

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 gGmbH
Bundesarbeitsgemeinschaft
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

Geriatric und DRG: Stand der Dinge Anfang 2003

Borchelt, Wrobel, Pientka (DRG-Projektgruppe der BAG/DGGG/DGG)
E. Steinhagen-Thiessen (BAG Vorsitzende)

Am 15.01.2003 hat sich eine gemeinsame Arbeitsgruppe der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen, der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) in Essen im Rahmen einer Konsensus-Konferenz mit dem Problem der Abgrenzungskriterien der Geriatrie befasst und eine erste konsentiertere Entwurfsversion erarbeitet.

Am 12.02.2003 fand in Berlin eine Klausurtagung mit Vertretern der Selbstverwaltung und externen Experten zu den DRG-Problemen der Geriatrie und möglichen Lösungsansätzen statt. Die gemeinsamen Anstrengungen der BAG, DGGG und DGG zur Vorbereitung der Klausurtagung (Kodierleitfaden, Abgrenzungskriterien) konnten rechtzeitig und erfolgreich abgeschlossen werden. Sie werden nachstehend kurz beschrieben.

Kodierleitfaden Geriatrie. Mitte Dezember 2002 hat sich eine gemeinsame Arbeitsgruppe unter Leitung von Dr. N.-R. Siegel in Hamburg getroffen, um die Deutschen Kodierrichtlinien auf geriatrisch besonders relevante Inhalte zu prüfen und diese in einer Synopsis mit entsprechendem Leitfaden und geriatrischen Fallbeispielen zusammenzustellen. Der daraus entstandene „Kodierleitfaden Geriatrie“ ist in der Entwurfsversion 1.06 am 19.02.2003 im Internet veröffentlicht worden und wird eine bereits in diesem Jahr wichtige Grundlage im Hinblick auf die notwendige weitere Vereinheitlichung der geriatrischen Dokumentation und Kodierung sein. Dies gilt insbesondere

auch für die Abbildung des geriatrischen Patienten anhand der geriatritypischen Multimorbidität. Grundvoraussetzung ist eine korrekte und vollständige Dokumentation gemäß Deutschen Kodierrichtlinien 2003. Ansprechpartner für Rückmeldungen und Hinweise zum Kodierleitfaden ist Herr Dr. Lüttje (E-Mail: luettje@klinikum-osnabrueck.de). Der Kodierleitfaden kann vom Server der BAG heruntergeladen werden (<http://www.bag-geriatrie.de/Frames/Kodierleitfaden.html>).

Abgrenzungskriterien der Geriatrie. Der in diesem Zusammenhang erstmalig mit operationalisierbaren Kriterien formulierte Lösungsansatz bezieht sich auf eine langjährige Problemstellung in der Geriatrie – nämlich die der fachinternen (begrifflichen, inhaltlichen) Abgrenzung geriatrischer Leistungsbereiche untereinander und zugleich gegenüber unmittelbar angrenzenden Leistungsbereichen anderer Fachgebiete. Der Lösungsansatz integriert und erweitert teils wissenschaftlich, teils pragmatisch begründete Kriterien, um das gesamte Spektrum der geriatrischen Versorgungsbereiche in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen abzubilden. Ausgangspunkt waren Vorarbeiten zur Frührehabilitation von Stucki et al. („Konzept zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation im Akutkrankenhaus“, *Phys Med Rehab Kuror* 2002; 12:134–145) sowie Vorarbeiten des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (Leistner et al., *Begutachtungshilfe „Geriatrische Rehabilitation“*, 12/2002).

Die Teilnehmer der Essener Konsensus-Konferenz hatten sich zwei vorrangige Aufgaben gestellt: (1) eine erste Festlegung operationalisierbarer Kriterien zur Beschreibung des geriatrischen Patienten, sowie (2) eine erste Festlegung operationalisierbarer Kriterien zur Beschreibung der Zuordnung geriatrischer Behandlungsformen zu bestimmten geriatrischen Patientengruppen sowie ihrer Abgrenzung gegenüber den angrenzenden Rehabilitations- und Akutbereichen. Die Ergebnisse der Konsensus-Konferenz sind in einem Arbeitspapier zusammengefasst, das im Internet veröffentlicht ist. Die erarbeitete Operationalisierung der Fallgruppenbildung (Akutbehandlung – geriatrische Frührehabilitation – geriatrische Rehabilitation) trägt wesentlich zur Eingrenzung des zentralen DRG-Problembereichs der Geriatrie bei. Alle Fachkollegen sind eingeladen, an der weiteren Verbesserung, Präzisierung und Ausgestaltung mitzuwirken, Kommentare, Hinweise und konstruktive Kritik sind unbedingt erwünscht (E-Mail: markus.borchelt@charite.de). Die Entwurfsversion der Abgrenzungskriterien kann vom Server

der BAG heruntergeladen werden (http://www.bag-geriatrie.de/Dokumente/Abgrenzungskriterien_Geriatrie_07-02-03s.pdf).

