



DGK.
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.



ALKK
Arbeitsgemeinschaft Leitende
Kardiologische Krankenhausärzte e.V.



BNK
Bundesverband
Niedergelassener
Kardiologen

gemäß Verteiler

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf
Tel: +49 (0) 211 600 692 – 12
Fax: +49 (0) 211 600 692 – 10
E-Mail: info@dgk.org
Web: dgk.org

Düsseldorf, 24.06.2025

AOP-Katalog – Hybrid-DRG

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit der Erweiterung des Katalogs für ambulantes Operieren am Krankenhaus (AOP-Katalog) für das Jahr 2024 wurde erstmalig auch die sogenannte Hybrid-DRG (§115f SGB V) eingeführt. Bereits damals wurden in einem Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) verschiedene kardiologische Diagnostic Related Groups (DRG) für den sog. „Erweiterungskatalog“ benannt, namentlich die F12F, F49F, F49G, F50A, F56B, F58B und F75C. Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK) hatte in ihrer Stellungnahme vom 25.10.2023 zu der möglichen Einführung dieser DRG-Ziffern als Hybrid-DRG u.a. auf zahlreiche Probleme, die mit einer Einführung in der damals geplanten Form verbunden gewesen wären, hingewiesen. Letztlich wurden im Jahre 2024 dann keine kardiologischen DRGs in den Katalog aufgenommen, auch nicht im Folgejahr 2025.

Nachfolgend beziehen wir zum aktuell vereinbarten Hybrid-DRG-Katalog für das Jahr 2026 Stellung und begründen, warum unseres Erachtens relevante Aspekte der damaligen Kernkritik auch im aktuellen Katalog nicht berücksichtigt wurden und somit ungelöst übernommen worden sind. Wir fügen diesbezüglich unsere o.g. Stellungnahme an.

Beschlussfassung zur Erweiterung des Hybrid-DRG-Katalogs

Auf der Sitzung des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach §87 Abs. 5a SGB V vom 28.04.25 wurde für das Jahr 2026 der Beschluss zur Erweiterung des Hybrid-DRG-Katalogs mit Wirkung zum 01.05.25 gefasst. Hintergrund dieser Entscheidung war offenbar vor allem der politische Wille, mindestens 1 Mio. bisher stationär abgerechnete Fälle im Jahr 2026 in die Hybrid-DRG zu überführen. Die von uns als medizinische Fachgesellschaft inhaltlich medizinisch begründeten Aspekte wurden nicht berücksichtigt. Beispielsweise liegt die Beurteilung, inwieweit der individuelle Eingriff in dem vom Gesetzgeber vorgegebenen Rahmen medizinisch sinnvoll und vertretbar ist, im Entscheidungsbereich des verantwortlichen und den Eingriff durchführenden Arztes. Alternativ löst der Gesetzgeber zumindest den juristischen Konflikt zwischen Leitlinien, bzw. medizinischen Behandlungsstandards und ökonomischen/abrechnungsrechtlichen Fragen rechtskonform auf.

Es ist somit unverzichtbar, die fachliche Expertise für die Beurteilung einzubinden, in welchem Rahmen eine Operation bzw. Intervention durchgeführt wird.

Auf diese Notwendigkeit haben im Kontext der angemessenen Zuordnungen von Leistungen auch andere Fachgesellschaften bereits hingewiesen. Die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) hat beispielsweise hervorgehoben, dass die Fallzuordnung anhand willkürlicher Kontextfaktoren ungeeignet sei (Rathmayer M et al., Z Gastroenterol 2024;62:705-722).

Diskussion Hybrid-DRG gebundener Prozeduren

Nach Analyse des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) entspricht die geplante Hybrid-DRG gebundene Fallzahl nach Abzug von Patientinnen und Patienten < 18 Jahre und Menschen mit Behinderungen in etwa einer Vervielfachung (Zunahme von 272 Tsd. auf 1 Mio. Fälle *die Zahl entspricht nicht einer Vervielfachung...*). Der erweiterte Katalog enthält zusätzlich zu den zahlreichen, vom BMG bereits 2024 vorgeschlagenen kardiologischen Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS)-Ziffern auch weitere Interventionen und Operationen.

Allerdings informierten die Partner der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen das BMG mit dem Schreiben vom 15.05.25, dass eine Einigung über die gemeinsame Beauftragung für die Vergütungsregeln der neuen Hybrid-DRG an InEK und dem Institut des Bewertungsausschusses (InBA) zwischen Deutscher Krankenhaus-Gesellschaft (DKG), Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und den GKV-Spitzenverband (GKV-SV) nicht gelang.

Beurteilung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK)

Die DGK, als die für die o.g. kardiologischen OPS-Ziffern innerhalb des geplanten Erweiterungskatalogs zuständige medizinische Fachgesellschaft nimmt im einvernehmlich mit allen Bereichen, insbesondere der Arbeitsgemeinschaft Leitender Krankenhauskardiologen (ALKK) und der Bundesverband Niedergelassener Kardiologen (BNK), mit diesem Brief zu o.g. Beschluss einheitlich Stellung, um rechtzeitig auf absehbare Probleme bei der geplanten Umsetzung hinzuweisen. Obwohl unserer Auffassung nach, der aktuelle Vorschlag sinnvolle Ansätze enthält, wird seine unreflektierte Einführung in Abhängigkeit der individuellen OPS-Kodierung zu erheblichen Herausforderungen und in Teilen ernsthaften Problemen führen.

