

Redaktion

Prof. Dr. Gereon Nelles, Schriftführer, nelles@dgn.org (v. i. S. d. P.)

Neuromed-Campus Hohenlind, Werthmannstr. 1c, 50935 Köln

Prof. Dr. med. Peter Berlit, Generalsekretär, berlit@dgn.org

Dr. phil. Bettina Albers, Dr. med. Martina Berthold

Prof. Dr. Christine Klein, Präsidentin, klein@dgn.org

Dr. rer. nat. Thomas Thiekoetter, Geschäftsführer, thiekoetter@dgn.org

„Die Aufarbeitung der NS-Vergangenheit gelingt nur durch eine aktive Auseinandersetzung“

Mit der Ausgabe 2/2020 des „Der Nervenarzt“ wurde das Supplement „Neurologen und Neurowissenschaftler in der NS-Zeit“ an alle Mitglieder der DGN versendet. Das Heft ist Resultat eines sechsjährigen medizinhistorischen Projekts, das die DGN in Auftrag gegeben hat. Prof. Axel Karenberg (Köln), Prof. Heiner Fangerau und Dr. Michael Martin (Düsseldorf) haben darin gewissenhaft die historischen Fakten zusammengetragen. Die Publikation zeigt, wie aktuell dieses Thema noch bzw. gerade heute ist und wie ernsthaft und engagiert sich DGN-Mitglieder mit diesem Teil der Geschichte ihrer Fachgesellschaft auseinandersetzen. Davon zeugen die zahlreichen Reaktionen und Leserbriefe, die bei der DGN eingegangen sind.

Das im Februar erschienene Supplement gab umfassend Aufschluss über die Verstrickungen von Neurologen in das Nazi-Regime. „Was dort nachzulesen war, ist erschütternd. Es sind nicht nur die Taten einzelner Akteure während der NS-Zeit, die aufrütteln, sondern auch die Art und Weise, wie ‚geräuschlos‘ nach dem Krieg alles wieder in die Normalität überführt wurde, ehemaliges Schweigen als Widerstand gedeutet, Lebensläufe kurzerhand umgeschrieben wurden und Akteure und Mitläufer des Regimes ohne großes Aufheben nach dem Krieg wieder Ehrenämter bekleideten“,

erklärt Prof. Dr. Martin Grond, der zwischen 2014 und 2016 Vorsitzender der DGN war und das Aufarbeitungsprojekt maßgeblich angestoßen hatte. „Der Mantel des Schweigens wurde über dieses dunkle Kapitel der Geschichte unserer Fachgesellschaft gelegt und Jahre bzw. Jahrzehnte nicht gelüftet. Konfrontiert mit den historischen Fakten, stehen wir nun vor der Aufgabe der Aufarbeitung und müssen uns überlegen, wie diese ehrlich und zeitgemäß gelingen kann.“

Eine erste Konsequenz der DGN war, 2020 alle Wissenschaftspreise und Ehrungen, die mit Eigennamen benannt sind, auszusetzen, und auch diese Namen systematisch historisch zu beleuchten, um anschließend folgende Fragen zu diskutieren: Wer ist als Namensgeber noch tragbar? Wer nicht? Lassen sich wissenschaftliche Meriten und zweifelhaftes politisches Mitläufertum in einem totalitären Regime überhaupt gegeneinander abwägen? Ab wann ist eine Persönlichkeit „belastet“ – und wäre eine kommentarlose Tilgung von der Ahnentafel „großer Neurologinnen und Neurologen“ nicht eine Fortsetzung der Vertuschungstaktik, die nach dem Krieg an der Tagesordnung war?

Die DGN möchte das Moratorium für eine lebendige Debatte innerhalb der Fachgesellschaft



▲ Cover des Supplements „Neurologen und Neurowissenschaftler in der NS-Zeit“

nutzen. Viele Mitglieder haben sich bereits zu Wort gemeldet und Kommentare/Leserbriefe eingereicht, die in dieser Ausgabe unverändert abgedruckt werden. Sie zeigen, wie aktuell die Geschehnisse nach 75 Jahren immer noch sind, aber auch, wie unterschiedlich bis heute die Sichtweisen. „Aufarbeitung gelingt nur durch Auseinandersetzung und wir möchten daher

die DGN-Mitglieder ermutigen, aktiv daran teilzunehmen“, erklärt Dr. Thomas Thiekoetter, Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN). Weitere Leserbriefe werden in den nächsten Ausgaben der Gesellschaftsseiten veröffentlicht. Darüber hinaus lädt das Präsidium der DGN zu einer Diskussionsrunde beim virtuellen Online-Kongress der DGN ein.

„Die Rolle, die wir als Ärztinnen und Ärzte in der Gesellschaft haben, geht weit über das Medizinische hinaus“

Dr. Christoph Kley, Eitorf



© privat

Ich lege nicht die Hand für mich ins Feuer, dass ich nicht ein Mitläufer im Nazi-System gewesen wäre, wenn ich in dieser Zeit als Arzt oder Forscher tätig gewesen wäre. Ich kann nicht mit Sicherheit behaupten, dass ich mich nach 1945 öffentlich davon distanziert hätte. Die vorliegende Aufarbeitung zeigt an vielen Beispielen, wie Menschen sich verführen ließen und dann hilflos, z. T. aber auch schamlos mit ihrer Vergangenheit umgegangen sind. Hierin liegt der unschätzbare Wert dieser Schrift: Wir haben als nachfolgende Generationen die Chance, nicht wieder in eine solche Falle zu treten. Die Rolle, die wir als Ärztinnen und Ärzte in der Gesellschaft haben, geht weit über das Medizinische hinaus.

Allen Beteiligten an dieser Sonderausgabe und dem DGN-Vorstand gilt großer Dank!

„Das Projekt sendet ein deutliches Signal in Zeiten, die besondere Aufmerksamkeit und Aufrichtigkeit erfordern“

PD Dr. Gerhard Jan Jungehülsing, Berlin



© Maxi Schumacher, Jüdisches Krankenhaus Berlin

Den Herausgebern der Sonderausgabe des „Nervenarzt“ „Who was a Nazi? Neurologen und Neurowissenschaftler in der NS-Zeit“ möchte ich stellvertretend für alle Beteiligten und Autoren sehr herzlich danken. Ihre Arbeit ist eine der wichtigsten in den letzten Jahrzehnten der deutschen Neurologie.

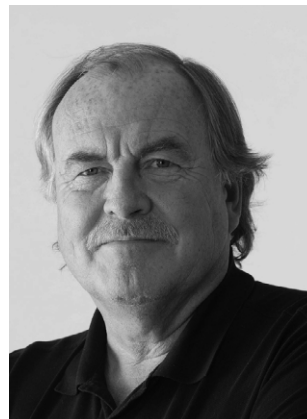
Messen wir den Wert einer Gesellschaft immer daran, wie sie mit den Kranken, den Sterbenden und den Schwächsten umgeht. Menschlichkeit zu leben und ein Vorbild zu sein, muss dabei immer besonders für Wissenschaftlerinnen/Wissenschaftler und Ärztinnen/Ärzte gelten. Gerade dann, wenn aus wissenschaftlichen und medizinischen Arbeiten oder Verdiensten heraus der Anspruch geltend gemacht wird, dass eine Person Namensträger eines Preises und damit ein Vorbild für alle Zeiten sein soll. Die umfassende, sachliche und wissenschaftlich fundierte Auseinandersetzung mit führenden Neurologen und Neurowissenschaftlern in der NS-Zeit hat nicht nur Zweifel, sondern in vielen Fällen klare Argumente gegen solch eine Vorbildfunktion sehr vieler Ärzte und Wissenschaftler geliefert.

„Alle haben – und das sehr früh – über die Verbrechen der Nazis Bescheid gewusst.“ Diesen Satz meines eigenen Vaters werde ich nie vergessen. Er bezog sich damit ganz bewusst nicht nur auf seine Erfahrung als gerade 16-jähriger Flakhelfer am Zaun von Auschwitz im Sommer 1944, sondern über seine Erfahrungen als Kind und Jugendlicher in einer kleinen Stadt im Ruhrgebiet auf das Wissen aller Deutschen spätestens mit Beginn der 1940er Jahre.

Das DGN-Projekt „Neurologie im Nationalsozialismus“ hat viel Klarheit und Klärung zu Verstrickungen und Leugnungen gebracht und wird es in Zukunft weiter tun. Gleichzeitig sendet es ein deutliches Signal in Zeiten, die besondere Aufmerksamkeit und Aufrichtigkeit erfordern. Die Entscheidung der DGN für ein Moratorium ist klug. Es gibt uns die Zeit, der es bedarf, nachzudenken, weitere Dinge aufzuarbeiten und zu diskutieren. Dabei werden wir uns nun im Besonderen und vielleicht stärker als in der Vergangenheit vieler vergessener, vertriebener oder getöteter Wissenschaftlerinnen/Wissenschaftler und Ärztinnen/Ärzte erinnern wollen.

„Auch deshalb ist dieses Supplement so wichtig: Es hält uns an zu reflektieren, bevor wir urteilen“

Prof Dr. Dr. h. c. (mult.) Werner Hacke, Heidelberg, federführender Herausgeber „Der Nervenarzt“



© privat

Es ist schon ungewöhnlich, wenn der federführende Herausgeber einer wissenschaftlichen Zeitschrift einen Leserbrief zu einem in genau dieser Zeitschrift erschienenen Sonderhefts schreibt.

Das erklärt sich natürlich unter anderem dadurch, dass dieses Supplement mit Martin Grond und Thomas Thiekötter zwei Gastherausgeber hatte, aber mir war das Projekt natürlich bekannt und ich habe gespannt auf das Ergebnis gewartet.

Ich will ehrlich sein: Dieses Supplement war seit Langem das erste Heft des „Nervenarzt“, das ich von Anfang bis Ende komplett gelesen habe (einige Artikel sogar zweimal). Ich habe sofort einen Brief an die Gastherausgeber und die Autoren geschrieben und mich für dieses Meisterstück bedankt.

Die Lektüre hat ganz unterschiedliche Emotionen in mir geweckt: Zum einen war ich entsetzt über die vielfältigen Kontakte und Mitgliedschaften einiger unserer wissenschaftlichen Vorfahren. Auch war ich manchmal geneigt, die Einstufung als „Mitläufer“ anstatt als aktives Mitglied als zu gnädig anzusehen. Auch war es schwer, sich vorzustellen, welche Geheimnisse einige der großen Neurologen, die ich noch zu Anfang meiner eigenen Karriere kennengelernt habe (und zum Teil als freundliche, warmherzige Personen erinnere), mit sich trugen.

Andererseits kam mir schon früh der Gedanke, was ich wohl in dieser Zeit und Situation gemacht hätte, wäre ich ein junger Neurologe gewesen und meinen nächsten Karriereschritten wäre eine „Annäherung“ an das Regime förderlich gewesen.

Hätte ich meine persönliche Entwicklung hintangestellt, oder hätte ich mich in der Nähe oder gar in Parteistrukturen wiedergefunden, ohne wirklich aktiv zu werden? Wäre ich vielleicht doch aktiv geworden, um internationale Kontakte pflegen zu können? Hätte ich wirklich offizielle Statements mit Lobeshymnen auf Partei und Führer begonnen

oder mich auf sachliche Argumente beschränkt? Hätte ich mich für Kollegen anderer Ethnien eingesetzt oder weggeschaut oder gar auf Vorteile durch deren Flucht oder Deportation gehofft? Hätte ich immer kritisch hinterfragt, woher denn die Materialien stammten, an denen ich forschte? Immer? Ganz ehrlich: Ich weiß es nicht.

Und es gab ja noch eine zweite Phase, in der zumindest in einem Teil unserer Heimat wissenschaftliche Karrieren (ja sogar die Chance, Abitur zu machen) auf vielfältige Weise mit einer Einbindung in Parteistrukturen und -ideologie verknüpft waren.

Mir ist klar, dass ich zweimal unverschämtes Glück gehabt habe: einmal mit der Geburt nach 1945 und zum Zweiten mit meiner Heimat in Aachen an der holländischen und belgischen Grenze, wo Amsterdam, Brüssel und Paris näher waren als die innerdeutsche Linie.

Dadurch wurden gravierende Entscheidungen, die Gleichaltrige im Osten sehr wohl zu treffen hatten, nicht von mir verlangt. Nach der Wiedervereinigung war ich gebeten worden, Gutachten über die wissenschaftliche Leistung der Hochschullehrer in der früheren DDR zu erstellen. Ich sah kaum Veröffentlichungen auf Englisch, deutlich mehr in Russisch (deren Inhalt ich nicht beurteilen konnte) und einige „Highlights“ im „Nervenarzt“.

Durfte ich darüber überhaupt urteilen? Und welchen Bewertungsmaßstab sollte ich einsetzen? Ich habe konsequent die Begutachtungen abgelehnt. Später habe ich Gutachten von geschätzten Kollegen aus dem Westen gesehen, die ganz einfach unsere westdeutschen Standards heranzogen und die wissenschaftliche Qualität als nicht ausreichend ansahen. Das bedeutete das Ende der Berufstätigkeit von einigen vermutlich sehr guten Ärzten und Neurologen.

Es ist heute leicht zu sagen, man wäre nie auf Tuchfühlung mit den Institutionen gegangen. Die Wahrheit ist jedoch, dass

unsere genetische Neigung zum Opportunismus viele zu Mitläufern gemacht hätte und hoffentlich nur wenige zu aktiven Parteigenossen oder IMs.

Auch deshalb ist dieses Supplement so wichtig: Es hält uns an zu reflektieren, bevor wir urteilen. Den Autoren und Herausgebern meinen aufrichtigen Dank.

„Die DGN hat den Autoren die wissenschaftlichen Freiheiten gegeben, auch unliebsame Wahrheiten über hoch angesehene Größen der Neurologie aus der dunkelsten Periode unserer Nation aufzudecken“

Univ.-Prof. (em) Dr. Klaus Toyka, Würzburg



© DMSG

Mit großem Interesse habe ich das Sonderheft „Neurologen und Neurowissenschaftler in der NS-Zeit“ gelesen. Man darf den Autoren der wissenschaftlichen Aufarbeitung dieses vielschichtigen, historisch bedeutenden, aber auch schmerzlichen Themas gratulieren. Es war überragend, sich mit unserer wechselhaften Geschichte intensiver zu befassen.

