Mitteilungen des BV Geriatrie

Liebe Mitglieder,
sehr geehrte Damen und Herren,

wenn Sie diese Zeilen lesen, befindet sich Deutschland mitten im Wahlkampf. Insbesondere vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie erhält dabei die Gesundheitspolitik einen besonderen Stellenwert. Welche hohe Bedeutung die Altersmedizin – nicht nur – zu Pandemiezeiten für die sachgerechte Versorgung geriatrischer Patienten hat, zeigt auch die Mitgliederbefragung zum Thema Geriatrie unter Pandemiebedingungen, die wir im Frühjahr dieses Jahres im Verband durchgeführt haben. Die Beteiligung war enorm, was die Bedeutung der Thematik noch einmal unterstreicht. Es ist zu hoffen, dass unsere Fachdisziplin im Rahmen der im Herbst folgenden Koalitionsverhandlungen ihrer Bedeutung entsprechend Berücksichtigung findet. Ob dies gelingt, bleibt abzuwarten – und ist sicherlich auch von der Zusammensetzung der nächsten Koalition abhängig.

Während der Gesetzgeber wahlkampfbedingt eine kleine „Verschnaufpause“ einlegt, gehen wichtige Entwicklungen im Gesundheitswesen und insbesondere in der Geriatrie weiter ihren Gang. Dabei nimmt das Thema Strukturprüfungen einen breiten Raum ein. Nach der Antragsphase gilt es jetzt, die Rückmeldungen des medizinischen Dienstes zu bewerten und die einzelnen Einrichtungen gegebenenfalls zu begleiten.

Aktiv trotz Sommerpause

Im Rehabilitationsbereich gehen die intensiven Gespräche zur Entwicklung einer Rahmenempfehlung zu „Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen“ bzw. zu den „Grundsätzen einer leistungsgerechten Vergütung“ weiter. Unmittelbar vor der Sommerpause hat der Bundestag diesen Gesetzauftrag noch erweitert, sodass in den entsprechenden Gremien auch über die Grundsätze der temporären Vergütungssatzanpassung zum Ausgleich der coronabedingten Mehrkosten verhandelt werden soll. Damit hat der Gesetzgeber zum ersten Mal dem GKV-Spitzenverband die Kompetenz zugewiesen, über Fragen der Vergütung im Rehabilitationsbereich mit den Spitzenverbänden der Leistungserbringer auf Bundesebene zu verhandeln. Bisher war dies ausschließlich auf Landesebene möglich. Es bleibt abzuwarten, ob das ein einmaliger Vorgang war oder ob damit ein wichtiger Baustein für die Verhandlung einer angemessenen Vergütung unter anderem auch für die geriatrische Reha insgesamt geschaffen wurde.

Verbandsintern steht in diesen Tagen unter anderem die Arbeit am Weißbuch Geriatrie im Mittelpunkt. Eigentlich sollte die Neuauflage bereits vor knapp zwei Jahren erscheinen. Jedoch war das Statistische Bundesamt – aufgrund einer Softwareumstellung im Verhältnis zu den statistischen Ämtern der einzelnen Bundesländer – lange nicht in der Lage, die notwendigen statistischen Daten zu liefern. Nach dieser Zwangspause freuen wir uns nun, dass die nächste Auflage des Weißbuchs erstellt werden kann und nach derzeitiger Planung im letzten Quartal 2022 erscheinen soll. Natürlich

**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

Dr. med. Michael Musolf

Chefarzt

Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus Albertinen Hamburg

michael.musolf@immanuelalbertinen.de

Geschäftsführer

RA Dirk van den Heuvel (v. i. S. d. P.)

dirk.van-den-heuvel@bv-geriatrie.de

lich werden wir dieses Projekt in den nächsten Monaten auch an dieser Stelle immer wieder aufgreifen und Sie über den aktuellen Bearbeitungsstand informieren.