Die Problematik einer generellen Fokussierung auf Fälle mit einer Verweildauer von bis zu 2 Tagen wurde bereits in der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) thematisiert. Eine stationäre Verweildauer von 2 Tagen bedeutet schon *per se*, dass es sich um eine stationäre Behandlung handelt. Schon heute erfolgt die stationäre Aufnahme in der Regel am Eingriffstag (und nicht einen Tag zuvor). Ein Patient, der z.B. nach einer ggf. auch komplexen Katheter-basierten Intervention 2 Tage nach dem Eingriff verbleibt, hat häufig einen komplizierten Verlauf, der die stationäre Weiterbetreuung unerlässlich macht. Dies gilt in besonderem Maße für kardiologische Eingriffe. Diese Fälle beanspruchen regelhaft Ressourcen, die eine Refinanzierung der Leistungserbringung nach Hybrid-DRG nicht ermöglicht.

Hybrid-DRGs und Sachkostenanteil

Gerade vor dem Hintergrund der ökonomischen Zielsetzung der Hybrid-DRG-Einführung weisen wir nachdrücklich darauf hin, dass gerade Katheter-interventionelle Eingriffe und Implantationen von Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren einen hohen und gleichzeitig stark variablen Sachkostenanteil haben. Diese Kosten sind trotz vielfacher Diskussionen im Vorfeld in den Hybrid-DRG nicht adäquat abgebildet. Die korrekte Berücksichtigung des Sachkostenanteils der Hybrid-DRGs

stellt eine unabdingbare Notwendigkeit für die Akzeptanz und die erfolgreiche Umsetzung deren Einführung dar. Die Sachkosten für Herzschrittmacher, Stents und andere Medizinprodukte sind gerade im internationalen Vergleich in Deutschland bereits besonders niedrig, d.h. eine wesentliche, weitere Preis-Reduktion ist kaum mehr möglich. Zahlreiche kardiologische Eingriffe könnten ohne angemessene Berücksichtigung des Sachkostenanteils nicht mehr kostendeckend erbracht werden können. Zudem ist es aufgrund der sehr variablen Sachkosten sogar innerhalb einer OPS-Ziffer, nahezu unmöglich zu kalkulieren, welcher Fall welche entsprechenden Kosten in Anspruch nimmt. Eine genaue Berechnung, welche der neu geplanten Hybrid-DRGs dann nicht mehr kostendeckend erbracht werden können, kann derzeit nicht zuverlässig erfolgen. Bisher ist nicht nachvollziehbar, wie die Hybrid-DRG-Erlöse im Vergleich zur aktuell abrechenbaren DRG ausfallen werden. Die in der unten dargestellten Tabelle getätigten Aussagen zur Kostendeckung sind vorbehaltlich der Annahme einer ca. 15%igen Absenkung erfolgt.

Eine Ausgliederung der Sachkosten z.B. als „Hybrid-Zusatzentgelt“, stellt unseres Erachtens ein sinnvolles Vorgehen dar. Dies würde allerdings die ohnehin schon komplizierte Aufteilung der Fälle in DRG, Hybrid-DRG und AOP-Fälle weiter verkomplizieren und den bürokratischen Aufwand erhöhen. Zudem erschwert die starke Schwankungsbreite dieser Materialkosten eine sinnvolle Kalkulation eines mittelwertbasierten und singulären Zusatzentgelts. Andererseits jedoch ist eine Einzelabrechnung für extrem materialintensive Prozeduren analog zum einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) im DRG-Abrechnungssystem nicht vorgesehen.

Dazu kommt noch, dass in der aktuellen Hybrid-DRG-Liste für 2026 mehrere kardiologische OPS enthalten sind, die schon heute Bestandteil des AOP-Katalogs sind. Es bleibt unklar, nach welchen Kriterien solche Fälle Hybrid-DRGs oder als AOP-Fälle zugeordnet werden. Im Zweifelsfall werden die Krankenkassen bzw. der medizinische Dienst (MD) die Fälle nachträglich immer in die günstigere Abrechnungsmodalität zuordnen. Dies erschwert eine vorausschauende Kalkulation für die Krankenhäuser erheblich und führt jeden kalkulatorischen mittelwertbasierten Vergütungsansatz *ad absurdum*.

Medizinisch begründete stationäre und ambulante Leistungserbringung

Die politische Diskussion, die zu der Forderung von einer Millionen Hybrid-DRG Abrechnungsfällen ab 2026 und bis zu drei Millionen in den Folgejahren geführt hat, wurde durch die Anzahl der Ein- und Zweitagesfällen im Rahmen der derzeitigen DRGs motiviert. Das InEK hat vielfach dargelegt, dass nicht alle dieser Fälle im Sinne einer Hybrid-DRG behandelbar seien, da die Leistungserbringung mit Überwachung und komplexer Diagnostik eindeutige Charakteristika einer stationären Behandlungsnotwendigkeit enthalten. Somit ist die Zahl der im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) geforderten Hybrid-DRGs eindeutig zu hoch, da aus medizinischen Gründen bei weitem nicht jede Eintages-DRG als Hybrid-DRG geeignet ist. Damit entfällt aber das Hauptargument für die Entscheidung des ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss, der sich die unbedingte Erreichung, des im Gesetz vorgegebenen Ziels von einer Million-Hybrid Fälle ab 2026, gesetzt hatte. Medizinische Gründe zur Einordnung als Hybrid-DRG spielten im Rahmen der Entscheidungsfindung augenscheinlich keine Rolle.

