

## Mitteilungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.

**Prof. Dr. E. Steinhagen-Thiessen**  
(Vorstandsvorsitzende)  
Bundesarbeitsgemeinschaft  
der Klinisch-Geriatriischen  
Einrichtungen e.V.  
Ev. Geriatriezentrum Berlin  
GmbH  
Reinickendorfer Straße 61  
13347 Berlin  
Telefon: (030) 45 94-19 00  
Fax: (030) 45 94-19 38

Korrespondenzadresse  
für die BAG:  
Frau Antje Quicker  
EGZB Bundesarbeits-  
gemeinschaft  
der Klinisch-Geriatriischen  
Einrichtungen e.V.  
Reinickendorfer Str. 61  
13347 Berlin  
Telefon: (030) 450-55 37 17  
Fax: (030) 450-55 39 33  
E-Mail: antje.quicker@charite.de  
Internet: www.bag-geriatrie.de  
Bürozeiten:  
Mo–Mi 9.00–15.30 Uhr

Sehr geehrte Mitglieder,

das Jahr 2002 neigt sich dem Ende zu und wir wollen an dieser Stelle Bilanz ziehen.

Dazu sind einige wichtige Aktivitäten des Vorstandes im vergangenen Geschäftsjahr der BAG zu nennen.

Beginnen möchte ich mit dem diesjährigen Höhepunkt, der Mitgliederversammlung unserer Bundesarbeitsgemeinschaft in Osnabrück. Ich möchte die Gelegenheit nutzen, um dem Organisationsteam der Gastgebereinrichtung – der Klinik für Geriatrie am Klinikum Osnabrück – Natrupper Holz – deren ärztlicher Leiter Herr Dr. Lüttje ist, noch einmal ganz herzlich für die Ausrichtung zu danken. Die Veranstaltungen in den historischen Gebäuden des Schlosses Osnabrück sowie die Abendgestaltung mit einem Ausblick auf die historische Altstadt, „Klassik mit Orgel und Chorgesang“ im Dom, der Empfang beim Bürgermeister im Friedenssaal des Rathauses und auch das Ambiente des Steigenberger Hotel Remarque werden den Teilnehmern nachhaltig in guter Erinnerung bleiben.

Wir möchten auch Ihnen an dieser Stelle für die zahlreiche Teilnahme an der Mitgliederversammlung danken.

Wichtige Ereignisse der Mitgliederversammlung waren die Wahl des Vorstandes, die Satzungsänderungen sowie die zahlreichen Neuaufnahmen von Mitgliedern in die BAG.

Im Ergebnis der Wahlen wurde Frau Prof. Dr. Steinhagen-Thiessen als Vorstandsvorsitzende bestätigt, ebenso Herr Hamel als stellvertretender Vorsitzender und Herr Dr. Lüttje als Beisitzer. Herr Prof. Dr. Oster und Herr Prof. Dr. Vogel kandidierten nicht und schieden aus dem Vorstand aus. Als neue Beisitzer des Vorstandes wurden Herr Dr. Swoboda, ärztlicher Leiter der Geriatriischen Re-

habilitationsklinik in Würzburg und Herr Wehmeyer, Verwaltungsdirektor des Evangelischen Krankenhauses Gesundbrunnen in Hofgeismar gewählt.

Die Ausschusssitzungen der ständigen BAG-Ausschüsse fanden unmittelbar vor der Mitgliederversammlung statt. Als Vorsitzende wurden in diesem Jahr Herr Dr. Stamm für den Ausschuss Aus-, Weiter- und Fortbildung, Herr Dr. Borchelt für Qualitätssicherung I – Gemidas und Herr Dr. Siegel für Qualitätssicherung II – Qualitätsstandards bestätigt. Neu im Amt ist der Vorsitzende des Ausschusses Betriebswirtschaft – Herr Wehmeyer, jetzt in einer Doppelfunktion, da er auch neues Vorstandsmitglied ist.

Die im letzten Jahr gescheiterten Satzungsänderungen wurden in diesem Jahr von einer großen Mehrheit der stimmberechtigten Teilnehmer angenommen. Damit ist jetzt im Aufnahmefokus geklärt, dass über die Aufnahme einer Einrichtung, deren Träger bereits Mitglied der BAG ist, genauso wie über die anderen Neuaufnahmen abgestimmt werden muss. Mit der zweiten Satzungsänderung wurde ein „gerechteres“ Stimmverhältnis geschaffen. Die Anzahl der Stimmen eines Trägers (BAG ist Trägereinrichtung!) wurde gestaffelt (1–3) der Anzahl seiner Betten bzw. Plätze angepasst.

Im Ergebnis zahlreicher Werbeaktionen und intensiver Zusammenarbeit mit Einrichtungen konnten wir in diesem Jahr 15 Einrichtungen in die Bundesarbeitsgemeinschaft aufnehmen. Somit zählt unsere Arbeitsgemeinschaft derzeit 157 Träger mit insgesamt 168 Einrichtungen zu ihren Mitgliedern.