Klausurtagung „Abbildung der Geriatrie im G-DRG-System“. Am 12. Februar 2003 fand in Berlin im Rahmen des strukturierten Dialogs mit der Selbstverwaltung zur Vorbereitung der DRG-Einführung eine Klausurtagung zur Geriatrie statt. Teilnehmer der Klausurtagung waren Dr. W.-D. Leber (AOK-Bundesverband), S. Wöhrmann (VdAK/AEV-Bundesverband), Dr. N. Hennes (DKG), Dr. S. Paech (DKI), Dr. B. Krause (DIMDI), Dr. F. Heimig (InEK), PD Dr. N. Roeder (DRG-Research Group Münster), Dr. A.-K. Meyer (DGGG), Prof. Dr. I. Fügen (DGG), Prof. Dr. E. Steinhagen-Thiessen (BAG), Dr. M. Borchelt, Prof. Dr. L. Pientka, Dr. N. Wrobel, J. Wehmeyer (DRG-Projektgruppe der BAG). Im Rahmen der Klausurtagung wurden am 12.02.2003 in Berlin die Möglichkeiten einer an definierte Merkmale der Strukturqualität und der Behandlungsprozedur gebundenen, geriatricspezifischen DRG-Lösung eingehend erörtert. Im Ergebnis ist das Prinzip dieses

Lösungsansatzes durchaus systemkonform, allerdings konnte die Frage nach den zugrundeliegenden Kosten noch nicht beantwortet werden. Insofern konnte im Rahmen der Tagung auch noch keine konkrete Einschätzung der Tragfähigkeit des Vorschlags herausgearbeitet werden. Der Lösungsansatz wurde im Nachgang zur Klausurtagung ausgearbeitet und gemeinsam mit den übrigen, andernorts bereits dargestellten Vorschlägen der drei Fachvertretungen in das OPS- und das DRG-Vorschlagsverfahren eingebracht.

OPS-Vorschlagsverfahren. Am 28.02.2003 hat die BAG gemeinsam mit der DGGG und der DGG Vorschläge zur Überarbeitung des OPS-Katalogs beim DIMDI eingebracht. Diese sind überwiegend inhaltlicher Art und beziehen sich auf die in Tabelle 1 zusammengestellten OPS-Kapitel bzw. -bereiche. Die Vorschläge zum OPS 8-550 sind in Tabelle 1 im Detail ausgeführt, weitere Informationen dazu sind auf Anfrage erhältlich (E-Mail: Antje.Quicker@charite.de).

Tab. 1 Vorschläge der BAG, DGGG und DGG zur OPS-Revision 2004 (Übersicht)

1-780	Standardisiertes Geriatrisches Basisassessment	Inhaltlich
1-781	Geriatrisches Screening und Minimalassessment	Inhaltlich
8-011	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Erwachsenen	Inhaltlich
8-220	Nicht-chirurgische Wundbehandlung mit Hydrokolloid- oder Vakuumverband	Inhaltlich
8-390	Lagerungsbehandlung (Differenzierung)	Inhaltlich
8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	Redaktionell/Inhaltlich
8-570	Physiotherapie	Inhaltlich
8-571	Ergotherapie	Inhaltlich
8-572	Lymphdrainage	Inhaltlich
8-573	Therapie im Bewegungsbad	Inhaltlich
8-574	Therapeutische Pflege	Inhaltlich
8-93	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf	Redaktionell
1-32	Untersuchung und Überwachung der Nierenfunktion	Inhaltlich
9-401	Psychosoziale Maßnahmen	Inhaltlich
9-50	Patienten- und Angehörigenschulung	Inhaltlich

Für den OPS 8-550 wurden im Revisionsverfahren an 5. und 6. Position Differenzierungen vorgeschlagen:

An 5. Position sollte nach Dauer unterschieden werden:

- **8-550.0- Kurzbehandlung
(mindestens 7 bis
höchstens 13 Be-
legungstage)
- **8-550.1- Regelbehandlung
(mindestens 14 Be-
legungstage)

An 6. Position sollte nach Barthel-Index bei Aufnahme differenziert werden:

- 0 Vollständig eingeschränkt
(Barthel-Index 0–15 Punkte)
- 1 Weitestgehend eingeschränkt
(Barthel-Index 20–35 Punkte)
- 2 Überwiegend eingeschränkt
(Barthel-Index 40–55 Punkte)
- 3 Deutlich eingeschränkt
(Barthel-Index 60–75 Punkte)
- 4 Mäßig eingeschränkt
(Barthel-Index 80–95 Punkte)
- 5 Kaum oder nicht eingeschränkt
(Barthel-Index 100 Punkte)
- 9 Nicht näher bezeichnet

Eine redaktionelle Anpassung der Mindestkriterien wurde ebenfalls vorgeschlagen:

- Standardisiertes geriatrisches Assessment in mindestens 5 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion, soziale Versorgung)
- Schriftlicher wöchentlicher Behandlungsplan mit Teambesprechung
- Therapeutische Pflege durch Fachpflegepersonal
- Einsatz von mindestens 2 Therapeutengruppen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie, physikalische Therapie)
- Fachärztliche Behandlungsleitung
- Gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung

- Die Anwendung dieses Codes setzt die Zusatzqualifikation Klinische Geriatrie bei der(m) Verantwortlichen voraus

Die bisherige Kodierung 8-550 würde sich demnach auf die Kodierung 8-550.19 („geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, mindestens 14 Tage, Selbsthilfefähigkeit bei Aufnahme nicht näher bezeichnet“) des Differenzierungsvorschlags abbilden. Damit könnten dann auch kürzer dauernde Komplexbehandlungen abgebildet werden und zugleich wäre ein wichtiges verweildauerrelevantes Merkmal (Selbsthilfefähigkeit) Bestandteil der Dokumentation.

