

Arbeitsgruppe nachhaltige Schlaganfallversorgung
Chefärzte Innere Medizin Schweiz

Info Stand Stroke Unit

**Jahresversammlung SGIM-CA
Genève, 14.5.14**

Prof. Beat Frauchiger


**Stroke-Management ist ein
interdisziplinärer Prozess, keine
räumliche Einheit!**

Arbeitsgruppe nachhaltige Schlaganfallversorgung
 Chefärzte Innere Medizin Schweiz

Warum sind wir unzufrieden?

- Stroke ist im Setting mittleres und kleines Spital Kerngeschäft der Inneren Medizin
 - Dabei speziell die Massnahmen nach der Lyse die die Stroke Unit definieren
- Der Effekt dieses neuen Konzeptes, insbesondere der Teil Stroke Unit wird massiv überzeichnet
- HSM-Thematik: Nein!
 - i.a.-Lyse und Neurochirurgie als einzige HSM-Elemente
 - Irritierend: SHG wollte auch i.v.- Lyse zur HSM «schlagen»
- Unser Einbezug in das vorliegende Konzept ungenügend
- Neurologen in Stroke Unit zu Bürozeiten anwesend, Abdeckung zu Dienstzeiten durch andere Spezialisten, Innere Medizin, IPS, etc
- Mittlere und kleine IM-Kliniken werden durch «Spezialistenabteilungen» fragmentiert, zahllose Schnittstellen, Führbarkeit schwierig
- Zertifizierungsauftrag soll faits accomplis schaffen
 - Trotz offener Diskussion im Bereich Stroke Units
- Standespolitischer Landgewinn viel wichtiger als gute Stroke-Versorgung

Heiliges Land der Inneren Medizin

- 
- **Neurologen deklarieren Betten, die bislang zur Inneren Medizin gehören in ihre Hoheit**
 - **Fragmentiert die Klinik, v.a. mittlere Grösse**
 - **Ein An- resp. Ausbau von Betten dürfte kaum irgendwo realisiert werden, kein Sinn (v.a. oek.)**
 - **Der fachliche Nutzen ist zu bezweifeln**
 - **Wehret den Anfängen- oder den Fortsetzungen der Sündenfälle...**

Arbeitsgruppe nachhaltige Schlaganfallversorgung
Chefärzte Innere Medizin Schweiz

Chronologie und Zusammenfassung

- Publikation der Kriterien in Swiss Med Forum 12/12
- Sammlung von Unterschriften bei CA SGIM und Protestschreiben an Schweiz. Hirnschlaggesellschaft
- Sitzung mit SHG 4/13
- Mandatierung unserer Arbeitsgruppe durch SGIM
- Da Zertifizierung trotzdem begonnen und wenig Resonanz:
 - Termin bei Fachorgan HSM Prof. Suter, 6/13
- Auftrag von HSM die Kriterien Stroke Unit zu revidieren
 - keine Alleinführung durch Neurologie
 - keine räumliche Trennung
- Zertifizierungen starten trotzdem

Auszug aus Protokoll der Sitzung unserer Arbeitsgruppe mit Fachorgan HSM vom 26.6.2013

- ⇒ Das Fachorgan unterstreicht die Wichtigkeit der Zugänglichkeit und der flächendeckenden Versorgung. Es anerkennt die inhaltliche Kritik an den erarbeiteten Anforderungen an die PSC und unterstützt eine Überarbeitung der Anforderungen. Eine räumliche Trennung der Stroke Units und die geforderte Leitung durch einen Neurologen werden als nicht zielführend erachtet.
- Oktober: Einsetzen einer Arbeitsgruppe, zusammengesetzt aus Vertretern der SHG, SGIM, Intensivmedizin, Neurologie zur Überarbeitung der Anforderungskriterien.
 - 2014: Überarbeitete Anforderungen an die PSC werden in die Neubeurteilung der Leistungszuteilungen (Re-evaluation)¹ aufgenommen und bilden die Grundlage für die Zertifizierung.
-

Arbeitsgruppe nachhaltige Schlaganfallversorgung
Chefärzte Innere Medizin Schweiz

