**BUNDESVERBAND
GERIATRIE**

Z Gerontol Geriat 2021 · 54:180–185
<https://doi.org/10.1007/s00391-021-01858-y>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein
Teil von Springer Nature 2021

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,

auch im neuen Jahr 2021 wird die Arbeit von Vorstand und Geschäftsstelle des Bundesverbandes Geriatrie e. V. – wenig überraschend – durch die Corona-Pandemie geprägt. Seit nun knapp einem Jahr bestimmt das pandemische Geschehen unseren Alltag, das gewohnte und bisher als selbstverständlich erachtete Miteinander. Anfragen und Lageberichte aus den Mitgliedseinrichtungen des Verbandes, die kaum vorhersehbare Dynamik im Infektionsgeschehen und die Aktivitäten von Politik und Gesetzgeber belegen, dass die Versorgung betagter und hochbetagter Patienten als Hochrisikogruppe in diesen Zeiten eine besondere Herausforderung darstellt. Wenn es auch einen grundsätzlichen Willen zur Unterstützung der Geriatrie seitens des Ministeriums gibt, zeigen die vergangenen Monate zugleich sehr deutlich, dass man die handelnden Personen in Politik und Verwaltung immer wieder auf die besondere Lage der Geriatrien aktiv hinweisen und Entscheidungen soweit möglich proaktiv vorbereiten bzw. begleiten muss.

Corona-Schutzimpfung in der Geriatrie

So haben etwa Rückmeldungen aus unseren Mitgliedseinrichtungen gezeigt, dass bei der bisherigen Vorbereitung der anstehenden Corona-Schutzimpfungen leider nicht immer auch geriatrische Einrichtungen, ihre Patienten und das dort tätige Personal miteinbezogen und daher bei der Impfplanung ausreichend berücksichtigt wurden. Zum Ende des vergangenen Jahres hat das Bundesgesundheitsministerium die „Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Impfverordnung – CoronaImpfV)“ veröffentlicht. Diese Verordnung formuliert in § 2 Nr. 2 bzw. Nr. 5 „Schutzimpfungen mit höchster Priorität“, dass „Personen, die in stationären Einrichtungen zur Behandlung, Betreuung oder Pflege älterer oder pflegebedürftiger Menschen behandelt, betreut oder gepflegt werden oder tätig sind“, Anspruch auf Schutzimpfung mit höchster Priorität haben.

Ferner sollen „Personen, die in medizinischen Einrichtungen regelmäßig Personen behandeln, betreuen oder pflegen, bei denen ein sehr hohes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besteht“, zu dieser höchst priorisierten Anspruchsgruppe gehören. Der Bundesverband Geriatrie hat gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium und mit Unterstützung seiner Landesverbände auch auf Ebene der Bundesländer deutlich darauf hingewiesen, dass bei der Umsetzung dieser Impfverordnung die Patienten geriatrischer Einrichtungen und insbesondere auch das in diesen Einrichtungen beschäftigte Personal konsequent zu berücksichtigen sind. Sowohl Patienten als auch Perso-

nal gehören nach dieser Definition eindeutig zur Gruppe der Personen mit Anspruch auf Schutzimpfungen mit höchster Priorität.

Ausgleichszahlungen vereinbart

Mitte Januar haben wir die mit den übrigen Verhandlungsparteien konsentierten „Vereinbarung nach § 111d Abs. 5 SGB V zum Verfahren des Nachweises der Ausgleichszahlungen nach § 111d Abs. 2 SGB V sowie zur Ermittlung des durchschnittlichen Vergütungssatzes nach § 111d Abs. 3 SGB V (Ausgleichszahlungsvereinbarung Vorsorge und Rehabilitation)“ unterzeichnen können. Mit dem am 18. November 2020 in Kraft getretenen Dritten Bevölkerungsschutzgesetz (BevSchutzG) hat der Gesetzgeber entschieden, dass aufgrund der weiterbestehenden Pandemie die Regelung des § 111d SGB V zu Ausgleichszahlungen an Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen aufgrund von Minderbelegungen durch das Coronavirus mit Wirkung vom 18. November 2020 bis zum 31. Januar 2021 weitergeführt wird. Damit ist gewährleistet, dass der bereits von März bis Ende September 2020 gewährte tagesbezogene Ausgleichsbetrag in Höhe von 50 % (statt zuvor 60 %) des durchschnittlichen Vergütungssatzes als Liquiditätshilfe für den genannten Zeitraum gewährt wird.

