Mitteilungen des BV Geriatrie

Liebe Mitglieder,
sehr geehrte Damen und Herren,

zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe liegt die Bundestagswahl rund zwei Wochen zurück. So wie es aussieht, wird es erstmalig zu einer Bundesregierung kommen, die aus drei Parteien besteht. Noch völlig offen ist, was diese neue Konstellation für die politische Agenda bedeutet. Hatte man der großen Koalition immer zugeschrieben, besonders durchsetzungsstark und die ideale Konstellation für wirklich durchgreifende Veränderungen und Reformen zu sein, so wurde man in den letzten Jahren eines Besseren belehrt. Zumeist konnten sich CDU/CSU und SPD nur auf den jeweils kleinsten gemeinsamen Nenner einigen und wichtige Reformen wurden eher verschoben als „durchsetzungsstark“ angepackt.

Kleinster gemeinsamer Nenner oder Aufteilung der Reformthemen?

Wie wird dies in einem Dreierbündnis aussehen? Dazu gibt es zwei Theorien: Zum Teil wird erwartet, dass der kleinste gemeinsame Nenner noch einmal etwas kleiner werden könnte und damit grundlegende Reformen noch weniger zu erwarten sind als bisher. Es gibt aber auch eine andere Möglichkeit. So ist es durchaus denkbar, dass sich die drei Parteien darauf verständigen, die anstehenden Reformthemen sozusagen „aufzuteilen“. Jede Partei darf dann die „politische Federführung“ bei einzelnen Reformprojekten übernehmen, sodass sich die jeweilige politische Präferenz federführend durchsetzt. So hätte jeder Partner verschiedene politische Projekte, die „seine Handschrift“ tragen würden.

Es bleibt abzuwarten, worauf sich die Koalitionäre – wer auch immer letztlich eine Regierung bilden wird – einigen. Genug Aufgaben gibt es im Gesundheitsbereich, wir haben sie an dieser Stelle immer wieder genau beschrieben. Um der neuen Regierung auch inhaltlich wichtige Handlungsempfehlungen mit auf dem Weg geben zu können, arbeitet der Vorstand sehr intensiv an der Weiterentwicklung der konzeptionellen Grundlagen für die geriatricspezifische Versorgung in Deutschland. Wichtig ist, die Versorgungsstrukturen sowohl organisatorisch als auch finanziell für die nächsten Jahre weiter abzusichern. Dabei spielen zum Beispiel die ausreichende Planbarkeit und die sachgerechte Finanzierung dieser Versorgungsstrukturen eine zentrale Rolle.

Bedarf an Gerontopsychiatrie steigt

In jüngster Zeit ist aus dem Kreis der Mitglieder immer wieder zu hören, dass vor dem Hintergrund der Coronapandemie der Bedarf an gerontopsychiatrischer Betreuung in den Geriatrien stark angestiegen ist. Patientinnen und Patienten mit einem entsprechendem Unterstützungsbedarf sind in der Regel sehr betreuungsaufwendige Fälle. Eine Verlegung in eine Gerontopsychiatrie ist mangels freier Kapazitäten zumeist aber nicht möglich. Dies stellt eine bedeutende Belastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter da.

Z Gerontol Geriat 2021 · 54:837–841

<https://doi.org/10.1007/s00391-021-01989-2>

© 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

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

Hinzu kommt, dass uns auch vermehrt von Problemen beim Umgang mit Angehörigen berichtet wird. Hier hat sich der Umgangston zum Teil deutlich negativ verändert, bis hin zu Beschimpfungen oder in Einzelfällen sogar Drohungen. Sicherlich ist in vielen gesellschaftlichen Bereichen festzustellen, dass nach der langen Pandemiezeit vielerorts „die Nerven etwas blank liegen“ und sich der zwischenmenschliche Umgangston nicht zum Besseren verändert hat. Gleichwohl ist die beschriebene Entwicklung in der Geriatrie ein weiterer Mosaikstein, der die sachgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten nicht eben erleichtert. Hoffen wir, dass diese Entwicklung sowohl in der Geriatrie als auch gesamtgesellschaftlich eine temporäre Erscheinung bleibt.

