

## 22. DGN-Chefärztetag 2019 in Kassel

*Von der Kommission Leitende Krankenhausneurologen der DGN (Protokoll-verantwortlich: W. Heide)*

Die 22. Jahrestagung der Leitenden Krankenhausneurologen fand am 8. März 2019 (11.00 – 16:30) im Kongress Palais Kassel statt (H4 Hotel Kassel, Baumbachstr. 2, 34119 Kassel), organisiert durch die DGN-Kommission 1.12. Leitende Krankenhausneurologen und die DGN-GmbH/Kongressorganisation (Antje Herwig-Landry und David Friedrich-Schmidt), unter Leitung von Professor Frank Erbguth (FE), dem Sprecher der Kommission, und seines Stellvertreters Professor Wolfgang Heide (WH). Das Programm fand großen Anklang, was die Teilnehmerzahl von 160 zeigt. Die Tagung wurde wieder komplett ohne Industriesponsoring von der DGN finanziert.

### **Thementeil 1: Begrüßung, Aktuelles aus der DGN, der Kommission und von den Jungen Neurologen**

Vorsitz: Frank J. Erbguth (Nürnberg), Wolfgang Heide (Celle)

#### ***Begrüßung und Kurzvorstellung neuer Chefärzte und Kommissionsmitglieder (W. Heide, Celle):***

Nach Begrüßung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und Dank an die DGN-Kongress-Organisation und den DGN-Vorstand für die wieder sehr professionelle Organisation der Tagung und die großzügige finanzielle Unterstützung stellte WH die Mitglieder der Kommission 1.12. vor und begrüßte die neuen Kommissionsmitglieder: Prof. Andreas Bitsch (Neuruppin), Prof. Stefan Isenmann (Moers) und Prof. Martin Marziniak (München-Haar). Anschließend stellten sich die neu hinzu gekommenen Chefärztinnen und Chefärzte kurz persönlich vor.

Für den nächsten Chefärzte-Tag ist als Datum der 06.03.2020 vorgesehen, der sich nicht mit Schulferien überschneidet, er soll entweder an bewährter Stelle in Kassel stattfinden oder alternativ in Erfurt. Eine Kurzabfrage unter den Teilnehmern fiel unentschieden aus, so dass die Bitte an die Kongressorganisation besteht, eine kurze elektronische Abfrage über den Chefarzt-Verteiler durchzuführen.

#### ***Vortrag 1: Neues und Perspektiven aus der DGN (P. Berlit, Berlin)***

Prof. P. Berlit, der Generalsekretär der DGN und ehemalige Sprecher der Kommission 1.12., berichtete aus dem Vorstand der DGN:

- Weiter ansteigende Mitglieder-Entwicklung, auf 9.427 am 01.03.2019 (in 2018 gab es 488 neue Mitglieder) ausgewogene Altersverteilung.
- Alle DGN-Kommissionen werden derzeit vom Vorstand überprüft, inaktive Kommissionen sollen geschlossen werden.
- Neue Partner der DGN: Die Agenturen ADVERB für Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation und „Albersconcept“ für die Pressearbeit, als Ersatz für Fa. AlbertZWEI, mit der zum 30.09.2018 der Vertrag gekündigt wurde. Die DGN Dienstleistungsgesellschaft mbH kümmert sich weiter um den Kongress, die DGN-Fortbildungen, das Editorial Office der Leitlinien, die Mitgliederbetreuung und den Stellenmarkt. Das DGN-Forum auf den Kongressen wird ab 2019 von P. Berlit betreut.
- Neuer Stellenmarkt der DGN: „Neurojobs“, über Webseite [www.dgn-neurojobs.org](http://www.dgn-neurojobs.org), richtet sich an Arbeitgeber und Stellensuchende, d. h. es gibt in der Rubrik „Für Bewerber“ Tipps für die Bewerbung, in der Rubrik „Klinik“ Präsentationen der neurologischen Weiterbildungskliniken und deren Konzepte. Alle Chefärzte sind aufgerufen, Ihre Klinik dort zu registrieren. Laufende professionelle Optimierung über Google.
- Neu: Zwei Pharma-unabhängige regionale Fortbildungen der DGN in 2019:
  - „DGN Neurologie-Symposium“, im August in Berlin-Brandenburg (Leitung Prof. Jürgen Faiss, Teupitz), im November im Ruhrgebiet (Leitung Prof. Roland Veltkamp, Essen).
- DGN-Facharzt-Repetitorien: werden ab 2020 durch die DGN gestaltet als alleiniger Veranstalter, wissenschaftliche Leitung durch die jeweiligen Chefärzte/Ordinarien und P. Berlit. TN-Gebühren 400/500 Euro zzgl. Hotel- und Reisekosten, Minimum 60 TN, Referentenhonorar 500 Euro. Bisher etabliert in Kiel/Lübeck, Essen, Jena, Leipzig/Dresden, Bamberg, Mannheim und München/Ingolstadt, angestrebt in Hamburg, Hannover, Berlin und Köln.