Der Einführungsartikel von M. Grond und T. Thieckötter führt den Leser in die Motivation der DGN für die Verpflichtung zur Aufarbeitung ihrer Geschichte ein. Im ersten Kapitel führen uns die Autoren H. Fangerau, M. Martin und A. Karenberg an die Arbeitsweise ihrer Forscher-

gruppe heran, behutsam und informativ, und bereiten bestens auf die folgenden Einzelberichte vor. Sie differenzieren die Tatbestände und die Art und Schwere der Verstrickung sehr genau und sprachlich leicht verständlich. Ein wichtiger Teil ist die sozialhistorisch geprägte Beschreibung des beruflichen Werdegangs der hochrangigen Persönlichkeiten in der deutschen Neurologie und Neuropsychiatrie in ihrem politischen und gesellschaftshistorischen Kontext vor und während der NS-Zeit. Der herrschende Zeitgeist und die wechselhaften und kritisch zugespitzten gesellschaftlichen Entwicklungen im frühen 20. Jahrhundert wurden in die Analyse und Betrachtungen eingeflochten. In sehr zurückhaltender, aber trotzdem klarer Weise pointieren die Autoren die jeweiligen Ebenen der Verstrickung hochdekorierter Neurologen und Neurowissenschaftler und geben eine balancierte Wertung aus damaliger wie heutiger Sicht. Der Komplex der wissentlichen Fehlaussagen zur eigenen Verstrickung wird ebenfalls sehr differenziert angesprochen.

Das Verhalten und die weiteren Karrieren dieser belasteten Kollegen nach dem Ende der nationalsozialistischen Schreckensherrschaft wird ebenfalls mit Quellenstudien detailliert analysiert und kritisch bewertet. Es ist nur mit Befremden hinzunehmen, dass es nach 1945 im Westen Deutschlands so vielen Verstrickten gelungen ist, nur als Mitläufer oder gar als „Entlastete“ eingestuft zu werden und in ihren beruflichen Spitzenpositionen unbescholten zu agieren. Nur wer versteht, in welchem Umfeld sowohl diese Verstrickungen und Fehlentwicklungen als auch ihre späteren Karrieren gedeihen konnten, kann der jetzigen Generation die Augen öffnen und sie befähigen, potenzielle Täter von morgen frühzeitig zu erkennen und ihnen entgegenzutreten.

Beindruckend haben die Autoren die wissenschaftskri-

tische Balance bei der paradox erscheinenden Verhaltensweise von Otfried Foerster gewahrt. Sie lassen den Leser zu Recht ohne eine einfache Bewertung ex cathedra. Bei Foerster favorisiere ich das Erklärungsmodell, dass er einige, durch Quellen belegte, rhetorisch pro-nazistisch klingende Auftritte als bewusste Camouflage inszeniert haben mag, um seine jüdische Frau und die gemeinsamen Kinder und sogar sich selbst vor der Deportation und Ermordung zu bewahren. Aus meiner langjährigen Beschäftigung mit deutsch-jüdischen Schicksalen, auch vielen individuellen Begegnungen mit Überlebenden in Deutschland, den USA und in Israel erlaube ich mir die Hypothese, dass Foerster immer sehr nahe am Abgrund gestanden haben dürfte. Wenn er öffentlich Zweifel an seiner Nazi-Gesinnung hätte aufkommen lassen, wären Amtsenthebung und schließlich Deportation der Familie die Folge gewesen. Hin und wieder wurden bei Personen mit großer Wichtigkeit für das „Dritte Reich“ Mischehen mit Jüdinnen toleriert, wenn man sich verpflichtete, keine Kinder zu zeugen. Bei Foerster waren die Kinder schon geboren und hatten mit Einschränkungen zu kämpfen, wie mit Quellen belegt wird. Doch eine derart selten ausgeübte, weitgehende Toleranz war während des Krieges nur so lange gültig, wie eben keine NS-Fanatiker davon Wind bekamen. Diese Familie darf man ex post als hoch gefährdet einstufen.

Die Verstrickungen von Schaltenbrand in Würzburg stellen eine andere Kategorie dar. Wie die Autoren eindrücklich ausführen, stellen die in der Kriegsausgabe von 1943 beschriebenen, laut Darlegung der Autoren „ethisch inakzeptablen Menschenversuche“ nicht nur einen Verstoß gegen die Menschlichkeit dar, sondern verstießen ebenso gegen die formal gültige Reichsärzteordnung von 1931. Nur sehr zurückhaltend erwähnen die Autoren, dass die unethischen MS-Experimente an Pa-

tienten ohne deren Einwilligung nach den gültigen Kriterien zudem noch schlechte Wissenschaft darstellten, ohne Aussicht auf eine nutzbare Aussage.

Sehr trefflich haben die Autoren hier und andernorts die Rolle der „Persilscheine“ dargelegt, d.h. von Ehrenerklärungen oder Bürgschaften, die verstrickten Neurowissenschaftlern von ebenfalls verstrickten Größen des Faches ausgestellt wurden, um sie vor den Entnazifizierungsgremien oder vor Gericht reinzuwaschen. Derartige Vertuschungen fanden einen bemerkenswerten Höhepunkt im Fall des für die sog. Euthanasieaktion (Tarnname T4) verantwortlichen Würzburger Psychiatrieprofessors Heyde, der nach 1945 als Dr. Sawade untertauchte und schon 1946 vom emeritierten Psychiater Karl Ludwig Bonhoeffer entlarvt worden sein soll. Niemand im damaligen Kollegenkreis und in der Justiz der westdeutschen Besatzungszonen wollte der Sache nachgehen, bis es 1959 zu Heydes Verhaftung kam.

Im Fall von Helmut Bauer sprechen die Autoren mit klarer Aussage und eindeutigen Quellen nachweisen von einem Nationalsozialisten aus Überzeugung, der als hochrangiger SS-Angehöriger von Nazi-Gräueltaten gewusst haben muss, aber sich niemals davon distanzierte, weder vor noch nach 1945. Diese Geschichte kollidiert mit meiner eigenen, hohen Einschätzung seiner Persönlichkeit in meinen Begegnungen mit Bauer ab den 80er Jahren. Der historischen Wahrheit haben die Autoren Genüge getan, weil sie genau diese Aufgabe der Wahrheitsfindung zu erfüllen hatten.

Mein großer Dank gilt den Vorstandsmitgliedern der DGN, die sich diese geschichtliche Aufarbeitung zum Ziel gesetzt haben und den Autoren die wissenschaftlichen Freiheiten gegeben haben, auch unliebsame Wahrheiten über hoch angesehene Größen der Neurologie aus der dunkelsten Periode unserer Nation aufzudecken.

„Gerade diese faktenbasierte Rekonstruktion der Geschichte vermissten wir im Beitrag von Schmidt et al.“

Prof. Hilmar Prange, Göttingen (federführend), Prof. Hansotto Reiber, Göttingen, Prof. Erwin Volles, Göttingen



▲ Von oben nach unten: Prof. Prange, Prof. Reiber, Prof. Volles

Leserzuschrift zum Beitrag: SS-Hauptsturmführer Helmut J. Bauer (1914–2008). Nervenarzt 2020; 91 (Suppl. 1): 71

Die Herausgeber des Sonderheftes zur NS-Vergangenheit deutscher Neurologen haben dan-

kenswerterweise ein Muster differenzierter Bewertungskriterien aufgezeigt [1]. Gerade diese faktenbasierte Rekonstruktion der Geschichte vermissten wir im Beitrag von Schmidt et al. [2].

Wenn wir zum Lebenslauf eines SS-Mitglieds Stellung nehmen, liegt das daran, dass wir H. J. Bauer als vorbildlich am Wohl der Patienten engagierten Arzt und leidenschaftlichen Förderer wissenschaftlicher Innovation bis ins hohe Alter kennengelernt haben. In Ergänzung unseres Leserbriefs in „Neurology“ [3] lassen unsere eigenen erweiterten Recherchen eine ganz andere Beschreibung von H. J. Bauers NS-Vergangenheit zu, nämlich die eines engagierten Arztes in politisch und menschlich furchtbaren Zeiten.

Als Sohn einer deutschstämmigen, nach USA ausgewanderten, während der Depression der 20er Jahre völlig verarmten Bäckerfamilie konnte H. J. Bauer sich seinen Wunsch, Medizin zu studieren, nur durch ein angebotenes VDA-Stipendium 1932 in Deutschland erfüllen. Als studentische Hilfskraft nahm er 1936 an den Olympischen Spielen teil. Seine Reportagen für amerikanische Sender brachten ihm das Angebot, in den diplomatischen Dienst einzutreten. Er hat jedoch vorgezogen, Arzt zu werden und in der Klinik von E. Baader seine internistische Weiterbildung und Doktorarbeit (1938) zu machen. Dort hat er seine spätere Frau, die Ärztin Käthe Didlap, kennengelernt. Nach Kriegsausbruch nahm Bauer im Juni 1940 die deutsche Staatsbürgerschaft an, wurde am 01.07.1940 als Freiwilliger, mit dem Wunsch, Truppenarzt zu werden, zur Wehrmacht eingezogen. Wegen seiner exzellenten Fremdsprachenkenntnisse wurde er der Auslandsabteilung der Ärztekammer zur Übersetzung und Bearbeitung medizinisch-wissenschaftlicher Unterlagen zugeordnet. Er nahm als Truppenarzt an Sonderkommandos des Auswärtigen Amtes teil – in Frankreich (Dez. 1940 bis Jan. 1941 in Paris), Griechen-

land (Frühjahr 1941), an der Leningradfront (1942), in Nordafrika (bis Herbst 1942) und im Nordkaukasus bis zum Zusammenbruch von Stalingrad (Jan./Feb. 1943).

Seine Heirat am 28.12.1940 mag ein Licht auf Bauers von Schmidt et al. [2] nicht nachvollziehbare Entscheidung werfen, einen deutschen Pass zu beantragen. Die Ehefähigkeitsgesetze hätten bei Ehen mit Ausländern zum Verlust der „Reichszugehörigkeit“ der Frau geführt. Andererseits hätten die beiden wegen der damals nicht heilbaren Tbc seiner Frau nicht nach USA auswandern können.

Bauers eigene Aktivitäten und seine Kenntnisse über die Gräueltaten der Wehrmacht lassen sich nur indirekt aus der ausführlich dokumentierten Aktivität des Sonderkommandos Künsberg erschließen [4]. Dieses SK des Auswärtigen Amtes im Auftrag des Reichsaußenministers hatte sich in die Belange einer anderen Beuteorganisation mit Interesse an Kunst und Kulturgütern (Einsatzstab Rosenberg) in Frankreich eingemischt, was dazu führte, dass mit Hinblick auf den Ostfeldzug Künsberg dem Oberkommando des Heeres West am 15.03.1941 zusagen musste, die Tätigkeiten des SK auf außenpolitisch und geografisch wichtiges Material zu beschränken. Das SK wurde als Einheit des Feldnachrichtendienstes geführt. Seine Führer behielten die Befugnisse der geheimen Feldpolizei. Am 01.08.1941 wurde das SK nach einem Machtgerangel (Canaris, Himmler, Heidrich) formal der SS zugeordnet, sollte aber unabhängig und nur dem Reichsaußenminister weisungsgebunden bleiben [4].

Die Unterstellung der persönlichen Beteiligung Bauers am Kunstraub durch Schmidt et al. [2] ist also falsch.

Allerdings wurde Bauer in diesem Zusammenhang Ende 1941 in die Waffen-SS überführt, was der einzige haltbare, jedoch schwer zu beurteilende Vorwurf [1] an Bauer bleibt (auch wenn

© privat

er selbst in seiner Stellungnahme an Franke 1997 [5] sagte, dass es nicht auf eigenen Wunsch geschah).

Mit der Gegenoffensive Stalins im Dez. 1941 zog Künsberg Teile des SK zurück, u. a. zur Bearbeitung des beschlagnahmten Materials. Im Laufe des Jahres 1942 wurden die 300.000 Beuteobjekte des SK an deutsche Einrichtungen verteilt. A. Heuss [4] dokumentiert, dass auch das Hygiene-Institut der Waffen-SS medizinisches Schrifttum erhielt: „3 Kisten gingen an Dr. Bauer, der für das SK Künsberg in der Sowjetunion als Arzt und Fachmann für medizinisches Beutematerial tätig gewesen war.“ Alle erhaltenen Akten des SK sind heute im politischen Archiv des AA in Bonn einsehbar.

Als echte ärztliche Tätigkeit in dieser Zeit (1942) ist Bauers Auftrag gut belegt, aufgrund vermuteten Ausbruchs der Pest und Tularämie in den russischen Streitkräften das Risiko für die Wehrmacht zu untersuchen [5].

Anfang 1943 wurde ihm bis Sommer 1943 die Leitung einer Fleckfieberstation in Saporoschje übertragen. Ab Herbst 1943 wurde Bauer stellvertretender Leiter im Institut für Mikrobiologie der Wehrmacht, Sachsenburg (der Begriff „Hygiene-Institut“ hatte hier nichts mit Rassenhygiene, sondern mit Seuchenprävention zu tun). Die von Schmidt et al. [2] suggerierte Beteiligung an biologischer Waffenforschung entbehrt wiederum jeglicher Wissensbasis; denn Hitler lehnte biologische Waffen ab [6]. Der Umgang mit *Yersinia pestis* hatte mit dem Bemühen um den Schutz der deutschen Bevölkerung vor Pest in den zunehmend zerbombten deutschen Städten zu tun, deren Risiko wiederum Bauer untersucht und berichtet hatte. Es mag Bauers unabhängige Persönlichkeit beleuchten, dass er auf der Sachsenburg auch keinesfalls kriegsrelevante lichtmikroskopische und nur elektronenmikroskopische Grundlagenforschung zu Proto-

plasmastrukturen von Schizomyzeten durchführte.

Ab dem 13.02.1945 kümmerte sich Bauer als Verbindungsmann zum Internationalen Roten Kreuz persönlich um die bessere Nahrungsversorgung der amerikanischen Kriegsgefangenen. Bei Konspirationen (Prof. Berger, 28.03.1945, Berlin-Konferenz) mit amerikanischen Offizieren war er gewiss nur ein „kleines Rädchen“, dennoch hätte es ihm als Hochverrat ausgelegt werden können. Bauers Tätigkeiten ab Februar 1945 wurden von amerikanischer Seite 1975 offiziell gewürdigt [7].

Als Bauers öffentliche Stellungnahmen zu seiner NS-Vergangenheit sind seine Antwort mit 15 Dokumenten zum Artikel von Franke 1997 [2] und zu seiner Arbeit auf der Sachsenburg im Schriftwechsel 1998 mit E. Geissler [6] bekannt. Die von E. Volles mit der Einwilligung von Bauers zweiter Ehefrau aus seinem Nachlass gesammelten Dokumente sind zugänglich.

Es besteht für uns kein Zweifel daran, dass Bauer durch seine akribische medizinische und wissenschaftliche Arbeit und als engagierter Arzt anerkannt wurde und nicht durch seine SS-Zugehörigkeit. Inwieweit er sich durch seine Kenntnisse einer Mittäterschaft schuldig machte, vermögen wir nicht zu beurteilen. Wir hätten allerdings von Mitarbeitern eines Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin einen wissenschaftlich sorgfältigeren und objektiveren Bericht erwartet. Durchaus in persönlicher Verbundenheit zu H. J. Bauer halten wir unsere ergänzenden Informationen für so wichtig, dass wir sie dem hier angesprochenen Leserkreis als eine mögliche Gegenposition zum genannten Artikel zugänglich machen wollten.