**Nach einigen Anläufen wieder
Termin mit SHG am 11.4.14**

Hauptanliegen
Revision der Kriterien SU

Arbeitsgruppe nachhaltige Schlaganfallversorgung
 Chefärzte Innere Medizin Schweiz

Stroke Unit

Streitpunkte der Definitionen

Arbeitsgruppe nachhaltige Schlaganfallversorgung
 Chefärzte Innere Medizin Schweiz

B Fachpersonen

Nr.	Bewertungskriterium	Bewertung	
B 1	Ein Facharzt Neurologie ¹ steht während des Tages 10 Stunden zur Betreuung der Stroke Unit-Patienten zur Verfügung. ²	0/3	!!
B 2	Ein Facharzt Neurologie ¹ mit Erfahrung in Neurosonologie steht zur Verfügung. ³	0/1/2/3	
B 3	Ein Arzt mit fachlicher Expertise für Hirnschlag-Rehabilitation ist im Stroke Team integriert. ⁴	0/1/2/3	
B 4	Ein Facharzt für Innere Medizin und ein Facharzt für Kardiologie stehen zur Verfügung. ⁵	0/1/2/3	
B 5	In der Stroke Unit arbeiten für die Betreuung von Hirnschlagpatienten speziell geschulte Pflegefachpersonen. ⁶	0/1/2/3	
B 6	Mitarbeitende der Physiotherapie sind fachlich ins Stroke Team integriert. ⁷	0/1/2/3	
B 7	Mitarbeitende der Ergotherapie sind fachlich ins Stroke Team integriert. ⁷	0/1/2/3	
B 8	Mitarbeitende der Logopädie sind fachlich ins Stroke Team integriert. ⁷	0/1/2/3	
B 9	Das Stroke Team wird unterstützt durch Mitarbeitende des Sozialdienstes. ⁸	0/1/2/3	

7 Must-Kriterien für Stroke Units

A 1	Die ärztliche Leitung des Stroke Centers liegt in der Hand eines Facharztes / einer Fachärztin für Neurologie . ¹
B 1	Ein Facharzt / eine Fachärztin Neurologie ¹ steht jederzeit zur Verfügung. ²
C 1	Das Stroke Center verfügt über eine örtlich abgegrenzte und funktionell einheitliche Stroke Unit . ¹

Mit diesen Musts tun wir uns schwer und wir sind damit beim Fachorgan HSM auf Unterstützung gestossen

7 Must-Kriterien für Stroke Units

D 1	Die Computertomographie (Spiral-CT) oder Kernspintomographie des Kopfes mit jeweils Darstellung der Kopf/Halsarterien steht jederzeit zur Verfügung. Die Zeitintervall zwischen Anmeldung und Durchführung wird evaluiert. ¹	
E 5	Die Behandlung mittels intravenöse Thrombolyse kann jederzeit erfolgen. Die Indikation wird vom Facharzt / der Fachärztin Neurologie gestellt. Das Zeitintervall zwischen Spitaleintritt und Beginn der Thrombolyse wird gemessen und evaluiert.	
E 8	Die Ausrüstung der Patientenbetten gewährleistet eine kontinuierliche Überwachung . ⁵	
G4	Mindestfallzahl für Hirnschlagpatienten , die von der Stroke Unit pro Jahr untersucht und/oder behandelt werden ¹ : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>200</td></tr></table>	200
200		

Unsere konkreten Vorschläge

Arbeitsgruppe nachhaltige Schlaganfallversorgung
Chefärzte Innere Medizin Schweiz

Vorschlag für Leitung der Stroke Unit

A 1 Die Leitung der Stroke Unit liegt in der Regel in der Hand eines Facharztes für Neurologie ¹. Eine Ko-Leitung durch einen Neurologen zusammen mit einem Internisten oder Intensivmediziner ist möglich. Die fachlichen Richtlinien werden stets durch den Neurologen festgelegt