- DGN-Kongress: Rekordteilnehmerzahl bei der Neuro-Woche 2018 von 7129, 1100 Vorträge. Neuerungen wie all-in-1-Ticket, Pflegeprogramm, E-Learning, bench-to-bedside und open-stage neuroscience sollen fortgeführt werden, beim nächsten DGN-Kongress 25. – 28.09.2019 in Stuttgart mit Schwerpunkt „Personalisierte Therapieansätze“. Die Abgrenzung von der Industrie und größtmögliche Transparenz soll weiter optimiert werden. Alle Themen der Industriesymposien werden auch im DGN-Hauptprogramm angeboten, und parallel zu den Industrie-Symposien finden interessante Kongress-Sessions statt. Die Kooperation der DGN mit der Industrie wird weiterhin bei den Jahreskongressen nötig sein (Vermietung von Flächen, Ausrichtung von Symposien), Überschüsse fließen in die Nachwuchs-Förderung und die Stiftung. In 2019 ist ein Industrie-Round-Table der DGN mit den Veranstaltern der Industrie-Symposien geplant.
- Wichtige Themen der DGN (Frau Prof. Klein): Nachwuchsförderung, seltene Erkrankungen und Forschungsförderung, ferner das Programm RE Imagine Medicine als Cross-Mediaprojekt zur Standortbestimmung der Neurologie hinsichtlich Interessenkonflikten. Für das neue DGN-Logo ist die Firma Mattweis zuständig (wurde dafür beim ICMA mit der Silbermedaille ausgezeichnet).
- Interprofessioneller Gesundheitskongress Dresden am 05. und 06.04.2019, veranstaltet vom Springer-Medizin-Verlag mit rund 800 Teilnehmern inklusive Pflege, Krankengymnastik, Logopädie, MFA etc., seit 2019 erstmals unter Beteiligung der DGN mit zwei Modulen am 06.04.2019: Ab 09:00 Uhr P. Berlit über interprofessionelle Versorgung neurologischer Erkrankungen und ab 13:30 Uhr J. Faiss über spezialisierte Pflege in der Neurologie
- Leitlinien der DGN: Aktuell 90, davon 5 auf S3- und 20 auf S2-Niveau, 500 Autoren, viele COI-frei. Verbreitung über DGN, AWMF und Fachzeitschriften. Derzeitige Arbeit an interdisziplinären Leitlinien, u.a. neuropathischer Schmerz. Einige müssten schnell überarbeitet werden (z. B. Kopfschmerz, Schlaganfall-Prävention). Seit 2016 werden die Interessenskonflikterklärungen der Autoren/Koordinatoren extern begutachtet. In 2018 wurden 19 Leitlinien aktualisiert, im ersten Quartal 2019 bereits drei (CJD, Liquor-Unterdruck und virale Meningoenzephalitis). Demnächst erscheinen PNP, ITH und Spastik-Therapie, weitere 26 sind für 2019 geplant.
- Bezüglich der Schlaganfall-OPS 08-981 haben die neuen Formulierungen im OPS 2019 und die vom BMG angewiesene Klarstellung des DIMDI das Problem „grundsätzlich erfüllbar“ nicht gelöst. Ein DSG-Vorschlag zur Neuformulierung wurde beim DIMDI eingereicht, ein Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes ist zu erwarten, die Kassen wollen die kleinen Zentren reduzieren. Die DGN habe sich bewusst nicht eingebracht, sie werde im Verfahren gehört werden müssen.
- Neue DGN-Zeitschrift „DGNeurologie“: Die Zeitschrift sei bislang ein Erfolg, unter Schriftleitung von P. Berlit und weiteren 17 Herausgebern unter Einbeziehung der Jungen Neurologen, mancher Chefärzte und eines Rechtsanwaltes. Als neue praxisbezogene Rubriken werden „Konsensus“ und „im Focus“ integriert. Die CME-zertifizierten Fortbildungen müssen den Richtlinien der Ärztekammer Nordrhein entsprechen und eine COI-Erklärung enthalten. Alle Anwesenden werden aufgefordert, Beiträge einzureichen. Die englischsprachige DGN-Zeitschrift „Neurological Research and Practice“ (Herausgeber W. Hacke) ist auch erschienen, es handelt sich um ein open access-Journal, der Impact-Faktor ist noch nicht ermittelbar.
- International Outreach: Für die DGN-Jahreskongresse wird jährlich ein Gastland eingeladen, in 2019 Österreich, 2020 die Schweiz und 2021 Spanien, mit aktiver Beteiligung. Ferner gibt es Scholarships für Forschungskurzaufenthalte, in Kooperation mit der EAN, analog zur ANA.