Zudem stehen die Erweiterungen der Hybrid-DRG im Widerspruch zu den strengen Strukturvorgaben der Leistungsgruppen-Systematik im KHVVG. Während im stationären Bereich derzeit nachvollziehbarerweise eine Optimierung der Qualität durch Zentrenbildung und Strukturvorgaben in den Leistungsgruppen angestrebt wird, kann die Einführung der Hybrid-DRG den gewünschten Effekt der Zentrenbildung antagonisieren. Denn bei weitgehender Verlagerung interventioneller Leistungen in die Erstattungssystematik der Hybrid-DRG

werden viele Krankenhäuser ihre Mindestvorhaltezahlen nicht mehr erreichen können. Daher ist zumindest zu fordern, dass durch das Krankenhaus erbrachte Hybrid-DRG-Leistungen auf die Mindestvorhaltezahlen anzurechnen sind.

Zusammenfassend bittet die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie nachdrücklich darum, dass das Thema Hybrid-DRG auf die Agenda des Vorschaltgesetzes zum KHVVG genommen wird. In diesem Zusammenhang muss die geforderte Anzahl revidiert als auch Strukturvorgaben entsprechender Leistungsgruppen übernommen werden. Nur so ist eine medizinische notwendige Neubewertung und Benennung neuer Hybrid-DRG möglich. Auch mit diesem Vorgehen ist von einer erheblichen Steigerung der bisherigen Fallzahlen auszugehen, basiert jedoch auf einem gesicherten medizinischen Hintergrund.

In der folgenden Tabelle geben wir zu den einzelnen OPS-Ziffern eine fachliche Einschätzung hinsichtlich der Eignung als Hybrid-DRG unter den o.g. Maßgaben:

OPS-Kode und Bezeichnung	Eignung für Hybrid-DRG/Anmerkungen
1-265.4 Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Tachykardien mit schmalen QRS-Komplex oder atrialen Tachykardien	prinzipiell geeignet
1-273.1 Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie	prinzipiell geeignet
1-273.2 Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Druckmessung mit Messung des Shunt-Volumens	prinzipiell geeignet
1-274.0 Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung: Druckmessung	a) bei linksatrialen/linksventrikulären Ablationen: s. Anmerkung dort b) bei Implantation von LAA-Okkludern prinzipiell geeignet; c) bei interventionellen Herzklappen-Eingriffen zwingend stat. Leistung*
1-274.30 Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung: Sondierung des Vorhofseptums: Mit Nadel	s. 1-274.0
1-275.0 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	heute schon AOP-Leistung
1-275.1 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	heute schon AOP-Leistung
1-275.2 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	heute schon AOP-Leistung
1-275.3 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	heute schon AOP-Leistung

OPS-Kode und Bezeichnung	Eignung für Hybrid-DRG/Anmerkungen
1-275.4 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	heute schon AOP-Leistung
1-275.5 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen	heute schon AOP-Leistung
1-279.0 Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Bestimmung des Herzvolumens und der Austreibungsfraktion	prinzipiell geeignet
1-279.a Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung	heute schon AOP-Leistung
5-377.50 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation: Ohne atriale Detektion	Sachkosten i.Abh. der Absenkung von DRG zu Hybrid-DRG vermutlich nicht gedeckt
5-377.6 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	Sachkosten i.Abh. der Absenkung von DRG zu Hybrid-DRG vermutlich nicht gedeckt
5-377.71 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation: Mit Vorhofelektrode	Sachkosten i.Abh. der Absenkung von DRG zu Hybrid-DRG vermutlich nicht gedeckt; auf Grund der hohen Ko-Morbidität der Patienten und Patientinnen bleiben vermutlich viele Fälle stationär
5-378.51 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Einkammersystem	heute schon AOP-Leistung
5-378.55 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	heute schon AOP-Leistung
5-378.5c Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion	heute schon AOP-Leistung
5-378.5d Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion	heute schon AOP-Leistung

OPS-Kode und Bezeichnung	Eignung für Hybrid-DRG/Anmerkungen
5-378.5e Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode	heute schon AOP-Leistung
5-378.5f Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode	heute schon AOP-Leistung
5-378.5g Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit subkutaner Elektrode	prinzipiell geeignet
8-835.20 Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Konventionelle Radiofrequenzablation: Rechter Vorhof	bei Anwendung hochauflösender Mapping-Verfahren (s. dort) Sachkosten vermutlich nicht gedeckt
8-835.21 Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Konventionelle Radiofrequenzablation: AV-Knoten	Leistung wird häufig im Zusammenhang mit SM-Implantation erbracht, damit VWD meistens > 2 Tage
8-835.30 Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Gekühlte Radiofrequenzablation: Rechter Vorhof	s. Anm. zu 8-835.20
8-835.32 Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Gekühlte Radiofrequenzablation: Rechter Ventrikel	s. Anm. zu 8-835.20
8-835.33 Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Gekühlte Radiofrequenzablation: Linker Vorhof	s. Anm. zu 8-835.20 und 1-274.0; hochauflösendes Mapping praktisch immer erforderlich, daher nicht kostendeckend (Materialkosten)*
8-835.34 Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Gekühlte Radiofrequenzablation: Linker Ventrikel	s. Anm. zu 8-835.20 und 1-274.0; hochauflösendes Mapping praktisch immer erforderlich, daher nicht kostendeckend (Materialkosten); vermutlich geringe Fallzahl (Fallzahlprüfung durch InEK erforderlich): hohe Komorbidität der Patienten/Patientinnen erfordert regelhaft stationäre Überwachung*
8-835.35 Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Gekühlte Radiofrequenzablation: Pulmonalvenen	s. Kommentar zu 8-835.33*
8-835.45 Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Ablation mit anderen Energiequellen: Pulmonalvenen	"andere Energiequellen" nicht definiert: häufig innovative Verfahren, deren Kosten heute nicht einmal bekannt sind; vermutlich daher nicht kostendeckend; innovationsfeindlich (Zusatzfinanzierung für Innovationen?)

