

Kardiologie 2017 · 11:209–218
DOI 10.1007/s12181-017-0152-2
Online publiziert: 8. Mai 2017
© Deutsche Gesellschaft für Kardiologie -
Herz- und Kreislaufforschung e.V. Published
by Springer Medizin Verlag GmbH - all rights
reserved 2017



**B. Schumacher¹ · B. Reichle² · P. Sommer³ · T. Davé⁴ · B. Levenson⁵ · H. Reinecke⁶ ·
C. Stellbrink⁷ · G. Steinbeck⁸ · R. Mengel⁹**

¹ Klinik für Innere Medizin 2, Westpfalzkrankenhaus, Kaiserslautern, Deutschland

² Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg, Berlin, Deutschland

³ Abteilung Rhythmologie, Klinik für Kardiologie, Herzzentrum, Leipzig, Deutschland

⁴ Sozialmedizinischer Dienst Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Hamburg, Deutschland

⁵ Bundesverband Niedergelassener Kardiologen, Kardiolog. Gemeinschaftspraxis und Herzkatheterlabor, Berlin, Deutschland

⁶ Department für Kardiologie und Angiologie, Universitätsklinikum, Münster, Deutschland

⁷ Klinik für Kardiologie und internistische Intensivmedizin, Klinikum Bielefeld Mitte, Bielefeld, Deutschland

⁸ Klinikum Starnberg, Zentrum für Kardiologie, Starnberg, Deutschland

⁹ Sozialmedizinische Expertengruppe „Vergütung und Abrechnung“ (SEG 4), Lehr, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nordrhein, Düsseldorf, Deutschland

Kriterien für die Notwendigkeit und Dauer von Krankenhausbehandlung bei elektiven rhythmologischen Eingriffen

Implantation von Herzschrittmachern, Defibrillatoren und Ablationsbehandlungen von tachykarden Herzrhythmusstörungen

Inhalt

1. Einleitung
 - 1.1 Ziel der Stellungnahme
 - 1.2 Limitationen
2. Aufnahmenotwendigkeit und Verweildauer bei Herzschrittmacher-, Defibrillator- oder CRT-Operationen
 - 2.1 Ambulantes vs. stationäres Operieren
 - 2.2 Aufnahme einen oder mehrere Tage vor der Operation
 - 2.3 Überwachung im Krankenhaus über den Folgetag der Operation hinaus
3. Verweildauer bei kathetergestützter elektrophysiologischer Untersuchung und Ablationsbehandlung kardialer Arrhythmien
 - 3.1 Antikoagulation
 - 3.2 Präoperatives Pausieren einer antiarrhythmischen Medikation

- 3.3 Voruntersuchungen/Aufklärung/Prämedikation
- 3.4 Aufnahme einen oder mehrere Tage vor dem Eingriff
- 3.5 Stationäre Überwachung länger als bis zum Folgetag des Eingriffs
 - Anhang
 - Literatur

1. Einleitung

In der Kardiologie machen kathetergestützte diagnostische und therapeutische Eingriffe sowie Herzschrittmacher-, Defibrillator- oder kardiale Resynchronisationstherapie-(CRT-)Operationen einen relevanten Teil der Behandlungen aus. Daher besteht ein nicht unerhebliches Konfliktpotenzial bezüglich der Frage einer vollstationären Aufnahme bzw. der Dauer der stationären Behandlung.

Die vorliegende Stellungnahme ist das Ergebnis eines Dialogs zwischen DGK (Deutsche Gesellschaft für Kardiologie) und SEG 4 (Sozialmedizinische Expertengruppe 4 der MDK-Gemeinschaft). Sie schließt sich an die 2015 veröffentlichte gemeinsame Stellungnahme „Kriterien für die Notwendigkeit und Dauer von Krankenhausbehandlungen bei Koronarangiografien und -interventionen“ [1] an. Textpassagen hieraus wurden wörtlich oder inhaltlich übernommen, ohne sie besonders zu kennzeichnen.

1.1 Ziel der Stellungnahme

Ziel dieser gemeinsamen Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK) und der sozialmedizinischen Expertengruppe „Vergütung und Abrechnung“ (SEG 4) des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ist

Tab. 1 Anhaltspunkte, die eine vollstationäre Krankenhausbehandlung begründen können (in Anlehnung an die G-AEP-Kriterien Abschnitt F^a [6])

Fehlende Kommunikationsmöglichkeit, z. B. da der Patient allein lebt und kein Telefon erreichen kann

Keine Transportmöglichkeit oder schlechte Erreichbarkeit durch Stellen, die Notfallhilfe leisten können

Mangelnde Einsichtsfähigkeit des Patienten (z. B. neurokognitive Einschränkung)

Fehlende Versorgungsmöglichkeiten, z. B.:

- Keine häuslichen Verhältnisse, die eine sichere Betreuung bzw. Beobachtung gewährleisten
- Nicht behebbare Einschränkung der Selbstversorgung (z. B. alleinstehend mit schwerer körperlicher Behinderung)
- Allgemeine Gebrechlichkeit (Frailty) [8, 9]

^aG-AEP steht für German Appropriateness Evaluation Protocol. Diese G-AEP-Kriterien [6], ergänzt um weitere Kriterien und Beispiele, die aus dem sozialen Umfeld resultieren, können nur insoweit berücksichtigt werden, als sie nachvollziehbar einen direkten Einfluss auf die medizinische Behandlung haben und nicht durch andere Maßnahmen als die vollstationäre Krankenhausaufnahme zu beheben sind

es, die Beurteilung der Notwendigkeit und der Dauer einer Krankenhausbehandlung transparent zu machen – zumindest wenn dies durch objektivierbare, trennscharfe und überprüfbare Kriterien möglich ist. So sollen zeitaufwendige Auseinandersetzungen zwischen den Krankenhäusern und dem MDK reduziert werden.

Aufseiten der Krankenhäuser sollte dieser Kriterienkatalog idealerweise zu optimierten Abläufen führen, indem z. B. vorgesehene stationäre Aufnahmen bereits im Vorhinein als ambulante Behandlungen geplant werden. Seitens des MDK sollen hingegen bestimmte Konstellationen bereits vor einer Prüfung transparent werden, die dann nicht durch aufwendige Nachfragen geklärt werden müssen.

Für die Erarbeitung wurden praktisch-klinische Aspekte und sozialrechtliche Vorgaben berücksichtigt. Die Auswahl der Kriterien orientierte sich an Informationen, die üblicherweise ohnehin im Behandlungsverlauf dokumentiert werden und damit keinen zusätzlichen Dokumentationsaufwand erfordern. Sie sollen in der praktischen Umsetzung sowohl die Aufnahme- bzw. Entlassungsentscheidungen der einzelnen Kliniken als auch den MDK bei seinen Begutachtungsentscheidungen unterstützen.