Veränderungen bei den Qualitätssiegeln

Darüber hinaus arbeiten wir intensiv an der Neugestaltung des Zertifizierungsverfahrens für das Qualitätssiegel Geriatrie. Wir hatten den notwendigen Veränderungsbedarf aufgrund der sich verändernden Rahmenbedingungen ausführlich während der Mitgliederversammlung Ende April erläutert. Damit wir das Qualitätssiegel Geriatrie für Akuteinrichtungen weiterhin anbieten können und sich das Prüfverfahren beim Qualitätssiegel Geriatrie für Rehaeinrichtungen nicht zu sehr verkompliziert, werden wir das Zertifizierungsverfahren neu gestalten. Um unsere Mitgliedseinrichtungen bzw. Einrichtungen mit einem Qualitätssiegel möglichst schnell umfassend informieren zu können und damit Planungssicherheit zu schaffen, arbeiten wir intensiv an der konkreten Ausgestaltung.

In einer der letzten Ausgaben dieser Zeitung hatten wir bereits auf eine neue Kontaktaufnahme zur Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie hingewiesen. Zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) gab es erste Gespräche unter anderem zu einer stärkeren Kooperation im Bereich der Zertifizierung von Alterstraumatologischen Zentren. Leider sind diese zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe noch nicht weiter fortgeschritten. Wir hoffen aber, in den nächsten Wochen in konkrete Gespräche einsteigen zu können.

Z Gerontol Geriat 2021 · 54:534–538

<https://doi.org/10.1007/s00391-021-01939-y>

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

... und nicht zu vergessen: Corona

Somit gibt es – auch wenn die „große Politik“ wegen der Bundestagswahl ein bisschen pausiert – für die Geriatrie in diesem Sommer wichtige Themen. Bleibt zu hoffen, dass das Thema Corona nicht noch einmal ganz akut für das Gesundheitswesen und damit ebenfalls für die Geriatrien wird. Die Folgen dieser Pandemie werden wir noch häufig und über viele Monate bzw. Jahre hinweg zu spüren bekommen, das ist sicher. Spätestens wenn es nach der neuen Regierungsbildung darum geht, die Finanzierung im Gesundheitswesen zu sichern, werden sich die Ausgaben der letzten Monate als begrenzender Faktor bemerkbar machen. Wer auch immer das Bundesministerium für Gesundheit übernimmt, wird sich sicherlich mit Spargesetzen und Leistungseinschränkungen beschäftigen müssen. Es bleibt abzuwarten, wie intensiv dieser Prozess sein wird. Der Eine oder die Andere wird sich noch an die ganze Reihe von Spargesetzen erinnern, die in den Jahren 2004 bis 2010 verabschiedet wurden.

Wie immer: Es bleibt spannend ...

Ihr

Dirk van den Heuvel

Aus dem Verband

Ärzteblatt beleuchtet Situation der Geriatrien in Pandemiezeiten

Die zugrundeliegende Mitgliederbefragung des Bundesverbands Geriatrie belegt starke Einschränkungen von Stationen und Einrichtungen

Unter dem Titel „Das COVID-Versorgungsparadox“ erschien am 28. Mai im Deutschen Ärzteblatt ein Artikel über die geriatrische Versorgungssituation während der Pandemie. Den Artikel und damit die nähere Beschreibung der Ergebnisse können sie unter www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=219250 nachlesen. Dieser Veröffentlichung liegt die Umfrage zugrunde, die der Bundesverband Geriatrie unter der Leitung von Dr. Stefan Grund (Oberarzt der Abteilung für Akutgeriatrie am Agaplesion Bethanien Krankenhaus Heidelberg) im Februar/März unter seinen Mitgliedern durchgeführt hat.

Die dort analysierten Details hat der Verband darüber hinaus in einer Pressemitteilung folgendermaßen kommentiert:

Was zunächst nur eine Beobachtung war, ist nun eindeutig belegt: Die Mehrheit der geriatrischen Stationen und Einrichtungen war in ihrer Arbeit durch das Pandemiegeschehen stark eingeschränkt. „Mit Recht haben Wissenschaft und Politik zu Beginn der Corona-Pandemie Betagte und Hochbetagte aufgrund ihrer Vulnerabilität und Frail-

ty als Hochrisikogruppe eingestuft, deren Versorgung einen besonders hohen Stellenwert hat“, betont Dirk van den Heuvel, Geschäftsführer des Bundesverbandes Geriatrie. „Ob als eigene Versorgungseinheit oder als Basis für hochqualifiziertes Personal: Die Geriatrie wird dieser besonderen Verantwortung gerecht – sofern man sie lässt.“

