**BUNDESVERBAND
GERIATRIE**

Z Gerontol Geriat 2020 · 53:594–598
<https://doi.org/10.1007/s00391-020-01774-7>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein
Teil von Springer Nature 2020

Geschäftsstelle
Bundesverband Geriatrie e. V.
Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin
Tel.: (030) 3 39 88 76 10
Fax: (030) 3 39 88 76 20
geschaeftsstelle@bv-geriatrie.de
www.bv-geriatrie.de

Vorstandsvorsitzender
Dipl. Kfm. Ansgar Veer
Geschäftsführer
St. Bonifatius Hospital Lingen/Ems
ansgar.veer@bv-geriatrie.de

Geschäftsführer
RA Dirk van den Heuvel (v. i. S. d. P.)
dirk.van-den-heuvel@bv-geriatrie.de

Liebe Mitglieder,
sehr geehrte Damen und Herren,

zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe Anfang August zeigt die Coronapandemie ein gespaltenes Bild: Zum einen fühlt sich das Leben mit Ferien, Urlaubsreisen und offenen Restaurants fast schon ein bisschen nach Normalität an, während in den letzten Julitagen die Fallzahlen wieder deutlich anstiegen. Ähnlich zwiespältig ist auch die Situation in den Geriatrien. Während in vielen stationären Einrichtungen die Versorgung – wenn auch mit besonderen Rahmenbedingungen – fast normale Ausmaße angenommen hat, ist die ambulante und teilstationäre Versorgung noch im großen Maße im coronabedingten „Lockdown“.

Neben der Diskussion, welche strukturellen Anpassungen der Versorgungsstrukturen sich aus der Coronapandemie ergeben, gerät auch die sachgerechte medizinische Versorgung von Coronapatienten nach der akuten Infektionsphase in die versorgungspolitische Diskussion. Dies umfasst im Bereich der geriatrischen Patienten sicherlich neben der Entwicklung von besonders angepassten Rehabilitationskonzepten auch die konzeptionelle Einbindung der Geriatrie im Krankenhaus. Andere Indikationsbereiche beziehungsweise Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen treten gegenüber der (Fach-)Öffentlichkeit mit medizinischen Konzepten und Versorgungsansätzen gezielt als „Nachversorger“ nach der akuten Infektionsphase auf. Durch die multiprofessionelle Zusammensetzung des Behandlungsteams und die konzeptionelle Ausrichtung der Versorgungsstrukturen auf multimorbide Patienten ist die Geriatrie angesichts der zumeist vielschichtigen Schädigungswirkung des Coronavirus ideal aufgestellt – insbesondere, aber nicht nur für betagte und hochbetagte Patienten. Aus Sicht des Verbandes sollte diese besondere fachliche Versorgungskompetenz unter anderem durch die Entwicklung entsprechender medizinischer Versorgungskonzepte verstärkt in die Wahrnehmung der (Fach-)Öffentlichkeit eingebracht werden.

Dass geriatrische Patienten im Hinblick auf die Gefahr einer Coronainfektion eine besonders schutzbedürftige Bevölkerungsgruppe darstellen, steht außer Frage. Es muss daher im besonderen Maße darauf geachtet werden, dass ein Einschleppen von Coronaviren in eine Geriatrie verhindert wird.

Vor diesem Hintergrund hat sich der Vorstand sehr lange und intensiv mit der Frage beschäftigt, ob eine Mitgliederversammlung in der bisherigen Form als Präsenzveranstaltung zu verantworten ist. Auch wenn mittlerweile vermehrt Kongresse und einzelne Versammlungen für den Herbst wieder angekündigt werden, ist es vor dem besonderen Schutzbedürfnis der geriatrischen Patienten nicht zu vertreten, dass sich in diesem Jahr rund 250 Vertreter geriatrischer Einrichtungen im Rahmen einer Mitgliederversammlung persönlich treffen. Es ist nicht auszudenken, wenn – trotz der allgemeinen Hygienemaßnahmen – in

dieser Personengruppe ein Infektionsherd entsteht, der anschließend bundesweit in die Geriatrien hineingetragen wird. Der Vorstand hat daher entschieden, dass die reguläre Mitgliederversammlung 2020 auf das Frühjahr 2021 verschoben wird. Damit verbunden ist die Hoffnung, dass bis dahin ein wirksamer Impfschutz entwickelt wird. Zudem gehen wir so dem Risiko eines durch die nasskalte Herbstzeit ohnehin erhöhten Infektionsgeschehens aus dem Weg.

