

# ALKK

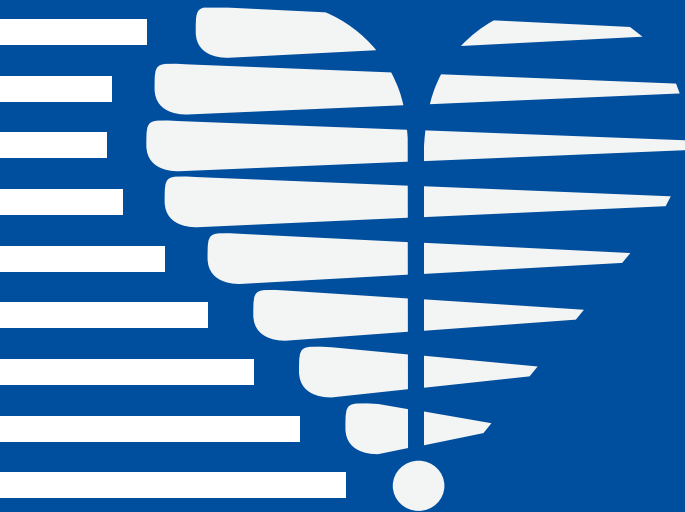
Arbeitsgemeinschaft Leitende  
Kardiologische Krankenhausärzte e.V.

# 40 JAHRE

**A**RBEITSGEMEINSCHAFT  
**L**EITENDE  
**K**KARDIOLOGISCHE  
**K**KRANKENHAUSÄRZTE

1986 – 2026

Volker Schächinger  
und Tassilo Bonzel (Fulda)



## VORWORT DES VORSITZENDEN DER ALKK

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

mit großem Respekt blicken wir heute zurück auf den Weitblick und die Leistungen der ALKK-Gründergeneration vor 40 Jahren. Aus den Universitäten kommend in Chefarztpositionen an Versorgungskrankenhäuser berufen, haben diese seit den 80er Jahren aufgezeigt, dass aus den ALKK-Kliniken bedeutende Beiträge für die Wissenschaft erbracht werden können. Sie bewiesen, dass die seinerzeit noch in den Kinderschuhen steckende interventionelle Kardiologie auch außerhalb der Universitätskliniken auf höchstem Niveau etabliert werden kann. Aus den Anstrengungen der ALKK (PCI-Register) sind wesentliche Elemente der heute bundesweit verpflichtenden Qualitätssicherung hervorgegangen.

Im Laufe der vier Jahrzehnte sind weitere wichtige medizinische Säulen hinzugekommen und Strukturen geschaffen worden zur Förderung unsere Kliniken wie Informationsnetzwerke und Fortbildungsakademie mit dem Ergebnis steigender Mitgliederzahlen. Die berufspolitische Vertretung unserer Kliniken in der Fachgesellschaft und gegenüber der Politik gewann zunehmend an Bedeutung. Die ALKK hat den Anspruch durch die Breite ihrer Mitgliedschaft einen großen Teil der klinischen Kardiologie in Deutschland zu vertreten, der außerhalb der Universitätskliniken stattfindet.

Ich wünsche Ihnen viel Freude beim Lesen dieser Festschrift anlässlich unserer Jubiläumsfeier im April 2026, für deren Erstellung ich Volker Schächinger und Tassilo Bonzel herzlich danke. Möge die ALKK auch weiterhin einen starken

Verband, eine gute Gemeinschaft und eine nützliche Plattform für uns leitende Kardiologinnen und Kardiologen darstellen. Herausforderungen für unsere Kliniken wird es sicher genügend geben.

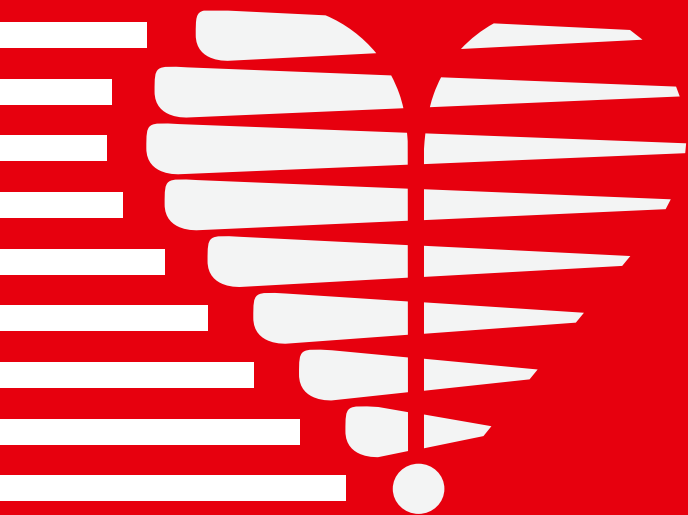


Es grüßt Sie sehr herzlich,



Prof. Patrick Diemert

Vorsitzender der ALKK



## GRUSSWORT DES PRÄSIDENTEN DER DGK

Liebe Kolleginnen und Kollegen der ALKK,

als amtierender Präsident der DGK gratuliere ich sehr herzlich zum 40-jährigen Jubiläum der ALKK und überbringe Ihnen gerne die Grüße des geschäftsführenden Vorstandes der DGK. Mitglieder der ALKK sind seit vielen Jahren innerhalb der DGK in zahlreichen Gremien beteiligt und leisten somit für die DGK als übergreifende kardiovaskuläre Fachgesellschaft einen sehr wichtigen Beitrag. Diese wichtige Rolle der ALKK in der DGK-Gemeinschaft zeigt sich auch darin, dass aus Ihrem Verband mehrere Tagungspräsidenten, Kommissions- und Arbeitsgruppen-Vorsitzende gewählt wurden. Besonders hervorheben möchte ich auch den wichtigen Beitrag der ALKK zur Versorgungsforschung in der Deutschen Kardiologie. So war beispielsweise das in den 1990er-Jahren begründete PCI-Register der ALKK ein wichtiger Vorläufer der heutigen bundesweiten Qualitätssicherung und hat auch wissenschaftlich starke Impulse gesetzt.

Die Kardiologie in Deutschland erlebt auch durch politische Weichenstellung gerade wieder einen starken Wandel, der auch die nicht-universitären Kliniken in besonderem Maße betrifft. Umso wichtiger ist es, dass die ALKK als starker Verband diesen Prozess begleitet und Veränderung mitgestaltet. Ich freue mich auf die weitere Zusammenarbeit mit der ALKK und wünsche Ihnen als Verband weiter viel Erfolg!



Mit kollegialen Grüßen

Prof. Dr. Stefan Blankenberg

Präsident der Deutschen Gesellschaft  
für Kardiologie





# INHALT

■ Vorwort des Vorsitzenden der ALKK .....	3
■ Grußwort des Präsidenten der DGK .....	5
■ Einleitung .....	8
■ Historischer Hintergrund und Gründung der ALKK .....	10
■ Koronare Interventionen, Qualitätssicherung und Versorgungsforschung	16
■ Die Qualitätssicherung entsteht .....	16
■ Aus Qualitätssicherung wird Versorgungsforschung .....	20
■ Qualität und Forschung brauchen Daten: Das Karl-Ludwig- Neuhaus-Datenzentrum der ALKK in Ludwigshafen .....	20
■ Die Qualitätssicherung in der Kardiologie geht an Bund & Länder ..	21
■ Weichenstellung für gute PCI durch innovative Fortbildung und Leitlinien .....	22
■ Eine neue invasive Subdisziplin in der Kardiologie: Rhythmologie (Elektrophysiologie und Rhythmusaggregate) .....	24
■ Quantensprung der interventionellen Kardiologie: Herzklappeninterventionen .....	27
■ Herzklappenimplantationen bei Aortenstenose (TAVI) .....	27
■ Herzklappeninterventionen an der Mitral- und Triskuspidalklappe ..	28
■ Kardiologische Weiterbildung .....	30
■ Stiftung und Preise der ALKK .....	30
■ Jahrestagungen der ALKK .....	34
■ Umbruch durch Gesundheitspolitik und Subspezialisierung .....	37
■ Gesundheitspolitik nimmt Einfluss auf tägliches Handeln .....	37
■ Wachsende Mitgliederzahl der ALKK .....	39
■ Zertifizierungen von Subdisziplinen und Spezialeinheiten .....	39
■ Die ALKK organisiert sich neu .....	41
■ Vernetzung und Kommunikation .....	46
■ Information – Austausch – Teilhabe .....	46
■ ALKK Service GmbH und ALKK-Akademien .....	48
■ ALKK connect .....	53
■ Stellung der ALKK in der DGK .....	54
■ Ausblick in die Zukunft .....	55
■ Literatur .....	59

## EINLEITUNG

Die Gründung der Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte e.V. (ALKK), als Organisation der nicht-universitären Kliniken kann als Folge der großen Fortschritte der Kardiologie mit Einführung der kathetergestützten interventionellen Therapie in den 70er Jahren gesehen werden. Leitende Krankenhausärzte - Chefärzte oder Abteilungsleiter – wurden in dieser Zeit vielfach aus den Universitätskliniken kommend in die Führungspositionen der nicht-universitären Krankenhäuser berufen. Sie hatten den Willen, ihre Patienten mit den gleichen technischen Möglichkeiten und dem gleichen medizinischen Anspruch wie bisher an der Universität zu versorgen. Die Schwerpunkte ihrer Tätigkeit lagen den Klinikaufgaben und der Zeit entsprechend in der Entwicklung der interventionellen Kardiologie. Anfangs betraf das die koronaren Interventionen, später die Elektrophysiologie, Rhythmusaggregate und die Herzklappeninterventionen. Im Fokus standen dabei die stationär zu erbringenden besonders aufwendigen kardiologischen Leistungen, die ihrem Umfang entsprechend gesundheitspolitisch hervorgehoben sind. Dabei soll aber ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass die stationäre Behandlung auch eine große Zahl konservativer kardiologischer Krankheitsbilder umfasst.

Insgesamt sind mit den Aufgaben der ALKK, also einer nicht-universitären Klinikleitung, spezifische Interessen und Verantwortungen verbunden. Dabei besteht eine enge Interaktion mit der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK), in welcher die ALKK-Mitglieder in der Regel ebenfalls vertreten sind. Entsprechend ist die ALKK heute in wesentlichen Gremien der DGK vertreten und an gemeinsamen Projekten beteiligt, über die es gelingt, den spezifischen Interessen der ALKK-Mitglieder innerhalb der DGK Geltung zu verschaffen. Die DGK profitiert dabei von der Praxiserfahrung und Mitarbeit ihrer ALKK-Mitglieder - die ALKK-Mitglieder profitieren von den Ressourcen der DGK, um ihr wissenschaftliches und ehrenamtliches Engagement einzubringen.

Immer wieder gab und gibt es dabei nicht nur fachliche, sondern auch strukturelle und berufsständische Kontroversen, wie es in Beziehungen mit sich überschneidenden, aber auch ungleichen Interessen üblich ist und dabei auch produktiv sein kann. Wenngleich die ALKK nur einen Teil der breiten Vielfalt der Kardiologie widerspiegelt, welche die DGK von Grundlagenwissenschaft bis zu allen Formen der klinischen Kardiologie abzudecken hat, so repräsentiert sie mit ihren Mitgliedern in Leitungs-

positionen an circa 300 nicht-universitären Schwerpunkt- und Maximalversorgungs-Kliniken einen Großteil der stationären kardiologischen Patientenversorgung in Deutschland. Die ALKK spiegelt mit ihren über die letzten 40 Jahre zunehmenden kardiologischen Kliniken und damit auch vielen gut ausgebildeten Kardiologen (neben dem Bund Niedergelassener Kardiologen

[BNK]) die Bedeutung der Kardiologie in der Bevölkerung und die Fortschritte der Behandlungsmöglichkeiten der Patienten bis ins hohe Lebensalter wider.

## HISTORISCHER HINTERGRUND UND GRÜNDUNG DER ALKK

Der Schwerpunkt der kardiologischen Fortschritte lag in den 1960er- und 1970er-Jahren – neben anderen Neuerungen – in der Behandlung der koronaren Herzkrankheit mit ihren gefürchteten Herzinfarkten. Mit der koronaren Bypass-Operation (René Favaloro 1967) bekam die diagnostische Koronarangiografie einen therapeutischen Sinn. Mit der Erfindung der „perkutane transluminalen koronaren Angioplastie“ (damals PTCA) von Koronarstenosen (Andreas Grüntzig 1977) gelang die anhaltende Behandlung der Angina pectoris und schließlich mit der Wiedereröffnung von frischen Koronarverschlüssen - anfangs durch die Thrombolyse, später durch die Angioplastie - die Behandlung von akuten Infarkten und die Reduktion von Todesfällen. In dieser neuen Epoche der „Interventionellen Kardiologie“ entwickelten sich zahlreiche eigenständige kardiologische und herzchirurgische Kliniken, zunächst im universitären, dann auch im nicht-universitären Bereich, und erste invasiv tätige Kardiologen ließen sich nieder.

Die Gründung der „Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte“ (ALKK) war 1985 eine logische Folge dieser bedeutenden Fortschritte und der damit verbundenen Ausbreitung der inva-

siven Kardiologie an nicht-universitären Kliniken. Die ALKK prägte von Beginn an mit eigenständigen Ideen Entwicklungen, die für einen nicht-universitären Verband eher ungewöhnlich waren. Andererseits waren Mitglieder der ALKK schon von ihrer früheren universitären Forschung versiert in wissenschaftlichen Projekten und deren Publikation.

Die ersten leitenden Kardiologen nicht-universitärer Krankenhäuser trafen sich am 7. Mai 1985 auf Einladung von Karl Wilhelm Heinrich in dessen Haus in Duisburg: Klaus Haerten (Wesel), Volker Kötter (Mülheim/Ruhr), Wolfgang Merx (Neuss) und Peter Schweizer (Bergisch Gladbach). Zu den Gründungsmitgliedern zählten dann bei der Gründungsversammlung der ALKK am 5. April 1986 außerdem Wolfram Delius (München), Heinz-Jürgen Engel (Hannover), Peter Hanrath (Hamburg), Horst Kuhn (Bielefeld), Dieter Larbig (Mönchen Gladbach), Enz-Rüdiger von Leitner (Hannover), Manfred Schwick (Düsseldorf) und Jochen Senges (Ludwigshafen).