### ***Vortrag 2: Aktuelles und Perspektiven der Neurologischen Chefärzte und der Kommission (F. Erbguth, W. Heide)***

F. Erbguth gab einen Überblick über die Arbeitsbereiche und Aufgaben der Chefarztkommission 1.12. als Interessenvertretung der Neurologischen Chefärzte in der DGN und nach außen, ferner als Forum für Information, Diskussion und Hilfestellung, Sammlung, Bearbeitung und Transmission von Problemen sowie Vertretung der chefarztrelevanten Themen in den einzelnen DGN-Kommissionen. Hierfür gibt es eine thematische Aufteilung der einzelnen Kommissionsmitglieder. Schwierig seien die zum Teil divergierenden Interessen neurologischer Kliniken je nach Versorgungsauftrag. Neu ist, dass ein Kommissionsmitglied (C. Kosinski) jetzt im BDN-Vorstand vertreten ist, was die berufspolitischen Aktivitäten der Kommission deutlich stärkt.

Zu bearbeitende Themen sind der gesundheitspolitische Kontext der Krankenhäuser, z. B. bezüglich dualer Finanzierung, ökonomischem Selektionsdruck, Ansprüchen der Bevölkerung und Personal-mangel etc. In 2018 war besonderes Thema das BSG-Urteil zum Schlaganfall-OPS 8-98b „Causa Daun“ und die Folgen (s. Thementeil 3). Weitere Themen sind Digitalisierung, besonders in der Perspektiven-Kommission, mit mobilen Gesundheits-APPs, Notfallmedizin, Intensivmedizin (TPG-Gesetz 17.01.2019), Musterweiterbildungsordnung und Personalmangel im Arzt- und Pflegebereich. Last not least: Alle sind aufgefordert, den Wartenberg-Preis zu bewerben für außeruniversitär ent-standene wissenschaftliche Arbeiten.

**Vortrag 3: Die Jungen Neurologen - aktuelle Aktivitäten und Perspektiven (Dr. Sophie Aschenberg, Köln, Sprecherin der Jungen Neurologen):**

- Rückblick 2018: 5 Summerschools inklusive Clinical Summer School, 10 x „Dein Tag in der Neuro-logie“, 10 neue Mentoren-Kontakte, 17 Veranstaltungen und 150 Stipendiaten bei der Neuro-Woche, Teilnahme an Meetings des EAN-Nachwuchses und des Bündnisses Junger Ärzte sowie des BDN-Vorstands. Ferner Übergabe der Unterschriftensammlung zur Flexibilisierung des Rota-tionsjahres Psychiatrie an den Präsidenten der BÄK.
- Berufsstarter-Broschüre der Jungen Neurologen wird sehr empfohlen mit wichtigen Übersichten über die DGN, die Weiterbildungsordnung, rechtliche Fakten und Fortbildungsmöglichkeiten so-wie praktischen Ratschlägen zur Organisation im Klinikablauf, erhältlich über die Webseite der DGN.
- Weiterbildungs-Check wird für alle Kliniken empfohlen: Er enthält einen Fragenkatalog zur neuro-logischen Weiterbildung an einzelnen Kliniken, eine interaktive Plattform auf der Homepage der Jungen Neurologen, die Präsentation von Weiterbildungskonzepten der einzelnen Kliniken und für den Assistenzarzt Informationen über Qualität der Weiterbildung vor der Bewerbung. Pass- wort: WBjunos2018!
- Europaweite Weiterbildungsumfrage 2019 mit Erhebung zu Struktur und Inhalten der WB Neuro-logie, dafür internationaler Fragebogen mit 29 Fragen, Verbreitung und Beantwortung durch RRFs (EAN-Nachwuchsorganisation)-Vertreter in 30 Ländern. Veröffentlichung im Herbst 2019 geplant.
- Prüfungscoaching neu ab 2019: Simulation des mündlichen Examens im Rahmen eines eintägigen Kurses für PJ-studierende, von Prof. Klaus Jahn, Bad Aibling, und den Jungen Neurologen einge-führt, letztere stellen Konzept, Planung und Bewerbung zur Verfügung, die Organisation erfolgt durch den entsprechenden Weiterbildungs-Befugten. Es ist eine gute Möglichkeit, mit den Be-werbern um Weiterbildungsstellen früh in Kontakt zu treten.