Reduzierte Kapazitäten

Stattdessen kam es im Lauf der Pandemie zu erheblichen Einschränkungen. Dies betraf auch andere Bereiche, hatte aber in der Geriatrie dramatische Folgen: Betten oder Plätze wurden ausgegliedert, mussten hygienbedingt freibleiben oder konnten nicht belegt werden – für drei bis sechs Monate oder sogar noch länger. Gleichzeitig trat Personalmangel bei den Pflegekräften auf, sei es durch deren eigene Erkrankung oder durch den personellen Mehrbedarf auf anderen Stationen.

Und obwohl geriatrische Patientinnen und Patienten nach einer überstandenen COVID-19-Infektion ein spezielles rehabilitatives Angebot benötigen, weisen bisher nur sehr wenige der befragten Einrichtungen ein entsprechendes Konzept auf. Zudem erhielten nur fünf Prozent nach der Versorgung im Krankenhaus nach ihrer Entlassung eine geriatrische Rehabilitation. Da wundert es nicht, dass über 40 % der Befragten pessimistisch sind, was die Perspektiven der Geriatrie betrifft.

Geriatrien von der Last der Pandemie befreien

„Stärker als bisher muss die Politik die versorgungspolitische Bedeutung der Geriatrie zur Kenntnis nehmen“, so van den Heuvels Resümee. Um ihren Aufgaben besser gerecht werden zu können, seien sowohl Akut-Einrichtungen als auch Rehabilitation von der Last der Pandemie stärker zu befreien. Gleiches gelte für die berufspolitische Wahrnehmung der in der Geriatrie eingesetzten Ärzte, Pflegenden und Therapeuten, deren Bedeutung in der praktischen Pandemiebekämpfung viel zu wenig Würdigung erfahren habe.

Verlässliche Kennzahlen

Der Jahresbericht 2020 zeigt: Wer die Leistungen seiner Geriatrie mit anderen Einrichtungen vergleichen möchte, kann mit Gemidas® Pro ein sinnvolles Tool nutzen

Die eigenen Leistungen objektiv mit anderen zu messen, gibt wichtige Hinweise auf die Behandlungssituation vor Ort und trägt dazu bei, die Qualität zu verbessern. Zu diesem Zweck hat der Bundesverband Geriatrie die unabhängige Fachdatenbank Gemidas® Pro aufgebaut. „Verbandsmitglieder und interessierte Geriatrien können hier die wichtigsten Behandlungsdaten nach § 21 KHEntgG sämtlicher stationärer und teilstationärer Fälle erfassen und auswerten – quartalsweise, aber auch jährlich“, erläutert Michaela Brooksieck, Ansprechpartnerin für Gemidas® Pro. Über eine Million Daten stehen für die Analyse bereits heute bereit.

Neben den obligat zu erfassenden Behandlungsdaten kann jede teilnehmende Einrichtung optional Daten eingeben und auswerten. Dazu gehören Daten zu Hilfsmittelversorgung oder subjektiven bzw. objektiven Ergebnissen der Behandlungsqualität sowie zu Stroke. Eigene Datensätze lassen sich – ebenso wie alle Datensätze – nicht nur auf Basis bereitgestellter Standardvorlagen, sondern auch auf Basis eigener Vorlagen auswerten.

Repräsentative Auswertungsergebnisse

Anhand der folgenden Auswertung ausgewählter Kriterien für das Jahr 2020 soll der Nutzen dargestellt werden, der sich aus diesen Informationen ziehen lässt. Dabei ist unbedingt zu beachten, dass diese zwar statistisch ausgewertet wurden – es fand aber keine professionelle Evaluation der Ergebnisqualität statt. Um die Wirklichkeitsnähe der Werte zu prüfen, wurden aber an einigen Stellen die DRG-Statistik 2019 des Statistischen Bundesamtes sowie der aG-DRG-Report-Browser 2021 des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus hinzugezogen. Als Fazit dieser Vergleiche lässt sich feststellen, dass Gemidas® Pro repräsentative Auswertungsergebnisse liefert.

