

**Pressekonferenz der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG)
zum Weltschlaganfalltag am 29. Oktober 2018**

**Weltschlaganfalltag: Ist die gute Versorgung in Deutschland gefährdet? ++
Neues zur Sekundärprophylaxe und zu Schlaganfall-Vorboten**

Termin: Donnerstag, den 25. Oktober 2018, 13:00 bis 14:00 Uhr

Ort: Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Raum 4

Anschrift: Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55, 10117 Berlin

Programm:

Von der regionalen Klinik bis zur spezialisierten Stroke Unit: über die Schlaganfallversorgung in Deutschland

Professor Dr. med. Darius G. Nabavi

Vorsitzender der Stroke-Unit-Kommission der DSG und Chefarzt der Klinik für Neurologie am Vivantes Klinikum Neukölln

Ist die Schlaganfallversorgung in Deutschland gefährdet? Auswirkungen des aktuellen Urteils des Bundessozialgerichts (BSG)

Professor Dr. med. Armin Grau

1. Vorsitzender der DSG, Direktor der Neurologischen Klinik mit Klinischer Neurophysiologie am Klinikum der Stadt Ludwigshafen

Schlaganfallversorgung in der Fläche sichern

Dr. Markus Wagner

Stroke-Unit-Beauftragter der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

Den zweiten Schlaganfall verhindern: neue Ansätze in der Sekundärprophylaxe

Professor Dr. med. Heinrich Audebert

Ärztlicher Leiter der Klinik und Hochschulambulanz für Neurologie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin

Hirnaneurysmen: Wie vorbeugen? Wann handeln?

Professor Dr. med. Helmuth Steinmetz

3. Vorsitzender der DSG, Direktor des Zentrums der Neurologie und Neurochirurgie am Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt

Moderation: Friederike Gehlenborg

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Friederike Gehlenborg

Pressestelle Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG)

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-295, Fax: 0711 8931-167

E-Mail: gehlenborg@medizinkommunikation.org



**Pressekonferenz der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG)
zum Weltschlaganfalltag am 29. Oktober 2018**

**Weltschlaganfalltag: Ist die gute Versorgung in Deutschland gefährdet? ++
Neues zur Sekundärprophylaxe und zu Schlaganfall-Vorboten**

Termin: Donnerstag, den 25. Oktober 2018, 13:00 bis 14:00 Uhr

Ort: Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Raum 4

Anschrift: Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55, 10117 Berlin

Inhalt:

Pressemitteilungen

Redemanuskripte

Professor Dr. med. Darius G. Nabavi

Professor Dr. med. Armin Grau

Dr. Markus Wagner

Professor Dr. med. Heinrich Audebert

Professor Dr. med. Helmuth Steinmetz

Lebensläufe der Referenten

Falls Sie das Material in digitaler Form wünschen, stellen wir Ihnen dieses gerne zur Verfügung. Bitte kontaktieren Sie uns per E-Mail unter:

gehlenborg@medizinkommunikation.org

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Friederike Gehlenborg

Pressestelle Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-295, Fax: 0711 8931-167

E-Mail: gehlenborg@medizinkommunikation.org

Schlaganfall-Vorbote

Hirnaneurysma – wie vorgebeugt und gehandelt werden kann

Berlin, Oktober 2018 – Etwa 1,5 Millionen Menschen in Deutschland leben mit einem Hirnaneurysma, die meisten von ihnen zeitlebens unerkannt. Allerdings kann ein solches Aneurysma – also eine Gefäßaussackung – auch platzen und dann zu einer lebensbedrohlichen Blutung im Schädel führen. Diese Subarachnoidalblutung ist eine spezielle Form des Schlaganfalls. Um eine solche Blutung zu vermeiden, kann das Aneurysma verschlossen werden. Gängige Verfahren sind die neurochirurgische Operation („Clipping“) oder eine neuroradiologische Katheter-Intervention („Coiling“). Die Frage, ob eine Behandlung erfolgen soll oder nicht, wird vor allem dann schwierig, wenn ein Hirnaneurysma zufällig entdeckt wird – zum Beispiel bei einer Kernspintomografie des Kopfes, die aus einem ganz anderen Grund durchgeführt wird. Hier ist eine individuelle Abwägung des Risikos einer zukünftigen Blutung gegen das Risiko der Behandlung gefragt. Wann sollte das Aneurysma verschlossen und wann kann abgewartet werden? Gibt es eine risikolose Prophylaxe? Darüber diskutieren Experten der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) auf einer Pressekonferenz am heutigen Donnerstag, den 25. Oktober 2018 anlässlich des Weltschlaganfalltages am 29. Oktober.

„Das Risiko, dass ein zufällig entdecktes Aneurysma innerhalb der nächsten fünf Jahre platzt, liegt individuell zwischen etwa 0,5 und 18 Prozent“, so Professor Dr. med. Helmuth Steinmetz, 3. Vorsitzender der DSG. „Die Wahrscheinlichkeit ist abhängig von zahlreichen patientenindividuellen Faktoren. Hierzu zählen Größe, Lage und Form des Aneurysmas, aber auch Bluthochdruck und Lebensalter des Patienten.“ Bei der Entscheidung für oder gegen einen Verschluss des Aneurysmas würden Risiken und Nutzen abgewogen. „Vor allem bei kleinen Aneurysmen, älteren oder bereits anderweitig kranken Betroffenen kann das Risiko eines Eingriffs über dem Risiko einer Blutung liegen“, sagt Steinmetz, Direktor des Zentrums der Neurologie und Neurochirurgie am Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt. Solche Entscheidungen sollten am besten in sogenannten interdisziplinären neurovaskulären Zentren getroffen werden, in denen Experten aller beteiligten Fächer zusammensitzen.

Wenn man sich aus genannten Gründen gegen den Verschluss eines Aneurysmas entscheidet, so ergibt sich die Frage anderer vorbeugender Maßnahmen. Zum einen wird üblicherweise der weitere Verlauf mittels Magnetresonanztomografie (MRT) kontrolliert. „Wenn ein Aneurysma wächst, entscheiden sich die Experten dann oft doch für eine neurochirurgische Operation oder eine neuroradiologische

Katheter-Intervention, da wachsende deutlich gefährlicher als größenstabile Aneurysmen sind“, so der Experte.

