

Mitteilungen des BV Geriatrie

Liebe Mitglieder,
sehr geehrte Damen und Herren,

der Redaktionsschluss dieser Ausgabe liegt kurz vor dem Termin der diesjährigen Bundestagswahl. Bisher haben im Wahlkampf weder die Folgen der Corona-Pandemie noch einzelne Themen aus den verschiedenen Sozialversicherungsbereichen eine prägende Rolle gespielt. Themen und Probleme, deren Diskussion im Wahlkampf lohnen würde, gäbe es jedoch viele: Pflegenotstand, Fachkräftemangel, Zukunft der Finanzierungssysteme (u. a. des aG-DRG-Systems), Reform der Krankenhausplanung, die Rolle der Rehabilitation zur Vermeidung von Pflege und und und – diese Liste wäre nahezu beliebig erweiterbar.

Gesundheitsversorgung im Wahlkampf unterbelichtet

Hatten viele gedacht und auch gehofft, durch die nachdrückliche Wirkung der Pandemie und der damit verbundenen öffentlichen Wahrnehmung würden nun zentrale Fragen der öffentlichen Gesundheitsversorgung in den Fokus rücken – sie sehen sich enttäuscht. Gleiches gilt für Fragestellungen, die sich aus der demografischen Entwicklung ergeben, denn auch der demografische Wandel spielte im Wahlkampf nur eine untergeordnete Rolle. Ob diese Prioritätensetzung auch im Rahmen der im Herbst anstehenden Koalitionsverhandlungen bestehen bleibt, wird man sehen. Die jeweiligen Fachpolitiker und gesundheitspolitischen Sprecher der Parteien wissen um diese Themen und die Dringlichkeit ihrer Bearbeitung. Es bleibt abzuwarten, welche Konstellation die Wahl ergibt und welche Prioritäten dann für die kommenden Jahre gesetzt werden. Wer auch immer zukünftig regieren und die Bundesministerien für Gesundheit bzw. für Arbeit und Soziales besetzen wird: Der Bundesverband Geriatrie wird die Anliegen der Geriatrie entsprechend platzieren.

Um unter anderem für diese Aufgabe gerüstet zu sein, arbeiten wir derzeit am neuen Weißbuch Geriatrie. Viele unserer Mitgliedereinrichtungen haben wir angesprochen und um die Erhebung einzelner Versorgungsdaten gebeten. Denn es zeichnet sich ab, dass die offiziellen Daten des Statistischen Bundesamtes erneut nicht das komplette Bild der geriatricspezifischen Versorgung abbilden. Wenn man bedenkt, dass diese Daten zugleich die Grundlage für planungsrelevante Entscheidungen darstellen, ist dies immer wieder erschreckend.

Stichwort Planung: Wie bereits aktuell per Rundmail berichtet, hat das Sozialministerium in Nordrhein-Westfalen den neuen Krankenhausplan konkretisiert. Dies war mit Spannung erwartet worden, da im Vorfeld über eine stärkere Konzentration der Krankenhauslandschaft spekuliert worden war. Das Ministerium hat angekündigt, dass es im Bereich der Geriatrie mehr strukturelle Vorgaben machen wird. So wird etwa vorausgesetzt, dass an einem Standort der Leistungsbereich der Geriatrie mit anderen Leistungsbereichen verknüpft wird. Es bleibt abzuwarten, was die weitere Erörterung dieser Planungen erbringt. Wir werden diesen Prozess



**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

entsprechend begleiten, da die Gestaltung im bevölkerungsreichsten Bundesland mit seinen Ballungsräumen und ländlichen Gebieten Signalwirkung entfalten kann.

Bundesweites Geriatriekonzept wird weiterentwickelt

Vor dem Hintergrund der neuen Legislaturperiode mit ihren politischen Zielen der kommenden vier Jahre, dem Weißbuch Geriatrie, den demografischen Herausforderungen und den sich verändernden Bedingungen in der Versorgungspraxis hat der Vorstand mit konzeptionellen Überlegungen zur strategischen Weiterentwicklung des bundesweiten Geriatriekonzeptes begonnen. Ziel ist es, bis zur nächsten Mitgliederversammlung einen konkreten Entwurf zu entwickeln, wobei in diesen Prozess u. a. auch die Vertreterinnen und Vertreter der Landesverbände eingebunden werden. Aktuell ist die Mitgliederversammlung 2022 für den 29./30.03.2022 geplant. Diesen Termin also bitte schon einmal im Kalender vormerken.

Hoffen wir, dass wir uns spätestens dann wieder „live und vor Ort“ treffen können. Auch wenn mittlerweile viele elektronische Austauschformate wirklich gut funktionieren und hilfreich sind, ist ein direkter Austausch beim Pausenkaffee oder am Abend beim Bier in gemütlicher Runde durch nichts zu ersetzen.