Ihr

Dirk van den Heuvel

Aus dem Verband

Therapeutinnen und Therapeuten erfolgreich geprüft

Bundesverband zertifiziert auch im zweiten Jahrgang vier „Zercur Fachtherapeuten Geriatrie“

Im September 2021 fand im Evangelischen Geriatriezentrum Berlin die Abschlussprüfung für Fachkräfte der Physio- und Ergotherapie, der Logopädie sowie der Sprachtherapie statt, die zuvor die geriatrispezifische Weiterbildung Zercur Geriatrie® absolviert hatten. Nachdem sie 2017 etabliert wurde, bestand für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nun zum dritten Mal die Möglichkeit, die Prüfung zum „Zercur Fachtherapeut Geriatrie“ abzulegen. „Dabei hat sich gezeigt, dass wir mit unserer Weiterbildung die hohen Qualitätsstandards in der Geriatrie gewährleisten“, resümiert Michaela Brooksiek, Referentin für Zercur beim Bundesverband Geriatrie. Glücklicherweise konnten die Beteiligten im Rahmen eines 3G-Konzeptes ohne Maske vor Ort zusammenkommen.

Die Schulungsmaßnahme ist speziell für den therapeutischen Bereich des multiprofessionellen Teams in der Geriatrie entwickelt worden. Sie baut auf dem Zercur-Basislehrgang auf und umfasst die Teilnahme an verschiedenen Pflicht- und Wahlmodulen im Umfang von 400 Stunden innerhalb von fünf Jahren. Im Fokus steht vor allem der Vernetzungsgedanke und der Austausch zwischen den verschiedenen Therapiebereichen.

Therapie im multiprofessionellen Team

Zielgruppe sind staatlich anerkannte Therapeuten aus Physiotherapie/Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie, Sprachtherapie, Atem-, Sprech- und Stimmlehre (Schule Schlafhorst-Andersen), die die jeweiligen Kurse bei lizenzierten Bildungsanbietern ihrer Wahl besuchen können. „Therapeutinnen und Therapeuten erhalten in ihrer Berufsausbildung zunächst kein geriatrisches Fachwissen“, erläutert Brooksiek. „Mit unserer Fachweiterbildung knüpfen wir daran an und vermitteln etwa Know-how für den Umgang mit multimorbiden Menschen genauso wie für die Zusammenarbeit mit dem multiprofessionellen Team im Rahmen der Aktivierend-Therapeutischen Pflege.“

Für das Abschlusszertifikat wird eine Facharbeit in Form einer Fallbearbeitung – bezogen auf ein Schwerpunktthema aus der Weiterbildung – geschrieben, die dann unter anderem in der anschließenden mündlichen Prüfung noch einmal vorgestellt und besprochen wird. Dabei entspricht die Prüfungskommission in ihrer multiprofessionellen Zusammensetzung den Berufsgruppen, aus denen die Prüflinge stammen. „Für die Zukunft suchen wir hier weitere Mitwirkende, die sich als Prüferinnen und Prüfer engagieren möchten“, ermutigt Brooksiek potenziell Interessierte.

Kontakt: Bundesverband Geriatrie, Geschäftsstelle Zercur, Tel.: 030/339 88 76-13

Aus den Landesverbänden

Leben mit Demenz

20. Sächsischer Geriatrietag im Deutschen Hygienemuseum

Etwa 150 Teilnehmende trafen sich am 25.09. anlässlich des Sächsischen Geriatrietags im Deutschen Hygienemuseum in Dresden – und das auch in persona und vor Ort. „Wir waren sehr froh, dass wir nach dem Ausfall im letzten Jahr endlich wieder einen Geriatrietag als hybride Veranstaltung durchführen konnten“, freut sich Dr. Stefan Zeller, Vorstandsvorsitzender des Landesverbands Geriatrie Sachsen. Dessen Mitglieder hatten den Fachtag gemeinsam mit der Landesinitiative Demenz Sachsen, der Alzheimer Gesellschaft Dresden, der Maßnahme Kompetenzaufgaben Demenz, der Kontakt- und Beratungsstelle GerDA, der Landeshauptstadt Dresden sowie dem Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden vorbereitet – und dabei natürlich alle notwendigen Hygienemaßnahmen umgesetzt.