Große Bedeutung kommt daneben einer effektiven medikamentösen Blutdrucksenkung zu. Derzeit untersuchen Experten der DSG gemeinsam mit holländischen Kollegen insbesondere, ob hierfür das übliche Therapieziel von systolischen Blutdruckwerten unter 140 Millimeter Quecksilbersäule (mmHg) ausreicht oder ob – wie für andere Gefäßkrankheiten bereits bewiesen – Zielwerte unter 120 mmHg systolisch den größeren Schutz für den Patienten bieten.

Schlaganfallversorgung in Gefahr: Urteil des Bundessozialgerichts könnte flächendeckende Versorgung verschlechtern

Berlin, Oktober 2018 – Ein Schlaganfall ist immer ein medizinischer Notfall, denn die Überlebenschancen hängen davon ab, wie schnell ein Patient behandelt wird. Die Qualität der Versorgung ist in Deutschland zwar derzeit vorbildlich – doch Experten der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) sehen diese durch ein aktuelles Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) als stark gefährdet an. Demnach müssen schwer betroffene Patienten bereits ab der Entscheidung für einen Transport innerhalb von nur 30 Minuten in ein spezialisiertes Zentrum verlegt werden können. Wenn das nicht eingehalten werden kann, ist die gesonderte Vergütung, die Einrichtungen bisher für die Spezialversorgung erhalten haben, für alle ihre Schlaganfallpatienten nicht mehr gesichert. Welche Auswirkungen hat dieses BSG-Urteil auf die Schlaganfallversorgung in Deutschland? Und was macht das Schlaganfallnetzwerk hierzulande derzeit so besonders? Darüber diskutieren Experten der DSG auf einer Pressekonferenz am heutigen Donnerstag, den 25. Oktober anlässlich des Weltschlaganfalltages am 29. Oktober.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat sich vor kurzem mit der Frage beschäftigt, unter welchen Bedingungen ein Krankenhaus die besondere Vergütung für Schlaganfallpatienten abrechnen darf. „Dabei interpretiert das BSG die geltende Vorschrift nun um“, sagt Professor Dr. med. Armin Grau, 1. Vorsitzender der DSG. „Bisher haben Krankenhäuser eine zusätzliche Vergütung für die Schlaganfallversorgung erhalten, wenn sie schwer betroffene Patienten innerhalb einer reinen Transportzeit von 30 Minuten in eine Spezialeinheit verlegen konnten.“ Laut dem aktuellen BSG-Urteil soll dieses Zeitfenster jedoch nun bereits ab der Entscheidung für einen Transport gelten.

„Als Ärzte sind wir für unsere Schlaganfallpatienten verantwortlich und setzen uns daher grundsätzlich für eine rasche Behandlung und bei Bedarf für eine zügige Verlegung in Spezialzentren ein“, so Grau. „Doch die zeitlichen Vorgaben müssen erfüllbar sein. Was das BSG nun fordert, kann jedoch selbst in Ballungszentren häufig nicht eingehalten werden.“ Das könnte zur Folge haben, dass Krankenkassen in zahlreichen Fällen die Zusatzvergütung, die Einrichtungen bisher für die spezielle Betreuung von Schlaganfallpatienten erhalten haben, für keinen dieser Patienten mehr bezahlen. „Krankenhäuser, die die geforderte Transportfrist nicht einhalten können, haben selbst bei Patienten ohne besondere Komplikationen, die gar nicht in Spezialzentren verlegt werden müssen, keinen Anspruch mehr auf Erstattung der anfallenden Kosten“, so Dr. Michael Brinkmeier, 1. Vorsitzender

der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe. „Dadurch ist die wirtschaftliche Existenz zahlreicher Schlaganfall-Einheiten hierzulande und somit auch die Versorgung vieler Patienten extrem gefährdet.“ Die Stiftung und die DSG fordern deshalb, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) aktiv wird – und Maßnahmen entwickelt, um die gute Schlaganfallversorgung in Deutschland aufrechtzuerhalten.

Doch was macht die momentane Versorgung hierzulande so vorbildlich? Das Erfolgskonzept liegt in der engen Kooperation zwischen regionalen Einrichtungen (regionalen Stroke Units) und spezialisierten Schlaganfallzentren – den überregionalen Stroke Units – begründet. Die ersten Einrichtungen dieser Art wurden bereits vor rund 20 Jahren eröffnet, mittlerweile sind es etwa 320. „Die meisten Schlaganfallpatienten werden in diesen Spezialeinheiten behandelt“, sagt Professor Dr. med. Darius Nabavi, Vorsitzender der Stroke Unit Kommission der DSG. „Die Wirksamkeit der Schlaganfallspezialstationen konnte durch viele internationale Studien überzeugend belegt werden. Auch das Risiko, dass schwer erkrankte Patienten pflegebedürftig werden oder sterben, wird durch diese Behandlung wirksam vermindert.“ Das Behandlungsprinzip in einer Stroke Unit beinhaltet eine räumliche Behandlungseinheit mit Überwachungsmonitoren sowie ein speziell geschultes, multiprofessionelles Team. Zum anderen sind bestimmte diagnostische und therapeutische Maßnahmen sowie ein System der Qualitätssicherung relevant. „Das System der deutschen Stroke Units hat im internationalen Vergleich Vorbildcharakter. Die Europäische Schlaganfallorganisation (ESO) etabliert auf dieser Basis ähnliche qualitative Mindeststandards für die europäische Schlaganfallversorgung“, so Nabavi abschließend. Dieses Niveau dürfe im Interesse der Patienten nicht gefährdet werden.

Schlaganfall – und dann?! Wie ein erneuter Hirninfarkt verhindert werden kann

Berlin, Oktober 2018 – Ein Schlaganfall kommt oft nicht alleine: Wer bereits einen Hirninfarkt erlitten hat, besitzt gegenüber Gleichaltrigen ohne Vorbelastung ein zehnfach höheres Risiko, erneut daran zu erkranken. Doch einem zweiten Schlaganfall kann effektiv vorgebeugt werden: Laut Experten der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) sind 90 Prozent des Erkrankungsrisikos auf behandelbare Faktoren wie Bluthochdruck, hohes Cholesterin, Vorhofflimmern oder Rauchen zurückzuführen. Sie empfehlen daher eine intensive präventive Behandlung – die aus ihrer Sicht hierzulande momentan zu kurz kommt. Was muss sich konkret ändern, damit mehr erneute Schlaganfälle verhindert werden? Darüber diskutieren Experten der DSG unter anderem auf einer Pressekonferenz in Berlin am heutigen Donnerstag, den 25. Oktober 2018 anlässlich des Weltschlaganfalltages am 29. Oktober.