DRG-Vorschlagsverfahren (InEK).

Aus der Diskussion mit der Selbstverwaltung im Rahmen der Klausurtagung in Berlin wurden vier zentrale Vorschläge abgeleitet und in das Verfahren eingebracht. Höchste Priorität hat dabei die Kalkulation eines Geriatriekatalogs, der – analog beispielsweise zum Katalog für Belegabteilungen – keine weitergehenden inhaltlichen Anpassungen benötigt, sondern sicher stellt, dass geriatrische Fallgruppen und Leistungen zunächst nur miteinander verglichen werden und nicht in anderen Fallgruppen mit gänzlich anderer Leistungs- und Kostenstruktur untergehen. Diese Lösung wäre – da sie ohne technische Anpassungen auskommt – noch für 2004 umsetzbar. Die Abbildung geriatrischer Fallgruppen in einem eigenständigen Katalog könnte in den nachfolgenden Kalkulationen mit Beginn im Jahr 2004, wenn Kostendaten der Geriatrie vorliegen, einer schrittweisen Überprüfung und Verifizierung bzw. Falsifizierung unterzogen werden. Geriatrische Fallgruppen, deren Kosten sich dabei als *nicht* signifikant abweichend von den mittleren Kosten der Fallgruppe erweisen, könnten aus dem

Geriatriekatalog wieder herausgenommen und über den allgemein gültigen Katalog abgerechnet werden. Schrittweise ließen sich auf diese Weise bis zu den G-DRG in der Version 5 (Fallpauschalenkatalog für 2007) bereits drei geriatriespezifische Anpassungen auf Kostendatenbasis realisieren, womit der DRG-Problembereich „Geriatrie“ mit den übrigen Bereichen am Ende der Konvergenzphase zeitgleich in die Echtbetriebsphase wechseln könnte – auf einer voraussichtlich dann bereits relativ soliden Basis.

Die im Übrigen eingebrachten Vorschläge niedrigerer Priorität stellen vorrangig Alternativen zum Katalogvorschlag dar, falls dieser nicht umgesetzt werden kann. Die Alternative mit höchster Priorität fordert die Vereinbarung eines Zusatzentgelts gem. § 17b Abs. 1 KHG für die spezialisierte geriatrische Komplexleistung (gekoppelt an den OPS 8-550). In Ermangelung von aktuellen Kostendaten wurde eine beispielhafte, überschlägige Kalkulation mit in den Vorschlag eingebracht. Diese Lösung würde die erforderliche Abrechnungsrelevanz für den OPS 8-550 sicherstellen, trägt jedoch selbst nicht zur Verankerung der Geriatrie im DRG-System bei.

Zwei weitere Vorschläge beziehen sich schließlich auf konkrete Systemanpassungen (z. B. OPS 8-550 als Triggerprozedur für die DRG B70A, Bildung neuer DRG's für geriatrische Behandlungsfälle), die voraussichtlich allerdings wohl noch keine Relevanz für den Fallpauschalenkatalog 2004 entwickeln können, da zu ihrer konkreten Umsetzung die notwendige Kostendatenbasis fehlt. Sie werden vor allem im Hinblick auf die Systemlogik und weitere später folgende Systemanpassungen auf Kostenbasis eingebracht.

Weiterhin anstehende Aufgaben. Die klinische Geriatrie hat Anfang

2003 zunächst drei sehr grundlegende Aufgaben hinsichtlich einer sachgerechten Abbildung des Faches im DRG-System abgearbeitet und konkrete, tragfähige Lösungsvorschläge hierzu vorgelegt (Abgrenzung von geriatrischen Patienten und Leistungsbereichen, Leitfaden zur Vereinheitlichung der Kodierung). Nach wie vor beteiligen sich allerdings bislang nur zwei bzw. drei geriatrische Fachkliniken an der offiziellen Fallkostenkalkulation. Auf der Grundlage der Erstkalkulation (Kostendaten aus 2001) und der Kalkulation in diesem Jahr (Kostendaten aus 2002) verfügt das DRG-Institut (InEK) damit nicht über die notwendige repräsentative und zahlenmäßig ausreichende Kostendatenbasis, um die inhaltlich durchaus Gehör findenden Argumente der Geriatrie fundiert auf Systemwirksamkeit prüfen zu können. Bisherige Detailanalysen auf Basis der Kostendaten zur Erstkalkulation zeigten keine Unterschiede und damit auch noch keinen konkreten Anpassungsbedarf.

