

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-Do 8.00–16.00 Uhr

Protokoll

des nichtöffentlichen Teils der 11. Mitgliederversammlung der
Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatriischer Einrichtungen e.V.
am 4. November 2002 in Osnabrück

Beginn: 13.45 Uhr

Ende: 18.30 Uhr

Anwesend: 105 von 140 stimmberechtigten Mitgliedern. Damit ist die
Mitgliederversammlung satzungsgemäß beschlussfähig.

Tagesordnung:

Top 1: Begrüßung

Top 2: Genehmigung des Protokolls der 10. Mitgliederversammlung in
Wiesbaden

Top 3: Bericht der Vorstandsvorsitzenden

Top 4: Bericht des Schatzmeisters

Top 5: Berichte aus den Ausschüssen

Top 6: Bericht der Kassenprüfer

Top 7: a) Beschlussfassung über die Jahresrechnung nach § 10 Absatz 6
der Satzung

b) Entlastung des Vorstandes nach § 10 Absatz 6 der Satzung

Top 8: Genehmigung des Haushaltsplans für das Wirtschaftsjahr 2003

Top 9: Wahl des Vorstandes

Top 10: Wahl der Kassenprüfer

Top 11: Abstimmung über Aufnahme der neuen Mitglieder

Top 12: Satzungsänderungen

Top 13: Verschiedenes

Zu Top 1:

Frau Prof. Dr. Steinhagen-Thiessen begrüßt die Anwesenden und besonders Frau Dr. Ann-Kathrin Meyer, Allgemeines Krankenhaus Hamburg Wandsbek, als frischgewählte Präsidentin der DGGG sowie Herr PD Dr. med. Hager, Klinik für medizinische Rehabilitation, Hannover als frischgewähltes Mitglied im Präsidium der DGGG. Dem Klinikum Osnabrück dankt Frau Prof. Dr. Steinhagen-Thiessen für die Ausrichtung der diesjährigen Mitgliederversammlung und wünscht dieser einen guten Verlauf.

Herr Hermes, Geschäftsführer der Klinikum Osnabrück GmbH, begrüßt die Anwesenden und gibt einige Ausführungen über die Probleme der Geriatrie bei DRG-Einführung und zur qualifizierten Behandlung in der Geriatrie. Er erörtert dabei, welche motivierten Behandlungsteams es unter Lei-

tung des Gerieters erfordert und hebt die Rolle der BAG als wichtiges Organ, Interessen bundesweit qualifiziert zu vertreten, noch einmal hervor.

Anschließend werden zwei Änderungen zur Tagesordnung beschlossen:

- Top 5 wird im Rahmen von Top 9 abgehandelt: Berichte aus den Fachausschüssen werden während der Auszahlungsphase (Beschluss der MV mit großer Mehrheit) gegeben
- Als neuer TOP 10 wird die Wahl der Kassenprüfer eingeschoben, der Rest verschiebt sich um einen TOP nach hinten (einstimmig angenommen)

Zu Top 2:

Das Protokoll der 10. Mitgliederversammlung 2001 in Wiesbaden wird ohne Änderungen bzw. Ergänzungen verabschiedet.

Zu Top 3:**a) Bericht**

a1) Die Vorstandsvorsitzende, Frau Prof. Dr. Steinhagen-Thiessen, berichtet über die gemeinsame Vorstandssitzung mit den Fachausschuss-Vorsitzenden. Es gibt feste Verabredungen über die Arbeitsinhalte. Am 25.02.03 nachmittags wird in Hofgeismar eine Vorstandssitzung gemeinsam mit den Vorsitzenden der Landesarbeitsgemeinschaften stattfinden. Weiterhin werden regelmäßige Tagungen der Mitglieder der LAGs stattfinden; es wird darum gebeten, im Vorfeld der Geschäftsstelle Berlin deren Tagesordnungspunkte durchzugeben.

a2) Der Vorstand hat sich mit dem Modellvorhaben Schleswig-Holstein kritisch auseinandergesetzt. Eine Zusammenkunft mit dem Vorstand der LAG Schleswig-Holstein und Herr Dr. Willkomm, DRK-Therapiezentrum Middelburg, hat als Ergebnis hervorgebracht, dass ein enger Austausch gepflegt werden muss, um die richtigen Daten zur AOK zu transportieren, so dass sachlich angemessene Fallpauschalen kalkuliert werden können.

a3) Die Internetseite ist fertiggestellt. Die Mitgliedseinrichtungen werden gebeten, Änderungen oder Mitteilenswertes (z.B. Veranstaltungshinweise) an die Geschäftsstelle weiterzuleiten. Die Kommunikation (Positionspapiere, LAG-Aktivitäten, Gemidas, etc.) wird zukünftig verstärkt über die Homepage gestaltet. Unabhängig davon werden die Gelben Seiten weiterhin für das DRG-Projekt und sonstige Aktivitäten genutzt.

a4) Gemeinsam mit dem BMA ist die Broschüre „Geriatrische Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland“ veröffentlicht (10 000 Exemplare in 5 Monaten vergriffen) worden. Nachdem diese nun vergriffen ist, wurde seitens der BAG bereits eine Zuarbeit

für eine aktualisierte Neuauflage geleistet. Aufgrund der zurückliegenden Bundestagswahl und Ministeriumszusammenlegung musste die Neuauflage kurzfristig noch verschoben werden.

a5) Herr Dr. Fuhrmann ist aus seinem Amt ausgeschieden und wurde vom Vorstand gebührend verabschiedet. Seine Nachfolgerin Frau Huck, jetzt beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung angesiedelt, war bereits zum Gespräch bei Frau Prof. Dr. Steinhagen-Thiessen in Berlin.

a6) Die Mitgliederwerbung wird nach wie vor mit hohem Aufwand betrieben. In Bayern und NRW ist mit 30 Kliniken über eine Neuaufnahme verhandelt worden, 14 sind besucht worden und stehen zur Aufnahme an. Die genaue Beurteilung ist nach wie vor sehr wichtig, um die Qualitätsstandards der BAG nicht zu verwässern.

a7) Das DRG-Projekt ist im Nachgang zur MV in Wiesbaden 2001 gestartet worden. Frau Prof. Dr. Steinhagen-Thiessen dankt den Herren Borchelt, Wrobel und Pientka für ihre Entwicklungsarbeit. 25 660 Euro sind für die Sonderfinanzierung unter den Mitgliedseinrichtungen gesammelt worden. Die Zusammenarbeit der drei Fachgesellschaften ist sehr ergebnisorientiert und produktiv.

