

# Koronarinterventionen (PCI): obligat stationär?

SIGMUND SILBER, MÜNCHEN

Die Frage, ob Koronarinterventionen nicht nur stationär, sondern auch ambulant durchgeführt werden können bzw. dürfen, wird seit Jahren zunehmend gestellt. Dies ist umso verwirrender, als man in Deutschland „ambulant“ in einem Überwachungsbett über Nacht bleiben kann, andererseits auch „stationär“ am selben Tag entlassen werden kann.

Das Deutsche Gesundheitswesen mit seiner starren Trennung zwischen ambulantem und stationären Sektor ist verwirrend. Bei der Diskussion dieser Thematik muss man einerseits zwischen den medizinischen Bedürfnissen einschl. der Leitlinien und andererseits den formalen Definitionen von „ambulant“ und „stationär“ unterscheiden.

## Was sagen die Leitlinien?

In den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (zuletzt publiziert 1997) heißt es: „Nach

unkomplizierter PTCA können die Patienten nach 24 bis 48 Stunden aus der Überwachung entlassen werden“. Die Begriffe „ambulant“ bzw. „stationär“ werden hier nicht erwähnt. Das zurzeit in Arbeit befindliche Update sieht folgenden Satz vor: „Bei unkomplizierter PCI, unauffälliger Nachbeobachtung und Niedrigrisikopatienten kann die Nachbetreuung von 24 Stunden auf die nachfolgende Nacht und 16 bis 20 Stunden abgekürzt werden“. Auch hier werden die Worte „ambulant“ bzw. „stationär“ nicht verwendet.

## Formale Unterschiede zwischen „ambulant“ und „stationär“

Der wesentliche Unterschied zwischen einer ambulanten und stationären Behandlung ist der Einweisungsschein („Verordnung von Krankenhausbehandlung“). Wird eine solche Verordnung nicht ausgefüllt, liegt eine ambulante Behandlung vor, auch wenn der Patient sich tagelang in einer Klinikumgebung (z. B. Praxisklinik) befindet. Somit ergibt sich die in **Tabelle 1** beschriebene Situation.

## Unterschiedliche Vergütungssysteme für die gleiche PCI

Die ambulante PCI wird nach EBM „vergütet“, die stationäre PCI dagegen nach DRG (± Zusatzentgelt):

### Ambulante PCI:

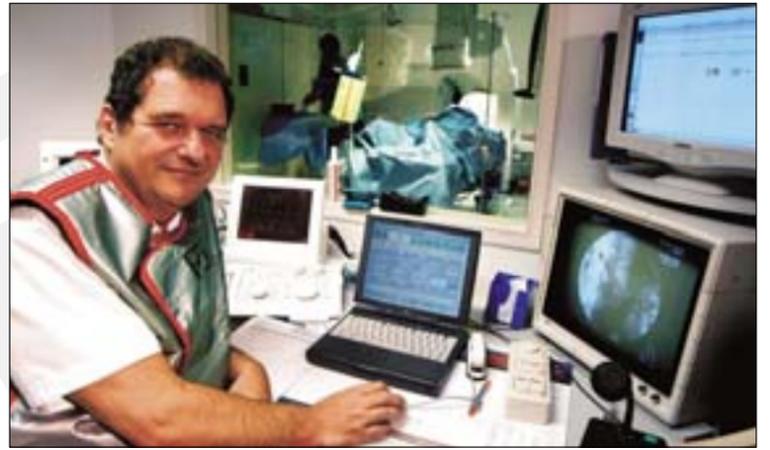
Bei einem angenommenen Punktwert von 5,11 Cents (das ist aber in Deutschland die Ausnahme) errechnet sich aus dem EBM für eine ambulante PCI € 1.218,- für die ärztliche Leistung, zusätzlich € 1.058,- Sachkostenpauschale = € 2.276,-. Mit Ausnahme der zusätzlichen Sachkostenpauschale von € 690,- für eine Mehrgefäß-PCI gibt es im EBM keine analoge Differenzierung wie sie im stationären System abgebildet ist (**Tab. 2**).

### Stationäre PCI:

Für eine „einfache“ stationäre PCI ergeben sich die in **Tabelle 2** aufgeführten Beträge. Selbst im günstigsten Falle (F58Z, PTCA einfach ohne Stent) ist die ambulante PCI einschließlich Stentimplantation immer noch kostengünstiger als die stationäre PCI ohne Stentimplantation.