„Seit vielen Jahren stehen hierzulande wissenschaftlich gesicherte Behandlungsstrategien wie Blutdrucksenkung, Cholesterinsenkung oder gerinnungshemmende Therapien zur Verfügung. Diese Strategien helfen nachweislich, einen erneuten Schlaganfall zu verhindern“, sagt DSG-Experte Professor Dr. med. Heinrich Audebert. „Problematisch ist jedoch, dass die verfügbaren Präventionsmaßnahmen in der Langzeitbehandlung nach einem Schlaganfall nicht konsequent genug genutzt werden.“

So hat eine Berliner Studie gezeigt, dass ein halbes Jahr nach dem Schlaganfall bei lediglich weniger als der Hälfte der Patienten verbreitete Risikofaktoren wie Bluthochdruck ausreichend eingestellt waren – eine solche Nachsorge sehen jedoch die Leitlinien vor. Nach Einschätzung von Audebert ist die Prävention in Deutschland damit im internationalen Vergleich zu wenig wirksam. „Viele Patienten könnten von einer intensiveren ambulanten Betreuung profitieren“, so der Ärztliche Leiter der Klinik und Hochschulambulanz für Neurologie an der Charité-Universitätsmedizin Berlin. „Zudem sind offensichtlich viele Betroffene nach dem Schlaganfall mit der Umsetzung der teilweise komplexen medizinischen Empfehlungen überfordert.“

Was müsste nun konkret passieren, damit die Prävention hierzulande effektiver wird? DSG-Experte Audebert fordert ein Umdenken: „Wir sollten den Schlaganfall nicht nur als akutes Notfallereignis verstehen, sondern vielmehr als chronische Erkrankung. Die starke Trennung zwischen

krankenhausbasierter Akutbehandlung und ambulanter Nachbetreuung macht eine wirksame und patientenorientierte Sekundärprävention zu einer großen Herausforderung.“

Mit einem überschaubaren Aufwand ist es nach Einschätzung von Audebert möglich, nach einem ersten Schlaganfall einen wesentlich besseren Schutz zu bewirken. „Unmittelbar nach der Erkrankung sollten gezielte Nachbetreuungsprogramme einsetzen“, meint der Neurologe. „Dafür ist es wichtig, dass die behandelnden Ärzte – sowohl in der Akuteinrichtung als auch in Hausarztpraxen – eng zusammenarbeiten.“

Zudem sei eine gute Logistik entscheidend. Besonders wichtig sind dabei gute Anbindungen an Kliniken mit Schlaganfallspezialeinrichtungen, sogenannten Stroke Units. „In Ballungszentren mit universitären Hochschulambulanzen ist dies natürlich eher gegeben“, so Audebert. „Für eine ideale Versorgung müssen jedoch bundesweit möglichst flächendeckend spezialisierte Ambulanzen eingerichtet werden.“ Solche Unterstützungsprogramme werden momentan von Schlaganfall-Experten hinsichtlich ihrer Effektivität untersucht, Studien dazu stehen teilweise kurz vor ihrem Abschluss. Die Ergebnisse der multizentrischen und internationalen Studie zur „Intensivierten Sekundärprävention mit Intention einer verringerten Rezidivrate bei TIA- und Minor-Stroke Patienten“ (INSPIRE-TMS-Studie) sollen beispielsweise im Frühjahr kommenden Jahres vorliegen.

Die Unterstützungsprogramme sollen dabei in Ergänzung zur Hausarztbehandlung und in enger Abstimmung mit den niedergelassenen Ärzten durchgeführt werden. „Ziel ist es, die Patienten in ihrer Eigenverantwortung zu stärken“, sagt der Experte. „Die Programme sollen den Betroffenen helfen, ihre medikamentösen Behandlungen einzuhalten und einen gesünderen Lebensstil zu führen.“ Wenn solche gezielten Maßnahmen zukünftig häufiger umgesetzt würden, könnte das zu einer spürbaren Senkung der Schlaganfallhäufigkeit in Deutschland führen – denn circa ein Viertel der Betroffenen erleidet einen Schlaganfall als Wiederholungsereignis.

Von der regionalen Klinik bis zur spezialisierten Stroke Unit: über die Schlaganfallversorgung in Deutschland

Redemanuskript von Professor Dr. med. Darius G. Nabavi

Vorsitzender der Stroke-Unit-Kommission der DSG und Chefarzt der Klinik für Neurologie am Vivantes Klinikum Neukölln

Vor etwa 20 Jahren wurden durch Initiative einzelner Zentren die ersten Stroke Units (SU / Schlaganfallspezialstationen) in Deutschland eröffnet. Seitdem hat sich die Anzahl von SU in Deutschland vervielfacht. Mittlerweile sind etwa 320 Stroke Units da. Das wissenschaftliche Fundament stellt eine Vielzahl internationaler Studien dar, die die Wirksamkeit solcher Schlaganfallspezialeinheiten zweifelsfrei belegen konnten. So wird das Risiko einer dauerhaften Pflegebedürftigkeit und von Tod durch eine SU-Behandlung wirksam vermindert. Das Behandlungsprinzip beruht auf (i) einer räumlichen Behandlungseinheit mit Überwachungsmonitoren, (ii) einem speziell geschulten, multiprofessionellen Team, (iii) einem Netzwerk an diagnostisch und therapeutischen Strukturen sowie (iv) auf wissenschaftlicher Basis festgelegten Prozessen, was von strukturierten Qualitätsmaßnahmen flankiert wird.

Um verbindliche Qualitätsstandards sicherzustellen wurde ein Zertifizierungsverfahren etabliert und systematisch weiterentwickelt. Für eine flächendeckende Versorgung wurden zwei bis heute gültige Versorgungsstufen von SU definiert: (1) regionale SU mit grundlegenden Qualitätsmerkmalen inklusive der Möglichkeit zur Thrombolysetherapie und (2) überregionale SU mit zusätzlichen Qualitätsanforderungen inklusive der mechanischen Thrombektomie. Etwa 60 Prozent aller SU in Deutschland besitzen einen regionalen Status, etwa 36 Prozent einen überregionalen. Für Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte und weiter Entfernung zu der nächstgelegenen SU wurde darüber hinaus das Konzept der telemedizinisch versorgten SU (Tele-SU) entwickelt. Aktuell besitzen vier Prozent aller SU einen telemedizinischen Status, sodass die neuromedizinische Fachexpertise telemedizinisch durch eine überregionale SU als Beratungszentrum gewährleistet ist.