Literatur

1. Fangerau H, Martin M, Karenberg A (2020) *Nervenarzt* 91:3–12
2. Schmidt M, Martin M, Gross D (2020) *Nervenarzt* 91(Suppl. 1): 71–79
3. Reiber H, Prange H, Volles E (2019) Reader response: *Neurology*,

2019. <https://n.neurology.org/content/reader-response-two-lives-neurologist-helmut-j-bauer-1914%E2%80%93renowned-specialist-and-0>. Zugegriffen: 18. Mai 2020

4. Heuss A (1977) Die „Beuteorganisation“ des Auswärtigen Amtes. Vierteljahresshefte Zeitgeschichte 45:535–565
5. Bauer H. Ermittlungen über die Pest und Tularämie im Nordkaukasus. In: Bundesarchiv Militärarchiv Freiburg RS15/12, 8.2.43
6. Geissler E (1999) Biologische Waffen – nicht in Hitlers Arsenalen. In: Studien zur Friedensforschung, Band 13, 2. Auflage, LIT Verlag, Münster.
7. Spivey DT, Durand AA (1975) *Air Force Magazine* 9:115–120

„Es ist zunehmend schwierig, jungen Kolleginnen und Kollegen diesen Zeitverzug zu erklären“

Prof. Dr. Tobias Back, Arnsdorf



© privat

Früher Hugo-Spatz-Preis, jetzt Adolf-Wallenberg-Preis. Ein Bericht

Zu zwei Zeitpunkten in meinem Berufsleben quoll mein Klinikpostfach über. Das erste Mal passierte das 1998, als ich den Hugo-Spatz-Preis der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) gewinnen sollte; das zweite Mal, als auf meine Initiative hin die Auszeichnung im September 1999 vom Vorstand der DGN in Adolf-Wallenberg-Preis umbenannt worden war. Beim ersten Mal erreichten mich Schmähbriefe und Verwünschungen. Beim zweiten Mal wurde ich von sehr vielen zu mei-

ner Initiative beglückwünscht. Teilweise geradezu euphorisch.

Martin, Karenberg und Fangerau schreiben 2020 im „Nervenarzt“ [1]: „Erst im Jahr 1998 geriet die Person Hugo Spatz in den Mittelpunkt einer Debatte auf Verbandsebene. Seine Rolle während des ‚Dritten Reiches‘ wurde in den Reihen der DGN diskutiert, als der designierte Gewinner des ‚Hugo-Spatz-Preises‘, Tobias Back, kritische Fragen hinsichtlich der Teilnahme Spatz‘ an unethischen Forschungen stellte. Der nach Spatz benannte Preis der DGN, seit 1975 für hervorragende Forschungsergebnisse auf dem Gebiet der Hirndurchblutung und des Hirnstoffwechsels vergeben, wurde in der Folge von der Gesellschaft am 30.09.1999 in ‚Adolf-Wallenberg-Preis‘ umbenannt.“

Im Folgenden möchte ich diese Vorgänge aus meiner Sicht beschreiben, um Aspekte deutlich zu machen, warum die Aufarbeitung der Verstrickung von Ärzten (hier von Neurologen und Psychiatern) in die nationalsozialistischen Tötungsaktionen so zögerlich und schleppend verlief. Es ist zunehmend schwierig, jungen Kolleginnen und Kollegen diesen Zeitverzug zu erklären. In diesem Fall hat es 55 Jahre seit Ende des Zweiten Weltkrieges gebraucht, um sich von Namen zu trennen, die für ein zutiefst unethisches ärztliches Verhalten stehen.

Ich kann dabei nicht erkennen, dass mein Verhalten besonders mutig gewesen wäre, eher entsprach es meinem Bedürfnis nach Konsequenz – verbunden mit dem Wunsch, einen vorzeigbaren Preis gewonnen zu haben. Ein weiterer Antrieb war für mich ein Forschungsaufenthalt 1993–1994 in den USA, bei dem ich mit Prof. Dr. Myron Ginsberg in Miami einen international renommierten jüdischen Neurologen kennengelernt hatte, der diese Preisvergabe aufmerksam beobachtete und kritische Fragen stellte. Mich beschlich dabei tiefe Scham.

Ich arbeitete seit 1996 an der Neurologischen Klinik des

Münchener Klinikums Großhadern. Als bekannt wurde, dass ich den oben genannten Preis gewinnen würde, nahm mich ein junger Kollege, der viel besessener war als ich, PD Dr. Patrick Weydt (heute Universitätsklinikum Bonn), zur Seite und meinte zu mir, der Name Hugo Spatz sei belastet. Er wies mich auf zwei Quellen hin. Einmal auf Dr. Götz Haydar Aly, der in seinen Forschungen auf belastende Momente der Arbeit von Spatz gestoßen war. Bereits 1987 war von Aly das Buch „Aktion T4: 1939–1945“ herausgekommen, das neues Material über die gezielte NS-Tötungsaktion an Geisteskranken publik gemacht hatte [2]. Zum anderen auf den englischen Neuropathologen Prof. Peter Harper, der 1996 in „The Lancet“ schrieb [3]: „Both Hallervorden and Spatz were closely associated with the Nazi extermination policies, and the nearby mental hospital functioned as an extermination centre.“ Harper berief sich auf Protokolle amerikanischer Offiziere, die auch Hallervorden und Spatz nach dem Krieg befragt hatten.

Meine zunächst etwas oberflächliche Recherche machte mir schnell klar, dass eine Verstrickung in die sogenannte T4-Aktion bei beiden Wissenschaftlern mehr als wahrscheinlich war, das Ausmaß dieser Verstrickung jedoch noch etwas infrage stand. Mit diesem (unzureichenden) Kenntnisstand wandte ich mich an meinen damaligen Chef, Prof. Dr. Thomas Brandt, der gleichzeitig Präsident der DGN war. Ich schilderte ihm mein Unbehagen, einen Preis gewonnen zu haben, an dessen Namen möglicherweise das Blut unschuldiger Patienten klebte und der insbesondere im Ausland mit großer Skepsis betrachtet wurde. Er reagierte mit Verständnis auf meine Einwände. So entschloss ich mich, das Preiskomitee der DGN anzuschreiben, indem ich darum bat, über eine Umbenennung des Preises nachzudenken. Gleichzeitig stellte ich in Aussicht, den

Preis bei Zurückweisung meines Anliegens zurückzugeben.

Es erhob sich ein Sturm der Entrüstung. Eine Welle von schriftlichen und mündlichen Äußerungen erging über mich, wie etwa „Nestbeschmutzer“, „Sie sollte man sofort entlassen ...“, Postkarten mit üblen Verleumdungen und Schmähbriefe. Prof. Dr. Brandt stellte sich in dieser Situation konsequent hinter mich und unterstützte weiterhin das Anliegen einer Umbenennung. Dafür empfand (und empfinde) ich große Dankbarkeit und mir wurde gleichzeitig deutlich, dass es mir an einer anderen deutschen Universitätsklinik leicht hätte anders ergehen können.

Ich erhielt den Auftrag, historisch belastbare Fakten auf den Tisch zu legen, um das Ausmaß der Verstrickung von Spatz in die NS-Tötungsaktionen zu belegen. Damit war ich als Mediziner und Nicht-Historiker überfordert. Bei meiner Quellensuche stieß ich auf den Namen von Prof. Dr. Jürgen Peiffer in Tübingen, ein emeritierter Neuropathologe, der mit großer Akribie die Herkunft von Gehirnschnitten in pathologischen Sammlungen untersuchte und dabei auf Präparate gestoßen war, die unzweifelhaft von Opfern der sogenannten T4-Aktion stammten. Der Zufall kam mir zu Hilfe: Prof. em. Dr. Peiffer arbeitete zur gleichen Zeit an einem Gutachten für die Max-Planck-Gesellschaft, die eine Aufarbeitung der Rolle früherer Direktoren von Kaiser-Wilhelm-Instituten (den Vorgängern der Max-Planck-Institute) auf den Weg gebracht hatte, darunter Hugo Spatz.

Er schrieb mir am 24.07.1999 [4]: „Zum einen kann ich inzwischen nachweisen, dass Gehirne von Euthanasiefällen nicht nur in der Abteilung von Hallervorden untersucht wurden, sondern – wenn auch in deutlich geringerer Zahl – auch in der Abteilung von Spatz (16 sichere Fälle, 89 sehr wahrscheinliche). Spatz war wie Hallervorden in der T4-Zentrale über die geplanten Tötungsaktionen informiert worden, war im

Übrigen als Institutsdirektor auch für die Abteilung Hallervordens verantwortlich. Es mir noch gewichtiger erscheint, ist, dass Gehirne von den Menschenversuchen, die Rascher im KZ Dachau ausführte, an das Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung gelangten (Brief Raschers vom 11.05.1942 an den Reichsführer SS, Himmler, ferner Brief Raschers vom 03.01.1944 an Romberg, was ‚aus den schönen Präparaten bei Spatz‘ geworden sei. Unterlagen im Bundesarchiv). Entsprechende Befundberichte über diese Dachau-Gehirne aus dem ehemaligen Berliner Institut von Spatz liegen nicht mehr vor bzw. wurden wie andere belastende Unterlagen vernichtet.“

Am 27.07.1999 richtete ich einen Brief an Prof. Brandt, in dem ich klarmachte, dass ich die Verbindung des Preises mit dem Namen Hugo Spatz untragbar finde angesichts der bis dato bekannten Forschungsergebnisse. Ich bot die Rückgabe des Preises an, falls sich der Vorstand meiner Überzeugung nicht anschließen würde, und begründete das wie folgt [4]:

1. *Hugo Spatz war seit 1936 geschäftsführender Direktor des Berlin-Bucher Kaiser-Wilhelm-Instituts für Hirnforschung und berief 1937 Hallervorden, einen ausgewiesenen Wissenschaftler und persönlichen Freund, an das Berliner Institut, wo Hallervorden den Kriegsteilnehmer Spatz vertrat. Spatz war bis Kriegsende der direkte Vorgesetzte von Hallervorden, beide beforschten dasselbe Arbeitsgebiet und blieben sich bis in die Nachkriegszeit eng verbunden.*
2. *Spätestens am 19.04.1940 wurden Spatz und Hallervorden in die Berliner Reichskanzlei bestellt, um unter dem Siegel der Geheimhaltung über die geplante Euthanasieaktion des Nazi-Regimes unterrichtet zu werden. „Hierbei wurde die Bedeutung der Erhaltung und der neuropathologischen Untersuchung*

wertvoller Gehirne betont.“ (Peiffer, S. 39).

3. *Am 30.09.1940 informiert Spatz vertraulich Hallervorden darüber, dass in absehbarer Zeit sehr erhebliche Geldmittel für Forschungszwecke zur Verfügung gestellt würden. Diese Mittel dienten „zur Bestreitung der Kosten für die Sammlung wissenschaftlichen Materials auf dem Gebiet der Nerven- und Geisteskrankheiten“ (Peiffer, S. 37–38), womit – für Spatz und Hallervorden damals unzweifelhaft verständlich – die Beschaffung von entsprechenden Gehirnen durch gezielte Tötung solcher Kranken formuliert war.*
4. *Hallervorden hat mit Billigung und Unterstützung von Hugo Spatz bis zum 08.05.1944 insgesamt 697 Gehirne durch das Euthanasieprogramm erhalten und zum Teil eigenhändig entnommen. Spatz hatte sich nachweislich am 22.05.1940 bei Prof. Nitsche, dem medizinischen T4-Aktionsleiter (Aktion zur Tötung von jugendlichen und erwachsenen Geisteskranken), dafür eingesetzt, die Forschungsstelle Görden beizubehalten, die Hallervorden mit den Gehirnen getöteter Kinder „belieferte“ (Peiffer, S. 40–41).*
5. *Die Namen Spatz und Hallervorden markieren so eine Entwicklung, in der Wissenschaftler der Versuchung erliegen, durch die Untersuchung von verbrecherisch gewonnenem Material wissenschaftliche Erkenntnisse zu erlangen, d. h. wo die Erkenntnissucht über die Gewissensnot siegte, dass die untersuchten Gehirne durch ethisch nicht zu rechtfertigende Weise in die Forschungseinrichtungen gelangten. Dies drückt sich auch in der uneinfühlbaren Tatsache aus, dass nach 1945 eine Reihe von wissenschaftlichen neuropathologischen Publikationen beider Autoren erschien, in denen die (unnatürliche) Todesursache der untersuchten Patientengehirne*

ne verschwiegen wurde (Peiffer, S. 53; Schafer, 1986).

Wer sich für weitere historische Fakten interessiert, den verweise ich auf die Publikationen von Prof. em. Jürgen Peiffer, Prof. Dr. Hans-Walter Schmuhl, Dr. Götz Aly und Dr. Michael Martin und Kollegen [1, 2, 5, 6].

Der Vorstand der DGN beschloss am 30.09.1999 die Umbenennung des Preises in Adolf-Wallenberg-Preis und griff damit den Vorschlag von Prof. Peiffer auf. Obwohl die offizielle Mitteilung dieser Änderung in der „Aktuellen Neurologie“ aus einer kleinen, unscheinbaren Notiz bestand, ergingen danach sehr viele positive Rückmeldungen an mich. Ich bekam Postkarten, Briefe, Telegramme und Anrufe aus ganz Deutschland, die mit Erleichterung und Zuspruch darauf reagierten. Ganz vereinzelt beklagten sich ältere Kollegen über den Lauf der Dinge, mit dem sie nicht einverstanden waren, „auf gar keinen Fall mit den Argumentationen der Herren PEIFFER oder BACK“ (wie ein Kollege mir wörtlich schrieb [4]).

Warum hat sich von den früheren Preisträgern eigentlich niemand für den Namensgeber des Preises näher interessiert? Spätestens seit 1987 wäre eine grobe Recherche anhand des Buches von Götz Aly möglich gewesen. Auch die Mitglieder und Vorstände der DGN hätten sich mit den durch Preise hervorgehobenen Namen befassen und diese hinterfragen können. Zeitzeugen hat es sicher auch gegeben, die offensichtlich geschwiegen haben.

Lassen Sie mich ein Fazit ziehen:

Die Namen Spatz und Hallervorden stehen für Ärzte, die auf Basis einer verbrecherischen Tötungsaktion glaubten, Vorteile für ihre wissenschaftliche Karriere und Erkenntnisgewinn ziehen zu können. Sie verletzten auf eklatante Weise den Hippokratischen Eid und beauftragten die Tötung wehrloser Kranker und sogar Kinder für ihre Zwecke. Bei Kriegsende verwischten sie die Spuren, da-

nach hielten sie offensichtlich an ihren inhumanen Überzeugungen fest, indem sie die Gehirnpräparate von Euthanasieopfern für Publikationen weiter nutzten. Nichts deutet darauf hin, dass sie ihr Tun hinterfragt hätten.