OPS-Kode und Bezeichnung	Eignung für Hybrid-DRG/Anmerkungen
8-835.8 Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Anwendung dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren	Sachkosten i.Abh. der Absenkung von DRG zu Hybrid-DRG vermutlich nicht gedeckt
8-835.a3 Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Kryoablation: Linker Vorhof	Sachkosten i.Abh. der Absenkung von DRG zu Hybrid-DRG vermutlich nicht gedeckt
8-835.a5 Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Kryoablation: Pulmonalvenen	Sachkosten i.Abh. der Absenkung von DRG zu Hybrid-DRG vermutlich nicht gedeckt
8-835.j Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Anwendung hochauflösender, multipolarer, dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren	Sachkosten i.Abh. der Absenkung von DRG zu Hybrid-DRG vermutlich nicht gedeckt
8-837.00 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	heute schon AOP-Leistung
8-837.50 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Rotablation: Eine Koronararterie	Sachkosten i.Abh. der Absenkung von DRG zu Hybrid-DRG vermutlich nicht gedeckt
8-837.d0 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Verschluss eines Septumdefektes: Vorhofseptum	Sachkosten i.Abh. der Absenkung von DRG zu Hybrid-DRG vermutlich nicht gedeckt
8-837.m0 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines Medikamentenfreisetzenden Stents: 1 Stent in eine Koronararterie	heute schon AOP-Leistung
8-837.m1 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines Medikamentenfreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	prinzipiell geeignet, allerdings Prüfung der Materialkosten erforderlich
8-837.q Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-Balloon)	Sachkosten i.Abh. der Absenkung von DRG zu Hybrid-DRG vermutlich nicht gedeckt

OPS-Kode und Bezeichnung	Eignung für Hybrid-DRG/Anmerkungen
8-837.s0 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Maßnahmen zur Embolieprotektion am linken Herzhohr: Implantation eines permanenten Embolieprotektionssystems	Sachkosten i.Abh. der Absenkung von DRG zu Hybrid-DRG vermutlich nicht gedeckt
8-839.90 Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: Mit kontralateraler Koronardarstellung	Sachkosten i.Abh. der Absenkung von DRG zu Hybrid-DRG vermutlich nicht gedeckt
8-839.91 Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: Mit kontralateraler Koronardarstellung und Doppeldrahttechnik	Sachkosten i.Abh. der Absenkung von DRG zu Hybrid-DRG vermutlich nicht gedeckt
8-83d.6 Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Koronare Lithoplastie	Sachkosten i.Abh. der Absenkung von DRG zu Hybrid-DRG vermutlich nicht gedeckt
8-83d.9 Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einführung eines Führungsdrahtes vor Abbruch einer Ballon-Angioplastie	Abrechnung bei erfolgloser PCI, daher bei oft komplikativem Verlauf. Daher für Hybrid-DRG eher nicht geeignet, vermutlich geringe Fallzahl: Prüfung durch InEK erforderlich

*s.a. beigefügte Stellungnahme der DGK vom 25.10.23

Zusammenfassend begrüßen wir als kardiologische Fachgesellschaft bzw. Verbände prinzipiell eine Ambulantisierung interventioneller und operativer Leistungen in unserem Fach dort, wo sie möglich und unter angemessenen Bedingungen durchführbar ist. Uns ist bewusst, dass viele in Deutschland bisher überwiegend stationär durchgeführte Leistungen in anderen Ländern in größerem Maße ambulant erbracht werden. Wir halten eine gut geplante und intersektoral abgestimmte Ausweitung der Ambulantisierung auch im Sinne der Patientenzufriedenheit für erstrebenswert. Allerdings müssen dafür Aspekte der Versorgung im Patientenumfeld, prä-, intra- und postprozedurale Aspekte und nicht zuletzt der Arzt- bzw. Pflegevorbehalt berücksichtigt werden. Daneben müssen bislang ungeklärte Fragen hinsichtlich der Sachkosten geklärt und eine Vereinheitlichung der unterschiedlichen Qualitätssicherungsbestimmungen im Krankenhaus bzw. niedergelassenen Bereich geregelt werden. Auch die Pflegekosten (die aus der stationären DRG ausgegliedert wurden) müssen für die Hybrid-DRG berücksichtigt sowie eine Vereinheitlichung zu den unterschiedlich berechneten Pflegekosten für ambulante Leistungserbringer erreicht werden.