Organisatorische Aspekte und daraus resultierende Probleme wie verkehrstechnische Bedingungen zur Anreise des Patienten oder Kapazitätsprobleme der Kliniken waren den Autoren bei der Erstellung des Papiers durchaus bewusst und wurden kontrovers diskutiert,

begründen aber nach den derzeitigen rechtlichen Vorgaben bzw. der bisherigen Rechtsprechung keinen Vergütungsanspruch für dadurch bedingte oder verlängerte Krankenhausaufenthalte [2, 3]. Entsprechend fanden diese bei den im Folgenden dargestellten Kriterien keine Berücksichtigung. Unabhängig von Vergütungsansprüchen verbleibt aber letztlich die Entscheidung über die Art und den Umfang der medizinischen Behandlung beim Arzt und liegt allein in seinem Ermessen.

Andererseits kommt nach höchstrichterlicher Rechtsprechung dem Krankenhausarzt hinsichtlich der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung keine Einschätzungsprärogative zu, d. h. die Notwendigkeit zur Krankenhausbehandlung und damit die Verpflichtung zur Kostenübernahme durch die Krankenkassen ist durch die Sozialgerichtsbarkeit im Nachhinein überprüfbar [2, 4, 5].

Die gegenwärtige Situation wie auch künftige Entwicklungen müssen dem sozialrechtlichen Wirtschaftlichkeitsprinzip sowie den hierzu gemachten Vorgaben des Bundessozialgerichts entsprechen. Es gilt hierbei allerdings ebenso den medizinischen Aspekt einer Maßnahme sowie ihre konkrete Umsetzung zu beachten. Beide Faktoren sind durch den behandelnden Arzt in jedem Einzelfall zu beurteilen.

Ebenso wurden auch soziale bzw. sozialmedizinische Aspekte diskutiert. Grundsätzlich können Aspekte, die aus dem sozialen Umfeld resultieren, nur

berücksichtigt werden, wenn sie nachvollziehbar einen direkten Einfluss auf die medizinische Behandlung haben. Diese Aspekte sind jedoch einerseits sehr heterogen und deshalb immer für den individuellen Patienten abzuwägen. Andererseits spielen diese Faktoren für den Großteil der Patienten keine Rolle. Auf eine weitere, detaillierte Betrachtung wurde daher hier verzichtet. **Tab. 1** soll dennoch exemplarisch Sachverhalte aufführen und für den Einzelfall Anhaltspunkte geben, die eine vollstationäre Krankenhausbehandlung (anstelle einer ambulanten Behandlung) aus sozialer bzw. sozialmedizinischer Indikation begründen können. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um Kriterien des „German Appropriateness Evaluation Protocol“ (G-AEP), die auch für Operationen aus dem „Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus“ gelten [6], sowie um solche aus der Leitlinie „Diagnostische Herzkatheteruntersuchung“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie [7].

Die hier dargestellten Kriterien beziehen sich ausdrücklich nicht auf Akutmaßnahmen zur Behandlung rhythmologischer Notfälle oder anderer Akuterkrankungen, in deren Verlauf ein rhythmologischer Eingriff erforderlich wird.

1.2 Limitationen

Eine begrenzte Anzahl von Kriterien kann niemals die Vielfalt kardiologischer Krankheitsbilder und medizinischer Umstände vollständig erfassen. Auch unter Einbeziehung vieler patientenbezogener Faktoren kann ein solcher Kriterienkatalog nicht alle denkbaren Einzelfälle abbilden. Daher ist sowohl bei der Entscheidung über eine stationäre Aufnahme als auch bei der gutachtlichen Bewertung immer die Gesamtsituation des Patienten zu berücksichtigen. Es bleibt den Behandelnden unbenommen – und ist bei MDK-Prüfungen mit zu berücksichtigen –, in der patientenbezogenen Dokumentation auf spezielle Konstellationen hinzuweisen, die eine besondere Art der Behandlung erforderlich gemacht haben. Typische und

häufige klinische Konstellationen, die eine stationäre Aufnahme bzw. einen verlängerten stationären Aufenthalt medizinisch rechtfertigen, sind aber in den hier aufgeführten Kriterien erfasst.

Die in den Tabellen dargestellten Konstellationen sind nicht als eine abschließende, vollständige Auflistung zu betrachten. Demnach können auch andere, hier nicht aufgeführte Umstände eine vollstationäre oder eine verlängerte vollstationäre Behandlung begründen. Bestimmte medizinische Konstellationen, die eine besondere Behandlung bedingen, müssen in der medizinischen Dokumentation als Besonderheit erwähnt werden und sollten durch eine spezifische Kodierung mit einer Diagnose (gemäß ICD-10-GM) oder einer Prozedur (gemäß OPS) erkennbar sein.

Zur Indikationsstellung machen die im Folgenden dargestellten Kriterien keine Aussagen, diese wird jeweils als gegeben vorausgesetzt. Ebenfalls wird vorausgesetzt, dass die in den Tabellen aufgeführten Maßnahmen im Einzelfall jeweils medizinisch indiziert und nachvollziehbar dokumentiert sind.

Umgekehrt können aus den nachstehenden Kriterienlisten keine medizinischen Qualitätsstandards für eine Behandlung abgeleitet werden. Ein Abweichen von den im Folgenden genannten Kriterien bei einer medizinischen Behandlung ist somit nicht gleichbedeutend mit einem Verstoß gegen die ärztliche Sorgfaltspflicht.

2. Aufnahmenotwendigkeit und Verweildauer bei Herzschrittmacher-, Defibrillator- oder CRT-Operationen

2.1 Ambulantes vs. stationäres Operieren

Bei Herzschrittmacherimplantationen besteht die Möglichkeit einer ambulanten Patientenversorgung gemäß Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V „Ambulantes Operieren und sonstige stationärsersetzende Eingriffe im Krankenhaus“ (AOP-Vertrag) [10]. Im AOP-Katalog sind diejenigen Leistungen mit der Ziffer „1“ gekennzeichnet, die in der Regel ambulant erbracht werden können. Die

Kardiologie 2017 · 11:209–218 DOI 10.1007/s12181-017-0152-2

© Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V. Published by Springer Medizin Verlag GmbH - all rights reserved 2017

B. Schumacher · B. Reichle · P. Sommer · T. Davé · B. Levenson · H. Reinecke · C. Stellbrink · G. Steinbeck · R. Mengel

Kriterien für die Notwendigkeit und Dauer von Krankenhausbehandlung bei elektiven rhythmologischen Eingriffen. Implantation von Herzschrittmachern, Defibrillatoren und Ablationsbehandlungen von tachykarden Herzrhythmusstörungen

Zusammenfassung

Kathetergestützte rhythmologische Eingriffe und Implantationen rhythmologischer Systeme machen einen relevanten Teil der kardiologischen Behandlungen aus. Daher besteht ein nicht unerhebliches Konfliktpotenzial bezüglich Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung. Die vorliegende gemeinsame Stellungnahme von *Deutscher Gesellschaft für Kardiologie und Medizinischem Dienst der Krankenversicherung* stellt vor dem Hintergrund sozialrechtlicher Vorgaben für elektive rhythmologische Eingriffe trennscharfe und überprüfbare Kriterien zusammen, die als objektive Entscheidungsgrundlage herangezogen werden können, um Notwendigkeit und Dauer von Krankenhausbehandlungen zu bewerten. Sie schließt sich an die 2015 veröffentlichte Stellungnahme zur „Notwendigkeit und

Dauer von Krankenhausbehandlungen bei Koronarangiografien und -interventionen“ an. Hierdurch sollen Auseinandersetzungen zwischen Krankenhäusern und MDK reduziert und optimierte Abläufe erleichtert werden. Die aufgeführten Kriterien beziehen sich ausdrücklich nicht auf Akutbehandlungen. Zudem besteht Konsens, dass unabhängig von Vergütungsansprüchen letztlich die Entscheidung über Art und Umfang der medizinischen Behandlung beim behandelnden Arzt verbleibt.