Auch politisch zeigen sich aktuell zwei Schwerpunkte. So nimmt das Thema Corona weiterhin einen breiten Raum ein, wenn dies auch in der öffentlichen Wahrnehmung nicht mehr so präsent ist. Es gilt weiter, die versorgungspolitischen sowie insbesondere die finanziellen Folgen der Coronapandemie für die Kliniken und Einrichtungen sachgerecht und vor allem auskömmlich zu gestalten. Hinzu treten allerdings auch wieder die „Nicht-Corona-Themen“, wie Sie unter anderem den verschiedenen Meldungen in dieser Ausgabe der Zeitung entnehmen können. Angesichts der Vielzahl und der Vielschichtigkeit der Themen freuen wir uns umso mehr, dass seit Anfang August wieder alle vakanten Positionen in der Geschäftsstelle besetzt sind. Mit Frau Becker bzw. Frau Lischewski konnten wir sowohl für den Bereich „Recht“ als auch für die „Presse- und Öffentlichkeitsarbeit“ sehr gute fachliche Kompetenz für die Vertretung der Geriatrie gewinnen.

Ihr

Dirk van den Heuvel

Aufgrund von beruflichen Veränderungen: Frau Hartmann ist aus dem Vorstand des Bundesverbandes Geriatrie ausgeschieden

Durch einen beruflichen Wechsel musste Frau Hartmann gemäß der Satzung des Bundesverbandes Geriatrie ihre Tätigkeit im Vorstand des Bundesverbandes Geriatrie beenden.

In der Satzung des Bundesverbandes Geriatrie ist niedergelegt, dass ein Vorstandsmitglied in einer Mitgliedereinrichtung tätig sein oder

den Organen ihrer Träger angehören muss. Das Amt eines Mitgliedes des Vorstandes endet laut Satzung mit seinem Ausscheiden aus dem Verein beziehungsweise mit Wegfall dieser vorgenannten Wählbarkeitsvoraussetzung.

Frau Hartmann wird sich zukünftig freiberuflich der Managementberatung von Gesundheitsdienstleistern widmen. Damit liegen die von der Satzung vorgegebenen Voraussetzungen für eine Vorstandstätigkeit leider nicht mehr vor. Sie scheidet somit aus dem Verband und damit auch aus dem Vorstand aus. Alle Vorstandsmitglieder bedauern diese Konsequenz sehr. Auch wenn man die berufliche Veränderung nachvollziehen kann, hätte sich der Vorstand des Verbandes weitere gemeinsame Zusammenarbeit gewünscht.

Frau Hartmann hat über viele Jahre hinweg die Arbeit des Verbandes aktiv begleitet, lange Zeit davon als aktives Mitglied im Vorstand. Neben der Vorstandsarbeit hat sie insbesondere in der DRG-Projektgruppe, der AG Kalkulation sowie zuletzt in der Fachgruppe Finanzierung und Recht ihre Expertise eingebracht und die Belange der Geriatrien vertreten und vorangebracht. Vielen Mitgliedern ist sie zudem als Moderatorin der Frühjahrstagung bekannt, wobei sie die Sitzung nicht nur geleitet, sondern auch intensiv an der Themenauswahl und der Weiterentwicklung des Tagungsformats mitgearbeitet hat.