Alle drei Jahre werden die Zertifizierungskriterien turnusmäßig einer Überprüfung und Überarbeitung unterzogen. Zum 1. Oktober 2018 wurden die aktualisierten Zertifizierungskriterien für SU in Deutschland wirksam. Die entsprechenden Kriterien können auf der Homepage der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft eingesehen werden (<https://www.dsg-info.de/stroke-units/zertifizierungsantraege--zertifizierungskriterien.html>).

*Pressekonferenz der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG)
zum Weltschlaganfalltag am 29. Oktober 2018
Donnerstag, 25. Oktober 2018, 13 bis 14 Uhr, Berlin*

Mittlerweile hat auch die Europäische Schlaganfallorganisation (ESO) ein Zertifizierungsverfahren, unter federführender Beteiligung der DSG, entwickelt. Dies orientiert sich sehr stark an dem deutschen Zertifizierungsverfahren. Ziel ist es, auch auf europäischer Ebene verbindliche qualitative Mindeststandards zu etablieren, um eine qualitativ hochwertige Schlaganfallversorgung über die Ländergrenzen hinaus sicherzustellen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Oktober 2018

Ist die Schlaganfallversorgung in Deutschland gefährdet? Auswirkungen des aktuellen Urteils des Bundessozialgerichts (BSG)

Redemanuskript von Professor Dr. med. Armin Grau

1. Vorsitzender der DSG, Direktor der Neurologischen Klinik mit Klinischer Neurophysiologie und Stroke Unit am Klinikum Ludwigshafen

Aufgrund eines Urteils des Bundessozialgerichts vom 19.6.2018 besteht für die wirtschaftliche Existenz zahlreicher Krankenhäuser in Deutschland, die an der Schlaganfallversorgung beteiligt sind, durch mögliche Rückforderungen der Krankenkassen in dreistelliger Millionenhöhe eine akute Gefährdung.

Hintergrund

In Deutschland werden Patienten mit einem akuten Schlaganfall flächendeckend gut versorgt. Die Qualität der Schlaganfallversorgung ist durch das Konzept zertifizierter Schlaganfalleinheiten auch im internationalen Vergleich in unserem Land vorbildlich. Ein wesentlicher Bestandteil der Versorgung ist die Kooperation zwischen regionalen Schlaganfalleinheiten und überregionalen Schlaganfallzentren. An diesen Zentren werden für die etwa fünf bis zehn Prozent der besonders schwer betroffenen Patienten hoch spezialisierte neuroradiologische und neurochirurgische Leistungen angeboten.

Die Behandlung von Schlaganfallpatienten erfordert einen besonders hohen Personaleinsatz im Bereich von Pflegekräften, Therapeuten, Sozialarbeitern und Ärzten sowie im Bereich moderner Geräte. Personal und Geräte müssen rund um die Uhr vorgehalten werden.

Die strukturellen Voraussetzungen für die Vergütung der Leistungen der Schlaganfalleinheiten (Stroke Units) werden in einem speziellen Text, der OPS 8-981.x beziehungsweise 8-98b.x, geregelt. Diese legt unter anderem fest, dass Schlaganfalleinheiten für Notfalleistungen, die sie nicht selbst erbringen, Vereinbarungen mit Kooperationspartnern in höchstens halbstündiger Transportentfernung treffen müssen. Die halbe Stunde bezieht sich laut OPS auf die „Zeit zwischen Rettungstransportbeginn und Rettungstransportende“. – „Die halbstündige Transportentfernung“ muss unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels (zum Beispiel Hubschrauber) grundsätzlich erfüllbar sein. Wenn diese Voraussetzung nicht erfüllt ist, können die Krankenhäuser die für die Kostendeckung erforderliche Zusatzvergütung generell nicht abrechnen, auch für die Patienten nicht, die gar nicht verlegt werden.

In seinem Urteil vom 19.6.2018 (B1 KR38/17 R und B1 KR 39/17 R) bezieht das Bundessozialgericht die genannte halbstündige Transportzeit jetzt gegen den Wortlaut der OPS auf die Zeit zwischen der Entscheidung, ein Transportmittel anzufordern, und der Übergabe des Patienten beim

Kooperationspartner. Dieses Transportkriterium muss „grundsätzlich“, das heißt nicht nur tagsüber, erfüllbar sein.

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information, das DIMDI, das im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit für Kodierungsfragen zuständig ist, hat am 1. August 2018 die ursprünglich vom 5. Juni 2013 stammende Antwort auf die Kodierfrage zur Transportentfernung (Frage OPS-Nr. 8033) um einen erklärenden Satz ergänzt: „Die Zeit zwischen Rettungstransportbeginn und Rettungstransportende ist die Zeit, die der Patient im Transportmittel verbringt.“

Konsequenz der hiervon abweichenden Interpretation durch das BSG ist es, dass mehrere Krankenkassen bei einer Reihe von Krankenhäusern die Zusatzvergütung durch den OPS gar nicht mehr oder nur noch unter Vorbehalt bezahlen. Zusätzlich besteht die große Gefahr umfangreicher Rückforderungen aus den letzten vier Jahren.

Nach Angaben mehrerer Krankenhäuser wären solche Rückforderungen existenzgefährdend. Eine solche Entwicklung würde die flächendeckende Schlaganfallversorgung in Deutschland gefährden, weil sich bedarfsnotwendige Krankenhäuser aus der Schlaganfallversorgung zurückziehen müssten, da sie für ihre Leistungen keine angemessene Vergütung mehr erhalten.

Wir Ärzte, die für die Schlaganfallpatienten Verantwortung übernehmen, setzen uns für eine rasche Behandlung und im Bedarfsfall zügige Verlegung in die Zentren ein. Wir sind dem Motto „Jede Minute zählt“ verpflichtet. Die Forderungen an die zeitlichen Regeln müssen jedoch – wie jedes sinnvolle Ziel – erreichbar sein. Hierbei ist auch zu beachten, dass die Verantwortung für eine ungünstige geografische Lage oder für die Verfügbarkeit von Rettungsmitteln wie nachflugtauglichen Hubschraubern in den Bundesländern nicht den regionalen Schlaganfalleinheiten angelastet werden kann.