Nach intensiven Gesprächen wurden sowohl „Interessenvertretung“ als auch „Forschungsaufgaben“ als Ziele der ALKK definiert und in der Satzung festgehalten. Einige leitende Ärzte,



## Einladung zur Gründung der ALKK durch K.W. Heinrich

Evangelische und Johanniter Krankenanstalten Duisburg-Nord/Oberhausen gGmbH  
Fahmer Straße 133, 4100 Duisburg 11

Herrn  
Priv.-Doz. Dr. med. Haerten  
Marien-Hospital  
Pastor-Janßen-Str. 8

4230 Wesel

Akademisches Lehrkrankenhaus  
der Universität Düsseldorf

16.04.1985  
Dr. Hei/Gra

Verteiler:

Herrn  
Priv.-Doz. Dr. med. Kötter  
Ev. Krankenhaus  
Teinerstraße 62  
4330 Mülheim

Herrn  
Prof. Dr. med. Merx  
Lukas-Krankenhaus  
Preussenstraße 84  
4040 Neuss

Herrn  
Prof. Dr. med. Schweizer  
Ev. Krankenhaus  
Ferrenbergstraße 24  
5060 Bergisch Gladbach 2

Betr.: Chefärzte Kardiologischer Kliniken

Liebe Kollegen,

wie schon länger geplant, soll der Vorschlag, sich von Zeit zu Zeit zu treffen, nun verwirklicht werden. Sie entnehmen bitte dem Verteiler, daß wir zunächst ein relativ kleiner Kreis sind. Diese Gruppe soll in gemeinsamer Absprache ggf. vergrößert werden, und ich schlage vor, daß wir uns reihum treffen - ob lieber im privaten Rahmen oder außerhalb der privaten Sphäre - sei jedem anheim gestellt.

Der Sinn liegt auf der Hand: Wir alle haben gemeinsame und in etwa gleichartige Interessen und Probleme. Wir haben eine mehr oder weniger lange Ausbildung an der Universität und sind jetzt Chefs an Kliniken mit kardiologischem Schwerpunkt. Eine Lobby, die unsere Interessen vertritt, gibt es eigentlich nicht. Der Chefarzt-Verband hat völlig andere Probleme zu beackern. Wir müssen also schon selbst aktiv werden.

Dazu lade ich ein:

Zeit: Dienstag, 7. Mai 1985, 19.00 Uhr.

Ort: Meine Wohnung in Oberhausen-Holten,  
Burgstraße 20, Tel. 0208/680722  
(Anfahrtskizze anbei.)

Zusagen von allen liegen bereits vor.

Mit freundlichen Grüßen

## Gründungsmitglieder der ALKK (5. April 1986)



Gründungsväter bei der ALKK bei der Jahrestagung 2001 in Duisburg :  
V.l.n.r. K. Haerten, V. Kötter, P. Schweizer, W. Merx, K.W. Heinrich

### Weitere Gründungsmitglieder



W. Delius



H.J. Engel



P. Hanrath



H. Kuhn



J. Senges

Nicht abgebildet: P. Larbig, E.-R. von Leitner, M. Schwick



angeführt von H. Kuhn, hatten das klare Ziel, ihre engagierte universitäre Forschung fortzuführen, was die Krankenhausleitungen jedoch selten unterstützten und mit den örtlichen Strukturen schwierig war. Im Protokoll der Mitgliederversammlung der ALKK vom 2. Oktober 1986 wurde vermerkt, dass Forschungsvorschläge und ein Register für die PTCA vorbereitet werden sollten.

Damals noch nicht absehbar ist aus der ALKK eine Erfolgsgeschichte geworden. Im Jahr 2026 feiert sie das 40-jährige Jubiläum mit wichtigen wissenschaftlichen Beiträgen und

mit einer erfolgreichen Wahrnehmung der Positionen der nicht-universitären Krankenhauskardiologen. In den Tabellen sind die ehrenamtlichen Vorsitzenden sowie Schatzmeister und Sekretäre (ab 2013 eingerichtet) aufgelistet.

Für hervorragende Dienste wurden J. Senges, M. Gottwick, T. Bonzel, M. Weber und H.M. Hoffmeister zu Ehrenmitgliedern der ALKK ernannt. Aufgrund seines vorzeitigen Todes nicht mehr zum Ehrenmitglied ernannt, wird heute Karl Ludwig Neuhaus mit dem nach ihm benannten ALKK-Forschungspreis geehrt.

## Vorsitzende der ALKK

Vorsitzender	Jahr
W. Merx (Neuss)	1987
K. L. Neuhaus (Kassel)	1991
D. Harmjanz (Celle)	1995
M. Gottwik (Nürnberg)	1997
U. Tebbe (Lippe)	2001
U. Sechtem (Stuttgart)	2005
H. Darius (Berlin)	2007
H. Mudra (München)	2009
J. Brachmann (Coburg)	2011
D. Andresen (Berlin)	2013
M. Pauschinger (Nürnberg)	2015
H. M. Hoffmeister (Solingen)	2017
Ch. Stellbrink (Bielefeld)	2019
V. Schächinger (Fulda)	2021
Ch. Perings (Lünen)	2023
P. Diemert (Heide)	2025
J. Mehilli (Landshut)	2027 (gewählt)

## Schatzmeister und Sekretäre der ALKK

Schatzmeister	Jahre
P. Schweizer (Bergisch Gladbach)	1986 – 1991
K.-W. Heinrich (Duisburg)	1991 – 2005
H.M. Hoffmeister (Solingen)	2005 – 2016
M. Buerke (Siegen)	ab 2016
Sekretär	Jahre
M. Weber (Dachau)	2013 – 2018
B.D. Gonska (Karlsruhe)	2018 – 2025
J. Ehrlich (Wiesbaden)	ab 2025

## Ehrenmitglieder der ALKK

---



**Jochen Senges**  
(Ludwigshafen)  
Gründungsmitglied,  
Gründung IHF



**Martin G. Gottwik**  
(Nürnberg)  
ALKK-Stiftung Versorgungs-  
forschung, Präsident DGK  
2001- 2003



**Tassilo Bonzel**  
(Fulda)  
Gründer ALKK-Stiftung  
Versorgungsforschung



**Michael Weber**  
(Dachau)  
Sekretär,  
Verbindung zum VLK



**Hans-Martin Hoffmeister**  
(Solingen)  
Schatzmeister,  
Verbindung zum BDI

## Namensgeber ALKK-Preis

---



**Karl-Ludwig Neuhaus**  
(Kassel)  
Datenzentrum der ALKK,  
Namensgeber ALKK-Preis



# KORONARE INTERVENTIONEN, QUALITÄTSSICHERUNG UND VERSORGUNGSFORSCHUNG

## Die Qualitätssicherung entsteht

Die Zunahme der PTCA's war mit dem Beginn der Qualitätssicherung und den Anfängen der Versorgungsforschung eng verbunden. Die Qualitätssicherung führte in dieser Zeit auch zu ersten gravierenden Dissonanzen zwischen der ALKK und den universitären Vertretern der DGK zum Thema „PTCA nur in Universitäten bzw. Institutionen mit Herzchirurgie unter einem Dach“. Der Grund war eine kleine, aber bedeutsame Zahl Notfallmäßiger Bypass-Operationen nach missglücktem PTCA-Versuch mit drohendem letalem Ausgang. Der Streit war berechtigt und paradigmatisch auch für spätere Themen, erledigte sich aber nach mehreren Jahren mit zunehmender Erfahrung und dank technischer Fortschritte, wie beispielsweise der Monorailtechnik<sup>1</sup>. Insbesondere die Einführung von Koronarstents 1987 und bessere gerinnungshemmende Medikamente halfen, die Prozedur sicher zu machen und Stentthrombosen zu verhindern.

Die anfänglichen Risiken der PTCA und Diskussionen über die richtige Indikationsstellung waren konkrete Anlässe zur Entwicklung einer Quali-

tätssicherung durch die ALKK, um ein Feedback über Erfolg, periprozedurale Komplikationen und Mortalität der selbst behandelten Patienten zu erhalten. Da es für diese Pionierleistung keine Modelle als Vorbild gab, war das Vorgehen in der Anfangsphase durchaus umstritten. Es war das besondere Verdienst von Karl-Ludwig Neuhaus (Kassel), für ein radikal einfaches, aus heutiger Sicht bewundernswert unbürokratisches und sofort praktikables Vorgehen zu plädieren. Dafür wurden fünf Kriterien definiert: einfache Datenstruktur, einfache Durchführung, freiwillige Teilnahme, Erfassung aller konsekutiven PTCA's und, das Schwierigste, Teilnahme aller ALKK-Mitglieder. Dafür erarbeitete die „Viererbande“ Karl-Ludwig Neuhaus (Kassel), Tassilo Bonzel (Fulda), Dietrich Harmjanz (Celle) und Enz-Rüdiger von Leitner (Hannover) einen einfachen Datensatz und eine praktikable Umsetzung - die Nähe zu Kassel mag bei der Wahl der Kommission eine Rolle gespielt haben. Aber Einfachheit war nicht so einfach: Die Kommission traf sich ab 1991 etwa ein Dutzend Mal bei Neuhaus zu intensiven Sitzungen mit Kaffee und Kuchen, bis der fertige Datensatz 1992 in der Mitgliederversammlung der ALLK diskutiert und beschlossen wurde.

## Erfassungsbögen ALKK PTCA-Qualitätssicherung

### PTCA-Erfassungsbogen

FAX-Nr. 05 61 / 9 80 – 69 86/87

PTCA durchgeführt ja  nein

PTCA-Pat.-Nr.   
 Klinik  Init.  m  w

Datum   
 Geb.-Datum

Indikation: Stabile Angina pect.   
 Instabile Angina   
 Ischämiesyndrom   
 akuter Infarkt   
 ST-Senkung ohne AP b. Bel.   
 prognostische Indikation

LV-Funktion:  
 normal   
 eingeschränkt   
 stark eingeschränkt   
 kein LV-Angio

KHK-1/2/3 anatomisch  funktionell  Z. n. ACB  Z. n. PTCA

Dilatation einer Rezidivstenose, Läsion Nr.

Sofort-PTCA bei diagnostischer Sitzung

Läsion	Segment	Typ	Ballon (mm)	Stenosegrad (%)		zusätzliche Maßnahmen
				vor PTCA	nach PTCA	
1						
2						
3						
4						
5						
6						

#### Komplikationen im HK-Labor:

Gefäßverschluß bei Läsion Nr.   
 Maßnahmen: Re-PTCA   
 Perfusionsballon   
 Stent   
 Not-Operation   
 andere   
 keine

akute Ischämie   
 asymptomatisch

abschließender Stenosegrad  % Infarkt  Tod

**Andere Komplikationen / Erläuterungen zu den o. g.:**

1993 Kassel



Es ist wichtig, das Einfache kurz zu erläutern, um es verständlich zu machen: Es wurden drei einseitige Datenbögen auf DINA4-Papier per Fax nach Kassel gesandt: (1) Vor dem Herzkatheter für Basisdaten und als Beleg für Intention-to-treat, (2) nach dem Herzkatheter für periprozedurale Ereignisse (9 bis 16 Felder) und schließlich (3) ein Entlassungsbogen (für das Überleben). Alle Bögen wurden sofort angekreuzt und per Faxgerät aus dem Katheterlabor nach Kassel geschickt und dort statistisch verarbeitet. Finanziert wurde das Projekt aus Mitteln aus Kasseler Herzinfarkt-Lysestudien, Beiträgen der ALKK-Mitglieder und aus Mitteln des Bundesministeriums für Forschung und Technologie (BMFT, insgesamt fünf Millionen Deutsche Mark (DM) über fünf Jahre, verbunden mit Qualitätsauflagen und der Beteiligung von drei universitären Kliniken, vertreten durch Günter Breithardt (Münster), Peter Hanrath (Aachen) und Rolf Schröder (Berlin). Mit der einfachen Struktur, mit etablierter Technik und mit dem besonderen Charisma von Karl-Ludwig Neuhaus, einem Vorreiter in der Thrombolyseforschung<sup>2</sup>, gelang es über mehrere Jahre, die vollständige Gruppe der ALKK-Mitglieder freiwillig zur Teilnahme an der Qualitätssicherung zu bewegen. Das war Neuhaus und setzte Maßstäbe für die Zukunft. Martin Gottwik zitierte anlässlich des 20. Jubiläums der ALKK in 2006 einen der Gründungsväter, H. Kuhn:

*„Diese für Deutschland eigentlich undenkbbare Zusammenarbeit, Offenheit und Fehlerkultur ist sicher ein Meilenstein in der deutschen Medizin gewesen.“*

Die Teilnehmer an der Qualitätssicherung erhielten ein Zertifikat und die Ergebnisse der Erhebungen wurden in zahlreichen Vorträgen und Publikationen mitgeteilt<sup>3,4</sup>. Unter anderem erregte ein Vortrag auch in den USA Aufmerksamkeit, in dem gezeigt werden konnte, dass die Komplikationsrate in Kliniken mit herzchirurgischem „Standby“ nicht größer war als in solchen ohne dieses, ein typisches Problem zeitgemäßer Versorgungsforschung (Bonzel T, Neuhaus KL, Vogt A, von Leitner ER, Harmjanz D (ALKK): PTCA with and without in-hospital surgical standby in 12965 patients Annual Scientific Session of the ACC Atlanta, 13. - 17.3.1994)

Im großen Lernprozess dieser Pionierjahre ist auch davon auszugehen, dass die interventionell tätigen Kardiologen gelernt hatten, zwischen unkomplizierten und risikoreichen Stenosen zu unterscheiden. Später wurde die Qualitätssicherung ausgebaut, insbesondere für den Einsatz von Stents. Einen besonderen Ansatz bildete zeitweilig die „Kommission vor Ort“, ein Klinik-Audit von externen Kollegen, welche ALKK-Kliniken besuchten, dort nach Zufallskriterien Herzkatheteruntersuchungen der letzten Jahre auswählten und sofort

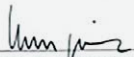
## Urkunde Modellprojekt PTCA-Qualitätssicherung




# Qualitätskontrolle in der Kardiologie Modellprojekt der ALKK (Arbeitsgemeinschaft Leitender Kardiologischer Krankenhausärzte)



Die Klinik der Stadt Ludwigshafen  
Medizinische Klinik B – Herzzentrum  
Leiter Prof. Dr. med. J. Senges  
hat an der freiwilligen Qualitätskontrolle  
für Koronardilatation  
**1994**  
teilgenommen

  
Prof. Dr. D. Harmjanz  
Vorsitzender der ALKK

  
Prof. Dr. K.-L. Neuhaus  
Studienkoordinator der ALKK

Daten und Filme der Behandlungsfälle prüften. Leider konnte diese Aktivität wegen fehlender Finanzierung nicht lange aufrechterhalten werden. Einen ähnlichen Ansatz verfolgt heutzutage die Initiative Qualitätsmedizin (IQM).

## **Aus Qualitätssicherung wird Versorgungsforschung**

Insgesamt war die ALKK-Qualitätssicherung PTCA eine der ersten Qualitätsprüfungen medizinischer Eingriffe (Operationen) und eine der ersten Formen medizinischer Versorgungsforschung überhaupt. Danach wurden eigene Qualitätssicherungsmaßnahmen auch von BNK und den universitären DGK-Kliniken umgesetzt, bis gemeinsame bundes- und landesübergreifende Strukturen entwickelt wurden. Es dauerte aber lange, bis die Versorgungsforschung als relevant für das Überleben der Patienten anerkannt und als wissenschaftlich ernsthafte Forschung akzeptiert wurde.