Schlüsselwörter

Katheterablation · Implantierbarer Cardioverter-Defibrillator · Fehlbelegungsprüfung · Medizinischer Dienst der Krankenversicherung · Konsensuspapier

Criteria for the necessity and duration of in-hospital treatment for elective electrophysiological procedures. Cardiac implantable electronic devices and catheter ablation of arrhythmias

Abstract

Cardiac implantable electronic device operations and catheter ablation of arrhythmias are frequently performed procedures. With regard to reimbursement, there are often conflicts between health care providers and health insurance companies whether or not in-hospital treatment is necessary at all and what duration of in-hospital treatment is adequate for patients undergoing these procedures. In this consensus statement of the German Cardiac Society and the Medical Advisory Board of the Statutory Health Insurance, selective and revisable criteria are listed that may be used as a guideline for planning and evaluation of hospital admission and length of stay for patients

undergoing elective electrophysiological procedures. It adds to the consensus statement on coronary angiographies and coronary interventions published in 2015. Emergency treatment is not the subject of this paper. Furthermore, there is consensus that apart from reimbursement concerns the decision about type and duration of any medical treatment remains unequivocally with the treating physician and at his/her discretion.

Keywords

Catheter ablation · CIED operation · Allocation errors · Medical service of health insurance · Consensus paper

Tab. 2 Medizinische Sachverhalte und Kriterien^a, die eine vollstationäre Behandlung ab dem Tag der Herzschrittmacher-, Defibrillator- oder CRT-Operation begründen können

Neuimplantation von Defibrillatorsystemen oder von Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie
Systemumstellung Defibrillator von 1- oder 2- auf 2- oder 3-Kammersysteme
Eingriffe mit Sondenerntfernung (Explantation) oder intrakardialer Umplatzierung einer Sonde
Schwieriger intraoperativer Verlauf mit z. B. dokumentierten arteriellen Fehlpunktionen, Verdacht auf Verletzung der Lunge oder neu aufgetretenem Perikarderguss mit Notwendigkeit stationärer Kontrollen und deren Durchführung
Schwierige Sondenplatzierung (mehr als 10 dokumentierte Umpositionierungen einschließlich OP-Dauer ≥ 60 min beim 1-Kammer-System und ≥ 120 min beim 2-Kammer-System) mit Gefahr frühpostoperativer Sondendislokation
Eigenrhythmus < 35 /min über > 30 s nach Sondenneuimplantationen
Fortgesetzte Medikation mit oralen Antikoagulanzen oder Heparinabgaben auch am Tag des Eingriffs in therapeutischer Dosierung, wenn die Antikoagulation nicht pausiert werden kann (z. B. bei Vorhandensein einer mechanischen Herzklappenprothese)
Angeborene oder dauerhaft erworbene Blutungsdiathesen
Unzureichend kontrollierte arterielle Hypertonie mit wiederholt dokumentierten Werten > 180 mm Hg systolisch und/oder diastolisch > 110 mm Hg über mindestens 12 h mit mindestens stündlichen Blutdruckmessungen bis zur Normalisierung
Durch orale Therapie nicht ausreichend kontrollierte starke Wundschmerzen mit Notwendigkeit zur parenteralen Schmerztherapie
Relevante Nachblutungen mit Notwendigkeit zusätzlicher therapeutischer Maßnahmen (z. B. zusätzliche Wundkompression, Revisions-OP, Redon-drainage, Transfusion)
Überwachungsnotwendigkeit bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus mit mindestens 1 Blutzuckermessung vor und mindestens 3 Blutzuckermessungen nach der Operation bei Hypoglykämien in den letzten Tagen mit neurologischen Auffälligkeiten oder Fremdhilfebedürftigkeit sowie Hyperglykämien in den letzten 30 Tagen mit Blutzuckerwerten > 250 mg/dl (14 mmol/l) trotz mehr als 50 IE Insulin täglich
Komplexe angeborene Herzfehler
Schwerwiegende Herz-Kreislauf-Erkrankungen, z. B.:
– \geq Drittgradige Klappenvitien (bei einer 3er- oder 4er-Graduierung)
– Symptomatische oder prognostisch bedeutsame Herzrhythmusstörungen mit anschließender mindestens 12-stündiger Monitorüberwachung
– Herzinsuffizienz im NYHA Stadium III oder IV und/oder hochgradig eingeschränkte LV-EF (≤ 35 %)
– Pulmonalarterieller Hochdruck mit einem invasiv gemessenen mittleren pulmonalarteriellen Druck ≥ 25 mm Hg oder einem echokardiographisch abgeschätzten systolischen pulmonalarteriellen Druck > 50 mm Hg
Respiratorische Partialinsuffizienz mit Notwendigkeit zur Sauerstofftherapie oder respiratorische Globalinsuffizienz
Revisions-OP eines infizierten oder perforierten Herzschrittmacher- oder Defibrillatorsystems
Nachweis unmittelbar klärungsbedürftiger Nebenbefunde, die nur vollstationär abgeklärt werden können
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre

^aMedizinische Konstellationen, die eine besondere Behandlung bedingen, müssen in der medizinischen Dokumentation als Besonderheit erwähnt werden und sollten durch eine spezifische Kodierung mit einer Diagnose (gemäß ICD-10-GM) oder einer Prozedur (gemäß OPS) erkennbar sein

Ziffer „2“ tragen Eingriffe, bei denen sowohl eine ambulante als auch stationäre Durchführung möglich ist. Im *Anhang* sind die dort aufgeführten Herzschrittmacheroperationen und die zugehörigen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) aufgelistet.

Aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V) und nach § 39 SGB V hat bei diesen Eingriffen die ambulante Behandlung vor der stationären Behandlung Vorrang [27].

In **Tab. 2** sind „Medizinische Sachverhalte und Kriterien, die eine vollstationäre Behandlung ab dem Tag der Herzschrittmacher-, Defibrillator- oder CRT-Operation begründen können“, dargestellt. In der Regel ist nur eine Behandlung bis zum Folgetag gerechtfertigt.