Eine Verlängerung dieser Frist um bis zu 9 Monate ist nach § 111d Abs. 9 SGB V durch eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit ohne Zustimmung des Bundesrats möglich. Zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses dieser Ausgabe ist nicht absehbar, wie sich diese rechtliche Situation über den 31. Januar 2021 hinaus entwickeln wird. Gleichwohl schließt sich der Bundesverband Geriatrie der Forderung nach einer Fortführung dieser Zahlungen ausdrücklich an und wirkt auf eine entsprechende Regelung hin.

Für den Bereich der Krankenhäuser hat der Gesetzgeber die entsprechenden Liquiditätshilfen unmittelbar durch entsprechende gesetzliche bzw. untergesetzliche Regelungen verankert, sodass es keiner gesonderten Vereinbarung mit entsprechenden Verhandlungen bedarf. Hier galt es vielmehr, dem Gesetzgeber die grundsätzliche Notwendigkeit zur Fortführung entsprechender Hilfen zu verdeutlichen.

GPVG und Reha-Einrichtungen

Mit seiner Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt am 29. Dezember 2020 ist das Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) in Kraft getreten. Dieses Gesetz sieht Änderungen für Rehabilitationseinrichtungen vor. Unter anderem ist eine explizite Aufforderung an die Vergütungsvereinbarungen verhandelnden Vertragsparteien vorgesehen. Demnach haben die „Vertragsparteien [...] die Vereinbarungen für den Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. März 2021 an die durch die COVID-19-Pandemie bedingte besondere Situation der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen anzupassen, um die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten.“

Damit ist nach unserem Verständnis eine explizite Aufforderung zur temporären Anpassung bestehender Vergütungsvereinbarungen gegeben, die sich ausdrücklich nicht ausschließlich auf die Fortzahlung eines vereinbarten „Corona-Zuschlags“ beschränkt. Gegenüber unseren Mitgliedseinrichtungen und den Kostenträgern haben wir deutlich auf die nach unserem Verständnis dieser Formulierung zugrunde liegende Intention des Gesetzgebers hingewiesen, dass dieser nicht ausschließlich auf pandemiebedingte Mehraufwände für Personal- und Sachkosten fokussiert, sondern auch ausdrücklich fehlende Einnahmen durch pandemiebedingte Minderbelegungen Berücksichtigung finden sollen. Die Krankenkassenverbände versuchen sich dieser klaren Aufforderung des Gesetzgebers, soweit möglich, zu entziehen. Hier wird weitere politische Arbeit – und letztlich politischer Druck – notwendig sein.

Teilnahme an IPReG-Verhandlungen

Derweil läuft die verbandspolitische Arbeit auch jenseits von Corona weiter: Über das vom Bundestag im Juli des vergangenen Jahres verabschiedete Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) haben wir an dieser Stelle wiederholt berichtet. So sind der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die maßgeblichen Verbände der Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aufgefordert, Näheres zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen sowie der Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen zu vereinbaren. Die Inhalte dieser Rahmenempfehlungen werden den Versorgungs- und Vergütungsverträgen zugrunde gelegt. Außerdem sind die Rahmenempfehlungen ganz oder teilweise schiedsstellenfähig. Erste Gespräche und Verhandlungen mit den involvierten Leistungserbringerverbänden und den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene haben bereits stattgefunden. Über die weiteren Entwicklungen hierzu halten wir Sie auf dem Laufenden. Es ist davon auszugehen, dass diese Verhandlungen sehr intensiv geführt werden, da die Positionen zum Teil weit auseinander liegen.