Ihr

Dirk van den Heuvel

Aus dem Verband

„Gegenseitig von Erfahrungen profitieren“

Virtuelles Forum des Bundesverbandes Geriatrie

Angesichts der dynamischen leistungsrechtlichen sowie versorgungspolitischen Entwicklungen zählen interprofessioneller Austausch, Vernetzung und Zusammenarbeit zu den wesentlichen Erfolgsfaktoren für die klinikinterne Steuerung. Um die überregionale Kommunikation und den fachlichen Austausch unter den Mitgliedseinrichtungen zu stärken, hat der Bundesverband Geriatrie eine neue verbandsinterne Kommunikationsplattform installiert: das „virtuelle Forum“. Es bündelt regionale und überregionale Kompetenzen und steht unter dem Motto „Gegenseitig von Erfahrungen profitieren“. Ziel ist es, sich überregional zu aktuellen Themen auszutauschen, in konkreten Fragen zu beraten und gemeinsame Lösungswege zu diskutieren. Der Bundesverband Geriatrie schlägt dafür ein Thema vor und übernimmt Organisation sowie Moderation – die jeweiligen Fragen aus der Praxis, der inhaltliche Impuls sowie die fachliche Diskussion der angesprochenen Themen kommen aus dem Kreis der Mitgliedseinrichtungen.

Erfolgreiches Debüt: Austausch über die OPS-Strukturprüfungen 2021

Am 9. September 2021 hat das virtuelle Forum erstmals zum Thema „Erfahrungsaustausch zur Umsetzung der OPS-Strukturprüfungen 2021“ stattgefunden. Insgesamt ließen sich 171 Teilnehmerinnen und Teilnehmer unterschiedlichster Professionen für das virtuelle Forum registrieren. An der Diskussion beteiligten sich insbesondere Vertreterinnen und Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Medizincontrollings sowie der Verwaltung, wodurch ein gelungener interprofessioneller Austausch entstanden ist.

Eine Umfrage unter den registrierten Teilnehmenden zeigt, dass für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung im Einführungsjahr 2021 der überwiegende Anteil der örtlichen Medizinischen Dienste die Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung als Erledigungsart der Strukturprüfung ausgewählt hat. Grundsätzlich kann die Prüfung als Dokumentenprüfung, als Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung oder als Vor-Ort-Prüfung durchgeführt werden. Die Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer waren sich einig, dass jede Erledigungsart gewisse Vor- und Nachteile mit sich bringt:

Im Rahmen von Strukturprüfungen gemäß § 275d SGB V ist grundsätzlich die Einhaltung der im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) definierten Strukturmerkmale vorzuweisen. Grundlage für die Strukturprüfungen bildet daher der vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) herausgegebene amtliche Operationen- und Prozedurenschlüssel gemäß § 301 SGBV. Zu den strukturellen Voraussetzungen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung im Sinne der OPS 8-550/8-98a gehören insbesondere Anforderungen an das multi-

professionelle Team im Rahmen der allgemeinen Organisation und Dienststruktur. Darüberhinausgehende Qualitätsanforderungen – wie z. B. Strukturmerkmale aus Qualitätssicherungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) – sind keine Bestandteile des Prüfregimes der Strukturprüfungen.

Erste Erfahrungen zeigen, dass einige Medizinische Dienste dennoch versuchen, erweiterte Qualitätsanforderungen in den Strukturprüfungen abzufragen. Dies gilt insbesondere für Vor-Ort-Prüfungen. Auch wenn Transparenz Vertrauen und Glaubwürdigkeit schafft – was die Voraussetzung für einen fairen Umgang aller Akteure miteinander betrifft, gilt es festzustellen, dass für die Abfrage von erweiterten Qualitätsanforderungen im Rahmen von Strukturprüfungen formal-rechtlich keine Grundlage besteht. Sie ist daher allgemein abzulehnen.

Überregionaler Austausch bringt Vorteile

Im Ergebnis des Forums steht fest: Aufgrund fehlender praktischer Erfahrungen, der Vielzahl unbestimmter Rechtsbegriffe und definitorischer Unklarheiten innerhalb des Operationen- und Prozedurenschlüssels sowie der möglichen negativen Auswirkungen auf das Leistungsspektrum des Krankenhauses ist ein überregionaler Austausch zu den praktischen Erfahrungen von großem Vorteil für alle Beteiligten. In Bezug auf die unbestimmten Rechtsbegriffe sind die Auslegungsgrundsätze des Bundessozialgerichtes, die sich auf drei Leitsätze konkretisiert haben, als oberste Maxime zur praktischen Umsetzung der Strukturprüfungen anzuwenden. Zum ersten unterliegen Abrechnungsvorschriften als normenvertragliche Regelungen allgemeinen rechtswissenschaftlichen Auslegungsmethoden. Diese orientieren sich zweitens eng am Wortlaut, da sie eine Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems einnehmen. Drittens sind Bewertungen und Bewertungsrelationen sowie entstehungsgeschichtliche Erwägungen außer Betracht zu lassen. Die Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer waren sich einig, dass die Strukturprüfungen 2021 als Blaupause für die Folgejahre fungieren, weshalb die Auslegung über den Wortlaut des OPS in diesem Jahr besondere Bedeutung hat und strikt abzulehnen ist.