Herr Dr. Borchelt berichtet: Das Datenmodell ist an Gemidas anzudocken gewesen, um das Leistungsspektrum der Geriatrie darzustellen. Die Katalogentwicklung und Rückkopplung ist in Würzburg im März 2002 erfolgt. Im Anschluss daran ist die Anpassung der Gemidas-Struktur erfolgt und ab dem 01.04.02 bzw. 01.05.02 die Erhebung aller entlassenen Fälle in 11 Kliniken.

Im Rahmen der DGG-Jahrestagung Ende September ist eine erste Vorauswertung präsentiert worden: Im Mittelpunkt haben Fragen zur Datenqualität, zur Art

der Fallpauschalen, die auf die Geriatrie zukommen sowie zur Kodierungsqualität und Verweildauereckdaten gestanden.

Die Datengrundlage ist derzeit sehr gut, um dringende Fragestellungen in 2003 beantworten zu können.

a8) Vier Positionspapiere sind insgesamt erstellt worden und an Neuerungen in der Gesetzgebung fortlaufend angepasst worden (zu finden im Internet unter: <http://www.bag-geriatrie.de/Dokumente/Gemidas/index.html>). Der Kontakt zum BMG ist intensiviert worden, die Geriatrie wird gehört. Ein Bekenntnis zum Erhalt der Disziplin liegt auch im Optionsjahr vor. Ebenso werden in Publikationen des BMG und der Selbstverwaltung die Besonderheiten der Geriatrie berücksichtigend erwähnt.

a9) Der Kontakt zur DeGeMed ist über Gespräche mit Herrn Dr. Heine ebenfalls intensiviert worden. Dabei ist zu beachten, dass Geriatrie als Auslastungsgarantie zunehmend von der Rehabilitation erkannt wird.

Der Kontakt mit dem InEK ist regelmäßig und intensiv. InEK hat großes Interesse an der Arbeit der BAG und fragt regelmäßig Daten auf der BAG-Homepage ab.

a10) Herr Dr. Lüttje zur WB-Ordnung:

Es gibt abgestimmte Aktivitäten zwischen dem Berufsverband und der Internistensektion Geriatrie zur zukünftigen Rolle der Geriatrie. Die WB in der jetzigen Form ist inakzeptabel, daher ist eine ablehnende Haltung auch der BAG gegenüber der Muster WB-Ordnung geboten. Innerhalb eines Jahres bleibt Gelegenheit, um inhaltliche Schwächen aufzuarbeiten.

Zu Top 4:

Herr Hamel führt aus, dass die Zahlen für 2001 im Wesentlichen der Hochrechnung entsprochen haben.

Das Jahresergebnis für 2001 ist mit 1558,71 € und 2002 mit voraussichtlich - 11482,95 € annähernd ausgeglichen. Eine Finanzierungshilfe für unvorhergesehene Maßnahmen bleibt empfehlenswert.

Zu Top 6:

Die Kassenprüfer, Herr Hubert Retzsch und Herr Janduda führen mit ihrem Bericht der Kassenprüfung vom 2.08.2002 aus, dass es keine Beanstandungen gab. Sie stellen daher Antrag auf Entlastung und sprechen ihren Dank für die gute Kassenführung aus.

Zu Top 7:

Beschlussfassung:

- a) Bei zwei Enthaltungen wird die Jahresrechnung 2001 genehmigt
- b) Herr Prof. Meier-Baumgartner beantragt Entlastung des Vorstandes nach § 10 Abs. 6:

Bei Enthaltung des Vorstandes ohne Gegenstimmen genehmigt.

Zu Top 8:

Die Unterlagen zum Wirtschaftsplan 2003 sind vor der MV ausgeteilt worden. Herr Hamel führt aus, dass die Größe der BAG (derzeit 155 Einrichtungen) weitere Aufgaben und finanzielle Belastungen mit sich gebracht hat. Es werden daher 2 Alternativen zur Entscheidung vorgestellt:

Alternative I: Ohne Beitragsanhebung (geplanter Verlust 44996,02 €)

Alternative II: Beitragsanhebung von 3,58 auf 8 € pro Bett/Platz für 2003 (geplanter Überschuss 2823,96 €)

Beschlussfassung:

Der Antrag, den Mitgliederbeitrag anzuheben, wird in einer ersten Abstimmung abgelehnt.

Von Herrn Vlatten, St. Johannis-Hospital Arnsberg wird der Antrag gestellt, die Abstimmung über die Beitragserhöhung nach der Kaffeepause zu wiederholen.

Unterstützt wird dies von den Herren Stobbe und Merk.

Kaffeepause

Erneuter Antrag auf Beitragsanhebung von Herrn Hamel.

Es folgt die Abstimmung über den Antrag der Herren Vlatten, Stobbe und Merk, die Abstimmung zu wiederholen.

Beschlussfassung:

58 Stimmen dafür, 13 Gegenstimmen, Rest Enthaltung

Der Antrag ist angenommen.

Es folgt der Antrag auf Genehmigung des Haushaltsplans 2003.

Beschlussfassung:

Die Alternative 2 des Haushaltsplans wird mehrheitlich angenommen.

Zu Top 9:

Die Wahlleitung wird ohne Gegenstimme Herrn Dr. Schramm, Bayreuth, übertragen.

Zunächst erklären Herr Prof. Oster, Heidelberg, und Herr Prof. Dr. Vogel, Hofgeismar, dass sie nicht erneut für den Beisitz im Vorstand kandidieren werden. Prof. Oster schlägt Herrn Dr. Koch-Gwinner als Nachfolger vor, Herr Prof. Dr. Vogel schlägt vor, die freie Stelle mit einem Beisitzer aus dem kaufmännischen Bereich zu besetzen.

Frau Prof. Dr. Steinhagen-Thiessen dankt den beiden für ihre langjährige Mitarbeit und überreicht jedem ein Präsent.

In einer offenen Abstimmung werden auf Vorschlag von Herrn Dr. Schramm, Herr Derda und Herr Stobbe einstimmig zu Wahlhelfern gewählt.

Die Wahl des Vorstandes erfolgt in drei Wahlgängen. Die Kandidaten werden in ihrer Funktion gem. § 7 Abs. 1 der Satzung für die Dauer von drei Jahren gewählt.

1. Wahlgang: Wahl der/des Vorsitzenden

Für die Funktion des Vorsitzenden werden von den Mitgliedern folgende Kandidaten vorgeschlagen, die auch bereit sind, für das Amt des Vorsitzenden zu kandidieren:

1. Herr PD Dr. Hofmann
2. Frau Prof. Dr. Steinhagen-Thiessen

Die Mehrheit der Stimmberechtigten stimmt für eine geheime Wahl. Die Kandidaten erhalten die Möglichkeit, sich und ihr Konzept für den Vorsitz vorzustellen. Herr Dr. Hofmann nutzt diese Möglichkeit und stellt sich mit Hilfe eines Statements und eines Wahlpapiers der Mitgliederversammlung vor.