Wir empfehlen daher dem BMG zunächst die Klärung folgender aus unserer Sicht nicht ausreichend gelöster Aspekte:

- Adäquate Vergütung von Sach- und Pflegekosten in den Hybrid-DRGs: Invasive Kardiologie muss adäquat und kostendeckend vergütet werden. Dies ist auch wichtig für die Planungssicherheit der Krankenhäuser und ambulanten Leistungserbringer.
- Klare Kriterien für die Einstufung von invasiven kardiologischen Leistungen in DRG/Hybrid-DRG/AOP vor der Leistungserbringung, eine ex-post Einstufung durch den MD muss vermieden werden. Notwendig ist insbesondere eine klare Abgrenzung zwischen Hybrid-DRGs und AOP-Leistungen.
- Es muss geregelt werden, welche Qualitätsvorgaben und strukturellen Voraussetzungen für die Erbringung von Hybrid-DRGs im Vergleich zu den Vorgaben für Leistungsgruppen des KHVVG gelten sollen.

Aus Sicht der kardiologischen Fachgesellschaft und Verbände müssen diese Anforderungen mit Einführung der Hybrid-DRG erfüllt sein, um die hohe Versorgungssicherheit für Patientinnen und Patienten mit Herz- und Kreislauferkrankungen in Deutschland weiterhin gewährleisten zu können. Nicht zuletzt die geplante, gleichzeitige Einführung des KHVVG und der Hybrid-DRG, die aus o.g. Gründen zum jetzigen Stand gegenläufige Effekte haben (Zentrenbildung vs. Verlagerung von Leistungen aus den Zentren in den Hybrid-Bereich) erscheint uns vor dem Hintergrund extrem problematisch.

Wir freuen uns über Ihre Rückmeldung und einen gemeinsamen Diskurs.

Mit freundlichen Grüßen,

Prof. Dr. Stefan Blankenberg
Präsident der DGK
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislauferkrankungen e.V.

Prof. Dr. Patrick Diemert
Vorsitzender der ALKK
Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte e.V.

Dr. Norbert Smetak
Vorsitzender des BNK
Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e. V.

Prof. Dr. Christoph Stellbrink
federführender Autor und Sprecher der Task Force KH-Reform der DGK
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislauferkrankungen e.V.

Weitere beteiligte Experten (*alphabetische Reihenfolge*):

- Dr. Alexander Albrecht - *Vertreter BNK*
- Dr. Ralf Birkemeyer - *Vertreter BNK*
- Prof. Dr. Lutz Frankenstein - *Vorsitzender DRG-Ausschuss der DGK*
- Ernst Geiss - *Vertreter BNK*
- Priv.-Doz. Dr. Michael A. Weber - *Mitglied der TF KH-Reform der DGK*
- Prof. Dr. Dirk Westermann - *Vertreter der an einer Universitätsklinik tätigen Mitglieder der DGK*

Verteiler:

- Bundesministerium für Gesundheit - BMG
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen - GKV-Spitzenverband
- Deutsche Krankenhausgesellschaft - DKG
- Kassenärztliche Bundesvereinigung - KBV
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. - AWMF
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. - DGIM



DGK.
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.



BNK
Bundesverband
Niedergelassener
Kardiologen

Deutsche
Herzstiftung



Bundesministerium für Gesundheit
Referat 226
Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen

11055 Berlin

Per E-Mail: 226@bmg.bund.de

Nachrichtlich : stn@awmf.org

Düsseldorf, den 25. Oktober 2023

DGK_V2023_145 Hybrid-DRG-V

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit: Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V)

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie bedankt sich für die Möglichkeit zum oben genannten Referentenentwurf Stellung zu beziehen.

Gleichzeitig mit dem Inkrafttreten des neuen AOP-Vertrags zum 1.1.2023 wurde auch die Einführung der sog. Hybrid-DRG (§115f SGB V) beschlossen. Nachdem die Vertragsparteien der Selbstverwaltung sich bis zum Stichtag 31.3.2023 nicht auf einen Katalog an Leistungen einigen konnten, der ab 2024 als Hybrid-DRG definiert werden soll, hat das BMG das Verfahren übernommen. Anfang Oktober wurde der Referenten-Entwurf bekannt, der Leistungen enthält, die per Rechtsverordnung ab 1.1.2024 als erste im Katalog der Hybrid-DRG enthalten sind. Für diese wurde auch bereits eine Vergütung festgelegt, die durch einen vom InEK erstellten Grouper berechnet wurde. Weitere Leistungen bzw. Fallpauschalen wurden bereits definiert, für die eine Vergütung im Laufe des Jahres 2024 festgelegt werden soll. Zur Erbringung der Leistungen und zur Abrechnung der Fallpauschalen berechtigt sind die an der Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren und Belegärzte sowie Krankenhäuser, die die in § 115b Abs. 1 SGB V genannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllen.

Während im Startkatalog der Leistungen, die bereits ab 1.1.24 gültig werden, keine kardiologischen Leistungen enthalten sind, sind im erweiterten Katalog, für den bisher noch keine OPS zugeordnet wurden (Anlage 3 des Referentenentwurfs), mehrere kardiologische Leistungen enthalten:

- F12F Impl. HSM, Zweikammersys., oh. äuß. schwere CC, oh. isol. offen chir. Sondenimpl., oh. aufw. Sondenentf., oh. mäßig kompl. PTCA od. Impl. HSM, Einkammersys. od. Impl. Ereignisrekorder, oh. invasive kardiolog. Diagnostik bei best. Eingriffen, Alter > 15 J.
- F49F Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, mit best. Eingr.
- F49G Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, ohne best. Eingr.
- F50A Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit hochkomplexer Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen oder Implantation eines Ereignisrekorders oder Alter < 16 Jahre oder best. angeb. Herzfehler oder mit kompl. Ablation, Alter < 18 Jahre
- F56B Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie oder koronare Lithoplastie
- F58B Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC
- F75C Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre und Alter < 16 Jahre, ohne schwere CC oder Alter > 15