Die Vorgänge bei der Umbenennung des Hugo-Spatz-Preises haben mir gezeigt, dass es Ende der 1990er Jahre rufschädigend und karrieregefährdend war, in Bezug auf die Verstrickungen ehemaliger Berufskollegen in nationalsozialistische Machenschaften Position zu beziehen. Bei Ärztinnen und Ärzten meiner Generation galt das unhinterfragt als Tabuthema, mit wenigen Ausnahmen. Es war ein Trägheitsmoment zu beobachten, das nicht an diese Dinge rühren sollte, insbesondere bei den älteren Kollegen. Die medizinischen Berufsverbände (denn dieses Problem treibt nicht nur die deutschen Neurologen um) legten eine Geschichtsvergessenheit an den Tag, die im Ausland auf viel größeres Unverständnis stieß als im eigenen Land. Die historische Aufarbeitung war in vielen Fällen durch die gezielte Vernichtung von Beweismaterial erschwert, so auch bei Spatz. Dadurch verzögerte sich die Wahrheitssuche erheblich und bedurfte akribischer Detektivarbeit, wie sie beispielsweise Prof. Peiffer leistete.

Ich maße mir kein abschließendes Urteil an und bin dankbar, dass ich nicht den Zeitumständen der NS-Zeit ausgesetzt war. Jedoch halte ich es für unverbrüchlich, dass ausgelobte Preise mit Namen belegt sein sollten, mit denen die Kolleginnen und Kollegen sich identifizieren können und für die man sich nicht schämen muss. Die DGN hat mit großer Verspätung ein umfassendes wissenschaftlich-historisches Forschungsprogramm initiiert, das bereits jetzt zu beachtlichen Einsichten gelangt ist. Auch dass die Ergebnisse auf den Jahrestagungen der Gesellschaft vorgetragen und in Organen der DGN veröffentlicht werden, sagt mir, dass es sich gelohnt hat, so freimütig und kompromisslos gewesen zu sein. Nach-

trag: Den Antrag, mir eine geänderte Urkunde auszustellen, lehnte das Preiskomitee der DGN ab.

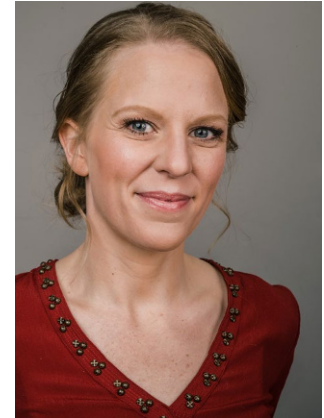
Die Maximen ärztlicher Fürsorge und Kunst sind immer wieder gefährdet, daran sollten wir uns angesichts der bis vor zwei Jahrzehnten ungekannten Ökonomisierung der Medizin erinnern. Ein Abrechnungssystem, das bestimmte Leistungen einseitig bevorteilt, kann keine ausreichende Begründung für die Erbringung solcher Behandlungen sein, wenn die Indikation unsauber ist und ein potenzieller Schaden des Patienten billigend in Kauf genommen wird.

Literatur

1. Martin M, Karenberg A, Fangerau H (2020) Neurowissenschaftler am Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung im „Dritten Reich“: Oskar Vogt – Hugo Spatz – Wilhelm Tönnis. *Nervenarzt* 91(Suppl 1):89–99
2. Aly GH (1987) Aktion T-4: 1939–1945. Die „Euthanasie“-Zentrale in der Tiergartenstraße 4. 1987, Berlin Edition Hentrich
3. Harper PS (1996) Naming of syndromes and unethical activities: the case of Hallervorden and Spatz. *Lancet* 348(9036):1224–1225
4. Back T. *Privates Briefarchiv*, 1999
5. Peiffer J (1997) *Hirnforschung im Zwielicht: Beispiele verführbarer Wissenschaft aus der Zeit des Nationalsozialismus*. Matthiesen, Husum
6. Schmuhl HW (2000) *Hirnforschung und Krankenmord. Das Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung 1937–1945 (=Forschungsprogramm Geschichte der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft im Nationalsozialismus), Max-Planck-Institut für Wissenschaftsgeschichte, Berlin*

„Die stets präsente Frage, Wie hätte ich mich selbstverständlich auch: ‚Wie verhalte ich mich heute?‘“

Dr. Anne-Sophie Biesalski, Bochum



© DGN/Redeskin

Vielen Dank für die spannende und so dringend notwendige Aufarbeitung der NS-Vergangenheit in der Neurologie. Einmal mehr wird mir beim Lesen klar, wie tief verstrickt die Ärzteschaft zum Teil in die NS-Ideologien war, und zugleich, wie facettenreich sich die Parteitreue gestalten konnte.

Manche Gesinnung lässt einen erschauern und man hofft beim Lesen inständig, dass sich Derartiges niemals wiederholen mag.

Die Artikel zu lesen macht keinen besonderen Spaß. Viel lieber würde man all das nicht wissen, sich nicht mit den unschönen, den grausamen und menschenverachtenden Ansichten mancher „Vorfahren“ unseres Faches beschäftigen müssen.

Umso mutiger und wichtiger ist dieser Schritt der Aufarbeitung! Es ist gut, dass die DGN mit wachem und unverkürzt kritischem Blick zurückschaut – auch wenn es schmerzhaft ist. Wir müssen auch dorthin sehen, wo die Neurologie alles andere als ruhmreich war, um eine Wiederholung der Geschichte zu vermeiden.

Daneben ist die Auseinandersetzung mit der NS-Vergangenheit auch für meine, die „junge“

Wir möchten die Diskussion weiterführen!

Kommentare zu den hier abgedruckten Leserbriefen sowie Meinungen und Briefe zum Thema des erschienenen Supplements nehmen wir gern entgegen; nächster Redaktionsschluss für Heft 08/20 ist der 25.06.2020.

Generation wichtig. Weil sie uns innehalten, uns stolpern lässt. Die stets präsente Frage „Wie hätte ich mich verhalten?“ bedeutet selbstverständlich auch: „Wie verhalte ich mich heute?“ Selbstredend kann und sollte man die politischen Ansichten der 30er Jahre nicht mit den heutigen vergleichen und nichts läge ferner, als hier Parallelen zu ziehen.

Dennoch trug das Verhalten jedes einzelnen Mitglieds der Gesellschaft (bzw. hier der Ärzteschaft) zum System bei. Es erscheint rückblickend geradezu lachhaft einfach, die eigene Karriere durch Parteitreue und entsprechende Positionierung zu fördern. Zugleich erforderte es Mut und eine feste Überzeugung, die eigene Integrität zu wahren – ganz zu schweigen vom lebensgefährlichen Akt eines offenen Widerstands. Letzten Endes wurden die grauenhaften Verbrechen der Nazis auch von denjenigen ermöglicht, die wegsahen, sich nicht positionierten, nicht nachfragten und, was wohl am schlimmsten ist, das System nutzten und unterstützten, um eigene Vorteile daraus zu ziehen.

Wir haben das große Glück, heute in Deutschland in einer Demokratie zu leben und zu arbeiten. Unser ärztliches Handeln orientiert sich nicht an rassistischem oder sonstigem politischen Gedankengut. Unsere Arbeit richtet sich stets nach dem Grundgedanken der Menschlichkeit – im Grundsatz zusammengefasst im Genfer Gelöbnis. Doch ist das wirklich immer der Fall?

Werden wir bei unserer täglichen Arbeit – insbesondere im zunehmend privatisierten Gesundheitssystem – nicht auch von wirtschaftlichen Zielen und Zwängen beeinflusst? Begegnen wir im Klinikalltag nicht immer

wieder Situationen, in denen wir neben dem Patientenwohl zumindest „auch“ ein ökonomisches Ziel verfolgen? Wie häufig treffen wir Entscheidungen, die weniger den Patienten, dafür aber die Profitmaximierung im Blick haben?

Wir kämpfen heute nicht mit einer politischen Ideologie, die unser ärztliches Handeln infrage stellt. Die Herausforderung unserer Zeit besteht darin, in einem oftmals am Gewinn orientierten Gesundheitssystem unser ärztliches Leitbild zu verteidigen und in erster Linie „nach bestem Wissen und Gewissen“ – und eben nicht primär wirtschaftlich – zu handeln.

Sich der Ökonomisierung unseres Berufes entgegenzustellen mag, nicht nur zu Beginn der ärztlichen Weiterbildung, schwerfallen, ja, fast unmöglich scheinen. Zu gering ist anfangs die eigene Erfahrung, zu groß später die Angst, etwas zu riskieren und sich die eigene Karriere zu verbauen. Immer wieder erlebt man, wie zutiefst anständige und dem Patienten verpflichtete Kolleginnen und Kollegen dem wirtschaftlichen Druck einer Klinik in der Folge mitunter sogar den Beruf aufgeben.

Jedes System – auch das ökonomisierte Gesundheitssystem, in dem wir uns heute bewegen – erfordert von uns eine Positionierung. Die wirtschaftlichen Anreize mögen mitunter verleiten, und es mag große Kraft und ein starkes Rückgrat kosten, den eigenen Standpunkt aufrechtzuerhalten. Doch heute wie damals sollten wir uns stets darüber im Klaren sein, wem wir als Ärztinnen und Ärzte letztendlich einzig und allein verpflichtet sind: unseren Patienten.

23. DGN-Chefärztetag 2020 in Kassel

Die 23. Jahrestagung der Leitenden Krankenhausneurologen fand am 6. März 2020 mit über 150 Teilnehmern im Kongress Palais Kassel statt, organisiert durch die DGN-Kommission „Leitende Krankenhausneurologen“ und die DGN-GmbH/Kongressorganisation (Antje Herwig-Landry und David Friedrich-Schmidt). Die Tagung wurde wieder komplett ohne Industriesponsoring von der DGN finanziert und gab ein umfassendes Update zu allen Themen, die Neurologinnen und Neurologen in ihrem klinischen Alltag derzeit beschäftigen.

Prof. Frank J. Erbguth, Nürnberg, Sprecher der Kommission „Leitende Krankenhausneurologen“, und Prof. Wolfgang Heide, Celle, stellv. Sprecher, begrüßten die Tagungsgäste und gaben Personalveränderungen in ihrer Kommission bekannt. Sie dankten den 2020 ausscheidenden Mitgliedern Prof. Jürgen H. Faiss, Teupitz, und Prof. Karl Wessel, Braunschweig, herzlich für ihr langjähriges Engagement in der Kommission (J.H. Faiss insbesondere im Bereich Schlaganfall, K. Wessel bei der Koordination des Wartenberg-Preises) und die stets sehr freundschaftlich-kollegiale Zusammenarbeit. Als neue Kommissionsmitglieder wurden Dr. Anna Gorsler, Beelitz und Priv.-Doz. Dr. Hans-Chris-

tian Koennecke, Berlin begrüßt. Daraufhin erhielten zwölf neue Chefärztinnen und Chefärzte die Möglichkeit, sich dem Auditorium persönlich vorzustellen.

Berichterstattung über DGN-Aktivitäten

Aktuelle Themen der Kommission „Leitende Krankenhausneurologen“

Prof. Erbguth gab einen umfassenden Überblick über die Themen, die aktuell die Kommission beschäftigen. Derzeit wird insbesondere in Bayern eine Strukturdebatte um neurologische Kliniken geführt, denn die Kliniken geraten zunehmend unter ökonomischen Selektionsdruck – und letztlich gehe es um nichts Geringeres als um die Finanzierung der Neurologie. „Wir müssen uns in dieser gesundheitspolitischen Debatte gut aufstellen“, so Erbguth. Weitere Themen, bei denen die DGN versucht, Einfluss zu nehmen, sind die OPS 8-98.1/b nach dem BSG-Urteil, die Notfallversorgung – hier liegt ein Referentenentwurf des BMG vor, demnach integrierte Notfallzentren (INZ) eingerichtet werden sollen –, die Pflegepersonal-Untergrenzen-Verordnung (PpUGV), die letztlich zur Reduktion neurologischer Betten führen könne, das MDK-Reformgesetz – und, last but



▲ Die Veranstaltung fand im H4 Hotel Kassel statt



© DGN/Pedekino, DGN/Gust

▲ Prof. Frank J. Erbguth, Nürnberg, Sprecher der Kommission „Leitende Krankenhausneurologen“ (L), und Prof. Wolfgang Heide, Celle, stellv. Sprecher, begrüßten die Tagungsgäste

not least, die „Dauerbrenner“ MWBO und die neue Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO, BMG-Arbeitsentwurf nach Masterplan 2020). Vieler dieser Themen wurden im Programm des Chefärztetags tiefergehend besprochen.

Rückblick auf ein erfolgreiches Jahr der DGN – und Perspektiven für 2020/2021

Zunächst erfolgt aber der Bericht des DGN-Generalsekretärs. Da Prof. Peter Berlit erkrankungsbedingt nicht teilnehmen konnte, fasste Prof. Erbguth die Meilensteine 2019 zusammen:

- Die im November 2018 verabschiedete kompetenzbasierte **Musterweiterbildungsordnung** ist festgeschrieben und bindend. Für die Neurologie sind die einzigen festen Vorgaben 12 Monate Psychiatrie und 6 Monate neurologische Intensivmedizin. Ein im Dezember 2019 vorgelegter Konsens-Vorschlag von DGN, DGPPN und Berufsverbänden für Mindestzeiten von 30 Monaten stationär und 12 Monaten ambulant sowie 12 Monaten Stroke Unit wird bis Ende dieses Jahres in der BÄK nicht diskutiert. Daher hat sich die DGN zunächst auf die Inhalte konzentriert. Ge-

meinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), dem Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN) und dem Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) wurden Weiterbildungsinhalte diskutiert und spezifiziert. Neben der Zeit in der Intensivmedizin sind zwölf Monate auf einer Stroke Unit vorgesehen. Neuropsychologische und neuropsychiatrische Inhalte sind so im FEWP verankert, dass für die entsprechende Weiterbildung eine Tätigkeit in der Psychiatrie nicht mehr zwingend erforderlich wäre. Die kontinuierliche Weiterentwicklung der MWBO mit ihren zeitlichen und inhaltlichen Vorgaben wird sicher eine wichtige Aufgabe der neuen Kommission Lehre sein.

- Insgesamt hat die DGN bisher über 90 **Leitlinien** herausgegeben, die auch regelmäßig aktualisiert werden. Die Verbreitung erfolgt über die DGN, die AWMF und Fachzeitschriften. Für 2020 geplante Updates betreffen unter anderem MS, Schlaganfall, Myasthenie, Narcolepsie, Hirntumore, au-

toimmune Enzephalitiden, Insomnie, Aneurysmata und Trigeminalneuralgie. Nach dem Digitale-Versorgungsgesetz (DVG) besteht seit Januar 2020 die Möglichkeit, eine unabhängige finanzielle Förderung hochwertiger Leitlinien (S3, S2e) bei der AWMF zu beantragen. Jede Leitliniengruppe ist aufgerufen zu prüfen, ob ein Upgrade auf S2e- oder S3-Status möglich ist.