Die Stimmabgabe erfolgt mit Stimmzetteln, die nach Kontrolle der Stimmberechtigung vor Beginn der Versammlung ausgegeben worden sind.

Die Stimmauszählung ergibt folgendes Ergebnis:

Kandidat/in	Anzahl der Stimmen
1. Frau Prof. Dr. Steinhagen-Thiessen	52
2. Herr PD Dr. Hofmann	47
3. Enthaltungen	2
Summe der abgegebenen Stimmen	101

Frau Prof. Dr. Steinhagen-Thiessen nimmt die Wahl an.

2. Wahlgang: Wahl des stellvertretenden Vorsitzenden

Für das Amt des stellvertretenden Vorsitzenden kandidiert Herr Hamel als einziger Kandidat. Daher wird eine offene Wahl durchgeführt.

Die stimmberechtigten Anwesenden wählen Herrn Hamel mit 97 Stimmen bei 4 Enthaltungen einstimmig zum stellvertretenden Vorsitzenden. Herr Hamel nimmt die Wahl an.

3. Wahlgang: Wahl der drei Beisitzer

Gemäß der Satzung sind drei weitere Mitglieder des Vorstandes zu wählen. Als Kandidaten, die bereit sind zu kandidieren, werden folgende Personen vorgeschlagen:

1. Herr Dr. Lüttje
2. Herr Dr. Koch-Gwinner
3. Herr Wehmeyer
4. Herr Dr. Swoboda

Die Kandidaten erhalten vor der Abstimmung durch geheime Wahl die Möglichkeit, sich vorzustellen. Herr Dr. Koch-Gwinner, Herr Wehmeyer und Herr Dr. Swoboda stellen sich den Mitgliedern vor.

Die Auszählung der geheimen Abstimmung ergibt folgendes Ergebnis:

Kandidat/in	Anzahl der Stimmen
1. Dr. Lüttje	94
2. Herr Dr. Koch-Gwinner	39
3. Herr Wehmeyer	83
4. Herr Dr. Swoboda	81
Summe der abgegebenen Stimmen (97×3 Kandidaten; 3×2 Kandidaten)	100

Als Beisitzer werden Herr Dr. Lüttje, Herr Wehmeyer und Herr Dr. Swoboda gewählt. Alle drei nehmen die Wahl an.

Herr Dr. Schramm gratuliert dem neugewählten Vorstand. Er stellt die ordnungsgemäße Durchführung der Wahl fest. Dagegen werden keine Einsprüche erhoben.

Zu Top 5: (in den Auszählungspausen eingestreut)

Bericht aus den Fachausschüssen

1. Aus-, Fort- u. Weiterbildung
Wolfgang von Waldeck, OA im Westküstenklinikum Heide, vertritt den erkrankten Ausschussvorsitzenden, Herrn Dr. Stamm:

Eine Ausschusssitzung hat im Mai im Albertinenhaus HH mit folgenden Themen stattgefunden:

WB-Ordnung der Geriater, Qualifizierung von Hausärzten, Qualifizierung von Pflegekräften und Qualifizierung von pflegenden Angehörigen.

Herr Dr. Stamm ist im Rahmen der FA-Sitzung in Abwesenheit als Ausschussvorsitzender wiedergewählt worden.

2. Qualitätssicherung I, Gemidas

Herr Dr. Borchelt führt Schwerpunkte der FA-Arbeit aus: Umfassende Restrukturierung in Gemidas (Version 4.0); Strukturenkatalog OPS-G; Anpassung der Erhebungsbögen und des Gemidas-Manuals sowie Anpassung der Zentraldatenbank.

Es wird dringend die Förderung durch ein BMG-Projekt (Benchmarking in der Qualitätssicherung) benötigt; eine Teilnahme von BAG-Mitgliedereinrichtungen ist noch möglich.

Herr Dr. Borchelt ist erneut zum Vorsitzenden des Gemidas-Ausschusses gewählt worden.

3. Qualitätssicherung II, Qualitätsstandards

Herr Dr. Siegel, Neuburg, führt die Schwerpunkte der FA-Arbeit aus: Weiterentwicklung des Barthel-Index (Hamburger Manual wird empfohlen); Kodierung der DRGs (Basalgerüst für die Kodierung wird für die Optionshäuser erarbeitet); Fortschreibung der Kodierqualität anhand der Deutschen Kodierrichtlinien; Entwicklung geriatrischer Behandlungswege; Abstimmung zwischen BAG und DGG.

Herr Dr. Siegel ist im Rahmen der FA-Sitzung als Ausschussvorsitzender wiedergewählt worden.

4. Betriebswirtschaft

Herr Wehmeyer führt Schwerpunkte der FA-Arbeit aus: Die letzte FA-Sitzung hat am 22./23. April 2002 mit den zwei Hauptthemen IMC-Benchmarking und MDK-Begutachtungsrichtlinie in Arnsberg stattgefunden.

Mit der Geschäftsführung von IMC haben seitdem zwei Gesprä-

che in Berlin stattgefunden, die zur Angebotsabgabe für ein Kollektivbenchmarking innerhalb der Geriatrien geführt haben. Trotz Bereitschaftserklärung von 25 Häusern, Daten zu liefern, hat sich im FA kein einheitliches Meinungsbild zur Durchführung des Projekts herauskristallisiert. Die Entscheidung ist daher an den Vorstand zurückgegeben worden.

Zum DRG-Optionsmodell ist zu sagen, dass gut 10% der Mitgliedseinrichtungen bundesweit ihre Teilnahme am Optionsmodell erklärt haben. Eine Liste ist dem Protokoll beigelegt.

Die nächste Versammlung findet im Frühjahr in Hamburg Wandsbek statt.

Herr Wehmeyer ist als Nachfolger des langjährigen FA-Vorsitzenden Derda gewählt worden.

Zu Top 10:

Herrn Klaus-Peter Janduda, Verwaltungsdirektor Marienhospital Wattenscheid, und Herr H. Retzsch, Kreiskrankenhaus Grevenbroich St. Elisabeth, stehen für das Amt des Kassenprüfers zur Verfügung. Auf Vorschlag von Herrn Dr. Schramm erfolgt eine offene Wahl. Herr Retzsch und Herr Janduda werden einstimmig zum Kassenprüfer gewählt.

Zu Top 11:

Die zur Aufnahme anstehenden Geriatrien sind vor der Mitgliederversammlung in den gelben Seiten veröffentlicht worden. Es sind daraufhin keine mündlichen oder schriftlichen Anfragen eingegangen. Der Vorstand hat mit der BKK-Krupp Hoesch-Klinik gesprochen und keine Abweichungen zur Satzung der BAG festgestellt.