Es ist daher jetzt die „betriebswirtschaftliche Geriatrie“

gefordert, in diesem Jahr die notwendigen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass auf Basis der sorgfältig erarbeiteten klinischen Grundlagen (Kodierung, Fallgruppenbildung, Behandlungszuordnung) sowohl Fachkliniken als auch Fachabteilungen für Geriatrie in ausreichender Zahl an der Kalkulation im Jahr 2004 teilnehmen können. Ohne diesen noch fehlenden Baustein wird es ansonsten schon formal auch für 2005 keine sachgerechte Anpassung zur Abbildung der Geriatrie innerhalb der DRG-Systematik geben können. Die voraussichtliche Möglichkeit einer „Ausklammerung“ – in Abhängigkeit von Ausgestaltung und Umsetzung des Fallpauschalenänderungsgesetzes (FPÄndG) – könnte dann trotz der bereits geleisteten Vorarbeiten zu einer Notwendigkeit werden und damit durchaus zu einer unnötigen Einschränkung der Handlungsoptionen der Geriatrie führen.

Projekt „Kostendaten“: Vordringlichste Aufgabe ist jetzt, die Kostendaten der Geriatrie in die

Kalkulation 2004 einzubringen. Da sich diese Kalkulation auf Daten des bereits laufenden Jahrgangs 2003 beziehen wird, ist die Umsetzung einer möglichst weitgehenden Vereinheitlichung der Kodierung geriatrischer Behandlungsfälle auf Basis der DKR und des Kodierleitfadens Geriatrie besonders bedeutsam. Ziel der Kliniken muss es insbesondere sein,

- die zur geriatritypischen Multimorbidität gehörenden geriatrischen Syndrome nach ICD, sowie
- die geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS 8-550) gemäß Kriterien, sowie
- alle durchgeführten akutmedizinischen Prozeduren nach OPS

einheitlich, vollständig und korrekt zu dokumentieren und zu verschlüsseln. Die hierzu gemeinsam von den Fachgesellschaften und der BAG erarbeiteten Unterlagen, deren Ziel es ist, genau diese Aufgaben soweit wie möglich zu unterstützen, können im Internet von den entsprechenden Homepages heruntergeladen werden.

Stellungnahme zum Kabinettsentwurf des Fallpauschalenänderungsgesetzes (FPÄndG)

M. Borchelt

Sprecher der DRG-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG

Der Gesetzentwurf wurde am 26.02.2003 vom Kabinett verabschiedet und wird nun dem Bundestag und dem Bundesrat zur weiteren Beratung übermittelt. Den Kabinettsentwurf als PDF finden Sie bei der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V. (http://www.kgrp.de/files/presse/Kabinettsentwurf_FPaenderungsgesetz.pdf) – mit einer detaillierten Zusammenfassung der Veränderungen

gegenüber dem Referentenentwurf vom 30.01.2003.

§ 17b KHG i.V.m. § 6 KHEntgG: Für aus dem Fallpauschalensystem „ausgeklammerte“ (d.h. befristet ausgenommene) Bereiche bzw. spezialisierte Einrichtungen, die mit dem DRG-System noch nicht sachgerecht vergütet werden können, wird im Kabinettsentwurf klargestellt, dass für 2005 und 2006 krankenhausespezifische

Entgelte zu vereinbaren sind, während für „prinzipiell erfasste“ Leistungen in den budgetneutralen Jahren 2003 und 2004 Entgelte ausschließlich nach Katalog abgerechnet werden – auch dann, wenn diese Entgelte noch keine sachgerechte Vergütung darstellen, da in den budgetneutralen Jahren die Fallpauschalen „grundsätzlich lediglich Abschlagszahlungen“ sind und deshalb „Ungeauigkeiten bei der

Höhe ... hingenommen werden“ können.

Nach wie vor bestimmen entweder die Selbstverwaltungspartner oder das BMGS im Rahmen einer Konfliktlösung durch Rechtsverordnung (sog. „Ersatzvornahme“), ob und welche Bereiche bzw. spezialisierten Einrichtungen vom Fallpauschalensystem befristet auszunehmen sind (ohne nähere Erläuterung der Kriterien oder der Vorgehensweise). Ausgenommene „besondere Einrichtungen“ verhandeln – wie die aus dem DRG-Fallpauschalensystem ausgenommenen psychiatrischen Krankenhäuser – weiterhin nach den Vorgaben der Bundespflegesatzverordnung (vgl. Artikel 2 Nr. 4 Buchstabe c). Hierzu heißt es in der Einzelbegründung:

„Nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG können besondere Einrichtungen, deren Leistungen noch nicht sachgerecht mit dem DRG-Vergütungssystem vergütet werden können, zeitlich befristet aus dem System ausgenommen werden (...). Für diese Einrichtungen können krankenhaushausindividuelle Entgelte vereinbart werden (...). Im Hinblick auf die Zielsetzung, ein möglichst durchgängiges pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen (vgl. § 17b Abs. 1 Satz 1 KHG), müssen ökonomische Fehlanreize vermieden werden. Es wird deshalb bestimmt, dass für die ausgenommenen Einrichtungen weiterhin die Vergütungsregelungen der Bundespflegesatzverordnung anzuwenden sind. Für diese Einrichtungen gelten deshalb insbesondere die Vorgaben zur Budgetbegrenzung nach § 6 BPfIV weiter. Ebenso werden anstelle der verbesserten Mehrerlösausgleiche nach dem Krankenhausentgeltgesetz die entsprechenden Regelungen der Bundespflegesatzverordnung angewendet. Eine solche Vorgabe ist erforderlich, weil krankenhaushausindividuell vereinbarte Entgelte

nach § 6 Abs. 1 KHEntgG ab dem Jahr 2005 weder einer Budgetbegrenzung noch den Mehrerlösausgleichen unterliegen. Ausgenommene Einrichtungen würden somit besser gestellt als die Krankenhäuser, die den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes unterliegen.“