Neben dem traditionellen PTCA-Register wurden von der ALKK oder in Kooperation mit der DGK zahlreiche weitere Register und Registerstudien vorwiegend zu Themen der Versorgungsforschung durchgeführt. Dafür wurde auch die neue Form der Registerstudie eingeführt, die ähnlich strengen Kriterien wie übliche Studien unterliegt, aber einfacher, preiswerter und kliniknah für große Teilnehmer-

zahlen geplant werden kann. ALKK-Kliniken sind aber auch teilweise in Kooperation mit universitären Kliniken oder multizentrisch international an Studien zu neuen kardiologischen Verfahren einschließlich Rhythmologie und an Medikamentenstudien beteiligt. 2006 organisierten Martin Gottwik und Jochen Senges erstmalig einen umfassenden Kongress für Versorgungsforschung in Ludwigshafen. In Jahre 2019, fanden diese Aktivitäten ihre Fortsetzung innerhalb des Rahmens der DGK mit der Gründung des DGK-Zentrums für kardiologische Versorgungsforschung (DGK ZfKVf), woran die ALKK ebenfalls beteiligt war.

## **Qualität und Forschung brauchen Daten: Das Karl-Ludwig-Neuhaus-Datenzentrum der ALKK in Ludwigshafen**

Inzwischen hatte Jochen Senges, Gründungsmitglied der ALKK, in Ludwigshafen mit viel Engagement und Erfolg das Institut für Herzinfarktforschung (IHF) als zentralen Ort für eine effektive Versorgungsforschung und die Organisation und Auswertung von multizentrischen deutschen und internationalen Studien und Registern aufgebaut. Daher wurde im Frühjahr 2002 das wachsende und schwer zu finanzierende Datenzentrum der ALKK, welches zunächst bei Neuhaus in Kassel angesiedelt war, auch mit



finanzieller Unterstützung der DGK mit dem 2000 gegründeten IHF in Ludwigshafen zusammengeführt. Nach dem frühen Tod von Neuhaus erhielt es den Namen „Karl-Ludwig-Neuhaus-Datenzentrum“ (KLND) der ALKK im IHF Ludwigshafen. Damit kamen die Schwerpunkte „Koronardilatation“ und „akuter Herzinfarkt“ gruppenübergreifend an einer Forschungsstelle zusammen.

In Ludwigshafen wurden in einer professionellen Umgebung neue Formen zur Sammlung größerer Datenmengen mit digitaler Datenübertragung entwickelt. Der ursprüngliche PCTA-Erfassungsbogen wurde weiterentwickelt für die digitale Datenerfassung. Einzelne Kliniken begannen bald, den ALKK-Datensatz mit der von Tassilo Bonzel entwickelten Herzkatheterlabor-Software CLAIM zu erfassen und mit einem Klick digital nach Ludwigshafen zu übermitteln. Das IHF entwickelte sich dabei zu einer angesehenen Forschungseinrichtung in Deutschland und Europa. In der inzwischen kommerziellen Clinical Research Organisation werden Studien aus allen kardiologischen Bereichen betreut und auch von universitären Mitgliedern der DGK genutzt. Die Mitarbeiter von Jochen Senges am ALKK-Klinikum Ludwigshafen übernahmen Leitungsfunktionen im IHF. Unter der Leitung von Uwe Zeymer und Steffen Schneider und mit Unterstützung unseres ALKK-Mitgliedes Ralf Zahn in Ludwigshafen ist das

IHF immer noch ein wichtiger Partner und priorisierter Ansprechpartner für die ALKK.

In Europa bildete der ALKK-Datensatz 2006 die historische Grundlage für die Einführung eines einheitlichen Datensatzes (CARDS) der European Society of Cardiology (ESC)<sup>5</sup>. Maßgeblich wurden die gemeinsamen Interessen von DGK und ALKK dabei von Anselm Gitt (Ludwigshafen) vertreten, einem Mitarbeiter aus dem Team von Jochen Senges.

## **Die Qualitätssicherung in der Kardiologie geht an Bund und Länder**

Im Jahr 2001 wurde der ALKK-Datensatz als Grundlage für den neuen Datensatz der „Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung“ (BQS-Datensatz) der gesetzlich vorgeschriebenen „Qualitätssicherung Linksherzkatheteruntersuchung und PTCA“ übernommen. Von der BQS und ihren Nachfolgeinstituten wurde der Datensatz später nach Prinzipien der Messbarkeit von Qualität („Qualitätsindikatoren“) weiterentwickelt. Inzwischen ist die gesetzliche Qualitätssicherung beim Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) angesiedelt. Mehrere ALKK-Mitglieder, unter anderem Tassilo Bonzel und Ralf Zahn (Ludwigshafen) waren in Gremien der BQS und der Länder

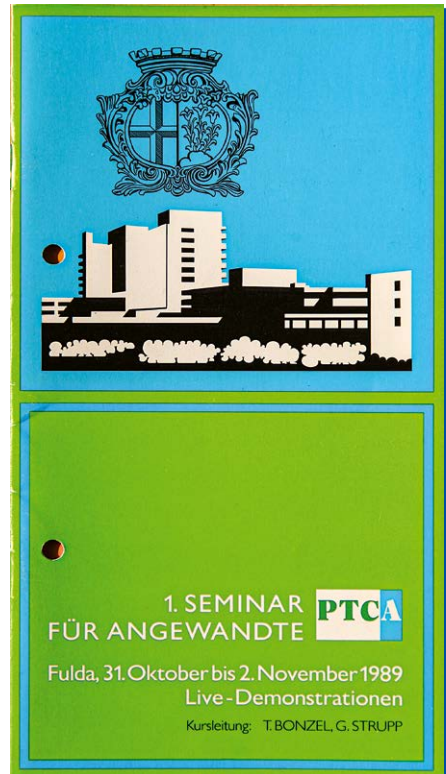
an der Entwicklung der Datenstruktur der Qualitätssicherung beteiligt.

## Weichenstellung für gute PCI durch innovative Fortbildung und Leitlinien

Zahlreiche ALKK-Kliniken widmeten sich mit meist regionalen Symposien und Tagungen der Fortbildung und Weitergabe der schnell wachsenden Kenntnisse auf dem Gebiet der Kardiologie. Zum Schwerpunktthema „Interventionelle Kardiologie“ gründete Tassilo Bonzel 1989 in Fulda das jährliche überregionale “Seminar für angewandte PTCA“ (später: PCI-Seminar) mit Live-Demonstrationen aus dem Herzkatheterlabor, ein anfangs noch ungewöhnliches offenes Format mit lebhaften Diskussionen. Das Seminar mit Gästen der gesamten DGK, der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft und der Schweizerischen Kardiologischen Gesellschaft wurde 30-mal wiederholt, mehrere Jahre in Kooperation mit Christian Hamm (Bad Nauheim) und zuletzt von Volker Schächinger (Fulda) geleitet. War das Seminar zum Zeitpunkt der Einführung ein innovatives Fortbildungskonzept zur Verbreitung und Schulung in den neuen Katheterverfahren, wurde es über die Zeit durch die modernen Medien und neue Formate abgelöst und inhaltlich besonders um Herzklappeninterventionen erweitert.

Mit der Einführung von Live-Kursen der Arbeitsgruppe Interventionelle Kardiologie (AGIK) der DGK im Jahr 2009, initiiert von den damaligen AGIK-Vorsitzenden Volker Schächinger und Michael Haude (Neuss), fand das Know-how des PCI-Seminars seine Fortsetzung im neuen „AGIK-Intervention“-Format, das heute mit den „AGIK live“-Kongressen und der AGIK-Interventions-Akademie fortgeführt wird.

## Live-Kurs Interventionelle Kardiologie an ALKK-Klinik



Seminar für angewandte PTCA (PCI-Seminar in Fulda)



Die Erfolge der ALKK bei der Versorgungsforschung der koronaren Herzkrankheit trugen früh dazu bei, dass ALKK-Mitglieder federführend oder als Ko-Autoren zur Erstellung von Leitlinien der DGK eingeladen wurden. Beispielsweise 1997 haben Tassilo Bonzel, Heinz-Jürgen Engel und Karl-Ludwig Neuhaus an den „Richtlinien der interventionellen Kardiologie“ mitgearbeitet<sup>6</sup>, im Jahr 2008 waren Tassilo Bonzel, Hans-Jürgen Rupprecht (Rüsselsheim) und Ralf Zahn an der Leitlinie „Perkutane Koronarintervention“ beteiligt<sup>7</sup>, und ebenfalls 2008 Tassilo Bonzel

und Volker Schächinger an der Leitlinie „Diagnostische Herzkatheteruntersuchung“<sup>8</sup>; 2015 entstand mit Volker Schächinger und Harald Mudra sowie weiteren Mitstreitern aus allen Versorgungsbereichen die „Leitlinie zum Einrichten und Betreiben von Herzkatheterlaboren und Hybridoperationssälen/Hybridlaboren“<sup>9</sup>. Darüber hinaus waren viele ALKK-Mitglieder an weiteren nationalen und internationalen (ESC) Leitlinien der interventionellen Kardiologie beteiligt, die hier nicht alle aufgezählt werden können.

# EINE NEUE INVASIVE SUBDISZIPLIN IN DER KARDIOLOGIE: RHYTHMOLOGIE (ELEKTROPHYSIOLOGIE UND RHYTHMUSAGGREGATE)

Die ALKK war durch ihre Gründungs-väter geprägt von der Therapie der akuten und chronischen KHK, der systemischen oder intrakoronaren Lyse, der akuten Infarktintervention und der PTCA und der damit verbundenen Versorgungsforschung. Die invasive Behandlung von Herzrhythmusstörungen (Elektrophysiologie) folgte dem erst viel später nach.

Die Kardiologen mit Interesse an der Elektrophysiologie waren in den 1980er- und 1990er-Jahren interventionell ausgebildete Kardiologen, deren Engagement für die Elektrophysiologie jedoch oft nicht zur Kenntnis genommen oder mitunter belächelt wurde, zu Beginn auch innerhalb der ALKK. Bei Bewerbungen für leitende ALKK-Positionen erschien es ungünstig, den wissenschaftlichen Schwerpunkt „Elektrophysiologie“ hervorzuheben.

Auch in der universitären Laufbahn war Elektrophysiologie eher etwas für Außenseiter, die sich mit einem „Studienratskram“ beschäftigten, so eine Äußerung des universitären Chefs von Bernd-Dieter Gonska, Heinrich Kreuzer (Göttingen), der aber später

den Wert der klinischen Elektrophysiologie erkannte, die Arbeitsgruppe unterstützte und schließlich seine Meinung änderte: „Man sollte im Leben immer dazu lernen“.

Besonders die Einführung der Ablation atrioventrikulärer, supraventrikulärer und ventrikulärer Arrhythmien ab den 1980er-Jahren beschleunigte die Entwicklung und das Gebiet entwickelte eine eigenständige Dynamik in der akuten und kurativen Therapie tachykarder Arrhythmien.

Folgerichtig wurden auch elektrophysiologisch geprägte Kardiologen als leitende Ärzte an nicht-universitäre Krankenhäuser berufen. Innerhalb der ALKK bedeutete das Leistung, Improvisation, Drittmittelakquisition und Mitarbeiter zu begeistern und gleichzeitig eine hohe Kompetenz in allen anderen Bereichen der Kardiologie zu bewahren. Die ALKK wurde so mit ihren großen elektrophysiologischen Abteilungen Vorreiter bei der interventionellen Rhythmustherapie der Patienten. Um die ökonomischen Grundlagen dafür zu schaffen, gab es zum Teil private Initiativen für die Definition elektrophysiologischer Pro-



zeduren, die dann an die GKV/PKV herangetragen wurden. Besonders waren hier u.a. Matthias Manz, Karl-Heinz Kuck, Dietrich Andresen und Bernd-Dieter Gonska als Mitglieder der ALKK berufspolitisch engagiert.

Ein weiteres Thema sind Rhythmusaggregate. In der aufkommenden Kardiologie der 60er Jahre wurden bereits sehr früh Herzschrittmacher implantiert. Dieses Gebiet entwickelte sich später mit der Einführung implantierbarer Kardioverter-Defibrillatoren (ICD) für die Primär- und Sekundärprophylaxe des plötzlichen Herztodes parallel zur Elektrophysiologie rasant weiter. Die in der DGK gegründete Arbeitsgruppe „Herzschrittmacher AG“ verschmolz mit der Zeit mit der Elektrophysiologie zur „Rhythmologie“.

Über die Mitgliedschaft in der ALKK entwickelte sich auch ein rhythmologisches Netzwerk Gleichgesinnter. Studien und Register wurden eingerichtet und Kongresse mit elektrophysiologischem Schwerpunkt ausgerichtet; u.a. Expertentreffen in Berlin (Dietrich Andresen), ein Kongress der klinischen Elektrophysiologie in Karlsruhe (Bernd-Dieter Gonska) sowie die westfälischen Rhythmustage.

Auch einzelne klinische Wissenschaftler aus der ALKK wie Karl-Heinz Kuck haben die invasive Therapie von Herzrhythmusstörungen maßgeblich geprägt und vorangetrieben. Seine

Beiträge zur Entwicklung der Katheterablation wie auch zahlreiche seiner Studien wie „Fire and Ice“<sup>10</sup> und „VTACH“<sup>11</sup> setzten wissenschaftliche Meilensteine.

Zudem fanden zahlreiche hochrangige internationale elektrophysiologische Studien der deutschen Universitätsmedizin und besonders auch Beiträge aus der ALKK in europäischen und amerikanischen Leitlinien Anerkennung. Für die Ablation des Vorhofflimmerns bei Patienten mit Herzinsuffizienz zeigte die Coburger Arbeitsgruppe um Johannes Brachmann in der PABA-CHF-Studie<sup>12</sup> die Überlegenheit der Ablation im Vergleich zur medikamentösen Rhythmustherapie und sie zeigte in der CASTLE-AF-Studie<sup>13</sup> erstmals, dass durch die Pulmonalvenenisolation bei diesen Patienten eine Mortalitätsverbesserung erreicht wird. Ellen Hoffmann (München) veröffentlichte ihre bedeutende Studie zur Kryoablation<sup>14</sup>.

Die Rhythmuszentren der ALKK spielten aber auch durch ihre Pionierarbeit bei Registern eine wichtige Rolle für die DGK. Beispiele sind das Deutsche Ablationsregister<sup>15</sup> und das Device-Register<sup>16,17</sup>. Im Device-Register für ICDs und für die kardiale Resynchronisationstherapie (CRT) wurden Implantationen und Revisionen erfasst. Besonderes Ziel war es dabei, Erkenntnisse über Komplikationsraten, Schockabgaben, Begleitmedikation

und die Symptomatik der Patienten sowohl beim Eingriff als auch im Langzeitverlauf zu gewinnen. Insgesamt wurden 6.000 Patienten von 50 Zentren erfasst und über 12 Monate nachverfolgt<sup>16,17</sup>. Die DGK entwickelte auch früh die erste Leitlinie zur Herzschrittmachertherapie, wobei Bernd Lemke (Dortmund) aus der ALKK federführend beteiligt war<sup>18</sup>.

Bei der Durchführung und Betreuung von Studien und Registern war das Institut für Herzinfarktforschung (IHF) in Ludwigshafen auch in der Elektrophysiologie von wesentlicher Bedeutung und großer Hilfe. Die von Senges, Andresen, Kuck, Lewalter und Brachmann initiierten deutschen Ablationsqualitätsregister umfassten Daten von über 10.000 Patienten und dokumentierten Akut- und Langzeitergebnisse der Katheterablation in Deutschland<sup>19</sup>.