Herr Werner, Darmstadt, fragt nach der Klinik in Friedberg (25 Betten-Geriatrie mit 40 Plan-Betten) und stellt Antrag auf Aufnahme trotz fehlender Berücksichtigung in der Auflistung.

Es folgt der Antrag der Vorsitzenden, zunächst über Kliniken 1–11 der Anlage 3 abzustimmen, die veröffentlicht worden sind.

Ergebnis: 2 Gegenstimmen, keine Enthaltung, Rest dafür

Es folgt die Abstimmung über die Aufnahme der 11 Kliniken.

Ergebnis: Keine Gegenstimmen, 1 Enthaltung, Rest dafür

Im Anschluss folgt der Antrag der Vorsitzenden, über die Kliniken 12–14 im Einzelverfahren abzustimmen.

Ergebnis: Keine Gegenstimme, keine Enthaltung

Es folgt die Abstimmung über Aufnahme der Klinik Nr. 12.

Ergebnis: Keine Gegenstimme, keine Enthaltung

Es folgt die Abstimmung über Aufnahme der Klinik Nr. 13.

Ergebnis: Keine Gegenstimme, keine Enthaltung

Es folgt die Abstimmung über Aufnahme der Klinik Nr. 14.

Ergebnis: Keine Gegenstimme, zwei Enthaltungen

Anschließend wird über den Antrag des Herrn Werner, das Bürgerhospital in Friedberg in die BAG aufzunehmen, abgestimmt.

Ergebnis: Keine Gegenstimme, sieben Enthaltungen

Zu Top 12:

Herr Dr. Lüttje führt die zur Änderung anstehenden Passagen aus (s. Anlage 2 zur Tagesordnung).

Die Träger der Einrichtungen sind nach erfolgter Änderung weiterhin die Mitglieder, das Stimmrecht soll sich jedoch nach Betten/Plätzen staffeln. Bisher gibt es 140 Stimmen, nach der Novelle wären es 164, Stimmenmajoritäten sind nicht zu erwarten. Als Begründung für die Änderung wird angeführt, dass die großen Träger mit vielen Einrichtungen in der Vergangenheit unterschiedlich behandelt worden

sind (z. B. LBK HH). Bei Zusammenschlüssen von Einrichtungen muss ebenfalls adäquat reagiert werden können.

Es folgt die Abstimmung über die Satzungsänderung 1:

Ergebnis: 75 Stimmen dafür bei 9 Gegenstimmen, keine Enthaltungen

Es folgt die Abstimmung über die Satzungsänderung 2:

Ergebnis: Keine Gegenstimme, zwei Enthaltungen

Es folgt die Abstimmung über die Satzungsänderung 3:

Ergebnis: Keine Gegenstimme, zwei Enthaltungen

Es folgt die Abstimmung über die Satzungsänderung 4:

Ergebnis: Keine Gegenstimme, zwei Enthaltungen

Zu Top 13:

Herr Stobbe kritisiert die sich kurz vor der Verabschiedung befindliche MDK-Begutachtungsrichtlinie. Insbesondere die starre Altersfestlegung von 70 Jahren aufwärts bei der Charakterisierung des geriatrischen Patienten lässt ihn befürchten, dass ca. 12% der Patienten seiner Klinik nicht mehr als geriatrisch anerkannt würden.

Er stellt den Antrag, die BAG möge beschließen, die MDK-Begutachtungsrichtlinie dahingehend zu ändern, das Alter auf 60 J. herabzusetzen.

Ergebnis: Keine Gegenstimme, drei Enthaltungen

Protokoll vom 04. 11. 2002

Protokollant Herr Jens Wehmeyer
gez. Vorsitzende, Frau Prof. Steinhagen-Thiessen

gez. Stellvertreter, Herr Hamel

Liste der Optionshäuser

Ansprechpartner
Herrn Dr. Norbert Fischer (Chefarzt)

**Johanniter Krankenhaus
Friedrich-Wilhelm-Stift GmbH**
Geriatrische Abteilung
Johanniter Straße 3–5
53113 Bonn
Tel.: 02 28 / 5 43 22 04
E-Mail: N.Fischer@jk-Bonn.de
DRG-Bearb.
Klaus-W. Szesik
Tel.: 02 28 / 5 43-20 00
Fax: -20 26
E-Mail: K.S zesik@jk-Bonn.de

Ansprechpartner
Herr U. Menz
Verwaltungsdirektor
Krankenhaus Bethanien
Martinistraße 44
20251 Hamburg
Tel.: 0 40 / 46 68 0
Fax: 0 40 / 4 66 83 03
E-Mail:
Sekretariat.Menz@kh-bethanien-hh.de

Ansprechpartner
Herr Hermann Hillmann
Verwaltungsdirektor
Bethesda Geriatrische Klinik
Zollernring 26
89073 Ulm
Tel.: 07 31 / 18 72 00 o. 2 01
Fax: 07 31 / 18 73 01
E-Mail:
hermann.hillmann@bethesda-ulm.de
DRG-Bearb.
Anja Schuster (Stuttgart)
Tel.: 07 11 / 2 15 62 12
E-Mail:
anja.schuster@bethesda-stuttgart.de

Ansprechpartner
Herr PD Dr. Bernd Wedmann
Städt. Krankenhaus St. Barbara Attendorn GmbH
Hohler Weg 9
57439 Attendorn
Tel.: 0 27 22 / 60 24 10
Fax: 0 27 22 / 60 24 20
E-Mail:
b.wedmann.mge@krankenhaus-attendorn.de
DRG-Bearb.
Fr. Dr. Joana Starski
Tel.: 0 27 22 / 60 22 94

Ansprechpartner
Herr Prof. Dr. Dr. Gerald Kolb
St. Bonifatius-Hospital
Wilhelmsstraße 13
49808 Lingen
Tel.: 05 91 / 9 10 15 00
Fax: 05 91 / 9 10 97 15 01
E-Mail: Gerald.kolb@bonifatius-Lingen.de
DRG-Bearb.
PD Dr. Schröder
Tel.: 05 91 / 9 10 12 12

Ansprechpartner
Herr Prof. Dr. Oster
Bethanien Krankenhaus
Rohrbacher Straße 149
69126 Heidelberg
Tel.: 06221/3190
Fax: 06221/319408
E-Mail: poster@bethanien-heidelberg

Ansprechpartner
Herrn Prof. Dr. med. W. Vogel (Chefarzt)
Ev. Krankenhaus Gesundbrunnen gGmbH
Am Krähenberg 1
34369 Hofgeismar
Tel.: 05671/5072121
Fax: 05671/5072120
E-Mail: wehmeyer@ekh.gesundbrunnen.de
DRG-Bearb.
Jens Wehmeyer
Tel.: 05671/5072200