Zukünftig wird sich Frau Hartmann neben den grundlegenden Managementthemen wie Aufbau und Analyse einer Kostenträgerrechnung beziehungsweise Einführung und Analyse des kaufmännischen Risikomanagements unter anderem mit den Themen Lean Hospital und dessen Einführung beziehungsweise der Hilfestellung und Schulung von Mitarbeitern in diesem Bereich beschäftigen.

Der Vorstand und die Geschäftsstelle sagen herzlichen Dank für die sehr angenehme und konstruktive Zusammenarbeit und hoffen, dass der persönliche und fachliche Kontakt trotz des beruflichen Wechsels bestehen bleibt.

Was lange währt ...

Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) vom Bundestag endlich verabschiedet

Schon häufiger haben wir an dieser Stelle und im Rahmen der Mitgliederversammlungen oder der Frühjahrstagung über den Gesetzentwurf berichtet. Leider hatten sich die Beratungen und die endgültige Verabschiedung des Gesetzes immer wieder verzögert, da die Regelungen zur Intensivpflege auch nach mehrfacher Überarbeitung durch das Ministerium in der Politik sowie der Öffentlichkeit sehr umstritten bleiben.

Da im Rehabilitationsteil langjährige und zudem sehr wichtige Forderungen des Bundesverbandes Geriatrie zur Verbesserung der Situation der Rehabilitationseinrichtungen enthalten sind, freut es uns sehr, dass am 2. Juli der Bundestag den Gesetzentwurf abschließend beraten und verabschiedet hat. Damit sind knapp ein Jahr nach Veröffentlichung eines ersten Referentenentwurfs des Gesetzes (damals noch unter dem Titel: Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG) wesentliche Neuerungen unter anderem für die geriatrische Rehabilitation beschlossen. Zwischenzeitlich wurde sogar versucht, den Gesetzentwurf vollständig zurückzuziehen.

Trotz der langen Beratungszeit und der zum Teil sehr intensiven Lobbyarbeit anderer Verbände konnten auch über diese lange Beratungszeit hinweg zentrale Regelungen für die Geriatrie im Entwurf

erhalten werden. Dies gilt unter anderem für einen erleichterten Zugang zur geriatrischen Rehabilitation aus dem Bereich der niedergelassenen Ärzte heraus und der gesetzlichen Fixierung der Regeldauer der geriatrispezifischen Reha.

Zudem konnten die Leistungserbringerverbände noch erreichen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Möglichkeit bekommt, für einzelne Rehabilitationsbereiche Erleichterungen auch für die Anschlussheilbehandlung (AHB-Reha) im Anschluss einer Behandlung im Krankenhaus zu beschließen.

Elementar ist die Streichung der sogenannten Grundlohnsummenbindung im Bereich der Rehabilitation. Damit ergeben sich insbesondere vor den Schiedsstellen neue Verhandlungsspielräume, da zuletzt immer wieder Vergütungssatzsteigerungen mit dem Verweis auf die Grundlohnsummenbindung abgelehnt wurden.

Aus Sicht der Geriatrie sind folgende Neuregelungen von besonderer Relevanz:

a) Grundlohnsummenbindung wird aufgehoben

Die Grundlohnsummenbindung nach § 71 SGB V wird für Vergütungsverhandlungen aufgehoben, damit kommt der Gesetzgeber einer zentralen und langjährigen Forderung des Bundesverbandes Geriatrie nach. Bisher durfte bei der Vergütungsverhandlung nicht über die jährlich festgelegte Steigerungsrate der Grundlohnsumme – auch jährliche Veränderungsrate genannt – hinausgegangen werden. Dies war insbesondere eine starke Eingrenzung der Entscheidungsspielräume der Schiedsstellen, sodass es in den letzten Monaten kaum noch neue Anträge an Schiedsstellen gab. Die Entscheidung des Gesetzgebers eröffnet jetzt neue Vergütungsspielräume, da die Krankenkassen sich nicht mehr pauschal auf die Obergrenze der Grundlohnsumme berufen können. Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen sowie von Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann von den Kassen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Damit wird ein wichtiger Baustein für eine Erhöhung der Vergütungen in der Rehabilitation umgesetzt.