Insgesamt wurden mehr als 30 peer-reviewed Publikationen international hochrangig veröffentlicht.

Weiterhin wurden wertvolle Beiträge zur Weiterbildung in deutschen wissenschaftlichen Zeitschriften veröffentlicht<sup>20,21</sup>.

Die aus der ALKK bzw. aus dem erweiterten DGK-Kreis generierten Studien haben nicht nur nationale Bedeutung, sondern sie haben dazu beigetragen, die Herzfunktion bei Patienten mit Herzrhythmusstörungen und damit die Lebensqualität und Lebenszeit weltweit zu verbessern. Gleichzeitig hat das klinische und wissenschaftliche Engagement der ALKK einen wichtigen Beitrag zu den Erfolgen der DGK geleistet, der in Deutschland und international anerkannt wurde und half, die Elektrophysiologie als wichtige Subdisziplin der Kardiologie zu etablieren.



# QUANTENSPRUNG DER INTERVENTIONELLEN KARDIOLOGIE: HERZKLAPPENINTERVENTIONEN

## Herzklappenimplantationen bei Aortenstenose (TAVI)

Einen neuen Schub in der Kardiologie gab es durch die Einführung der kathetertechnischen Herzklappeninterventionen, insbesondere der Aortenklappen-Implantationen (TAVI) ab Mitte der 2000er-Jahre. Bei der TAVI wird mit einem transarteriellen interventionellen Katheterverfahren eine neue auf einem Stent aufgenähte Herzklappe eingesetzt. Damit konnte erstmals bei älteren, gebrechlichen Patienten auf eine große Operation am offenen Herzen zum Austausch einer hochgradig stenosierten Aortenklappe verzichtet werden und ein minimalinvasives Katheterverfahren angewendet werden. Da die Häufigkeit der Aortenstenose altersabhängig zunimmt, war deren Therapie jetzt auch bei über 80-Jährigen risikoarm oder überhaupt erst möglich.

Zahlreiche nicht-universitäre Kliniken waren führend bei der Etablierung dieser Methode in der klinischen Routine. Ähnlich wie bei der Koronarintervention entbrannte aber schnell die Diskussion, ob für die Durchführung von TAVI eine institutionelle Herzchirurgie vor Ort notwendig ist. Innerhalb der ALKK vertraten Kliniken mit

oder ohne Herzchirurgie eine einheitliche Position, welche die TAVI-Pioniere Harald Mudra (München), Stefan Sack (München), Michael Haude (Neuss) und Kollegen in einem ALKK-Papier zu den strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen der TAVI zusammenfassten<sup>22</sup>. Sie zeigten dabei Wege auf, wie TAVI an Kliniken ohne institutionelle Herzchirurgie sicher durchgeführt werden können.

Eine andere Position nahmen allerdings die ESC-Leitlinien von 2011 ein, auf die sich in der Folge der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit einer 2015 in Kraft getretenen Richtlinie stützte. Er verfügte, dass TAVI nur noch an Kliniken mit institutioneller Herzchirurgie durchgeführt werden dürfen.

In vielen ALKK-Kliniken hatte sich nach der G-BA-Entscheidung eine gute Zusammenarbeit von Kardiologen und Herzchirurgen entwickelt. Schließlich gelang es Wolfgang von Scheidt (Augsburg) 2019, ein gemeinsames Dokument von Kardiologen und Herzchirurgen über die Indikationsstellung zu TAVI versus chirurgischem Aortenklappenersatz zu entwickeln<sup>23</sup>. In diesem Konsensdokument wurde eine Indikations-

matrix entwickelt, die es dem Herzteam erlaubte, eine transparente Entscheidung für das eine oder andere Verfahren zu treffen. Dabei wurden besonders die individuellen Charakteristika von Seiten der Patienten berücksichtigt. Dieses ALKK-Papier als Musterbeispiel des „Herzteams“ stellte die gemeinsamen Interessen von Herzchirurgen und Kardiologen an der Patientenversorgung in den Vordergrund.

In der Folge gab es allerdings neue Herausforderungen für die ALKK-Kliniken: 2020 kündigte der G-BA mit der Einleitung eines Verfahrens zur Bestimmung von Mindestmengen eine Restriktion für die Leistungserbringung von TAVI an. Dabei wurde eine unverhältnismäßig hohe Zahl von 150 TAVI pro Jahr in den Raum gestellt. Das hätte eine Vielzahl von Krankenhäusern – auch Universitätskliniken - von diesem Verfahren ausgeschlossen. Dem damaligen ALKK-Vorstandsteam um Volker Schächinger, Christian Perings (Lünen), Christoph Stellbrink (Bielefeld) sowie Ralf Zahn (Ludwigshafen) war es 2022 gelungen, einen wissenschaftlichen Kontrapunkt zur Absicht des G-BA zu setzen: Anhand von Daten der Qualitätssicherung des IQTIG konnten sie nachweisen, dass unter den strengen Strukturvoraussetzungen für die Durchführung von TAVI in Deutschland Mindestmengen nicht notwendig sind, da sie keine Differenzierung zwischen guter und

schlechter Qualität erlauben<sup>24</sup>.

Übereinstimmend mit der Analyse der ALKK-Autoren hat der G-BA 2023 die Einführung von Mindestmengen für TAVI verworfen.

## Herzklappeninterventionen an der Mitralklappe und Trikuspidalklappe

Ab 2008 hat eine weitere interventionelle Therapie für Herzklapenerkrankungen Einzug in die Kardiologie gehalten: die kathetergestützte Edge-to-Edge-Therapie (TEER), auch bekannt als Clipping; zunächst von der Mitralklappe (M-TEER), später dann auch von der Trikuspidalklappe (T-TEER). Analog zur TAVI erfordert diese Methode eine gemeinsame Indikation mit den Herzchirurgen, kann jedoch auch an Krankenhäusern ohne eigene Herzchirurgie durchgeführt werden. Schon früh hat sich die ALKK der wissenschaftlichen Evaluation dieser Therapie verschrieben. So wurde im Institut für Herzinfarktforschung (IHF) unter Jochen Senges das erste nationale Register für das Mitralklappen-Clipping (TRAMI) initiiert, an dem Universitätskliniken und ALKK-Kliniken gleichermaßen teilnahmen. Erste Ergebnisse über die Sicherheit des Verfahrens in der Routine bei fast 500 Patienten wurden bereits 2012 publiziert<sup>25</sup>. Seit dem Jahr 2020 besteht für die interventionelle Therapie der Mitralklappe eine verpflichtende Datenerfassung zur

Qualitätssicherung. Laut den so erfassten Daten des IQTIG wurden im Jahr 2024 insgesamt 7.434 Ersteinriffe an der Mitralklappe durchgeführt, in 97 Prozent der Fälle aufgrund einer Mitralklappeninsuffizienz. Rund zwei Drittel der Kliniken, in denen M-TEER-Verfahren vorgenommen werden, sind nicht-universitäre Häuser ohne eigene Herzchirurgie, wie die meisten ALKK-Kliniken.

In einer Analyse der IQTIG-Daten aus dem Jahr 2020 konnte ein Team der ALKK um Julinda Mehilli und Patrick Diemert nachweisen, dass trotz älterer Patienten die intrahospitale Sterb-

lichkeit von M-TEER bei 1,8 Prozent lag und dass die Sterblichkeit nicht abhängig war von der jährlichen Zahl von M-TEER-Prozeduren pro Krankenhaus (Mindestmenge)<sup>26</sup>.

Mit Beginn der 2020er-Jahre wurde das Portfolio der kathetergestützten Klappenprozeduren weiter ausgebaut – insbesondere durch die T-TEER-Prozedur bei Trikuspidalklappeninsuffizienz. Eine Umfrage der DGK zeigt einen deutlichen Anstieg von 756 im Jahr 2019 auf 2.842 im Jahr 2022. Auch hier sind es erneut die ALKK-Kliniken, die den Großteil dieser Eingriffe durchführen.

Neben den großen interventionellen Subspezialitäten an den Koronarterien, Herzklappen und der Rhythmologie leisteten viele ALKK-Mitglieder wissenschaftlich hervorragendes auch in der nichtinvasiven Kardiologie und weniger häufigen Eingriffen, die in dieser Jubiläumsschrift nicht alle aufgegriffen werden können:

Beispielhaft sei die Rolle von Horst Kuhn (Bielefeld) und Hubert Seggewiß (Bad Oeynhausen; später Schweinfurt) bei der Etablierung der Transkoronaren Ablation der Septumhypertrophie (TASH) der hypertrophen obstruktiven Kardiomyopathie in den 90er-Jahren genannt.

Birke Schneider (Lübeck), eine der damals wenigen leitenden Kardiologinnen in Deutschland,

Udo Sechtem (Stuttgart) und Weitere initiierten auf der 20. ALKK-Jahrestagung 2006 in Lübeck ein Register zur unzureichend erforschten Takotsubo-Kardiomyopathie. Die Fachwelt wurde auf dem Kongress der American Heart Association mit dem damals weltweit größten Register überrascht (CardioNews 2007), welches wichtige Erkenntnisse für die klinische Versorgung zu Tage förderte.



Birke Schneider (Lübeck) und Hermann Klein (Idar-Oberstein) vor dem ALKK-Poster (DGK-Jahrestagung 2010)

## KARDIOLOGISCHE WEITERBILDUNG

Die bundesweit weitaus meisten Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie dürften an den zahlenmäßig überwiegenden nicht-universitären Kliniken ausgebildet werden. Somit spielt die Weiterbildung eine zentrale Rolle in den ALKK-Kliniken. Aufgrund von Ärztemangel, wachsenden Ansprüchen und neuen, teilweise schwer umzusetzenden Anforderungen der Weiterbildungsordnung (WBO) 2018 wird die Weiterbildung nicht nur für die ALKK-Kliniken an Bedeutung zunehmen und deren Leistungsfähigkeit beeinflussen. Die Weiterbildungsordnung ist Hoheit der Bundes- und Landesärztekammern, auf welche

weder DGK noch ALKK direkten Einfluss haben. Allerdings können sie aus den kardiologischen Kliniken den Entscheidungsträgern der Ärztekammern Rückmeldungen sowie den ärztlichen Mitarbeitern Hilfestellungen zur Umsetzung der Weiterbildung geben. Die ALKK unterstützt hierbei die DGK in der Task Force Weiterbildung der DGK-Akademie oder bei Aktivitäten der Sektion „Young DGK“, welche 2025 ein Positionspapier zur Umsetzung der kardiologischen Weiterbildung in Deutschland verfasst hat, bei dem der aktuelle Vorstand der ALKK die Perspektive der nicht-universitären Kliniken beleuchtet hat<sup>27</sup>.

## STIFTUNG UND PREISE DER ALKK

Zu Ehren des allzu früh verstorbenen Karl-Ludwig-Neuhaus wird seit 2002 jährlich der gleichnamige Karl-Ludwig-Neuhaus-Forschungspreis der ALKK (gesponsert von Boehringer Ingelheim) vergeben. Damit unterstützt die ALKK, ganz im Geiste von Neuhaus, klinisch-wissenschaftliche Projekte mit hoher Praxisrelevanz für die Patientenversorgung, oft – aber nicht nur – aus dem Bereich der interventionellen Kardiologie oder Rhythmologie.

2003 erfolgte auf Initiative von Martin Gottwik und Tassilo Bonzel die Gründung der „Stiftung Versorgungsforschung, Anwendungsforschung und Entwicklung“ der ALKK. In einer bemerkenswerten Initiative gelang es Martin Gottwik, alle ALKK-Mitglieder zu einer Spende von 1000 Euro für die Stiftung zu bewegen; mit einer zusätzlichen Großspende von Tassilo Bonzel aus Einnahmen des Monorail-Patents ergab sich ein Stiftungskapital von etwa 200.000 Euro. Die ALKK ver-

## Preisverleihung Karl-Ludwig-Neuhaus-Preis (2022)



Preisträger Karl-Ludwig Neuhaus-Preis der ALKK	Jahr
Bernhard Kuch, Augsburg	2002
Ralf Zahn, Ludwigshafen	2003
Kai Christoph Wollert	2004
Holger Thiele, Leipzig	2005
Dirk Müller, Berlin	2006
nicht ausgelobt.	2007
nicht vergeben.	2008
Ingo Eitel, Leipzig	2009
Jochen Wöhrle, Ulm	2010
nicht ausgelobt.	2011
Frank Weidemann und Markus Niemann   Georg Fürnau	2012
Nicolas Werner, Bonn	2013
Jelena Kornej, Leipzig	2014
nicht ausgelobt.	2015
nicht vergeben.	2016
nicht vergeben.	2017
Uwe Zeymer, Ludwigshafen	2018
nicht vergeben.	2019
Philipp Lurz, Leipzig	2020
Andreas Schuster und Sören J. Backhaus, Göttingen	2021
Steffen Desch, Leipzig   Andreas Seitz & Peter Emanuel Ong, Stuttgart   Mahir Karakas, Hamburg	2022
Alexandru Patrascu, Pforzheim   Valentina Puntmann und Eike Nagel, Frankfurt	2023
Andreas Böhmer, Wiesbaden	2024
Tobias A. Rheude, München   Ulrich Becher, Solingen	2025

| = geteilte Preise. Der Preis wurde von der Fa. Boehringer Ingelheim gesponsort

waltet treuhänderisch die Mittel. Den Stiftungsrat, der über die Mittelvergabe entscheidet, bilden der Vorsitzende der ALKK, der Vorsitzende der Klinischen Kardiovaskulären Kommission (KKK) der DGK und der Stiftungsratsvorsitzende, der ab 2019 von den ALKK-Mitgliedern gewählt wurde: Von 2003 bis 2022 war dies Tassilo Bonzel, seitdem Michael Buerke. 2016 erfolgte aufgrund der niedrigen Zinsen eine Umwandlung der Ewigkeitsstiftung in eine Verbrauchsstiftung.

Ziel der Stiftung war es von Anfang an, die schwierige eigenständige Forschung an den Kliniken durch Förderpreise für gute Projekte zu erleichtern. Die Preise werden seit dem Jahr 2006 meist während der Jahrestagung der DGK in Höhe von bis zu 20.000 Euro

vergeben und haben zahlreiche bedeutende Projekte und deren Veröffentlichungen ermöglicht oder unterstützt. Ein gutes Beispiel für geförderte Versorgungsforschung ist das Projekt von Karl Heinrich Scholz (Hildesheim) [FITT-STEMI] mit dem u.a. nachgewiesen werden konnte, dass kürzere Zeiten zur Koronarrevaskularisation beim akuten Herzinfarkt die Prognose verbessern<sup>28</sup>.

Bei beiden Preisen, dem Karl-Ludwig-Neuhaus-Preis und dem Preis der ALKK Stiftung Versorgungsforschung, kooperiert die ALKK mit der DGK, welche die Ausschreibung unterstützt und bei der DGK-Jahrestagung ein festliches Forum für die Preisverleihung bietet.