Ansprechpartner
Herr Dr. D. Lüttje
**Klinikum Osnabrück GmbH –
Natruper Holz**
Sedanstraße 115
49090 Osnabrück
Tel.: 0541/4057200
Fax: 0541/4057299
E-Mail:
Geriatric-fortbildung@klinikum-
osnabrueck.de
DRG-Bearb.
Dr. D. Lüttje

Ansprechpartner
Herr Prof. Dr. Meier-Baumgartner
Albertinen-Haus Hamburg
Sellhopsweg 18–22
22459 Hamburg
Tel.: 040/55811301
Fax: 040/55811000
E-Mail: mb@albertinen.de

Ansprechpartner
Frau Dr. Dietrich (Chefarzt)
Dominikus-Krankenhaus GmbH
Geriatric
Kurhausstraße 30
13467 Berlin
Tel.: 030/4092361
Fax: 030/4092334
E-Mail:
geriatrie@dominikus-krankenhaus-berlin.de
DRG-Bearb.
Frau Dr. Dietrich

Ansprechpartner
Herr M. Gerlach
St. Marienkrankenhaus
Neue Schulstraße 12
68623 Lampertheim
Tel.: 06206/509236
Fax: 06206/509218
E-Mail: m.gerlach@smk-mail.de
DRG-Bearb.
Frau Dr. Wesch-Ehrke
Tel.: 06206/509293

Ansprechpartner
Herr K. Baum
Geriatriche Rehabilitationsklinik
Kantstraße 45
97074 Würzburg
Tel.: 0931/7951150
Fax: 0931/7951152
E-Mail: Wird gerade eingerichtet

Ansprechpartner
Frau Dr. med. Anna-Maria Rimpel
Städt. Krankenhaus Wismar
E-Wolf-Straße 19
23966 Wismar
Tel.: 03841/331820
Fax: 03841/331822
E-Mail: anna-maria.rimpel@sk-hwi.de

Ansprechpartner
Herr Schulter
Geschäftsführer
Krankenhaus am Rosarium GmbH
Am Beinschuh 2A
06526 Sangerhausen
Tel.: 03464/660
Fax: 03464/661003
E-Mail: gf@krankenhaus-am-rosarium.de
DRG-Bearb.
Herr Schulz
Tel: 03464/661702

Ansprechpartner
Herr Dr. med. Schaller
Zentralkrankenhaus Bremen-Ost
Geriatric
Züricher Straße 40
28325 Bremen
Tel.: 0421/4081235
Fax: 0421/4082305

Ansprechpartner
Herr Dr. Norbert Wrobel
Zentralkrankenhaus Bremen-Nord
Hammersbecker Straße 228
28755 Bremen
Tel.: 0421/66061801
Fax: 0421/66061806
E-Mail: Norbert.wrobel@zkhNord.de
DRG-Bearb.
Herr Dr. Wrobel

Ansprechpartner
Herr Dr. Meyer zu Schwabedissen
Städtisches Klinikum Braunschweig
Freisestraße 9/10
38118 Braunschweig
Tel.: 0531/5951218
Fax: 0531/5951322
E-Mail:
h.meyerzuschwabedissen@klinikum-
braunschweig.de
DRG-Bearb.
Herr Dr. Nemitz
Tel.: 0531/5954730

Ansprechpartner
Herr Dr. Andrejew (Chefarzt)
Diakoniewerk Bethel Krankenhaus Bethel
Schorndorfer Straße 81
73642 Welzheim
Tel.: 07182/801120
Fax: 07182/801129
E-Mail: Norbert.Andrejew@BethelNet.de

Ansprechpartner
Herr Dr. W. Behringer
Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda
Geriatric
Buttlarstraße 74
36039 Fulda
Tel.: 0661/15501
Fax: 0661/15509
E-Mail:
w.behringer@herz-jesu-krankenhaus.de

Ansprechpartner
Herr Dr. Stödtler
Krankenhaus Eichhof
Am Eichberg 41
36341 Lauterbach
Tel.: 06641/820
Fax: 06641/88256
E-Mail: info@eichhof-online.de
DRG-Bearb.
Herr Fink
Tel.: 06641/82358

Ansprechpartner
Herr Benzerath
Kreiskrankenhaus Grevenbroich
St. Elisabeth
Von-Werth-Straße 5
41515 Grevenbroich
Tel.: 02181/6002461
Fax: 02181/6002503
E-Mail: Dietmar.benzerath@kkh-gv.de

Ansprechpartner
Herr Dr. Stamm
Kreiskrankenhaus Heide
Esmarchstraße 52
25746 Heide/Holst.
Tel.: 0481/7851002
Fax: 0481/7851909
E-Mail: Tstamm@wkk-he.de

Ansprechpartner
Herr Dr. Blünke
Kreiskrankenhaus Heide
Esmarchstraße 52
25746 Heide/Holst.
E-Mail: Mbluenke@wkk-hei.de

Der Projektbericht zur Erstkalkulation aus geriatrischer Sicht – eine erste Bestandsaufnahme

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

Die InEK gGmbH und das BMGS haben am 17.01.2003 die Daten des Projektberichts in maschinenlesbarer Form veröffentlicht¹. Aufgrund dieser Tatsache ist es möglich, über die im Bericht beschriebenen Auswertungen hinaus Detailanalysen zu ergänzenden Fragestellungen vorzunehmen. Wir haben uns für eine erste Bestandsaufnahme drei geriatrischen Fragestellungen zugewendet:

1. Wie hoch ist die Fallzahl hochaltriger Patienten insgesamt

und auf welche DRGs verteilen sich diese?

2. In welchen DRGs tritt mit welcher Prävalenz die geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung auf?

3. Welche OPS-Kodierfehler gibt es und wie wirken sich diese aus?

1. Hochaltrige Patienten (75 Jahre oder älter) in der Erstkalkulation:

Aus den Angaben des Projektberichts zur Erstkalkulation kann für jede G-DRG die absolute Fallzahl der 75jährigen und älteren Patienten berechnet werden. Die Gesamtgröße dieser Altersgruppe in der Kalkulationsstichprobe beläuft sich damit – über alle DRGs summiert – auf insgesamt ca.

N=95 185; die Fälle verteilen sich dabei über 538 verschiedene DRGs (davon 470 mit N≥10). Die darunter häufigsten 20 DRGs (auf die allerdings nur 28,3% aller hochaltrigen Patienten entfallen) zeigt Tabelle 1.