Das Ziel unserer Datenbank besteht darin, Leistungen und Ergebnisse der geriatrischen Versorgung bundesländerübergreifend für die einzelnen Teilnehmer sowie für den Verband abzubilden. In anonymisierter Form werden dafür nachfolgende Parameter obligatorisch erfasst:

- Stammdaten der PatientInnen,
- Haupt- und Nebendiagnosen (ICD),
- Verweildauer,
- Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) sowie
- Patientenkarrieren (Zuweisungsart, Herkunfts- und Entlassungsart).

Hinzu kommen die Befunde der Assessments

- Barthel-Index,
- Timed-Up-and-Go-Test,
- MMSE (Mini-Mental State Examination) und
- Depressivität nach Eingangs-Assessment.

Was das Alter der PatientInnen betrifft, so liegt der Mittelwert in vollstationären geriatrischen Einrichtungen laut Jahresauswertung 2020 bei 82 Jahren, in teilstationären Einrichtungen bei 80 Jahren. Davon sind 65 % Frauen und 35 % Männer. Dies entspricht der DRG-Statistik, die als stärkste Altersgruppe die 80- bis 85-Jährigen mit dem gleichen Anteil der Geschlechter verzeichnet. Die Verweildauer beträgt durchschnittlich 15 Tage im vollstationären und 11 Tage im teilstationären Bereich.

Sinnvoll kodiert?

Bei den Hauptdiagnosen lässt sich feststellen, dass im vollstationären Bereich am häufigsten DRGs der MDC (Major Diagnostic Category – Hauptdiagnosegruppe) 08 kodiert werden, also Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe. Dichtauf folgen Krankheiten und Störungen des Nervensystems (MDC 01) sowie Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems

(MDC 05). Dies spiegelt sich ebenfalls in dem aG-DRG-Report-Browser wider. Übrigens kann Gemidas® Pro auch Hinweise darauf geben, dass sich die eigene Datenerfassung optimieren lässt. Fokussiert man bei den Hauptdiagnosen etwa die „Top 10“, so zeigt sich, dass die Kodierung der ICD R26 „Störungen des Ganges und der Mobilität“ die Hauptdiagnosen im teilstationären Bereich anführt und im vollstationären Bereich immerhin auf Platz 3 liegt. Dies ist aber aus Sicht von KodierungsexpertInnen insbesondere im vollstationären Bereich problematisch.

„Kodierungen sollten im besten Fall auf eine spezifische Diagnose zurückgeführt werden“, erklärt Jessica Kappes, Bereichsleiterin Finanzierung beim Bundesverband Geriatrie und Sprecherin der DRG-Fachgruppe. „Bei den sogenannten „R-Diagnosen“ handelt es sich im Allgemeinen um weniger genau bezeichnete Zustände und Symptome unbekannter Ätiologie, welche in vielen Fällen als Hauptdiagnose nicht sachgerecht sind.“ So könnten auch neurologische Defizite nach Apoplex Ursache für Störungen des Ganges bzw. der Mobilität und somit der Anlass für den Aufenthalt in der Einrichtung sein. „Ein Symptom ist nur dann als Hauptdiagnose sachgerecht, wenn – trotz ausführlicher anamnestischer und diagnostischer Ursachenabklärung – eine zugrundeliegende Erkrankung nicht sicher festgelegt werden kann“, so Kappes. Zudem könnten mehrere gleichwertige Aufnahmegründe dazu führen, dass ein Symptom als Hauptdiagnose festgelegt wird. In jedem Fall können Gemidas-User das Ranking der Hauptdiagnosen nutzen, um ihre Kodierungspraxis zu überprüfen: Je seltener dort eine R-Diagnose auftaucht, desto spezifischer ist die hauseigene Kodierung.

Selbstversorgung gestärkt?

Die Auswertung des Barthel-Indexes zeigt, dass 82 % der geriatrischen Patientinnen und Patienten nach der Behandlung in einer vollstationären Einrichtung besser in der Lage waren als zuvor, sich selbst zu versorgen. Nach einem teilstationären Aufenthalt wiesen immerhin 72 % einen erhöhten Barthel-Index auf.