In diesem Zusammenhang fordern wir vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einerseits Maßnahmen, die die betroffenen Krankenhäuser vor den genannten Rückforderungen schützen. Eine rechtssichere Klärung der Interpretationsprobleme muss auch für die Vergangenheit ermöglicht werden.

Andererseits muss aus unserer Sicht der OPS in einer Weise novelliert werden, dass in Zukunft keine Interpretationsspielräume bleiben und Rechtssicherheit für die Krankenhäuser und damit Planungs- und Versorgungssicherheit im Interesse der Patienten besteht.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Oktober 2018

Schlaganfallversorgung in der Fläche sichern

Redemanuskript von Dr. Markus Wagner

Stroke-Unit-Beauftragter der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

Es ist davon auszugehen, dass die aktuelle Diskussion um die Finanzierung und Zukunft der Stroke Units nicht nur die Kliniken, sondern auch Patienten verunsichert. Das ist auch nicht verwunderlich, da es eine große bundesweite Aufmerksamkeit und Medienberichterstattung gibt und es sich inhaltlich um einen massiven Eingriff in die flächendeckende Versorgung des Schlaganfalls handelt.

Diese Hintergründe sind für die Öffentlichkeit und Patienten nicht leicht zu verstehen. Was sicherlich aufgrund der vielen Schlagzeilen sehr prominent „hängen bleibt“, ist, dass die deutschen Stroke Units gerettet werden müssen. Dies hinterlässt Fragen bei den Patienten:

1. Warum müssen die Stroke Units gerettet werden?
2. Was ist der Hintergrund (Urteil des BSG)?
3. Was bedeutet dies für meine wohnortnahe Versorgung?

Hier bemüht sich die Stiftung zu informieren:

Von zentraler Relevanz aus Sicht der Stiftung ist die Sicherung der flächendeckenden Schlaganfall-Versorgung durch einen umsichtigen Umgang mit der aktuellen unklaren Situation und die Dialogbereitschaft bei allen Beteiligten, um möglichst schnell Klarheit für die Kliniken, aber auch das gesamte Stroke Unit-Konzept zu schaffen. Das vor 20 Jahren entwickelte Konzept der regionalen und überregionalen Stroke Units hatte von Anfang an das Ziel, eine möglichst flächendeckende Versorgung von Schlaganfall-Patienten in Deutschland zu ermöglichen und setzte dabei speziell auf regionale Versorgungskonzepte.

In der aktuellen Situation ist es zu begrüßen, dass zum Beispiel auf Landesebene Gespräche zwischen Gesundheitsministerien, Krankenkassen und Krankenhausgesellschaften geführt werden, hierbei sollten Schlaganfall-Experten einbezogen werden.

Der aktuell von der Bundespolitik angekündigte Schritt, bei der Abrechenbarkeit der OPS-Ziffer die 30 Minutenfrist als reine Transportzeit bei Verlegungen in das überregionale Zentrum eindeutig festzuschreiben und auch Regelungen rückwirkender Regresse auf den Prüfstand zu stellen, ist ebenfalls notwendig und hilfreich.

Bei allen zukünftigen Regelungen ist allerdings zu bedenken, dass es sich um realistisch umsetzbare Lösungen für alle Stroke Units handeln muss, damit eine gute Versorgung der Patienten in der Fläche

gewährleistet bleibt: Transportzeiten von 30 Minuten dürften für viele regionale Stroke Units – aufgrund ihres geographischen Standortes – weiterhin schwierig umsetzbar sein.

Das heißt wir benötigen, um das Ziel der Planungssicherheit zu erreichen, pragmatische und praxisnahe Zeitdefinitionen. Erfolgt diese Definition nicht, droht ein Dauerstreit zu Lasten der flächendeckenden Versorgung.

Neben der Sicherstellung der schnellstmöglichen Transportzeiten im Verlegungsfall geht es aus Patientensicht auch um die stetige Optimierung des Gesamtprozesses:

- Hilfreich sind hier Analysen der regionalen Transportzeiten in Abhängigkeiten von Tageszeit, Verkehrssituation und Jahreszeit, um Abweichungen zu dokumentieren.
- Für die regionalen Stroke Units könnte dies auch bedeuten, den Prozess der Vorbereitungszeiten für den Transport zu analysieren und falls nötig zu verbessern.
- Aus Sicht des Patienten ist in der Verlegungssituation eine gute Aufklärung über Hintergründe und den Ablauf des Transports besonders wichtig, um potentielle Verunsicherung oder Ängste zu minimieren.

Fazit

- Die jetzige Situation sollte auch genutzt werden, um Optimierungsprozesse in den Versorgungsregionen anzustoßen.
- Die beteiligten Kostenträger sind aufgefordert, bei Eingriffen in das Vergütungsgefüge zulasten der Stroke Units Augenmaß walten zu lassen, um die gute und flächendeckende Versorgung nicht zu gefährden.
- Im Rahmen von aktuellen Projekten zur Versorgungsverbesserung (Innovationsfonds, BMBF) spielen die Stroke Units zudem eine zentrale Rolle, nicht nur als Erstversorger, sondern auch als Kompetenzträger.

Ich fasse zusammen:

In Deutschland können mehr als 80% der Patienten aktuell in 193 regionalen und 112 überregionalen Stroke Units rund um die Uhr behandelt werden. Dies ist beispielhaft in Europa!

Um diese gut funktionierende Versorgung auch zukünftig zu gewährleisten und unnötige Fahrtzeiten für Schlaganfall-Patienten zu vermeiden, muss es oberstes Ziel bleiben, das eingespielte System der Kooperation zwischen regionalen und überregionalen Stroke Units aufrechtzuerhalten.

*Pressekonferenz der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG)
zum Weltschlaganfalltag am 29. Oktober 2018
Donnerstag, 25. Oktober 2018, 13 bis 14 Uhr, Berlin*

Der aktuelle Stroke Action Plan 2018-2030 der europäischen Schlaganfall-Fachgesellschaft ESO und der Patienten-Organisation Stroke Alliance For Europe (SAFE) fordert die Erreichung einer europaweiten Behandlungsrate von > 90% aller Patienten auf Stroke Units bis zum Jahr 2030! In Deutschland sind wir diesem Ziel schon recht nahegekommen.