Kodierhandbuch 2021

Derzeit arbeiten wir mit Hochdruck an einer Neuauflage des jährlich erscheinenden Kodierhandbuchs Geriatrie. Unterstützt wird das Team der Geschäftsstelle dabei durch Co-Autoren mit langjähriger Erfahrung im Medizincontrolling und in der Kodierung geriatrischer Leistungen. Mit dem Erscheinen des Kodierhandbuchs rechnen wir nach jetziger Lage der Dinge im späten Frühjahr. Wir planen in diesem Jahr wieder Kodierseminare zu veranstalten, die jedoch pandemiebedingt digital stattfinden werden.

Qualitätssicherung und Prozessqualität

Im Bereich der Qualitätssicherung hat uns in den letzten Monaten der Abschluss des 3. Zyklus des QS-Reha®-Verfahrens (2018–2020) intensiv beschäftigt. In diesem Zyklus wurden für die Geriatrie zum ersten Mal alle Qualitätsdimensionen (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) sowie die Patientenzufriedenheit erfasst. Bei der Auswertung dieser Daten hat sich leider ein folgenschwerer Fehler eingeschlichen, wie der Gemeinsame Ausschuss des QS-Reha®-Verfahrens vom BQS-Institut informiert wurde. Letztlich hat sich auf unsere Anregung hin eine Arbeitsgruppe mit Vertretern des GKV-SV, des vdek, des BQS-Institutes und des Bundesverbandes Geriatrie dahingehend verständigt, unter anderem die Qualitätsdialoge für geriatrispezifische Einrichtungen im 3. Zyklus auszusetzen, damit für diese Einrichtungen aus der fehlerhaften Berechnung der Prozessqualität keine Nachteile entstehen. Um derartige Fehler zukünftig zu vermeiden, wird der Steuerungskreis Geriatrie Anfang März unter anderem über die Anpassung der Berechnungsgrundlage der Prozessqualität beraten. Der

Bundesverband Geriatrie wird seine Mitgliedseinrichtungen über die Ergebnisse natürlich informieren.

Es gibt also auch in Zukunft viel zu tun. Wir alle hoffen, dass uns im Laufe des Jahres 2021 die pandemische Lage nicht mehr in dem Maße beschäftigt, wie es in den letzten Monaten der Fall war.

Ihr

Dirk van den Heuvel

Redaktionsschluss dieser Ausgabe war der 18.01.2021.

AUS DEM VERBAND

Die Geschäftsstelle des Bundesverbandes Geriatrie

Das kompetente Team der Geschäftsstelle mit langjähriger Berufserfahrung steht den Mitgliedseinrichtungen für alle Fragestellungen und Belange rund um die Versorgung geriatrischer Patienten zur Verfügung

Das Berliner Büro des Bundesverbandes hat derzeit 13 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Corona-bedingt können wir das Team leider nicht als Gruppe fotografieren lassen, möchten Ihnen aber die aktuelle Aufgabenverteilung sowie das Organigramm vorstellen:

Seit 2004 führt Rechtsanwalt Dirk van den Heuvel die Geschäfte des Bundesverbandes Geriatrie. Ihm stehen zwei Bereichsleitungen mit Stellvertreterfunktion zur Seite: Jessica Kappes für Finanzierungs- und Sebastian Holtmann für Grundsatzfragen. Für die Administration ist als Assistentin der Geschäftsführung Daniela Kopetzki zuständig, die hierbei von Antje Bach unterstützt wird. Antje Quicker ist ebenfalls administrativ tätig, mit dem Schwerpunkten Mitgliederverwaltung, Personal- und Rechnungswesen.

Die Fort- und Weiterbildungsqualifizierung „Zercur Geriatrie“ sowie die geriatrispezifische Datenbank „Gemidas® Pro“ wird von der Referentin Michaela Brooksiek betreut, die hierbei von Ulrike Afheldt unterstützt wird. Die für Qualitätssicherung zuständige Referentin Hanna Balzhyk kümmert sich neben den allgemeinen Themen der Qualitätssicherung insbesondere um das „Qualitätssiegel Geriatrie“ sowie das Zertifikat „atz® – Alterstraumatologisches Zentrum“. Als juristische Referentin ist Christiane Becker für die Mitglieder Ansprechpartnerin bei allen juristischen Fragen rund um die Geriatrie. Heike Lischewski ist als Referentin für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit für den Außenauftritt des Bundesverbandes verantwortlich.