Im Sinne des überregionalen Austausches freuen wir uns als Bundesverband Geriatrie über Rückmeldungen zum Stand bzw. Fortgang und Ergebnis Ihrer OPS-Strukturprüfung 2021 und stehen gerne für fachlichen Austausch bzw. zur fachlichen Unterstützung zur Verfügung. Denn Ihre Erfahrungen bilden die Grundlage unserer verbandspolitischen Arbeit.

„Entlassmanagement in der Geriatrie“ – Entwicklung eines Weiterbildungscurriculums

Die besondere Bedeutung der Geriatrie liegt in der Behandlung der Patientinnen und Patienten durch ein multiprofessionelles Team. Der Bundesverband Geriatrie e.V. hat es sich zur Aufgabe gemacht, für möglichst alle Mitglieder dieses Teams fachspezifische Qualifizierungen anzubieten. Inzwischen stehen neben dem Zercur Geriatrie®-Basislehrgang für alle Mitglieder des Teams in der Geriatrie und der Weiterbildung Zercur Geriatrie®-Pflegehelfer die vertiefenden Fachweiterbildungen für die Pflegenden und die Fachweiterbildung für Therapeuten zur Verfügung. Dieses Angebot wird nun weiter ergänzt.

Eine geriatrispezifische Weiterbildung für den Sozialdienst

In den letzten Jahren gab es immer wieder Anfragen seitens der Mitglieder sowie der Kursanbieter aus dem Gesundheitswesen an den Bundesverband Geriatrie, darüber hinaus eine geriatrispezifische Weiterbildung für den Sozialdienst zu konzipieren.

Eine der wichtigen Aufgaben des Sozialdienstes ist das Entlassmanagement, also die Sicherstellung und Organisation der Versorgung nach einem stationären Krankenhausaufenthalt bzw. einer stationären Rehabilitation. Dies hat für die betreffenden Patientinnen und Patienten einen zunehmenden Stellenwert. Um den bestmöglichen Übergang in die Anschlussversorgung zu gewährleisten und Versorgungslücken zu schließen, traten zudem zwei bundesweit geltende Rahmenverträge Entlassmanagement in Kraft. Seit Oktober 2017 besteht der Rahmenvertrag für Akutkrankenhäuser und seit Februar 2019 der Rahmenvertrag für Rehabilitationskliniken.

Diese regeln insbesondere

- die erforderlichen Bestandteile und Phasen des Entlassmanagements (Einwilligung zum Entlassmanagement, Einwilligung zur Datenweitergabe, Assessment, Entlassplan, Entlassbrief),
- die Möglichkeit zur Verordnung erforderlicher Leistungen (z. B. Arzneimittel, Häusliche Krankenpflege, Hilfsmittel, SAPV, Haushaltshilfe), wie auch
- die Zusammenarbeit des Krankenhauses bzw. der Rehabilitationsklinik mit den Kranken- und Pflegekassen und Nachversorgern (z. B. Reha-Einrichtungen, ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen).

Gerade geriatrische Patientinnen und Patienten haben aufgrund der häufigen Einschränkungen von Mobilität und Selbstversorgung komplexe Versorgungsbedarfe. Diese sind durch differenzierte Assessments zu ermitteln und müssen während des gesamten Behandlungs- und Entlassprozesses berücksichtigt werden. Gleich-

zeitig ist die passende Unterstützung zu organisieren. Hierfür sind spezifische Kenntnisse und Standards vonnöten.

Kompetente Partner

Mit der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG e.V.) hat sich der Bundesverband Geriatrie einen kompetenten Partner zu diesem Thema ins Boot geholt. Zusammen haben die beiden Verbände in diesem Jahr ein Weiterbildungscurriculum speziell für den Schwerpunkt Entlassmanagement in der Geriatrie entwickelt und bereits ab 2022 startet bei einigen Kursanbietern ein Testlauf dieser Weiterbildung.

In mehreren Modulen beinhaltet diese Weiterbildung neben dem interdisziplinären Grundlagenseminar zu den zentralen geriatrischen Themen (Zercur Geriatrie®-Basislehrgang) die wichtigsten rechtlichen Rahmenbedingungen, die anzuwendenden Assessments sowie Aspekte des Case- und Care Managements. Weitere Themen sind die Einführung in die geriatrische Versorgungslandschaft, die Fähigkeiten zur Kommunikation zwischen allen am Entlassmanagement Beteiligten sowie die Anforderungen der Digitalisierung (Nähere Informationen unter: <https://bv-geriatrie.de/verbandsarbeit/zercur/entlassmanagement-in-der-geriatrie.html>)

Die Weiterbildung richtet sich an Personen

- aus dem pflegerischen oder therapeutischen Bereich
- mit der Qualifikation „Soziale Arbeit“
- aus der Funktionseinheit Sozialdienst
- aus Berufsgruppen, die in das Entlassmanagement einbezogen sind
- aus ambulanten oder stationären Settings, die an geriatrischen Themenfeldern interessiert sind (z. B. Pflegestützpunkte, kommunale Einheiten).