Aus der vorgenommenen Spezifizierung zum § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG (vgl. Artikel 2 Nr. 4 Buchstabe a des FPÄndG-Entwurfs) würde folgen, dass es im Jahr 2004 keine allgemeine Öffnungsklausel gibt, auch nicht für den Fachbereich Geriatrie (formal erfasst werden geriatrische Fälle, also entfällt Nr. 1; sollten sie als nicht sachgerecht vergütet angesehen werden, würde dies den in Nr. 2 beschriebenen Tatbestand erfüllen – mit Wirkung für 2005/06). Nur besondere Einrichtungen werden in der Öffnungsklausel ohne eine Differenzierung nach budgetneutraler Phase und Konvergenzphase aufgeführt, und können damit vermutlich prinzipiell „wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur“ (Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb) zeitlich befristet ausgenommen werden. Inwieweit diese Definition auf geriatrische Fachkliniken („Solitäre“) zutrifft, obliegt zunächst wohl einer Feststellung durch die Selbstverwaltungspartner bzw. bei Nichteinigung dann einer Konfliktlösung durch Rechtsverordnung.

Bei Umsetzung des FPÄndG gemäß Kabinettsentwurf ergibt sich daraus, dass im Jahr 2004 geriatrische Leistungen als solche zunächst per Gesetz nicht vom Fallpauschalensystem ausgenommen werden können, sondern grundsätzlich nach Fallpauschalenkatalog abzurechnen sind, da sie rein formal von diesem erfasst werden. Eine Ausnahme von dieser Regel kann es für besondere Einrichtungen geben, wobei diese nicht spezifisch definiert sind.

Im Jahr 2004 kann ein möglicherweise rechnerisch resultierendes Defizit nach Auffassung des Gesetzgebers hingenommen werden, da sich das tatsächliche Budget nicht verändert (budgetneutrales Jahr) und weil für 2005 ohnehin krankenhaushausindividuelle Entgelte zu vereinbaren wären, wenn die neue Öffnungsklausel nach § 6 KHEntgG greift, was sie in dem Fall nicht tut, wenn die Selbstverwaltungspartner (oder das BMGS) 2004 zu der Feststellung kommen, die Leistungen der Geriatrie seien bereits sachgerecht vergütet.

Erinnert sei in diesem Zusammenhang noch einmal an den Projektbericht zur Erstkalkulation, der in den Detailanalysen zur Geriatrie zum Ergebnis kam: „eine Unterfinanzierung kann nicht abgeleitet werden“ (3M-Projektbericht, vgl. Mitteilungen der BAG 01/2003). Da die Art der Feststellung im Jahr 2004 hinsichtlich einer sachgerechten Abbildung der Geriatrie nicht sicher vorhersehbar ist, wird jedes Krankenhausmanagement mit rechnerisch defizitär erscheinender Geriatrie daher etwas stärkere Nerven brauchen, um nicht dem Bedürfnis zu erliegen, vorsorglich für 2005 bereits gegenzusteuern: Wer 2004 eine nach neuen Abrechnungsregeln defizitär erscheinende Geriatrie betreibt, kann momentan nur darauf hoffen, dass entweder (i) die Öffnungsklausel für 2005 tatsächlich greift (abhängig von der Feststellung der Selbstverwaltung oder des BMGS), oder (ii) das System noch rechtzeitig für 2005 sachgerecht angepasst wird (abhängig von der Kalkulationsgrundlage des InEK und den eingebrachten Anpassungsvorschlägen). Das Problem ist sicher, dass eine einzelne Einrichtung bzw. ein einzelner Träger hinsichtlich (i) und (ii) aktiv kaum mehr tun kann, als die eigenen Kostendaten der allgemeinen Kalkulation zur Verfügung zu stellen. Dieses ist je-

doch ein notwendiger und wichtiger Beitrag.

Fazit: Die Geriatrie wird 2004 prinzipiell im DRG-System sein und nach Katalog abrechnen. Je sachgerechter sie darin bereits abgebildet sein wird, desto wahr-

scheinlicher werden die vorhandenen Versorgungsstrukturen intakt bleiben und desto sicherer wird die Planungsgrundlage für 2005 sein. Sachgerechtigkeit hängt dabei für 2004 zunächst vor allem an einer Vergütungsrelevanz geriatrischer Leistungen

(insbesondere hinsichtlich des OPS 8-550). Die BAG wird sich weiterhin aktiv dafür einsetzen, eben diese Relevanz noch für 2004 zu etablieren. Langfristig wird Sachgerechtigkeit allein von der klinischen und ökonomischen Datenqualität abhängen.