Vergleich Barthel-Index vollstationär

Vergleich Barthel-Index teilstationär

© BV Geriatrie 2021

Vergleich Timed-Up-and-Go vollstationär

© BV Geriatrie 2021

Vergleich Timed-Up-and-Go teilstationär

© BV Geriatrie 2021

Nachdem der Performancetest Timed-Up-and-Go bei Aufnahme und Entlassung absolviert wurde, zeigen in vollstationären Einrichtungen 66 % der Patientinnen und Patienten verbesserte Mobilität, in teilstationären Einrichtungen sogar 79 %.

Geriatrie wirkt

Was die Steigerung von Barthel-Index und Timed-Up-and-Go für die individuelle Versorgungsfähigkeit bedeutet, lässt sich laut Jahresbericht 2020 auch am Vergleich von Herkunfts- und Entlassungsort aufzeigen: 83 % der Patientinnen und Patienten hielten sich vor der Aufnahme in einer vollstationären geriatrischen Einrichtung in einem Pflegeheim, in der Kurzzeitpflege oder in einem Krankenhaus auf. Der überwiegende Anteil (62 %) geht nach der Behandlung in die eigene Wohnung zurück, nur 10 % der Patientinnen und Patienten werden erstmalig in die Langzeitpflege entlassen. Dies zeigt einmal mehr die Bedeutung der geriatrischen Versorgung, wenn es darum geht, u. a. auch Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zu verringern.

Durch eine teilstationäre Behandlung erhöht sich ebenfalls der Anteil derer, die in ihre private Wohnung entlassen werden können: 89 % können nach der Behandlung wieder dorthin zurück. Entsprechend geringer (2 %) ist der Anteil derjenigen, die danach in ein Pflegeheim gehen.

„Der Jahresbericht 2020 zeigt das Potenzial unserer web-basierten Datenbank, das Mitglieder wie interessierte Geriatrien gleichermaßen heben können“, unterstreicht Brooksiek. Wer sich an der vergleichenden Qualitätssicherung beteiligen möchte, kann sich über das Onlineportal <https://www.gemidas.de> anmelden. Nach der Eingabe lassen sich die Daten für die jeweilige Einrichtung analysieren oder bundesweit im Vergleich zu den anderen Geriatrien betrachten – und zwar sowohl für Behandlungen im stationären Bereich als auch in der teilstationären Versorgung.

Digitalisierung gemeinsam vorantreiben

Reha-Branche diskutiert auf Online-Veranstaltung mit der Politik

Auf Einladung des Aktionsbündnisses Deutscher Reha-Tag, in dem der Bundesverband Geriatrie ebenfalls vertreten ist, tauschten sich am 10. Juni Politikerinnen und Politiker mit etwa 100 Vertreterinnen und Vertretern von Reha-Leistungsträgern und -Leistungserbringern sowie von Betroffenenverbänden und Bundesministerien zum Thema „Digitalisierung in der Rehabilitation“ aus.

Digitale Innovationen im Gesundheitswesen bergen enorme Potenziale, um die Versorgung zu verbessern. Doch bei der Verabschiedung des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG) im September 2020 wurden Reha- und Vorsorgeeinrichtungen beim Ausbau der digitalen Infrastruktur nicht mitgedacht. Das hemmt die zukünftige Leistungsfähigkeit einer modernen patientenorientierten Gesundheitsversorgung und zementiert die Sektorengrenzen unseres Gesundheitswesens. Telemedizin, Digitalisierung und IT-Sicherheit sind wichtige Voraussetzungen für die Zukunftsfähigkeit

keit von Reha- und Vorsorgeeinrichtungen und bedürfen Investitionsförderungen, wie sie für Krankenhäuser bereits beschlossen wurden.

Notwendig: Digitalpakt für die Reha

Zur Implementierung digitaler Systeme im gesamten Gesundheitsbereich inklusiv der Reha bedarf es aus Sicht des Aktionsbündnisses Deutscher Reha-Tag eines abgestimmten Vorgehens. Das betonte auch Dr. Ursula Becker, Geschäftsführerin der Dr. Becker Klinikgruppe, in ihrem Impuls zu Beginn der Veranstaltung. Ein großes Anliegen von ihr ist, „dass die Reha nicht den Anschluss verliert. Es ist Zeit für einen Digitalpakt für die Rehabilitation“.