Teilnahmevoraussetzungen sind neben dem Zercur Geriatrie®-Basislehrgang ein Studium in einer relevanten Studienrichtung (z. B. Soziale Arbeit; mindestens Bachelorabschluss) oder mindestens dreijährig examiniert und mindestens zwei Jahre Berufserfahrung im Umgang mit geriatrischen Patientinnen und Patienten.

Folgende Einrichtungen bieten die Weiterbildung Entlassmanagement in der Geriatrie im Rahmen eines Probelaufs an: Die Agaplesion Akademie Heidelberg, die Albertinen Akademie Hamburg, das Institut für Fort- und Weiterbildung der Alexianer GmbH Berlin, die Diakovere Akademie Hannover und die EGZB-Akademie Berlin.

Nähere Informationen erhalten Sie unter:

Bundesverband Geriatrie e.V.

Michaela Brooksiek

Tel.: 030. 339 88 76-12

Mail: michaela.brooksiek@bv-geriatrie.de

DVSG e.V.

Elke Cosanne

Tel.: 030. 394064541

Mail: elke.cosanne@dvsg.org

Geriatrie – viele versorgungs- und fachpolitische Themen

Bundesverband Geriatrie auf dem DGG-Onlinekongress 2021

Ohne Reisedress fand vom 2. bis 4. September der DGG-Kongress 2021 als Online-Veranstaltung statt. Dort gab es – wie in den letzten Jahren – am Samstagmorgen die „Aktuelle Stunde“, die traditionell gemeinsam von DGG und Bundesverband Geriatrie gestaltet wird. Auch in diesem Jahr moderierte Prof. Dr. Dieter Lüttje die Veranstaltung.

Über den Hintergrund der Strukturprüfungen und erste Erfahrungen sprach Dr. Michael Musolf, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes. Ziel des Verbandes bleibe es nach wie vor, ein bundesweit einheitliches Verständnis zum Verfahrensablauf und möglichst viel Klarheit für die Prüfpraxis zu schaffen. Hier stellte Herr Dr. Musolf zu einzelnen Aspekten den bisherigen Diskussionsverlauf vor und machte dabei deutlich, wo der Verband bereits Klarstellungen erreichen konnte. Er empfahl, sich diesbezüglich auf keine „Kompromisse“ im Rahmen der anstehenden Prüfungen einzulassen.

Anschließend berichtete DGG-Präsident Prof. Hans Jürgen Heppner kurz über die Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfrakturen sowie mögliche Auswirkungen für die Geriatrie. Mit der Umsetzung des GKV-IPReG (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz) stand ein weiteres hochaktuelles Thema auf der Agenda. Dirk van den Heuvel, Geschäftsführer des Bundesverbandes, berichtete über den Stand der Verhandlungen mit der GKV, um eine Rahmenempfehlung auf Bundesebene zu vereinbaren. Die Vortragsfolien verdeutlichten dabei die Komplexität der Thematik und den politischen Rahmen für dieses Projekt. Er stellte in Aussicht, dass zur Mitte des kommenden Jahres eine Empfehlung vorliegen werde, sofern es die Leistungserbringerverbände schaffen, die notwendigen Kompromisse mit den Vertretern der Krankenkassen zu finden.

Mit den Folgen der neuen Weiterbildungsordnung für geriatrische Kliniken griff dann Dr. Michael Meisel, bisheriger Weiterbildungsbeauftragter der DGG, ein Thema auf, das derzeit viele Ärztinnen und Ärzte bewegt. Im Rahmen seines Vortrags wurden auch die leider zum Teil begrenzten Einflussmöglichkeiten der Geriatrie deutlich.

Schließlich nahm Prof. Wirth, der zuvor frisch gewählte DGG-Präsident, Stellung zur neuen Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen und deren mögliche Auswirkungen für die Geriatrie. Er berichtete dazu aus einer entsprechenden Informationsveranstaltung des Ministeriums bzw. der Krankenhausgesellschaft in NRW. Zukünftig sollen näher konkretisierte Vorgaben für die Geriatrie im Krankenhausplan verankert werden.