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK) begrüßt die Entwicklung hin zu mehr ambulanter Medizin und tagesstationärer Leistung und damit auch die Einführung der Möglichkeit zur Leistungserbringung nach §115f ausdrücklich, da sie zu einer Entlastung der stationären Versorgung führen kann (Mangel an Pflegepersonal, hohe Zahl an Krankenhausbetten im internationalen Vergleich). Soll dies zu einer Entlastung im Bereich der Pflege führen, muss nach unserer Auffassung die Behandlungsdauer auf 24 h begrenzt werden. Außerdem bestehen aktuell noch viele Unklarheiten hinsichtlich der neu einzuführenden Hybrid-DRG.

1. Die DRG-Erlöse der im Startkatalog enthaltenen OPS sind insgesamt um etwa ein Drittel niedriger als die bisherige, stationäre DRG. Da die Erlösberechnung über einen komplexen, vom InEK erstellten Grouper erfolgt, der v.a. das Ausmaß einbezieht, in dem die Leistungen schon vorher ambulant erbracht wurden, ist die Änderung der Vergütung bezogen auf die individuelle DRG jedoch sehr unterschiedlich und somit die wirtschaftlichen Folgen für die Krankenhäuser kaum abschätzbar. Das erhöht die Unsicherheit der Leistungs- und Strukturplanung in den Krankenhäusern. Es ist aus Perspektive der DGK zwingend notwendig, dass für die Kalkulation der Mischpreise von Hybrid-DRGs insbesondere für Sachkosten-intensive DRGs die Sachmittel beider Leistungsbereiche adäquat berücksichtigt sind.

2. Die Abgrenzung zu einer stationären oder ambulanten Behandlung ist nicht ausreichend geklärt. Da die bisherigen und zukünftigen Leistungen des ambulanten Operierens nach dem AOP-Katalog nach § 115b bestehen bleiben, müssen die Modalitäten geklärt werden, wie die Abrechnung in Zukunft erfolgen soll. Aufgrund der unterschiedlichen Vergütungsberechnung zwischen AOP und Hybrid-DRG bzw. DRG droht hier sonst ein erhebliches Konfliktpotential in der Abrechnung, wenn der Unterschied zwischen AOP und Hybrid-DRG bezogen auf die Kriterien der Anwendung nicht eindeutig definiert ist. Zwar ist unter §4(1) ausgeführt, dass die Hybrid-DRG berechnungsfähig ist, sofern sie nach Anwendung des aktuell gültigen aG-DRG-Groupierungsalgorithmus im Ergebnis zur Abrechnung der erbrachten Leistung ausgewiesen wird. In den Begründungen ist allerdings auf S. 26 ausgeführt, dass weitere, im Algorithmus berücksichtigte Bedingungen die Verweildauer und den klinischen Komplexitätsgrad (Patient Clinical Complexity Level (PCCL)) betreffen. Da nicht klar ist, wo die Grenzen der Verweildauer und des PCCL im Algorithmus liegen, sind umfangreiche Prüfungen auf primäre Fehlbelegung durch den MD zu befürchten, wenn die aufgeführten Leistungen auch parallel im AOP-Katalog verbleiben. Dies gilt z.B. in der Kardiologie für die o.g. DRG F12F und F49F/G. Zugleich werden Fälle von Patientinnen und Patienten mit komplexen, ausschließlich stationär zu erbringenden Eingriffen sowie mit aufwendigen Diagnosen, wie bösartigen Neubildungen, durch den Algorithmus als Hybrid-DRG ausgeschlossen. Gerade bei interventionellen Leistungen (z.B. F50A, F56B, F58B) kann es durch Ko-Morbiditäten der Patienten oder Komplikationen zu einer Verlängerung des stationären Aufenthalts kommen, die dann zu Ansteuerung einer stationären DRG führen würde. Es ist nicht erkennbar, ob in diesem Fall eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst (MD) erfolgen soll und ob die Prüfung dann, z.B. anhand der im AOP-Vertrag enthaltenen Kontext-Faktoren, erfolgen soll. Diese sind völlig unzureichend, um eine medizinisch vertretbare Entscheidung über die tagesklinische Durchführbarkeit eines Eingriffs oder die Notwendigkeit einer verlängerten, stationären Behandlung zu entscheiden und weichen von Kriterien ab, die bereits zwischen unserer Fachgesellschaft und dem MD vereinbart wurden (Reinecke et al., Kardiologie 2015; Schumacher et al., Kardiologie 2017). Unter dem Wunsch der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ist vorzusetzen, dass es nur 2 Vergütungssysteme geben sollte und eine verlängerte stationäre Überwachungspflicht automatisch den Übergang in eine stationäre DRG erbringt. Hiermit kann eine Patienten-gerechte Versorgung sichergestellt werden. Die Verweildauer begründet sich dann über die tatsächliche Komorbidität oder Komplikationen und nicht über PCCL. Der PCCL ist entwickelt worden, um schwerere Behandlungsfälle, die höhere Kosten innerhalb der stationären DRG-Abrechnung verursachen, differenzieren zu können, ist aber ungeeignet, um eine stationäre von einer tagesklinischen oder ambulanten Durchführbarkeit zu trennen. Nach unserem Verständnis ergibt sich aus der Strategie der Hybrid-DRG zur Förderung der Ambulantisierung in der Medizin, dass es bei Hybrid-DRGs keinen Anlass mehr zur Prüfung auf primäre Fehlbelegung gibt. Obwohl auch im Gutachten des IGES zur Ambulantisierung in keinem der untersuchten Vergleichsländer eine ähnliche Institution wie der MD identifiziert wurde und obwohl in diesen Ländern die Ambulantisierung trotzdem offensichtlich weiter fortgeschritten ist als in Deutschland, soll offenbar an einer solchen Prüfung, die zu einer erheblichen Bürokratie-Last in den Krankenhäusern führt, in Deutschland weiterhin festgehalten werden. An dieser Stelle stellt sich die Frage, ob die Befugnisse des MD nicht auf die zunehmend wichtigeren Strukturprüfungen in den Krankenhäusern beschränkt werden sollten. Keinesfalls hinnehmbar sind auch Rechnungszurückweisungen nach Dunkelverarbeitung, wie wohl schon im Rahmen des gültigen AOP-Vertrags erfolgt.
3. Besonders Katheter-Eingriffe am Herzen sind zwar in zunehmendem Maße ambulant oder mit nur 1 Übernachtung und somit auch im Rahmen des §115f durchführbar. Die DGK hat dazu in einem Positionspapier die Kriterien zusammengefasst, die für die Erbringung invasiver kardiologischer Leistungen im ambulanten oder Hybrid-Setting zu fordern sind (Stellbrink et al., Kardiologie 2023). Eine Kooperation von niedergelassenen Ärzten am Standort des Krankenhauses in entsprechenden ambulanten OP-Zentren ist sinnvoll.