**Vortrag 4: Ökonomisierung in der Medizin (P. Berlit & G.J. Jungehülsing, Berlin)**

P. Berlit stellt kurz das DGN-Projekt RE imagine Medicine vor, das seit Sommer 2018 als App und über das Internet läuft ([www.re-imagine-medicine.de](http://www.re-imagine-medicine.de)). Es fragt insbesondere Problemfelder durch die Ökonomisierung der Medizin im klinischen Alltag ab. Jeder in der Neurologie tätige sollte daran teil-nehmen, die Chefärzte werden aufgerufen, in den Klinikkonferenzen dafür zu werben. Jeder Klinik-arzt steht im Spannungsfeld zwischen dem DRG-System auf der einen Seite, das die Krankenhäuser zu kostenorientierten betriebswirtschaftlich orientierten Unternehmen macht (mit Eigenfinanzierung von Investition, Rendite-Erwartungen, Aufruf der Geschäftsführungen zu Steigerung von Fallzahlen und CMI ) und auf der anderen Seite dem Bestreben, eine glaubwürdige und Werte-basierte, aber auch realistische Medizin zu betreiben, neue Themenfelder und Inhalte zu besetzen und strukturelle Veränderungen als Ärzte mitzugestalten in einer zunehmend komplexeren Medizin mit dynamischer Wissensbeschleunigung. Dafür sollten Ärzte vermehrt zurückkehren in die Führungsverantwortung in den Krankenhäusern und der Versorgungsmedizin, als Leitfiguren, Gestalter und Vermittler zwischen Patienten und Gesundheitssystem, im Schulterschluss mit Pflege und Management. Derzeit verhiel-ten sich Ärzte noch zu passiv. „Wenn einer etwas verändern kann, dann die Ärzte!“.

**Thementeil II: Pflegemangel**

Vorsitz: Christoph Kosinski (Aachen), Jürgen Faiss (Teupitz)

**Vortrag 1: Pflegesituation Neurologie und die neue Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung): Situation und Perspektiven 2019 (Thomas Krakau, Leiter Konzernbereich Pflege, Asklepios, Hamburg)**

- Die Gründe für den Pflegemangel sind vielfältig, u.a. der sog. doppelte Fachkräftemangel (Abnahme von Bewerbern bei gleichzeitig steigendem Bedarf), bedingt durch die demographische gesellschaftliche Entwicklung.
- Geschätzte Bedarfssteigerung an Pflegekräften bis 2035 um circa 32%.
- Die Entwicklung der Personalbesetzung an Krankenhäusern in Deutschland wird kurz skizziert. Obwohl ein Mehrbedarf schon seit mindestens 1993 bekannt war, wurden allein von 1997 bis 2007 33.000 Stellen aus wirtschaftlichem Druck abgebaut. Derzeit ist der Pflegemangel auf über 100.000 Stellen angewachsen, jedoch mit deutlichen regionalen Unterschieden. Zwischen den Bundesländern schwanken die Angaben zwischen 5 bis 28%. Der Pflegemangel ist damit jetzt schon vielfach spürbar, dramatisch wird es aber erst in den nächsten 5-8 Jahren.
- Das Problem ist bei Krankenhausbetreibern und der Politik angekommen, die bisherigen Konzepte wie "mehr Ausbildungsplätze", "mehr Wertschätzung", "Abwerbbeprämien", "ein wenig bessere Bezahlung", "runde Tische", greifen aber nach Meinung des Referenten zu kurz.
- Auch die Idee des "Pflegestärkungsgesetzes" ist prinzipiell zu begrüßen, komme aber zu spät, denn der Bewerbermarkt sei leer.
- Die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung greift zunächst nur für die Bereiche Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie. Die Neurologie soll vermutlich neben Herzchirurgie ab 2020 berücksichtigt werden. Die Berechnung der Pflegeschlüssel wird kritisch gesehen, auch dass hier nur examinierte Pflegekräfte berücksichtigt werden. Strafzahlungen in Größenordnungen von ca. 17.000 € pro Monat pro fehlende Pflegekraft sind zu erwarten. Als Konsequenz werden Intensivbetten jetzt schon gesperrt, ggfs. könnten auch Stationsschließungen und Krankenhausschließungen drohen. In jedem Fall kommt ein erheblicher Dokumentationsmehraufwand auf die Krankenhäuser und Mitarbeiter zu.