Die diesjährige Podiumsdiskussion stand unter dem Thema „Strukturen der Geriatrie“. Unter den Referenten waren prominente Persönlichkeiten wie Herr Dr. Le-

ber vom AOK Bundesverband, Herr Dr. Hennes von der DKG, Herr Rau vom BMG und Herr Dr. Bruns vom VdaK. Sie standen Rede und Antwort zur Situation der Geriatrie aus der Sicht ihrer Institutionen, insbesondere auch unter Einbezug der regional unterschiedlichen gesetzlichen Einbindung der Geriatrie. Sie hatten sich alle mit den neuesten Positionspapieren der BAG in Zusammenarbeit mit DGG und DGGG auseinandergesetzt und würdigten die Datenerhebungen und -auswertungen aus dem BAG - DRG-Projekt als Chance für die Geriatrie, sich bei der Einführung des neuen Entgeltsystems zu behaupten. Auch die jetzt erreichte Verlegungsregelung ist ein Ergebnis der unermüdlichen Tätigkeit der BAG auf diesem Gebiet.

Denn nach wie vor ist ein Hauptschwerpunkt der Arbeit des Vorstandes die Auseinandersetzung mit den Problemen der Geriatrie zur bevorstehenden Einführung der DRG in Deutschland. Vor dem Hintergrund der drängenden Zeit infolge des sehr engen DRG-Einführungszeitplans, hat die BAG im Anschluss an die Mitgliederversammlung im November 2001 das DRG-Pilotprojekt auf den Weg gebracht.

Inzwischen liefern 10 Referenzkliniken ihre Daten für das Projekt und umfangreiche Zwischenauswertungen wurden vorgenommen.

Im Mai diesen Jahres formulierte die BAG gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie 5 wesentliche Positionen der Geriatrie „Zur Einführung diagnosebezogener Fallpauschalen (DRG) im Rahmen des Fallpauschalengesetzes (FPG)“, welches mit zahlreichen Vertretern der Bundes- und Landesministerien, Kostenträgern und Gesellschaften diskutiert wurde.

Im September 2002 erschien ein zweites Positionspapier „Abschließende Stellungnahme zum Entwurf einer Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV)“, welches in gleicher Weise zur Diskussion steht. Dieses Papier wurde in der letzten Ausgabe dieser Zeitschrift, ebenfalls auf unseren Mitteilungsseiten, veröffentlicht.

Alle Bemühungen werden derzeit gebündelt, um der Geriatrie in ihrem Überlebenskampf eine faire Chance einzuräumen. Dazu arbeiten wir ständig an einer Verbesserung der Zusammenarbeit der BAG mit den politischen Verantwortlichen auf Bundes- und Landesebene. Eine verstärkte Zu-

sammenarbeit mit dem neuen Dachverband der Fachgesellschaften, deren Präsident Herrn Prof. Dr. Oswald ist, wird angestrebt. Ebenso sind gemeinsame Veranstaltungen mit den Vorsitzenden der regionalen Arbeitsgemeinschaften Geriatrie geplant.

Der Kontakt zu Verbänden und Gesellschaften wie DEGEMED, INEK, dem IMC und DIMDI, um nur einige zu nennen, wird kontinuierlich gepflegt.

In diesem Zusammenhang möchte ich auf die Stellungnahme der DRG-Projektgruppe in dieser Ausgabe hinweisen.

Auf dem Gebiet der Novellicierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung ist Herr Dr. Lüttje aktiv für die Geriatrie engagiert. Bitte lesen Sie zur derzeitigen Situation den nachfolgenden Artikel.

Auch wenn uns für die Geriatrie kein „perfektes Ergebnis“ in Aussicht gestellt werden konnte, was unsere Zukunft bei der DRG-Umsetzung angeht, werden wir in unseren Aktivitäten nicht nachlassen. In diesem Sinne wünscht Ihnen der Vorstand alles Gute für das Jahr 2003.

Steinhagen-Thiessen  
Vorsitzende

## **Abbildung der Geriatrie in der Novelle zur Muster-Weiterbildungsordnung (MusterWBO) der Bundesärztekammer Stand September 2002 und die aktuelle Diskussion hierzu Stand November 2002**

In der MusterWBO ist Geriatrie als Zusatz-Weiterbildung mit einer speziellen Weiterbildungszeit von 18 Monaten abgebildet. Voraussetzung zur Weiterbildung in Geriatrie ist der Erwerb eines Facharztes ohne jede Einschränkung, damit können auch Pathologen und Pädiater die Zusatz-Weiterbildung Geriatrie erwerben. Wie alle anderen Fachärzte mit

entsprechender Zusatz-Weiterbildung können sie dann aber nur im Gebiet (z.B. Pathologie, Pädiatrie) geriatrisch tätig werden. Es gäbe also zukünftig internistisch-allgemeinmedizinische Geriatrie, orthopädische Geriatrie, gynäkologische Geriatrie .... Die Weiterbildungsinhalte für Geriatrie sind hierbei zum Teil wenig differenziert dargestellt, in

anderen Teilen dagegen wörtlich aus Geriatrie-Empfehlungen übernommen. Europabezogen wäre Geriatrie in Deutschland nicht mehr als Spezialität anerkenbar, da eine Mindestweiterbildung von 24 Monaten nicht mehr gefordert ist.