Aus den Landesverbänden

Hamburgs Geriatrien sind sicher

Senatorin Dr. Melanie Leonhard trifft Verantwortliche der geriatrischen Kompetenz-Netzwerke Ancoris und GeriNNet

Aus Angst vor einer Infektion verschieben oder verweigern trotz hoher Impfquoten unter dem älteren Patientenklintel und den Mitarbeitenden in den Geriatrien noch immer viele ältere Menschen erforderliche Krankenhausbehandlungen. „Für uns ist das ein besorgniserregendes Zeichen, da die Behandlungsbedürftigkeit der älteren Patienten ja auch in Zeiten wie der Corona-Pandemie unverändert weiter besteht“, so Dr. Jochen Gehrke, Chefarzt der Geriatrie der Asklepios Klinik Nord in Hamburg. „Bei allem Verständnis für die Angst vor einer Ansteckung mit Corona beunruhigt uns das Wissen um die Therapiebedürftigkeit vieler älterer Menschen in dieser Stadt heute mehr als die Ansteckungsgefahr mit Corona während eines Krankenhausaufenthaltes.“

Genau aus diesem Grund besuchte Dr. Melanie Leonhard, Senatorin für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration, Mitte August exemplarisch die Geriatrie an der Asklepios Klinik Nord. Sie wollte sich einen Überblick über die Therapiemöglichkeiten und die Versorgung der älteren Patienten unter Corona-Bedingungen verschaffen. Neben Gastgeber Dr. Jochen Gehrke (Vorsitzender des Hamburger Landesverbandes und Leiter des standortübergreifenden Netzwerkes für Altersmedizin der Asklepios Kliniken Hamburg An-



▲ Dr. Jochen Gehrke, Dr. Melanie Leonhard und Ralf Zastrau vor der Geriatrie an der Asklepios Klinik Nord

© Landesverband Geriatrie Hamburg

coris) konnte Ralf Zastrau (Stellvertretender Landesvorsitzender und Leiter des geriatrischen Qualitätsverbund der freigemeinnützigen Hamburger Krankenhäuser GeriNet) der Senatorin versichern: Dank hoher Hygienestandards, klarer Testregime und Besuchsbeschränkungen sind eine Eintragung des Virus sowie seine unkontrollierte Ausbreitung in den Hamburger Geriatrien extrem unwahrscheinlich.

Geriatrie wird ihrer Verantwortung gerecht

Ralf Zastrau, zudem Geschäftsführer im Albertinen-Krankenhaus/ Albertinen-Haus, ergänzt: „Wir sind uns der Verantwortung bewusst, die wir für unser Klientel tragen. Deshalb achten wir sehr strikt auf die Einhaltung aller Maßnahmen und bieten dennoch die ganze Bandbreite der Versorgung an. Es gibt keinen Grund, Behandlungen zu verschieben. Und gute geriatrische Versorgung gibt es flächendeckend überall in Hamburg – da gehört Hamburg zu den Vorreitern in ganz Deutschland.“

Nach einem Rundgang zeigte Senatorin Leonhard sich beeindruckt. Gerade die Vor- und Nachsorgeangebote in den geriatrischen Abteilungen stellten eine unverzichtbare Hilfe dar, um bei älteren Patienten die Selbstständigkeit zu bewahren oder wiederzuerlangen und die Teilnahme am sozialen Leben zu ermöglichen. „Trauen Sie sich“, appellierte sie deshalb eindringlich an die älteren Mitbürgerinnen und Mitbürger der Hansestadt, „und nehmen Sie die guten Angebote wahr.“

Politik + Gesetze

Corona-Sonderregelungen für Rehabilitationseinrichtungen: Ermittlung der Minderbelegung

Mit dem am 11. Juni 2021 beschlossenen Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) hat der Deutsche Bundestag die Fortzahlung pandemiebedingter Zuschläge bis zum 31. Dezember 2021 geregelt. Der GKV-Spitzenverband und die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände – darunter insbesondere der Bundesverband Geriatrie – sind mit dem Gesetz aufgefordert, Grundsätze zur Anpassung der Vergütungsvereinbarungen an die durch die COVID-19-Pandemie bedingte besondere Situation der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in gemeinsamen Rahmenempfehlungen (= verbindliche Verträge) zu regeln.

Mit unserem Newsletter 07/2021 haben wir Sie umfassend über die im Ergebnis vereinbarten Inhalte dieser Rahmenempfehlungen „Vorsorge und Rehabilitation zu Corona-Sonderregelungen“ vom 14. Juli 2021 informiert. Im Rahmen des aktuellen Abrechnungszyklus ist nach Abschluss der Verträge jedoch nachfolgender Widerspruch in der Ermittlung der Minderbelegung aufgefallen:

Tages- oder wochenbezogene Feststellung der Minderbelegung?

Die Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation zu Corona-Sonderregelungen sehen in § 3 Absatz 3 vor, dass die Minderbelegung in analoger Anwendung des § 111 d SGBV und der dazu von den Vereinbarungspartnern nach § 111 d Absatz 5 SGBV getroffenen Regelungen ermittelt wird. Demgemäß ist die Minderbelegung tagesbezogen festzustellen. Die aktuellen Anlagen 1 bis 3 der Rahmenempfehlungen vom 14. Juli 2021 sehen jedoch im Gegensatz zu den Regelungen des § 111 d SGBV eine wochenbezogene Feststellung der Minderbelegung vor. Diese Anlagen stehen damit im Widerspruch zu den im Vereinbarungstext fixierten Grundsätzen und führen bei der praktischen Anwendung des Berechnungsschemas aktuell zu Verunsicherungen.