b) Erleichterungen zum Zugang zur geriatrischen Rehabilitation

Niedergelassene Ärzte können die Notwendigkeit einer geriatrischen Rehabilitation feststellen und diese verordnen. Die Krankenkassen sind an diese Feststellung gebunden. Die Überprüfung der geriatrischen Indikation mittels geeigneter Abschätzungsinstrumente durch einen Vertragsarzt ist laut Gesetz ausreichend. Bei der Übermittlung der Verordnung an die Krankenkasse ist die Anwendung der geeigneten Abschätzungsinstrumente nachzuweisen und das Ergebnis der Abschätzung beizufügen. Von der vertragsärztlichen Verordnung darf die Krankenkasse hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur dann abweichen, wenn eine von der Verordnung abweichende gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes vorliegt.

Nach § 40 Absatz 3 Satz 10 SGB V soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien das Nähere zu Auswahl und Einsatz geeigneter Abschätzungsinstrumente für die medizinische Erforderlichkeit einer geriatrischen Rehabilitation sowie des Nachweises der Anwendung der Abschätzungsinstrumente regeln.

c) Erleichterter Zugang zur Anschlussrehabilitation

Außerdem soll der G-BA in Richtlinien Fälle festlegen, in denen Anschlussrehabilitationen nach einem Krankenhausaufenthalt ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können. Dies bezieht sich nicht ausschließlich auf die Geriatrie, kann aber insbesondere für die Geriatrie von großer Bedeutung sein. Für beide Beschlüsse und Festlegungen des G-BA ist im Gesetz eine Frist zum 31.12.2021 vorgesehen.

d) Rehabilitationsdauer

Die Regeldauer der geriatrischen Rehabilitation wird auf 20 Behandlungstage (ambulant) beziehungsweise drei Wochen (stationär) festgelegt. Eine Verlängerung dieser Leistungen ist möglich, wenn dies aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.

e) Transparenz durch „Rahmenempfehlungen“:

Neu im Gesetz ist eine Regelung, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene aufgefordert sind, in Rahmenempfehlungen das Nähere zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen der medizinischen Rehabilitation und zu Grundsätzen einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen zu vereinbaren. Sofern die Vereinbarungspartner ganz oder teilweise nicht zu Rahmenempfehlungen finden, können die Rahmenempfehlungspartner eine neu eingerichtete Schiedsstelle zur Festsetzung des Rahmenempfehlungsinhaltes innerhalb von drei Monaten anrufen.

Der Bundesverband Geriatrie hat bereits die Initiative ergriffen und ist auf andere Leistungserbringerverbände zugegangen, um möglichst schnell in konkrete Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband eintreten zu können. Diese Gestaltung der Rahmenempfehlungen kann große Auswirkungen auch auf die geriatrispezifische Versorgung haben.

Der Bundesverband hat den Gesetzgebungsprozess unter anderem in Anhörungen und durch die Veröffentlichung von Stellungnahmen sehr intensiv begleitet. Insbesondere die Regelungen zur Geriatrie waren auch im Kreis der Leistungserbringerverbände sehr oft Gegenstand von intensiven Diskussionen. Jetzt gilt es, die Beratungen im G-BA inhaltlich zu unterstützen.

Bis alle Regelungen in der Versorgungspraxis ankommen, wird es jedoch noch etwas dauern. Zuerst muss sich noch abschließend der Bundesrat mit dem Gesetz befassen, allerdings ist das Gesetz nicht zustimmungspflichtig. Anschließend ist die Verkündung im Bundesgesetzblatt geplant, sodass voraussichtlich im Herbst das Gesetz in Kraft treten wird. Wie schnell der G-BA die beschriebenen Vorgaben für die beschriebenen Teilbereiche der Regelungen entwickelt, kann heute noch nicht realistisch abgeschätzt werden. Die Beratungen haben zwar bereits begonnen, allerdings sitzen hier viele Parteien an einem Tisch, was zumeist zu langwierigen Abstimmungsprozessen führt. Wir werden über den Fortgang berichten.