Die Möglichkeit zur ambulanten Implantation von Defibrillatoren wird

derzeit in Studien untersucht [11, 12]. Die Autoren sind der Auffassung, dass bis zum Vorliegen aussagekräftiger Studien wegen der üblicherweise bestehenden Schwere der zugrunde liegenden kardialen Erkrankung zusammen mit dem hierdurch bedingten intensiven Überwachungsbedarf eine stationäre Überwachung für eine Nacht im Anschluss an die Implantation von Defibrillatoren begründet ist.

In jüngerer Zeit werden erste sondenlose Herzschrittmacher katheterinterventionell implantiert [13, 14]. Ihr Stellenwert in der Versorgung ist wegen der begrenzten Erfahrung mit der Methode noch nicht abzuschätzen. Diese Eingriffe werden deshalb in dieser Stellungnahme nicht berücksichtigt.

Die in den Tabellen genannten Entscheidungskriterien beziehen sich eben-

falls nicht auf die Implantation von Ereignisrekordern (Eventrekordern) [15]. Da es sich um kurze und wenig invasive Eingriffe handelt, kann die Implantation von Ereignisrekordern aus medizinischer Sicht ambulant durchgeführt werden, obgleich den Autoren bekannt ist, dass die Vergütungssituation aktuell nicht geklärt ist.

Eine perioperative Antibiotikaphylaxe wird üblicherweise als Einmalgabe durchgeführt und begründet die vollstationäre Aufnahme nicht [16].

Patienten, bei denen die Antikoagulation im Zusammenhang mit Herzschrittmachereingriffen fortgesetzt werden muss, bedürfen der stationären Behandlung (s. auch **Tab. 2**). Bei Patienten mit Vorhofflimmern und niedrigem Thrombembolierisiko (CHA₂DS₂-VASc-Score < 2 für Männer, < 3 für Frauen)

Tab. 3 Medizinische Sachverhalte und Kriterien^a, die eine stationäre Aufnahme einen bzw. mehrere Tage vor einer Herzschrittmacher-, Defibrillator- oder CRT-Operation begründen können

Akut aufgetretene symptomatische Herzrhythmusstörungen mit Notwendigkeit zur Akutbehandlung (z. B. Antiarrhythmika, Kardioversion, passagerer Herzschrittmacher) oder erforderlicher Monitorüberwachung

Akutbehandlung einer dekompensierten oder schweren Herzinsuffizienz (z. B. NYHA Stadium \geq III) oder einer ausgeprägten respiratorischen Insuffizienz (z. B. COPD GOLD IV)

Notwendigkeit der Umstellung einer vorbestehenden oralen Antikoagulation prä-/periinterventionell auf intravenöse, PTT-gesteuerte Dauerinfusion von unfraktioniertem Heparin oder direkten Thrombinantagonisten (Argatroban, Hirudin)

Überwachungsbedürftige Therapieeinstellung/-umstellung bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus mit mindestens 2 Blutzuckermessungen am Aufnahmetag und mindestens 3 Blutzuckermessungen vor und nach der Operation bei Hypoglykämien in den letzten 30 Tagen mit neurologischen Auffälligkeiten oder Fremdhilfebedürftigkeit oder Hyperglykämien in den letzten 30 Tagen mit Blutzuckerwerten > 250 mg/dl (14 mmol/l) trotz mehr als 50 IE Insulin täglich

Chronische Niereninsuffizienz ab Stadium 3 mit einer kalkulierten GFR < 60 ml/min/1,73 m² mit dokumentierter i. v.-Hydratation ab 12 h vor bis mindestens 12 h nach der Kontrastmittelgabe und Nierenwertkontrolle letztmalig zumindest am Folgetag bei geplanter CRT-Implantation/LV-Sondenrevision

Im Zusammenhang mit der Operation erforderliche diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die aus medizinischen Gründen nur vollstationär und nicht am Operationstag durchgeführt werden können

^aMedizinische Konstellationen, die eine besondere Behandlung bedingen, müssen in der medizinischen Dokumentation als Besonderheit erwähnt werden und sollten durch eine spezifische Kodierung mit einer Diagnose (gemäß ICD-10-GM) oder einer Prozedur (gemäß OPS) erkennbar sein

Tab. 4 Medizinische Sachverhalte und Kriterien^a, die eine verlängerte vollstationäre Überwachung ab dem Tag der Herzschrittmacher-, Defibrillator- oder CRT-Operation über den Folgetag hinaus begründen können

Am Folgetag des Eingriffs erkennbare Fehlfunktionen, die eine Revisionsoperation erforderlich machen

Notwendigkeit der postinterventionellen Umstellung einer intravenösen PTT-gesteuerten Dauerinfusion mit unfraktioniertem Heparin oder direkten Thrombinantagonisten (Argatroban, Hirudin) auf eine orale Antikoagulation bis zum Erreichen ihrer therapeutischen Wirksamkeit

Anhaltende Nachblutung (z. B. transfusionspflichtig, OP-pflichtig, Hb-Abfall > 2 g/dl bzw. $\geq 1,24$ mmol/l) mit Notwendigkeit einer operativen Therapie oder verlängerten Lokaltherapie mit Bettruhe

Postoperativ neu aufgetretener Perikarderguss mit mindestens täglicher echokardiographischer Kontrolle

Pneumothorax mit mindestens täglicher Röntgenkontrolle oder Notwendigkeit zur Anlage einer Thoraxdrainage

Peri-/postoperative kardiale Dekompensation

Peri-/postoperative kardiopulmonale Reanimation

Peri-/postoperativ neu aufgetretene Herzrhythmusstörungen mit Notwendigkeit einer mindestens 36-stündigen Monitorüberwachung

Zeichen der Infektion des implantierten Systems (Fieber, CRP-Anstieg, lokale Rötung und Überwärmung) mit der Notwendigkeit einer Revisions-OP oder einer mehrtägigen antibiotischen Therapie

Schwere postoperative Akuterkrankungen (z. B. Pneumonie, zerebrovaskuläres Ereignis, Delir), die die weitere stationäre Krankenhausbehandlung erfordern

^aMedizinische Konstellationen, die eine besondere Behandlung bedingen, müssen in der medizinischen Dokumentation als Besonderheit erwähnt werden und sollten durch eine spezifische Kodierung mit einer Diagnose (gemäß ICD-10-GM) oder einer Prozedur (gemäß OPS) erkennbar sein

kann die orale Antikoagulation während eines Herzschrittmachereingriffs unterbrochen werden, sodass in diesen Fällen eine ambulante Operation möglich ist [17, 18]. Nach der kürzlich publizierten BRIDGE-Studie ist ein Pausieren der Antikoagulation dem Bridging bei Patienten mit Vorhofflimmern hinsichtlich der Thrombembolie rate nicht unterlegen und vermindert das Risiko schwerer Blutungen [19]. Neue (direkte) orale Antikoagulanzen können wegen der kurzen Halbwertszeit noch einfacher pausiert werden als Vitamin-K-Antagonisten.