Als Abschlusstag im Rahmen der „Woche der Demenz“ durchgeführt, vermittelten Referentinnen und Referenten aus dem Universitäts Demenz Centrum Dresden und dem Krankenhaus St. Joseph-Stift Dresden aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse über die Alzheimer-Erkrankung sowie Therapiestrategien im Krankenhaus. Die Initiatorinnen der Qualitätsinitiative „Zertifiziertes Demenzsensibles Krankenhaus“ aus dem Malteser Krankenhaus St. Carolus Görlich berichten zudem über ihre Aktivitäten von den Anfängen bis zur Zertifizierung. Auch Selbsthilfegruppen kamen zu Wort, und Anbieter vielfältiger Unterstützungsangebote gaben praktische Hinweise für das Leben mit Demenz. Zu Beginn hatte die Staatssekretärin Dagmar Neukirch ein Grußwort des sächsischen Ministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt überbracht.

„In Anbetracht steigender Inzidenzwerte war bis zum Schluss unklar, ob unsere Veranstaltung überhaupt wie geplant stattfinden kann“, schildert Zeller die erschwerten Bedingungen. „Letztlich haben die Hygienekonzepte funktioniert, und wir sind mit der Resonanz auf den Geriatrietag sehr zufrieden.“

© Helmut Hammer

▲ Der 20. Sächsische Geriatrietag wird eröffnet

Übergangspflege im Krankenhaus – Neuregelungen des Gesundheitsversorgungswesentersentwicklungsgesetz (GVWG)

Mit dem am 20. Juli 2021 in Kraft getretenen Gesundheitsversorgungswesentersentwicklungsgesetz (GVWG) hat der Gesetzgeber § 39e SGB V eingeführt, der einen neuen Anspruch von Patientinnen und Patienten auf eine Übergangspflege im Krankenhaus regelt. Voraussetzung hierfür ist, dass im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung vor der Entlassung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nicht oder nur unter erheblichem Aufwand sichergestellt werden können.

Demnach soll die Übergangspflege im Krankenhaus folgendes umfassen: die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung. Der Anspruch ist auf längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung begrenzt. Ferner soll das Vorliegen der Voraussetzungen einer Übergangspflege vom Krankenhaus im Einzelnen nachprüfbar dokumentiert werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft waren aufgefordert, bis zum 31. Oktober 2021 (nach Redaktionsschluss dieser Ausgabe) die hier notwendigen Einzelheiten zu vereinbaren.

Kliniken dürfen Kurzzeitpflege erbringen

Aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie ist es ausdrücklich zu begrüßen, dass Krankenhäuser damit in die Lage versetzt werden, Leistungen der Kurzzeitpflege erbringen zu dürfen und diese durch die Kostenträger vergüten zu lassen. Insbesondere geriatrische Fachabteilungen in Krankenhäusern sehen sich regelmäßig mit der Herausforderung konfrontiert, dass ihre Patientinnen und Patienten zwar nicht mehr vollstationär und akutmedizinisch behandlungsbedürftig sind, aber einer Anschlussbehandlung bedürfen. Die vorübergehende Unterbringung in Einrichtungen der Kurzzeitpflege oder die Entlassung der Patientinnen und Patienten in die eigene Häuslichkeit scheiden oftmals aus – da entweder keine kurzfristigen Pflegekapazitäten in nahegelegenen Einrichtungen zur Verfügung stehen oder weil die häusliche Pflege nicht möglich ist.

Die bisherige Rechtslage führt häufig – auch und insbesondere bei der geriatrischen Versorgung – zu Streitigkeiten wegen der Kostenübernahme: Verbleiben Patientinnen und Patienten mit Anschlussbehandlungsbedarf bei zugleich nicht fortbestehender

Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im Krankenhaus, führt dies häufig zu Prüfungen der Medizinischen Dienste. Das Nichtvorliegen einer medizinischen Behandlungsnotwendigkeit begründet in diesen Fällen – bisher formal korrekt – eine sekundäre Fehlleistung, die zu Rechnungskürzungen zu Lasten der Krankenhäuser führen kann.

Sektorale Schwellen überwunden

Mit den Neuregelungen schafft der Gesetzgeber nun ein Stück weit Rechts- und Versorgungssicherheit an den sektoralen Schwellen zwischen unterschiedlichen Leistungs- und Pflegeangeboten und den jeweils zugrundeliegenden Sozialgesetzbüchern. Grundsätzlich problematisch bleibt aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie in diesem Zusammenhang der fortwährende und sich zusehends verschärfende Fachkräftemangel des pflegerischen Personals in Deutschlands Krankenhäusern. Adäquate pflegerische Versorgung verlangt nach einer auskömmlichen und qualifizierten Personalausstattung – dies gilt insbesondere mit Blick auf geriatrische Patientinnen und Patienten mit regelhaft erhöhtem (Übergangs-)pflegebedarf.