Stellungnahme zu einzelnen DRG:

1. F12F: Die Aufnahme dieser Leistung nach §115f ist sinnvoll unter der Annahme, dass diese dann ausschließlich als Hybrid-DRG abrechenbar ist. Somit werden in der Berechnung unterschiedliche Vergütungsschemata (AOP vs. DRG) entzerrt. Da die DRG F12F auch die OPS-Ziffer 5-377.8 (Ereignisrekorder) beinhaltet, sollte die Implantation des Ereignisrekorders mit in eine Hybrid-DRG aufgenommen werden. Wir verweisen dazu auf ein Positionspapier der DGK (Bosch und Perings, Kardiologie 2019). Obwohl in den aktuellen Leitlinien als Klasse I-Indikation akzeptiert und im IGES-Gutachten als potentiell ambulante Leistung klassifiziert, wurde der Ereignisrekorder bisher nicht in die bestehenden AOP/EBM-Kataloge aufgenommen. Da es sich bei der aG-DRG F12F um eine sog. Misch-DRG handelt, führen unterschiedliche Prozeduren in eine DRG, die unterschiedlich hohe Sachkosten beinhalten, allerdings mittels gewichteten Mittelkosten im a-DRG-System in eine pauschalierte Vergütung führen, im Gegensatz zum EBM, bei dem die Implantatkosten über eine Einzelkostenerstattung abgerechnet werden. Daher müssen für die einzelnen Prozeduren diese individuell unterschiedlichen Sachkosten (z.B. 1-Kammer HSM, 2-Kammer-HSM...) berücksichtigt werden.
2. F49F/F49G: Die Aufnahme dieser Leistung nach §115f ist sinnvoll unter der Annahme, dass diese dann ausschließlich als Hybrid-DRG abrechenbar ist. Somit werden in der Berechnung unterschiedliche Vergütungsschemata (AOP vs. DRG) entzerrt.
3. F50A: Die Aufnahme dieser DRG in den Hybrid-DRG-Katalog ist aus zahlreichen Gründen problematisch. Zunächst handelt es sich innerhalb der F50-Gruppe um die DRG mit dem höchsten Komplexitätsgrad; die F50A weist daher im InEK-Datenbrowser bis Mai 2023 innerhalb der Basis-DRG F50 den geringsten Kurzliegeranteil auf. Zudem sind in der DRG verschiedenste Ablationsprozeduren bei unterschiedlichen Patientenkollektiven zusammengefasst: Komplexe Ablationen im linken Vorhof und in der linken Herzkammer bzw. bei Alter < 18 Jahre oder bei angeborenem Herzfehler. Dies ist gerade für die Ablation bei linksventrikulären Kammertachykardien auf Grund der oft schwerstkranken Patienten aus medizinischer Sicht nicht denkbar. Das Gleiche gilt für die Ablation von Kindern oder Jugendlichen mit komplexem, angeborenem Herzfehler. Hier handelt es sich um eine medizinische Maßnahme, die nur von speziellen Zentren angeboten werden sollte. Kinder < 16 Jahren hier in ein „Hybrid-DRG“-Konzept aufzunehmen, ist für diese Prozeduren weder sinnvoll noch wünschenswert. Auch bei der Ablation von Vorhofflimmern, die die meisten Fälle innerhalb dieser DRG darstellen, wurden z.B. in den USA in den Jahren 2016-18 gerade 1,4% aller Prozeduren in einem ambulanten Setting durchgeführt (Sahashi et al., Europace 2022). Bei diesen Patienten handelte es sich also um hochselektionierte „Niedrig-Risiko“-Patienten, die nach bestimmten Kriterien ausgewählt wurden. Aus der Analyse dieser Kriterien ergab sich auch eine Empfehlung der DGK, auf welche Patienten mit Vorhofflimmer-Ablation ein solches Vorgehen nach heutigem, medizinischem Standard beschränkt werden sollte (Stellbrink et al., Kardiologie 2023). Daher ist auch anzunehmen, dass in Deutschland kein hoher Anteil an Hybrid-DRG zu erwarten ist. Die derzeit verfügbaren Kontext-Faktoren sind in keiner Weise geeignet, solche komplexen Patienten von Patienten mit ambulanter Durchführbarkeit zu trennen. Die DGK empfiehlt daher dringend, diese DRG zum jetzigen Zeitpunkt nicht in den Katalog aufzunehmen. Denkbar wäre allenfalls ein DRG-„Split“ oder eine eigenständige DRG für die relativ seltenen, wenig komplexen Fälle. Gerade Sachkostenintensive Leistungen wie die F50A sind geeignet, um aufzuzeigen, dass die Sachkosten für die Kalkulation der Mischpreise von Hybrid-DRGs adäquat abgebildet sein müssen (s.o.). Dies gilt bei der F50A auch für aufwändige Begleitprozeduren und -diagnostik (Planungs-CT/-MRT, transösophageale Echokardiographie).
4. F56B/F58B: Die Aufnahme der F58B als Leistung nach §115f ist prinzipiell zu begrüßen, sofern die Leistung nach den von der Fachgesellschaft empfohlenen, strukturellen und prozeduralen Vorgaben erfolgt. Grundsätzlich beschränkt sich die Möglichkeit zur