2.2 Aufnahme einen oder mehrere Tage vor der Operation

Bei elektiven (planbaren) Eingriffen mit Notwendigkeit zur stationären Operation müssen erforderliche Voruntersuchungen und die Patientenaufklärung aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V) und nach § 39 SGB V vorrangig ambulant oder vorstationär durchgeführt werden. Ausnahmen können sich aus den in **Tab. 3** „Medizinische Sachverhalte und Kriterien, die eine stationäre Aufnahme einen bzw. mehrere Tage vor einer Herzschrittmacher-, Defibrillator- oder CRT-Operation begründen können“ genannten Aspekten ergeben.

2.3 Überwachung im Krankenhaus über den Folgetag der Operation hinaus

In **Tab. 4** sind „Medizinische Sachverhalte und Kriterien, die eine verlängerte vollstationäre Überwachung ab dem Tag der Herzschrittmacher-, Defibrillator- oder CRT-Operation über den Folgetag hinaus begründen können“ dargestellt.

Durch Verbesserungen der Operationstechniken und bei den verwendeten Materialien sind Herzschrittmacher- und Defibrillatorimplantationen sicherer und komplikationsärmer geworden. Die früher regelhaft zweizeitig durchgeführte postoperative Defibrillatortestung ist heute abgesehen von Ausnahmefällen obsolet. Insofern ergibt sich bei unkompliziertem Verlauf hieraus keine

Tab. 5 Medizinische Sachverhalte und Kriterien^a, die eine stationäre Aufnahme einen bzw. mehrere Tage vor einer elektrophysiologischen Untersuchung oder Katheterablation kardialer Arrhythmien begründen können

Akut aufgetretene symptomatische Herzrhythmusstörungen mit Notwendigkeit zur Akutbehandlung (z. B. Antiarrhythmika, Kardioversion) oder erforderlicher Monitor- oder lückenloser telemetrischer Überwachung auf Station (z. B. Kammertachykardie ohne ICD-Schutz)
Notwendiges Absetzen eines Antiarrhythmikums mehrere Tage vor der Intervention mit Aufnahme zur Monitor- oder lückenlosen telemetrischen Überwachung auf Station bei vorangegangenen hämodynamisch beeinträchtigenden oder vital gefährdenden Arrhythmieereignissen
Akutbehandlung einer dekompensierten oder schweren Herzinsuffizienz (z. B. NYHA Stadium \geq III)
Akutbehandlung einer ausgeprägten respiratorischen Insuffizienz (z. B. COPD GOLD IV)
Überwachungsbedürftige Therapieeinstellung/-umstellung bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus mit mindestens 2 Blutzuckermessungen am Aufnahmetag und mindestens 3 Blutzuckermessungen vor und nach der Operation bei Hypoglykämien in den letzten 30 Tagen mit neurologischen Auffälligkeiten oder Fremdhilfebedürftigkeit oder Hyperglykämien in den letzten 30 Tagen mit Blutzuckerwerten > 250 mg/dl (14 mmol/l) trotz mehr als 50 IE Insulin täglich
Chronische Niereninsuffizienz ab Stadium 3 mit einer kalkulierten GFR < 60 ml/min/1,73 m ² mit dokumentierter i. v.-Hydratation ab 12 h vor bis mindestens 12 h nach der Kontrastmittelgabe und Nierenwertkontrolle letztmalig zumindest am Folgetag
Notwendigkeit der Umstellung einer vorbestehenden oralen Antikoagulation prä-/periinterventionell auf intravenöse, PTT-gesteuerte Dauerinfusion von unfractioniertem Heparin oder direkten Thrombinantagonisten (Argatroban, Hirudin)
Entgleiste arterielle Hypertonie mit wiederholt dokumentierten Werten > 180 mm Hg systolisch und/oder diastolisch > 110 mm Hg trotz adäquater antihypertensiver Akuttherapie
Komplexe angeborene oder erworbene Herzfehler mit der Notwendigkeit einer intensivierten Prozedurvorbereitung unter stationären Bedingungen (z. B. i. v.-Flüssigkeitsgabe bei Volumen-abhängigen Vitien, i. v. diuretische Therapie)
Kinder bis einschließlich zum Vorschulalter, bei denen die Nüchternphase durch parenterale Flüssigkeitssubstitution kompensiert werden muss

^aMedizinische Konstellationen, die eine besondere Behandlung bedingen, müssen in der medizinischen Dokumentation als Besonderheit erwähnt werden und sollten durch eine spezifische Kodierung mit einer Diagnose (gemäß ICD-10-GM) oder einer Prozedur (gemäß OPS) erkennbar sein

Notwendigkeit der stationären Behandlung über den Folgetag hinaus [20, 21].

3. Verweildauer bei kathetergestützter elektrophysiologischer Untersuchung und Ablationsbehandlung kardialer Arrhythmien

Die EPU und die Ablation werden in der Regel in einer Sitzung im selben stationären Aufenthalt durchgeführt. Die Notwendigkeit der stationären Behandlung ist aufgrund ihrer Komplexität und Invasivität gegeben. Im Allgemeinen können die Vorbereitungen und die Patientenaufklärung ambulant oder vorstationär durchgeführt werden, sodass die stationäre Aufnahme erst am Tag der EPU/Ablation erforderlich ist. Mögliche Ausnahmen hiervon sind in **Tab. 5** aufgeführt.

3.1 Antikoagulation

Eine vorbestehende Antikoagulation mit Vitamin-K-Antagonisten z. B. bei Vorhofflimmern muss bei Katheterablationen im Regelfall nicht pausiert werden. Ein zu früheren Zeiten übliches Bridging (Umstellung auf Heparin) bei diesen Patienten gilt üblicherweise im Rahmen von Katheterablationen heute als verzichtbar [18], sodass die stationäre Aufnahme erst am Tag der Intervention erforderlich ist.

Im Ausnahmefall mit Umstellung auf subkutane Heparin gilt ebenfalls, dass die stationäre Aufnahme erst am Tag der Intervention notwendig ist. Niedermolekulares Heparin kann ambulant oder vorstationär verabreicht werden.

Neue (direkte) orale Antikoagulanzen (NOAC, DOAC) erfordern ebenfalls in der Regel kein Bridging. In Abhängigkeit von der geplanten Ablation kann eine NOAC-Therapie entweder ununter-

brochen (evtl. in angepasster Dosis) beibehalten oder wegen der kurzen Halbwertszeit der Substanzen ambulant ohne Bridging pausiert werden. Eine stationäre Aufnahme am Tag der Intervention ist in diesen Fällen möglich.

Ausnahmen hiervon können unter anderem epikardiale Ablationen oder fortgeschrittene Nierenerkrankungen (GFR < 45 ml/min/1,73 m²) sein, wenn auf eine PTT-gesteuerte intravenöse Heparin-gabe umgestellt werden muss [22–25, 31].