Zudem stellt die neue Regelung keine Lösung für das zugrundeliegende Problem dar. Die Politik muss sicherstellen, dass es ausreichende pflegerische Versorgungsangebote für betagte und hochbetagte Patientinnen und Patienten gibt. Krankenhäuser können nicht die grundsätzlichen Versäumnisse und Probleme in anderen Versorgungsbereichen lösen. Insofern bedarf es klarer politischer Schritte im Bereich der Pflegeversicherung, um mehr Versorgungskapazitäten zu schaffen und das Grundproblem des gestiegenen Bedarfs in diesem Bereich zu lösen.

Finanzierung

aG-DRG-System 2022: Was gibt's Neues?

Geriatrispezifische DRG zur Abbildung von isolationspflichtigen COVID-19 Patientinnen und Patienten

Bereits im Entgeltsystem 2021 stellte die sachgerechte Abbildung von COVID-19-Infektionen aufgrund der retrospektiven Datengrundlage eine Herausforderung dar. Der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems stehen in jedem Jahr die Daten gem. § 21 KHEntG sowie die freiwilligen Lieferungen von Kostendaten der Kalkulationskrankenhäuser zur Verfügung. Dabei basiert die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems stets auf retrospektiven Daten. Da die Covid-19-Pandemie bisher die Systemjahre 2020 und 2021 prägte, zeigte das Datenjahr 2019 noch keine Auswirkungen dieser Pandemie. Auf der Grundlage der Daten aus dem Jahr 2019 war für das Systemjahr 2021 daher keine kostengestützte Berücksichtigung

sichtigung von COVID-19-Infektionen möglich. In Anbetracht des pandemischen Geschehens war es jedoch bereits für das Entgeltsystem 2021 unabdingbar, COVID-19-Infektionen – soweit möglich – sachgerecht abzubilden.

Umbauten für 2021 nicht zielgenau

Für die Verschlüsselung des Coronavirus wurde bereits im Februar 2020 der Sekundärkode U07.1! „COVID-19, Virus nachgewiesen“ vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) veröffentlicht. Diese Schlüsselnummer ist zu verwenden, wenn COVID-19 durch einen Labortest nachgewiesen ist, ungeachtet des Schweregrades des klinischen Befundes oder der Symptome. Für diesen Sekundärkode waren für das aG-DRG-System 2021 zunächst umfassende CCL-Anpassungen vorgenommen worden. Da die U07.1! bei COVID-19-Infektionen als Sekundärkode stets die Nebendiagnose bildet, war bereits für das aG-DRG-System 2021 trotz einer eher heuristischen Integration und fehlender Kostendaten eine verbesserte Abbildung von COVID-19-Fällen zu erwarten. Die Ergebnisse zur Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems 2022 zeigen, dass die auf heuristischer Basis erfolgten Umbauten die durchschnittliche Kostensituation der COVID-19-Fälle in der Gesamtheit gut getroffen haben. Gleichwohl waren die erfolgten Umbauten nicht zielgenau, weshalb die Vergütung von COVID-19-Fällen im Systemjahr 2021 teilweise zu hoch und teilweise zu gering war, was zu einer ungleichmäßigen Verteilung der Erlöse zwischen den Krankenhäusern führte.

Temporäres Zwei-Stufen-System

Vor diesem Hintergrund wurden für das aG-DRG-System 2022 Fallverschiebungen zur verbesserten Abbildung der relativen Kostensituation von COVID-19-Fällen vorgenommen. Dadurch sollen die Fälle in der Gesamtheit ökonomisch aufgewertet werden. Auch wenn die Kostendaten 2020 erstmals das pandemische Geschehen widerspiegeln, war diese Datengrundlage aufgrund der massiven Veränderungen der Versorgungslandschaft (Fallzahlrückgang um 13,2 %, Rückgang der Belegungstage um 13,1 %, Anstieg der mittleren Fallkosten in den Kalkulationsdaten um 18,3 %) erneut nicht für eine routinemäßige Weiterentwicklung des Entgeltsystems geeignet. Die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems 2022 erfolgte daher im Rahmen eines zweistufigen Ansatzes. Auf der Grundlage der geprüften Kostendaten aus dem Jahre 2019 erfolgten im ersten Schritt die regulären Umbauten der DRG-Klassifikation. In einem zweiten Schritt wurden anhand des Datenjahres 2020 die COVID-19-Fälle kostenorientiert angepasst. Durch dieses temporär eingesetzte Zwei-Stufen-System soll unter anderem sichergestellt werden, dass die Verschiebungen der COVID-19-Fälle keine Auswirkungen auf die durchschnittlichen Fallkosten in den Basis-DRGs haben.