Das Erreichte sollte im Sinne der Patienten ausgebaut und nicht gefährdet werden!

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Oktober 2018

Den zweiten Schlaganfall verhindern: neue Ansätze in der Sekundärprophylaxe

Redemanuskript von Professor Dr. med. Heinrich Audebert

Ärztlicher Leiter der Klinik und Hochschulambulanz für Neurologie an der Charité –
Universitätsmedizin Berlin

Patienten mit einem Schlaganfall haben im Vergleich zur altersgleichen Normalbevölkerung ein zehnfach höheres Risiko für einen neuen Schlaganfall und benötigen eine intensivere Nachbetreuung, als dies gegenwärtig in Deutschland umgesetzt wird.

Circa 90 Prozent des Schlaganfallrisikos sind auf behandelbare Risikofaktoren wie Bluthochdruck, hohes Cholesterin, Vorhofflimmern oder Rauchen zurückzuführen. Eine konsequente präventive Behandlung von Patienten, die bereits einen Schlaganfall hatten, wird daher in nationalen und internationalen Leitlinien empfohlen.

Seit Jahren stehen wissenschaftlich gesicherte Behandlungsstrategien wie Blutdrucksenkung, Cholesterinsenkung oder gerinnungshemmende Therapien zur Verfügung. In jüngster Zeit wurden darüber hinaus neue große Studien zur Sekundärprävention in der frühen Phase nach Schlaganfall oder für junge Patienten mit einem durch ein Loch in der Herzscheidewand (persistierendes Foramen ovale) verursachten Hirninfarkt veröffentlicht.

Die verfügbaren Präventionsmaßnahmen werden jedoch nur inkonsistent in der Langzeitbehandlung nach einem Schlaganfall genutzt. So zeigte eine Berliner Studie, dass ein halbes Jahr nach dem Schlaganfall nur weniger als 50 Prozent der Patienten eine Leitlinien-konforme Risikofaktorkontrolle hatten. Die Gründe für die auch im internationalen Vergleich unbefriedigende Präventionseinstellung in Deutschland sind vielfältig. Offensichtlich sind viele Patienten nach dem Schlaganfall mit der Umsetzung der teils komplexen medizinischen Empfehlungen überfordert und könnten von einer intensiveren ambulanten Betreuung profitieren.

Aktuell werden mehrere Unterstützungsprogramme hinsichtlich ihrer Effektivität untersucht und die entsprechenden Studien stehen teilweise kurz vor dem Abschluss. Mit den Ergebnissen der multizentrischen und internationalen INSPiRE-TMS-Studie wird im Frühjahr 2019 gerechnet. Der Schlaganfall darf dabei nicht nur als akutes Notfallereignis, sondern muss auch als chronische Erkrankung verstanden werden. Die starke Trennung zwischen krankenhausbasierter Akutbehandlung und ambulanter Nachbetreuung im deutschen Gesundheitssystem macht eine wirksame und patientenorientierte Sekundärprävention zu einer großen Herausforderung. Dennoch kann mit einem überschaubaren Aufwand in der Hochrisikogruppe der Patienten nach erstem Schlaganfall ein wesentlich besserer Schutz erreicht werden. Da circa ein Viertel der Schlaganfälle

Wiederholungsereignisse sind, würde dies auch zu einer spürbaren Senkung der Schlaganfallhäufigkeit insgesamt beitragen.

Da entsprechende Betreuungsprogramme möglichst unmittelbar nach dem Schlaganfallereignis einsetzen müssen und eine ausreichende Logistik und Routine erfordern, ist eine wohnortnahe Anbindung an Kliniken mit Schlaganfallspezialeinrichtungen (Stroke Units) naheliegend. Außerhalb der universitären Hochschulambulanzen müssten für eine flächendeckende Versorgung Ermächtigungsambulanzen eingerichtet werden.

Die Unterstützungsprogramme werden dabei in Ergänzung zur Hausarztbehandlung und in enger Abstimmung mit den niedergelassenen Ärzten durchgeführt. Ziel ist es, die Patienten in ihrer Eigenverantwortung zu stärken und damit eine gesunde Lebensführung zusammen mit der Einhaltung medikamentöser Maßnahmen zu erleichtern.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Oktober 2018

Hirnaneurysmen: Wie vorbeugen? Wann handeln?

Redemanuskript von Professor Dr. med. Helmuth Steinmetz

3. Vorsitzender der DSG, Direktor des Zentrums der Neurologie und Neurochirurgie am
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt

Die Häufigkeit sogenannter Hirnaneurysmen beträgt etwa drei Prozent unserer erwachsenen Bevölkerung, das heißt, in Europa und Nordamerika sind etwa 36 Million Personen betroffen, die meisten von ihnen zeitlebens unerkannt. (1, 2)

Statistisch wird somit etwa jede 33. MRT-Untersuchung des Schädels, aus welchem Grund auch immer durchgeführt, ein solches Aneurysma zufällig aufdecken. Ein häufiger Reflex („Zeitbombe im Kopf“) ist der unmittelbare Verschluss solcher Aneurysmen durch eine neurochirurgische Operation oder eine neuroradiologische Katheter-Intervention, um die von allen gefürchtete Komplikation des Platzens des Aneurysmas („Subarachnoidalblutung“) zu verhindern. Wenn eine solche Blutung auftritt, so sterben leider 40 Prozent der Betroffenen und die meisten der Überlebenden bleiben körperlich oder kognitiv beeinträchtigt.