Die Aufstellung verdeutlicht, wie wenig repräsentativ die Stichprobe im Hinblick auf geriatrische Behandlungsfälle ist: Das Profil unterscheidet sich grundsätzlich vom Profil der Geriatrien – insbesondere die I62A (Frakturen an Becken und Schenkelhals mit äußerst schweren CC) findet sich hier nicht, auch nicht unter den ersten hundert DRGs dieser Auflistung.

¹ <http://www.g-drg.de/optionsmodell/GDRGV10Endbericht.zip>

Tabelle 1 Die 20 häufigsten DRGs der über-74jährigen Patienten in der Erstkalkulation

DRG-Bezeichnung	Kennwerte der DRG						
	Über 74-jährige		Verweildauer				
	N	Prozent	arith. MW	geom. MW	Rel.-Gew.	% >74 J.	Fallzahl
F62B Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC	3413	3,59	10,1	8,6	0,991	61,94	5510
C08Z Große Eingriffe an der Linse	2631	2,76	1,9	2,7	0,548	60,99	4314
B70A Apoplexie mit schwerer oder komplizierender Diagnose/Prozedur	1575	1,65	18,0	15,0	1,936	65,93	2389
B70B Apoplexie mit anderen CC	1537	1,61	12,5	11,0	1,459	50,63	3036
I68A Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich ohne Schmerztherapie/Myelographie, Alter < 75 Jahre mit CC oder Alter > 74 Jahre	1429	1,50	11,9	8,5	1,049	54,13	2640
F62A Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC	1421	1,49	13,6	11,5	1,385	70,42	2018
E62B Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit schweren oder mäßig schweren CC	1408	1,48	10,5	8,5	1,060	37,10	3795
G42A Andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	1319	1,39	9,9	7,2	0,909	35,14	3754
C63B Andere Erkrankungen des Auges ohne CC	1318	1,38	1,3	1,6	0,207	33,12	3980
E62A Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC	1237	1,30	13,6	11,2	1,399	63,73	1941
F42B Kreislauferkrankungen ohne akuten Myokardinfarkt, mit invasiver kardiologischer Diagnostik, ohne komplexe Diagnose/Prozedur	1187	1,25	2,8	2,3	0,658	15,19	7813
E71A Neubildungen der Atmungsorgane mit CC	1067	1,12	7,8	5,1	0,733	16,64	6411
F71B Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere oder schwere CC	1052	1,11	5,6	4,0	0,664	28,34	3712
F12Z Implantation eines Herzschrittmachers	1051	1,10	12,1	9,0	1,910	56,81	1850

Tabelle 1 (Fortsetzung)

DRG-Bezeichnung		Kennwerte der DRG						
		Über 74-jährige		Verweildauer				
		N	Prozent	arith. MW	geom. MW	Rel.-Gew.	% >74 J.	Fallzahl
E65A	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung mit äußerst schweren oder schweren CC	1026	1,08	12,0	9,9	1,101	39,09	2625
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne äußerst schwere CC	903	0,95	8,4	4,6	0,920	26,12	3457
F66A	Koronararteriosklerose mit CC	892	0,94	7,7	5,7	0,791	40,44	2206
F67A	Hypertonie mit CC	880	0,92	7,4	5,5	0,756	38,60	2280
B70C	Apoplexie ohne andere CC	806	0,85	10,4	8,7	1,317	37,59	2144
960Z	Nicht gruppierbar	788	0,83	5,1	0,0	–	14,58	5404
		26940	28,30					

2. Die geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS 8-550) in der Erstkalkulation. Aus den Angaben des Projektberichts zur Erstkalkulation lässt sich weiterhin nachvollziehen, in welchen DRGs der OPS 8-550 prozentual am häufigsten vertreten war. Tabelle 2 fasst die 10 DRGs mit der größten Prävalenz der geriatrischen Prozedur zusammen.

Es ist ersichtlich, dass weder Rangfolge noch Prävalenzen repräsentativ sind. Eingegangen in die zugehörigen „klinischen Profile“ (vgl. Band 2 des Berichts zur Erstkalkulation) sind dabei nicht-verlegte, vollstationäre Fälle der Hauptabteilungen (teilstationäre Fälle sowie Verlegungsfälle, die keine eigenständige Verlegungs-DRG konstituieren, und unplausible Fälle wurden ausgeschlossen). Am Beispiel der nicht-chirurgischen I62A wäre zu hinterfragen, was die tatsächliche Behandlungsindikation dann war, wenn wirklich nur 14% eine komplexgeriatrische Frührehabilitation erhalten haben – immerhin waren in dieser Gruppe bei Aufnahme 83% der Patienten über 74 Jahre alt. Es bleibt dabei unklar, ob sich der Ausschluss von Verlegungsfällen sowohl auf Verlegungszugänge als auch auf -abgänge bezieht. Im Kalkulationskollektiv jedenfalls wurden – nach Berichtslage – nur

fallabschließend behandelte Direktaufnahmen berücksichtigt. Unterstellt man dies auch für die veröffentlichten klinischen Profile, dann wären nach Datenlage der Erstkalkulation 496 hochaltrige Patienten mit hüftnaher Fraktur (I62A+I62B) direkt aufgenommen worden, jedoch weder operiert noch komplexgeriatrisch-frührehabilitativ behandelt und im arithmetischen Mittel nach 20 Tagen wieder entlassen worden. Was und wie ist in den 20 Tagen behandelt worden?

3. Fälle mit OPS-Kodierfehlern in der Erstkalkulation

Im Prozedurenprofil der I62A („Frakturen an Becken und Schenkelhals mit äußerst schweren CC“, medizinische Partition) finden sich nun sehr wohl chirurgische – allerdings nach OPS-301 V2.1 ungültige – OPS-Codes. Auch im Kostenprofil erscheinen dementsprechend beispielsweise Kosten für „Implantate“. Daraus resultiert für die medizinische DRG I62A ein beachtlich hohes Relativgewicht (RGW = 2,132) –

Tabelle 2 Die 10 DRGs mit der höchsten Prävalenz des OPS 8-550

DRG-Bezeichnung	Fallzahl	Anteil mit OPS 8-550 (%)
U63A Schwere affektive Störungen mit äußerst schweren oder schweren CC oder Alter > 69 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC	230	16,96
I62A Frakturen an Becken und Schenkelhals mit äußerst schweren CC	214	14,02
B63Z Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion	888	9,68
I62B Frakturen an Becken und Schenkelhals mit schweren CC	282	9,57
B70A Apoplexie mit schwerer oder komplizierender Diagnose/Prozedur	2389	8,62
B81A Andere Erkrankungen des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC	216	7,41
B64Z Delirium	323	7,12
I69A Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien, Alter > 74 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	284	6,69
I71A Muskel- und Sehnerkrankungen, Alter > 69 Jahre mit CC	60	6,67
B67A Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC	766	6,14

gerade auch im Vergleich zur B70A („Apoplexie mit schwerer oder komplizierender Diagnose/Prozedur“, RGW = 1,936) –, wobei der Verdacht nicht von der Hand zu weisen ist, dass dies im Wesentlichen auf eine Fehlzuordnung von chirurgischen Kosten zu einer medizinischen Fallgruppe zurückgeht. Daraus würde sich auch die Umkehrung der Relation der Kostengewichte der beiden größten geriatrischen Fallgruppen zueinander erklären: Im AR-DRG-System 4.1 war die B70A mit 3,96 bewertet, die I62A jedoch deutlich niedriger mit 3,25.