- 2019 wurden viele **Kommissionen** neu gegründet und einige bestehende Kommissionen umstrukturiert und ihnen z. T. auch neue Arbeitsfelder zugewiesen. Neu ist die Kommission „Lehre“. Insgesamt hat die DGN nun 11 administrative und 19 klinische Kommissionen und ist damit breit aufgestellt. Die Kommissionen arbeiten an Leitlinien und Stellungnahmen. Sie sollen bei Facharztrepertorien, Krankheitsinformationsbroschüren und Beratungsangeboten der Hirnstiftung eingebunden werden.
- Die **DGN-Facharztrepertorien** werden 2020 in Bochum, Freiburg und Jülich ausgerichtet. Ziel ist, bundesweit DGN-Facharztrepertorien mit hohem Qualitätsanspruch und ähnlichen Lehrinhalten und ohne Unterstützung durch die Industrie zu etablieren. Chefärztinnen und Chefärzte, die Interesse haben, ein DGN-Facharztrepertorium auszurichten, werden gebeten, sich mit Prof. Berlit in Verbindung zu setzen (berlit@dgn.org).
- Die Zeitschrift **DGNeurologie** wird gut angenommen. Neu sind die Rubriken „Consensus“ und „Im Fokus“ sowie Lern-Fälle für die Facharztprüfung.
- Nach dem Gesetz zur Stärkung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organtransplantation (**GZSO**) soll für die Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (IHA) eine

geeignete Einrichtung mit der Organisation des neurologischen Bereitschaftsdienstes beauftragt werden. Dazu wird die DGN Zentren identifizieren, die über regionale Netzwerke Flächendeckung gewährleisten, inklusive Etablierung eines QM-Systems.

- Die **Öffentlichkeitsarbeit** der DGN umfasste 2019 zahlreiche Aktivitäten: 26 Newsletter, 68 Pressemeldungen, zwei „Presse-Pakete“ (z. T. mit filmischen Beiträgen) – eines zum Welt MS Tag und zwei Pressekonferenzen während des DGN-Kongresses. Die Resonanz der Medien war sehr gut. Auch die Kampagne „Wir sind Neurologie.“ wurde erfolgreich weitergeführt. Neu waren in 2019 „NeuroSessions“ in Göttingen, Tübingen und Heidelberg, der „NeuroBlog“ und die „NeuroConnections“ im Internet, bei denen Neurologinnen/Neurologen über ihren Weg in die Neurologie berichten.
- Am 10.07.2019 wurde die **Deutsche Hirnstiftung e. V.** gegründet, Präsident ist Prof. Frank Erbguth. Ziele sind die Durchdringung der Bevölkerung mit Neuro-Themen, eine dezentrale Unterstützung der Akteure, die Etablierung einer Lobby-Macht sowie die Generierung von Mitgliedern und Spenden zur Förderung der Neurowissenschaft und der Versorgung nach dem Vorbild der Deutschen Herzstiftung.
- **RE imagine MEDICINE:** Bei der Auswertung dieses innovativen Projekts haben sich zwei große Themengebiete herausgebildet, die die (jungen) Kolleginnen und Kollegen bewegen: Aus- und Weiterbildung und die Zukunft des Arztberufes. Die DGN hat daraufhin konkrete Maßnahmen angestoßen: die Gründung der Kommission Lehre, die Integration und Bereitstellung von Inhalten zur Weiterbildung (digital und gedruckt in der Mitglie-

derzeitschrift „DGNeurologie“), die Organisation von Pharma-freien Fortbildungen deutschlandweit und die Vermittlung von Neurologen und Neurologen im Ruhestand für Fortbildungsaufgaben und Beratung junger Kolleginnen und Kollegen.

Junge Neurologen (JuNo) – Rückblick und aktuelle Aktivitäten

JuNo-Sprecher Dr. Samuel Knauf, Berlin, informierte über die Aktivitäten des Vorjahres und neue Projekte. Insgesamt fanden fünf Summer Schools inklusive der Clinical Summer School statt sowie 16 Veranstaltungen des Formats „Dein Tag in der Neurologie“. Für den Besuch des DGN-Kongresses in Stuttgart hatten 150 junge Kolleginnen und Kollegen ein Stipendium erhalten und es gab allein 18 Veranstaltungen, die durch die JuNos organisiert worden waren, darunter das erstmals mit großem Erfolg durchgeführte Seminar „Prüfungscoaching“. Besonders hervorzuheben sind neben den bereits etablierten Projekten wie der Berufsstarter-Broschüre und dem Weiterbildungs-Check auch die neu etablierten „NeuroSessions“, bei deren Organisation sich die JuNos tatkräftig einbringen. 2020 wird es einen Relaunch der JuNo-Internetpräsenz geben und, wie Dr. Knauf betonte, soll ein besonderer Fokus der Arbeit auf die Themenbereiche Digitalisierung und globale Neurologie gelegt werden. *(In der nächsten Ausgabe der „DGNeurologie“ erscheint ein ausführlicher Bericht zu den aktuellen Aktivitäten der JuNos.)*

Die oberärztliche Perspektive auf die stationäre Versorgung

Dr. Christian Schwark, Frankfurt/Main, gab einen gleichermaßen interessanten wie unterhaltsamen Ausblick auf das Aufgabenfeld und die Gestaltungsspielräume von Oberärzten. Deren Kerntätigkeit sei natürlich die klinische Patienten-

versorgung, Oberärzte könnten sich aber durchaus weitere Arbeitsbereiche erschließen, Stichworte seien hier MDK, Zertifizierungen, QM, MedGV, Dienstplanung, Sektorentrennung, Kooperationen, Bauplanung, Personalentwicklung, Weiterbildung und andere. Zahlreiche innovative Projektideen entstünden durch die Zusammenarbeit mit den einzelnen Ebenen der Klinikhierarchie (Ärzten, Fachpflege, Therapeuten etc.). Die Arbeit in Ausschüssen, Weiterbildungsgremien, im Betriebsrat, in Qualitätszirkeln, auch in den Landesärztekammern stellte zudem vielversprechende Entwicklungsmöglichkeiten dar.

Neurologie im Nationalsozialismus/Moratorium der Preisverleihungen 2020

Prof. Dr. Heiner Fangerau, Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, berichtete über die wichtigsten Erkenntnisse des Forschungsprojekts „Neurologie im Nationalsozialismus“, das die DGN in Auftrag gegeben hat, um die nationalsozialistische Vergangenheit berühmter Neurologen der Nachkriegszeit zu untersuchen. Er zeigte besonders die Schwierigkeiten auf, hier zu einer historischen korrekten Beurteilung und Wertung zu kommen. Es stellt sich die Frage, wer von den einzelnen Persönlichkeiten bewusste Beiträge zur nationalsozialistischen Ideologie oder Herrschaft geleistet hat und wer nur Mitläufer war, durch Druck von außen oder Opportunismus. Grauzonen sind beispielsweise passive Mitgliedschaft in der Partei oder Parteiorganisationen, wie es auf viele berühmte Neurologen zutraf. Andererseits wurde die Mitgliedschaft in der NSDAP nur auf persönlichen Antrag verliehen. Klarer ist der Fall bei Neurologen, die sich für Euthanasie und die Vernichtungslehre aussprachen.

Prof. Dr. Martin Grond, Siegen, der das Forschungsprojekt

seinerzeit initiiert hatte, berichtete, dass der DGN-Vorstand aufgrund der im Forschungsprojekt „Neurologie in der NS-Zeit“ erhaltenen Informationen folgenden Beschluss bzgl. des Umgangs mit belasteten Persönlichkeiten und der Vergabe der nach Neurologen benannten DGN-Preise 2020 gefasst hat: „Was den Umgang mit Namen belasteter Neurologen in der ‚Ahnengalerie‘ angeht, haben wir uns bewusst gegen eine Löschung entschieden, denn das würde zum Vergessen beitragen und eine Auseinandersetzung mit dem Thema verhindern. Stattdessen sollen in die Biografien die neu gewonnenen historischen Fakten integriert werden. Doch Ehrenpreise zu vergeben, die nach belasteten Persönlichkeiten benannt wurden, ist gegenüber den Opfern des Nationalsozialismus nicht zu vertreten und auch den Preisträgern nicht zuzumuten. Die DGN wird daher alle Wissenschaftspreise und Ehrungen, die mit Eigennamen benannt sind, in 2020 aussetzen und das Moratorium für eine sorgfältige historische Aufarbeitung nutzen. Auf dem virtuellen Online-Kongress der DGN möchten wir das Ergebnis mit Ihnen diskutieren und laden Sie herzlich dazu ein!“

Aber es ist an der Zeit, nicht allein die „Täterseite“ zu beleuchten. In der anschließenden Diskussion wurde gefordert, auch die Biografien von während der NS-Zeit vertriebenen, verfolgten, getöteten oder in den Suizid getriebenen Neurologinnen und Neurologen zusammenzutragen und historisch aufzuarbeiten.

Aktuelle gesundheits-, berufs- und standespolitische Themen

Auswirkungen und Probleme der PpUGV für die Stroke Units
Prof. Dr. Armin Grau, DSG, Ludwigshafen, führte aus, dass das PpUGV die klinische Neurologie vor große Herausforderungen stellt. Die Vergütungsabschläge greifen seit dem 01.04.2020. Pflegehilfskräfte werden nun auf Nor-

malstation mit 10 % im Tagdienst und 8 % im Nachtdienst akzeptiert, auf Stroke Units (SU) ist kein Anteil (0 %) vorgesehen. Die Vorgaben aus dem PpUGV sind für SU strenger als die Vorgaben der DSG-Zertifizierung, mit zunehmender Bettenzahl wird der Abstand größer. Wie Prof. Grau betonte, sei es von hoher Wichtigkeit, dass neurologische Kliniken der DSG rückmelden, wenn sie Probleme bei der Erfüllung der Kriterien haben. Wie er ausführte, wird das PpUGV möglicherweise von PPR 2.0, einem Instrument zur Ermittlung des tatsächlichen Pflegebedarfs anhand der Schwere des Pflegegrads der Patienten einer Abteilung, abgelöst. Dazu erfolge eine tägliche Einstufung in vier Leistungsstufen, das System ist komplex und hat einen hohen bürokratischen Aufwand. Geschätzt wird, dass derzeit 40.000 bis 80.000 zusätzliche Pflegekräfte in Deutschland benötigt werden. Inzwischen sind allerdings aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie die Vergütungsabschläge der PpUGV bis auf Weiteres ausgesetzt worden.

Eine weitere Konsequenz aus dem PpUGV sei, dass die Pflegekosten aus den DRGs herausgerechnet und separat vergütet werden. Dieses Pflegeentgelt wird je Klinik individuell kalkuliert und muss mit den Krankenkassen von jedem Krankenhaus verhandelt werden. Dies führe zunächst zu einem deutlichen Liquiditätsverlust in den Krankenhäusern.

OPS 8-981 Stand (Neu-)Strukturierung 2021

Prof. Grond stellte den überarbeiteten und mit der DGN konsentierten Vorschlag der DSG zur Neustrukturierung des OPS 8-981 vor, der aktuell beim DIMDI eingereicht ist. Ziele seien zum einen die Abschaffung des bisherigen 30-Minuten-Transportkriteriums, da dieses Kriterium keiner Steuerungsmöglichkeit der Stroke Units unterliegt, und zum Zweiten die Zweiteilung des OPS 8-981, um die höheren Vorhaltekosten von Einheiten, die eine

Thrombektomie und eine neurochirurgische Versorgung vorhalten, zu berücksichtigen:

- 8-981.1: Behandlung auf einer Stroke Unit ohne Möglichkeit zur Durchführung einer Thrombektomie und intrakranieller Eingriffe. Mindestmerkmal: Konzept zur schnellen Weiterverlegung zur Thrombektomie (Kooperationsvereinbarung mit Thrombektomie-Zentrum)
- 8-981.2: Behandlung auf einer Stroke Unit mit Möglichkeit zur Durchführung einer Thrombektomie und intrakranieller Eingriffe mit den Mindestmerkmalen: Fachabteilungen für Neurologie und Innere Medizin am Standort; Verfügbarkeit eines Facharztes für Neurochirurgie und eines Facharztes mit Erfahrung in der interventionellen Neuroradiologie in Rufbereitschaft (mindestens 2); tägliche 24-h-Verfügbarkeit intrakranieller Eingriffe sowie der Rekanalisation mittels Thrombolyse und interventioneller Thrombektomie am Standort der Stroke Unit.

Doch wie Prof. Grond betont, stehen dem DSG/DGN-Vorschlag zwei andere Vorschläge gegenüber:

- der kürzlich publik gewordene Vorschlag des GKV-Spitzenverbands zu den Strukturmerkmalen, der sich an den bisherigen Regeln orientiert: unmittelbarer Zugang zu neurochirurgischen Notfallmaßnahmen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen (eigene Abteilung im Haus oder Kooperationspartner, der innerhalb einer halben Stunde zwischen Rettungstransportbeginn und Rettungstransportende erreichbar ist). Das Strukturmerkmal ist erfüllt, wenn der Transport unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels (z. B. Hubschrauber) grund-

sätzlich innerhalb einer halben Stunde möglich ist.

- ein Änderungsvorschlag der DKG zum Wortlaut des obigen Strukturmerkmals: Demnach soll „unmittelbarer“ Zugang zu neurochirurgischen Notfallmaßnahmen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen durch „unverzüglich“ ersetzt werden, da dies ein Handeln ohne schuldhaftes Zögern (§ 121 Absatz 1 Satz 1 BGB) bedeutet.

Es bleibe abzuwarten, wie das DIMDI über die Änderungsvorschläge entscheidet.

Probleme und Gefahren des MDK-Reformgesetzes

Sonja Naumann, Med.-Controlling Sana-Kliniken, berichtete über die Probleme und Gefahren des MDK-Reformgesetzes, das der Verband der Krankenhausärzte deutlich kritisierte: „Aus einem Gesetz zur fairen Abrechnungsprüfung ist ein unfaires Rechnungskürzungsgesetz zulasten der Krankenhäuser geworden.“ Insbesondere primäre Fehlbelegungsprüfungen werden sehr teuer, weil es künftig neben der Reduktion auf den ambulanten Erlös zu Strafzahlungen kommt und damit in der Regel zu einem negativen Ertrag.

Bis 30.06.2020 und zum 30.09. jedes Folgejahrs muss für alle Komplexbehandlungs-OPS beim MDK ein Antrag auf Strukturprüfung gestellt werden, um diese im Folgejahr abrechnen zu können (gilt ein Jahr).

Künftig hängen die Höhe der Strafzahlungen sowie die Prüfquote des MDK vom Ergebnis der MDK-Prüfung des vorangegangenen Quartals ab. Das heißt, ab dem Jahr 2021 wird die quartalsbezogene Prüfquote vom Spitzenverband der Krankenkassen für jedes Quartal und Krankenhaus in Abhängigkeit von dem Anteil der vom MDK *unbeanstandeten* Abrechnungen *des vorangegangenen Quartals* ermittelt. *Einwendungen gegen die Ergebnisse*

einzelner Prüfungen sind bei der Ermittlung der Prüfquote *nicht zu berücksichtigen*. Gerichtliche Feststellungen zu einzelnen Prüfungen lassen die für das jeweilige Quartal ermittelte Prüfquote unberührt und können Sanktionszahlungen nach sich ziehen.