### Preisübergabe KL-Neuhaus-Preis



V.l.r. S. Baldus (Präsident DGK), P. Ong und S. Seitz (Stuttgart), V. Schächinger (Vorsitzender ALKK), M. Karakas (Hamburg), S. Desch (Leipzig), G. Hindricks (Tagungspräsident DGK)  
Bildquelle: DGK/Thomas Hauss



## Förderpreise der ALKK Stiftung Versorgungsforschung

Jahr	Gefördert	Projekt	Summe
2006	Bernhard Kuch, Augsburg	Follow-up-Projekt	20.000 €
2007	Uwe Zeymer, Ludwigshafen	Ökonomie. 1 Jahr nach STEMI	20.000 €
2008	Heinrich Scholz, Hildesheim	FITT-STEMI: Feedback/Times	10.000 €
2009	Ingrid Kindermann, Homburg/Saar	Kognitive Leistung und Herzinsuffizienz	10.000 €
2009	Renke Maas, Erlangen	Antikoagulation, Zahnmed. CVA	10.000 €
2010	K.H. Scholz, A. Elsässer und H. Klues, Hildesheim, Oldenburg und Krefeld	FITT-STEMI-“Umsetzungsphase“	10.000 €
2010	Holger Thiele, Leipzig	IABP-SHOCK II Trial und Register	10.000 €
2011	Karl Heinrich Scholz, Hildesheim	FITT-STEMI: Umsetzungsphase neue Kliniken	5.000 €
2012	Alexander Ghanem, Bonn	Neurologische Komplikationen nach TAVI	10.000 €
2012	Andreas Schäfer, Hannover	Thrombozytenhemmer bei ACS und Hypothermie	10.000 €
2014	Harm Wienbergen, Bremen	Myocardial Infarction Prevention	10.000 €
2014	Christian Thilo, Augsburg	STEMI Infarktnetzwerk (HERA)	10.000 €
2017	Christian-M. Wacker, Rothenburg ob der Tauber	Herzkatheter-Bereitschaft für Bayerns größten Landkreis	10.000 €
2019	Karl Heinrich Scholz, Hildesheim	Prozess- und Ergebnisqualität prä-hospital (FITT-OHCA)	15.000 €
2020	Martin Hinterseer, Füssen	Grenzüberschreitendes Herzinfarkt- Netzwerk (FITT-STEMI)	10.000 €
2021	Philipp Breitbart, Frankfurt	Myokarditis bei Covid-19-Patienten	7.500 €
2021	Th. Lawrenz, Bielefeld	Deutsches Register Septum Reduktionstherapie bei HOCM	7.500 €
2024	Ann-Kathrin Rahm, Heidelberg	Telemedizin Defibrillator mit Smartphone-App	15.000 €
2025	Andreas Böhmer, Wiesbaden	Left-Bundle-Branch-Area Stimulation nach AV-Knotenablation	15.000 €

In den Jahren 2013, 2015, 2016, 2018, 2022 und 2023 wurde der Preis nicht vergeben.

## JAHRESTAGUNGEN DER ALKK

Seit 1987 findet sich die ALKK jährlich zu einer ALKK-Jahrestagung zusammen – beginnend 1987 in Celle (Dietrich Harmjanz) bis zu diesem Jahr in Pforzheim (Ilka Ott). Lediglich im Coronajahr 2020 ist sie ausgefallen und im Jahr 2021 fand sie ausschließlich online statt (Stefan Sack, München, gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation; DGPR). Die Tagungsleiter, welche die Jahrestagung traditionell in ihrer eigenen Stadt ausrichten, werden auf der Mitgliederversammlung gewählt und so wandert der Tagungsort jährlich durch ganz Deutschland. Vereinheitlicht wurde allerdings nach den Coronajahren die Struktur der Tagung, die jetzt in einem definierten Rahmen mit einem Kongressdienstleister durchgeführt wird.

### ALKK JAHRESTAGUNG



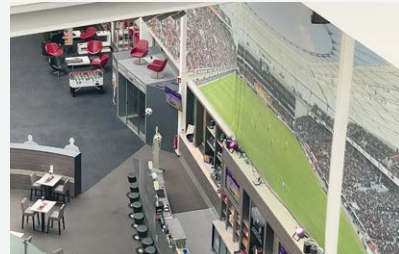
Analog zur gesamten Entwicklung der ALKK haben neben dem klassischen Thema der klinischen Kardiologie nun auch gesundheitspolitische Themen einen festen Platz bei der Tagung. Dem Engagement der ALKK für die Führungsriege in ihren Krankenhäusern folgend, sind nun auch die Oberärzte aus den Kliniken zur Jahrestagung eingeladen.

### Tagungsleiter der ALKK-Tagungen

Jahr	Ort	Tagungsleiter
Jahr	Ort	Tagungsleiter
1987	Celle	D. Harmjanz
1988	Köln	P. Schweizer
1989	Bamberg	H. Grohmann
1990	Bielefeld	H. Kuhn
1991	Berlin	V. Meyer / J. Wagner
1992	Augsburg	H. D. Bolte
1993	Bremen	H. J. Engel
1994	Bayreuth	W. Mäurer
1995	Solingen	D. Behrenbeck
1996	Nürnberg	M. Gottwik
1997	Hamburg	K. v. Ohlshausen
1998	Aschaffenburg	R. Uebis
1999	Detmold	U. Tebbe
2000	München	M. Weber
2001	Duisburg	K.-W. Heinrich
2002	Berlin	H.-F. Vöhringer / R. Schöller
2003	Erfurt	I. Aßmann
2004	Fulda	T. Bonzel
2005	Wolfsburg	R. Engberding
2006	Lübeck	B. Schneider
2007	Coburg	J. Brachmann
2008	Ludwigsburg	G. Liebau
2009	Kassel	J. Neuzner / R. Gradaus
2010	Aschaffenburg	R. Uebis / D. Große Meininghaus
2011	Saarbrücken	G. Görge
2012	Berlin	H. Darius

Jahr	Ort	Tagungsleiter
2013	Köln	W. Fehske
2014	Bielefeld	Ch. Stellbrink
2015	Esslingen	M. Leschke
2016	Augsburg	W. von Scheidt
2017	Dortmund	B. Lemke / Ch. Perings
2018	Weimar	B. Lauer
2019	Mönchengladbach	J. vom Dahl / K.-D. Winter
2020	Ausgefallen (Corona Pandemie)	
2021	Online (Berlin) mit DGPRG	S. Sack (München)
2022	Leverkusen	P. Schwimmbeck / H.M. Hoffmeister
2023	Heilbronn	M. Hennersdorf
2024	Landshut	J. Mehilli
2025	Lübeck	J. Weil
2026	Pforzheim (geplant)	I. Ott
2027	Osnabrück (geplant)	P. Lüdike

## Impressionen ALKK Jahrestagungen



Unten links: P. Herrmann und J.M. Sinning.  
Unten rechts: Tagungsleiter P. Schwimmbeck  
auf dem Weg zur Kältekammer in der  
Bayarena.

2022 Leverkusen

Oben: Im Tagungsraum. Unten: S. Sack  
und Hans Deutsch

2019 Mönchengladbach



Links: Eröffnung (J. Mehilli)  
 Rechts: ReferentInnen v.l.r. Ch. Perings,  
 P. Diemert, L. Bott-Flügel, J. Mehilli

2024 Landshut



**Gesundheitspolitische Diskussion:** V.l.n.r.: V. Schächinger, H. Garg (MdL Schleswig-Holstein), O. Grundei (Politiker), J. Schick (Vorstand Sana Kliniken), P. Diemert, H. Herrmann, (Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein)



**Workshop im Rahmen der Jahrestagung:**

V.l.r. Ch. Stellbrink, J. Ehrlich, J. Weil, Ch. Perings, J. Mehilli, P. Lüdtke, L. Bruch, P. Diemert, M. Buerke, V. Schächinger

2025 Lübeck



# UMBRUCH DURCH GESUNDHEITSPOLITIK UND SUBSPEZIALISIERUNG

## Gesundheitspolitik nimmt Einfluss auf tägliches Handeln

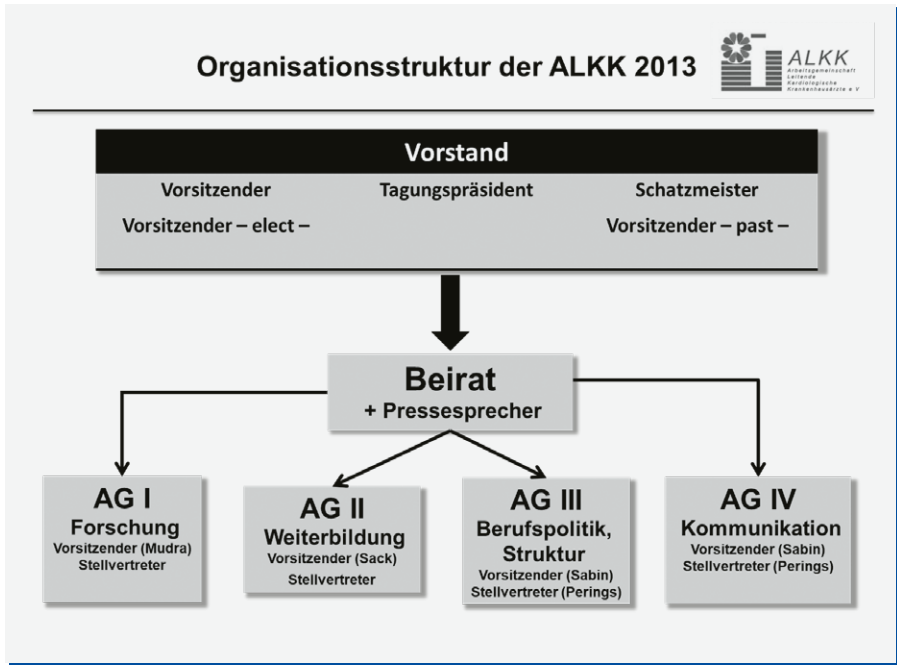
In den 2000er-Jahren setzte im Gesundheitswesen ein Trend ein, der das medizinische Handeln nicht mehr nur über Wissen und medizinische Leitlinien definierte, sondern zusätzlich durch Regulierungen von staatlichen Institutionen dem Handlungsspielraum Grenzen setzte. Dazu gehören der oben erwähnte Regulierungsversuch von TAVI, das Einführen von Strukturvorgaben, OPS-Komplexpauschalen (Operationen- und Prozedurenschlüssel) sowie generell die Umstellung des Gesundheitswesens auf das DRG-System mit all seinen Folgen wie aufwendigen Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes (MD), ursprünglich ein Organ der Krankenkassen. Seit dem Jahr 2004 ist die Einrichtung des gemeinsamen Bundesausschusses (GB-A) als Regulierungsgremium der gesetzlichen Gesundheitsversorgung typischer Ausdruck dieser Entwicklung.

Während sich bis zu diesem Zeitpunkt die ALKK als Gemeinschaft vorrangig die Versorgungsforschung und dabei die Durchführung hochwertiger klinischer Studien außerhalb der Universität an ihren Kliniken förderte, fanden sich zunehmend

gesundheitspolitische Themen als neues Bindeglied zwischen den Mitgliedern. Trotz breiter Streuung der ALKK-Kliniken vom Regelversorger bis zum Maximalversorger mit unterschiedlichen Trägerarten sind alle Kliniken gemeinsam gefordert, gesundheitspolitische Vorgaben zu bewältigen. Da sich die Rahmenbedingungen der ALKK-Kliniken (wie schon eingangs beschrieben) erheblich von den Universitätskliniken unterscheiden und die DGK in hohem Maße universitär geprägt ist, entstand eine Lücke in der Aufmerksamkeit für die aus der Gesundheitspolitik entstandenen Bedürfnisse der nicht-universitären Kliniken. Diese Entwicklung erforderte die Bearbeitung neuer Schwerpunkte durch die ALKK.

Harald Mudra (München), Johannes Brachmann (Coburg) und Dietrich Andresen (Berlin) führten als Vorsitzende der ALKK erste Strategiesitzungen durch, um die ALKK an die neuen Herausforderungen anzupassen. Neben dem klassischen Arbeitsbereich „Forschung“ wurden „Weiterbildung“, „Berufspolitik“ und „Kommunikation“ als von der ALKK zu bearbeitende Themenfelder definiert. Dabei war die ALKK berufspolitisch bereits sehr gut vernetzt. Mit dem

## Aktivitäten Reorganisation ALKK 2013



langjährigen Sekretär der ALKK Michael Weber (Dachau) bestand ein exzellentes Verbindungsglied zum Verband der Leitenden Krankenhausärzte (VLK), deren Präsident er später wurde. Mit dem langjährigen Schatzmeister Hans Martin Hoffmeister (Solingen) bestand zudem ein zuverlässiges Bindeglied zum Berufsverband Deutscher Internisten (BDI). In dieser Zeit erhielt 2017 auch das Logo der ALKK eine Auffrischung, einem zeitgerechten Auftritt entsprechend, zur Verwendung in allen modernen Medienarten (initiiert von Hans Martin Hoffmeister und Volker Schächinger).

### Logos der ALKK





## Wachsende Mitgliederzahl der ALKK

Die ALKK ist über die Jahre schnell gewachsen und erreichte 2013 eine Mitgliederzahl von 266 (226 aktive und 38 passive (Rentner) Mitglieder). Über die letzten zehn Jahre mit zunehmender berufspolitischer Bedeutung der Vernetzung der leitenden Krankenhausärzte ist diese Zahl nochmals um mehr als 20% gewachsen auf 324 Mitglieder im Jahre 2026. Besonders stark ist die ALKK in den bevölkerungsreichen Bundesländer Nordrhein-Westfalen und Bayern. Generell ist die Repräsentanz in den westlichen Bundesländern größer als im Osten.