Derzeit noch in der Geschäftsstelle angesiedelt ist der versorgungspolitische Teil des Projektes TIGER (Transsektorales Interventionsprogramm zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung in Regensburg), das in diesen Tagen seinen Abschluss findet. Hier waren Dr. Nadine Morkisch als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Luz Dary Upegui als studentische Hilfskraft drei Jahre Teil des Geschäftsstellen-Teams.

Die Kontaktinformationen der fachspezifischen Ansprechpartner finden Sie auf der Homepage des Bundesverbandes Geriatrie: www.bv-geriatrie.de.

▲ Das Organigramm des Bundesverbands

Multiprofessionelle Expertise

Erfahrungen teilen – Inhalte gemeinsam gestalten

Um den unterschiedlichen Schwerpunkten und Interessen gerecht werden zu können, wird die hauptamtliche Verbandsarbeit des Bundesverbandes Geriatrie durch ehrenamtliche Fach- und Arbeitsgruppen unterstützt, welche durch den Vorstand themen- und projektbezogen eingerichtet werden. Fachgruppen sind grundsätzlich als dauerhafte Gruppen mit wiederkehrenden Themen zu verstehen. Projektgruppen sind hingegen temporäre Gruppen mit abschließenden Projektaufträgen.

Die Fach- und Projektgruppen des Bundesverbandes Geriatrie sind multiprofessionell aus den Bereichen Verwaltungsleitung, ärztliche Leitung, Pflegedienstleitung sowie aus dem therapeutischen Bereich besetzt. Gemeinsame Diskussionen öffnen den Blick für die Vielfalt innerhalb der geriatrischen Versorgungslandschaft. Gleichzeitig wird das Handeln stets durch die professionelle Kompetenz der verschiedenen Berufsgruppen geprägt.

Mitglieder haben die Möglichkeit, sich an Fach- und Arbeitsgruppen des Bundesverbandes zu beteiligen und so aktiv die verbandspolitische Arbeit mitzugestalten. Sie wirken so unmittelbar an der Meinungsbildung, der strategischen Ausrichtung des Verbandes und der Entwicklung der geriatrischen Versorgungslandschaft mit.

TIGER kann Versorgungslücken schließen

Ergebnisse aus den Arbeitspaketen des BV Geriatrie e.V. im Innovationsfondsprojekt TIGER

Im Innovationsfondsprojekt TIGER (Transsektorales Interventionsprogramm zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung in Regensburg) begleiten sogenannte Pfadfinder*innen geriatrische Patient*innen

innen als neue Versorgungsform bereits vor der Entlassung und darüber hinaus. Denn: Für geriatrische Patient*innen besteht zum Zeitpunkt der Krankenhausentlassung nach Hause die Gefahr einer Versorgungslücke und damit das Risiko einer notwendigen Wiedereinweisung. Deshalb beraten, schulen und organisieren die Lots*innen sowohl während des Klinikaufenthaltes als auch später im häuslichen Umfeld Hilfen und Hilfsmittel.

Das Projekt findet im Rahmen des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses statt, dessen Ziel die Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Deutschland ist. Kernpunkt ist eine randomisierte kontrollierte Studie, welche in Regensburg am Krankenhaus Barmherzige Brüder durchgeführt wird. Das Interventionskonzept beruht auf dem wissenschaftlich evaluierten „Transitional Care Model“ (TCM), welches federführend von den US-Amerikanerinnen Naylor und Hirschman entwickelt und überprüft wurde. In dem Modell wurden neun Komponenten definiert, auf denen die Lotsenarbeit der Pfadfinder*innen im Projekt TIGER basiert.

Über die bisherige Regelversorgung hinaus

Die sektorenübergreifende Lotsenfunktion als eine über die bisherige Regelversorgung hinausgehende Leistung für geriatrische Patient*innen wird vom Bundesverband Geriatrie begrüßt. Aufgrund dessen wurde eine aktive Teilnahme am Projekt TIGER als Konsortialpartner vereinbart. Die nachstehenden Arbeitspakete wurden unter der Leitung des Bundesverbandes Geriatrie e. V. gemeinsam mit dem Konsortialpartner des Instituts für Biomedizin des Alterns (Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg) bearbeitet.

