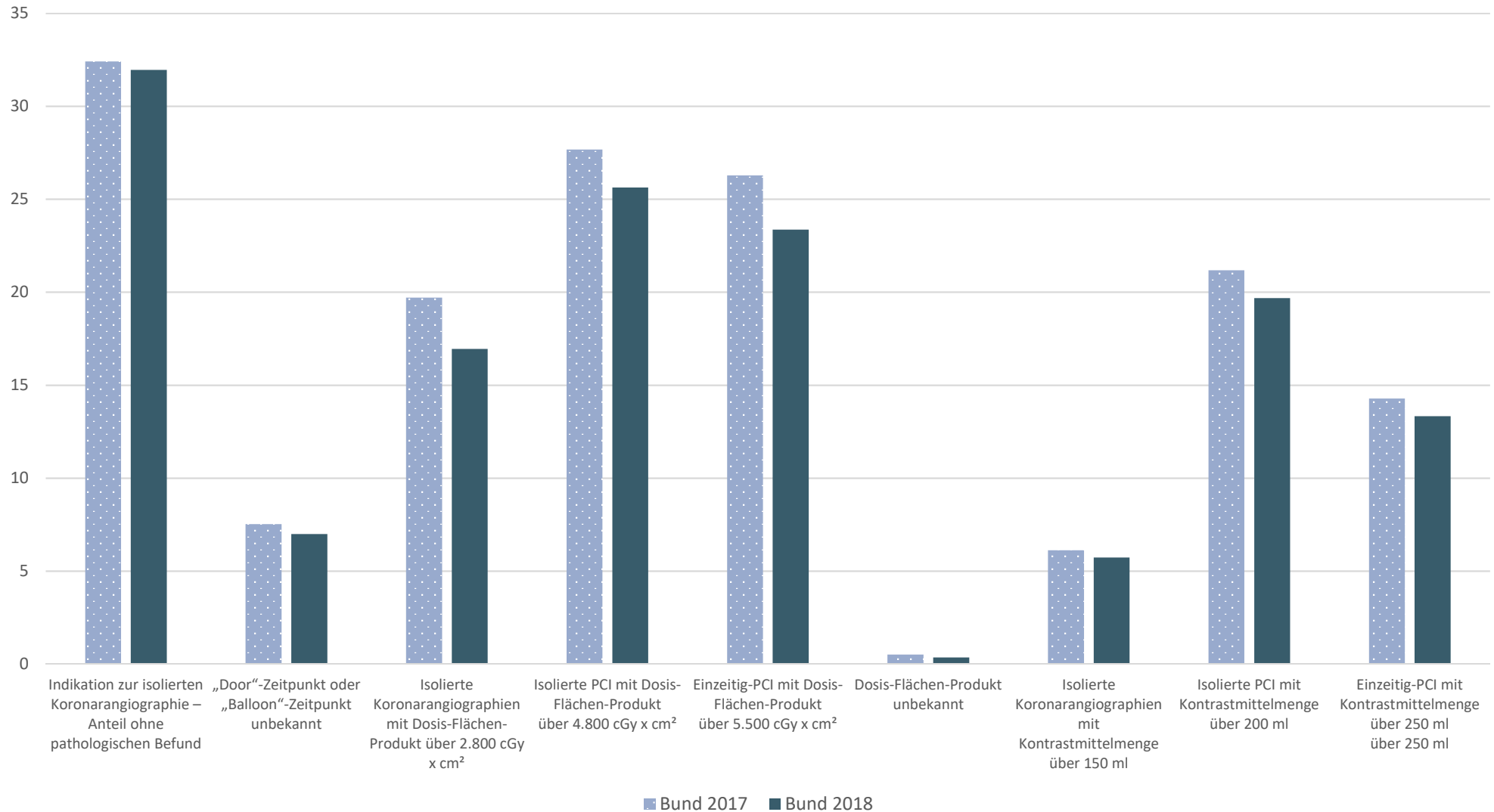
Auch die QS-Ergebnisse der Vertragsärzte lassen sich mit denen vom ambulanten Bereich am Krankenhaus messen. Bis auf wenige Ausnahmen haben die Vertragsärzte gleich gute oder bessere Ergebnisse erzielt als das Krankenhaus. Einzig der Indikator „Door-Zeitpunkt oder Balloon-Zeitpunkt unbekannt“ fällt bei der Betrachtung auf, da dieser wesentlich schlechter im Vergleich mit allen anderen Leistungserbringergruppen ausfällt.