Unsystematische Reaktivierung der Pflegepersonaluntergrenzen

Während die Corona-Krise im März und April 2020 ihrem vorläufigen Höhepunkt entgegensteuerte, stand die wirtschaftliche Absicherung stationärer und ambulanter Gesundheitseinrichtungen im Fokus des gesundheitspolitischen Handelns: „Alle, die im Gesundheitswesen arbeiten, brauchen gerade jetzt unsere volle Unterstützung. Deswegen kompensieren wir Einnahmeausfälle, bauen Bürokratie ab und setzen Sanktionen aus“, so Gesundheitsminister Jens Spahn im März 2020.

Der Bundesverband Geriatrie lobte mehrfach, dass neben der Kompensation von Einnahmeausfällen kurzfristig auch umfassende Maßnahmen zur Entlastung der Krankenhäuser von vermeidbaren Bürokratieanforderungen erlassen wurden. In diesem Zusammenhang wurde unter anderem die Pflegepersonaluntergrenzen-Vereinbarung (PpUGV) für den Zeitraum vom 1. März bis zum 31. Dezember 2020 pandemiebedingt ausgesetzt.

Die Bereitschaft zur vollen Unterstützung – wie sie noch im März 2020 zugesichert wurde – scheint allmählich abzuflachen. Diese Tendenz wird durch die kurzfristige Reaktivierung der Pflegepersonaluntergrenzen in der Geriatrie und der Intensivmedizin zum 01.08.2020 bestärkt. Aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie ist eine derart unsystematische und äußerst kurzfristige Wiederinkraftsetzung (die entsprechende Verordnung wurde 9 Tage vor dem Stichtag veröffentlicht!) der Pflegepersonaluntergrenzen weder bedarfsgerecht noch wird sie dem geleisteten Beitrag geriatrischer Fachabteilungen und Einheiten in der Bewältigung der Corona-Krise gerecht.

Die Anpassungen an das pandemische Geschehen erforderten kurzfristige Umstrukturierungen der krankenhausinternen Organisations- und Ablaufstrukturen. Das Ausmaß der notwendigen Umstrukturierungsmaßnahmen stellte sich dabei krankenhausindividuell sehr unterschiedlich dar und wirkte sich insbesondere auf die Personalplanung aus. Einige Krankenhäuser haben ihre geriatrischen Stationen zum Teil frühzeitig als Geriatrien geschlossen und aufgrund der vorhandenen Personalstruktur, der Erfahrungen mit multimorbiden Krankheitssituationen sowie dem vertrauten Umgang mit betagten und hochbetagten Patienten zu „Corona-Stationen“ umgewandelt. Andere Krankenhäuser verfuhrten genau gegenteilig und nutzten die Geriatrien ganz gezielt als Bereiche, in denen diese Hochrisikogruppe besonders vor dem Virus geschützt wurde, also als eine Art „Corona-Schutzbereich“.

Angesichts des systemrelevanten Beitrags geriatrischer Fachabteilungen und Einheiten in der Bewältigung der Corona-Krise ist die kurzfristige Reaktivierung der Pflegepersonaluntergrenzen daher nicht sachgerecht. Nur durch die kurzfristigen Umstrukturierungsmaßnahmen – insbesondere auch in der Geriatrie – konnten sich die Krankenhäuser in Deutschland während des vorläufigen Höhepunktes der Pandemie auf den erwartbar steigenden Bedarf an Intensiv- und Beatmungskapazitäten zur Behandlung von schweren Atemwegserkrankungen durch COVID-19 vorbereiten.