Nun sind aber auch die oben genannten vorbeugenden, verschließenden Therapien keineswegs risikolos. Etwa sechs Prozent der Behandelten (vorher gesunden!) erleiden therapiebedingte bleibende Schäden einschließlich Tod. (3, 4)

Daher erfordert der verantwortungsvolle Umgang mit zufällig entdeckten Aneurysmen einen individuellen Risikovergleich des zu erwartenden „natürlichen Verlaufs“ mit der Therapie in erfahrenen sogenannten neurovaskulären Zentren, in denen Neurochirurgen, Neuroradiologen und Neurologen kooperieren. In den letzten Jahren sind erfreulicherweise Methoden entwickelt worden, die das Risiko des „natürlichen Verlaufs“ individuell schätzen können. (2, 5–7)

Das Risiko des Platzens eines Aneurysmas liegt in Abhängigkeit von zahlreichen patientenindividuellen Faktoren zwischen etwa 0,5 und 18 Prozent für die nächsten fünf Jahre. (5) Zu den individuellen Faktoren zählen Größe, Lage und Form des Aneurysmas, aber auch Bluthochdruck und Lebensalter des Patienten. In Abhängigkeit hiervon wird der Risiko-Nutzen-Vergleich in vielen Fällen gegen den umgehenden Verschluss eines zufällig entdeckten Aneurysmas sprechen, besonders oft bei „kleinen“ Aneurysmen und älteren Betroffenen. (8)

Falls die Entscheidung gegen eine verschließende Therapie fällt, so wird das Aneurysma in der Regel durch Verlaufs-MRTs kontrolliert. Wenn es im Verlauf wächst, zeigt dies ein deutlich höheres Risiko an, (6–7) sodass die Entscheidung meistens zugunsten einer verschließenden Therapie geändert wird. (9–11)

Die meisten Patienten, bei denen zunächst gegen einen Verschluss votiert wird, haben kleine Aneurysmen. Da kleine Aneurysmen viel häufiger als große Aneurysmen sind, erfolgen die meisten Blutungen – scheinbar paradox – dennoch aus kleinen Aneurysmen. (12)

Es ist daher wichtig, neue Therapiestrategien gerade für diese Gruppe zu finden. Hierzu dürfte neben der Aufgabe des Rauchens auch eine besonders effektive Blutdrucksenkung gehören. Es sei daher der Hinweis auch an die Öffentlichkeit erlaubt, dass ebendies derzeit Gegenstand einer unter anderem von mir geführten neurochirurgisch-neurologischen deutsch-holländischen Studie ist, die in Deutschland federführend von der Neurochirurgie im Uniklinikum Mannheim (Privatdozent Dr. Nima Etminan) und von meinem Hause vertreten wird: PROTECT-U. (13)

Betroffene und Interessierte sind hiermit herzlich eingeladen, uns für einen Studieneinschluss anzusprechen.

Literatur

1. Vlak MH, Algra A, Brandenburg R, et al. Prevalence of unruptured intracranial aneurysms, with emphasis on sex, age, comorbidity, country, and time period: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol.* 2011; 10(7):626-636.
2. Etminan N, Rinkel GJ. Unruptured intracranial aneurysms: development, rupture and preventive management. *Nat Rev Neurol.* 2016; 12(12):699-713.
3. Kotowski M, Naggara O, Darsaut TE, et al. Safety and occlusion rates of surgical treatment of unruptured intracranial aneurysms: a systematic review and meta-analysis of the literature from 1990 to 2011. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2013; 84(1):42-48.
4. Naggara ON, Lecler A, Oppenheim C, et al. Endovascular treatment of intracranial unruptured aneurysms: a systematic review of the literature on safety with emphasis on subgroup analyses. *Radiology.* 2012; 263(3):828-835.
5. Greving JP, Wermer MJ, Brown RD Jr, et al. Development of the PHASES score for prediction of risk of rupture of intracranial aneurysms: a pooled analysis of six prospective cohort studies. *Lancet Neurol.* 2014; 13(1):59-66.
6. Backes D, Rinkel GJ, Laban KG, et al. Patient- and aneurysm-specific risk factors for intracranial aneurysm growth: a systematic review and meta-analysis. *Stroke.* 2016; 47(4):951-957.
7. Backes D, Rinkel GJ, Greving JP, et al. The ELAPSS score for prediction of risk of growth of unruptured intracranial aneurysms. *Neurology.* 2017; 88(17):1600-1606.
8. Etminan N, Brown RD Jr, Beseoglu K, et al. The unruptured intracranial aneurysm treatment score: a multidisciplinary consensus. *Neurology* 2015; 85(10):881-889.

9. Villablanca JP, Duckwiler GR, Jahan R, et al. Natural history of asymptomatic unruptured cerebral aneurysms evaluated at CT angiography: growth and rupture incidence and correlation with epidemiologic risk factors. *Radiology*. 2013; 269(1):258-265.
10. Mehan WA Jr, Romero JM, Hirsch JA, et al. Unruptured intracranial aneurysms conservatively followed with serial CT angiography: could morphology and growth predict rupture? *J Neurointerv Surg*. 2014; 6(10):761-766.
11. Chmayssani M, Rebeiz JG, Rebeiz TJ, et al. Relationship of growth to aneurysm rupture in asymptomatic aneurysms ≤ 7 mm: a systematic analysis of the literature. *Neurosurgery*. 2011; 68(5):1164-1171.
12. Bender MT, Wendt H, Monarch T, et al. Small aneurysms account for the majority and increasing percentage of aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a 25-year, single institution study. *Neurosurgery*. 2018; 83(4):692-699. doi: 10.1093/neuros/nyx484. [Epub ahead of print]
13. Vergouwen MD, Rinkel GJ, Algra A, Fiehler J, Steinmetz H, Vajkozy P, Rutten FH, Luntz S, Hänggi D, Etminan N. Prospective randomized open-label trial to evaluate risk faCTOR management in patients with unruptured intracranial aneurysms: Study protocol. *Int J Stroke* 2018, Jan 01. doi: 10.1177/1747493018790033. [Epub ahead of print]

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Oktober 2018

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Darius G. Nabavi
Vorsitzender der Stroke-Unit-Kommission der DSG und Chefarzt der Klinik für
Neurologie am Vivantes Klinikum Neukölln

*1966



Professor Nabavi ist Vorsitzender der Stroke-Unit-Kommission der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) und Chefarzt der Neurologischen Klinik am Vivantes Klinikum Neukölln. Nach Erlangung der Hochschulreife in Hamburg folgten Medizinstudium und Promotion in Essen. Anschließend begann er seine neurologische Ausbildung am Universitätsklinikum Münster. Am Robarts Research Institute, Ontario/Kanada, forschte er von 1997 bis 1999 als Stipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft über neue Techniken zur Perfusionsbildgebung des Gehirns. Nach Habilitation im Jahre 2001 war er als Oberarzt der Stroke Unit und der Neurologischen Intensivstation am Universitätsklinikum Münster tätig. Im Juli 2006 trat Herr Professor Nabavi die Chefarztposition in Berlin an. Im Jahre 2012 wurde er in den Vorstand der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe berufen und ist seit dem Jahre 2014 stellvertretender Vorsitzender des Kuratoriums. Im Jahre 2016 wurde er darüber hinaus in das Stroke Unit Committee der European Stroke Organization (ESO) berufen.