## Zertifizierungen von Subdisziplinen und Spezialeinheiten

Parallel zur Zunahme gesundheitspolitischer Vorgaben entwickelte sich die Kardiologie hin zu einer zunehmenden Subspezialisierung, wie oben geschildert mit komplexen interventionellen Verfahren an den Koronararterien, der interventionellen Herzklappentherapie, der Elektrophysiologie und den Rhythmusaggregaten. Alle diese Verfahren erfordern großes klinisches Wissen und technischen Aufwand. Das gilt auch für weitere später hinzugekommene Methoden wie die kardiale Schnittbildgebung. Dies führte dazu, dass

## Mitgliederstruktur der ALKK 2026

### Mitglieder der ALKK

Mitgliedsart	Anzahl	Prozent
Aktive Mitglieder	285	88 %
Ehrenmitglieder	5	1,5 %
Rentner	34	11 %
Gesamt	324	

### Aktive Mitglieder

#### nach Geschlecht

Geschlecht	Anzahl	Prozent
Frauen	16	4,9 %
Männer	308	95 %

#### nach Bundesländern

Bundesländer	Anzahl	Prozent
Baden-Württemberg	35	11 %
Bayern	65	20 %
Berlin-Brandenburg	15	4,6 %
Bremen	3	0,9 %
Hamburg	13	4,0 %
Hessen	21	6,5 %
Niedersachsen	31	9,6 %
NRW	86	27 %
Rheinland-Pfalz	14	4,3 %
Schleswig-Holstein	13	4,0 %
Saarland	2	0,6 %
Berlin-Brandenburg	6	1,9 %
Mecklenburg-Vorpommern	2	0,6 %
Sachsen	6	1,9 %
Sachsen-Anhalt	6	1,9 %
Thüringen	6	1,9 %

die DGK ab den 2010er-Jahren für diese Subspezialisierungen spezifische Angebote zur Zusatzqualifikation („Curricula“) entwickelt hat. Gleichzeitig wurden für gefährdete kardiologische Patienten spezielle Einheiten (Units) definiert (z.B. Chest Pain Unit), um die qualifizierte kardiologische Versorgung in den Krankenhäusern, die zunehmend und völlig unzureichend in zentralen Notaufnahmen ohne kardiologische Expertise stattfand, wieder zu verbessern. Später kamen noch weitere Units dazu, z.B. die Heart Failure Unit, um die zunehmende und vulnerable Gruppe von Patienten mit Herzinsuffizienz an den Krankenhäusern und in Netzwerken besser betreuen zu können. Zahlreiche ALKK-Mitglieder arbeiteten am Aufbau dieser Strukturen Anfang der 2010er Jahre – gemeinsam mit universitären und niedergelassenen Kardiologen – innerhalb der DGK mit, z.B. federführend beim Curriculum Interventionelle Kardiologie (Volker Schächinger, Harald Mudra)<sup>29</sup> oder beim Aufbau der Telemedizin (Christian Perings, Christiane Tiefenbacher, Stefan Sack)<sup>30</sup>.

Über die aus der Projektgruppe „Aus-, Weiter-, und Fortbildung“ entstandene „DGK-Akademie“ wurden die Curricula und Spezialeinheiten von der DGK selbst zertifiziert. Die Entwicklung der DGK-Zertifikate läuft dabei parallel zur gesundheitspolitischen Entwicklung, bei der zunehmend strukturelle Voraussetzungen für die Leistungserbringung maßgeblich sind. Bis dato waren dafür ausschließlich der medizinische Wissensstand und die Leitlinien maßgeblich.

Die aus dieser Entwicklung entstehenden Herausforderungen für nicht-universitäre Kliniken sowie Vorschläge für ein integratives Gesamtkonzept der DGK-Zertifizierungen in Fachsäulen („Modulkonzept“) wurden 2018 von 12 ALKK-Mitgliedern um Volker Schächinger, Hans Martin Hoffmeister und Michael Weber in eine kritische Diskussion gebracht<sup>31</sup>. Diese Vorschläge wurden dann gemeinsam mit Christian Perings im Zertifizierungsausschuss und 2025 im Vorstand der DGK – auch mit Unterstützung universitärer Kollegen – vertreten. Sie bedeuten eine von der ALKK angestoßene Umstrukturierung, die aktuell noch nicht abgeschlossen ist.

## Die ALKK organisiert sich neu

Ab 2019 erfolgte unter den drei Vorsitzenden Christoph Stellbrink, Volker Schächinger und Christian Perings eine Re-Organisation der Strukturen der ALKK, die sich aus den Vorarbeiten ableitete. Der erste Schritt war eine Professionalisierung der Infrastruktur der Geschäftsstelle, die bis dato in der Geschäftsstelle der DGK von Frau Pia Sauter nebenher mitverwaltet wurde. Die dortigen Kapazitäten reichten jedoch für die wachsenden Aufgaben und Ansprüche der ALKK in keiner Weise aus. Beim VLK (ebenfalls in Düsseldorf) fand die Geschäftsstelle Anfang 2020 ein neues Zuhause. Mit Unterstützung von Michael Weber, dem VLK-Geschäftsführer Normann Schuster und großem Engagement von Frau Sonja Lucas aus der VLK-Geschäftsstelle wurde ein komplettes Sekretariat als neue, professionelle ALKK-Geschäftsstelle eingerichtet.

Im Fokus der administrativen Neuaufstellung standen eine moderne Kommunikations-Infrastruktur, die Mitgliederverwaltung, ein digitales Archiv und ein Organisationshandbuch, welches neu gewählten Vorstandsmitgliedern einen Einblick in die ablaufenden Prozesse gibt. Mit der neuen Geschäftsstelle wurde auch eine Standpräsenz der ALKK auf den DGK-Tagungen etabliert.

Ein kleiner Nebenaspekt war, dass ab 2022 die ALKK-Mitgliederversammlung im Rahmen der DGK-Jahrestagung im Frühjahr vom traditionellen Hörsaal (Saal 12) in einen großzügigeren Raum umgezogen ist und die manchmal spartanischen ☺ Brötchen durch ein hochwertigeres Catering ersetzt worden sind. So animierte es manche Mitglieder auch nach der Versammlung noch etwas zu bleiben und sich bei einem kleinen Bier und Imbiss gemütlich mit den Kollegen auszutauschen.

## Standpräsenz der ALKK auf der DGK Frühjahrstagung 2022 in Mannheim



a) Gemeinsamer Stand mit IHF



b) Frau S. Lucas, Geschäftsstelle ALKK

## Vorstandsteam ALKK Mitgliederversammlung 2023



V.l.n.r.: M. Buerke, M. Hennersdorf, P. Diemert, R. Weßel, Ch. Perings, J. Mehilli (vorne), S. Sack (hinten), V. Schächinger, J. Ehrlich, Ch. Stellbrink, R. Zahn, L. Bott-Flügel



Austausch nach der Mitgliederversammlung

Gleichzeitig wurde im Jahr 2021 die weitreichendste Modernisierung der Satzung durchgeführt, was zu einer umfassenden Stärkung des Führungsteams um den Vorstand führte. Zuvor waren bereits 2005 und 2014

Satzungsänderungen beschlossen worden und 2013 die Position eines Sekretärs etabliert. Um die ALKK auch breiter aufzustellen, wurden in der neuen Satzung 2021 Beiräte definiert und der Vorstand etablierte jährliche Strategietagungen mit den Beiräten. Dabei werden über das Alltagsgeschehen hinaus Gedanken über die Weiterentwicklung der ALKK und über die Bedürfnisse der Mitglieder entwickelt.

Zu den Beiräten gehören wie bisher Vertreter für Wissenschaft und Berufspolitik und es wurde ein Kommunikationsbeauftragter (J. Ehrlich) benannt. Zusätzlich wird die ALKK durch die

## ALKK Strategie-Workshop

a) ALKK Strategie-Workshop September 2021 in Bonn



V.l.n.r.: R. Zahn, M. Weber, R. Bekeredjian



V.r.n.l:  
J. Ehrlich  
L. Bott-Flügel,  
L. Bruch,  
Ch. Perings,  
B.D. Gonska,  
P. Diemert,  
CH. Stellbrink,  
M. Buerke.



Von vorne:  
M. Weber,  
R. Bekeredjian,  
S. Lucas,  
G. Sabin,  
M. Neitzel Wittke,  
R. Weßel,  
H. Rittger,  
M. Hennersdorf,  
U. Hink.

b) Networking  
nach dem  
Strategie-  
Workshop



Linkes Bild: September 2021 Bonn im „Em Höttche“.  
Rechtes Bild: September 2022 Bonn. Linke Seite von vorn: M. Hennersdorf,  
Ch. Stellbrink, V. Schächinger, R. Zahn. Rechte Seite von vorne: P. Diemert,  
Ch. Perings, J. Ehrlich, B.D. Gonska



September 2024 Hamburg: Linke Seite von vorne: H. Rittger, N. Schuster (VLK), Ch. Perings,  
S. Sack, Ch. Stellbrink, J. Ehrlich, R. Bekeredjian. Rechts Seite von vorne: M. Weber, V. Schächinger,  
R. Weßel, L. Bott-Flügel, L. Bruch, P. Diemert, I. Ott

Gründung von Regionalgruppen besser verankert. Hervorzuheben ist die bayrische Gruppe um Harald Rittger (Fürth) und Lorenz Bott-Flügel (Erding), welche die ersten Regionalgruppentreffen der ALKK organisierten.

Ein Anliegen des Vorstandes war es auch, den Anteil von Frauen in der ALKK zu erhöhen, der mit circa 5 Prozent sehr niedrig ist. Die Wahl der kardiologischen Chefärztinnen kann die ALKK selbst nicht direkt beein-

flussen, da das Erreichen einer leitenden Position bereits Voraussetzung für die Aufnahme in der ALKK ist. Hier müssen wir früher in der Karriereleiter ansetzen, z.B. durch Unterstützung der DGK und Young DGK, um Frauen zukünftig für Leitungspositionen zu qualifizieren. Innerhalb der ALKK wurden in den letzten Jahren jedoch mehr Frauen in Führungspositionen gewählt, so Julinda Mehilli (Landshut) und Ilka Ott (Pforzheim): Jahrestagungen 2024 und 2026 (nach Birke Schneider (Lübeck) 2006). J. Mehilli wird als erste Frau Vorsitzende der ALKK in 2027. Auch in der DGK wurden Ärztinnen aus der ALKK in Führungspositionen gewählt, z.B. Christiane Tiefenbacher als Vorstandsmitglied und schon früher Ellen Hoffmann als Tagungspräsidentin.

Um über die DGK auch die Assistenzärzte und Oberärzte zu erreichen, die in den ALKK-Kliniken arbeiten oder zukünftig von der Universität in leitende Positionen an nicht-universitären Häusern wechseln werden, kooperiert die ALKK mit der Young DGK bei entsprechenden Förderaktivitäten.

Die mit dem gemeinsamen TAVI-Papier von W. von Scheidt etablierte Zusammenarbeit mit der Herzchirurgie wurde im Verlauf institutionalisiert nachdem als Pendant zur ALKK die Arbeitsgemeinschaft Leitende Herzchirurgische Krankenhausärzte (ALHK) gegründet wurde, mit der es einen regelmäßigen Austausch gibt.

### Treffen der Regionalgruppe Bayern im Juni 2023



Organisiert von L. Bott-Flügel (2. von rechts) und H. Rittger (4. von rechts).

# VERNETZUNG UND KOMMUNIKATION

## Information – Austausch – Teilhabe

In den 2020er-Jahren besann sich die ALKK zurück auf die Motivation des Gründungsschreibens von Karl Wilhelm Heinrich 1985: „Der Chefarztverband hat völlig andere Probleme zu beackern. Wir müssen uns also schon selbst helfen“. In Analogie dazu hat sich die DGK über die Zeit zu einer großen Gesellschaft entwickelt mit einem riesigen Spektrum an Aufgaben von der Grundlagenwissenschaft bis zur universitären und nicht-universitären klinisch-wissenschaftlichen Kardiologie, der technikbezogenen interventionellen

Kardiologie an allen größeren Krankenhäusern und der überwiegend ambulanten Kardiologie im niedergelassenen Bereich. Um die nicht-universitären Kliniken, die den weitaus größten Teil der stationär behandelten Patienten repräsentieren, mit den von ihnen benötigten spezifischen Aspekten zur Führung eines Krankenhauses zu unterstützen, musste die ALKK Eigeninitiative zeigen:

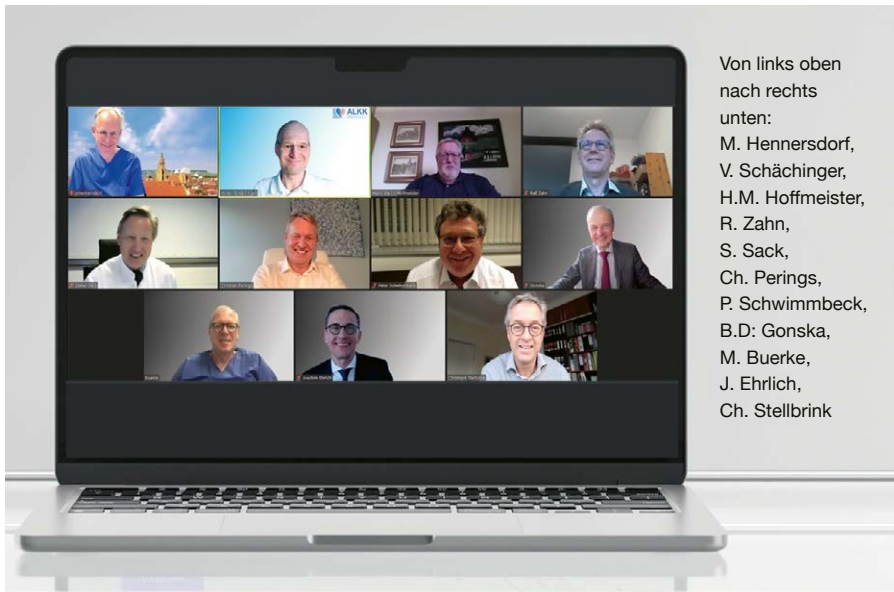
„Von leitenden Krankenhauskardiologen – für leitende Krankenhauskardiologen“ ist das Motto der ALKK, unter dem diese Aktivitäten vorangetrieben wurden.

## Ausrichtung der ALKK ab 2021

Interessensvertretung für leitende Krankenhauskardiologen



## Online ALKK – Vorstandssitzung 2021



Von links oben nach rechts unten:  
 M. Hennersdorf,  
 V. Schächinger,  
 H.M. Hoffmeister,  
 R. Zahn,  
 S. Sack,  
 Ch. Perings,  
 P. Schwimmbeck,  
 B.D: Gonska,  
 M. Buerke,  
 J. Ehrlich,  
 Ch. Stellbrink

Als eine neue gemeinsame Aufgabe der ALKK kam somit die Unterstützung ihrer Mitglieder bei Führung und Management ihrer Krankenhäuser hinzu. Die ALKK sollte als Plattform für Informationen dienen, den Mitgliedern aber auch die Möglichkeit zum Austausch bieten und diese aktiv an der Weiterentwicklung teilhaben lassen. Instrumente hierzu waren neu aufgestellte Informations- und Kommunikationsformen sowie spezifische Angebote zur Qualifikation des Führungspersonals der ALKK-Kliniken, welche in der Etablierung einer ALKK-Akademie und Gründung der ALKK Service GmbH mündeten.

Während der Corona-Pandemie (ab 2020) wurden die Sitzungen dazu ausschließlich online abgehalten. Aus dieser Erfahrung lernend, hat sich die Möglichkeit angeboten, die über ganz Deutschland verstreuten Vorstandsmitglieder über Onlinemeetings zusammenzuführen und damit auch die Mitgliedschaft insgesamt zu adressieren. Die Kommunikation mit den ALKK-Mitgliedern wurde durch den Kommunikationsbeauftragten Joachim Ehrlich (Wiesbaden) neu aufgestellt. Die bisherigen Verbandsmitteilungen in der Zeitschrift „Kardiologie aktuell“ werden erweitert um moderne soziale Medien sowie regelmäßige elektronische Newsletter und eine aktualisierte Internetpräsenz.