Neufassung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) Stand März 2003

L. Lüttje, BAG Vorstand

Im Februar 2003 hat der Vorstand der Bundesärztekammer abschließend den Entwurf der MWBO zur Vorlage beim Deutschen Ärztetag beschlossen und im Internet veröffentlicht (www.bundesaerztekammer.de/30/weiterbildung/04/entwurfmwbo.pdf).

Nach Veröffentlichung des Erstentwurfs im November waren zeitgerecht inhaltlich abgestimmte Anschreiben beider Wissenschaftlich-Geriatriischer Gesellschaften und der Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch Geriatriischer Einrichtungen an die Bundesärztekammer gesandt worden. Forderung hierbei war die Schwerpunktbildung in der Inneren Medizin, ggf. auch in der Neurologie sowie sicher in der Psychiatrie, darüber hinaus abgestufte führungsfähige Qualifikation i.S. der Zusatzweiterbildung für andere Gebiete (u.a. Allgemeinmedizin). Diese Forderung war mit konkreten, ausformulierten Vorschlägen für den Schwerpunkt und einem umfangreichen Hinweis zur Zusatzweiterbildung, abgeleitet aus dem gemeinsam mit dem (ehemaligen) BDA-entwickelten Programm zur Hausarztweiterbildung in der Geriatrie versehen.

Diese Forderungen waren auch in der Mehrschichtigkeit der Darstellung der Geriatrie konform mit der geplanten MWBO, analog zur Platzierung des „Diabetes“ im Schwerpunkt Endokrinologie und

als Zusatz für Allgemeinmediziner bzw. ähnlich der Systematik in der Rehabilitativen Medizin.

Der bisherige Entwurf zur Platzierung der Geriatrie in der MWBO wurde fachlich gut begründet abgelehnt, mit wissenschaftlichen wie versorgungs- und krankenhauspolitischen Argumenten und klaren Hinweisen auf die fachlichen Differenzen.

Nach entsprechender Information aller Landeskrankengesellschaften und -gesundheitsministerien, des Bundesministeriums für Gesundheit und der Deutschen Krankenhausgesellschaft wurde von allen Seiten Verständnis für die Probleme, die sich aus der vorgesehenen Platzierung der Geriatrie ergäben, geäußert. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat die MWBO u.a. explizit mit Hinweis auf die mangelhafte Darstellung der Geriatrie strikt abgelehnt.

Von zahlreichen Landesärztekammern und vom Marburger Bund kamen deutliche Hinweise, dass auch hier verschiedene Probleme der neuen MWBO, darunter auch das der Platzierung der Geriatrie gesehen wurden. Im Zusammenhang mit zahlreichen Aktivitäten möchte ich im Namen des Vorstandes der BAG allen herzlich danken, die sich hier im Interesse der Geriatrie engagiert haben. Auf das Risiko, wichtige Namen zu vergessen, möchte ich speziell Frau PD Dr. Elkeles, Dr.

Bernard, PD Dr. Hardt, Prof. Dr. Meier-Baumgartner und Dr. Schramm erwähnen.

All diese zahlreichen Aktivitäten und persönliches Engagement haben aber offensichtlich weder Wirkung bei dem Vorstand der Weiterbildungskommission in der Bundesärztekammer noch beim Vorstand der Bundesärztekammer gezeigt.

Begründungen für die völlige Ablehnung aller Vorschläge und Forderungen der Geriatrie (angeblich deutliches Mehrheitsvotum) sind offiziell nicht zu erhalten. Inoffiziell wird angeführt, Geriatrie sei ein „Querschnittsfach“ und im Übrigen hätten sich „Neurologen und Internisten“ eindeutig gegen eine Schwerpunktbildung für die Geriatrie ausgesprochen. Es bleibt daher bei dem Vorschlag aus früheren Entwürfen: *Jeder* Facharzt kann nach zusätzlicher Weiterbildung von *18 Monaten* und Prüfung die führungsfähige Bezeichnung „Geriatrie“ erwerben. Selbst die Minimalforderung nach 2-jähriger Weiterbildungszeit ist damit nicht berücksichtigt worden. Bisherigen Inhabern der Fakultativen Weiterbildung wird gestattet, diese (erst nach Genehmigung der zuständigen Landesärztekammer führbare) Bezeichnung weiter zu führen.

Übergangsbestimmungen sind im Weiteren nicht ausgeführt, außer, dass bisherige Weiterbil-

zungsgänge abgeschlossen werden können. Erfahrungen mit Übergangsbestimmungen bei Einführung der „Fakultativen Weiterbildung Klinische Geriatrie“ lassen aber ernsthafte Sorgen aufkommen, dass hier erneut eine Vielzahl von kaum zu rechtfertigenden Anerkennungen ausgesprochen werden könnte.

Die jetzt vorgesehene Aufteilung der Geriatrie auf viele Gebiete lässt übrigens auch befürchten, dass es bei entsprechender Umsetzung zunehmende Abgrenzungskämpfe zwischen internistisch-allgemeinmedizinischer Geriatrie, orthopädischer Geriatrie, neurologischer Geriatrie, gynäkologischer oder auch ophthalmologischer Geriatrie um einzelne Patienten geben wird. Es sei gestattet ernsthaft zu fragen, wie bei dieser Konstellation die Multimorbidität älterer Patienten sinnvoll behandelt werden soll. Es sei auch gestattet, sarkastisch anzu-

merken, dass dies hoffentlich nicht zur Überlastung der durchaus möglichen Geriater mit Facharzt Pathologie führt.