**Vortrag 2: Kommentar und Diskussion aus Sicht der DGN-Task Force Pflege (A. Grau, Ludwigshafen)**

- Die enge Korrelation zwischen Pflegedichte und Versorgungsqualität ist wissenschaftlich sicher belegt (Verweis auf Vortrag von Armin Grau bei Ltd Krankenhausneurologen 2018).
- Die durchschnittliche Dichte der Pflegebesetzung in deutschen Krankenhäusern liegt im OECD-Vergleich unter den Schlusslichtern.
- Vorschläge der Pflege Task Force der DGN für Pflegeschlüssel auf neurologischen Stationen (Pflegekräftezahl : Patientenzahl):
  - Normalstation: Frühdienst 1:7, Spätdienst 1:7, Nachtdienst 1:14
  - Stroke Unit: Frühdienst 1:3, Spätdienst 1:3, Nachtdienst 1:4
  - Intensivstation: Frühdienst 1:2, Spätdienst 1:2, Nachtdienst 1:2
- These: Es gibt genug Pflegekräfte, jedoch müssten diese länger in ihrem Beruf arbeiten. Derzeit verlassen die Pflegekräfte bereits nach durchschnittlich 8-9 Jahren ihren Beruf. Aufgabe sei es daher, den Beruf wieder attraktiver zu machen u. Pflegekräfte für den Beruf zurück zu gewinnen.
- Die AG habe sich ferner gegen ein Sanktionssystem der Pflegeuntergrenzen ausgesprochen.

**Preisverleihungen**

Vorsitz: Frank J. Erbguth (Nürnberg), Karl Wessel (Braunschweig)

**Romberg-Glas 2019 an Prof. Dr. Helmut Buchner, Recklinghausen (Laudatio: A. Ferbert, Kassel)**

Das Romberg-Glas wird jährlich von der Kommission „Leitende Krankenhausärzte“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie e.V. (DGN) an neurologische Chefärzte verliehen, die über die klinische Arbeit hinaus wesentliche und besondere Verdienste um die Deutsche Neurologie erworben haben. Am Freitag, den 08. März 2019, wurde Prof. Dr. med. Helmut Buchner, Recklinghausen, auf dem Treffen der Leitenden Krankenhausneurologen in Kassel mit dieser hohen Auszeichnung geehrt. Ein besonderer Schwerpunkt der beruflichen Tätigkeit von Prof. Buchner war und ist die Elektrophysiologie. Er widmete sich den somatosensorisch evozierten Potentialen (SEP) und untersuchte methodisch auf höchstem Niveau wichtige Forschungsfragen wie „Wie entstehen SEPs?“, „Wie ist ihre Feldverteilung im Kortex?“ oder „Was ist `Gating´ bei SEP?“. Auch erforschte er den Einfluss von Vib-

ration auf verschiedene SEP-Komponenten. Prof. Buchner ist Schriftleiter von zwei elektrophysiologischen Zeitschriften („Klinische Neurophysiologie“ und „Das Neurophysiologielabor“), was seine hohe Expertise in diesem Forschungsbereich dokumentiert. Außerdem hat sich Prof. Buchner einen exzellenten Ruf als Kliniker erworben. Im Jahr 2000 wurde er zum Chefarzt der Neurologischen Klinik in Recklinghausen gewählt und hat in seiner Klinik ein neurovaskuläres Netzwerk aufgebaut, das bereits damals den heutigen Kriterien der Dt. Schlaganfallgesellschaft entsprach. Da er seine neurologische Facharztausbildung in Aachen absolviert hatte, war er „von Hause aus“ ein anerkannter Schlaganfall-Experte, denn in Aachen wurden bereits in den achtziger Jahren Lysen beim Schlaganfall durchgeführt, lange bevor diese Therapie in anderen Teilen der Republik Einzug in den Klinikalltag erhielt. „Helmut Buchner ist ein national, aber auch international renommierter Neurologe und Elektrophysiologe, den immer auch eine besondere Kreativität ausgezeichnet hat“, erklärte sein Wegbegleiter Professor Dr. med. Andreas Ferbert, Kassel. „Das zeigen auch die insgesamt sechs eigenen Buchprojekte, zu deren Umsetzung er immer wieder auch unkonventionelle Kooperationen eingegangen ist, sei es mit einem Mathematiker aus Homburg oder mit einem Informatiker aus Amsterdam. Ich freue mich, dass Prof. Buchner heute mit dem Romberg-Glas eine der höchsten Ehrungen unserer Fachgesellschaft erhält.“