Gemeinsam mit den anderen Leistungserbringerverbänden hat der Bundesverband Geriatrie diesen Widerspruch Ende August gegenüber dem GKV-Spitzenverband angezeigt und eine zeitnahe Klärung gefordert. Leider lassen die ersten Reaktionen des GKV-Spitzenverbandes keine schnelle und unbürokratische Korrektur des Problems erwarten.

Grundsätzlich ist jedoch festzustellen, dass das wochenbezogene Berechnungsschema in der Regel keine oder nur geringe Auswirkungen auf die einrichtungsindividuellen Zuschläge hat. Negative Auswirkungen ergeben sich insbesondere für Einrichtungen mit erheblichen Belegungsschwankungen. Der Bundesverband Geriatrie empfiehlt seinen Mitgliedseinrichtungen daher, die einrichtungsindividuellen Auswirkungen zu bewerten und den Ausgleichsanspruch auf den aktuellen Formularen „unter Vorbehalt der laufenden Klärung der Abrechnungsmodalitäten auf Bundesebene“ zu stellen. Über das Ergebnis der aktuellen Gespräche mit dem GKV-Spitzenverband informieren wir Sie umgehend.

Finanzierung

OPS-Vorabfassung 2022

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat Mitte August die OPS-Vorabfassung 2022 publiziert. Für die geriatricspezifischen OPS-Kodes 8-550 und 8-98a ergeben sich für das Budgetjahr 2022 fachlich-inhaltlich keine Veränderungen.

Nachdem insbesondere die OPS-Komplexbehandlungen in den letzten Jahren umfassend durch das BfArM überarbeitet wurden, sind für das Jahr 2022 insgesamt eher marginale Anpassungen vorgesehen. In der OPS-Version 2020 waren insbesondere die strukturellen und prozessualen Mindestmerkmale folgender Kodes umfassend konkretisiert worden:

- die palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-982 ff.),
- die spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-98e ff.),
- die spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst (8-98 h ff.)
- die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (8-550 ff.).

2021: Der Paradigmenwechsel

In der OPS-Version 2021 wurden gemäß § 275d des fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) die Strukturprüfungen eingeführt. Gleichzeitig wurden die (bisher in den Kapiteln 1, 8 und 9 bei den Komplexkodes genannten) Mindestmerkmale in krankenhausbezogene Strukturmerkmale und patientenbezogene Mindestmerkmale aufgeteilt. Zusätzlich wurde der Katalog um einheitliche Begriffsdefinitionen ergänzt. Insgesamt stellten diese Änderungen für das Jahr 2021 aus klassifikatorischer Sicht einen Paradigmenwechsel in der Krankenhausabrechnung dar. Hinzu kommt, dass die erstmalige Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System im Jahre 2020 einen wesentlichen Eingriff in die Systematik der Weiterentwicklung des DRG-Systems darstellte. Aufgrund der Komplexität kann bis heute nicht von einer vollständigen Umsetzung ausgegangen werden.

2022: keine fachlich-inhaltlichen Anpassungen

In Anbetracht der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System und der Einführung der Strukturprüfungen gemäß § 275d SGB V begrüßt der Bundesverband Geriatrie, dass keine fachlich-inhaltlichen Anpassungen für die OPS-Version 2022 vorgesehen sind. Im Vordergrund der Überarbeitung steht für die OPS-Version 2022 die Anwendung einheitlicher Sprach- und Regelungstechniken. In diesem Zusammenhang sollen die verwendeten Begriffe und Symbole ab der OPS-Version 2022 unter anderem um eine einheitliche Definition für die Begrifflichkeiten „werktätlich“, „werktags“, „arbeitstätlich“ ergänzt werden. Demnach werden diese Begriffe im OPS synonym verwendet. Gemeint sind die Wochentage Montag bis Freitag, ausgenommen sind gesetzliche Feiertage.

Die Einführung dieser Begriffsdefinition ist aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie grundsätzlich zu begrüßen, da das BfArM damit seiner gesetzlichen Verpflichtung aus § 301 Absatz 2 SGBV nachkommt. Demnach sind Voraussetzungen für die Abrechnung von Operationen und sonstigen Prozeduren offiziell durch das BfArM festzulegen – und nicht etwa durch den Medizinischen Dienst Bund.

Definitorenische Unklarheiten beseitigt

Auch in diesem Jahr hat sich die DRG-Fachgruppe aktiv am Vorschlagsverfahren für die OPS-Version 2022 beteiligt und unter anderem erneut auf die Dringlichkeit zur Stärkung des Sozialdienstes innerhalb des OPS 8-550 aufmerksam gemacht. Vor dem Hintergrund der Strukturprüfungen gemäß § 275d SGB V stand jedoch die Beseitigung der unbestimmten Rechtsbegriffe sowie der definitorenischen Unklarheiten im Vordergrund. Aus geriatricspezifischer Sicht sind hier beispielhaft die Begrifflichkeiten „besonders geschultes Pflegepersonal“, „Vorhandensein“, „überwiegend“ oder „Einheit“ zu nennen.

