



„Identische Qualitätssicherung für die Leistungserbringung in Kliniken und Ambulanzen für die Vorhofflimmerablation erforderlich“

**Expertinnenstatement von PD Dr. Anja Schade (Bad Neustadt an der Saale),
Tagungspräsidentin Deutsche Rhythmustage, zum Thema:**

„Vorhofflimmern 2026: Moderne Therapie im Wandel des Gesundheitssystems“ (im Rahmen der
Pressekonferenz der DGK Herztage 2026)

Düsseldorf/Hamburg, 24. September 2026 – In Deutschland leiden 2 Prozent der Bevölkerung an Vorhofflimmern. Bei den über 65-Jährigen sind es sogar mehr als 8 Prozent. In Summe macht das 1,8 Millionen Betroffene, die ein erhöhtes Risiko für schwere, zum Teil tödliche, Schlaganfälle sowie für Herzrasen, Herzschwäche und Demenz haben. Auch die Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthaltes ist erhöht. Katheterablationen verhelfen zu einer steigenden Lebensqualität und teils besseren Prognose. Neue Verfahren ermöglichen einfache, sichere und schnelle Ersteingriffe – und bergen damit auch Potenzial für die ambulante Durchführung mit Entlassung am selben Tag (Same Day Discharge).

Pulsed Field Ablation: Die moderne Energieform für die Katheterablation

In der Therapie von Vorhofflimmern hat sich die Katheterablation erfolgreicher erwiesen als die medikamentöse Therapie. Rund 100.000 Vorhofflimmerablationen werden jährlich in Deutschland durchgeführt. Die Basis der Katheterverödung bei Vorhofflimmern bildet die Lungenvenenisolation. Durch Verödung von Zellen an der Lungenvenenmündung kann die Überleitung von Störimpulsen aus der Lungenvenenöffnung in den linken Vorhof verhindert und so der Auslösung von Vorhofflimmern entgegengewirkt werden. Bisher wurden thermische Energien wie Radiofrequenz oder Kryoenergie angewendet. Die neuere Pulsed Field Ablation (PFA) verödet Herzmuskelzellengewebe selektiver mit ultrakurzen elektrischen Stromimpulsen und schont dabei umliegende Areale wie beispielsweise die Speiseröhre und den Zwerchfellnerv. Einzelne moderne PFA-Verfahren ermöglichen sehr kurze Prozedurzeiten, was ein wichtiger Vorteil im Rahmen der vermehrt ambulanten Durchführung von Ablationen ist.

Ambulantisierung von Katheterablationen

Seit Januar dieses Jahres ist die Katheterablation in die sektorengleiche Vergütung aufgenommen. Das heißt, sie wird sowohl bei ambulanter Durchführung als auch bei bis zu zweitägigem stationärem Aufenthalt identisch honoriert und kann sowohl in Ambulanzen als auch in Krankenhäusern erbracht werden. Ziel ist es, möglichst viele, bisher stationär behandelte Patientinnen und Patienten im ambulanten Bereich zu versorgen, um Kapazitäten für schwere Fälle freizuhalten und Kosten zu reduzieren.



Die Ambulantisierung bringt Chancen und auch Herausforderungen mit sich. Die Kliniken müssen neue Arbeitsabläufe etablieren, um beispielsweise die umfangreichere Einschätzung der Patientinnen und Patienten vorab hinsichtlich ihrer Eignung für Same Day Discharge (SDD) vornehmen zu können. Dabei spielt die Erfassung von Begleiterkrankungen eine Rolle und die notwendige 24-stündige Nachbetreuung durch Angehörige. Darüber hinaus sind Anpassungen der Prozeduren für die Sicherheit notwendig und die Aufklärung der Patientinnen und Patienten muss erweitert werden. In Kliniken müssen ambulante Einheiten zusätzlich zu den stationären etabliert werden.

Die Ambulantisierung von Vorhofflimmerablationsprozeduren ist beispielsweise in den USA schon Standard. Beobachtungsstudien legen nahe, dass das bei guter Patientenselektion sicher ist. So zeigen europäische Ergebnisse, dass bei einer Komplikationsrate von 2 Prozent bei Vorhofflimmerablation anteilig lediglich 0,2 Prozent der Komplikationen später als sechs Stunden auftreten, während 1,8 Prozent in diesen ersten Stunden und damit im Rahmen der klinischen Nachversorgung erfolgen. Entscheidend ist eine sorgfältige Auswahl geeigneter Patientinnen oder Patienten und Prozeduren.