Im ersten Arbeitspaket wurde eine international ausgerichtete Literaturübersicht zum Einsatz der neun TCM-Komponenten im Bereich der Geriatrie erstellt. Angesichts der definierten Ein- und Ausschlusskriterien konnten drei internationale, randomisierte kontrollierte Studien eingeschlossen werden, die die Komponenten des „Transitional Care Models“ in ihrer Intervention anwendeten. Hier zeigte sich, dass eine Anwendung einer hohen Anzahl an TCM-Komponenten für geriatrische Patient*innen (> 65 Jahre), kombiniert mit einer hohen Interventionsintensität in der Begleitung vom Krankenhaus nach Hause durch ein multiprofessionelles Team, die Krankenhauswiederaufnahmerate senken kann.

31 Projekte für den begleiteten Übergang

Die bundesweit erstellte Umfrage im zweiten Arbeitspaket ergab eine Anzahl von 31 Projekten, die sich mit dem begleiteten Übergang Älterer vom Krankenhaus nach Hause beschäftigten, wobei nicht alle derzeit laufenden Projekte für die Untersuchung erreicht werden konnten. Insgesamt wurden alle neun TCM-Komponenten eingesetzt. Allerdings ist die Komponente zur Wahrung der Kontinuität, d. h., dass dieselbe Person aus dem stationären Bereich auch die Begleitung in die häusliche Umgebung übernimmt, in eher wenigen Interventionen verwendet worden. Auch die Komponente zur Stärkung des Selbstmanagements der Betroffenen wurde eher weniger häufig eingesetzt. Der ärztliche Dienst, die Pflege, das therapeutische Team und Mitarbeitende aus dem Bereich der Ernährung, der Pharmazie und des Sozialdienstes begleiteten den Übergang vom Krankenhaus nach Hause. Instrumente wie ein Patientenbuch oder eine elektronische Fallakte kamen zum Einsatz. Zumeist wurde der Kontakt zu den Betroffenen über festgelegte Zeiträume als Telefonanrufe oder Hausbesuche umgesetzt.

Als Unterpaket wurden Teilnehmende des Fragebogens eingeladen, an einem Austausch bezüglich ihrer Projekte mitzuwirken,

wofür 24 Personen ihr Interesse bekundeten. Die Umstände der SARS-CoV-2-Pandemie verursachten zunächst eine Verschiebung des geplanten Termins für den Präsenzworkshop und erforderten dann die Umgestaltung in einen Online-Expertenaustausch. Hierbei wurde über die Entstehung und die Gestaltung der Projekte sowie den Status der Verstärkung der Lotsenfunktion gesprochen und diskutiert.

Positive Rückmeldungen der Patient*innen

Über das Projekt TIGER hinaus nahmen fünf Projekte teil. Die Teilnehmenden berichteten von einem Versorgungsdruck oder auch von Spannungen zwischen den Sektoren, die zur Entstehung der Projekte geführt hatten. Die Initiierung erfolgte bei allen Projekten mit einer Ausnahme aus dem stationären Bereich heraus. Positive Rückmeldungen gab es vor allem von Seiten der Patient*innen. Auch ein minimierter zeitlicher Aufwand, z. B. durch die Messengerfunktion der elektronischen Fallakte, wurde erwähnt. Hausärzt*innen gaben an, dass der kollegiale Austausch vorteilhaft war. Schwierigkeiten wurden zum Beispiel bei der Identifizierung (Verantwortlichkeit, Kooperation) der Betroffenen genannt. Hierbei war zum Teil auch die Eigenwahrnehmung der Patient*innen oder die Kommunikation mit den Angehörigen problematisch. Die Implementation neuer Abläufe in etablierte Vorgänge wurde teilweise sowohl stationär als auch ambulant als störend empfunden oder gebremst.

Als entscheidende Faktoren, die zum Übertrag in den Regelbetrieb zuträglich wären, wurden unter anderem eine Verknüpfung von stationärer mit ambulanter Struktur, die bereits besteht, Interesse hat und in welche sich die Versorgung unkompliziert integrieren ließe, genannt. Darüber hinaus sei das Beachten von regionalen, strukturellen und konzeptionellen Unterschieden (auch das Geriatriekonzept) wesentlich. Innerhalb der Begleitung sollte die/der Lots*in, mit einem multiprofessionellen Team im Hintergrund, Lösungen anbieten und an entsprechende Stellen weiterleiten können (Koordination, Kenntnis von Netzwerken). Zudem sollte eine klare und zuverlässige Aufgabenverteilung bestehen. Angemerkt wurde, dass für den Zeitraum der Begleitung im häuslichen Umfeld ein konkreter Rahmen nicht entscheidend sei, sondern die stabile Versorgungssituation. Das heißt es sollte möglich sein, in einen Bereitschaftsmodus überzugehen, um danach wieder mit Ansprache aufsuchend zu wirken. Das Integrieren weiterer Instrumente wird befürwortet (Stichwort Digitalisierung).

BV entwickelt Handlungsempfehlungen

Im letzten Schritt der TIGER-Projektarbeit entwickelt der BV Geriatrie e. V. auf Basis der Ergebnisse aus den eigenen Arbeitspaketen wie auch aus den Ergebnissen der Regensburger Interventionsstudie und der Gesamtevaluation der neuen Versorgungsform eine Handlungsempfehlung zu möglichen Wegen, die Lotsenarbeit in die Regelversorgung zu übertragen.

GESETZGEBUNG/FINANZIERUNG

Strukturprüfungen frühzeitig beantragen

Richtlinie des Medizinischen Dienstes zur regelmäßigen Begutachtung zur Einhaltung von Strukturmerkmalen verfügbar

Krankenhäuser haben gemäß § 275d Absatz 1 SGB V die Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Komplexkodes ab dem DRG-Systemjahr 2022 durch den Medizinischen Dienst (MD) begutachten zu lassen, bevor sie entsprechende Leistungen mit den Kostenträgern vereinbaren und abrechnen können. Diese Regelung bezieht sich unter anderem auf die geriatrispezifischen Operationen- und Prozedurenschlüssel 8-550 und 8-98a.

Grundlage der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst ist die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V, welche seit Februar 2021 zur Verfügung steht. Die Richtlinie legt die Einzelheiten zur Begutachtung durch die Medizinischen Dienste fest. Insbesondere enthält die Richtlinie Aussagen darüber, welche Anforderungen konkret geprüft werden und in welchen regelmäßigen zeitlichen Abständen die Strukturmerkmale der OPS-Komplexkodes jeweils zu prüfen sind.

Die Krankenhäuser erhalten bei Einhaltung der Strukturmerkmale eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung, die auch Angaben darüber enthält, für welchen Zeitraum die Einhaltung der jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen wird. Insoweit sollen die Krankenhäuser einen Vertrauensvorschuss derart erhalten, dass davon ausgegangen wird, dass sie die strukturellen Voraussetzungen für den in der Bescheinigung ausgewiesenen zukünftigen Zeitraum erfüllen.

Planungssicherheit für die Abrechnung

Für die Vereinbarung für das DRG-Systemjahr 2022 ist die Bescheinigung spätestens bis zum 31. Dezember 2021 an die Landesverbände der Kranken- und Ersatzkassen zu übermitteln. Krankenhäuser, die die strukturellen Voraussetzungen nicht erfüllen, dürfen die Leistungen ab dem DRG-Systemjahr 2022 nicht vereinbaren und nicht abrechnen. Soweit Krankenhäusern die Bescheinigung über die Einhaltung der Strukturmerkmale aus von ihnen nicht zu vertretenden Gründen erst nach dem 31. Dezember 2021 vorliegt, können diese Krankenhäuser bis zum Abschluss einer Strukturprüfung bislang erbrachte Leistungen weiterhin vereinbaren und abrechnen.