Auch wenn die geriatricspezifischen Begriffsdefinitionen bisher noch keinen offiziellen Eingang in den Operationen- und Prozedurenschlüssel gefunden haben, sind diese vom Medizinischen Dienst Bund in dem Begutachtungsleitfaden zur Prüfung von OPS-Strukturmerkmalen aufgegriffen worden. Insbesondere konnte der

Bundesverband Geriatrie maßgeblich zur sachgerechten Definition der Begrifflichkeiten „überwiegend“ (Nr. 32), „geriatriische Einheit“ (Nr. 34) und „besonders geschultes Pflegepersonal“ (Nr. 35) beitragen. Diese in der Praxis etablierten und seit 2021 durch den Medizinischen Dienst anerkannten Begriffsdefinitionen gilt es im Sinne des § 301 Absatz 2 SGBV perspektivisch analog im Operationen- und Prozedurenschlüssel zu verankern.

Klarstellung bei Strukturmerkmalen steht noch aus

In diesem Zusammenhang hat das Bundesministerium für Gesundheit das BfArM Ende August angewiesen, zu den im Begutachtungsleitfaden des Medizinischen Dienstes Bund operationalisierten, streitigen Strukturmerkmalen kurzfristig Klarstellungen im OPS-Katalog vorzunehmen. Mit dieser Aufforderung kommt das Bundesministerium für Gesundheit einer Forderung des Bundesverbandes Geriatrie nach. Die entsprechenden Klarstellungen sollen mit der Veröffentlichung des OPS-Kataloges für 2022 rückwirkend zum 01. Januar 2021 in Kraft gesetzt werden. Gemäß der aktualisierten Version des Begutachtungsleitfadens vom 20. August 2021 soll unter anderem für das Merkmal „besonders geschultes Pflegepersonal“ eine Begriffsdefinition in den OPS-Katalog implementiert werden. Der Medizinische Dienst Bund empfiehlt, dass die betroffenen Strukturmerkmale weiterhin durch die örtlichen Medizinischen Dienste geprüft werden. Bis zu einer Klarstellung im OPS-Katalog durch das BfArM sollen jedoch keine negativen Bescheide verschickt werden, die sich auf diese Merkmale beziehen.

Prüfverfahrensvereinbarung 2022 – Voraberrörterungsverfahren

Am 22. Juni 2021 hat die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) die neue Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) festgesetzt. Diese tritt zum 01. Januar 2022 in Kraft und gilt für die Überprüfung bei Patientinnen und Patienten, die ab diesem Zeitpunkt in ein Krankenhaus aufgenommen werden. Mit der neuen Prüfverfahrensvereinbarung werden insbesondere die Grundsätze des Voraberrörterungsverfahrens festgelegt.

Das Voraberrörterungsverfahren wurde im Rahmen des MDK-Reformgesetzes unter anderem mit dem neuen § 17c Absatz 2b SGB V eingeführt. Demnach findet eine gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausabrechnung nur statt, wenn vor der Klageerhebung die Rechtmäßigkeit der Abrechnung einzelfallbezogen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus erörtert worden ist. Die Krankenkasse und das Krankenhaus können eine bestehende Ungewissheit über die Rechtmäßigkeit der Abrechnung durch Abschluss eines einzelfallbezogenen Vergleichsvertrags beseitigen.

Verfahrensregelungen vorgelegt

Bereits aus der Übergangsvereinbarung zur Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGBV gemäß § 17c Absatz 2 KHG vom 10. Dezember 2019 ging in diesem Zusammenhang hervor, dass das Voraberörterungsverfahren erst Anwendung findet, wenn die entsprechenden Verfahrensregelungen zu dessen Konkretisierung festgelegt sind. Da sich einige Sozialgerichte darauf berufen haben, die im Jahr 2020 eingereichten Klagen seien mangels Durchführung eines Voraberörterungsverfahrens unzulässig, hat der Gesetzgeber mit dem Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetz (MPEUAnpG) eine Klarstellung vorgenommen: Demnach muss ein Voraberörterungsverfahren erst durchgeführt werden, wenn die entsprechende Vereinbarung auf Bundesebene in Kraft getreten ist.

Mit der neuen PrüfV liegen zum 01. Januar 2021 nun erstmals die Verfahrensregelungen für das Voraberörterungsverfahren vor, welche in § 9 „Erörterungsverfahren nach MD-Prüfung“ der Vereinbarung verankert sind. Gemäß § 9 Absatz 1 PrüfV kann das Krankenhaus den Leistungsbescheid der Krankenkasse binnen sechs Wochen nach Zugang der Entscheidung bestreiten. Wird der Leistungsbescheid der Krankenkassen nicht innerhalb dieser 6-Wochen-Frist durch das Krankenhaus bestritten, gilt die Abrechnung als erörtert. Dem Erörterungsverfahren kommt demnach ab dem Budgetjahr 2022 eine besondere Bedeutung zu.