### **Wartenberg-Preis 2019 (Laudatio K. Wessel, Braunschweig)**

Der Robert Wartenberg-Preis 2019 geht an Herrn Dr. Ralph Werner, der seit 1999 an der Neurologischen Klinik des Katholischen Klinikums Koblenz tätig ist, seit 2005 als Oberarzt. Dr. Werner erhält den Preis für seine Arbeiten zum Thema „Angioödeme bei akutem Schlaganfall“. Er hat dazu demographische, klinische und bildgebende Daten gesammelt und Risikofaktoren (rtPA, ACE-Hemmer) identifiziert. Ein besonderes Interesse seiner Arbeiten lag auch bei der Frage, warum diese Angioödeme meist kontralateral zum Infarkt auftreten. Dazu wurden (auch mittels automatisierter Bildverarbeitung) MRT-Daten analysiert. Dr. Werner konnte zeigen, dass vor allem insuläre Cortex-Anteile beteiligt sind, und Hypothesen dazu vorlegen, wie eine entsprechende pathophysiologische Kaskade aussehen könnte. Zuletzt hat er Patienten mit akutem halbseitigen Angioödem beschrieben, die ausschließlich insuläre Infarkte (ohne rtPA-Behandlung) bzw. eine nicht-ischämische Insellesion hatten. Daraus konnte er die pathogenetische Bedeutung spezifischer Hirnareale ableiten und Angioödeme von einer bloßen allergischen Reaktion abgrenzen.

Dr. Werner hat diese Ergebnisse mehrfach international vorgetragen und in der Zeitschrift „Cerebrovascular Diseases“ hochrangig publiziert. Die „Kommission der Leitenden Krankenhausärzte“ der DGN gratuliert Herrn Dr. Werner als absolut würdigem Träger des Robert Wartenberg-Preises 2019.

### **Thementeil 3: BSG-Urteil OPS 8-98b: Fakten, Aktivitäten, Folgen und Perspektiven**

Vorsitz: Uta Meyding-Lamadé (Frankfurt/Main), Frank J. Erbguth, Nürnberg

#### ***Podiumsdiskussion mit Darstellung aus Sicht der DGN (DRG-Kommission), des BDN und der DSG (Reinhard Kiefer, Rotenburg/W.; Uwe Meier, Grevenbroich; Armin Grau, Ludwigshafen)***

Prof. Kiefer, Prof. Erbguth, Dr. Meier und Prof. Grau berichten über die „Schlagkräftige Kooperation der DGN, DSG und des BDN“: Aufgrund der raschen und unkomplizierten Zusammenarbeit des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, vertreten durch Prof. Berlit, der DRG-Kommission der DGN, vertreten durch Prof. Kiefer, und der Kommission der Leitenden Krankenhausärzte, vertreten durch Profs. Erbguth und Heide, wie aber auch durch die Unterstützung des BDN durch Dr. U. Meier und RA Dr. Ingo Pflugmacher, konnte erreicht werden, dass derzeit ein vom BMG empfohlenes politisches „Stillhalteabkommen“ praktiziert wird. Es gelang, die Auswirkungen des BSG-Urteils vom 19.6.2018 zum Schlaganfall-OPS 8-98b („Causa Daun“) durch die aktuell neue Gesetzgebung des PPSG und die Klarstellung des DIMDI („Transportzeit ist die Zeit, die der Patient im Transportmittel verbringt.“) wesentlich zu entschärfen. Dennoch besteht weiterhin die Transportzeit von 30 Minuten mit Rückforderungsfrist der Kassen von jetzt zwei Jahren. Zudem sind Termini wie „grundsätzlich“, „Abteilungen“ und „Kooperationsverträge“ nicht weiter geregelt. Die Kassen versuchen weiter, vielen Häusern den Stroke-OPS strittig zu machen, besonderes den „Trittbrettfahrern“ (es gibt 460 OPS-Abrechner, davon 324 zertifizierte Stroke Units). Daher ist hier keine endgültige Entwarnung zu geben. Alle Neurologischen Fachgesellschaften sind sehr darum bemüht, einerseits die flächendecken-

de Schlaganfallversorgung aufrecht zu erhalten und nicht zu gefährden, auf der anderen Seite die Qualität auf hohem Niveau zu erhalten und im Konsens mit den Kassen die Zahl der „Trittbrettfahrer“ zu reduzieren.