3.2 Präoperatives Pausieren einer antiarrhythmischen Medikation

Im Falle einer vorbestehenden Antiarrhythmikatherapie kann es notwendig sein, das Medikament vor dem Tag der EPU bzw. Ablation abzusetzen. Dadurch sind erneut auftretende Arrhythmien möglich, die zu einer Notfallbehandlung oder Notfallaufnahme führen können. Andererseits sind die zu befürchtenden Arrhythmien in den wenigsten Fällen so bedrohlich, dass sie einer dauerhaften Überwachung am Monitor in der Phase der Medikamentenpause bedürfen, sodass sich hieraus keine generelle Empfehlung zur stationären Aufnahme vor dem Tag der eigentlichen Intervention ableiten lässt. Aussagekräftige Zahlen bzw. wissenschaftlicher Belege zu diesem Themenkomplex liegen nicht vor. Auch in der derzeitigen Versorgungspraxis lässt sich ein erhöhter Überwachungsaufwand üblicherweise nicht feststellen.

Es ist jedoch nachzuvollziehen, dass Patienten, die in der Vergangenheit hämodynamisch deutlich beeinträchtigende (z. B. Synkope, Dekompensation) oder sogar vital bedrohliche Arrhythmien erlitten haben, bei Medikamentenpause vor der Intervention aufgenommen und entsprechend dem Wirkspiegelverlust am Monitor bzw. telemetrisch überwacht werden. Dies gilt für Therapien mit Antiarrhythmika in effektiver Dosis.

Eine allgemeine Sorge des Patienten vor nicht bedrohlichen Arrhythmien begründet die vorsorgliche Überwachung im Krankenhaus nicht. Bei notwendiger Akutbehandlung oder zur Registrierung dieser Arrhythmien kann dies auch

Tab. 6 Medizinische Sachverhalte und Kriterien ^a , die nach einer Katheterablation kardialer Arrhythmien eine verlängerte Überwachung über den Folgetag hinaus begründen können
Nachblutung (z. B. transfusionspflichtig, OP-pflichtig, Hb-Abfall > 2 g/dl bzw. ≥1,24 mmol/l, klinisch ausgedehntes Hämatom) mit Notwendigkeit einer verlängerten Lokalthherapie und Bett-ruhe
Postinterventionell neu aufgetretener Perikarderguss mit mindestens täglicher echokardiographischer Kontrolle
Peri-/postoperativ neu aufgetretene symptomatische Herzrhythmusstörungen mit Notwendigkeit einer mindestens 36-stündigen Monitorüberwachung
Peri-/postinterventionelle kardiale Dekompensation
Anstieg des Serum-Kreatinins ≥ 0,3 mg/dl bzw. ≥26 μmol/l am Folgetag nach einer Kontrastmittelgabe mit dokumentierter i. v.-Hydratation über mindestens 12 h und täglichen Nierenwertkontrollen
Andere postinterventionelle Komplikationen oder Akuterkrankungen (z. B. Pneumonie, Hämoptysen, Perikarditis, zerebrovaskuläres Ereignis, Delir), die die weitere stationäre Krankenhausbehandlung erfordern
Postinterventioneller Beginn einer antiarrhythmischen Therapie mit Notwendigkeit zur kontinuierlichen Monitorüberwachung über mehr als 36 h
Notwendigkeit der postinterventionellen Umstellung einer intravenösen PTT-gesteuerten Dauerinfusion mit unfraktioniertem Heparin oder direkten Thrombinantagonisten (Argatroban, Hirudin) auf eine orale Antikoagulation bis zum Erreichen ihrer therapeutischen Wirksamkeit
Drohende postinterventionelle Dekompensation bei hoher intraprozeduraler Flüssigkeitslast (z. B. durch Spülflüssigkeit) und schwerwiegender Herz-Kreislauf-Erkrankung (z. B. ≥ drittgradige Klappenvitien, hochgradig eingeschränkter LV-EF (≤35%) oder schwerer pulmonalarterieller Hypertonie) mit dokumentierter intensivierter diuretischer Therapie, täglicher Kontrolle von Einfuhr und Ausfuhr und mindestens 3-mal täglichen klinischen Kontrollen
Erhöhte Gefahr von vaskulären Komplikationen (z. B. bei Kleinkindern und Kindern mit fehlender Compliance und/oder postinterventioneller Antikoagulation) mit verlängerter Kompressions-therapie über 24 h hinaus und weiteren Kontrollen der Punktionsstellen nach Entfernung der Kompression über mindestens 4 h und am darauf folgenden Tag
Erhöhtes Risiko des verzögerten AV-Blocks nach Ablation (z. B. AVNRT bei Kindern <14 Jahren, parahisäre Ablation, passagerer AV-Block bei Ablation) mit Notwendigkeit zur fortgesetzten Monitor- bzw. telemetrischen Überwachung auf Station
Myokardiale Überhitzung mit Dampfbildung („steam pops“) während der Ablation und erhöhtem Risiko des verzögerten Perikardergusses mit mindestens täglichen echokardiographischen Kontrollen auch noch am Entlassungstag
Epikardiale Punktion/Ablation mit postinterventioneller epikardialer Drainage und mindestens täglichen echokardiographischen Kontrollen

^aMedizinische Konstellationen, die eine besondere Behandlung bedingen, müssen in der medizinischen Dokumentation als Besonderheit erwähnt werden und sollten durch eine spezifische Kodierung mit einer Diagnose (gemäß ICD-10-GM) oder einer Prozedur (gemäß OPS) erkennbar sein

wohnortnah im Krankenhaus erfolgen. Die räumliche Entfernung zum elektrophysiologischen Zentrum spielt hierfür keine Rolle.

3.3 Voruntersuchungen/ Aufklärung/Prämedikation

Voruntersuchungen wie CT, MRT oder TEE können vorstationär durchgeführt werden.

Ebenso ist die Aufklärung über die Ablation und die Analgosedierung vorstationär möglich. Eine Prämedikation am Vorabend kann – wie beim ambulanten Operieren – in der Regel unter-

bleiben oder sich auf geeignete Pharmaka beschränken, die ambulant verordnet werden können [27].

3.4 Aufnahme einen oder mehrere Tage vor dem Eingriff

Eine stationäre Aufnahme am Vortag wegen Begleiterkrankungen ist dann begründet, wenn deren Schwere die vorstationäre Vorbereitung der Intervention unmöglich macht und sie aus medizinischen Gründen nur vollstationär behandelt werden können. Eine Therapieoptimierung, die keiner stationären Über-

wachung bedarf, kann dagegen ambulant oder vorstationär erfolgen.

„Medizinische Sachverhalte und Kriterien, die eine stationäre Aufnahme einen bzw. mehrere Tage vor einer elektrophysiologischen Untersuchung oder Katheterablation kardialer Arrhythmien begründen können“, sind analog zu Herzschrittmacher- und Defibrillatoroperationen beispielhaft in **Tab. 5** aufgeführt.