Durchführung im Hybrid-Setting jedoch auf Niedrig-Risiko-Interventionen nicht-komplexer Läsionen. Allerdings ist die Definition der Niedrig-Risiko-Läsion eine ärztliche Entscheidung, die nicht über DRG oder OPS operationalisierbar ist. So ist eine Koronarstenose im mittleren oder peripheren Drittel einer Kranzarterie mit einem ganz anderen, periprozeduralen Risiko behaftet als eine proximale oder Hauptstammstenose oder eine Bifurkationsstenose, würde aber nach der OPS-Logik gleich zugeordnet. Für diese Differenzierung kommt daher dem Arzt-Vorbehalt eine besondere Bedeutung zu, die entsprechend bei der Wertung von MBEG-Informationen zu berücksichtigen ist. Dies gilt analog auch für die F50A. Die Vorhaltekosten für die erforderliche Notfallstruktur müssen in der Kostenkalkulation ebenfalls Berücksichtigung finden. Diese schließt, wie auch bei der F50A, das Vorhandensein einer Intensivstation und einer Chest Pain Unit ein.

5. F75C: Es handelt sich bei der F75C um eine DRG, die durch nicht-interventionelle Therapie verschiedener Krankheitsbilder angesteuert wird, insbesondere Myokarditis, Perikarditis, rheumatische Herzkrankheit und pulmonale Hypertonie. Die mittlere Verweildauer betrug in 2021 5,7 Tage. Es ist nicht zu erwarten, dass man diese Fälle mit entzündlichen Herzerkrankungen in relevantem Prozentsatz frühzeitig nach z.B. einer Übernachtung nach Hause entlassen kann.

Abschließend empfiehlt die DGK dringend, in die Auswahl der Leistungen, die für eine Aufnahme in den Katalog nach §115f geplant werden, die Fachgesellschaften einzubeziehen. Die im Referentenentwurf vorgeschlagene Zuordnung zur Hybrid-DRG allein nach Parametern wie kurze Liegedauer, hohe Fallzahl, niedrige Komplikationsrate und PCCL ist nicht geeignet, um eine Leistungserbringung ambulant vs. kurzzeit-stationär vs. stationär hinreichend zu differenzieren. Dies kann sonst dazu führen, dass von Ärzt*Innen eine Leistungserbringung in ambulanter/Hybrid-DRG Form gefordert wird, die den medizinischen Leitlinien zuwiderläuft, obwohl der Arzt/die Ärztin die Verantwortung für die Leistungserbringung übernehmen muss. Aufgrund des Komplikationspotentials bestimmter Eingriffe (z.B. bei der F50A) können hieraus für den ärztlichen Leistungserbringer auch strafrechtliche Konsequenzen entstehen. Hier sieht sich die DGK als zuständige Fachgesellschaft in der Fürsorgepflicht für die kardiologisch tätigen Ärzt*Innen und im besonderen Maße für die Patient*Innen.

Für Rückfragen stehen wir selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Prof. Dr. Holger Thiele
Präsident
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Prof. Dr. Christoph Stellbrink
Autor und Mitglied
*Ständiger Ausschuss Qualität- /
Leistungsbewertung in der Kardiologie
Ausschuss DGK Zentrum für Kardiologische
Versorgungsforschung*

Prof. Dr. Lars Eckardt
Vorsitzender
*Kommission für Klinische Kardiovaskuläre
Medizin*

Autoren:

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie e.V. (DGK)

Prof. Dr. Christoph Stellbrink, Bielefeld (federführend)
Prof. Dr. Stefan Blankenberg, Hamburg
Prof. Dr. Lars Eckardt, Münster
Prof. Dr. Lutz Frankestein, Heidelberg
Prof. Dr. Christian Veltmann, Bremen
Priv.-Doz. Dr. Michael A. Weber, Dachau

Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK)

Dr. Alexander Albrecht, Berlin

Deutsche Herzstiftung e.V. (DHS)

Prof. Dr. Thomas Voigtländer, Frankfurt a.M.