Dass die Einbindung der Reha in die Digitalisierung ein wichtiges Thema für die neue Legislaturperiode ist, bekräftigte MdB Tino Sorge (CDU), Mitglied des Gesundheitsausschusses. Dazu ermutigte er die Vertreterinnen und Vertreter der Reha-Leistungserbringer ausdrücklich: „Treten Sie uns als Politik weiter auf die Füße, damit die Reha mehr Berücksichtigung findet!“. Digitale Anwendungen in der Reha sind ein wichtiges Bindeglied im Gesundheitsversorgungssystem und müssen immer die Anwenderseite, also die Betroffenen im Fokus haben, machte Dr. Rolf Schmachtenberg, Staatssekretär beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales, während der Diskussion deutlich.

Brigitte Gross, Direktorin der DRV Bund, bekräftigte in der Podiumsdiskussion: „Die Rentenversicherung will die Digitalisierung gezielt im Zugangsverfahren und auch in der Therapie nutzen.“ So habe die Rentenversicherung mit ihrem Präventionsportal RV Fit bereits gezeigt, wie einfach ein Antrag digital sein kann. Insbesondere in der Nachsorge, also nach der Rehabilitation, können durch digitale Angebote auch Versicherte in ländlichen Regionen erreicht und persönlich begleitet werden. Darüber hinaus bietet die Digitalisierung auch die Chance, technische Verfahren zu verbessern und die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger zukünftig effizienter zu gestalten. Wünschenswert sei es, wenn bei der Gesetzgebung die Digitalisierung von Anfang an mitgedacht würde.

Digitalisierungsvorhaben müssen alle mitnehmen

MdB Dirk Heidenblut (SPD), Mitglied des Gesundheitsausschusses seiner Fraktion im Deutschen Bundestag sowie Berichterstatter des Gesetzentwurfes zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege, betonte im Vorfeld der Veranstaltung: „Die Digitalisierung im gesamten Gesundheitswesen muss auch in der nächsten Legislaturperiode konsequent vorangebracht werden. Dazu gehört zwingend, alle Beteiligten mitzunehmen. Die Reha-Einrichtungen sind ein wichtiger Teil und müssen gleichberechtigt Zugang erhalten und in die Lage versetzt werden, die Chancen nutzen zu können.“

Als Mitglied des Initiatorenkreises Deutscher Reha-Tag wies Dr. Thomas Klein, Geschäftsführer Fachverband Sucht e.V., mit Nachdruck darauf hin, die Reha- Branche beim Thema Digitalisierung mitzudenken: „Gesetzliche Vorgaben verpflichten Akutkrankenhäuser und Arztpraxen, ab 01.07.2021 digitale Formate umzusetzen. Vor allem die zukünftig wachsende elektronische Patientenakte wird im Gesundheitswesen eine zentrale Rolle spielen. Die

Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation sehen eine hohe Notwendigkeit, in den Gesamtprozess der Digitalisierung integriert zu werden. Dazu ist eine entsprechende Finanzierung und ein politischer Wille Voraussetzung.“

Veröffentlichungen

Kodierhandbuch jetzt erhältlich

Seit Ende Juni ist das neue Kodierhandbuch Geriatrie im Buchhandel erhältlich. Die etwas spätere Publikation hängt mit der verspäteten Vorlage der Richtlinie zur Strukturprüfung zusammen, die natürlich in dem aktuellen Handbuch nicht fehlen darf. Das Kodierhandbuch stellt außerdem die zentralen Steuerungsgrößen des aG-DRG-Systems 2021 aus Sicht der Geriatrie vor. Wertvolle Handreichungen für die tägliche Praxis helfen in bewährter Weise, ein Übermaß an Prüfungen zu vermeiden und möglichst viel Klarheit für die Prüfpraxis zu schaffen.

ISBN 978-3-86523-311-0

424 Seiten, Softcover

Preis: 19,80 €

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.“