3.5 Stationäre Überwachung länger als bis zum Folgetag des Eingriffs

Kathetergestützte Ablationsbehandlungen erfordern eine postinterventionelle klinische und apparative Überwachung. Ein durchgehendes Monitoring von EKG, Punktionsstelle, Blutdruck und ggf. auch Blutbild, Blutzucker, Retentionsparameter erfolgt in der Regel bis zu 24 h. Nach diesem Zeitraum ist bei ausbleibenden Komplikationen und unauffälligem klinischem Verlauf die Entlassung aus der stationären Behandlung möglich. Bei komplikativem Verlauf oder drohenden Komplikationen kann aus medizinischen Gründen ein fortgesetztes Monitoring bzw. die weitere stationäre Behandlung notwendig werden [26, 28–31]. Mögliche Gründe sind in **Tab. 6** „Medizinische Sachverhalte und Kriterien, die nach einer Katheterablation kardialer Arrhythmien eine verlängerte Überwachung über den Folgetag hinaus begründen können“ aufgeführt.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. B. Schumacher
Klinik für Innere Medizin 2, Westpfalz-Klinikum
Hellmut-Hartert-Str. 1, 67655 Kaiserslautern,
Deutschland
bschumacher@westpfalz-klinikum.de

Interessenkonflikt. B. Schumacher, B. Reichle, P. Sommer, T. Davé, B. Levenson, H. Reinecke, C. Stellbrink, G. Steinbeck und R. Mengel geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Anhang

Herzschrittmacheroperationen im „Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus“ (AOP-Katalog 2017)

Eingriffe Kategorie 1 (in der Regel ambulant)

- 5-378.01 Aggregatentfernung: Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.02 Aggregatentfernung: Schrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.41 Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.42 Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.51 Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.52 Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.81 Kupplungskorrektur: Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.82 Kupplungskorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem

Eingriffe Kategorie 2 (sowohl ambulante als auch stationäre Durchführung möglich)

- 5-377.1 Implantation Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-377.2 Implantation Schrittmacher, Zweikammersystem, mit einer Schrittmachersonde
- 5-377.30 Implantation Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykardie Stimulation
- 5-378.18 Sondenentfernung: Schrittmacher
- 5-378.31 Sondenkorrektur: Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.32 Sondenkorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.61 Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Einkammersystem

- 5-378.62 Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.71 Sondenwechsel: Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.72 Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.b0 Systemumstellung Herzschrittmacher, Einkammersystem auf Herzschrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.b3 Systemumstellung Herzschrittmacher, Zweikammersystem auf Herzschrittmacher, Einkammersystem

Literatur

1. Reinecke H, Braun M, Frankenstein L, Görges G, Kerlin A, Knoblich S, von Kodolitsch Y, Lengenfelder B, Levenson B, Pfeiffer D, Reichle B, Steinbeck G, Reinöhl J, Dirschedl P (2015) Kriterien für die Notwendigkeit und Dauer von Krankenhausbehandlung bei Koronarangiografien und -interventionen. *Kardiologie* 9:295–302
2. Bundessozialgericht (2007) Beschluss des Großen Senats vom 25.09.2007 (GS 1/06)
3. Bundessozialgericht (2015) Urteil vom 17.11.2015 (B 1 KR 20/15 R)
4. Dirschedl P (2012) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit. In: Fritze J, Mehrhoff F (Hrsg) Die ärztliche Begutachtung. Springer, Heidelberg
5. Dohmen A, Dirschedl P, Waibel B, Mohrmann M (2012) Decision criteria for the appropriateness of inpatient treatment in patients with peripheral angiopathy. *Gesundheitswesen* 74:328–330
6. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2004) German Appropriateness Evaluation Protocol (G-AEP) Kriterien. http://www.kbv.de/html/themen_1126.php. Zugegriffen: 26.03.2017
7. Hamm CW, Albrecht A, Bonzel T, Kelm M, Lange H, Schächinger V, Terres W, Voelker W (2008) Diagnostische Herzkatheteruntersuchung. *Clin Res Cardiol* 97:475–512
8. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, Mitnitski A (2005) A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 173:489–495
9. Rodés-Cabau J, Mok M (2012) Working toward a frailty index in transcatheter aortic valve replacement: a major move away from the “eyeball test”. *JACC Cardiovasc Interv* 5:982–983
10. Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und sonstige stationäresetzende Eingriffe im Krankenhaus – AOP-Vertrag zwischen dem GKVSpitzenverband, Berlin, und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin, sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin, zuletzt geändert 08.04.2014, In-Kraft getreten 16. Mai 2014
11. Datino T, Blanco AM, Garcia AN, González-Torrecilla E, Fernández FA, Maiz AA, Hernández-Hernández J, Alonso PA, Eidelman G, Fernández-Avilés F (2015) Safety of outpatient implantation of the implantable cardioverter-defibrillator. *Rev Esp Cardiol* 2015(68):579–584
12. Suri R, Choudhuri I (2016) A prospective multicenter randomized controlled trial of early discharge compared to hospitalization after elective implantable cardioverter-defibrillator procedures: first results of the same day-discharge for implantable cardioverter-defibrillator trial. *Heart Rhythm Society 2016 scientific sessions, abstract LBCT01–05*, San Francisco, 5 May 2016.
13. Reddy VY, Exner DV, Cantillon DJ, Doshi R, Bunch TJ, Tomassoni GF, Friedman PA, Estes M, Ip J, Niazi I, Plunkitt K, Banker R, Porterfield J, Ip JE, Dukkipati SR, LEADLESS II Study Investigators (2015) Percutaneous Implantation of an Entirely Intracardiac Leadless Pacemaker. *N Engl J Med* 373:1125–1135
14. Reynolds D, Duray GZ, Omar R, Soejima K, Neuzil P, Zhang S, Narasimhan C, Steinwender C, Brugada J, Lloyd M, Roberts PR, Sagi V, Hummel J, Bongiorno MG, Knops RE, Ellis CR, Gornick CC, Bernabei MA, Laager V, Stromberg K, Williams ER, Hudnall JH, Ritter P, Micra Transcatheter Pacing Study Group (2016) A leadless intracardiac transcatheter pacing system. *N Engl J Med* 374:533–541
15. Gladstone DJ, Spring M, Dorian P, Panzov V, Thorpe KE, Hall J, Vaid H, O'Donnell M, Laupacis A, Côté R, Sharma M, Blakely JA, Shuaib A, Hachinski V, Coutts SB, Sahlas DJ, Teal P, Yip S, Spence D, Buck B, Verreault S, Casaubon LK, Penn A, Selchen D, Jin A, Howse D, Mehdiratta M, Boyle K, Aviv R, Kapral MK, Mamdani M, EMBRACE Investigators and Coordinators (2014) Atrial fibrillation in patients with cryptogenic stroke. *N Engl J Med* 370:2467–2477
16. Arbeitskreis „Krankenhaus- und Praxishygiene“ der AWMF (2012) Perioperative Antibiotikaprophylaxe. AWMF-Register Nr. 029/022
17. Birnie DH, Healey JS, Wells GA, Verma A, Tang AS, Krahn AD, Simpson CS, Ayala-Paredes F, Couto B, Leiria TLL, Essebag V, BRUISE CONTROL Investigators (2013) Pacemaker or defibrillator surgery without interruption of anticoagulation. *N Engl J Med* 368:2084–2093
18. January CT, Wann LS, Alpert JS, Calkins H, Cigarro JE, Cleveland JC, Conti JB, Ellinor PT, Ezekowitz MD, Field ME, Murray KT, Sacco RL, Stevenson WG, Tchou PJ, Tracy CM, Yancy CW (2014) 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: executive summary. *J Am Coll Cardiol* 64(21):2246–2280
19. Douketis DJ, Spyropoulos AC, Kaatz S, Becker RC, Caprioli JA, Dunn AS, Garcia DA, Jacobson A, Jaffer AK, Kong DF, Schulman S, Turpie AGG, Hasselblad V, Ortel TL, BRIDGE Investigators (2015) Perioperative bridging anticoagulation in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 373:823–833
20. Healey JS, Hohnloser SH, Glikson M, Neuzner J, Mabo P, Vinolas X, Kautzner J, O'Hara G, VanErven L, Gadler F, Pogue J, Appl U, Gilkerson J, Pochet T, Stein KM, Merkely B, Chrolavicius S, Meeks B, Foldesi C, Thibault B, Connolly SJ, Shockless IMPLANT Evaluation [SIMPLE] Investigators (2015) Cardioverter defibrillator implantation without induction of ventricular fibrillation: a single-blind, non-inferiority, randomised controlled trial (SIMPLE). *Lancet* 385(9970):785–791
21. Bänsch D, Bonnemeier H, Brandt J, Bode F, Svendsen JH, Táborský M, Kuster S, Blomström-Lundqvist C, Felk A, Hauser T, Suling A, Wegscheider K, NORDIC ICD Trial Investigators (2015) Intraoperative defibrillation testing and clinical shock efficacy in patients with implantable cardioverter-defibrillators: the NORDIC ICD randomized clinical trial. *Eur Heart J* 36(37):2500–2507