Kurz kommentiert: Eine Verschlechterung selbst gegenüber letztjährigen Vorschlägen der

Bundesärztekammer, handwerklich bezüglich Inhalten und Weiterbildungszeit offensichtlich fehlerhaft und weder der Versorgungsrealität in Deutschland noch wissenschaftlichen Erkenntnissen oder europäischen Entwicklungen folgend. Eine Begründung für eine derartige Abwertung und Umwidmung der Geriatrie wird von der Bundesärztekammer bisher nicht geliefert.

Ein Argument jedoch wird unter der Hand gehandelt: Geriatrie sei „nur“ ein Querschnittsfach, also auch so abzubilden. Handwerkliche Verbesserungen (6 Monate mehr Weiterbildung, ggf. Ausschluss einiger völlig unsinniger Facharztstitel als Weiterbildungsgrundlage) werden indirekt angeboten. Die Option eines Gebietes Geriatrie (Facharzt) wird ebenfalls natürlich unter der Hand und inoffiziell in leuchtender Ferne angedeutet „in vielleicht 10 Jahren“.

Es lohnt eine Bestandsaufnahme: Bereits die Einstufung in der letzten MusterWBO (1992) hatte die Geriatrie als „fakultative Weiterbildung“ dem Schwerpunkt bis auf die Führbarkeit der Bezeichnung gleichgestellt mit Weiterbildungsdauer 2 Jahre, komplett in der Klinischen Geriatrie zu absolvieren, mit einer eindeutigen, einem Schwerpunkt entsprechenden Definition sowie einer eindeutigen Festlegung von Richtzahlen und Weiterbildungsinhalten in realistischer Größenordnung.

Die Aufnahme von „Klinischer Geriatrie“ in die Weiterbildungsordnung 1992 war aus Sicht des europäischen Umfeldes eine damals längst überfällige, verspätete Anerkennung dieses Bereiches. Die „Fakultative Weiterbildung“ wurde 1992 eingeführt, um Spezialitäten, die klar über Zusatzbezeichnungen hinausgehen besonders darzustellen und ihre Wertigkeit quasi als Schwerpunkt besonders zu kennzeichnen.

In Deutschland hat die Geriatrie sowohl wissenschaftlich als auch im Versorgungssystem ihre Berechtigung und Erfordernis mittlerweile klar dargestellt. Dies drückt sich an einer zunehmenden Zahl von Lehrstühlen (wenn auch insgesamt noch unbefriedigend auch im europäischen Vergleich) und in der Zahl der etablierten Kliniken aus. Hierbei sind inzwischen deutlich mehr akutgeriatriische Betten im Sinne eines Schwerpunktes der Inneren Medizin (parallel zur Kardiologie und Gastroenterologie) als geriatriische Rehabilitationsbetten etabliert. In der Krankenhausstatistik von 1999 stellt Geriatrie nach Kardiologie und Gastroenterologie den betten- und patiententechnisch drittgrößten Schwerpunkt in Deutschland dar (Statistisches Bundesamt 1999, aufgestellte Betten im Krankenhaus: Kardiologie 15 378, Gastroenterologie 10 400, Geriatrie 9082). Die größten Zahlen an Weiterbildungsermächtigungen für die fakultative Weiterbildung Klinische Geriatrie liegen im Gebiet Innere Medizin vor. Die Zahl der tatsächlich Weitergebildeten ist schwer zu ermitteln, da sich die Umsetzungsverfahren in den einzelnen Landesweiterbildungsordnungen bis 1997 mit zum Teil langjährigen Übergangsphasen hingezogen haben.

Die besondere Wertigkeit der fakultativen Weiterbildung Klinische Geriatrie wurde durch die Anerkennung als Schwerpunkt im Gebiet Innere Medizin in Brandenburg herausgestellt, vergleichbare Ansätze werden z.Zt. im Bereich anderer Landesärztekammer verfolgt.

Wie fachlich mehrfach von der Geriatrie dargelegt, handelt es sich bei Geriatrie in der alltäglichen Patientenversorgung um ein Querschnittsfach in dem Sinne, dass Grundlage der Multimorbidität hochaltriger Patienten oft Risiken oder Krankheitsbilder aus

verschiedenen Gebieten stammen. In der tatsächlichen Versorgungsform der einzelnen Patienten handelt es sich aber um eine Spezialität mit einer besonders großen Schnittmenge mit der Inneren Medizin. Auch in der wissenschaftlichen Betrachtungsweise des Feldes ist die Nähe zur Allgemeinen Inneren Medizin deutlich erkennbar. Die gerontopsychiatrischen Aspekte sind hierbei wichtig, aber gesondert zu betrachten.

Im europäischen Umfeld ist Geriatrie zum kleineren Teil als selbständiges Gebiet ganz überwiegend (und in den letzten Jahren zunehmend reintegriert) als Subspezialität/Schwerpunkt in der Inneren Medizin (und Allgemeinmedizin) mit einer 2- bis 3-jährigen Weiterbildung (bei z.T. versenkten Weiterbildungsabschnitten) ausgewiesen.