Die Akzeptanz für das neue Vorgehen seitens der Patientinnen und Patienten stellt sich unterschiedlich dar. Laut einer Studie aus Leipzig verbindet die eine Hälfte Vorbehalte wie beispielsweise die Sorge vor Auftreten und Behandlung möglicher Komplikationen mit der frühen Entlassung, die andere Hälfte schätzt die Vorzüge der Vermeidung einer Übernachtung im Krankenhaus und hofft auf kürzere Wartezeiten für Behandlungen.

Bei großen Entfernungen vom Wohnort zur nächsten Notfallambulanz könnten die individuellen Bedenken von Patientinnen und Patienten möglicherweise steigen. Rund 22 Prozent der Betroffenen leben mehr als 50 Kilometer entfernt von einer Klinik laut Umfrage der Arbeitsgruppe Elektrophysiologie und Rhythmologie (AGEP) der DGK im März 2026. Diese Personengruppe gilt es bei der Entwicklung hin zu mehr Ambulantisierung zu berücksichtigen.

Schaut man sich die Daten aus der AGEP-Umfrage zur Klinikplanung an, wollen knapp 80 Prozent in 2026 SDD durchführen und 64 Prozent gaben an, diese bereits umzusetzen. Laut Umfrage sollen in diesem Jahr ca. 15 Prozent der Patientinnen und Patienten tatsächlich am Eingriffstag entlassen werden, der Großteil (70 Prozent) nach einer Nacht in der Klinik und weitere 15 Prozent erst nach mehreren Tagen. Wie es funktionieren kann, machen uns die USA vor; hier stieg die Ambulantisierungsrate bei Vorhofflimmerablation von 6 Prozent in 2016 auf 60 Prozent in 2023.

Qualitätssicherung als Bedingung der sicheren Ambulantisierung

Bisher gab es keine gesetzlich vorgeschriebene Qualitätssicherung für die Katheterablation. Kliniken haben die Möglichkeit, sich einer freiwilligen Qualitätsprüfung im Rahmen der Vorhofflimmerzentrumszertifizierung durch die DGK zu unterziehen. Diese prüft räumliche sowie personelle Ausstattung, Standardvorgehensweisen für das Komplikationsmanagement sowie eine Mindestzahl von 150 Ablationen pro Jahr.



Mit den zukünftigen Leistungsgruppen im Rahmen der Gesundheitsreform wird sich dies nun ändern und gesetzliche Regularien werden erlassen. Allerdings sind hierbei lediglich geringe Mindeststandards gefordert. Eine Prüfung der Ergebnisqualität und Mindestvorhaltezahlen sind nicht inbegriffen, wenngleich letztere entwickelt werden sollen. Bisher nicht geregelt ist eine Qualitätssicherung für ambulante Leistungserbringer.

Mindestzahlen sind durchaus sinnvoll, auch um die Komplikationsrate zu senken. Bei Vorhofflimmerablationen steigt die Komplikationsrate einer Studie zufolge deutlich, wenn weniger als 150 solcher Eingriffe pro Jahr in einem Zentrum durchgeführt werden. Mindestvorhaltezahlen sind eher ein gesundheitspolitisches Steuerungselement. Erscheinen Zentren zu klein für eine dauerhafte Vorhaltung der Leistung erfolgt keine Vorhaltefinanzierung. Initiativen zur Folgenabschätzung bei der Etablierung bestimmter Mindestvorhaltezahlen zeigen, dass in solchen Szenarien bei Reduktion der Zahl kleiner Zentren nur geringe absolute Patientenzahlen in andere Kliniken übernommen werden müssten und hierdurch eine Qualitätssteigerung zu erwarten wäre. Eine patientennahe regionale Versorgung würde dadurch kaum beeinträchtigt. Voraussetzung ist eine kluge Festlegung dieser Mindestvorhaltezahlen.

[ENDE]

(7.047 Zeichen inkl. Leerzeichen)

Kontakt:

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie

Pressesprecher: Prof. Dr. Michael Böhm (Homburg/Saar)

Pressestelle: Fiona Nickel, Tel.: 0211 600 692-968, presse@dgk.org

Quellen finden Sie in der auf Herzmedizin.de veröffentlichten PK-Vortragspräsentation.