Zudem sind die gesetzgeberischen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Pandemie für den Krankenhausbereich auf Ende September beziehungsweise Ende 2020 ausgerichtet, weshalb auch die internen Planungen der Einrichtungen hiernach ausgerichtet sind. Trotz der gegenwärtigen Entwicklungen und bis zum Sommer rückläufigen Fallzahlen bleibt der weitere Verlauf der Corona-Krise letztendlich ungewiss, was auch die steigenden Fallzahlen Ende Juli deutlich gemacht haben. Unbestritten ist jedoch das erhöhte Risiko geriatrischer Patienten für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf, weshalb betagte und hochbetagte Menschen grundsätzlich eine besondere Schutzbedürftigkeit haben.

Die Corona-Pandemie und ihre Infektions- und Sterberaten beleben neben der besonderen Schutzbedürftigkeit betagter und hochbetagter Patienten einmal mehr, dass insbesondere die Versorgung dieser Patientenkontingente einer flexiblen und zugleich bedarfsgerechten Pflegepersonalbemessung bedarf. Starre Pflegepersonaluntergrenzen in ihrer bestehenden Form sind nicht geeignet, die Ausstattung mit Pflegepersonal und die Pflegequalität zu verbessern und verfehlen somit das Ziel der Bundesregierung, Patientensicherheit in den Krankenhäusern zu gewährleisten.

Das von Ver.di, dem Deutschen Pflegerat und der Deutschen Krankenhausgesellschaft entwickelte Konzept für ein Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument (PPR 2.0) stellt aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie ein unbürokratisches und patientenbedarfsgerechtes System dar. Der Übergang der unmittelbaren Pandemiebekämpfung in den erneuten Regelbetrieb stellt in diesem Zusammenhang einen sehr gut geeigneten Zeitpunkt für die Übernahme dieser PPR 2.0 in den Klinikalltag dar. Sie sollte Bestandteil der Etablierung des „neuen Alltags für den Klinikbetrieb in Deutschland“ (siehe Konzept des BMG vom 27.04.2020) sein.

Corona-Krise: Stand der Ausgleichszahlungen und Zahlungen für erhöhte Aufwendungen an Rehabilitationseinrichtungen

In Heft 4/Juli 2020 dieser Zeitschrift haben wir über Ausgleichszahlungen an Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Zusammenhang mit der Corona-/COVID-19-Pandemie informiert. Da Betten häufig nicht so belegt werden konnten, wie vor Ausbruch der Pandemie geplant, hatten zahlreiche Einrichtungen massive Einnahmeverluste zu verzeichnen. Der mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 28. März 2020 eingeführte § 111d SGB V sieht vor, dass Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen Ausgleichszahlungen für diese Einnahmeausfälle aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von 60 % des durchschnittlichen Vergütungssatzes erhalten. Der GKV-Spitzenverband und neben dem Bundesverband Geriatrie elf weitere maßgebliche Leistungserbringerverbände zur medizinischen Rehabilitation und medizinischen Vorsorge haben in einer Vereinbarung das Verfahren des Nachweises der Ausgleichszahlungen und die Ermittlung des durchschnittlichen Vergütungssatzes beschlossen. Bis zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe Anfang August wurden auf Grundlage des § 111d SGB V durch das beauftragte Bundesamt für soziale Sicherung rund 299 Millionen Euro zur Auszahlung gebracht. Gemäß § 111d Abs. 7 greift hierbei das Subsidiaritätsprinzip: Die Einrichtungen erstatten aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erhaltene Ausgleichszahlungen, sofern sie vorrangige Mittel aus Vergütungen oder Ausgleichszahlungen aus anderen Rechtsverhältnissen – etwa seitens ihres Bundeslandes – beanspruchen können. Letztmalig war die Meldung der Ausgleichszahlungen (Stand zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe) für den 30. September durchzuführen.