¹ Der Facharzt für Neurologie ist in der Regel während des Tages im Spital tätig. Konsiliarärzte sind als Leiter oder Ko-Leiter zugelassen, sofern sie die geforderte neurovaskuläre Expertise nachweisen können, in 30 Minuten im Spital sind und einen 24-h/7 d Dienst anbieten. Eine Teil-Delegation des Dienstes ausserhalb der normalen Arbeitszeiten an eine telemedizinische Stroke-Center Anbindung ist möglich

Arbeitsgruppe nachhaltige Schlaganfallversorgung
 Chefärzte Innere Medizin Schweiz

Vorschlag räumliche Zuteilung der Stroke Unit

C 1 Die Stroke Unit ist in der Regel örtlich abgegrenzt. Möglich ist auch die flexible Zuteilung von IPS-oder Intermediate-Care-Betten¹, sofern diese für Stroke-Patienten garantiert verfügbar sind.

¹ Die Behandlung von Stroke Patienten erfolgt unabhängig von der räumlichen Zuteilung nach einheitlichen Standards, die vom Neurologen festgelegt werden. Aerzte und Pflegepersonal werden in angemessener Art von den Vertrags-Stroke Centers geschult.

Arbeitsgruppe nachhaltige Schlaganfallversorgung
 Chefärzte Innere Medizin Schweiz

Fazit 11.4.: Freundliche Sitzung *Aber keine offiziellen Zugeständnisse*

- Revision Kriterien erst ab 2015 möglich, komplexer Prozess
 - Prof. Suter habe hier nach Nachstossen SHG eingewilligt...
- Kompromiss: Im Protokoll der Sitzung wird die auch bei den harten Kriterien „liberalere“ Praxis der Zertifizierung festgehalten (s. nächste Folie)- sollen 15 einfließen
- BF nimmt an nä Sitzung der Zertifizierungskommission teil
- SHG hilft mit, faire DRG-Abgeltung auch für nicht SU-Spitäler für Strokes zu erhalten
- SGIM/Spitäler die keine SU wollen/bekommen können
 - Sollen sich äussern, wie sie ins Netz eingebunden werden möchten (Lysen, Telemedizin, gar keine Strokes)
- SGIM/Spitäler sollen sich äussern, ob Netzwerk eher von Ebene CH gewünscht oder via lokales Stroke Center

Aktueller Stand

Erreicht:

- Sensibilisierung, mündliche Zugeständnisse
- Zertifizierung wird „liberal“ gehandhabt
- Kriterienrevision 15 möglich

Nicht erreicht

- *Revision Kriterien jetzt*
- *Grundsätzliches Verständnis für die fehlende Praktikabilität der räumlichen Auscheidung*

Offen

- **Haltung FA HSM**

Mail an Prof. Suter und Antwort

Von: Peter Suter <Peter.Suter@unsp.ch>
 An: Frauchiger Beat Prof. Dr. med.
 Cc: Dr. et Prof. Suter (sutter@psk.ch); Gasser Jean-Michel (jean-michel.gasser@hug.ch); Esther Jaechli@psk.ch; Brad Thomas; Cadiff Bael; Kaplan Vladimir; Schulthess Georg; Linn Philippe (philippe.linn@unsp.ch); Marcel Arnold
 Betreff: Re: Wunsch nach Klärstellung

Gesendet: Do 01.05.2014

Lieber Herr Frauchiger

Vielen Dank für Ihre Message. An diese Diskussion mit Ihnen und Ihren Kollegen erinnere ich mich gut. Ich werde die Frage rasch nachgehen und kontaktieren Sie dann wieder.

Mit dem besten Grüssen
 Peter Suter.