Die Einschätzung, Geriatrie sei ausschließlich ein gebietübergreifendes Querschnittsfach ist nur dann nachvollziehbar, wenn vorrangig die rehabilitative Versorgungsform als Grundlage der Definition gesehen wird. Dies würde der Spezialität Geriatrie jedoch ebenso wenig gerecht, wie die Definition einer Spezialität Gastroenterologie oder Kardiologie rein aus der Sicht der entsprechenden kardio-rehabilitativen oder gastro-rehabilitativen Bereiche – und Geriatrie ist ja wahrlich nicht die einzige Spezialität mit dem Gesamtspektrum von (Notfall-)Akutmedizin bis hin zur (Früh-)Rehabilitation und der „zustandserhaltenden“ Pflege. Eine solche Erkenntnis schmälert auch nicht die besonderen und berechtigten Ansprüche der Geriatrie auf ganzheitliche und fallabschließende integrierte Versorgung.

Hier müssen Geriater sicher sorgfältig beachten, nicht mit berechtigten, aber von Dritten fehlinterpretierten Aussagen die Position der Geriatrie zu schwächen. Die Geriatrie muss andererseits

akzeptieren, sich innerhalb des Fächerkanons der MusterWBO zu definieren. Den goldenen Geriatrie-Sonderweg wird es nicht geben.

Eine abgestimmte Stellungnahme der geriatriischen Fachgesellschaften sowie der Trägervereinigung und der Sektion Geriatrie im BDI sieht die Geriatrie vorrangig als Schwerpunkt im Gebiet Innere Medizin. Entsprechend ist in Abstimmung mit den Vorständen und Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG), der Gesellschaft für Geriatriische Medizin der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG), der Sektion Geriatrie im Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) und der Arbeitsgemeinschaft Klinisch Geriatriischer Einrichtungen (BAGKGE) ein Entwurf zur Darstellung des Schwerpunkts Geriatrie im Gebiet Innere Medizin erarbeitet worden. Dieser Vorschlag lehnt sich an bisherige Strukturen der Musterwei-

terbildungsordnung an und berücksichtigt die seither eingetretene Entwicklung in Deutschland, aber auch die Positionierung der Geriatrie als Schwerpunkt im Gebiet Innere Medizin in Europa. Er steht in Übereinstimmung mit früheren Positionspapieren der entsprechenden Beteiligten.

Entsprechend Veröffentlichung und aktueller Diskussion sieht die Geriatrie in Deutschland daneben die Notwendigkeit, abgestufter fährbarer Bezeichnungen (Zusatz-Weiterbildung Geriatriische Rehabilitation) auch für andere Gebiete. Hierfür hat die Geriatrie mit der Arbeitsgruppe um Dr. Thomas Stamm schon länger einen Entwurf vorgelegt. Diese Abstufung in Schwerpunkt und Zusatz-Weiterbildung stellt keinen Geriatrie-Sonderweg dar. Die Bundesärztekammer hat entsprechend ausdrücklich für die Diabetologie vorgehen.

Nach aktuellem Diskussionsstand erlebt die MusterWBO eine

breite Ablehnung – wenn auch nicht auf Grund der Abbildung der Geriatrie. Alle Internistischen Fachgesellschaften und Berufsverbände sowie die AWMF fordern die komplette Revision der Novelle. Eine Verabschiedung auf dem nächsten Ärztetag erscheint damit mehr kaum vorstellbar.

Mehrere unserer Mitglieder haben inzwischen Kontakt zu Ärztekammern und Ärzteorganisationen aufgenommen, die Position der Geriatrie wird dadurch immer besser verstanden. Aber die Anstrengungen zur Positionierung der Geriatrie müssen unverändert intensiv und mit einheitlicher Sprache vorgetragen werden. Nur so ist, wenn überhaupt, eine nachhaltige Verbesserung zu erreichen.

Dr. med. Dieter Lüttje  
BAG Vorstand

(Für eventuelle Rückfragen stehe ich Ihnen gerne unter der Email-Adresse: [luettje@klinikum-osnabrueck.de](mailto:luettje@klinikum-osnabrueck.de) zur Verfügung.)

## Stellungnahme der DRG-Projektgruppe der BAG KGE e.V. zum aktuellen Status der Geriatrie im G-DRG-System

M. Borchelt  
Sprecher der DRG-Projektgruppe der BAG KGE e.V.

Auf Anfrage der DRG-Projektgruppe der BAG KGE e.V. teilte das BMG am 28. 10. 2002 mit, dass die Geriatrie im G-DRG-System 2003 auf der Grundlage des Fallpauschalengesetzes (FPG) in Verbindung mit der Krankenhausfallpauschalenverordnung (KFPV) rechtsverbindlich verankert sei.

Im FPG (Artikel 2 Absatz 4) vom 23. 4. 2002 ist abschließend geregelt, dass nur die Leistungen der Einrichtungen für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin von der Einführung des pauschalierenden

Vergütungssystems auszunehmen sind (Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2002, Teil I Nr. 27, S. 1414).