## Zukünftige Modelle

Ziel zukünftiger Entwicklungen muss es sein, dass dieselbe Leistung gleich



Prof. Dr. Sigmund Silber am Katheterarbeitsplatz

## Tab. 3: Eckpunkte zukünftiger Versorgungsstrukturen.

- Aufhebung der „Sektorengrenzen“ zwischen ambulant und stationär
- Gleiches Geld für gleiche Leistung – egal ob „ambulant“ oder „stationär“ erbracht
- Wegfall der sektoralen Budgetierung
- Möglichkeit der raschen Einführung medizinischer Innovationen („Innovationspauschalen“) – lange bevor Gemeinsamer Bundesausschuss, EBM oder DRG es ermöglichen würden.

vergütet wird – unabhängig, ob sie „ambulant“ oder „stationär“, d. h. vertragsärztlich oder krankenhaushausärztlich erbracht wird. Hierbei muss allerdings berücksichtigt werden, dass Vertragsärzte – aufgrund ihrer selbständigen Tätigkeit – Personal, Geräte, Miete usw. selbst finanzieren müssen, während für Krankenhausärzte (Angestellte) dies nicht zutrifft. Die Ziele zukünftiger Entwicklungen sind in **Tabelle 3** aufgeführt.

## Zusammenfassung

Die Koronarintervention (PCI) muss nicht obligat stationär erfolgen. Entscheidend ist die Überwachungsdauer und Überwachungsqualität nach der PCI. Diese sind unabhängig davon, ob sie „ambulant“ oder „stationär“ erbracht wurden und richten sich nach den medizinischen Bedürfnissen der Patienten. Die derzeit im ambulanten und stationären Bereich festgeschriebene unterschiedliche Vergütung von Arzt- und Materialkosten für identische Koronarinterventionen ist inakzeptabel. Die integrierte Versorgung bietet eine Möglichkeit, die „Sektorengrenzen“ auszuheben, gerechte Vergütungssysteme aufzubauen und darüber hinaus relevante Innovatio-

nen rasch den Patienten zukommen zu lassen. Änderungen der ambulanten (EBM) und stationären (DRG) Vergütungssysteme sind zu schwerfällig und entsprechen nicht dem medizinischen Bedarf der Patienten. Zentrales Problem des Gesundheitswesens in Deutschland ist die Bindung der für die Versorgung der Patienten zur Verfügung stehenden Mittel an die Beitragsstabilität. Solange dem Dogma der Beitragsstabilität eine höhere Priorität als der Qualität der Krankenversorgung zukommt, wird es – insbesondere in Anbetracht der zunehmenden Arbeitslosigkeit und steigenden Lebenserwartung – eher zu einer Verschärfung als zu einer Lösung der Probleme kommen.

## Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Sigmund Silber  
F.A.C.C., F.E.S.C.  
1. Vorsitzender des Bundesverbandes Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK)  
Kardiologische Praxis und Praxisklinik  
Am Isarkanal 36, 81379 München  
Tel. (089) 74 21 51 30  
Fax (089) 74 21 51 31  
sigmund@silber.com  
www.sigmund-silber.com

**Tab. 1:** Formal kann man aus der Länge des Aufenthaltes nicht zwischen „ambulant“ und „stationär“ unterscheiden. Der Unterschied ergibt sich ausschließlich aus dem Ausstellen eines Einweisungsscheins für stationäre Behandlung.

ambulant:	stationär:
am selben Tag entlassen	am selben Tag entlassen
am nächsten Tag entlassen	am nächsten Tag entlassen
nach einigen Tagen entlassen	nach einigen Tagen entlassen

**Tab. 2:** Vergütung einer stationären PCI im G-DRG 2005, berechnet für eine Baserate von € 3.100,-. Selbst im günstigsten Falle (F58Z, PTCA einfach ohne Stent) ist die ambulante PCI einschließlich Stentimplantation mit € 2.276,- immer noch kostengünstiger als die stationäre PCI ohne Stentimplantation mit € 2.375,-. (UGVD: untere Grenzverweildauer, MGVD: mittlere Grenzverweildauer).

		UGVW Anzahl Nächte	MGVW Anzahl Nächte	MGVW Betrag €
F15Z	PTCA mit komplizierenden Prozeduren	4	14	9609,60
F 19 Z	PTCA, mit äußerst schweren CC	3	9	4941,19
F 52 Z	PTCA, einfach mit komplexen Diagnosen	3	10	4755,14
F 55 Z	PTCA, ohne äußerst schwere CC/ z.B. Cutting Ballon, Brachytherapie	2	5	3803,49
F 56 Z	PTCA mit hochkomplexer Intervention	2	6	3701,20
F 57 Z	PTCA, mit komplexer Intervention	2	6	2861,14
F 58 Z	PTCA, einfach ohne Stent	2	5	2374,50

PROOF