Dazu muss der OPS 8-981 neu formuliert werden. Die Arbeitsgruppe „Schlaganfall-OPS“ bestehend aus P. Berlit (DGN-Vorstand), O. Busse (DSG), A. Grau (DSG), M. Grond (DGN), F. Erbguth (DGN-Chefarztkommission) und R. Kiefer (DGN-DRG-Kommission) hat sich dazu im November 2018 beim DIMDI (Frau Dr. Krause) getroffen mit dem Vertreter des GKV-Spitzenverbandes Dr. H. Bentlage und den Vertretern der DKG (Frau Dr. N. Schlottmann) und danach die Aufgabe erhalten, bis zum 28.2.2019 einen konsensfähigen Vorschlag zur Neuformulierung des OPS 8-981 einzureichen. Die DRG-Kommission hat dazu unter Leitung von R. Kiefer einen Vorschlag erarbeitet mit einem dreistufigen OPS-Modell, das als höchste Stufe alle neurologischen Kliniken zusammenfasst, die die interventionell-radiologischen und neurochirurgischen Leistungen am eigenen Haus erbringen, gefolgt von je einer Ziffer für die regionalen neurologischen Stroke Units und die teleneurologisch betreuten Stroke Units. Dabei wurden strittige Begriffe wie „Transportzeit, Abteilung, grundsätzlich“ etc. vermieden. Durchgesetzt hat sich aber letztlich ein Vorschlag der DSG, der von A. Grau vorgestellt wurde. Er orientiert sich an den bisherigen OPS-Texten, vermeidet aber den Begriff Transportzeit und fordert unter anderem die Vorhaltung des Perfusions-CT für den OPS 8-981, nicht aber für den 8-98b. Dieser Vorschlag wurde fristgerecht beim DIMDI eingereicht. Die DGN hat auf einen eigenen Vorschlag verzichtet, muss aber in der Folge gehört werden. Zudem wird befürchtet, dass die Kassen einen eigenen Vorschlag einreichen, der nicht den fachneurologischen Vorstellungen entspricht.

Durch Vorgaben im Sinne einer möglichst hohen Qualität könnte es kleinen Stroke Units unmöglich gemacht werden, die Patienten adäquat zu versorgen. Dadurch wäre nicht nur die flächendeckende Schlaganfall-Versorgung stark gefährdet, sondern auch die wirtschaftliche Existenz vieler Schlaganfallstationen; von den bundesweit mittlerweile 324 zertifizierten Stroke Units könnten beispielsweise nicht einmal 50 die Forderung einer eigenen Abteilung für interventionelle Neuroradiologie erfüllen, deshalb wurde von solchen Forderungen abgesehen.

Allein in Niedersachsen sind derzeit noch etwa 10.000 Klagen der Krankenkassen anhängig, in allen Bundesländern sind es insgesamt noch etwa 200.000 Klagen. Strategie der Kassen ist es, durch differente Interpretation von Begriffen wie „grundsätzlich“, „eigene Abteilung“ (müsse lt. Kassen im Landesbettenplan aufgeführt sein) und „Kooperationsverträge“ (müsse lt. Kassen zwischen den Geschäftsführungen abgeschlossen sein und Formulierungen wie „ständig aufnahmebereit“ enthalten) den Stroke Units die Abrechnung des OPS zu verweigern. R. Kiefer und andere halten es daher für sinnvoll, solche strittigen Begriffe zukünftig im OPS zu vermeiden.

#### **Thementeil 4: Notfallneurologie und Stroke Unit Zertifizierung**

Vorsitz: Michael Schwarz (Dortmund), Stefan Isenmann (Moers)

##### ***Vortrag 1: Update Neurologische Notaufnahme / Notfallmedizin / Umsetzung GBA-Beschluss 2019 (Helge Topka (München))***

Prof. Topka stellte das „gestufte System der Notfallstrukturen in Krankenhäusern“ gem. §136c Abs. 4 SGB 5 vor, das im April 2018 vom GBA beschlossen wurde. Er zeigte die Mindestanforderungen für Kliniken auf, die an der umfassenden Notfallversorgung, der erweiterten Notfallversorgung oder der Basisversorgung teilnehmen. Kritisch sind dabei v.a.: Intensivbetten, Aufnahmestation, 24h CT, Qualifikationen des ärztlichen Personals. Es wird (beabsichtigt) zu einem Konzentrationsprozess kommen, der die Inanspruchnahme einiger Häuser weiter strapazieren und die Existenz anderer grundlegend gefährden wird.

Es wird eine Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ eingeführt, deren Struktur bereits konturiert ist; die inhaltliche Ausgestaltung wird derzeit insbes. zwischen DIVI und DGINA verhandelt. Diese Zusatz-WB wird auch für Neurologen möglich sein. Dies ist angesichts der Häufigkeit neurologischer Krankheitsbilder in der Notaufnahme zu begrüßen, wird aber angesichts der personellen Situation und der Dichte des Curriculums viele Kliniken und Weiterbilder vor Probleme stellen.

Das Sachverständigengutachten „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ (2018) hat u.a. die Struktur und Patientenpfade der Notfallversorgung im Visier und will diese komplett neu

ordnen. Der Handlungsbedarf ist offenkundig. Allerdings bestehen aus fachlicher Sicht Bedenken hinsichtlich der Einbindung der neurologischen Fachkompetenz, wenn die vordringlichen Hauptziele dieser Notfallmedizin Folgende sind:

1. (vorrangig) Erkennen echter Notfälle und Abgrenzung von weniger dringlichen Fällen
2. Möglichst schnelle Weiterleitung der Patienten aus der Notaufnahme in andere (stat.) Bereiche, vor weitergehender Diagnostik und spezifischer Therapie.