Die Diskussion um den formalen bzw. rechtlichen DRG-Status der Geriatrie ist nach Auffassung der DRG-Projektgruppe der BAG KGE e.V. damit aktuell abgeschlossen. Die Geriatrie als Fach muss sich unmittelbar auf die resultierenden **Konsequenzen** konzentrieren – auf Bundes- wie auf Landesebene. Mittlerweile wurden bereits erste Details zur Erstkalkulation veröffentlicht (Tuschen, Rau & Braun, f&w, 5/2002). Danach sind in der Stichprobe zwei Fachkrankenhäuser für Geriatrie vertreten (Fachabteilungen werden nicht quantifiziert). Krankenhäuser aus Hessen sind überre-

präsentiert, während Krankenhäuser aus Bayern unterrepräsentiert sind. Ein detaillierter Bericht mit Beschreibung der Kalkulationsmethodik und der ermittelten Kostenwerte je DRG soll zum Jahreswechsel vorgelegt werden.

Roeder, Rochell & Glocker setzen sich in einer aktuellen Publikation (das Krankenhaus, 10/2002) kritisch mit verschiedenen DRG-Problembereichen auseinander, darunter auch mit der Geriatrie. Einige der zentralen, von der BAG KGE e.V. zwischen 2001 und 2002 wiederholt benannten Aspekte werden im Detail aufgegriffen und diskutiert, darunter auch das Problem der Beeinflussung des Leistungsinhalts bzw. -umfangs durch die regionale Versor-

gungsstruktur. Zitat: „Bleiben die lokalen Versorgungsstrukturen bei der Kalkulation sowie der Festsetzung der Kostengewichte unberücksichtigt, wird bei einer pauschalieren Vergütung eine Anpassung der Strukturen der Krankenhäuser an die Vergütung erfolgen müssen. Dies hätte erheblichen Einfluss auf die derzeitigen, von den Ländern gewollten Strukturen in der Geriatrie. Die Autoren möchten in diesem Zusammenhang ausdrücklich darauf verweisen, dass sie nicht für eine Zementierung ineffizienter Strukturen plädieren. Sie meinen jedoch, dass effiziente Strukturen, die sich in den verschiedenen Regionen unseres Landes entwickelt haben, vergütungstechnisch so behandelt werden müssen, dass sie auch in Zukunft weiter erfolgreich im Sinne der Patienten arbeiten können. Sollte diese Problematik in der DRG-Klassifikation oder der darauf basierenden Finanzierung nicht berücksichtigt werden, werden die Länder vielleicht von ihrer Möglichkeit, Strukturzuschläge festzulegen, Gebrauch machen.“ Auch hier spiegelt sich die Auffassung der DRG-Projektgruppe der BAG KGE e.V. zur aktuellen Situation wider: Der berechtigten Forderung der Geriatrie (Berücksichtigung regionaler Versorgungsstrukturen) steht komplementär die berechnete Anforderung des Nachweises der Effizienz gegenüber. Über geeignete Instrumente zum Führen dieses Nachweises (z. B. GEMIDAS) verfügt die Geriatrie mittlerweile. Damit und daran

muss jetzt verstärkt gearbeitet werden, um die bereits näher eingegrenzten momentanen Probleme der Geriatrie kurzfristig konstruktiven Lösungen während der Options- und vor der Konvergenzphase zugänglich zu machen – auf Landes- wie auf Bundesebene – und längerfristig tragfähige Lösungen innerhalb der DRG-Systematik und -Methodik in Zusammenarbeit mit den Selbstverwaltungspartnern zu entwickeln.

Die „Positivbilanz“ zum offiziellen DRG-Status der Geriatrie sieht damit aus Sicht der DRG-Projektgruppe der BAG KGE e.V. derzeit wie folgt aus:

- Die geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung ist weiterhin kodierfähig (OPS)
- Die Geriatrie ist im G-DRG-System rechtlich verankert
- Geriatrische Fachkliniken können eigenständig Fallpauschalen abrechnen.

Die zugehörige „Negativbilanz“ stellt sich grob wie folgt dar:

- Die Leistungen der Geriatrie sind nicht ausdifferenziert kodierfähig
- Die Leistungen der Geriatrie sind noch nicht bewertungsrelevant
- Die Verweildauergrenzen des Fallpauschalenkatalogs sind nicht sachadäquat
- Die Verlegungsregeln sind nicht ausdifferenziert genug
- Regionale Versorgungsunterschiede werden nicht berücksichtigt.

Fazit: Bei nüchterner Betrachtung hat die Geriatrie bis jetzt wichtige Teilerfolge errungen. Die noch offenen Punkte sind allerdings geeignet, geriatrische Versorgungsqualität und -quantität unmittelbar zu gefährden. Alle notwendigen Schritte einzuleiten, um dies zu verhindern, ist die unmittelbar nächste Aufgabe und Verpflichtung der Geriatrie. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e.V. wird daher weiter eng mit den beiden wissenschaftlichen Fachgesellschaften, der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG) kooperieren, um die anstehenden Aufgaben zu bewältigen. Das nächste Spitzengespräch von BAG, DGG und DGGG findet am 20. 11. 2002 in Berlin statt. Darüber hinaus verweisen wir an dieser Stelle auf die folgende Mitteilung: Terminalsache „Kalkulationen von Rohfallkosten“ (siehe weiter unten).