Um die Abrechnung zu sichern, ist es laut Frau Naumann daher zwingend erforderlich, die Dokumentation und damit Kodierung/Abrechnung sicherzustellen, geforderte Strukturmerkmale zu überprüfen (Konzept, Qualifikationen, Vertretungsregelungen, Dienstpläne aller angebotenen Bereiche usw.) und hausinterne Prozesse (Kommunikation, Arztbriefschreibung, Qualitätssicherung) zu optimieren. Inzwischen wurde allerdings aufgrund der Covid-Pandemie im Rahmen des „Krankenhaus-Schutzschirmes“ einiges geändert: Reduktion der MDK-Prüfquote 2020 von 12,5 auf 5%; Aufschlag auf beanstandete Rechnungen erst ab 2022; Verschiebung der Strukturprüfungen des MDK um ein Jahr – die Übermittlung der Bescheinigung wird erstmals für 2022 notwendig.

Folgen und Probleme des TV-Ärzte/VKA

Andrei Krell-Saro, Personalmanagement Klinikum Nürnberg, gab eine zeitliche Übersicht über die neuen Regelungen des TV-Ärzte:

- Entgelterhöhung um 2,5 % ab Jan. 2019, um 2,0 % ab Jan. 2020 sowie um 2,0 % ab Januar 2021
- Wegfall der höheren Bewertung des Bereitschaftsdienstes (BD) und des Zuschlags ab der 97. BD-Stunde ab Juli 2019, dafür Zuschlag bei Überschreitung der BD-Anzahl und bei Nichteinhaltung der Frist zur Erstellung des Dienstplans einen Monat im Voraus sowie Erhöhung der BD-Bewertung (Stufe 1 von 60 auf 70 %, Stufe 2 von 75 auf 85 % und Stufe 3 von 90 auf 100 %)

- Arbeitszeit-Dokumentationspflicht am besten elektronisch ab Juli 2019
- Verringerung der Opt-out-Höchstgrenze von 58 auf 56 Stunden und Weiteres (ab Juli 2019)
- ab Januar 2020 mindestens zwei freie Wochenenden im Monat, Begrenzung der Anzahl der BD pro Monat auf 4, Distanzregelung (maximal vier Dienste von mehr als 10 Std. an aufeinanderfolgenden Tagen) und „Sandwich-Dienste“ (direkt nach dem BD Arbeitszeit von max. 60 min).

Wie er hervorhob, bestehe der Marburger Bund bei der Arbeitszeitdokumentation darauf, dass die gesamte Arbeitszeit vergütet wird, mit Nachweispflicht des Arbeitgebers bei Kürzungen. Außerdem müsse die eigene Zeiterfassung den Ärzten transparent gemacht werden. Im Gegensatz dazu will der VKA nur die im vorher aufgestellten Dienstplan vorgesehene Arbeitszeit vergüten, Überstunden müssten extra genehmigt werden. Diese Probleme sollte jede einzelne Klinik unter Einbindung des Arbeitgebers und der Personalvertretung für alle Mitarbeiter transparent lösen (ob man z. B. alle Überstunden genehmigt, nur in einem bestimmten Korridor oder nur angeordnete Überstunden).

Update Notfallversorgung – Referentenentwurf des BMG

Prof. Helge Topka, München, stellte das dreistufige System der Notfallstrukturen in Krankenhäusern gem. § 136c Abs. 4 SGB 5, das im April 2018 vom GBA beschlossen wurde, vor. Es sieht vergütungsrelevante Mindestanforderungen für Kliniken vor, die an der umfassenden Notfallversorgung, der erweiterten Notfallversorgung oder der Basisversorgung teilnehmen (kritisch sind die Anzahl der beteiligten Fachabteilungen und der verfügbaren Intensiv-Behandlungsbetten). Für die Leitung der Zentralen Notaufnahmen wird die neue Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“

vorausgesetzt (drei Jahre Übergangszeit). Um die Strukturen flächendeckend zu verbessern, sollen gemäß dem Gutachten des Sachverständigenrats von 2018 und den „Eckpunkten zur Reform der Notfallversorgung“ des BMG vom Dez. 2018 als gemeinsame Notfallleitstellen *Integrierte Notfallzentren (INZ)* etabliert werden, die den Patienten unter Integration der Rettungsdienste in die richtige Versorgungsebene weiterleiten (alles soll über „einen Tresen“ laufen, der gemeinschaftlich durch KV und Klinik verwaltet wird und weisungsunabhängig vom Krankenhaus ist). Die Vergütung der künftigen Notfallversorgung ist sektorenübergreifend an die INZ gebunden (Kliniken ohne INZ erhalten 50 % Abschläge für amb. Notfälle). Nach dem Referentenentwurf des BMG vom 08.01.2020 soll dazu ein gemeinsames Notfallleitensystem (GNL) etabliert werden mit 24/7-Bereitschaft (Zusammenführung der Notfallrufnummern 112 und 116 117), der Rettungsdienst soll als eigenständige Leistung unabhängig von anderen Leistungen der GKV finanziert werden, die INZ sollen an „geeigneten Krankenhaus-Standorten“ etabliert werden, gemeinsam vom KVs und der KV betrieben werden, aber „unter fachlicher Leitung der KV“. Für die Ersteinschätzung/Triage soll die deutsche Variante SmED des Schweizer Systems SMASS genutzt werden, ein stark „hausarzt-orientiertes“ digitales System.

Wie Prof. Topka ausführte, haben die DGN sowie auch andere Fachgesellschaften dieses Vorhaben scharf kritisiert. So sei aus Sicht der Neurologie das System ungeeignet für akute neurologische Erkrankungen, neurologische Expertise wird nicht einbezogen. Auch die fachliche Leitung durch die KV ist in Anbetracht der bisher für die Notfallversorgung insuffizienten KV-Struktu-

ren nicht nachvollziehbar, die Finanzierung sei unzureichend, die Kapazitäten und Qualifizierung der geplanten eigenständigen Rettungsdienste nicht gesichert. Nach Einschätzung Prof. Topkas werden sich die Kommunen/Landkreise den Rettungsdienst nicht aus der Hand nehmen lassen und die Bundesländer wahrscheinlich ihre Zustimmung verweigern. Somit besteht Hoffnung, dass eine solche Neustrukturierung der Notfallversorgung abgewendet werde.

Neue Approbationsordnung (ÄAppO) und neue Musterweiterbildungsordnung (MWBO) – aktueller Stand & Auswirkungen auf die stationäre Neurologie

Dr. Anna Gorsler, Beelitz und Prof. Stefan Isenmann, Moers, berichteten über die neue Approbationsordnung und die MWBO.

Die Kernpunkte der neuen Approbationsordnung sind:

- Die Basis bilden Gegenstandskatalog und nationaler kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM).
- Es sollen Wissenschaftlichkeit, digitale Kompetenzen, Interdisziplinarität, Interprofessionalität und die ambulante Medizin stärker verankert werden.
- Einführung von OSCE-Prüfungen, *keine verpflichtende Aufwandsentschädigung fürs PJ, Start 2025*
- Dauer des Studiums 6 Jahre inklusive 4 × 12 Wochen PJ mit den Fächern Innere, Chirurgie, Allgemeinmedizin + 1 Wahlfach, mind. 1 Monat ambulant. Je 3 Monate Krankenpflege und Famulatur
- 4 ärztliche Prüfungen: M1 nach mind. 2 Jahren: schriftlich; M2 nach mind. 3 Jahren: OSCE; M3 nach mind. 5 Jahren: schriftlich; M4 nach dem PJ: klinisch-praktisch und OSCE

Die Fachgesellschaften kritisierten an der Approbationsordnung, dass sie zu viele Paragrafen und Querverweise enthalte sowie eine unrealistisch hohe Stundenzahl mit direktem Patientenkontakt vor den Famulaturen fordere. Die AWMF empfahl, die Approbationsordnung zu straffen und zu kürzen, darin weniger starre Vorschriften zu verankern, sondern stattdessen mehr Gestaltungsfreiheit einzuräumen.

Prof. Isenmann gab anschließend einen Überblick über die

Diskussion zur neuen MWBO und dem erstmals erstellten „Fachlich empfohlenen Weiterbildungsplan“ (FEWP) sowie das digitale Logbuch. Er erinnerte daran, dass jeder aufgerufen sei, sich bei der BÄK und den LÄKs für die von DGN und BDN empfohlenen Mindestzeiten einzusetzen.

Prof. Wolfgang Heide, Celle; Prof. Frank J. Erbguth, Nürnberg

Neue Leitlinien-Updates

Die Leitlinienarbeit ist eine wesentliche Aufgabe der DGN. Bisher sind über 90 Leitlinien erschienen und werden regelmäßig aktualisiert. Leitlinien umfassen eine ausführliche Literaturrecherche und Einordnung neuer Arbeiten. Die komplexen Abstimmungsprozesse mit zahlreichen Experten sowie verschiedenen Fachgesellschaften dauern oft viele Monate. Die rund 900 ehrenamtlich tätigen Autoren und die Redaktion unter der Leitung von Prof. Helmuth Steinmetz, Frankfurt am Main, Sprecher der Kommission Leitlinien, und Prof. Dr. Hans-Christoph Diener, Essen, stellvertretender Sprecher, bemühen sich, Aktualisierungen so schnell wie möglich auf den Weg

zu bringen. Auf diese Weise kommen neue wissenschaftliche Erkenntnisse schneller den Ärzten und schließlich den Patienten zugute. Dafür ein herzliches Dankeschön! In dieser Rubrik informieren wir Sie regelmäßig über neue Leitlinien und Leitlinien-Updates.

Update der Leitlinie „Synkopen“ verfügbar

Die S1-Leitlinie „Synkopen“ (AWMF-Registernummer 030/072) wurde unter Federführung von Prof. Dr. Rolf R. Diehl, Essen, vollständig überarbeitet. Die Leitlinie richtet sich an ambulante oder im Krankenhaus tätige Neurologen, Internisten und Allgemeinmediziner und betrifft Patienten ab 16 Jahren mit unklaren kurzzeitigen Bewusstseinsverlusten. Sie soll dazu beitragen, einen einheitlichen Standard zu Abklärung und Therapie von Synkopen bei allen an der Behandlung dieses Krankheitsbildes beteiligten Fachdisziplinen zu etablieren.

Die klassische Symptomatik der Synkope besteht in einer zumeist sehr kurzen Ohnmacht und einer zügigen Reorientierung nach dem Aufwachen. Häufig kommt es während der Ohnmacht zu mehr oder weniger komplexen motorischen Phänomenen, die leicht mit ähnlichen

Termin vormerken!

Der nächste Chefärzte-Tag findet am 05.03.2021 in Kassel statt.



© privat

▲ Prof. Dr. Rolf R. Diehl, Essen

epileptischen Phänomenen verwechselt werden können.

Im Vergleich zur Vorgänger-Leitlinie hat der implantierbare Loop-Rekorder (ILR) als Diagnostikum bei ausgewählten Patienten mit mutmaßlichen vasovagalen Synkopen an Bedeutung gewonnen. Nachgewiesen wurde, dass Patienten ab 40 Jahren mit Asystolie-Aufzeichnungen im ILR bei wiederkehrenden vasovagalen Synkopen von Zweikammer-Schrittmachern profitieren. Hiermit ließ sich das absolute Risiko erneuter Synkopen um 32 % reduzieren.

Diagnostik und Therapie: Neue Empfehlungen

Die Basisdiagnostik bildet in der aktualisierten Fassung nun auch die Grundlage für die Identifizierung von Hochrisikopatienten, die unverzüglich einem kardialen Monitoring zugeführt werden sollten. Die klinische Verdachtsdiagnose von orthostatischen vasovagalen Synkopen kann durch einen positiven Kipptischbefund gestützt werden, falls klinisch erforderlich. Zusätzliche kardiovaskuläre autonome Funktionstests dienen der Unterscheidung zwischen neurogener und nicht neurogener Ursache einer vorliegenden orthostatischen Hypotension. Differenzialdiagnostisch kann es hilfreich sein, Home-Videos von Betroffenen anzusehen und zu bewerten und Augenzeugen Videobeispiele mit möglichen Diagnosen vorzuspielen.

Die Studienlage zur medikamentösen Rezidivprophylaxe bei Reflexsynkopen/vasovagalen Synkopen ist unzureichend. Eine Behandlung mit Midodrin kann bei Patienten mit arterieller Hypotonie erwogen werden. Die Indikation zum Herzschrittmacher bei vasovagalen Synkopen sollte nur bei Patienten über 40 Jahren mit rezidivierenden Synkopen erwogen werden.

Bei (neurogener) orthostatischer Hypotension empfiehlt die aktualisierte Leitlinie, nach potenziell behandelbaren Ursachen einer orthostatischen Hypotension zu fahnden. Die Behand-

lung sollte auf die Linderung von Symptomen orthostatischer Intoleranz und die Vermeidung von Stürzen fokussiert sein. Auslösende oder verstärkende Medikationen sollten reduziert, beendet oder gewechselt werden. In der medikamentösen Therapie sollten zunächst kürzer wirksame Substanzen wie Midodrin eingesetzt werden. Fludrocortison ist für diese Indikation nur als Kurzzeittherapie zugelassen.

Die Behandlung des posturalen Tachykardiesyndroms zielt vor allem auf die Vermeidung einer Hypovolämie durch die Steigerung der Trinkmenge und die Aufnahme von Kochsalz. Medikamentöse Therapien sollten nur nach Ausschöpfung der nicht pharmakologischen Maßnahmen erwogen werden. In Einzelfällen wurden positive Erfahrungen mit Betablockern oder mit Ivabradin berichtet. Aufgrund des typischerweise jüngeren Alters der Patienten bestehen jedoch Bedenken hinsichtlich der langfristigen Sicherheit.

Update der Leitlinie „Gedächtnisstörungen“

Die S2e-Leitlinie „Diagnostik und Therapie von Gedächtnisstörungen“ (AWMF-Registernummer 030/124) der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und der Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) wurde unter Federführung von Dr. Angelika Thöne-Otto, Leipzig, komplett überarbeitet. Sie ist bis zum 25. Februar 2025 gültig und richtet sich an alle Berufsgruppen, die in der stationären, teilstationären und ambulanten neurologischen Rehabilitation arbeiten. Ziel der Leitlinie ist es, den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand aufzubereiten, weiteren Forschungsbedarf aufzuzeigen sowie die Diagnostik und Therapie von Menschen mit Gedächtnisstörungen nach neurologischen Erkrankungen zu verbessern.