### Vergleich der Ergebnisse des Bundesdurchschnitts 2017 vs. 2018 mit dem Qualitätsziel: „Möglichst hoher Wert“



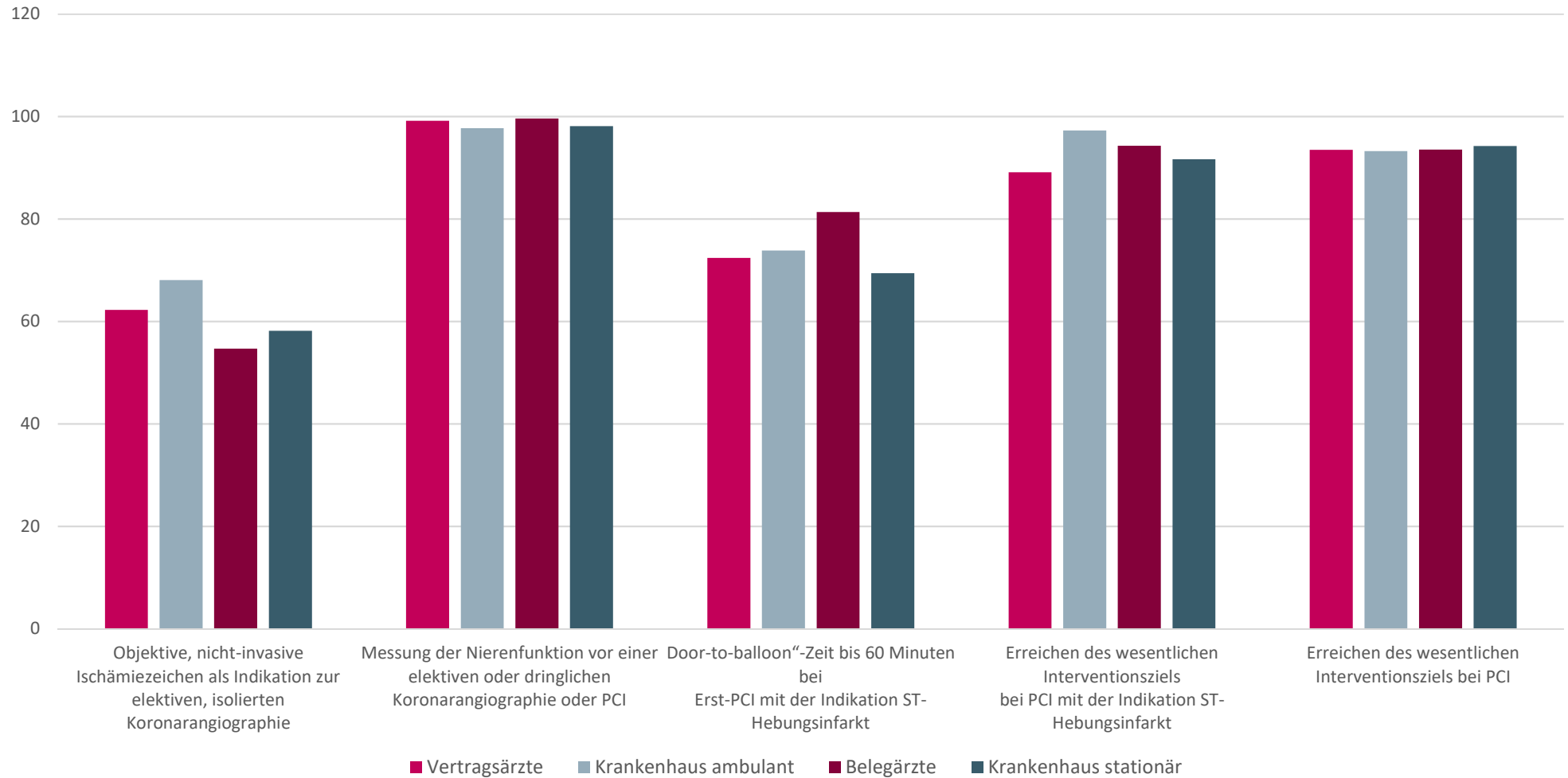
**Abb. 1:** Vergleichende Darstellung der prozentualen Ergebnisse für die QS-Daten-basierten Indikatoren der Indexjahre 2017 und 2018. Aufgeführt wurden hier die Indikatoren mit dem Qualitätsziel „Möglichst hoher Wert“.