Die nächsten wichtigen Termine in dieser Sache sind der 16. 12. 2002 (Anmeldung beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus – InEK – zur Teilnahme an der Kalkulation von Rohfallkosten für das Jahr 2004 der Kalkulationsdaten) sowie der 28. 02. 2003 (Einreichung von Vorschlägen zur Änderung bzw. Erweiterung der amtlichen Schlüsselverzeichnisse ICD und OPS beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI).

## Terminalsache „Kalkulationen von Rohfallkosten“

Sehr geehrte Mitglieder,

wir möchten Sie ausdrücklich auf das Projekt „Kalkulation von Rohfallkosten für das Jahr 2004“, welches durch das InEK durchgeführt wird, hinweisen. Wir empfehlen allen Krankenhausgeriat-

rien dringend, an diesem Projekt teilzunehmen. Diese Chance sollten wir unbedingt ergreifen, da die bisherigen Kalkulationen nur mit 2 Geriatrien durchgeführt wurden und somit die vorhandene Stichprobe nicht zu einer repräsentativen Abbildung der Ge-

riatrie, bzw. Kostengewichte und insbesondere auch der Falldauern beigetragen hat. Wir halten die Teilnahme von möglichst vielen Einrichtungen bei diesem Projekt für außerordentlich wichtig und bitten Sie dringend, in Ihren Kliniken darauf hinzuwirken, dass die

Möglichkeiten geschaffen werden, an dieser Kalkulation teilzunehmen. Wir verweisen an dieser Stelle auf die Internetseite

[http://www.g-drg.de/service/drg\\_down.htm](http://www.g-drg.de/service/drg_down.htm)

Hier stehen Ihnen seitens des InEK im Downloadbereich die nötigen Informationen, Vertragsformulare und die sogenannte Checkliste

zur Verfügung. Bei Interesse senden Sie bitte die Checkliste sowie zwei unterschriebene Vertragsexemplare **bis zum 16. 12. 02** an folgende Adresse:

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH  
Sekretariat Ökonomie  
Auf dem Seidenberg 3  
53721 Siegburg

Tel.: 0 22 41 / 93 82 25  
(Frau Radzautkzki)  
(Der Abgabetermin der Kalkulationsdaten ist unverändert der 31. 03. 2003.)

Für Rückfragen stehen wir Ihnen ebenfalls gerne zur Verfügung.

Steinhagen-Thiessen

## Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Zum 23. Oktober 2002 hatte Frau Prof. Dr. Steinhagen-Thiessen Frau Huck, die Nachfolgerin von Herrn Dr. Fuhrmann/BMA, zu einem Gespräch nach Berlin eingeladen.

Am Vorabend, dem 22. Oktober fand die Bundeskabinettsitzung statt, in deren Ergebnis es zu einer Neubildung von Ministerien mit neuer Zuordnung von Geschäftsbereichen kam.

Frau Huck, die sich unseren Mitgliedern am 5. 11. 02 in Osnabrück im Vorfeld der Podiumsdiskussion persönlich vorstellte, hatte sich unmittelbar vor dem Gespräch den Organisationserlass der Bundesregierung vom 22. 10. 2002 von ihrer Berliner Dienststelle aushändigen lassen.

In dem Organisationserlass wurde u.a. mit sofortiger Wirkung angeordnet, dass mit der Übertragung von Zuständigkeiten des aufgelösten BMA das bisherige BMG zu einem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung umgebildet wurde.

Dabei wurden aus dem Geschäftsbereich des bisherigen BMA folgende Zuständigkeiten dorthin übertragen:

- a) Sozialversicherung, Sozialgesetzbuch, Kriegsopferversorgung und sonstige soziales Entschädigungsrecht, Versorgungsmedizin
- b) Prävention, Rehabilitation, Behindertenpolitik, Sozialhilfe (soweit nicht in Ziff. I 3 anders geregelt).

Frau Huck, zuständig für das Ressort Förderung von Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation gehört jetzt dem neuen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung an.

Die Bundesministerin des Ministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung ist Frau Ulla Schmidt.

Die Parlamentarischen Staatssekretäre sind Frau Marion Caspers-Merk (gleichzeitig weiter im Amt der Drogenbeauftragten) und Herr Franz Tönnies (bisheriger Fraktionsvize der SPD und zuständig für deren Parlamentsarbeit zu Themen Arbeit und Soziales).

Staatssekretäre sind Herr Dr. Klaus Theo Schröder und Herr Heinrich Tiemann.

## Recht und Wirklichkeit für die geriatrische Versorgung

Die bekannten Probleme des deutschen Gesundheitssystems, wie mangelnde Integration und Kooperation, treffen ebenso auf die geriatrische Versorgung zu. Die zunehmend schwierige finan-

zielle Situation in der gesetzlichen Krankenversicherung führt neben ständigen gesundheitspolitischen Überlegungen ebenso zu zahlreichen gerichtlichen Auseinandersetzungen. Dieser Beitrag

will auf einige wichtigen Gerichtsentscheidungen hinweisen und Ansätze für eine mögliche weitere Entwicklung der Strukturen aufzeigen.