Professor Nabavi hat sich in über 100 wissenschaftlichen Arbeiten schwerpunktmäßig mit der Diagnostik und Behandlung des Schlaganfalls befasst und hat zahlreiche Übersichtsartikel und auch Lehrbücher zu dieser Thematik verfasst. Er ist als Experte in nationalen und internationalen Gremien und Studien vertreten. Er engagiert sich ehrenamtlich für die Verbesserung der Schlaganfallversorgung in Deutschland.

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Armin Grau

1. Vorsitzender der DSG und Direktor der Neurologischen Klinik mit Klinischer Neurophysiologie am Klinikum der Stadt Ludwigshafen

*1959



Universitärer Werdegang:

- 1978–1983 Studium der Germanistik, Politikwissenschaften und Geschichte, Abschluss mit dem Titel „Magister Artium“
- 1981–1987 Studium der Humanmedizin an der Freien Universität (FU) Berlin
- 1987 Approbation als Arzt
- 1989 Medizinische Promotion mit einer Dissertation über den Einfluss von Benzodiazepinen auf das Schlaf-Elektroenzephalogramm (Schlaf-EEG) bei Prof. Dr. Kubicki an der FU Berlin

Beruflicher Werdegang:

- 1987–1994 Assistenzarzt an der Neurologischen Universitätsklinik Heidelberg
- 1989–1990 Forschungsaufenthalt an der University of California, San Diego
- 1994–1995 Assistenzarzt an der Psychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg
- 1995–2001 Oberarzt an der Neurologischen Universitätsklinik Heidelberg
- 11/1997 Habilitation für das Fach Neurologie
- 2001–2003 Leitender Oberarzt an der Neurologischen Universitätsklinik Heidelberg
- Seit 03/2003 Direktor der Neurologischen Klinik des Klinikums Ludwigshafen
- 2010–2014 Ärztlicher Direktor des Klinikums Ludwigshafen
- Seit 01/2016 Mitglied des Vorstands der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG), derzeit 1. Vorsitzender

Mitgliedschaften:

- Fellow of the American Heart Association (FAHA)
- Mitglied des Editorial Board der Zeitschrift „Stroke“
- Fellow of the European Stroke Council (FESC)
- American Academy of Neurology
- European Neurological Society
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie
- Deutsche Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und funktionelle Bildgebung
- Deutsche Gesellschaft für NeuroIntensiv- und Notfallmedizin

Wissenschaftlicher Schwerpunkt:

- Epidemiologie des Schlaganfalls, vor allem infektiologische, entzündliche und sozioökonomische Risikofaktoren des Schlaganfalls
- Publikation von mehr als 140 Arbeiten in Journalen mit Peer-Review

Curriculum Vitae

Dr. Markus Wagner

Stroke-Unit-Beauftragter der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe



Seit 1999 Mitarbeiter der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe. Davor Studium der Biologie und Tätigkeiten unter anderem als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Physiologischen Institut der Medizinischen Fakultät der Universität Münster und der Universität Bielefeld (Gesundheitswissenschaftliche Fakultät) mit den Schwerpunkten Prävention und Epidemiologie.

Aufgaben in der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe: Stroke-Unit-Zertifizierung, Qualitäts-Indikatoren- und Leitlinienentwicklung (Kooperation mit wissenschaftlichen Experten und Fachgesellschaften), Schlaganfallkampagnen und evidenzbasierte Patienteninformation, Qualitätsentwicklung Schlaganfall-Case-Management.

Ansprechpartner für nationale und EU-geförderte Forschungsprojekte sowie europäischer Patientenvertreter: 2008 bis 2013 Präsident der europäischen Schlaganfallpatienten-Organisation Stroke Alliance For Europe (SAFE), seit 2016 Vizepräsident.

Curriculum Vitae

Prof. Dr. med. Heinrich Audebert
Ärztlicher Leiter der Klinik und Hochschulambulanz für
Neurologie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin,
Campus Benjamin Franklin



Heinrich Audebert studierte Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Nach Abschluss des Studiums und Dissertation über „Psychische und neurologische Komplikationen nach Herztransplantation“ arbeitete er zunächst in kommunalen Versorgungskrankenhäusern in Bayern. Er initiierte und koordinierte das Telemedizinische Projekt zur integrierten Schlaganfallversorgung (TEMPiS) in Bayern von 2002 bis 2006 und habilitierte sich an der Universität Regensburg. Nach einer zweijährigen klinischen Tätigkeit am St Thomas’ Hospital in London wurde er an das Centrum für Schlaganfallforschung der Berliner Charité berufen. Hier leitet er die Klinik für Neurologie am Campus Benjamin Franklin und koordiniert mehrere Forschungsprojekte wie das Stroke-Einsatz-Mobil (STEMO), die intensivierete Sekundärprävention zur Reduktion von Sekundärereignissen nach Schlaganfall (INSPIRE-TMS) sowie das Innovationsfonds-Projekt „Akutneurologische Versorgung in Nordostdeutschland mit telemedizinischer Unterstützung“ (ANNOTeM). Gemeinsam ist diesen Projekten das Ziel, innovative Versorgungsformen mit spezifisch geeigneten wissenschaftlichen Methoden zu evaluieren und im Erfolgsfall eine Überführung in die Routineversorgung zu ermöglichen.

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Helmuth Steinmetz

3. Vorsitzender der DSG, Direktor des Zentrums der Neurologie
und Neurochirurgie am Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt

*1955



Professor Steinmetz ist seit 1998 Lehrstuhlinhaber und Direktor der Klinik für Neurologie an der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Nach dem Medizinstudium in Gießen war er unter anderem an den Universitätskliniken in Tübingen und Düsseldorf tätig, an letzterer von 1994 bis 1998 als Stiftungsprofessor der Hermann und Lilly Schilling-Stiftung. Seine wissenschaftlichen Interessen gelten vor allem den Hirngefäßkrankheiten und dem Neuroimaging. Er ist unter anderem Sprecher des Brain Imaging Centers Frankfurt, Herausgeber mehrerer Lehrbücher, Sachverständiger beim Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) Mainz und seit 2018 im Vorstand der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG).