Z Gerontol Geriat 2021 · 54:306–313
<https://doi.org/10.1007/s00391-021-01896-6>

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

**BUNDESVERBAND
GERIATRIE**

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 Entstehungszeitpunkt dieser Zeilen befindet sich Deutschland gerade in der Startphase der dritten Corona-Welle und viele fragen sich, wo wir bei der Bewältigung der Corona-Pandemie stehen. So gibt es eine kontroverse Diskussion über die sinnvollen bzw. notwendigen Maßnahmen, um den anhaltenden Herausforderungen der Pandemie zu begegnen. Die Schwierigkeiten der Impfstofflogistik und die sich daraus ergebenden Folgen für die Impfkampagne wurden sicherlich unterschätzt oder unzureichend geplant, ebenso die Auswirkungen dieser langanhaltenden Belastungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen. Die Geriatrie war bisher ein wichtiger Indikationsbereich, um sowohl die Versorgung der COVID-19-Patienten als auch den „Normalbetrieb“ in den Einrichtungen aufrechtzuerhalten – ohne dass die Geriatrie in dieser wichtigen Funktion innerhalb des Pandemie-Geschehens entsprechend wahrgenommen wurde. Diese „Anerkennung“ erfolgte weder innerhalb der Medizin noch in der breiten Öffentlichkeit.

Zentral: Corona und die Geriatrie

Auch die Geriatrie muss sich fragen, wo sie im Rahmen dieser besonderen Pandemie-Situation steht: Wie sind die anstehenden Herausforderungen rund um die fachspezifische Versorgung betagter und hochbetagter Patienten in den nächsten Wochen und Monaten zu meistern? Welche Rückschlüsse und Forderungen daraus sind nach der Pandemie an Krankenkassen und Politik zu richten?

Um die Situation besser zu erfassen, hat der Bundesverband Geriatrie unter seinen Mitgliedseinrichtungen eine Umfrage dazu gestartet. Auch wenn wir als Verband bei solchen Umfragen einen guten Rücklauf gewohnt sind, war die Resonanz diesmal besonders groß. Dafür ganz herzlichen Dank! Dies zeigt auch die Bedeutung der Thematik. Ich kann Ihnen versichern, dass sich der Verband – wie bereits in den vergangenen Monaten – sehr intensiv aller Fragen rund um Corona annimmt. Corona und die Folgen für die Geriatrie waren und sind zentrale Themen der Verbandsarbeit.

Nach über zwölf Monaten Pandemie vergisst man es fast, aber es gibt neben Corona auch noch andere wichtige Themen und „Baustellen“, bei denen die Gefahr besteht, dass diese all zu leicht durch das Raster der Aufmerksamkeit fallen. Manchmal muss man den Eindruck gewinnen, dass der Eine oder Andere die Zeit in diesem Sinne ganz gerne nutzt und hofft, dass andere derzeit „nicht ganz so aufmerksam hinschauen“. Ein Beispiel ist das Thema Finanzierung der Telematikinfrastruktur. Auch wenn das (verbands)politische Berlin sich in den letzten Monaten ebenfalls deutlich verändert hat, weil z. B. informelle Kontakte am Rande von Arbeitstreffen oder Konferenzen weitestgehend fehlen, schauen wir dennoch genauer hin und stellen ihnen ein paar der Themen erneut in dieser Ausgabe vor.

MDK-Richtlinie ist überfällig

Auch bei dem Thema Strukturprüfungen fragt sich der Eine oder Andere vielleicht, wo wir derzeit stehen. Oder er fragt sich, wo die zugrundeliegende Richtlinie des Medizinischen Dienstes denn bleibt – sollte diese doch spätestens bis zum 28.02.2021 vorliegen. Sie liegt wohl, wie man im politischen Berlin so hört, schon etwas länger beim Bundesministerium für Gesundheit zur Abnahme. Denkt das Ministerium vielleicht über die Umsetzung der Forderung des Bundesverbandes Geriatrie nach, den Start der Prüfungen doch noch einmal auf das Jahr 2022 zu verschieben? Oder ist es ganz profan die Corona-bedingte Überlastung des ministerialen Verwaltungsapparates? Fakt ist, dass den Kliniken wichtige Vorbereitungszeit verloren geht – Zeit, die gerade in belastenden Corona-Zeiten doppelt wertvoll und schwer zu ersetzen ist. Wir setzen uns daher politisch dafür ein, zumindest diese Verzögerung bei den sich anschließenden Fristen mit zu berücksichtigen.

Zum Schluss noch eine gute Nachricht zum Thema Alterstraumatologie. Auf Anregung des Bundesverbandes hat Herr Prof. Heppner als Präsident der DGG noch einen weiteren Versuch gestartet, Unfallchirurgie und Geriatrie zum Thema Alterstraumatologie ins Gespräch zu bringen. Es ist ihm tatsächlich gelungen, die Präsidenten bzw. Vorsitzenden der beteiligten Gesellschaften an einen (virtuellen) Tisch zu einem ersten Treffen zu bewegen. Dafür auch an dieser Stelle noch einmal herzlichen Dank! Im April sollen weitere Gespräche ausloten, ob man inhaltlich bei den Themen Zertifizierung, Register und Weißbuch Alterstraumatologie näher zusammenkommt. Wir würden es uns im Sinne der Versorgung dieser Patientengruppe sehr wünschen. Gleichwohl bleibt die Voraussetzung, dass man auf fachlicher Augenhöhe miteinander kooperiert und fachspezifische Abrechnungsziffern unberührt bleiben.

Es gibt also auch Themen jenseits der Pandemie. Versorgungspolitisch bleibt abzuwarten, ob es gelingen wird, gesundheitspolitische Themen über Corona, Impfen & Co hinaus im beginnenden Wahlkampf zu platzieren und mit sachgerechten Inhalten zu füllen. Wir erleben somit eine in vielerlei Hinsicht spannende Zeit.

Zu guter Letzt noch ein Wort zu den Mitteilungsseiten in dieser Zeitschrift. Seit geraumer Zeit haben wir das Design und die Struktur der Mitteilungsseiten erneuert. Seit kurzen sind unser ebenfalls neu konzipierter interner Newsletter und diese Mitteilungsseiten strukturell aufeinander abgestimmt. Wenn Sie Anregungen und Wünsche dazu haben, schreiben Sie uns. Wir freuen uns über ihre Rückmeldungen.

Unabhängig vom Design bleibt es dabei, dass wir alle Mitglieder des Verbandes regelmäßig mit Newslettern sowie Rundmails zu besonderen Einzelthemen über die jeweils aktuellen Entwicklungen informieren.

Ihr

Dirk van den Heuvel

Redaktionsschluss dieser Ausgabe war der 16.03.2021.

Geriatrien durch Corona stark gefordert

Umfrage des Bundesverbands mit reger Beteiligung seiner Mitglieder zeigt: Corona hat die Altersmedizin entscheidend geprägt

Im Verlauf der Corona-Pandemie bedrohte das Virus bei einer Infektion vor allem ältere und hochaltrige Menschen mit mehreren Vorerkrankungen sowie erhöhter Gebrechlichkeit. Als Hochrisikogruppe waren sie darauf angewiesen, dass geriatrispezifische Fachabteilungen, Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen personell, organisatorisch sowie insbesondere auch wirtschaftlich handlungsfähig bleiben. Wie sich zeigt, waren in den letzten Monaten gerade diese Stationen und Einrichtungen von Einschränkungen betroffen.

Kapazitäten mussten oft eingeschränkt werden

Dies ist das Ergebnis einer Befragung, die der Bundesverband Geriatrie im Frühjahr unter seinen Mitgliedern durchgeführt hat. Anlass war die Beobachtung, dass die Behandlungskapazitäten in einigen Bereichen der stationären geriatrischen Versorgung in Krankenhaus und Rehabilitation während der Pandemie verringert werden mussten. „Wir haben uns sehr über die rege Beteiligung gefreut und möchten allen herzlich danken, die sich die Zeit dafür genommen haben“, sagt Geschäftsführer Dirk van den Heuvel. „Da die überwiegende Zahl der schwer an COVID-19-Erkrankten hochaltrige Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität plus erhöhter Gebrechlichkeit waren, wollten wir die Versorgungssituation in den Mitgliedseinrichtungen unter den aktuellen Pandemiebedingungen erfassen.“

Um diese Frage zu klären, konnten sich die Mitglieder des Bundesverbands im Februar/März 2021 anonym an der bundesweiten Umfrage beteiligen. Die Durchführung übernahm Dr. Stefan Grund, Oberarzt im Geriatrischen Zentrum und Netzwerk Altersmedizin in Heidelberg. Die Ergebnisse, die derzeit ausgewertet werden, geben einen Überblick über die Lage nach circa einem Jahr Corona-Pandemie.

Gerade in der Pandemie kommt der Versorgung betagter und hochbetagter Patienten ein besonderer Stellenwert zu. Dieser besonderen Verantwortung wird die Geriatrie entweder als eigene Versorgungseinheit oder aber als Basis für entsprechend hochqualifiziertes Personal gerecht, welches ggf. kurzfristig auf COVID-Stationen eingesetzt werden kann.

„Die Politik muss stärker als bisher die versorgungspolitische Bedeutung der Geriatrie zur Kenntnis nehmen“, fordert van den Heuvel. „Sowohl die Akut-Einrichtungen als auch die Rehabilitation müssen von der Last der Pandemie stärker befreit werden, um ihren Aufgaben besser gerecht werden zu können. Gleiches gilt für die berufspolitische Wahrnehmung der in der Geriatrie eingesetzten Ärzte, Pflegenden und Therapeuten, deren Bedeutung in der praktischen Pandemiebekämpfung im krassen Widerspruch dazu steht.“

Ein Log-in, der sich lohnt

Nützlich und informativ: die Website des Bundesverbands Geriatrie

Wer mehr über den Bundesverband Geriatrie wissen möchte, ist hier genau richtig. Unser Internetauftritt erfüllt zwei Funktionen: Die interessierte Öffentlichkeit kann sich über unsere Arbeit und über die geriatrispezifische Versorgung in Deutschland informieren, während unsere Mitglieder zusätzlich in einem speziellen internen Bereich exklusive News und nützliche Arbeitshilfen abrufen können.

Auf www.bv-geriatrie.de finden sich zunächst allgemeine Informationen zum Verband. Dies betrifft die Ansprechpartner in der Berliner Geschäftsstelle genauso wie unsere Positionen zu aktuellen rechtlichen und gesundheitspolitischen Fragen. Auch Details zu unseren Mitgliedseinrichtungen und Landesverbänden sind hier abrufbar. Auf einer Deutschlandkarte lassen sich etwa per Geo-Suche Standorte und Ansprechpartner*innen von Krankenhäusern und Rehaeinrichtungen recherchieren.

Darüber hinaus werden verbandspolitische Projekte dargestellt – wie Qualitätssiegel Geriatrie, Gemidas Pro, Zercur Geriatrie oder die Arbeit der DRG-Fachgruppe. Unter „Aktuelles“ befinden sich die neuesten Meldungen plus Veranstaltungshinweise, unter „Presse“ unsere Pressemitteilungen.

Members Only

Für unsere Mitglieder bieten wir überdies den separaten internen Bereich an, in dem sich Informationen ausschließlich für Sie als Mitglied abrufen lassen. Nach Ihrem Log-in sehen Sie beispielsweise unter dem Menüpunkt „Intern“ verschiedene unserer Arbeitsbereiche, wie Politik + Gesetze, Rechtsprechung oder Finanzierung. Dort erhalten Sie nicht nur tiefergehende Einblicke in unsere Arbeit, sondern auch Details zu laufenden Gesetzgebungsverfahren, die Auslegung aktueller Gerichtsurteile plus nützliche Hilfen für die Kodierung und Aktuelles aus unserem Newsletter. Zudem sehen Mitglieder nach dem Login auch auf verschiedenen öffentlichen Seiten hilfreiche Downloads – etwa die Nutzungsordnung für Gemidas Pro oder Zusatzinfos zum Qualitätssiegel Geriatrie.

Der Log-In ist übrigens denkbar einfach: Auf der Seite <https://bv-geriatrie.de/registrierung.html> liegt das Registrierungsformular zum Ausfüllen bereit. Als Benutzernamen gibt man am besten seinen Nachnamen an, das Passwort ist frei wählbar. (Beide Angaben werden später beim Log-in abgefragt.) Nachdem mit einem Klick auf „Registrieren“ das Formular abgeschickt wurde, wird die Mitgliedschaft von uns geprüft. Dies passiert in der Regel zeitnah. In jedem Fall verschicken wir eine Mail mit dem Hinweis, dass der Account freigeschaltet wurde.

Wir aktualisieren unsere Website regelmäßig. Es lohnt sich also, immer mal wieder bei uns vorbeizuschauen.

Weißbuch Geriatrie wird neu aufgelegt

Umfassende Analyse der bundesweiten Versorgungsstrukturen erscheint voraussichtlich im nächsten Jahr

Dass sich die geriatrische Versorgungslandschaft in Deutschland dynamisch entwickelt, lässt sich an vielen Indikatoren ablesen: Die versorgungsstrukturellen Auswirkungen des demografischen Wandels bestehen nach wie vor und werden sich zukünftig absehbar verschärfen. Das 2018 verabschiedete Bundesweite Geriatriekonzept bildet die Grundlage für die Umsetzung der Versorgungsansätze in die Praxis – während gleichzeitig die Herausforderung besteht, die sektorenübergreifende Versorgung geriatrischer Patienten zu gewährleisten. Mit Blick auf diese Dynamik hat der Vorstand des Bundesverbandes Geriatrie bereits vor rund eineinhalb Jahren die Geschäftsstelle beauftragt, eine Neuauflage des Weißbuchs Geriatrie zu erarbeiten.

Als problematisch erweisen sich bislang die Verfügbarkeit und Bereitstellung der offiziellen Daten durch Destatis. Normalerweise werden vorhandene Bettenkapazitäten (wie auch andere Kenngrößen der stationären Krankenhaus- und rehabilitativen Versorgung) regelhaft zum 31. Dezember eines jeden Jahres durch die Statistischen Landesämter in Kooperation mit Destatis erfasst und kurze Zeit später, zu meist im ersten Quartal eines Jahres veröffentlicht.

Vor dem Hintergrund, dass sowohl auf Landesebene als auch bei Destatis ein neues Erhebungstool etabliert wurde, welches zu einer kompletten Umstellung des Erhebungs- und Meldeprozesses geführt hat, stockt die Veröffentlichung aktualisierter Daten seit vielen Monaten. So liegen aktuell noch keine Daten aus dem Jahr 2019 vor. Nach derzeitiger Lage der Dinge ist mit der Veröffentlichung der Daten zum Stichtag 31. Dezember 2019 jedoch nicht vor Mitte dieses Jahres zu rechnen. Somit verzögert sich das Projekt aufgrund der fehlenden Datenbasis leider auch weiterhin.

Mit dem Weißbuch Geriatrie hat der Verband erstmals im Jahr 2010 eine umfassende Analyse der bundesweiten Versorgungsstrukturen der Geriatrie und des medizinischen Versorgungsbedarfs betagter und hochbetagter Patienten herausgegeben. Auf der Basis umfangreicher Datenerhebungen und -auswertungen werden die wesentlichen Anforderungen an eine flächendeckende, fachspezifische und patientengerechte Versorgung aufgezeigt. Nicht von ungefähr hat sich das Weißbuch zum Standardwerk für versorgungspolitische und -strukturelle Fragestellungen der Altersmedizin entwickelt.

Für die flächendeckende, fachspezifische und patientengerechte Versorgung

Im Jahr 2016 hat der Verband – aufbauend auf den methodischen Grundlagen und Ergebnissen der Voraufgabe – eine Neuauflage des Weißbuchs Geriatrie veröffentlicht. Darin werden nicht nur die aktuellen Versorgungsstrukturen in den einzelnen Bundesländern dargestellt, sondern auch die Analyse und Quantifizierung der zukünftigen Versorgungsbedarfe und der sich daraus ergebenden gesundheitsökonomischen Fragen fortgeführt.

In den vergangenen Monaten haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle für die Neuauflage erste inhaltliche und redaktionelle Arbeiten aufgenommen. Dabei wollen wir an den bewährten Methodiken der Datenerhebung und -auswertung im Grundsatz festhalten: Die Erfahrung zeigt, dass die seitens des Statistischen

Bundesamtes (Destatis) erfassten Angaben unter anderem zu geriatrispezifischen Bettenkapazitäten und krankenhauplanerisch ausgewiesenen geriatrischen Fachabteilungen nicht vollständig sind – in der Summe werden bis zu einem Drittel der vorhandenen einschlägigen Versorgungskapazitäten nicht durch offizielle Stellen erfasst.

Somit planen wir, wie bereits bei den Voraufgaben eine separate Abfrage vorhandener Strukturen, Bettenzahlen und ihrer regionalen Verteilung durchführen. Ziel soll dabei die möglichst umfassende Abbildung der tatsächlichen geriatrispezifischen Versorgungsrealität sein. Wir sind trotz der anhaltenden Verzögerung der Daten zuversichtlich, die geplante Neuauflage des Weißbuchs Geriatrie im Jahr 2022 veröffentlichen zu können.

Dr. Martin Runge ist tot

Bundesverband und Landesverband Geriatrie Baden-Württemberg trauern um einen engagierten Kämpfer für die geriatrische Versorgung

Der leidenschaftliche Mediziner und Altersforscher Dr. Martin Runge starb Anfang Januar mit nur 71 Jahren an den Folgen einer Corona-Infektion. 1949 im Sauerland geboren, verschlug es den Facharzt für physikalische Medizin und rehabilitative Medizin nach Baden-Württemberg. Dort widmete er sich vor allem der Frage, wie Selbstständigkeit und Mobilität hochaltriger Menschen erhalten werden können.

Mit ganzheitlicher Sichtweise setzte er sich engagiert für die geriatrische Rehabilitation ein. 1996 gründete er die LAG Geriatrischer Rehabilitationskliniken Baden-Württemberg mit, deren erster Vorsitzender er bis 2007 war. Hier engagierte er sich für die Schaffung von Versorgungsstrukturen, die den komplexen Bedürfnissen geriatrischer Patientinnen und Patienten gerecht werden. Bundesverband und Landesverband Geriatrie Baden-Württemberg trauern um ihren kompetenten Mitstreiter, dessen Tod eine große Lücke hinterlässt.

AUS DEN LANDESVERBÄNDEN

Landesverband Niedersachsen

Einen Entwurf der Versorgungsverträge nach § 111 und § 111c SGB V hat in den vergangenen Monaten eine Arbeitsgruppe des Landesverbandes Geriatrie in Niedersachsen mit den Landesorganisationen der gesetzlichen Krankenkassen verhandelt. Auf der Seite der Geriatrie waren daran die Herren Hon.-Prof. Dr. Lüttje, Herr Brink und Prof. Dr. Hager sowie der Geschäftsführer des BV Geriatrie, Herr van den Heuvel, beteiligt.

Es konnte schließlich eine weitgehende Übereinstimmung hergestellt werden, wobei zwei Aspekte nicht einvernehmlich geklärt werden konnten: Dabei handelt es sich zum einen um die Übermittlung von Belegungsstatistik und Personalangaben sowie zum anderen um die Bezugnahme auf die Rahmenempfehlung zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation des GKV-Spitzenverbandes. Die Arbeitsgruppe kann nun unter Hinweis auf diese kritischen Punkte die Empfehlung aussprechen, entsprechende Versorgungsverträge mit den Landesorganisationen der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen abzuschließen.

Aktiv bei der Umsetzung GKV-IPReG

BV Geriatrie führt Verhandlungen zu ersten Ergebnissen

In den vergangenen Monaten haben wir die Mitgliedseinrichtungen des Verbandes wiederholt über das Ende Oktober 2020 in Kraft getretene Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) informiert. Insbesondere auf die geriatrische Rehabilitation wird sich dieses Gesetz positiv auswirken.

So wird die Grundlohnsummenbindung für Vergütungsverhandlungen aufgehoben, der Zugang zur geriatrischen Rehabilitation erleichtert und die Rehabilitationsdauer im Gesetz geregelt. Zudem ergeben sich aus dem Gesetz unter anderem „Arbeitsaufträge“ für den Bundesverband Geriatrie als Spitzenverband. So sollen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die maßgeblichen Verbände der Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf Bundesebene aktiv werden und u. a. eine neue Rahmenempfehlung aushandeln.

Konsens zur Geschäftsordnung

Das Ziel dabei: Näheres zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen sowie der Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen zu vereinbaren. Die Inhalte dieser Rahmenempfehlung werden den Versorgungs- und Vergütungsverträgen zugrunde gelegt. Außerdem ist die Rahmenempfehlung ganz oder teilweise schiedsstellenfähig. Das Gesetz sieht zudem vor, dass die oben genannten Verbände auf Bundesebene eine gemeinsame Schiedsstelle einrichten. Sie ist spätestens sieben Monate nach Verkündung des Gesetzes zu bilden und anzurufen, sofern die Vereinbarungspartner ganz oder teilweise nicht zu einer Rahmenempfehlung finden.

Inzwischen hat der Bundesverband Geriatrie gemeinsam mit anderen Leistungserbringerverbänden und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Geschäftsordnung der einzurichtenden Schiedsstelle weitestgehend konsentieren können. Auch hinsichtlich der zu entwickelnden Rahmenempfehlungen werden wir diesen gesetzlichen Auftrag im Sinne der Geriatrie weiterhin aktiv mitgestalten. Der Bundesverband Geriatrie ist dabei der Verhandlungsführer auf Seiten der Leistungserbringerverbände.

Telematikinfrastruktur: Kassen verweigern sachgerechte Finanzierung

Derzeit noch freiwillig, soll die Integration in Zukunft die Basis des digitalisierten Gesundheitswesens werden

Mit dem am 14. Oktober 2020 in Kraft getretenem Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz – PDSG) wurde der § 381 SGB V neu geschaffen. Demnach können sich Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2, § 111a oder § 111c SGB V besteht, zukünftig an die Telematikinfrastruktur anbinden. Dies erfolgt schrittweise und freiwillig; perspektivisch ist jedoch eine Verpflichtung beabsichtigt.

Mit der Telematikinfrastruktur wird eine technisch sichere Basis geschaffen, um Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen durch die Nutzung von Informations- und Telekommunikationstechnik weiterzuentwickeln. Diese soll die Grundlage für die Digitalisierung eines modernen Gesundheitssystems bilden.

Finanzierungsverhandlungen aufgenommen

Zur Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten erhalten die Einrichtungen, gemäß § 381 Absatz 1 Nr. 1 SGB V, einen Ausgleich von den Krankenkassen. Die für die Nutzung der Telematikinfrastruktur erforderlichen Kosten umfassen laut Gesetzgeber insbesondere erstmalige Ausstattungskosten sowie die im laufenden Betrieb entstehenden Kosten. Zu deren Ausgleich – einschließlich des Abrechnungsverfahrens der Pauschalen für die erforderliche Ausstattung sowie der Betriebskosten – sollen folgende Organisationen eine Finanzierungsvereinbarung treffen: der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung Bund sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Bundesverbände.

Inzwischen wurden die ersten Verhandlungen aufgenommen. Als Spitzenverband ist der Bundesverband Geriatrie aktiv beteiligt, um den gesetzlichen Auftrag im Sinne der Geriatrie mitzugestalten und die sachgerechte Finanzierung sicherzustellen. Das übergeordnete Ziel liegt darin, aufbauend auf der Finanzierungsvereinbarung der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine vergleichbare Finanzierung für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sicherzustellen. Leider verweigern die Krankenkassen bzw. die DRV bisher die angemessene Berücksichtigung der Reha-Einrichtungen. Das Angebot der Kostenträger ist dabei weder sachgerecht noch wirtschaftlich auskömmlich. Sofern es im weiteren Verhandlungsverlauf keine Nachbesserungen gibt, wird es nicht zu einem Abschluss kommen. In diesem Fall müsste die Schiedsstelle angerufen werden.

Richtigstellung

In unseren Artikel „Pflegepersonalkennzahlen in der Geriatrie“ in den Mitteilungsseiten der ZGG, Ausgabe 1/2021, hat sich der Fehler Teufel eingeschlichen

Dort steht auf Seite 83: Für akutstationäre geriatrische Einrichtungen empfiehlt der Bundesverband Geriatrie aktuell einen Personalschlüssel von 1 zu 3,5 bis 1 zu 1,8. Das ist falsch, richtig muss es heißen: Für akutstationäre geriatrische Einrichtungen empfiehlt der Bundesverband Geriatrie aktuell einen Personalschlüssel von 1 zu 1,35 bis 1 zu 1,8. Wir bitten um Entschuldigung.

FINANZIERUNG

Die Klassifikationssysteme 2022 weiterentwickeln

DRG-Fachgruppe unterbreitet Vorschläge für die qualitätsgesicherte Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten

Die DRG-Fachgruppe – gemeinsam getragen vom Bundesverband Geriatrie, 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 Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung der Klassifikationssysteme 2022. Aufgrund der bekannten Datenlage für das jährliche Kalkulationsverfahren wurde auf das Einreichen von Vorschlägen zur Etablierung neuer geriatrispezifischer DRGs verzichtet. Im ICD-Bereich wurden ebenfalls keine Vorschläge eingebracht.

Für die Weiterentwicklung des OPS-Katalogs 2022 wurden zwei Vorschläge zur Vermeidung potenzieller Abrechnungsstreitigkeiten im Hinblick auf die aktuellen leistungsrechtlichen Entwicklungen eingereicht. Das übergeordnete Ziel liegt in der Schaffung einer verlässlicheren und planungssichereren Finanzierung. Zusätzlich tragen die Vorschläge zu einer qualitätsgesicherten Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten bei.

Vorschlag 1: OPS 8-550 „Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung“

Dieser Vorschlag wird inhaltlich durch die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. unterstützt und gliedert sich in zwei Teile:

1. Sprachliche Angleichung des geriatrischen Basis-Assessments an die Dimension „Kognition/Delir“ gemäß der S1 Leitlinie „Geriatrisches Assessment der Stufe 2“ (AWMF-Register-Nr. 084-002)

In der Kodierung der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung ist das Durchführen des geriatrischen Basis-Assessments hinsichtlich der Dimensionen Selbsthilfefähigkeit, Mobilität, Kognition und Emotion obligater Leistungsinhalt für die Vergütung. Aus Sicht der DRG-Fachgruppe sollte die Dimension der Kognition für einen bedarfsgerechten Einsatz geeigneter Assessmentinstrumente analog

der S1 Leitlinie „Geriatrisches Assessment der Stufe 2“ um das Delir als Alternative beziehungsweise Wahlmöglichkeit ergänzt werden.

Spezifisches Delir-Management

Bei geriatrischen Patientinnen und Patienten ist das Delir eine häufige Komplikation der Akutbehandlung, die auf die nachlassende Kompensations- und Anpassungsfähigkeit des Gehirns und auf unterschiedliche Auslöser zurückzuführen ist. Nachdem das Delir plötzlich auftritt, ist eine Basis-Erfassung durch geeignete Assessmentinstrumente zu Beginn der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung essentiell. Denn die Therapie besteht neben der Behandlung der psychischen Symptome vor allem auch darin, die organische Ursache zu beseitigen. Da das Leitsymptom des Delirs in der Aufmerksamkeitsstörung liegt, können allgemeine Assessmentinstrumente zur Kognition dafür häufig nicht bedarfsgerecht eingesetzt werden. Vielmehr muss ein spezifisches Delir-Management mit geeigneten Screening-Verfahren eingeleitet werden. So sollte bei Verdacht auf Delir ein geeignetes Assessment alternativ zum Kognitiven Assessment eingesetzt werden können, da letzteres bei einem deliranten Zustand auch nur bedingt aussagekräftig ist.

2. Implementierung des Strukturmerkmals „Sozialdienst“ zur Angleichung an die Strukturmerkmale des OPS 8-98a „Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung“

In Abgrenzung zum OPS 8-550 gehört im Bereich der teilstationären geriatrischen Komplexbehandlung (OPS 8-98a) der Sozialdienst zusätzlich zum multiprofessionellen Team. Er stellt eine wichtige Schnittstelle zwischen allen Berufsgruppen, der Patientinnen und Patienten sowie den Angehörigen dar. Aus Sicht der DRG-Fachgruppe ist der Sozialdienst auch im Bereich der stationären geriatrischen Komplexbehandlung ein essentielles Mitglied des multiprofessionellen Teams und muss für die Vereinbarung und Abrechnung der Leistung vorgehalten werden.

Sozialdienst als Strukturmerkmal

Die Arbeit des Sozialdienstes geht in der Geriatrie weit über die allgemeinen Krankenhausleistungen im Rahmen des Entlassmanagements gemäß § 39 Absatz 1a SGB V sowie des Versorgungsmanagements gemäß § 11 Abs. 4 SGB V hinaus. Hinzu kommt, dass das soziale Assessment obligater Leistungsbestandteil des OPS 8-550 ist. Innerhalb des ganzheitlichen geriatrischen Behandlungsansatzes ist der Sozialdienst daher für eine qualitative Leistungserbringung auch innerhalb des OPS 8-550 vorzuhalten und in den Strukturvorgaben des OPS 8-550 aufzuführen.

Diese Anforderung ergibt sich auch daraus, dass der Sozialdienst in den auf Landesebene geltenden Geriatriekonzepten aller 16 Bundesländer als obligate strukturelle Voraussetzung verankert ist. Grundsätzlich gilt, dass Personalqualifikationen nur dann prüfrelevant sein können, wenn die entsprechenden Kosten vergütungsrelevant abgebildet werden und in diesem Sinne anerkannt beziehungsweise refinanziert werden. Nur unter dieser Prämisse können Personalqualifikationen eine Basis für die Qualitätssicherung darstellen.

Vorschlag 2: Neue Kodierfrage

Dieser Vorschlag bezieht sich auf eine neue Kodierfrage für einen Teil der Codes aus 8-55, 8-56, 8-91, 8-97 und 8-98: „Können Teambesprechungen bei Frührehabilitationen und Komplexbehandlungen mittels technischer Kommunikationsdienste durchgeführt werden?“

Er wird inhaltlich durch die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) und den Berufsverband Deutscher Privatkliniken (BDPK) unterstützt.

Aus Sicht der DRG-Fachgruppe erfordern Teambesprechungen bei Frührehabilitationen und Komplexbehandlungen keine Anwesenheit in Persona. Zur Durchführung von interdisziplinären und/oder multiprofessionellen Teambesprechungen können daher auch technische Kommunikationsdienste (insbesondere Tele- und Videokonferenzsysteme) eingesetzt werden. Für die Durchführung von Teambesprechungen kann kodespezifisch das Zeitintervall, die Anwesenheit einzelner Berufsgruppen sowie der Umfang der Dokumentation festgelegt werden. Die kodespezifischen Mindestmerkmale in der jeweils aktuellen Fassung sind entsprechend zu berücksichtigen.

Planungssicherheit für die Abrechnung

Strukturprüfungen bis zum 30. Juni 2021 beantragen

Am 7. November 2019 hat der Deutsche Bundestag das MDK-Reformgesetz („Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen“) beschlossen, welches in weiten Teilen zum 1. Januar 2020 in Kraft getreten ist. Erklärtes Ziel der Gesetzesinitiative ist unter anderem die Stärkung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und die Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung.

Einen Baustein zur Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung bildet die Einführung eines zweistufigen Prüfregimes – bestehend aus der Prüfung von krankenhausbearbeiteten Strukturmerkmalen gemäß § 275d SGB V und der Prüfung von patientenbezogenen Mindestmerkmalen im Einzelfall gemäß § 275c SGB V. Der in diesem Zusammenhang neu geschaffene § 275d SGB V verpflichtet Krankenhäuser, die Einhaltung von Strukturmerkmalen durch den Medizinischen Dienst begutachten zu lassen, bevor Leistungen mit den Krankenkassen vereinbart und abgerechnet werden können. Damit werden erstmals einzelfallunabhängige Prüfungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von Operationen- und Prozedurenschlüsseln (OPS) geregelt. Eine derartige Strukturprüfung ist unter anderem für die geriatrispezifischen OPS-Kodes 8-550 und 8-98a vorgesehen.

Grundsätzlich ist im Rahmen der Strukturprüfung die Einhaltung der im OPS definierten Strukturmerkmale vorzuweisen. Grundlage für die Strukturprüfungen bildet daher der vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) herausgegebene Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 SGB V. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund hat gemäß § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V zudem eine Richtlinie über die regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen zu erlassen. Die Richtlinie hat die Einzelheiten zur Begutachtung durch die Medizinischen Dienste festzulegen und ist bei Bedarf anzupassen.

Eckpunkte unter Änderungsvorbehalt

Die Richtlinie ist gemäß § 283 Absatz 2 Nr. 3 SGB V erstmals zum 28. Februar 2021 zu erlassen. Aufgrund der verzögerten Veröffentlichung der Richtlinie liegt diese zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe zum 16. März 2021 noch nicht final vor. Dennoch möchten wir Ihnen

▲ Eigene Darstellung basierend auf Richtlinie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V. Entwurfsstand MDS 07.12.2020

im Folgenden unter Änderungsvorbehalt die wesentlichen Eckpunkte der Begutachtung darlegen:

Der Begutachtungsablauf beginnt mit dem Eingang des Antrages zur Prüfung durch das Krankenhaus beim zuständigen Medizinischen Dienst und endet mit dem Eingang des Bescheides über die Erteilung oder Nichterteilung der Bescheinigung durch den Medizinischen Dienst beim Krankenhaus. Die Strukturprüfung erfolgt daher ausschließlich auf Initiative des Krankenhauses. Der Zeitpunkt der Beantragung der Prüfung ist grundsätzlich abhängig davon, ob die Leistung bereits erbracht wurde oder erst künftig erbracht werden soll.

Für Krankenhäuser, die den betreffenden OPS-Kode bereits im Jahr der Antragstellung erbracht und abgerechnet haben, gilt, dass der Antrag auf Prüfung der Strukturmerkmale bis spätestens zum 30. Juni 2021 beim Medizinischen Dienst vorliegen muss. Ist dies der Fall, wird die Prüfung durch den Medizinischen Dienst zeitgerecht erledigt. Das heißt, dass das Krankenhaus das Gutachten und den Bescheid über die Erteilung oder Nicht-Erteilung der Bescheinigung so rechtzeitig erhält, dass die Vorlage der Bescheinigung bei den Landesverbänden der Krankenkassen zum 31. Dezember eines Jahres möglich ist.

Bei Eingang eines Prüfantrages nach dem 30. Juni kann die Prüfung gegebenenfalls nicht zeitgerecht erledigt werden. Kann die Prüfung erst im Folgejahr durchgeführt werden, erfolgt sie auf Grundlage des dann gültigen OPS-Kataloges. Die Gültigkeit des Bescheides sowie ggf. der Bescheinigung beginnt im Folgejahr der Begutachtung.

Die Prüfung erfolgt beim Medizinischen Dienst oder im Krankenhaus. Die Prüfung kann als Dokumentenprüfung, als Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung oder als Vor-Ort-Prüfung durchgeführt werden. Die Entscheidung über die Erledigungsart trifft der zuständige Medizinische Dienst.

Die nachfolgende Grafik gibt eine Übersicht über den Begutachtungsablauf für Krankenhäuser, die den betreffenden OPS-Kode bereits im Jahr der Antragstellung erbracht und abgerechnet haben:

Gemäß § 275d Absatz 4 SGB V dürfen Krankenhäuser, die die strukturellen Voraussetzungen nicht erfüllen, die Leistungen ab dem Jahr 2022 nicht vereinbaren und nicht abrechnen. Soweit Krankenhäuser 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.

Die Auslegungshinweise der DRG-Fachgruppe Version 2021 orientieren sich aufgrund der Erlösrelevanz unter anderem an der Neustrukturierung des OPS in krankenhausbegleite Strukturmerkmale und patientenbezogene Mindestmerkmale. Zur regelmäßigen Begutachtung zur Einhaltung von Strukturmerkmalen gemäß § 275d SGB V werden die zentralen Steuerungsgrößen vorgestellt sowie wertvolle Hinweise und Handreichungen zur praktischen Umsetzung dargestellt, um ein Übermaß an Prüfungen zu vermeiden und möglichst viel Klarheit für die Prüfpraxis zu schaffen. Die Auslegungshinweise können Sie auf der Homepage des Bundesverbandes Geriatrie unter der Rubrik DRG-Fachgruppe einsehen.

RECHTSPRECHUNG

Entscheidung des Schlichtungsausschusses zur KDE 372 vom 2. Dezember 2020

Bei multimodaler rheumatologischer Komplexbehandlung sind Leistungen nur unter bestimmten Bedingungen anrechenbar

Der Schlichtungsausschuss gem. § 19 KHG hat am 2. Dezember 2020 entschieden, dass bei der Anrechnung von Therapiezeiten der genannten Therapiebereiche im Rahmen des OPS-Kodes 8-983 (Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung) die Leistungen von Pflegepersonal nur dann anzurechnen sind, sofern die jeweils hierzu erforderliche berufsrechtliche bzw. fachliche Qualifikation für den betreffenden Therapiebereich vorliegt.

Es können pauschal Leistungen in hälftigem Zeitumfang (z. B. 15 Minuten für eine Therapieeinheit von 30 Minuten) hinzugerechnet werden, die keine durchgehende Anwesenheit eines Vertreters der benannten Therapiebereiche erfordern (z. B. Rotlichtlampe). Diese Entscheidung bezieht sich insbesondere auf die Streitigkeiten zur Anrechnung von Leistungen der Physikalischen Therapie und gilt ab dem 1. Februar 2021. Die Entscheidung knüpft formal an die KDE 372 „8-983 Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung“ an, ist nach unserer Auffassung aber fachlich-inhaltlich auch auf den OPS 8-550 anwendbar.

Bei dem Schlichtungsausschuss handelt es sich um ein Gremium auf Bundesebene, das mit Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft besetzt ist. Aufgabe des Schlichtungsausschusses ist die verbindliche Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung auf Bundesebene. Angerufen werden kann der Schlichtungsausschuss vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, den Landeskrankenhausesgesellschaften, den Krankenkassen, den Krankenhäusern, den Medizinischen Diensten, den mit Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaften, dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem unparteiischen Vorsitzenden des Schlichtungsausschusses.

Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses werden veröffentlicht und gelten als Kodierregeln. Gemäß § 19 Abs. 4 KHG gelten die Entscheidungen für die zugelassenen Krankenhäuser, die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste für die Erstellung oder Prüfung von Krankenhausabrechnungen für Patientinnen und Patienten, die ab dem ersten Tag des übernächsten auf die Veröffentlichung der Entscheidung folgenden Monats in das Krankenhaus aufgenommen werden und für die Krankenhausabrechnungen, die zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Entscheidung bereits Gegenstand einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 SGB V sind.

Urteil des Sozialgerichts Aachen vom 9. Februar 2021 – S 13 KR 559/19

Das Sozialgericht Aachen hat mit Urteil vom 9. Februar 2021 in erster Instanz entschieden, dass für die Kodierung des OPS 8-550 eine jederzeitige Vertretungsmöglichkeit des besonders qualifizierten Personals nicht erforderlich ist

Zur Begründung verwies das Gericht auf den Wortlaut des OPS-Kodes. Der OPS 8-550 formuliere das Erfordernis einer jederzeitigen Vertretungsmöglichkeit des besonders qualifizierten Personals sowohl in Bezug auf die Behandlungsleitung als auch das besonders geschulte Pflegepersonal gerade nicht ausdrücklich. Das Gericht betonte noch einmal, dass Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen seien. Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht. Eine jederzeitige Vertretungsmöglichkeit lasse sich zudem auch nicht systematisch aus dem Erfordernis der wöchentlichen Teambesprechung herleiten.

Das SG Aachen bestätigt mit diesem Urteil noch einmal seine Auffassung aus der Entscheidung vom 07. Juli 2020 – S 14 KR 560/19. Über dieses Urteil hatte der Bundesverband Geriatrie bereits in seinem Newsletter vom August 2020 berichtet.

Veranstaltungshinweise

- 02.–04.09. **DGG-Jahreskongress**, Frankfurt: „Geriatrie – Brücke zwischen Generalisten und Spezialisten“
- 11.–13.10. **16. EuGMS-Kongress**, live aus Athen und online: „Growing Old In Better Health – Building Synergies Across Europe“
- 24.–26.11. **13. Deutscher Seniorentag**, Hannover: „Wir. Alle. Zusammen.“

VERÖFFENTLICHUNGEN

Kodierhandbuch jetzt erhältlich

Das DRG-Systemjahr 2021 hält einige Neuerungen bereit: Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz und dem MDK-Reformgesetz hat das Bundesministerium für Gesundheit zuletzt wesentliche Umstrukturierungen innerhalb des aG-DRG-Systems sowie der Krankenhausabrechnungsprüfung vorgenommen. Viele dieser Neuregelungen wurden durch die Corona-Pandemie überlagert und die Einführung zum Teil auf das Jahr 2021 verschoben.

Das Kodierhandbuch Geriatrie stellt die zentralen Steuerungsgrößen des aG-DRG-Systems 2021 aus Sicht der Geriatrie vor. Wertvolle Hinweise und Handreichungen für die tägliche Praxis helfen, ein Übermaß an Prüfungen zu vermeiden und möglichst viel Klarheit für die Prüfpraxis zu schaffen.

Das Kodierhandbuch Geriatrie ist ab Mai im Buchhandel erhältlich.