## Ablehnung von Kostenübernahmen

Ein besonderes Problem besteht momentan in der schlechten Zahlungsmoral der Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern: In Berlin waren beispielsweise bis zum 30. November 2001 rund 172,3 Millionen Euro an Außenständen gemeldet. Davon entfielen 135 Millionen auf die AOK und 37,3 Millionen auf die BKK Berlin. Die Hamburger Krankenhäuser registrierten Ende August 2001 Außenstände von rund 28 Millionen Euro; bis zum 31. Dezember hatte allein die BKK Hamburg Krankenhausentgelte in Höhe von fast acht Millionen Euro nicht beglichen.<sup>1</sup>

Die Verwirklichung der Ansprüche der älteren Versicherten gegenüber der Krankenversicherung stellt ebenso ein Problem dar. Leider existieren keine gesicherten Zahlen über abgelehnte Krankenhausbehandlung oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei älteren Patienten. Die Ablehnung wird häufig mit dem Vorliegen eines Pflegefalles begründet und der Betroffene wird auf die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) verwiesen. Die Rechtsgrundlagen für den Anspruch auf Krankenhausbehandlung (= Zuständigkeit Krankenhaus) und auf die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen (= Zuständigkeit Rehabilitationseinrichtung) folgen aus den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherungen im SGB V. Begründet ist dies mit dem Rechtsanspruch der Versicherten nach § 39 Abs. 1 S. 2, § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V auf Krankenhausbehandlung, wenn der Vertragsarzt diese verordnet und sie nach Prüfung durch den Krankenhausarzt erforderlich ist.

Dagegen steht die Gewährung stationärer Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen laut § 23 Abs. 5, § 40 Abs. 3 SGB V im Ermessen der Krankenversicherung, wobei diese Behandlung ebenso wie die Krankenhausbehandlung von den Vertragsärzten, also in der Regel den Hausärzten, verordnet werden kann.<sup>2</sup> Besonders hinzuweisen ist auf die Änderung im § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V durch das Gesetz Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX).<sup>3</sup> Danach umfasst die akutstationäre Behandlung im Krankenhaus auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.

Der Streit über die Kostenübernahmen für Krankenhausbehandlungen beschäftigte im vergangenen Jahr das Bundessozialgericht. Die verschärfte Finanzkrise der Berliner Krankenkassen führte dazu, dass in der Regel nur befristete Kostenzusagen für die stationäre Versorgung erteilt wurden. Das Bundessozialgericht hatte sich mit der Frage zu beschäftigt, ob ein Kostenträger für eine stationäre Krankenhausbehandlung eine befristete Kostenzusage erteilen und die Erstattung der weiteren Behandlungskosten von dem durch der Krankenkassen zu führenden Nachweis der weiteren Behandlungsbedürftigkeit abhängig machen darf. Das Bundessozialgericht hat entschieden: Der durch die Entscheidung des Krankenhausarztes begründete Anscheinsbeweis der Notwendigkeit und Dauer einer bestimmten Krankenhausbehand-

lung könne nicht dadurch erschüttert werden, dass die Krankenkasse auf eine statisch festgestellte allgemeine Überschreitung der durchschnittlichen Verweildauer verweist. Ebenso ist die Krankenkasse nach Fälligkeit der Krankenhausforderung nicht mehr berechtigt eine Unwirtschaftlichkeit der Behandlung geltend machen, wenn sie das zur Überprüfung der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung vereinbarte Verfahren nicht eingehalten hat. Eine gerichtliche Sachaufklärung der Behandlungsnotwendigkeit findet nicht mehr statt.<sup>4</sup> Die Entscheidung ist im Zusammenhang mit den Verträgen nach § 112 SGB V zu sehen. Diese Verträge werden in den Bundesländern zwischen Landesverbänden der Krankenkassen und den Landeskrankengesellschaften geschlossen. Regelungsinhalt der Verträge sind beispielsweise die Modalitäten der Aufnahme, Entlassung und insbesondere der Kostenübernahmen.

Die Entscheidung zeigt die verschärfte Situation zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen. Es ist leider nicht zu erwarten, dass bis zur Umsetzung der DRG, die Krankenkassen ihre Vorbehalte gegen die Rechnungen für die Behandlungskosten der Patienten aufgeben. Die geriatrische Versorgung leidet ebenso unter den vorgenannten Problemen der Kostenübernahmen. Die unterschiedliche regionale Entwicklung von geriatrischen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen erschwert eine einheitliche regionale Einschätzung für die jeweiligen Bundesländer.

<sup>1</sup> Vgl. (Online – Ärzte Zeitung: [http://www.aerztezeitung.de/docs/2002/04/30/080a0602.asp?cat=/politik/gesundheits-system\\_uns](http://www.aerztezeitung.de/docs/2002/04/30/080a0602.asp?cat=/politik/gesundheits-system_uns) (Download am 30. 4. 2002).

<sup>2</sup> Siehe zum Umfang der vertragsärztlichen Versorgung § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V.

<sup>3</sup> Informationen zum SGB IX finden sich auf den Internetseiten des Behindertenbeauftragten der Bundesregierung unter: <http://www.behindertenbeauftragter.de/gesetzgebung> (Download 28. 10. 2002).