Strenge Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen wie das Einhalten von Sicherheitsabständen werden auf absehbare Zeit keine reguläre Auslastung in Rehabilitationseinrichtungen erlauben. Vielmehr gehen mit diesen Maßnahmen Mehraufwände im Personal- und Sachkostenbereich einher, die in den vereinbarten Vergütungssätzen nicht abgebildet sind. Bereits im Mai hat der Bundesverband Geriatrie gemeinsam mit den in der AG MedReha organisierten Verbänden daher eine eigene Berechnungssystematik für den pandemiebedingten Mehraufwand bei der Leistungserbringung in Rehabilitationseinrichtungen entwickelt und den Kostenträgern zur Verfügung gestellt. Die

Bereitschaft zur adäquaten Gegenfinanzierung dieser – auch mittels eines unabhängigen Gutachtens belegten – Mehraufwände lässt bislang auf sich warten. Der Bundesverband Geriatrie und die AG MedReha werden weiterhin gegenüber den Kostenträgern die Notwendigkeit angemessener Zahlungen für Mehraufwendungen zur Aufrechterhaltung eines sicheren und wirtschaftlich tragfähigen Klinikbetriebes betonen.

Mitgliederversammlung 2020 wird auf das Frühjahr 2021 verschoben

Ein „Coronaausbruch“ in einer Geriatrie wäre angesichts der besonderen Schutzbedürftigkeit des geriatrischen Patienten katastrophal. Vor diesem Hintergrund stellte sich die Frage, wie mit der für den 19. und 20. November in Frankfurt geplanten Mitgliederversammlung des Bundesverbandes verfahren werden kann. Angesichts des organisatorischen Vorlaufs einer Veranstaltung mit über 250 Teilnehmern und Abendveranstaltung musste Anfang August eine grundsätzliche Entscheidung getroffen werden.

Angesichts der ab Mitte Juli wieder angestiegenen Fallzahlen hat der Vorstand entschieden, sowohl zum Schutz der Verbandsmitglieder als Teilnehmer der Mitgliederversammlung als auch zum Schutz der geriatrischen Patienten in den Mitgliedseinrichtungen auf eine Präsenzveranstaltung in diesem Jahr zu verzichten und die Mitgliederversammlung zu verschieben. Geplant ist, die Versammlung am 28. und 29. April 2021 durchzuführen.

Auch bei Einhaltung der allgemeinen Hygienemaßnahmen kann ein Restrisiko nicht ausgeschlossen werden. Es ist nicht auszudenken, wenn innerhalb der Vertreter der Geriatrien ein Infektionsherd entstehen würde, der anschließend bundesweit in die Geriatrien hineingetragen werden könnte. Mit der Verschiebung ist die Hoffnung verbunden, dass bis dahin ein wirksamer Impfschutz entwickelt wurde oder die Hygienemaßnahmen durch neue Forschungsergebnisse über die konkreten Verbreitungswege des Virus noch zielgenauer gestaltet werden können. Um ausreichend Möglichkeiten zur Umsetzung eventueller Maßnahmen zu haben, wird ein entsprechend großer beziehungsweise baulich gestalteter Tagungsort gewählt.

Um dennoch dem Informationsinteresse der Mitglieder ausreichend gerecht zu werden und zugleich einen Austausch über wichtige Themen im Verband zu ermöglichen, wird es am 19. November, dem ursprünglich geplanten Tag der Mitgliederversammlung, ein digitales „Treffen“ geben. Das genaue Format stand zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe noch nicht fest. Alle Mitglieder erhalten dazu über die jeweiligen Ansprechpartner des Verbandes nähere Informationen.

Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung 2021

Der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben die Vereinbarung nach § 17 Absatz 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zur Definition der ausgliedernden Pflegepersonalkosten und zur Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal für den Vereinbarungszeitraum 2021 vereinbart (Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung).

Die Vereinbarung kann über den Service des GKV-Spitzenverbandes online abgerufen werden. Insgesamt wurden lediglich marginale Aktualisierungen vorgenommen, welche aus Folgeanpassungen resultieren und weniger inhaltlicher Natur sind. Insbesondere wurde die Anlage 3 um die Vorgaben der Vertragsparteien für die Zuordnung der Pflegepersonalkosten nach § 3 Absatz 2 der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung vom 04.03.2020 ergänzt.