## Vergleich der Ergebnisse des Bundesdurchschnitts 2017 vs. 2018 mit dem Qualitätsziel "Möglichst niedriger Wert"



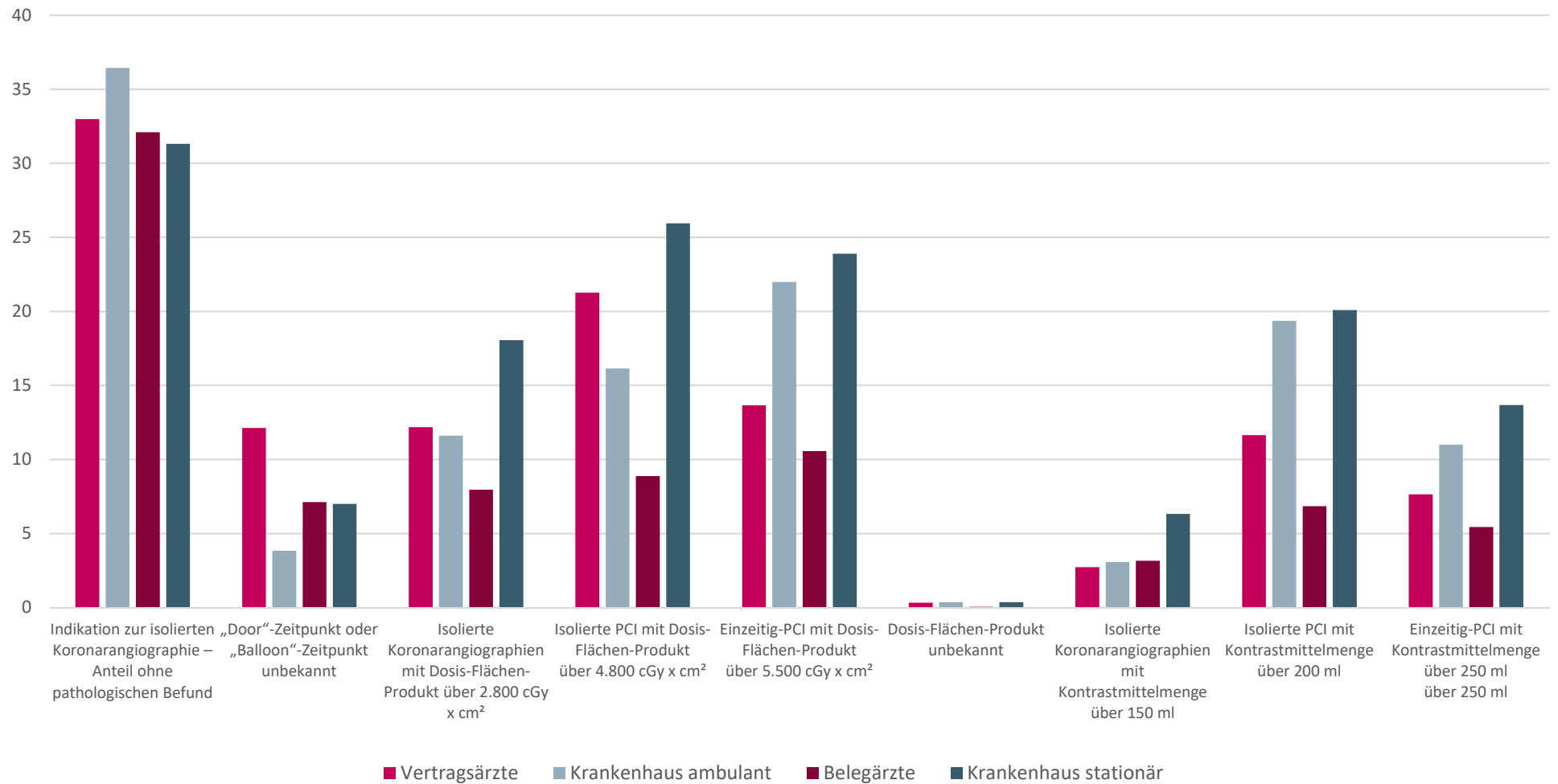
**Abb. 2:** Vergleichende Darstellung der prozentualen Ergebnisse für die QS-Daten-basierten Indikatoren der Indexjahre 2017 und 2018. Aufgeführt wurden hier die Indikatoren mit dem Qualitätsziel „Möglichst niedriger Wert“.