Es war die Idee von Christoph Stellbrink, mehrfach jährlich aktuelle gesundheitspolitische Seminare (GPS) und Managementseminare online durchzuführen und dafür hochkompetente Referenten zu gewinnen. Die Seminare waren auf Anhieb ein Erfolg, boten sie doch die Gelegenheit, im geschlossenen Raum Probleme und Meinungen innerhalb des Kollegenkreises auszutauschen. Dank der weiterhin guten Verbindung zum VLK durch Michael Weber gelingt es, immer ganz nah an den aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen zu sein.

Im Fokus steht dabei immer auch die Interessensvertretung der leitenden nicht-universitären Krankenhausärzte in unserer Fachgesellschaft DGK und die eigene Positionierung in gesundheitspolitischen Fragen.



Um ALKK-Kliniken erfolgreich zu führen, werden Mitarbeiter gebraucht, die die Herausforderungen verstehen und bereit sind, gemeinsam mit den leitenden Ärzten diese mitzuverantworten. An vorderster Stelle sind hier die Oberärzte zu sehen. Mit der Neuorientierung der ALKK in den 2020er-Jahren richtete sich der Blick zunehmend auf diese Gruppe. Um Projekte zur Förderung dieser Mitarbeiter umzusetzen, wurde für die administrative Abwicklung die ALKK Service GmbH gegründet, mit welcher Veranstaltungen zur Weiterentwicklung besonders der angehenden oder jüngeren Oberärzte durchgeführt werden können. Michael Buerke (Siegen) übernahm neben dem Ehrenamt des Schatzmeisters die Geschäftsführung der neuen GmbH.



Innerhalb der Service GmbH bildet die „ALKK Akademie“ das Dach, unter dem die nachfolgenden Fortbildungsveranstaltungen organisiert wurden.

In der Karriere-Akademie, welche mit hohem Engagement von Joachim Ehrlich (Wiesbaden) entwickelt und erstmalig im Jahr 2024 umgesetzt wurde, bilden wir gezielt mit kompetenten Referenten die oberärztlichen Leistungsträger der ALKK-Krankenhäuser weiter. Die Themen des jährlich angebotenen Kurses über jeweils

zwei Wochenenden umfassen u.a. Führung, Personalmanagement, Betriebswirtschaft sowie rechtliche und gesundheitspolitische Aspekte. Bei einer limitierten Zahl an verfügbaren Plätzen der Karriere-Akademien erfolgt die Teilnahme auf Bewerbung aus den ALKK-Häusern.

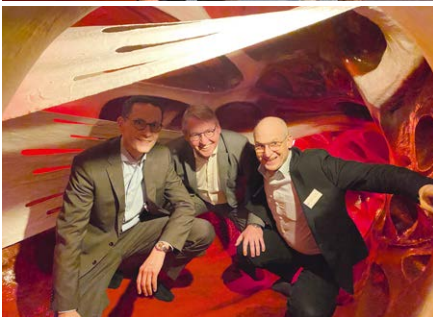
### ALKK Karriere Akademie in Fulda

Erste ALKK Karriere-Akademie Februar 2024



Oben: Teilnehmer der ALKK Karriere Akademie und Referenten. Unten: Ch. Perings

ALKK-Karriere-Akademie: Get-together in der Kinder-Akademie bei Tassilo Bonzel  
(Begehbares Herz, Kinder-Akademie Fulda)



Mittleres Bild: T. Bonzel und Ch. Perings. Bild unten rechts: J. Ehrlich, Ch. Perings, V. Schächinger.  
Bild unten links: P. Diemert, J. Ehrlich (v.l.n.r)



Bei der Exzellenz-Akademie richtet die ALKK ihre Aufmerksamkeit auf die medizinische Weiterentwicklung der Kollegen in den ALKK-Häusern, die sich auf die Plätze bewerben können. Die Reihe der Exzellenz-Akademien enthält verschiedene Themenbereiche. Die erfahrensten Kollegen aus der ALKK bieten an, sich mit den Teilnehmern auf fachlich hohem Niveau auszutauschen und kollegial zu vernetzen. Die erste Exzellenz-Akademie fand 2024 zum Thema Elektrophysiologie statt, organisiert von Stephan Willems (Hamburg) und Joachim Ehrlich (Wiesbaden). Kurz danach folgte die Exzellenz-Akademie Interventionelle Echokardiographie, organisiert von Wolfgang Fehske (Köln). Mit wechselnden Themen wird die Exzellenz-Akademie künftig zum jährlichen Portfolio der ALKK dazugehören. In 2025 wurde von Alexander Ghanem (Hamburg) und Malte Sinning (Köln) eine Exzellenz-Akademie Interventionelle Kardiologie durchgeführt.

Die Ausrichtung der ALKK-Akademie ist dabei bewusst nicht in Konkurrenz zur DGK-Akademie vorgenommen worden. Vielmehr ist sie komplementär zur DGK-Akademie gedacht, um sich spezifisch der Probleme zur Führung von Versorgungskrankenhäusern anzunehmen. Die Akademie fokussiert anders als die DGK-Akademie, welche vorrangig medizinische Fortbildung für jedermann anbietet, auf die Oberärzte der ALKK-Kliniken.

### ALKK Exzellenz-Akademien in Fulda



#### Interventionelle Kardiologie

(Leitung A. Ghanem, Hamburg und M. Sinning, Köln – beide links. Referent im Bild: N. Werner, Trier)

#### Elektrophysiologie in 9/24

(Leitung: S. Willems, Hamburg 2. Reihe links). Vorne Ch. Perings (links) und J. Ehrlich

Die Karriere-Akademie und die Exzellenz-Akademie werden in 2026 ergänzt werden um einen „ALKK Summit“, welcher einen regionalen Austausch der ALKK-Kliniken untereinander zu verschiedenen Fachthemen (Interventionelle Kardiologie und Elektrophysiologie) ermöglichen soll. Hohe klinische Relevanz und Praxisorientierung der Themen stehen

dabei im Vordergrund. Der erste ALKK Summit wird 2026 von Joachim Ehrlich in Wiesbaden organisiert.

Aufgrund der guten Erreichbarkeit aus dem gesamten Bundesgebiet hat sich Fulda als Ort der ALKK-Veranstaltungen der Karriere- und Exzellenz-Akademien etabliert.

**„IM MITTELPUNKT  
ALLER ÄRZTLICHEN  
BEMÜHUNGEN  
STEHEN IMMER  
DIE PATIENTEN.“**

**Auch alle Mitglieder der ALKK sind hochofret darüber, dass die Kardiologie in den letzten Jahrzehnten für sehr viele herzkrankte Menschen große Hilfe gebracht hat, und wir sind stolz darauf, dazu für unsere Patienten wichtige Beiträge geleistet zu haben.**

Auch wenn diese Hilfe in hohem Maße von technischen Geräten abhängig ist, so ist doch das persönliche Gespräch mit Patienten und Kollegen sowie das gemeinsame Konsilium verschiedener Experten zum Wohle einzelner von einer schweren Herzerkrankung Betroffener eine permanente Anforderung.

Die Fortbildungsmaßnahmen der ALKK setzen deshalb einen klaren Fokus auf den kollegialen Austausch auf Augenhöhe, als Selbstverständnis für die tägliche Arbeit im Krankenhaus.



Alexander  
Ghanem

Alexander Ghanem (Hamburg) hat dies 2025 in die Hand genommen.

Insgesamt zielen die Aktivitäten darauf ab, die Ebene unterhalb der Leitenden Krankenhausärzten (Chefärzte oder Abteilungsleiter), insbesondere die Oberärzte in die Aktivitäten der ALKK mit zu integrieren. Diese sollen gefördert werden, zur Unterstützung der Führung der Kliniken und es sollen Netzwerke zwischen den Mitarbeitern der ALKK-Kliniken geknüpft werden. Neben dem Netzwerk innerhalb der ALKK-Mitglieder auf Doctolib connect (ehem. Siilo) ist ein zweites Netzwerk mit den Oberärzten der ALKK-Kliniken, bzw. Alumni der ALKK-Akademie-Veranstaltungen in Planung.

**ALKK  
CONNECT**



Mit wachsendem Umfang der ALKK-Akademien war es notwendig geworden diese neu zu strukturieren.

## Struktur der ALKK-Akademien und ALKK connect

**KARRIERE  
AKADEMIE**



**EXZELLENZ  
AKADEMIE**



**ALKK  
SUMMIT**



<b>Zielgruppe</b>	Oberärzte an ALKK-Häusern	Oberärzte an ALKK-Häusern	Kardiologen von ALKK-Häusern, Niedergelassene, Zuweisende, Kooperationspartner und Interessenten
<b>Zugang</b>	Individuelle Bewerbung	Individuelle Bewerbung	Offen
<b>Ziel</b>	Qualifikation zur kompetenten und selbstwirksamen Führungskraft	Qualifikation zur kompetenten und selbstverantwortlichen Tätigkeit in Schwerpunkt Interventionelle Kardiologie oder Elektrophysiologie	„Regionales Klassentreffen“ in Schwerpunkt Interventionelle Kardiologie oder Elektrophysiologie
<b>Ort</b>		Fulda	
<b>ALKK connect</b>			
<b>Zielgruppe</b>	Teilnehmer ALKK-Akademien und Summit aus ALKK-Kliniken & ALKK Mitglieder		
<b>Zugang</b>	Doctolib connect (Siilo) (limitiert auf Zielgruppe)		
<b>Ziel</b>	Vernetzung der ärztlichen Mitarbeiter von ALKK-Kliniken		

## STELLUNG DER ALKK IN DER DGK

Mit dem Engagement für die Wissenschaft, wachsenden Erfahrungen und der zunehmenden Zahl von kardiologischen Kliniken wuchs naturgemäß die Bedeutung der ALKK. Für die ALKK-Mitglieder ergaben sich zahlreiche ehrenamtliche Verpflichtungen, besonders auch in Führungsgremien der DGK, z.B. als Leiter von Arbeitsgruppen, Ausschüssen, Task Forces, Zertifizierungsgremien oder als gewählte Mitglieder in den DGK-Gremien. Durch ihre Erfahrungen aus der klinischen Praxis von Versorgungskrankenhäusern bilden sie neben den Kardiologen aus der Universität und der Niederlassung eine unverzichtbare Säule für das ehrenamtliche Engagement in den Gremien und als Amtsträger der DGK. Die dabei engagierten ALKK-Mitglieder können in ihrer Vielzahl nicht alle aufgezählt werden. Einige Beispiele sind in den obigen Abschnitten, wenngleich aufgrund der Vielzahl auch hier nur unvollständig, erwähnt.

Hervorgehoben werden sollen allerdings einzelne ALKK-Mitglieder, welche zu Präsidenten oder Tagungspräsidenten der DGK gewählt wurden: Nachdem der zum Präsidenten der DGK gewählte Karl-Ludwig Neuhaus leider verstorben war, wurde Martin Gottwik 2001 als erstes ALKK-Mitglied Präsident der DGK; es folgte im Jahre 2015 Karl-Heinz Kuck (Ham-

burg) als DGK-Präsident. Als DGK-Tagungspräsidenten wurden für 2012 Ellen Hoffmann (München) und für 2026 Stephan Willems (Hamburg) gewählt.

In die klinisch orientierten Kommissionen der DGK (Klinische Kommission für kardiovaskuläre Medizin, Programmkommission, Wahlkommission) werden satzungsgemäß neben Kardiologen aus Universitätskliniken und niedergelassenen Kardiologen auch explizit Kardiologen aus nicht-universitären Kliniken gewählt. Seit der Überarbeitung der Satzung der DGK im Jahr 2021 gilt dies auch für den Vorstand der DGK selbst. Wenngleich die nicht-universitären Positionen nicht nur auf die ALKK beschränkt sind, sind viele in der ALKK aktiven Mitglieder bei den Wahlen durch die DGK-Mitglieder erfolgreich. Die enge Verbundenheit zwischen DGK und ALKK kommt auch dadurch zum Ausdruck, dass die Vorsitzenden der ALKK als Gäste in den Vorstandssitzungen der DGK eingeladen sind und hierüber die Interessen der nicht-universitären Kliniken und ALKK-Mitglieder direkt bei der DGK artikulieren können.

Da die ALKK-Mitglieder immer auch DGK-Mitglieder sind, ist die Aufgabentrennung zwischen ALKK und DGK mitunter verschwommen. Das



kann im Übergang vom Oberarzt an einer Universitätsklinik zum Chefarzt an einem nicht-universitären ALKK-Haus eine Rolle spielen. Es kommt auch vor, dass ein und dieselbe Person vormittags in einem Ausschuss die ALKK innerhalb der DGK vertritt und nachmittags ggf. in einer anderen Runde als Vertreter der DGK auftritt. Ganz selbstverständlich sind viele DGK-Mitglieder aus den Universitätskliniken, den Versorgungsranken-

häusern (ALKK) und dem niedergelassenen Bereich (BNK) freundschaftlich verbunden, was die Verständigung zwischen den Gruppen vereinfacht, auch wenn universitäre auf unterschiedliche nicht-universitäre Interessen stoßen.

## AUSBLICK IN DIE ZUKUNFT

Die 2025 in Deutschland begonnene Krankenhausstrukturreform nach dem Krankenhaus-Versorgungs-Verbesserungsgesetz (KHVVG) wird die Kliniklandschaft fundamental verändern, wie es sich auch an der vorausgehenden Reform in Nordrhein-Westfalen bereits abzeichnet. Die Einteilung in drei verschiedene Level und die Vergabe von Leistungsgruppen wird das Leistungsspektrum einiger Kliniken einschränken bzw. zur Schließung einzelner Fachabteilungen oder Kliniken führen. Dabei stehen vor allem die nicht-universitären Kliniken der ALKK vor großen Herausforderungen, die um ihren „Level“ bangen müssen, während Universitätskliniken per se auf dem höchsten Level 3 sind. Für die meisten ALKK-Kliniken stellt sich die Frage, ob sie

die Leistungsgruppe Interventionelle Kardiologie behalten werden und damit das Herzkatheterlabor weiter betreiben können (z.B. als Level 2) und welche zusätzlichen kardiologischen Leistungsgruppen erhalten werden können oder abgegeben werden müssen (Elektrophysiologie, Rhythmusaggregate). Dies wird auch Auswirkungen auf die Weiterbildungs-ermächtigungen für den Facharzt Innere Medizin und Kardiologie haben, da bei Wegfall von kardiologischen Leistungsgruppen diese ggf. gekürzt werden und damit die klassische Struktur der Weiterbildung an einer Klinik in vielen Fällen nicht mehr möglich sein wird. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit Weiterbildungsverbände mit Maximalversorgern aus Universität oder Nicht-Universität zu

bilden. Auch bisherige Maximalversorger der ALKK werden sich sorgen, ob sie alle Leistungsgruppen (ggf. inklusive minimalinvasive Herzklappentherapie = TAVI) beibehalten können und auf das Level 3 kommen. In dieser Konstellation wird es darauf ankommen, dass die DGK als „Muttergesellschaft“ ihre strukturellen und gesundheitspolitischen Aktivitäten solidarisch an der Gesamtheit aller Kliniken, seien sie universitär oder nicht-universitär, ausrichtet. Für die Kliniken der Maximalversorgung innerhalb der ALKK wird möglicherweise die in der Vergangenheit klar erkennbare Trennung zwischen Universität und Nicht-Universität verschwimmen.