22. Camm AJ, Lip GYH, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, Hindricks G, Kirchhof P (2012) 2012 focused update of the ESC guidelines for the management of atrial fibrillation. *Eur Heart J* 33:2719–2747
23. Di Biase L, Burkhardt JD, Santangeli P, Mohanty P, Sanchez JE, Horton R, Gallinghouse GJ, Themistoclakis S, Rossillo A, Lakkireddy D, Reddy M, Hao S, Hongo R, Beheiry S, Zagrodzky J, Rong B, Mohanty S, Elayi CS, Forleo G, Pelargonio G, Narducci ML, Dello Russo A, Casella M, Fassini G, Tondo C, Schweikert RA, Natale A (2014) Periprocedural stroke and bleeding complications in patients undergoing catheter ablation of atrial fibrillation with different anticoagulation management: results from the Role of Coumadin in Preventing Thromboembolism in Atrial Fibrillation (AF) Patients Undergoing Catheter Ablation (COMPARE) randomized trial. *Circulation* 129(25):2638–2644
24. Sultan A, Lüker J, Plenge T, Steven D (2015) Interventionelle Therapie von paroxysmalem Vorhofflimmern. *Herz* 40:25–30
25. Bassiouny M, Saliba W, Rickard J, Shao M, Sey A, Diab M, Martin DO, Hussein A, Khoury M, Abi-Saleh B, Alam S, Sengupta J, Borek PP, Baranowski B, Niebauer M, Callahan T, Varma N, Chung M, Tchou PJ, Kanj M, Dresing T, Lindsay BD, Wazni O (2013) Use of dabigatran for periprocedural anticoagulation in patients undergoing catheter ablation for atrial fibrillation. *Circ Arrhythm Electrophysiol* 6:460–466
26. Arbelo E, Brugada J, Hindricks G, Maggioni AP, Tavazzi LV, Vardas P, Laroche C, Anselme F, Inama G, Jais P, Kalarus Z, Kautzner J, Lewalter T, Mairesse GH, Perez Villacastin J, Riahi S, Taborsky M, Theodorakis G, Trines SA (2014) The atrial fibrillation ablation pilot study: a European Survey on Methodology and results of catheter ablation for atrial fibrillation conducted by the European Heart Rhythm Association. *Eur Heart J* 35(22):1466–1478
27. Gemeinsamer Bundesausschuss (2015) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhauseinweisungs-Richtlinie/KE-RL). BAnz AT 29.04.2015 B2
28. Rodgers M, McKenna C, Palmer S, Chambers D, van Hout S, Golder S, Pepper C, Todd D, Woolacott N (2008) Curative catheter ablation in atrial fibrillation and typical atrial flutter: systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 12(34):iii–iv (xi–xiii, 1–19)
29. Cappato R, Calkins H, Chen SA, Davies W, Iesaka Y, Kalman J, Kim YH, Kleine G, Natale A, Packer D, Skanes A (2009) Prevalence and causes of fatal outcome in catheter ablation of atrial fibrillation. *J Am Coll Cardiol* 19:1798–1803
30. Chen HS, Wen JM, Wu SN, Liu JP (2012) Catheter ablation for paroxysmal and persistent atrial fibrillation. *Cochrane Database Syst Rev*. doi:10.1002/14651858.CD007101.pub2
31. Huang SKS, Miller JM (2015) Catheter ablation of cardiac arrhythmias, 3. Aufl. Saunders Elsevier, Philadelphia

Kardiologie 2017 · 11:218
 DOI 10.1007/s12181-016-0118-9
 Online publiziert: 13. Februar 2017
 © Springer Medizin Verlag Berlin 2017



F. K. Weise · O. Przbille · B. Schmidt · H. Eggebrecht

CCB, Cardioangiologisches Centrum Bethanien, AGAPLESION BETHANIEN Krankenhaus, Frankfurt am Main, Deutschland

Erratum zu: Schrittmacherindikation als Zufallsbefund im Belastungs-EKG

Erratum zu:
 Kardiologie
 doi 10.1007/s12181-016-0104-2.

In der Online-Version des genannten Artikels wurden leider die Autoren unvollständig aufgeführt: PD Dr. Boris Schmidt ist Koautor des Beitrags. Wir bitten um Beachtung der korrekten Autorenschaft (s. oben).

Korrespondenzadresse

Prof. Dr H. Eggebrecht
 CCB, Cardioangiologisches Centrum Bethanien,
 AGAPLESION BETHANIEN Krankenhaus
 Im Prüfling 23, 60389 Frankfurt am Main,
 Deutschland
 h.eggebrecht@ccb.de

Die Online-Version des Originalbeitrages finden Sie unter <http://dx.doi.org/10.1007/s12181-016-0104-2>.