Die aktualisierte Leitlinie „Diagnostik und Therapie von Ge-

dächtnisstörungen“ behandelt Störungen von Lernen und Gedächtnis nach erworbener Hirnschädigung bei erwachsenen Patienten. Gegenüber der bisherigen Leitlinie konnte die Evidenz für die Wirksamkeit des übenden Funktionstrainings für Patienten mit leichten bis mittelschweren Gedächtnisstörungen in einer Reihe randomisierter Kontrollgruppenstudien erhärtet werden. Assistive Technologien (elektronische Gedächtnishilfen) stellen wichtige Hilfsmittel dar, um die Auswirkung von Gedächtnisstörungen im Alltag zu kompensieren und die Teilhabe zu verbessern. Obwohl viele Patienten bereits ein Smartphone nutzen, sollte die Anwendung zur Kompensation der Gedächtnisstörungen in der Therapie thematisiert und geübt werden. Die Wirksamkeit des fehlerfreien Lernens (Errorless Learning) bei Menschen mit schwerer Amnesie wird weiterhin intensiv diskutiert. Empfohlen wird eine fehlerarme Lernmethode. Diagnostik und Therapieverfahren werden zunehmend unter Nutzung von virtueller Realität angeboten. Großes Potenzial sehen die Autoren für die Untersuchung und das Training visuell-räumlicher Gedächtnisstörungen, allerdings reichen die Daten zum klinischen Einsatz für eine Empfehlung aktuell nicht aus.

Wichtige Empfehlungen

Bei relevanten Gedächtnisstörungen im Alltag sollte eine orientierende Untersuchung der kognitiven Leistungsfähigkeit mit reliablen und validen psychometrischen Verfahren durchgeführt werden. Bei neurologischen Erkrankungen mit Läsionen im Bereich gedächtnisrelevanter Hirnstrukturen sollte eine neuropsychologische Untersuchung auch dann erfolgen, wenn die Patienten selbst keine kognitiven Defizite beklagen. Die Untersuchung der Gedächtnisleistung sollte in eine ausführlichere neuropsychologische Untersuchung eingebunden sein. Untersucht werden die Orientierung, verbale und figurale Merkspannen sowie das Ar-



© Juliane Weicker

▲ Dr. Angelika Thöne-Otto ist leitende Neuropsychologin an der Tagesklinik für Kognitive Neurologie am Universitätsklinikum Leipzig

beitsgedächtnis, ein Lernparadigma mit verzögertem Abruf sowie die unmittelbare und verzögerte Wiedergabe komplexer verbaler und figuraler Informationen.

Therapieziele und Methodenwahl richten sich nach der Schwere der Gedächtnisstörung. Patienten mit leichten bis mittelschweren Gedächtnisstörungen sollen ein spezifisches funktions- oder strategieorientiertes kognitives Training erhalten, für Patienten mit schwerer globaler Amnesie kann aufgrund fehlender Wirksamkeitsnachweise keine Empfehlung für ein funktionsorientiertes Training ausgesprochen werden. Die Wirksamkeit der Methode hängt von der Trainingshäufigkeit ab. Elektronische Erinnerungshilfen können bei Interesse als Kompensationsstrategie in die Therapie einbezogen werden. Liegen schwere Gedächtnisstörungen vor, sollte der Fokus der Therapie auf dem Erlernen von Kompensationsstrategien liegen. Patienten mit schwerer Amnesie können domänenspezifisches Wissen und Alltagsroutinen lernen.

Leitlinie „Neurogene Dysphagie“ komplett überarbeitet

Die S1-Leitlinie „Neurogene Dysphagie“ (AWMF-Registernummer 030/111) wurde unter

Federführung von Prof. Dr. Rainer Dziewas, Münster, und PD Dr. Christina Pflug, Hamburg, komplett aktualisiert. Sie ist bis Dezember 2023 gültig und steht ab sofort unter www.dgn.org/leitlinien zur Verfügung.

Neurogene Dysphagien bezeichnen Schluckstörungen, die durch Erkrankungen des ZNS, PNS, der neuromuskulären Übertragung oder der Muskulatur verursacht werden. Sie gehören zu den häufigsten und zugleich gefährlichsten Symptomen vieler neurologischer Erkrankungen. Die neue Leitlinie fasst die wichtigsten Erkenntnisse zur Diagnostik und Therapie der neurogenen Dysphagien in 53 Empfehlungen zusammen.

Dysphagiediagnostik erfolgt interdisziplinär

Für das Aspirationsscreening stehen Wasser-Schluck-Tests und Mehr-Konsistenzen-Tests zur Verfügung. Das Dysphagie-Assessment sollte eine klinische Schluckuntersuchung sowie instrumentelle Diagnostik umfassen. FEES und VFSS sind komplementäre Methoden der instrumentellen Dysphagiediagnostik und sollten daher idealerweise beide zur Verfügung stehen. Die FEES-Register-Studie hat bestätigt, dass die FEES eine sichere und für die Entscheidungsfindung im klinischen Alltag relevante Untersuchung ist. Sie sollte bevorzugt für bettsei-

tige Untersuchungen eingesetzt werden, außerdem zur Beurteilung des pharyngealen Sekretmanagements und zur Beurteilung der laryngealen und pharyngealen Sensibilität. Die VFSS kommt bevorzugt zur differenzierten Beurteilung der pharyngealen und ösophagealen Phase des Schluckaktes zum Einsatz. Die Abklärung einer ätiologisch ungeklärten Dysphagie erfordert eine interdisziplinäre Diagnostik.

Neue Therapieverfahren verbessern Schluckfunktion

Grundsätzlich sollten Patienten mit neurogener Dysphagie frühzeitig eine systematische, regelmäßige und individualisierte logopädische/sprachtherapeutische Schlucktherapie erhalten. Studien konnten zudem für verschiedene neuere Therapieverfahren wie das Expiratory Muscle Strength Training, transkranielle Stimulationsverfahren, die pharyngeale elektrische Stimulation und medikamentöse Therapieansätze eine Verbesserung der Schluckfunktion nachweisen. Die Leitlinienautoren empfehlen, vor Einleitung einer Dysphagietherapie die Ätiologie und das Störungsmuster der Dysphagie zu ermitteln.

Neurogene Blasenstörungen: Leitlinie neu aufgelegt

Die S1-Leitlinie „Diagnostik und Therapie von neurogenen Bla-



▲ Prof. Dr. Carl-Albrecht Haensch, Mönchengladbach, hat die Arbeit an der Leitlinie „Diagnostik und Therapie von neurogenen Blasenstörungen“ koordiniert

senstörungen“ (AWMF-Registernummer 030/121) steht in einer umfangreich überarbeiteten Neu-

fassung unter www.dgn.org/leitlinien zur Verfügung. Prof. Dr. Carl-Albrecht Haensch, Mönchengladbach, hat die Arbeit an der Leitlinie koordiniert. Sie ist bis zum 5. Januar 2025 gültig.

Die neurogene Blasenstörung wird in Detrusorüberaktivität, Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie, hypokontraktilen Detrusor sowie hypoaktiven Sphinkter eingeteilt. Ein neuer Therapieansatz bei einer Detrusorüberaktivität ist das Medikament Mirabegron. Die klinischen Erfahrungen bei der neurogenen Blasenstörung sind aktuell allerdings noch begrenzt. Als Screeningmethode empfehlen die Leitlinienautoren nun auch die Restharnmessung, sonographisch oder per Einmalkatheterismus.

Monika Holthoff-Stenger

Ausschreibungen

Aktuelle Ausschreibungen der DGN und anderer Organisationen sowie weitere Informationen finden Sie unter: www.dgn.org/rubrik-dgn-ausschreibungen-und-preise

Theo und Friedl Schöllers Preis 2020

Die Theo und Friedl Schöllers-Stiftung vergibt in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Altersmedizin im Klinikum Nürnberg im Jahr 2020 den Theo und Friedl Schöllers-Preis. Damit werden bereits fertiggestellte wissenschaftliche, quantitative oder qualitative Praxisevaluationen oder Forschungsarbeiten aus den letzten beiden Jahren ausgezeichnet, die die besondere Wirksamkeit des ambulanten, teilstationären oder stationären Versorgungsangebots abbilden und die geeignet sind, die vielfältigen Herausforderungen der künftigen Versorgung älterer Menschen nachhaltig positiv zu gestalten. Bewerben können sich im deutschsprachigen Raum tätige Projekte, Or-

ganisationen, Institutionen oder Personen. Das Preisgeld beträgt 20.000 Euro und die Ausschreibung endet am **10. Juni 2020**. Weitere Informationen finden Sie unter: www.dgn.org/rubrik-dgn-ausschreibungen-und-preise

Ausschreibung des Wolfram-Preises 2020

Die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) schreibt den Wolfram-Preis für Forschungsarbeiten zum Thema Kopfschmerz aus. Eingereicht werden können Diplomarbeiten, Doktorarbeiten und Publikationen (Publikationen sollten zumindest im Druck sein bzw. nicht älter als 12 Monate). Für den Preis können sich wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Fachrichtungen bewerben, die in Deutschland tätig sind. Es besteht keine Altersbegrenzung. Der erste Preis wird mit 5000 Euro, der zweite mit 2500 Euro und der dritte mit 1000 Euro gewürdigt.



▲ Prof. Dr. Rainer Dziewas, Münster, und Privatdozentin Dr. Christina Pflug, Hamburg, haben die Arbeit an der Leitlinie „Neurogene Dysphagie“ koordiniert



Die Bewertung nimmt ein Gutachtergremium im Auftrag des DMKG-Präsidioms vor. Der Wolfram-Preis wird anlässlich des Deutschen Schmerzkongresses vom 21. bis 24. Oktober 2020 in Mannheim verliehen. Bewerbungen sind via E-Mail (info@dmkg.de) bis zum **1. August 2020** bei der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft einzureichen.

Thiemann Fellowship in der DGN 2020

Die „Thiemann Fellowship in der DGN“ soll einer besonders qualifizierten Nachwuchswissenschaftlerin oder einem besonders qualifizierten Nachwuchswissenschaftler aus der Parkinson-Forschung ermöglichen, an einer Universität oder einem ausgewiesenen Forschungszentrum im In- oder Ausland einen wichtigen Beitrag zur Erforschung dieser neurodegenerativen Krankheit zu leisten. Die maximale Summe des projektgebundenen, jährlich vergebenen Förderpreises beträgt 60.000 Euro und ist auf ein Jahr begrenzt, die Bewerberinnen und Bewerber dürfen nicht älter als 40 Jahre sein. Anträge, die bei den vorangegangenen Ausschreibungen nicht berücksichtigt wurden, können erneut eingereicht werden. Die Jury setzt sich aus dem Vorstand und dem wissenschaftlichen Beirat der Stiftung zusammen. Der Antrag ist als PDF-Dokument bis zum **15. August 2020** an den Vorsitzenden der Prof. Klaus Thiemann Stiftung zu senden (E-Mail: info@thiemannstiftung.de).

Multiple Sklerose Preis der Eva und Helmer-Christoph Lehmann Stiftung

Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V. (DGN) und das Krankheitsbezogene Kompetenznetz Multiple Sklerose (KKNMS) vergeben 2020 anlässlich des 93. DGN-Kongresses zum fünften Mal den Multiple Sklerose Preis. Bewerberinnen/Bewerber für diesen mit 5000 Euro dotierten

Nachwuchsforschungspreis sollten unter 35 Jahre alt sein und als Nachwuchswissenschaftler originelle Forschungsarbeiten im Bereich der Multiplen Sklerose geleitet haben. Der Schwerpunkt liegt dabei auf Arbeiten mit translationalem Therapiecharakter, die zu einer hochrangigen Publikation geführt haben. Bewerbungen können bis zum **17. August 2020** mit einer Beschreibung der Arbeit, dem Lebenslauf und einer Publikationsliste an folgende Adresse gesendet werden: Kompetenznetz Multiple Sklerose, Frau Claudia Borsanyi, Einsteinstraße 1, 81675 München.

Stipendium vom Verein Myelitis e.V.

Der Verein Myelitis e.V. schreibt ein Stipendium für eine junge Neurologin oder einen jungen Neurologen aus, die/der sich insbesondere für die Transverse Myelitis und ähnliche seltene neuroimmunologische Erkrankungen interessiert. Das dreimonatige Stipendium (01.07.–30.09.2021) dient der Weiterbildung und findet im TM-Center des Johns Hopkins Hospital in Baltimore/Maryland unter der Leitung von Professor Dr. Carlos Pardo-Villamizar statt. Die Stipendiatin/der Stipendiat wird zum „Research Fellow“ ernannt, der sowohl in der Forschung als auch in der klinischen Beobachtung tätig ist. Das Stipendium umfasst in den besagten drei Monaten Zahlungen für den Lebensunterhalt von ca. 3600 Euro/Monat, Zahlungen für eine Unterkunft von ca. 1600 Euro/Monat und eine Auslandskrankenversicherung. Die Auswahl der Stipendiatin/des Stipendiaten soll bis spätestens **30. September 2020** abgeschlossen sein. Bewerbungen (Motivationsschreiben und Lebenslauf) und Rückfragen sind mit entsprechendem Vorlauf zu richten an: Pilar Schnadenberger (Telefon: 0157-365 77225; E-Mail: pilar@myelitis.de). Weitere Informationen finden Sie unter <http://www.myelitis.de>

DGN-Kongress 2020 wird aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie virtuell durchgeführt



▲ Prof. Christine Klein, DGN-Präsidentin



▲ Prof. Prof. Christian Gerloff, stellvertretender DGN-Präsident



▲ Prof. Gereon R. Fink, Past-Präsident

Sehr geehrte Mitglieder der DGN, sehr geehrte Kongressbesucher,

das Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Neurologie hat nach reiflicher Überlegung Ende Mai beschlossen, den vom 4.

–7. November 2020 im CityCube Berlin geplanten 93. DGN-Kongress aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie abzusagen.

Der Senat von Berlin hat ein Verbot von Großveranstaltungen mit mehr als 5000 Teilnehmenden bis zum 24. Oktober 2020 verhängt. Aktuell und auch in absehbarer Zeit gibt es keine Informationen darüber, ob dieses Verbot ausgeweitet wird oder welche Auflagen für Veranstaltungen ab dem 25. Oktober 2020 gelten werden. Die allgemeingültige Abstandsregelung von mindestens 1,5 m ist im Rahmen einer Kongressveranstaltung nicht umsetzbar. Das Tragen von Mund-Nasen-Masken bietet auf einem so großen Meeting keinen sicheren Schutz vor einer Infektion. Bei den Teilnehmern handelt es sich um sog. „systemrelevante“ Personen, deren Sicherheit und Unversehrtheit nicht nur für uns

Virtueller Online-Kongress der DGN

Das Programm sowie alle anderen wichtigen Informationen zum virtuellen Online-Kongress der DGN erhalten Sie auf: <https://www.dgnkongress.org/>

als DGN-Präsidium, sondern auch übergeordnet gesellschaftlich im Falle weiterer Infektionswellen höchste Priorität haben. Dies spiegelt sich nicht zuletzt in den derzeit geltenden Dienstverboten wider.