<sup>4</sup> Vgl. BSG, Urt. v. 13. 12. 2001 – B 3 KR 11/01 R (LSG Berlin) = MedR 2002, S. 525–529.

## Abschluss von Verträgen nach § 111

Bei der Einführung der DRG für den Krankenhaussektor könnte es zu einer Entwicklung kommen, dass die Gefahr der mangelnden Abbildung der Geriatrie in diesem System zu folgender Einschätzung führen könnte:<sup>5</sup> Sollte die geriatriische Versorgung vielleicht doch besser nur im Rehabilitationssektor erfolgen? Für die Krankenkassen hätte dies den Charme einer Planungshoheit für diesen Versorgungsbereich, da geriatriische Rehabilitationseinrichtungen nicht der staatlichen Krankenhausplanung unterliegen. Für die Sozialministerien der Bundesländer bedeutet dies die Einsparung von den Krankenhausinvestitionskosten, da die Rehabilitationseinrichtungen monistisch ohne staatliche Investitionsmittel finanziert werden. Jedoch stellt sich die Frage, ob die Krankenkassen überhaupt eine einheitliche Position zur geriatriischen Versorgung in dem jeweiligen Bundesland entwickeln wollen. Die Kapazitäten in geriatriischen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen variieren zwischen den einzelnen Bundesländern erheblich. Dabei finden sich grundsätzlich die meisten geriatriischen Betten in Bundesländern, wo die Geriatrie im Kranken-

haussektor angesiedelt ist.<sup>6</sup> Die Sozialministerien als zuständige Behörden der Krankenhausplanung haben anscheinend überwiegend für den Ausbau der geriatriischen Versorgung in der Vergangenheit gesorgt.

Jedoch zeigen zwei Gerichtsentscheidungen auf, dass die Voraussetzungen für den Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 111 Abs. 2 SGB V für eine geriatriische Rehabilitationseinrichtung in der Regel gegeben sind. Das Landessozialgericht (LSG) Sachsen – Urteil vom 21. 06. 2000 – (Az.: L 1 KR 9/98) bejahte einen Anspruch einer geriatriischen Rehabilitationseinrichtung auf Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 111 Abs. 2 SGB V. Das LSG Sachsen hat in einem Verfahren die Landesverbände der Krankenkassen Sachsen verurteilt, einen Versorgungsvertrag gemäß § 111 SGB V für den Bereich Geriatrie mit einer Einrichtung abzuschließen. Dabei hat das LSG für den Bereich Geriatrie entgegen der Auffassung der Krankenkassen einen speziellen – von anderen Fachrichtungen nicht inkludierten – Versorgungsbedarf bejaht und die Bedarfsgerechtigkeit der klagenden Rehabilitationseinrichtung bestätigt. Nach dem Urteil des LSG Sachsen bleibt bei der Beurteilung der Bedarfsgerechtigkeit unberücksichtigt, dass der Auslastungsgrad bestehender Rehabilitationseinrichtung unter 100% liegt, wenn die Gesamtzahl der vorhandenen Rehabilitationsbetten die Bedarfs-

zahl der Region nicht erreicht. Ob die Bedarfszulassung gem. § 111 SGB V im Bereich der Rehabilitation überhaupt verfassungsrechtlich zulässig ist, hat das LSG mangels Entscheidungserheblichkeit in dieser Sache offen gelassen.

In einem Urteil v. 23. Juli 2002 – (Az.: B 3 KR 63/01 R) hat das Bundessozialgericht entschieden: Die Zulassung einer geriatriischen Rehabilitationseinrichtung zur Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten darf nicht mit der Begründung abgelehnt werden, dass der vorhandene Bedarf auf andere Weise gedeckt werden soll. Eine derartige Zulassungsbeschränkung ist nicht durch wichtige Gemeinwohlinteressen gerechtfertigt. Der Schutz bestehender Einrichtungen vor Konkurrenz fällt nicht darunter.

Der Zugang für geriatriische Rehabilitationseinrichtungen zu der Erbringung von Leistungen der medizinischen Rehabilitationen ist durch die Entscheidung des Bundessozialgerichtes und des LSG Sachsen grundsätzlich erleichtert worden. Mit Vorsicht ist diese Entwicklung aber zu sehen. Zwar können geriatriische Rehabilitationseinrichtungen nun eher einen Vertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V mit den Landesverbänden der Krankenkassen abschließen, aber ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V garantiert keine Belegung durch die Krankenkassen. Die Krankenkassen steuern diese Belegung der Rehabilitationseinrichtungen durch ihre Genehmigungspraxis für Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

Andreas Plate  
– Geschäftsstelle –

<sup>5</sup> Vgl. Borchelt, M: „Kritische Fragen in der Geriatrie: Derzeitiger Stand der DRG-Diskussion“ im Internet unter: <http://www.bag-geriatrie.de/Dokumente/Gemidas/Files/Berlin251002-04s.pdf> (Download 27. 10. 2002).

<sup>6</sup> Siehe „Stellenwert der klinischen Geriatrie in der stationären Versorgung“, Plate A., Loos S., Schölkopf M., Sozialer Fortschritt (2002) S. 223–227.