Besondere Bedeutung des Erörterungsverfahrens

Grundsätzlich ist das Bestreiten vom Krankenhaus gemäß § 9 Absatz 1 PrüfV inhaltlich zu begründen. Die Krankenkasse hat binnen sechs Wochen nach Zugang des Bestreitens mitzuteilen, ob sie diesem zustimmt oder es ablehnt. Spätestens mit dieser Mitteilung wird das Voraberörterungsverfahren eingeleitet, sofern eine Einleitung nicht schon im Rahmen des Bestreitens durch das Krankenhaus erfolgt ist. Das Voraberörterungsverfahren ist gemäß § 9 Absatz 5 PrüfV binnen zwölf Wochen nach Mitteilung der Krankenkasse abzuschließen, sofern es nicht einvernehmlich verlängert wird. Das Voraberörterungsverfahren kann mündlich oder schriftlich durchgeführt werden.

Grundsätzlich ist zu beachten, dass alle relevanten Unterlagen der jeweils anderen Partei gemäß § 9 Absatz 6 PrüfV spätestens vier Wochen nach der Mitteilung der jeweils anderen Partei vorliegen müssen. Andernfalls besteht die Gefahr, dass die Unterlagen nicht mehr berücksichtigt werden oder die Abrechnungsstreitigkeit als erörtert gilt. In jedem Fall sind die einzelnen Schritte und die Ergebnisse des Voraberörterungsverfahrens entsprechend den Vorgaben in § 10 Abs. 2 PrüfV zu dokumentieren. Das Erörterungsverfahren ist Zulässigkeitsvoraussetzung für ein eventuell anschließendes Klageverfahren.

Veranstaltungshinweise

24.–26.11.2021	13. Deutscher Seniorentag, Hannover: „Wir. Alle. Zusammen.“
24.03.2022	therapie LEIPZIG
29./30.03.2022	voraussichtlich: Mitgliederversammlung 2022 (bitte vormerken)

Rechtsprechung

Urteil des Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen vom 20. Juli 2021 – L 16 KR 414/20

Das LSG Niedersachsen-Bremen hat sich mit Urteil vom 20. Juli 2021 (L 16 KR 414/20) mit dem Merkmal der wöchentlichen Teambesprechung beim OPS 8-550 Version 2014 beschäftigt. Das Gericht hat entschieden, dass für eine Kodierung des OPS 8-550 eine Teilnahme aller Berufsgruppen (Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie) einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung an der Teambesprechung erforderlich ist. Diese Voraussetzung ist auch nicht durch die Klarstellung des DIMDI in seiner Corrigienda zum OPS 2019 entfallen. Das DIMDI hat klargestellt, dass rückwirkend ab dem 1. Januar 2013 die wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung erfolgt. Die wochenbezogene Dokumentation ist erfüllt, wenn sie die Ergebnisse der bisherigen Behandlung und die weiteren Behandlungsziele umfasst. Hierfür sind die Beiträge der patientenbezogenen beteiligten Berufsgruppen ausreichend. Über die in diesem Kode genannten Berufsgruppen hinaus ist eine Beteiligung weiterer Berufsgruppen, insbesondere des Sozialdienstes, nicht erforderlich. Weitere Nachweise zur Durchführung der Teambesprechung sind ebenfalls nicht notwendig. Die Klarstellung des DIMDI führt lediglich zu Erleichterungen bei den Dokumentationspflichten bezüglich des Inhalts der Teambesprechung. An dem Erfordernis der Anwesenheit aller Therapiebereiche ändert die Corrigienda des DIMDI nichts.

Diese Auffassung ist auch auf den OPS-Kode in der Version 2021 anwendbar. Der Bundesverband Geriatrie hat eine Mustervorlage für die Dokumentation der Teambesprechung erstellt. Die Vorlage ist auf Anfrage in der Geschäftsstelle des Bundesverbandes erhältlich.

Veröffentlichungen

Vorankündigung

Im Januar 2022 erscheint in der Reihe „Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie“ des Kohlhammer Verlags der vierte Band „Versorgungsstrukturen und Entwicklung der ATP-G“. Er beleuchtet die ATP-G vor dem Hintergrund aktueller Versorgungsstrukturen und -bedarfe wie der Personaluntergrenzenverordnung, der kultursensiblen Pflege oder der Betreuung einer zunehmenden Anzahl von Menschen mit Demenz. Der Bundesverband Geriatrie steuert einen Fachartikel zum Thema Krankenhausabrechnungsprüfung bei, über die aktivierend-therapeutische Pflege im Kontext des Prüfregimes der Strukturprüfungen.