Neue geriatricspezifische DRG E42K

Im Ergebnis wurden für das aG-DRG-System 2022 Fälle in Kombination mit dem Sekundärkode U07.1! und einer Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresis-

tenten isolationspflichtigen Erregern in diversen Kombinationen und Ausprägungen aufgewertet sowie drei neue DRGs etabliert. Da innerhalb der geriatricspezifischen Basis-DRG E42 „Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane“ eine Verschiebung von COVID-19-Fällen in eine bestehende, höher bewertete DRG nicht möglich ist, wurde die neue DRG E42K „Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mit Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern, COVID-19, Virus nachgewiesen“ eingeführt. Zusätzlich sind coronabedingte Fallverschiebungen innerhalb der DRG B44A „Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit neurologischer Komplexbehandlung oder anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls bei schwerer motorischer Funktionseinschränkung“ und der DRG I34Z „Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe“ erfolgt. Die bereits für das Entgeltsystem 2021 durchgeführten CCL-Anpassungen der U07.1! wurden zudem überprüft und für das aG-DRG-System 2021 in 42-Basis-DRGs um +1 aufgewertet.

Zur vereinfachten Darstellung aller coronabedingten Umbauten hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für das aG-DRG-System 2022 eine tabellarische Übersicht der Umbauten veröffentlicht, die das Definitionshandbuch ergänzt. Diese steht auf den Internetseiten des InEK zur Verfügung.

Rechtsprechung

Logopädisches Screening stellt keine „Therapieeinheit“ dar

Urteil des Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen vom 16. Februar 2021 (L 16 KR 193/17)

Das Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen hat mit Urteil vom 16. Februar 2021 (L 16 KR 193/17) entschieden, dass ein logopädisches Screening keine „Therapieeinheit“ im Sinne des OPS 8-550 darstellt. Im zugrundeliegenden Sachverhalt wurde bei einem Patienten ein logopädisches Screening durchgeführt. Dabei wurde ein völlig unauffälliger Befund erhoben und die Notwendigkeit einer logopädischen Behandlung als „nicht erforderlich“ dokumentiert. Dies wurde in der Patientenakte unter „Teamsitzung 1. Woche“ als „Status bei Aufnahme“ vermerkt. Nach Ansicht des LSG stellt die reine Befunderhebung im Bereich Logopädie bereits nach dem Wortlaut keine Therapieeinheit dar. Selbst wenn eine Diagnostik möglicherweise im Allgemeinen, aber nicht im Konkreten einzelne therapeutische Elemente enthalten könne, bleibe sie dem Grunde nach Befunderhebung. Dies gelte erst recht, wenn thera-

peutische Elemente als solche nicht klar abgrenzbar seien und zur reinen Möglichkeit verschwämmen.

Das LSG Niedersachsen-Bremen bestätigt mit dieser Entscheidung die Auffassung des Bundesverbandes Geriatrie. Nach unserer Ansicht dürfen Verfahren, die ausschließlich dem Assessment dienen, nicht in die Gesamtzahl der erbrachten Therapieeinheiten einfließen.

Ablehnung der geriatrischen Rehabilitation

Krankenkassen erkennen vermehrt Voraussetzungen nicht an

Wie wir aus dem Kreis unserer Mitgliedschaft erfahren haben, werden durch einzelne Krankenkassen zurzeit vermehrt stationäre geriatrische Rehabilitationsleistungen abgelehnt. Die Leistung wird mit dem Argument verwehrt, dass während des Voraufenthalts im Krankenhaus eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung durchgeführt wurde, sodass die Voraussetzungen für eine erneute Rehabilitation grundsätzlich nicht vorlägen.

Diese Sichtweise ist mit der Rechtslage nicht vereinbar. Die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung ist gemäß § 39 SGB V und § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 5 KHEntgG eine allgemeine Krankenhausleistung. Voraussetzung für diese Komplexbehandlung im Krankenhaus ist ein bestehender Krankenhausbehandlungsbedarf. Wurde dieser von ärztlicher Seite festgestellt, muss der Patient bzw. die Patientin akutstationär behandelt werden. Danach wird ärztlicherseits geprüft, ob eine Rehabilitationsmaßnahme gemäß § 40 Abs. 6 SGB V (Anschlussheilbehandlung) in einer Rehabilitationseinrichtung indiziert ist. Ist dies der Fall, besteht gemäß § 40 SGB V ein sozialrechtlicher Anspruch auf Rehabilitation.