Was bleibt zu tun?

Weitere Eingaben an die Bundesärztekammer erscheinen zwar kaum sinnvoll, dennoch sollten der Präsident und die Vizepräsidenten der Bundesärztekammern gezielt angeschrieben werden. Ein Entwurf für ein einheitliches Schreiben wird in Kürze zwischen den wissenschaftlichen Fachgesellschaften und der Bundesärztekammer abgestimmt werden. Zusätzlich sollten jedoch die letztendlich Entscheidenden, d. h. alle Delegierten zum Bundesärztertag (Delegierte der Landesärztekammern) angeschrieben werden, um auf das drohende Dilemma der Geriatrie, die negativen Auswirkungen für die Patientenversorgung ambulant wie stationär, die wissenschaftliche De-

stabilisierung und die fehlende Kompatibilität mit der Darstellung im übrigen Europa hinzuweisen. Der Vorstand bittet daher alle Vorsitzenden der Regionalarbeitsgemeinschaften, hier die entsprechenden Adressen über die Landesärztekammern zu erfragen. Ein Vorschlag für ein entsprechendes Schreiben der Regionalarbeitsgemeinschaften mit Hinweisen auf entsprechende Internetstellen zur weiteren Information wird vorbereitet.

Es bleibt zu hoffen, dass die Musterweiterbildungsordnung auf dem Deutschen Ärztetag 2003 letztendlich doch abgelehnt wird. Der bisherige Vorschlag würde sonst, nach Aussage einzelner Landesärztekammern, möglicherweise nicht umgesetzt werden – damit wäre das Chaos in der ärztlichen Weiterbildung in Deutschland perfekt.

BAG-Vorstandssitzung am 25. Februar 2003 in Hofgeismar

A. Quicker

Am 25.02. diesen Jahres fand in Hofgeismar im Anschluss an die reguläre Vorstandssitzung eine Sitzung unter Beteiligung von Vertretern der regionalen Arbeitsgemeinschaften Geriatrie statt. Anwesend waren neben dem BAG-Vorstand Herr PD Dr. med. Wormstall und Herr Dr. med. Wahl als Vertreter der regionalen Arbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg, Herr GF Pallasch, Sprecher der LAG Berlin/Brandenburg/Mecklenburg-Vorpommern/Sachsen-Anhalt, Herr Dr. Meyer zu Schwabedissen, Sprecher der LAG Niedersachsen-Bremen für Niedersachsen, Herr Dipl. Kfm. Veer, Sprecher für Bremen, Herr Dr. med. Wrobel, Sprecher für Bremen, Herr Weichler, Stellvertretender Sprecher für die AG

Hamburg, Herr Prof. Vogel, Vorsitzender der LAG Hessen-Thüringen – Sprecher für Hessen; Frau Dr. Jahn, Sprecherin für Thüringen, Herr Dr. Swoboda (Vorstand) vertrat die regionale AG Bayern.

Herr Dr. Naurath, Vorsitzender der LAG Schleswig-Holstein und Herr Leins, Sprecher der LAG Rheinland-Pfalz/Saarland hatten kurzfristig absagen müssen und dem Vorstand je ein Papier zu Strukturen und Aktivitäten bzw. Problemen der Geriatrie in ihren Bundesländern zur Verfügung gestellt.

Die Vertreter der regionalen Arbeitsgemeinschaften Geriatrie stellten zunächst die Situation der Geriatrie in den Bundesländern vor. Als besonderes Problem wur-

de in vielen Bundesländern die Zusammenarbeit mit dem MDK (Gutachten) und einzelnen Krankenkassen, insbesondere der AOK genannt. Es wurde beschlossen, dass der Vorstand sich in einem Schreiben an den MDS richtet mit seinen Forderungen nach besserer Qualifikation der MDK-Mitarbeiter, Verbesserung der Kommunikation zwischen Einrichtungen und MDK und zeitnaher Bearbeitung der Fälle. Ebenfalls diskutiert wurden Probleme bezüglich der Budgetverhandlungen, insbesondere der Einrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V mit dem VdAK. Der Vorstand wird auch hier aktiv werden.

Die derzeitige Situation der Geriatrie ist von Unsicherheiten bezüglich der DRG-Einführung, Ge-

richtsprozessen mit den Krankenkassen, drohendem Betten- und Personalabbau und auch Schließung von Einrichtungen geprägt.

Frau Prof. Dr. Steinhagen-Thiessen informierte seitens des Vorstandes über den Stand des BAG-DRG-Projektes, zu den Ergebnissen des Workshop Geriater-Treffens am 15.01.03 in Essen und der Klausurtagung DRG und Geriatrie am 12.02.03 in Berlin (s. o. Beitrag von Borchelt).