Die DGN sieht sich gegenüber ihren Mitgliedern, den bereits registrierten Kongressteilnehmern und den Ausstellern in der Verantwortung, zu einem relativ frühen Zeitpunkt Klarheit zu schaffen und für entsprechende Planungssicherheit zu sorgen. Prof. Dr. med. Christine Klein, DGN-Präsidentin: „Veranstaltungen im Umfang eines DGN-Kongresses werden voraussichtlich so lange nicht möglich sein, bis ein geeigneter Impfstoff zur Verfügung steht und flächendeckende Impfungen stattfinden konnten.“

Der DGN-Jahreskongress ist die wichtigste Veranstaltung der deutschsprachigen Neurologie mit bis zu 7000 Teilnehmern. Wir nehmen nunmehr unsere Chan-

ce wahr, aus der Not eine wirkliche Tugend zu machen und mit Hilfe aller für den Kongress Verantwortlichen einen virtuellen Kongress mit neuen Formaten zu entwickeln, von denen einige sicher für die folgenden – wieder physisch stattfindenden – Kongresse wegweisend sein könnten. Wir freuen uns jetzt schon auf Ihre aktive Beteiligung daran sowie auf Ihr Feedback und hoffen im Endergebnis auf die Weiterentwicklung eines in den letzten Jahren sehr erfolgreichen, lebhaften und sehr positiv gestimmten DGN-Jahresereignisses; wenn möglich, bitte immer um eine Nasenlänge voraus!

Herzliche Grüße und bleiben Sie bitte gesund!

Prof. Christin Klein (DGN-Präsidentin), Prof. Christian Gerloff (stellvertretender Präsident) und Prof. Gereon R. Fink (Past-Präsident)

Veranstaltungstipp

Regionale Fortbildung der DGN

Berlin-Brandenburg – Unabhängig. Intensiv. Regional.



© Matthias Friel

Fortbildung Neurologie in Wildau (bei Berlin)
28.–29. August 2020

Online-Anmeldung unter: www.dgn.org/fortbildungsakademie

Bitte vormerken!

Die Fortbildung Neurologie der DGN in Lübeck-Travemünde musste aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie abgesagt werden. Die Veranstaltung findet im nächsten Jahr statt. Termin: 23.–24. April 2021

Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung e.V.



DGNB-Intensivseminar Medizinische Begutachtung/Seminarblock 1

Das Intensivseminar zur strukturierten curricularen Fortbildung Medizinische Begutachtung nach dem Curriculum der Bundesärztekammer beinhaltet 64 Unterrichtseinheiten. Diese werden in zwei Seminarblöcken zu je drei Tagen angeboten. Block 1 in Günzburg vom 02.–04.07.2020 und Block 2 in Kassel vom 15.–17.10.2020. Das Seminar wird ggf. als Webinar stattfinden.

Informationen dazu und zu allen anderen Veranstaltungen finden Sie unter www.dgnb-ev.de/veranstaltungen

Bitte vormerken!

Der 1. Supervisionskurs für Gutachten wurde auf den 06. Mai 2021 verschoben.

Veranstaltungstipp

DGN-Facharztrepetitorium



© iStock/ume189

Um Assistenzärztinnen und -ärzte kurz vor der Facharztprüfung bestmöglich zu unterstützen, hat die Deutsche Gesellschaft für Neurologie die Facharztrepetitorien ins Leben gerufen. Die Kurse stellen den aktuellen Wissensstand der gesamten Neurologie in Forschung und Praxis dar. Herzlich eingeladen sind aber auch diejenigen, die ihr Fachwissen in einer kompakten Fortbildungsveranstaltung vertiefen, mit Weiterbildungspunkten auffrischen oder erweitern möchten.

Neurologisches Facharztrepetitorium in Juist

24.–26. September 2020

Programm und Anmeldung: www.dgn.org/fortbildungsakademie

Bitte vormerken!

Das nächste DGN-Facharztrepetitorium der DGN findet vom 04.–06. März 2021 in Essen statt.

Save the Date

Bitte informieren Sie sich, ob die aufgeführten Veranstaltungen wegen der aktuellen Einschränkungen durch die SARS-CoV-2-Pandemie wie geplant stattfinden können!

Fortbildungen

SUMMER SCHOOL Neurorehabilitation, 17.–20. Juni 2020, Greifswald

VII. NeuroForum Süd-West, 20. Juni 2020, Frankfurt am Main

NeuroFIT 2020, 15.–17. Juli 2020, Bamberg

Intensivkurs Neurologie, 09.–12. September 2020, Bad Segeberg

FEES-Basisseminare – Flexible endoskopische Evaluation des Schluckens

17.–19. Juni 2020, Bad Feilnbach

19.–21. Juni 2020, Berlin

19.–21. Juni 2020, Hamburg

25.–27. Juni 2020, Bonn

17.–19. Juli 2020, Berlin

30. Juli–01. August 2020, Ulm

14.–16. August 2020, Berlin

04.–06. September 2020, Berlin

17.–19. September 2020, Bochum

FEES-Expertenworkshops

26.–27. Oktober 2020, München

Weitere Informationen online: www.dgn.org/rubrik-themen/fees

Kongresse und Symposien

71. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie DGNC, 21.–24. Juni 2020: **Digitaler Kongress**, weitere Informationen unter <https://www.dgnc-kongress.de>

14th European Headache Federation Congress EHF, 03.–05. Juli 2020: **Digitaler Kongress**, weitere Informationen unter <https://www.ehf2020.com>

55. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie (DGfE), **neuer Termin**: 06.–09. September 2020, Freiburg, <https://www.epilepsie-tagung.de>

35. Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropsychologie, vom 25.–26. September 2020: **Digitaler Kongress**, weitere Informationen unter <https://www.gnp.de>

Weitere Informationen online: www.dgn.org/fortbildungskalender

Personalia

Haben Sie eine Leitungsposition übernommen oder eine Praxis gegründet? Wollen Sie, dass Ihre Kolleginnen und Kollegen von Ihrer beruflichen Veränderung erfahren? Dann informieren Sie die Geschäftsstelle der DGN unter der E-Mail-Adresse: info@dgn.org.

In den Ruhestand verabschiedet



© privat

Dr. Peter Minwegen, vorher Chefarzt im Krankenhaus Maria Hilf in Warstein, ist seit dem 01.04.2020 berentet. Er ist seit dem 01.01.1996 Mitglied der DGN.



© privat

Dr. Gerhard Kordt, am Krankenhaus Damme von 1994–2009 Chefarzt der Neurol. Abt. und anschließend ebendort Leiter des MVZ, ist seit dem 01.04.2020 berentet. Er ist seit dem 01.01.1996 DGN-Mitglied.



© Sana Kliniken Ostholstein GmbH

Dietrich Willemsen, vorher Chefarzt in der Sana Klinik Middelburg, ist seit dem 15.04.2020 berentet. Er ist seit dem 20.08.2008 DGN-Mitglied.

Berufliche Veränderungen



© Sana Kliniken Ostholstein GmbH

Seit dem 1. April 2020 ist Dr. Anemarie Werner neue Chefarztin der Abteilung für Neurologie an der Sana Klinik in Middelburg. Damit übernimmt sie die Nachfolge des bisherigen Chefarztes Dietrich Willemsen. Dr. Anemarie Werner wechselt von der Neurologischen Klinik Bad Neustadt/Saale, an der sie ihre Facharztausbildung für Neurologie mit der Zusatzbezeichnung „Neurologische Intensivmedizin“ absolviert hat, nach Middelburg. Sie ist seit dem 01.07.2011 Mitglied der DGN.



© privat

Dr. Achim Mallmann, vorher niedergelassen in Männedorf, Schweiz, ist seit dem 06.04.2020 Oberarzt und Leiter der Stroke Unit der Klinik für Neurologie des HELIOS Hanseklिनikum Stralsund. Er ist seit dem 01.01.1996 Mitglied der DGN.



© privat

Prof. Dr. Andreas Bitsch, vorher Chefarzt der Klinik für Neurologie der Ruppiner Kliniken, ist seit dem 01.04.2020 Chefarzt der Kliniken für Neurologie in den Asklepios Fachkliniken Teupitz und Lübben. Er ist seit dem 01.01.1997 Mitglied der DGN.

Aktuelle Jobangebote

Professuren

10117 Charité Berlin, Professur für Klinische Schlaganfallforschung

Chefarztpositionen

78262 Hegau Jugendwerk Gailingen, Chefarzt für Neurologie (m/w/d)

Oberarztpositionen

06120 Universitätsklinikum Halle (Saale), Oberarzt (m/w/d)
 27574 Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide, Ltd. Oberarzt (m/w/d)
 29525 Helios Klinikum Uelzen, Oberarzt Neurologie (m/w/d)
 35392 Universitätsklinikum Gießen und Marburg – Standort Wetzlar, Oberarzt (m/w/d)
 47551 LVR-Klinik Bedburg Hau, Oberarzt (m/w/d)
 52074 Uniklinik RWTH Aachen, Oberarzt (m/w/d)
 56073 Katholisches Klinikum Koblenz – Montabaur, Oberarzt (m/w/d)
 77933 Ortenau Klinikum Lahr, Sektion Neuropsychosomatik, Oberarzt (m/w/d)
 83646 MEDIAN Buchberg-Klinik Bad Tölz, Oberarzt (m/w/d)
 87600 Bezirkskliniken Schwaben – Kaufbeuren, Oberarzt Neurologie (m/w/d)
 89081 Zentrale Notaufnahmestelle Universitätsklinik Ulm, Oberarzt (m/w/d)
 91438 Dr. Becker Kiliani-Klinik Bad Windsheim, Oberarzt (m/w/d)
 91522 Bezirksklinikum Ansbach, Oberarzt (m/w/d)
 94469 Bezirksklinikum Mainkofen Deggendorf, Oberarzt (m/w/d)
 99437 Zentralklinik Bad Berka, Oberarzt (m/w/d)
 Neurologische Frührehabilitation Raum Kassel/Göttingen, Oberarzt (m/w/d)

Facharztpositionen

01307 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Facharzt Neurologie (m/w/d)
 35392 Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Facharzt Neurologie (m/w/d)
 40670 St. Mauritius Therapieklinik Meerbusch Düsseldorf, Facharzt Neurologie (m/w/d)
 40764 Praxis Dr. Siepen Langenfeld, Facharzt Neurologie (m/w/d)
 45131 Alfred Krupp Krankenhaus Essen-Rüttenscheid, Facharzt Neurologie (m/w/d)
 47551 LVR-Klinik Bedburg-Hau, Facharzt Neurologie (m/w/d)
 52074 Uniklinik RWTH Aachen, Facharzt Neurologie (m/w/d)
 54292 Krankenhaus Barmherzige Brüder Trier, Facharzt Neurologie (m/w/d)
 67655 Westpfalz-Klinikum Kaiserslautern, Facharzt Neurologie (m/w/d)
 69120 Universitätsklinikum Heidelberg, Facharzt Neurologie (m/w/d)
 70199 Marienhospital Stuttgart, Facharzt Neurologie (m/w/d)
 72250 Neuropraxis Freudenstadt, Facharzt Neurologie (m/w/d)
 74206 Gesundheitszentrum Bad Wimpfen, Facharzt Neurologie (m/w/d)
 83646 CoMedicum Bad Tölz, Facharzt Neurologie (m/w/d)
 87600 Bezirkskliniken Schwaben – Kaufbeuren, Facharzt Neurologie (m/w/d)
 88048 Medizin Campus Bodensee Friedrichshafen, Facharzt Neurologie (m/w/d)
 88214 ZfP Südwürttemberg in Ravensburg/Weissenau, Facharzt Neurologie (m/w/d)
 91438 Dr. Becker Kiliani Klinik Bad Windsheim, Facharzt Neurologie (m/w/d)
 95326 Klinikum Kulmbach, Facharzt Neurologie (m/w/d)
 96047 Facharztzentrum Löwenbrücke Bamberg, Facharzt Neurologie (m/w/d)

99437 Zentralklinik Bad Berka, Facharzt für Laboratoriumsmedizin (m/w/d)

Österreich:

9900 Bezirkskrankenhaus Linz (A), Facharzt Neurologie (m/w/d)

Ärzte in Weiterbildung –

Positionen für Assistenzärzte (m/w/d) in der Neurologie

01307 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
 01477 Sächsisches Krankenhaus Arnsdorf
 02708 Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Großschweidnitz
 04849 MedClin Waldkrankenhaus Bad Döbeln
 14547 Kliniken Beelitz
 18435 Helios Hanseklinikum Stralsund
 22417 Asklepios Klinik Nord Hamburg
 24534 Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster
 25524 Klinikum Itzehoe
 27574 Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide
 28177 Gesundheit Nord gGmbH Klinikum Bremen-Mitte
 35392 Universitätsklinikum Gießen und Marburg
 40670 St. Mauritius Therapieklinik Meerbusch Düsseldorf
 42109 Agaplesion Bethesda Krankenhaus Wuppertal
 42283 Helios Klinikum Wuppertal
 42697 St. Lukas Klinik Solingen
 44309 Knappschaftskrankenhaus Dortmund
 44577 Evangelisches Krankenhaus Castrop-Rauxel
 45131 Alfred Krupp Krankenhaus Essen-Rüttenscheid
 45964 St. Barbara Hospital in Gladbeck
 47551 LVR-Klinik Bedburg-Hau
 63450 Klinikum Hanau

66119 Klinikum Saarbrücken
 66346 Knappschaftsklinikum Saar GmbH Püttlingen
 66740 DRK-Krankenhaus Saarlouis
 67655 Westpfalz Klinikum Kaiserslautern
 69120 Universitätsklinikum Heidelberg
 70199 Marienhospital Stuttgart
 72076 Universitätsklinikum Tübingen
 74523 Diak Klinikum Schwäbisch Hall
 78476 Kliniken Schmieder
 84034 Klinikum Landshut
 87439 Klinikverbund Allgäu Kempten
 87600 Bezirkskliniken Schwaben – Kaufbeuren
 87700 Klinikum Memmingen
 88048 Campus Bodensee Friedrichshafen
 88214 ZfP Südwürttemberg in Ravensburg/Weissenau
 95326 Klinikum Kulmbach
 96450 REGIOMED Klinikum Coburg
 97422 Leopoldina Krankenhaus Schweinfurt
 97753 Klinikum Main-Spessart Lohr

Sonstige

39120 Uniklinikum Magdeburg, Intensivkrankenpfleger Neurochirurgie (m/w/d)
 40225 Universitätsklinikum Düsseldorf, Lehrkraft MTA-F (m/w/d)
 95326 Klinikum Kulmbach, Gesundheits- und Krankenpfleger für Intensivstationen (m/w/d)
 99437 Zentralklinik Bad Berka, Pflegefachkräfte (m/w/d)
 (Stand 06.05.2020)

Weitere Jobangebote finden Sie tagesaktuell online auf www.dgn-neurojobs.org