Bei der I62B („Frakturen an Becken und Schenkelhals mit schweren CC“) besteht grundsätzlich dasselbe Problem: Auch bei dieser medizinischen DRG finden sich falsch kodierte chirurgische OPS-Codes und zugeordnete Implantatkosten, woraus ein RGW = 1,970 resultiert – das mithin immer noch höher ist als das RGW der B70A. Im australischen System ist demgegenüber das Kostengewicht-Verhältnis B70A:I62B beinahe 2:1 – und nicht 1:1 wie im Optionsmodell des G-DRG-Systems V1.0.

Ein weiteres aus geriatrischer Sicht gravierendes Beispiel illustriert Tabelle 3. In der DRG I61Z „Andere Frakturen am Femur“, die am häufigsten von der ICD S72.9 (Fraktur des Femurs, Teil nicht näher bezeichnet) und der ICD S72.4 (Distale Fraktur des Femurs) angesteuert wird, entsprechen 10 der 15 häufigsten Prozeduren chirurgischen Eingriffen aus dem OPS-Kapitel 5 – alle 10 nicht korrekt kodiert (6. Stelle fehlt) und daher vom Grouper nicht korrekt eingruppiert.

Fazit

Es steht zu erwarten oder bleibt zumindest doch zu hoffen, dass der Fallpauschalenkatalog 2004 bereits eine größere Korrektheit erreichen wird. Dies kann jedoch

Häufigste Prozeduren in DRG I61Z (Andere Frakturen am Femur)

OPS	OK	Bezeichnung	Prozent
5-787.3	x	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte	6,49
8-390	✓	Lagerungsbehandlung	5,84
5-787.1	x	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube	4,55
5-787.8	x	Entfernung von Osteosynthesematerial: Verriegelungsnagel	4,55
8-550	✓	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	3,90
8-800.2	✓	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat, 1–5 TE	3,25
5-791.2	x	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Plattenosteosynthese	2,60
8-200.h	✓	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese: Femur distal	2,60
5-787.4	x	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelplatte/Kondylenplatte	2,60
5-790.0	x	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube	1,95
5-790.4	x	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel	1,95
5-790.7	x	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte	1,95
5-793.1	x	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraubenosteosynthese	1,95
5-894.1	x	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss	1,95
3-205	✓	Native Computertomographie des Muskel-Skelettsystems	1,30

|✓| korrekter OPS-301 V2.1 Code

|x| kein OPS-301 V2.1 Code

nur dann wirksam werden, wenn sowohl gezielte Steuerungen als auch erlösoptimierte Kodierungen auf Basis des Katalogs der Ersatzvornahme 2003 weitestgehend unterbleiben. Damit wiederum kann aber nur gerechnet werden, wenn von verantwortlicher Seite signalisiert wird, dass man um diese Probleme weiß und sie offiziell offen benennt, und wenn zugleich eine konkrete Bereitschaft besteht, wirtschaftlich tragfähige Interimslösungen einzurichten. Das Gegenteil einer tragfähigen Lösung wäre beispielsweise, im nächsten Schritt die DRGs nur um die fälschlich zugeordneten chirurgischen Fälle zu bereinigen, ohne gleichzeitig den OPS 8-550 bewertungsrelevant zu machen. Schließlich kann nicht ausgeschlossen werden, dass allein aufgrund der Fehlkodierung und Fehlzuordnung der chirurgischen Fälle eine sichere statistische Differenzierung zwischen geriatrischen Komplexfällen und sonstigen konservativ behandelten Fäl-

len innerhalb der DRG vereitelt wurde – ein Umstand, der außerhalb der Beeinflussbarkeit durch geriatrische interne Kodierqualität liegt.

Termin

BAG-Mitgliederversammlung – 5./6. November 2003 in Berlin

Die BAG-Mitgliederversammlung wird in diesem Jahr am **Mittwoch, den 5. November (Ausschüsse und nichtöffentlicher Teil) und Donnerstag, den 6. November (Podiumsdiskussion am Vormittag) stattfinden.**

Mit dieser Terminänderung (ursprünglich 3./4.11. geplant) tragen wir der Tatsache Rechnung, dass vom 6.11. (nachmittags) bis 8.11.2003 der DGG-Kongress in Berlin stattfindet.

Damit ergibt sich nur eine An- und Abreise für Mitglieder, die an beiden Veranstaltungen teilnehmen möchten. Gleichzeitig hoffen wir wieder auf eine zahlreiche Teilnahme an unserer Mitglieder-

versammlung. Bitte teilen Sie in Ihren Einrichtungen bereits jetzt den Termin mit, um zu gewährleisten, dass sowohl die ärztlichen Leiter der Geriatrien als auch Verwaltungsleiter und Pflegedienstleitungen den Termin rechtzeitig planen können.

Neuerscheinung „Qualitätssicherung Schlaganfall, Geriatric, Diabetes“

Aus der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen erhielten wir eine Information über die Neuerscheinung des Jahrbuches „Qualitätssicherung Schlaganfall, Geriatric, Diabetes“. Das Kapitel Geriatric umfasst:

1. Empfehlungen für die Patientenüberleitung zur klinisch-geriatriischen Behandlung in Hessen vom Fachausschuss „Qualitätssicherung in der Geriatric“.
2. Ergebnisse der Strukturauswertung der geriatriischen Einrichtungen Hessens 2002.
3. Sonderauswertungen zu Gemidas 2001.

Die Auswertungen der anonymisierten Daten geben einen aktuellen Stand der geriatriischen Einrichtungen in Hessen.