Einerseits wird die neurologische Differentialdiagnostik und -therapie absehbar zu spät eingebunden werden (z.B. Abklärung fachbezogener Ursachen von Bewusstlosigkeit, Delir oder respiratorischer Insuffizienz); andererseits werden die neurologischen Normalstationen zu schnell fachfremd oder unnötig belegt (z.B. Kopfschmerz bei Sinusitis; Delir bei Urosepsis; „DD unklarer Schwindel“ bei eindeutigem BPLS). Hier sollten wir Neurologen auch mit der Fachgesellschaft in der Diskussion und Ausgestaltung beteiligt bleiben.

### **Vortrag 2: Aktualisierte Stroke Unit Zertifizierungskriterien (Darius Nabavi, Berlin)**

Prof. Nabavi stellte die neuen Stroke Unit Zertifizierungskriterien vor, die kürzlich im Nervenarzt online publiziert wurden (<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00115-018-0633-y>). Anfang Januar 2019 waren 324 Stroke Units zertifiziert, davon 195 regional, 113 überregional, 15 telemedizinisch vernetzt. In der zitierten Publikation werden die Neuerungen 2018 dargestellt, und zwar einmal im Wortlaut sowie auch mit Empfehlungen der Stroke Unit Kommission hinsichtlich Intention und Ausgestaltung. Betroffen sind insbesondere die Bereiche

- Leistungszahlen (> 80% der Schlaganfälle auf SU; < 40% Pat. ohne Schlaganfall auf SU)
- Neuroradiologie in ÜR-SU: > 80% zeitliche Abdeckung vor Ort
- CTA/MRA in > 20% der Fälle angewandt; ÜR-SU: Perfusionsbildgebung
- Ätiologische Diagnostik: > 80% ECD/TCd; erweitertes Konzept VHF-Detektion
- Für große SU (ab 12 Betten) oder größere Kliniken (ab 60 Betten) 2. Tagdienst am WE (8h/Tag)
- Pflegepersonal: einheitliche Besetzung R-/ÜR-SU (1,75 VK/Bett), Degression ab Bett 9 u. Bett 13
- SU-Team: gegenseitige Vertretung von Ergo- und Physiotherapie ist möglich bei individuell nachzuweisender Schulung
- QS-Doku.: > 90%; einbezogen sind auch Fälle mit minimalem Datensatz; regelmäßige interne Ergebniskommunikation gefordert
- 1 Zwischenaudit in 3 Jahren

### **Moderierte Podiums- und Plenumsdiskussion: SU-Zertifizierungskriterien zwischen Qualitätssicherung und Alltagstauglichkeit**

*Darius Nabavi (Berlin) – Wolfgang Heide (Celle) – Stefan Isenmann (Moers)*

Die Diskutanten bekannten sich allesamt zum Konzept der SU-Zertifizierung, die als Erfolgsmodell bezeichnet werden darf. Kritische Punkte bezügl. der aktuellen Praxis betrafen die folgenden Aspekte:

- Eingriff in Dienstmodelle in größeren Stroke Units bzw. Kliniken, wo Stellenbesetzung und/oder die Bereitschaft der Assistenten bspw. die z.T. geforderte Einführung eines 2. WE-8h-Tagdienstes kaum erlauben. → Hier sollten weiter flexible lokale Lösungen diskutiert werden, ggf. auch nach einer zeitweisen Dokumentation der tatsächlichen Inanspruchnahme. Auditoren und Kommission sollten dabei nicht zu kritisch sein und das vor Ort Leistbare im Auge behalten. Die Einforderung zusätzlicher Dienste ist in der aktuellen Situation nicht unbedingt „Unterstützung“ in der Diskussion mit der Geschäftsführung, wenn das Personal nicht zur Verfügung steht.
- bei den Audits kritische Kommentierung von eigentlich nicht dem Kernbereich zugehörigen Aspekten durch LGA InterCert/TÜV (z.B. Entsorgung, Strahlenschutz, Medikamentenlagerung, -kennzeichnung, Dokumentationssysteme). → Dies zu befolgen wird letztlich auch unter Aspekten der Arbeitssicherheit unumgänglich sein.
- wirtschaftliche Aspekte: 324 SU sind zertifiziert, aber > 460 Einheiten rechnen den OPS ab, mutmaßlich mit geringerem Personalaufwand, niedrigeren Standards und paradoxer Weise damit wirtschaftlich ertragreicher (sog. „Trittbrettfahrer“). → Hier kann die Kommission nicht direkt Einfluss nehmen, das Problem sollte aber den beteiligten Akteuren (Fachgesellschaften, BDN) bewusst bleiben und ggf. politisch in der Gremienarbeit vorgebracht werden.