Le 1 mai 2014 à 14:39, "Frauchiger, Beat Prof. Dr. med." <beat.frauchiger@unsp.ch> a écrit :

Sehr geehrter Herr Prof. Suter,

Am 11.4.14 hat sich unsere Arbeitsgruppe erneut mit den Vertretern der Schweiz. Hirn Schlaggesellschaft getroffen. Zwar verlief das Gespräch durchaus angenehm, in der Sache zeigten sich die Neurologen insofern aber nicht zugänglich, als gewisse Zugeständnisse höchstens als kleine Gesprächsnotiz, aber nicht als verbindliche Vereinbarungen im Hinblick auf eine Aenderung der Zertifizierungspolitik zugelassen wurden. Nach wir vor sind wir der Meinung, dass die Stufe Stroke Unit in der aktuellen Form ein ineffizientes standespolitisches Konstrukt ist und die Kriterien der Nachhaltigkeit nicht erfüllt. Unsere wichtigsten Kritikpunkte haben Sie resp. die anwesenden Vertreter des Fachorgans HSM im Juni 13 anerkannt und wie folgt protokolliert:

Das Fachorgan diskutierte unlängst seiner Sitzung vom 26. August 2013 die Problemstellung und anerkennt die inhaltliche Kritik an den erarbeiteten Anforderungen an die PSC. Es unterstützt eine Überarbeitung der Anforderungen. Dies beinhaltet die folgenden Punkte:

- Keine räumliche Trennung der Stroke Unit: Anstelle einer räumlichen Definition soll eine prozess-orientierte Definition erarbeitet werden, welche die Prozesse, Patientensfide und die interdisziplinäre Zusammenarbeit (Neurologie/Intensiv/Intensivmedizin) definiert.
- Leitung der Stroke Unit: Die Leitung einer Stroke Unit soll nicht ausschliesslich durch einem Neurologen erfolgen, sondern kann, je nach Spitalstruktur, auch von einem Intensivisten wahrgenommen werden.
- Für die inhaltliche Überarbeitung der Anforderungen an die PSC regt das Fachorgan die Bildung einer Arbeitsgruppe unter Federführung der SFKNS/SHG an, welche auch Mitglieder der von der SGM mandatierten Arbeitsgruppe „Nachhaltige Hirn Schlagversorgung“ umfasst.

Umso ersauerter waren wir deshalb an der Sitzung vom 11.4.2014 als uns Prof. Arnold von der SHG eröffnete, diese Protokollnotiz habe keine Bedeutung und das Fachorgan habe sich in Gesprächen mit der SHG wieder davon distanzieren. Da wir davon keine Kenntnis haben und uns eine solche Kehrwendung eines Bundesorgans formal als auch inhaltlich ausserordentlich befremden würde, wären wir für eine Klärstellung dankbar. Nach wie vor arbeiten wir engagiert für die Sache der Inneren Medizin, die in einem zum Teil unruhig fragmentierten klinischen Alltag ganzheitliche Behandlungsstrategien durchsetzt und als wohl einziges Fachgebiet noch eine umfassende integrale Weiterbildung vermittelt. Dazu gehört in den meisten Kliniken auch die Behandlung des Schlaganfalls die auch ohne räumliche Separierung und unter internistischer Hauptleitung kompetent durchgeführt werden kann. Wir haben damals Ihre Aussagen als Votum für diese wichtige Stellung der Inneren Medizin verstanden und wären Ihnen verbunden, wenn Sie dies nochmals bestätigen könnten oder- was wir nicht hoffen- offiziell widerrufen.

Mit besten Grüessen

Für die Arbeitsgruppe nachhaltige Schlaganfallsversorgung
 Chefärzte Innere Medizin Schweiz

Beat Frauchiger

Auslegeordnung

Stroke Unit: Vor/Nachteile

	Kleinere Klinik < 40 Betten	Mittlere Klinik 40-100 Betten	Grosse Klinik > 100 Betten
Vorteile	<ul style="list-style-type: none"> Keine Verantwortung mehr 	<ul style="list-style-type: none"> Gewinn Know-How Pat. bleiben Rénommée Abgeltung 	<ul style="list-style-type: none"> Wie mittlere Klinik Neurologie meist eigenständig
Nachteile	<ul style="list-style-type: none"> Keine SU möglich Verlust Know-How Verlust des Patientengutes 	<ul style="list-style-type: none"> Fragmentierung Bettenstationen Unsinnige und unnötige Schnittstellen Enormer Aufwand für geringen Nutzen Verlust Autonomie AIM „Rendite“ offen 	<ul style="list-style-type: none"> Stroke oft schon „verloren“, bei Neurologe angesiedelt
Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> Lyse möglich wenn entsprechendes Engagement 	<ul style="list-style-type: none"> SU in der Regel nur möglich wenn Neurologie im Haus 	<ul style="list-style-type: none"> Auch andere „Spezialstationen“