### Ergebnisse 2018 nach LE-Gruppe der Indikatoren mit dem Qualitätsziel "Möglichst hoher Wert"



**Abbildung 3:** Vergleichende Darstellung der prozentualen Ergebnisse der Indikatoren mit dem Qualitätsziel „Möglichst hoher Wert“ nach Leistungserbringergruppen (Vertragsärzte; Krankenhaus ambulant; Belegärzte; Krankenhaus stationär) des Erfassungsjahres 2018.

## Ergebnisse 2018 nach LE-Gruppe der Indikatoren mit Qualitätsziel "Möglichst niedriger Wert"



**Abbildung 4:** Vergleichende Darstellung der prozentualen Ergebnisse der Indikatoren mit dem Qualitätsziel „Möglichst niedriger Wert“ nach Leistungserbringergruppen (Vertragsärzte; Krankenhaus ambulant; Belegärzte; Krankenhaus stationär) des Erfassungsjahres 2018.

## Stellungnahmeverfahren der Ergebnisse 2017

Für das QS-Verfahren PCI haben zum Erfassungsjahr 2017 insgesamt zehn Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) fristgerecht den Qualitätssicherungsergebnisbericht (QSEB) am 15. März 2019 dem IQTIG übermittelt. Eine LAG hat den QSEB mit knapp drei Monaten Verspätung an das IQTIG übermittelt. Für die nachfolgenden Auswertungen wurden alle elf gelieferten QSEB berücksichtigt. Insgesamt fünf LAG haben für das Erfassungsjahr 2017 keinen QSEB abgegeben. Sie begründeten dies u. a. mit der noch nicht vollständigen Arbeitsfähigkeit bzw. mit noch nicht abgeschlossenen Aufbauprozessen. Die Auswertungen zum QSEB erfolgen auf Bundesebene je Qualitätsindikator-Verfahren bzw. auf Indikatorebene.

Von insgesamt 1.016 rechnerisch auffälligen Krankenhäusern bzw. Betriebsstätten wurde durch die Fachkommissionen für 681 (67%) ein Stellungnahmeverfahren empfohlen. Von den 681 rechnerisch auffälligen Krankenhäusern bzw. Betriebsstätten wurden 176 als qualitativ auffällig bewertet, für 33 Krankenhäuser bzw. Betriebsstätten wurde die Weiterführung der qualitätssichernden Maßnahmen empfohlen (Maßnahmen Stufe 1). Für insgesamt 26 der 33 durch die Fachkommissionen empfohlenen Krankenhäuser bzw. Betriebsstätten wurden durch die LAG weiterführende qualitätssichernde Maßnahmen in Form der Maßnahmenstufe 1 initiiert. Es wurde bisher für kein Krankenhaus bzw. keine Betriebsstätte, bei dem bzw. der die Maßnahmenstufe 1 durchgeführt wurde, die Maßnahmenstufe 2 eingeleitet.