Bei Interesse für das Jahrbuch können Sie sich an folgende Adresse wenden:

Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen

Frankfurter Straße 10-14
65760 Eschborn

Telefon: 0 61 96 / 40 99 74

Fax: 0 61 96 / 40 99 98

E-Mail: swein@gqhnet.de

Internet: <http://www.gqh.de>

BSG-Urteil vom 23.07.2002 – B 3 KR 64/01 R

In diesem Urteil wurde auf der Basis des Landesvertrages nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V in Rheinland-Pfalz festgelegt, dass die Krankenkassen eine unbe-

dingte Zahlungspflicht über die volle Höhe der Forderung innerhalb von 14 Tagen haben. Ein Zurückbehaltungsrecht steht ihnen auch wegen weiterer Prüfungen durch den MDK nicht zu. Die gesetzlichen Krankenkassen selbst besitzen kein Recht, Krankenakten der Krankenhäuser einzusehen. Dieses Recht steht nur dem MDK zu. Der § 284 SGB V ermächtigt die Krankenkassen lediglich, Sozialdaten für die Zwecke der Krankenversicherung zu erheben, soweit dies für die Beteiligung des MDK bzw. die Abrechnung mit den Leistungserbringern erforderlich ist.

Die Volltextversion finden Sie im Internet unter:

http://www.kv-media.de/Internet/UrteileKV/b3kr64_01r.htm

BSG-Urteil vom 13.12.2001 – B 3 KR 11/01 R

In diesem Urteil wird festgelegt, dass die Kostenübernahmeerklärung auf den Zahlungsanspruch des Krankenhauses keinen Einfluss hat. Die hat lediglich eine beweisrechtliche Funktion, falls sie abgegeben wird und den Behandlungszeitraum abdeckt (siehe S. 5, 2. Absatz des Urteils).

Die Volltextversion finden Sie im Internet unter:

http://www.kv-media.de/Internet/UrteileKV/b3kr64_01r.htm

Unterlagen zu den Vorträgen zur Podiumsdiskussion anlässlich der BAG-Mitgliederversammlung am 5.11.02 in Osnabrück

Frau Dr. med. Cordelia Andreßen – Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz Schleswig-Holstein ließ uns ihr Thesenpapier (Kurzfassung ihres Vortrages) zukommen. Diesen finden Sie demnächst auf unserer Internetseite www.bag-geriatrie.de unter „Informationen“.

Außerdem erhielten wir die Unterlagen zu den Vorträgen von

Herrn Dr. Buns vom VdAK e.V. und Herrn Rau vom BMGS. Sobald wir eine Genehmigung erhalten, werden wir diese ebenfalls auf unsere Internetseite stellen. Alle Unterlagen können Sie auch auf Anfrage von der Geschäftsstelle erhalten (Antje.Quicker@charite.de).

Vorstandssitzung in Hofgeismar

Am 25. Februar 2003 findet in Hofgeismar die nächste Vorstandssitzung statt. Am Vormittag wird eine reguläre Vorstandssitzung durchgeführt. Für den Nachmittag hat der Vorstand die Vorsitzenden der regionalen Arbeitsgemeinschaften Geriatric eingeladen. Das Ziel der Veranstaltung ist, die Koordination der Aktivitäten von BAG und LAGs sowie eine verbesserte Kooperation. Die Vorstandssitzung gemeinsam mit den Vorsitzenden der regionalen Arbeitsgemeinschaften soll künftig einmal jährlich stattfinden.

Herr Prof. Vogel, Vorsitzender der LAG Hessen/Thüringen, wird als Gastgeber diese Sitzung am Evangelischen Krankenhaus Gesundbrunnen in Hofgeismar ausrichten.

Informationen zu den regionalen Arbeitsgemeinschaften Geriatric finden Sie auf unserer Internetseite.

Demenz-Symposium am EGZB

Am 19.09.2003 findet das 1. Demenz-Symposium am Ev. Geriatriezentrum Berlin (EGZB) statt – Thema: Beiträge der Neuropsychologie zur Diagnostik und Therapie demenzieller Erkrankungen. Inhalte u.a.: Psychometrische Frühdiagnostik, Differenzialdiagnostik Demenz/Depression, Fahreignung, Selbst-Erhaltungstherapie. Ort der Veranstaltung ist die Akademie des EGZB in der Reinickendorfer Str. 61, 13347 Berlin (Wedding).

Information und Anmeldung beim Sekretariat der Akademie

unter Tel. 030/4594-1831 bzw. Fax: 030/4594-1820 oder per E-Mail: gernot.laemmler@charite.de

Kongress „Psychoziale Versorgung in der Medizin“

Vom 28.–30. September 2003 findet in Hamburg der Kongress „Psychoziale Versorgung in der Medizin“ statt.

Die BAG wird als Mitgestalter an diesem Kongress, in dessen Rahmen auch der 2. Deutsche Versorgungskongress stattfinden wird, teilnehmen. Die Schwerpunktthemen des Kongresses sind:

- Prioritäten in der gesundheitlichen Versorgung
- Psychoziale Leistungsangebote in der Medizin: Bedarf, Umsetzung und Qualität
- Kosten und Nutzen der Psychosozialen Medizin
- Zukunftsaufgaben für die Psychosoziale Medizin

Die Flyer für diese Veranstaltung erhalten Sie in den nächsten Wo-

chen. Wir würden uns eine rege Teilnahme an dieser Veranstaltung wünschen.

Mitgliederversammlung der Länderarbeitsgemeinschaft Hessen-Thüringen

Am 09.05.2003 findet ab 17:00 Uhr die Mitgliederversammlung der Länderarbeitsgemeinschaft Hessen-Thüringen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. in Meiningen statt.

4. Hessisch-Thüringer Geriatrietag 2003

Am 10.05.2003 findet von 9:00 bis 16:00 Uhr der 4. Hessisch-Thüringer Geriatrietag 2003 statt. Ort der Veranstaltung ist das Schloss Elisabethenburg Meiningen. Die Geriatriische Fachklinik „Georgenhaus“ in Meiningen unter der Ärztlichen Leitung von Herrn CA Dr. med. Zeeh ist Gastgeber

der Veranstaltung, die unter dem Motto „Ziele und Grenzen“ steht. Themenschwerpunkt ist „Rationelles und rationales Handeln in der Geriatrie“. Als Referenten sind geladen: Herr Prof. Dr. med. Meier-Baumgartner (Hamburg), Herr Prof. Dr. med. Pientka (Herne), Herr Landesbischof i.R. R. Hoffmann (Jena), Herr Verwaltungsleiter R. Zastrau (Hamburg), Frau Angelika Huck (BMGS), Herr Prof. Dr. med. W. Vogel (Hofgeismar), Herr Verwaltungsdirektor J. Wehmeyer (Hofgeismar).

Information und Anmeldung sind im Sekretariat der Geriatriischen Fachklinik „Georgenhaus“ unter Tel.: 03693/447-128 bzw. Fax: 03693/447-127 oder E-Mail: georgenhaus@t-online.de möglich.

Bis 15. März wird ein Kontingent an Hotelbetten zu Sonderpreisen bereitgehalten; bitte rechtzeitige Anmeldung.