Aktuell ausgehandelte Kompromisse

Wohlverstanden: Goodwill bei Zertifizierung,
keine offiziellen Zugeständnisse

	Problem Nr. 1 Räumliche Auscheidung	Problem Nr. 2 Führung durch Neurologen	Problem Nr. 3 Dokumentation	Problem Nr. 4 Minimalzahlen
Papier	Fix 6 Betten	Neurologe führt Auch wenn nur 10 h anwesend!	Enorme Dokumentations- pflicht	20 Lysen/J Andere Minimal- Zahlen
Spielraum	Andere Verwendung zu ca 60 % möglich	Doppelführung Neurologe- Internist zugelassen Konsiliarneurologen unter bestimmten Bedingungen	SHG selbst von Papier überflutet Problem löst sich faktisch Geplante „Registry“ so nicht realisierbar	Flexible Handhabung
Bemerkungen	Grösste Knacknuss	Vorschrift ist für die Internisten/Intensivmedi- ziner ein Affront- 10-h- Führung!		

Doppelstrategie als Vorschlag

1

Neue prozessorientierte Behandlungseinheit

- Lyse als Kernelement
- Telemedizin und/oder Neurologe
- Anbindung an Stroke Center
- Def. Prozesse
- Keine räumliche Ausscheidung
- Personal optimal aber nicht maximal geschult
- Frühreha integriert
- Alle wichtigen Abklärungs-Prozesse

Name offen: Stroke Unit SGIM? Stroke Basic Unit SGIM?
Stroke Team SGIM?

2

SU muss in der Revision der Kriterien tauglich für mittlere Kliniken werden

- Keine räumliche Ausscheidung
 - Betten flexibel
- Führung doppelt oder durch AIM
- Keine Minimalzahlen
- Minimale Administration

Bedingungen und Bemerkungen

- Stroke-Management braucht Engagement
- Es ist nicht DIE Kunst für die es verkauft wird
- Aber: Hohe Sensibilisierung nötig, klar organisierte Prozesse
 - Können Teil der Notfallstation/Abläufe sein
 - Kader gefordert- nicht Business der AA!
- **SGIM kann Prozess „unterhalb“ Stroke Unit selber organisieren!**
 - Kerngruppe vorhanden
 - Know-How-Transfer nötig und möglich
 - Vernetzung mit Neurologie/SC- aber fair und aufwandsoptimiert
- Braucht klaren Konsens und vorbehaltlosen Support der SGIM und CA-SGIM

Arbeitsgruppe nachhaltige Schlaganfallversorgung
 Chefärzte Innere Medizin Schweiz

Was wir jetzt brauchen

- Offizielle Depesche von SGIM-Vorstand+CA SGIM an FA HSM
 - Kriterienrevision zwingend
 - Doppelstrategie vorbehaltlos unterstützt
- Alle CA müssen sich äussern
 - Wer will Stroke Unit „SHG“
 - Wer will „abgespeckte Stroke“ Unit, ohne räum. Abtr.
 - Wer will Stroke Unit SGIM/Stroke Team mit Lyse
 - Wer möchte Strokes lieber nicht behandeln
 - Wer hilft der Kerngruppe zusätzlich bei der Erarbeitung von RL für die „neue Stufe“
inkl. praktischer Unterstützung bei Lyse/Bhgl.-RL

Mit diesem Mandat/Infos

Würden wir

- In etwa wissen, wie sich unsere Kliniken ausrichten wollen
- Die Gestaltung der „unteren Stufen“ der Stroke-Versorgung selber übernehmen
 - In Kooperation mit den Stroke Centers
 - Vernünftiges, pragmatisches Konzept
 - Faire DRG-Abgeltung
- Den politischen Druck auf ein unsinniges HSM-Konstrukt aufrechthalten

Herzlichen Dank!