So haben viele der größeren ALKK-Kliniken inzwischen Kooperationen mit nationalen oder internationalen Universitäten gebildet, in denen sie in einem Campus-Konzept Medizin-studierende ausbilden und somit eine Brücke zur Universität betreten haben (Beispiele: Nürnberg, Coburg, Bayreuth, Kassel, Fulda). Andere klassische ALKK-Kliniken sind inzwischen zur Volluniversität umgewandelt worden (Augsburg, Bielefeld). Für die Breite der kardiologischen Patientenversorgung in Deutschland und das schnelle Erreichen eines Herzkatheterlabors im Notfall wird es allerdings wichtig bleiben, auch den – in der Regel „nicht-universitären“ (ALKK) Level-2-Häusern innerhalb der Kardiologie eine Perspektive aufzuweisen. Daran wird die ALKK gemeinsam mit den Kollegen aus Universität und Niederlassung weiter arbeiten!



## DANKSAGUNG AN DAS „TEAM ALKK“

Ein Rückblick über 40 Jahre einer so vielfältigen Gemeinschaft wie der ALKK kann nicht durch die beiden Autoren allein gelingen, die nicht alle Zeitabschnitte und Tätigkeitsbereiche der ALKK vollständig überblicken können. Wir sind daher dem nachfolgenden „Team ALKK“ dankbar für die hilfreichen Anregungen, Korrekturen und Beiträge einzelner Abschnitte, welche das Bild von der ALKK umfassender machten und von verschiedenen Seiten beleuchteten.

Wir danken Martin Gottwik für die Unterlagen und Berichte aus der Anfangszeit der ALKK, die er für die 20-Jahrfeier der ALKK zusammengestellt hatte und die sehr hilfreich waren. Weiterhin danken wir Bernd-Dieter Gonska und Johannes Brachmann sowie Thomas Deneke und Carsten Israel für die Unterstützung beim Kapitel Elektrophysiologie/Rhythmologie. Patrick Diemert und Julinda Mehilli danken wir für die Mitarbeit am Kapitel AV-Klappen-Interventionen. Weiterhin bedanken wir uns beim aktuellen Vorstand der ALKK und allen ALKK-Mitgliedern, welche uns wertvolle Hinweis für diesen Beitrag gegeben haben.

Naturgemäß können in einer Übersicht über den langen Zeitraum von 40 Jahre nicht alle wesentlichen Aspekte und Personen berücksichtigt werden. Manches Material ist auch nicht mehr verfügbar, so dass die ausgewählten Photographien und Ausführungen immer auch ein Resultat der Verfügbarkeit und des subjektiven Blickes der Autoren sind. Wir bitten hier alle nicht oder zu wenig berücksichtigten Akteure der ALKK um Nachsicht.

*Herzlichen Dank*

## ABKÜRZUNGEN

ALKK	Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte
CRT	Cardiac Resynchronisation Therapy
DGK	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
DGPR	Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen
ESC	European Society of Cardiology
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GPS	Gesundheitspolitisches Seminar der ALKK
ICD	Implantierbarer kardialer Defibrillator
IHF	Institut für Herzinfarktforschung in Ludwigshafen
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KLND	Karl-Ludwig-Neuhaus-Datenzentrum der ALKK
KKK	Klinische Kommission für Kardiologie (kardiovaskuläre Medizin)
PTCA	Perkutane transluminale koronare Intervention
PCI	Perkutane koronare Intervention
TEER	Transkatheter-Edge-to-Edge-Repair (Klappen-Clipping)
TAVI	Transkatheter Aortenklappen-Implantation
WBO	Weiterbildungsordnung



## LITERATUR

- 1 Bonzel T, Wollschlager H, Just H. [A new catheter system for the mechanical dilatation of coronary stenoses with exchangeable intracoronary catheters, fast flow of the contrast agent and improved control]. *Biomed Tech (Berl)*. Sep 1986;31(9):195-200. Ein neues Kathetersystem zur mechanischen Dilatation von Koronarstenosen mit austauschbaren intrakoronaren Kathetern, höherem Kontrastmittelfluss und verbesserter Steuerbarkeit. doi:10.1515/bmte.1986.31.9.195
- 2 Neuhaus KL, von Essen R, Vogt A, et al. Dose finding with a novel recombinant plasminogen activator (BM 06.022) in patients with acute myocardial infarction: results of the German Recombinant Plasminogen Activator Study. A study of the Arbeitsgemeinschaft Leitender Kardiologischer Krankenhausärzte (ALKK). *J Am Coll Cardiol*. Jul 1994;24(1):55-60. doi:10.1016/0735-1097(94)90541-x
- 3 Vogt A, Bonzel T, Harmjanz D, et al. PTCA registry of German community hospitals. Arbeitsgemeinschaft Leitender Kardiologischer Krankenhausärzte (ALKK) Study Group. *Eur Heart J*. Jul 1997;18(7):1110-4. doi:10.1093/oxfordjournals.eurheartj.a015405
- 4 Zahn R, Koch A, Rustige J, et al. Primary angioplasty versus thrombolysis in the treatment of acute myocardial infarction. ALKK Study Group. *Am J Cardiol*. Feb 1997;79(3):264-9. doi:10.1016/s0002-9149(96)00745-x
- 5 Flynn MR, Barrett C, Cosio FG, et al. The Cardiology Audit and Registration Data Standards (CARDS), European data standards for clinical cardiology practice. *Eur Heart J*. Feb 2005;26(3):308-13. doi:10.1093/eurheartj/ehi079
- 6 Erbel E, Engel HJ, Kübler W, et al. Richtlinien der interventionellen Kardiologie. *Z Kardiol*. Dec 1997;86(12):1040-62. Richtlinien der interventionellen Koronartherapie. Deutsche Gesellschaft für Kardiologie-Herz- und Kreislaufforschung.
- 7 Bonzel T, Erbel R, Hamm CW, et al. [Percutaneous coronary interventions (PCI)]. *Clin Res Cardiol*. Aug 2008;97(8):513-47. Perkutane Koronarinterventionen (PCI). doi:10.1007/s00392-008-0697-y
- 8 Hamm CW, Albrecht A, Bonzel T, et al. [Diagnostic heart catheterization]. *Clin Res Cardiol*. Aug

- 2008;97(8):475-512. Diagnostische herzkatheteruntersuchung. doi:10.1007/s00392-008-0686-1
- 9 Schächinger V, Nef H, Achenbach S, et al. Leitlinie zum Einrichten und Betreiben von Herzkatheterlaboren und Hybridoperationssälen/ Hybridlaboren. 3. Auflage 2015. *Kardiologe*. 2015;9:89-123.
- 10 Kuck KH, Furnkranz A, Chun KR, et al. Cryoballoon or radiofrequency ablation for symptomatic paroxysmal atrial fibrillation: reintervention, rehospitalization, and quality-of-life outcomes in the FIRE AND ICE trial. *Eur Heart J*. Oct 7 2016;37(38):2858-2865. doi:10.1093/eurheartj/ehw285
- 11 Kuck KH, Schaumann A, Eckardt L, et al. Catheter ablation of stable ventricular tachycardia before defibrillator implantation in patients with coronary heart disease (VTACH): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*. Jan 2 2010;375(9708):31-40. doi:10.1016/S0140-6736(09)61755-4
- 12 Khan MN, Jais P, Cummings J, et al. Pulmonary-vein isolation for atrial fibrillation in patients with heart failure. *N Engl J Med*. Oct 23 2008;359(17):1778-85. doi:10.1056/NEJMoa0708234
- 13 Brachmann J, Sohns C, Andresen D, et al. Atrial Fibrillation Burden and Clinical Outcomes in Heart Failure: The CASTLE-AF Trial. *JACC Clin Electrophysiol*. May 2021;7(5):594-603. doi:10.1016/j.jacep.2020.11.021
- 14 Hoffmann E, Straube F, Wegscheider K, et al. Outcomes of cryoballoon or radiofrequency ablation in symptomatic paroxysmal or persistent atrial fibrillation. *Europace*. Sep 1 2019;21(9):1313-1324. doi:10.1093/euro-pace/euz155
- 15 Schmidt M, Dorwarth U, Andresen D, et al. German ablation registry: Cryoballoon vs. radiofrequency ablation in paroxysmal atrial fibrillation-One-year outcome data. *Heart Rhythm*. Apr 2016;13(4):836-44. doi:10.1016/j.hrthm.2015.12.007
- 16 Kobe J, Willy K, Senges J, et al. Selection and outcome of implantable cardioverter-defibrillator patients with and without cardiac resynchronization therapy: Comparison of 4384 patients from the German Device Registry to randomized controlled trials. *J Cardiovasc Electrophysiol*. Mar 2022;33(3):483-492. doi:10.1111/jce.15365



- 17 Wasmer K, Kobe J, Andresen D, et al. Comparing outcome of patients with coronary artery disease and dilated cardiomyopathy in ICD and CRT recipients: data from the German DEVICE-registry. *Clin Res Cardiol*. Jul 2013;102(7):513-21. doi:10.1007/s00392-013-0559-0
- 18 Lemke B, Fischer W, Schulten HK und Arbeitsgruppen „Herzschrittmacher“ und „Arrhythmie“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie. Richtlinien zur Herzschrittmachertherapie Indikationen, Systemwahl, Nachsorge. *Z. Kardiol*. 1996 (85):611-628
- 19 Brachmann J, Lewalter T, Kuck KH, et al. Long-term symptom improvement and patient satisfaction following catheter ablation of supraventricular tachycardia: insights from the German ablation registry. *Eur Heart J*. May 1 2017;38(17):1317-1326. doi:10.1093/eurheartj/ehx101
- 20 Vester EG. Hochdruck und Herzrhythmusstörungen [Arterial hypertension and cardiac arrhythmias]. *Dtsch Med Wochenschr*. Dec 2008;133 Suppl 8:S261-5. Hochdruck und Herzrhythmusstörungen. doi:10.1055/s-0028-1100958
- 21 Hasan F, Bogossian H, Lemke B. Akute Bradykardien [Acute bradycardia]. *Herzschrittmacherther Elektrophysiol*. Mar 2020;31(1):3-9. Akute Bradykardien. doi:10.1007/s00399-020-00665-z
- 22 Mudra H, Sack S, Haude M, et al. Strukturelle und organisatorische Voraussetzungen zur Durchführung des Transkatheter-Aortenklappenersatzes (TAVI): Ein Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte (ALKK) eV. *Kardiologe*. 2011;5:366-371.
- 23 von Scheidt W, Welz A, Pauschinger M, et al. Interdisciplinary consensus on indications for transfemoral transcatheter aortic valve implantation (TF-TAVI) : Joint Consensus Document of the Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte e.V. (ALKK) and cooperating Cardiac Surgery Departments. *Clin Res Cardiol*. Jan 2020;109(1):1-12. doi:10.1007/s00392-019-01528-5
- 24 Bestehorn K, Bestehorn M, Zahn R, Perings C, Stellbrink C, Schächinger V. Transfemoral aortic valve implantation: procedural hospital volume and mortality in Germany. *Eur Heart J*. Mar 7 2023;44(10):856-867. doi:10.1093/eurheartj/ehac698

- 25 Baldus S, Schillinger W, Franzen O, et al. MitraClip therapy in daily clinical practice: initial results from the German transcatheter mitral valve interventions (TRAMI) registry. *Eur J Heart Fail*. Sep 2012;14(9):1050-5. doi:10.1093/eurjhf/hfs079.
- 26 Mehilli J, Bestehorn M, Perings C, et al. Procedural hospital volume and outcome after transcatheter edge-to-edge mitral valve repair : Analysis of the German mandatory quality registry. *Herz*. Nov 8 2025;Volumen der Prozeduren im Krankenhaus und Ergebnisse nach Transkatheter-Edge-to-Edge-Mitralklappenrekonstruktion: Analyse des deutschen verpflichtenden Qualitätsregisters. doi:10.1007/s00059-025-05348-4
- 27 Breitbart P, Körber MI, Schächinger V, et al. Positionspapier Kardiologische Weiterbildung in Deutschland - vom Status quo zu bevorstehenden Herausforderungen und Lösungsvisionen. *Kardiologie*. 2025;19:7-21.
- 28 Scholz KH, Maier SK, Jung J, et al. Reduction in treatment times through formalized data feedback: results from a prospective multicenter study of ST-segment elevation myocardial infarction. *JACC Cardiovasc Interv*. Aug 2012;5(8):848-57. doi:10.1016/j.jcin.2012.04.012
- 29 Schächinger V, Naber CK, Kreuzer J, Levenson B, Mudra H, Völker W. Curriculum Interventionelle Kardiologie: Curriculum interventional cardiology. *Kardiologie*. 2012;6:315-323.
- 30 Helms TM, Perings CA, Sommer P, et al. Positionspapier zur Zertifizierung von Telemedizinzentren. *Kardiologie*. 2022;16:6-20.
- 31 Schächinger V, Hoffmeister HM, Weber MA, Stellbrink C. Zertifizierungen in der Kardiologie. Kontra: Das Konzept sollte verbessert werden [Certification in cardiology : Contra: The concept should be improved]. *Herz*. Sep 2018;43(6):490-497. Zertifizierungen in der Kardiologie: Kontra: Das Konzept sollte verbessert werden. doi:10.1007/s00059-018-4726-y

## Autoren der Jubiläumsschrift



Prof. Dr. Volker Schächinger und  
Prof. Dr. Tassilo Bonzel  
Herz-Thorax Zentrum, Klinikum Fulda

### Vorstand der ALKK 2026:

Prof. Dr. Patrick Diemert, Vorsitzender  
Westküstenklinikum Heide

Prof. Dr. Christian Perings, stellv. Vorsitzender  
KLW St. Paulus GmbH, Lünen

Prof. Dr. Julinda Mehilli, 2. Stellv. Vorsitzende  
KH Landshut-Achdorf, Landshut

Prof. Dr. Michael Buerke, Schatzmeister/  
Geschäftsführer ALKK Service GmbH  
St. Marien Krankenhaus Siegen

Prof. Dr. Ilka Ott,  
Tagungsleiterin der Jahrestagung 2026  
Helios Klinikum Pforzheim

### Sekretär der ALKK:

Prof. Dr. Joachim Ehrlich, Sekretär  
Josefs-Hospital Wiesbaden

# 40 JAHRE

**ARBEITSGEMEINSCHAFT  
LEITENDE  
KARDIOLOGISCHE  
KRANKENHAUSÄRZTE**

## IMPRESSUM

### Herausgeber:

ALKK e.V.  
Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf  
Tel.: 0211 45 49 925  
Fax: 0211 45 49 926  
geschaeftsstelle@alkk.de  
www.alkk.de

### Realisation, Gestaltung & Druck:

creart  
Die Werbeagentur.  
Die Werbeproduktion.  
Lindenstraße 30  
36037 Fulda  
info@creart.de  
www.creart.de

Wir bitten um Verständnis,  
dass wir im Textteil zur Verein-  
fachung auf akademische Titel vor  
den Namen verzichtet haben.



[www.alkk.de](http://www.alkk.de)