Der Bundesverband Geriatrie hat unter anderem die Techniker Krankenkasse auf diesen Umstand hingewiesen und zu einer Stellungnahme aufgefordert. Sie stimmt zu, dass eine pauschale Ablehnung der Anschlussheilbehandlung aufgrund einer zuvor erfolgten geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung unzulässig ist. Der Bundesverband steht aktuell im Dialog mit dem Fachzentrum Vorsorge- und Rehabilitation der Techniker Krankenkasse, um Lösungsansätze zu diskutieren.

Sofern es auch in Ihren Einrichtungen zu den oben dargestellten Ablehnungen kommt, bitten wir Sie, dies an die Geschäftsstelle des Bundesverbandes Geriatrie zu melden. Treten solche Fälle vermehrt bei einer Versicherung auf, kann der Bundesverband gegebenenfalls in dieser Angelegenheit tätig werden und auf die Krankenkasse einwirken.

Veröffentlichungen

Roter Faden für die Kodier-Landschaft

Kodierhandbuch Geriatrie 2022 als Buch und Datenbank

Mit dem Kodierhandbuch Geriatrie aktualisiert der Bundesverband Geriatrie alljährlich sein bewährtes Tool für die praxisnahe Unterstützung bei der täglichen Kodierung. Um dabei den Bedürfnissen des sich stetig wandelnden Gesundheitssystems gerecht zu werden, ist das Fachbuch ab der Ausgabe 2022 als Hybridversion erhältlich. Das hat viele gute Gründe: Die Kombination von Printwerk und Online-Datenbank unterstützt nicht nur die moderne, effiziente Krankenhausabrechnung. Zudem lässt sich durch unterjährliche Updates die Datenbank regelmäßig an den neuesten Stand anpassen, wodurch aktueller Wissenstransfer ermöglicht wird. Verlinkungen und eine gezielte Suchfunktion machen das Kodierhandbuch Geriatrie 2022 zur anwenderfreundlichen Kodierhilfe.

Inhaltlich knüpft das Tool 2022 an die Vorauslagen an. Denn das DRG-System hat durch seine konsequente Weiterentwicklung einen hohen Differenzierungsgrad erreicht. Gleichzeitig ist ein hochkomplexes Fallpauschalensystem entstanden, welches in ein dynamisches Begleitwerk der Krankenhausfinanzierung eingebettet ist. Ob Anpassungen der Klassifikationssysteme an das pandemische Geschehen, Entscheidungen des Schlichtungsausschusses oder Urteile der Sozialgerichtsbarkeit – aktuelle leistungsrechtliche Entwicklungen bedürfen frühzeitiger und zielgerichteter Anpassungen der krankenhausinternen Organisationsstrukturen.

Darüber hinaus gibt das Handbuch wichtige Hinweise zu zukünftigen Entwicklungen. Insbesondere werden die formal-rechtlichen Grundlagen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes sowie des MDK-Reformgesetzes unter geriatriespezifischen Gesichtspunkten analysiert und die daraus resultierenden kurzfristigen sowie mittel- bis langfristigen Auswirkungen diskutiert. Das multiprofessionelle Autorenteam garantiert dabei eine vielschichtige Betrachtung der gesundheitspolitischen und kodierrechtlichen Fragestellungen.

Herausgeber: Bundesverband Geriatrie e. V.
Verlag: Kohlhammer
Zielgruppe: alle Professionen, die sich mit Kodierfragen der Geriatrie beschäftigen
Seiten: ca. 430
Preise: Einzelplatzlizenz inkl. Printwerk 59,00 €/Jahr
Zweiplatzlizenz inkl. Printwerk 89,00 €/Jahr

Veranstaltungshinweise

08.02.2022	09.30–16.30 Uhr	Kodierseminar
16.02.2022	09.30–16.30 Uhr	Kodierseminar
24.02.2022	09.30–16.30 Uhr	Kodierseminar
24.03.2022	therapie LEIPZIG	
29./30.03.2022	voraussichtlich: Mitgliederversammlung 2022	