Grundsätzlich erfolgt die Strukturprüfung auf Initiative des Krankenhauses durch Antragsstellung beim örtlichen Medizinischen Dienst. Da negative oder fehlende Bescheinigungen das Leistungsspektrum des Krankenhauses reduzieren, empfiehlt der Bundesverband Geriatrie ausdrücklich eine frühzeitige Beantragung der Prüfung. Anträge auf Strukturprüfungen können grundsätzlich seit März 2021 gestellt werden. Zusätzlich hat der Bundesverband Geriatrie für seine Mitgliedeinrichtungen wertvolle Hinweise und Handreichungen zur praktischen Umsetzung der Strukturprüfungen zusammengestellt, um ein Übermaß an Prüfungen zu vermeiden und möglichst viel Klarheit für die Prüfpraxis zu schaffen. Nähere Informationen sind auf Anfrage über die Geschäftsstelle erhältlich.

DRG-Vorschlagsverfahren 2022

Jährliche Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems
mit Blick auf die geriatrischen Einrichtungen

Die DRG-Fachgruppe – gemeinsam getragen vom Bundesverband Geriatrie e. V., der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e. V. (DGG) und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V. (DGGG) – beteiligte sich, wie auch in den vergangenen Jahren, aktiv am DRG-Vorschlagsverfahren.

Seitens der DRG-Fachgruppe wurde für das Systemjahr 2022 aufgrund der bekannten Datenlage für das jährliche Kalkulationsverfahren auf das Einreichen von Vorschlägen zur Etablierung neuer geriatrischespezifischer DRGs verzichtet. Im ICD-Bereich wurden keine Vorschläge eingebracht.

Für die Weiterentwicklung des OPS-Katalogs wurde ein Vorschlag zur Vermeidung potenzieller Abrechnungsstreitigkeiten und Angleichung der Komplexkodes an die aktuellen leistungsrechtlichen Entwicklungen eingereicht. Das übergeordnete Ziel lag in der Schaffung einer verlässlicheren und planungssichereren Finanzierung.

Sehr gern greifen wir Ihre Anregungen für zukünftige Vorschlagsverfahren auf. Bitte wenden Sie sich mit Anregungen und Hinweisen für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems an die DRG-Projektgruppe (drg-projektgruppe@bv-geriatrie.de).

Telematikinfrastruktur in der Rehabilitation

Finanzierungsvereinbarung nach § 381 Abs. 2 PDS

Mit dem im Oktober 2020 in Kraft getretenen Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) hat der Gesetzgeber beschlossen, dass sich Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen – zunächst freiwillig – an die Telematikinfrastruktur anbinden können. Voraussetzung dafür ist ein bestehender Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V. Perspektivisch ist beabsichtigt, diese Einrichtungen zur Anbindung zu verpflichten.

Die für die Nutzung der Telematikinfrastruktur erforderlichen Kosten umfassen insbesondere die für die erstmalige Ausstattung sowie die im laufenden Betrieb entstehenden Kosten.

Gemäß § 381 Abs. 2 PDSG vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung Bund sowie – für die Leistungserbringer – die für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen nach dem SGB V maßgeblichen Bundesverbände und die für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Vereinigungen der gesetzlichen Rentenversicherung in einer Finanzierungsvereinbarung Einzelheiten zum Ausgleich der Kosten. Dies betrifft ebenfalls das Abrechnungsverfahren der Pauschalen für die erforderliche Ausstattung sowie der Betriebskosten.

Diese Verhandlungen hinsichtlich der zu schließenden Vereinbarung führt der Bundesverband Geriatrie derzeit gemeinsam mit weiteren Leistungserbringerverbänden und dem GKV-Spitzenverband.

VERÖFFENTLICHUNGEN

Vorbereitet für das DRG- Systemjahr 2021

mit dem Kodierhandbuch Geriatrie

Auch in diesem Jahr wird das Kodierhandbuch Geriatrie mit Blick auf die Änderungen der ICD-10-GM, der Operationen- und Prozedurenschlüssel sowie der Deutschen Kodierrichtlinien aktualisiert und ist voraussichtlich ab Anfang Mai 2021 im Buchhandel erhältlich.

Insbesondere greift die 12. Auflage des Kodierhandbuchs Geriatrie die jüngsten leistungsrechtlichen Entwicklungen auf und bringt diese in einen praxisnahen geriatrischespezifischen Kontext. Die im Jahr 2020 theoretisch dargestellten formal-rechtlichen Grundlagen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes sowie des MDK-Reformgesetzes werden unter geriatrischespezifischen Gesichtspunkten analysiert und die resultierenden kurzfristigen sowie mittel- bis langfristigen Auswirkungen diskutiert.

Ab Mai erhältlich

Im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung werden die Durchführung und der Umfang von Prüfungen sowie das Vorabberaterungsverfahren umfassend skizziert. In Ergänzung erfolgt eine rechtliche Abgrenzung zwischen der Auffälligkeitsprüfung und der Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit. Zur regelmäßigen Begutachtung zur Einhaltung von Strukturmerkmalen gemäß § 275d SGB V werden zudem die zentralen Steuerungsgrößen vorgestellt sowie wertvolle Hinweise und Handreichungen zur praktischen Umsetzung dargelegt, um ein Übermaß an Prüfungen zu vermeiden und möglichst viel Klarheit für die Prüfpraxis zu schaffen.

Des Weiteren enthält die Version 2021 eine Übersicht der geriatrischespezifischen Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen sowie umfassende Ausführungen zur aktuellen einschlägigen Rechtsprechung. Abschließend werden die Pflegepersonalkennzahlen des Bundesverbandes Geriatrie im Kontext der gesetzlichen Vorgaben gemäß der Pflegepersonaluntergrenzen-Vereinbarung 2021 diskutiert.

Das Kodierhandbuch Geriatrie 2021 ist wie in den letzten Jahren direkt über den Buchhandel sowie über die entsprechenden Onlineportale erhältlich. Interessent*innen können auch am virtuellem Kodierseminar des BV Geriatrie teilnehmen (siehe Veranstaltungshinweise).

VERANSTALTUNGSHINWEISE

Mitgliederversammlung 2020/2021

Wie berichtet, hat der Vorstand pandemiebedingt die Mitgliederversammlung 2020 auf das Frühjahr 2021 verschoben. Geplant ist die Versammlung für den 28./29. April. Zum Redaktionsschluss (18.01.) prüfen wir intensiv, ob die Versammlung entsprechend durchgeführt

werden kann. Dabei prüfen wir selbstverständlich auch alternative Formen der virtuellen Zusammenkunft.

Waren wir im Herbst letzten Jahres noch zuversichtlich, dass das nächste Verbandstreffen wieder in persönlichen Begegnungen gestaltet werden kann, so stellen der schleppende Impfverlauf und die aktuellen Beschlüsse bzw. Diskussionen über Verlängerungen des Lock-downs unsere Planungen wieder infrage. Wir halten Sie per Mail und Newsletter auf dem Laufenden.

Virtuelles Kodierseminar Geriatric 2021

Das virtuelle Kodierseminar Geriatric informiert über die Grundlagen und neuesten Entwicklungen zum Thema Kodierung und Abrechnung im Bereich der Geriatric im Rahmen des aG-DRG-Systems 2021. Dabei werden die strukturellen und rechtlichen Aspekte der OPS 8-550 und OPS 8-98a, des Fallpauschalenkatalogs und der ICD-10-GM erläutert. Zudem werden die aktuellen Entwicklungen im Bereich des Krankenhausrechts und angrenzender Bereiche sowie die relevante Rechtsprechung auf dem Gebiet der Geriatric erörtert.

Das Kodierseminar Geriatric ist ein verbandsinternes Seminar. Teilnehmen können alle interessierten Personen einer Mitgliedseinrichtung des Bundesverbandes Geriatric e. V., die sich mit Kodierung beschäftigen. Die Veranstaltung ist für Einsteiger und Fortgeschrittene geeignet.

Aktuelle Informationen zu den Kursterminen und der Anmeldung finden Sie im Veranstaltungskalender auf der Homepage des Bundesverbandes Geriatric.