Herr Wehmeyer berichtet von dem Projekt der Rohfallkostenkalkulation, mit dem das InEK seitens der Selbstverwaltungspartner beauftragt wurde. Damit haben die Einrichtungen die Möglichkeit, bei der Ausgestaltung des Entgeltsystems für das Jahr 2004 mitzuwirken. Abgabetermin für die Kalkulationsdaten war der

31.03.03. Mit Stand vom 31.01.03 hatten bereits 14 BAG-Einrichtungen ihre Teilnahme am InEK-Projekt angemeldet, von denen bereits 6 Einrichtungen Daten von 2002 geliefert haben. Er berichtet vom Beschluss des Vorstandes, für die Geriatrie nach den Kriterien des InEK eigene Daten zu erheben und seinem Auftrag, ein hierfür notwendiges Data-Minimum-Set auf der Tagung des Fachausschusses für Betriebswirtschaft am 12./13. Mai 2003 in Hamburg vorzustellen.

Herr Dr. Lüttje berichtete darüber, dass trotz umfangreicher Bemühungen der BAG im Konsens mit beiden wissenschaftlich-geriatriischen Gesellschaften bezüglich der Defizite der MWBO bezüglich der Geriatrie, die Forderungen für die Geriatrie in kei-

ner Weise Berücksichtigung gefunden haben. Die verbleibenden Möglichkeiten seitens der Geriatrie sind gering, sollen aber genutzt werden. Zum einen sollte man sich an die Öffentlichkeit wenden. Zum anderen werden Schreiben an die Bundesärztekammer und die Delegierten des Bundesärzteskongresses vorbereitet (s. o. Beitrag von Lüttje).

Die Sitzung fand bei allen Beteiligten großen Anklang und es wurde vorgeschlagen, noch in diesem Jahr eine zweite Vorstandssitzung unter Beteiligung der Vertreter der regionalen Arbeitsgemeinschaften Geriatrie durchzuführen. Als Gastgeber lädt Herr Dr. Meyer zu Schwabedissen nach Braunschweig ein. Die Sitzung wird am 23. und 24. September 2003 stattfinden.

Stellungnahme der BAG zu „Gemeinsamen Empfehlungen zur Qualitätssicherung“ nach SGB IX der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)

W. Swoboda, BAG Vorstand

Von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation werden im Rahmen der Umsetzung des § 13 SGB IX „Gemeinsame Empfehlungen zur Qualitätssicherung“ in der Rehabilitation erarbeitet. Durch eine Initiative der DEGE-MED wurde die Bundeskonferenz

der Spitzenverbände der Leistungserbringer in der Rehabilitation gegründet. Die Bundeskonferenz, in der auch die BAG vertreten durch Herrn Dr. Swoboda mitarbeitet, nimmt mit ihren Ausschüssen dabei die Beteiligungsrechte der Leistungserbrin-

ger bei der Erarbeitung von gemeinsamen Empfehlungen wahr. Der Entwurf zur „Gemeinsamen Empfehlung Qualitätssicherung“ in der Rehabilitation und die Stellungnahme der BAG sind über www.bag-geriatrie.de abrufbar.

Termine und Veranstaltungen

4. Hessisch-Thüringischer Geriatrietag 2003

der Länderarbeitsgemeinschaft Hessen-Thüringen der Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatriischer Einrichtungen e.V.

„Ziele und Grenzen“ rationelles und rationales Handeln in der Geriatrie

Samstag, 10. Mai 2003
9.00 Uhr bis 16.00 Uhr
Schloss Elisabethenburg
Meiningen

Herzliche Einladung nach Meiningen!

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

sehr geehrte Damen und Herren, die Zusammenarbeit zwischen Hessen und Thüringen auf geriatrischem Gebiet hat mittlerweile schon Tradition und wir freuen uns, Sie zum 4. Hessisch-Thüringer Geriatrietag 2003 nach Meiningen einladen zu dürfen. Die Ungewissheiten, die Gesundheitsreform und DRG-Vergütung für die Versorgung betagter, mehrfachkranker und behinderter Menschen mit sich bringen, sind momentan in aller Munde. Weniges ist sicher, das meiste noch spekulativ. Anknüpfend an das Thema des letztjährigen Geriatrietages in Fulda – *zielgerichtetes Arbeiten und Dokumentieren* – wollen wir in diesem Jahr den nächsten Schritt tun und fragen, was Assessment und multiprofessionelle Befund- und Verlaufsdokumentation zu einem sinnvollen Einsatz der für die Geriatrie verfügbaren Mittel beitragen können. Da auch dieses Thema wieder eine große ethische und weltanschauliche Dimension hat, freuen wir uns, dass unser Thüringer Landesbischof i.R. Roland Hoffmann das Einführungsreferat übernehmen wird. Danach wollen wir Medizin, Politik und Kosten-

träger zusammenbringen und gemeinsam nach Lösungsstrategien Ausschau halten. Am Nachmittag werden wieder Workshops stattfinden. Wie in Osnabrück beschlossen, wollen wir uns am Nachmittag des Vortags zur Mitgliederversammlung treffen und die anstehende Neuwahl des Vorstands durchführen. Danach haben wir einen gemeinsamen Theaterbesuch im Meininger Theater geplant.

Wir freuen uns auf Ihr Kommen.

Dr. J. Zeeh, Dr. G. Jahn,
Prof. Dr. W. Vogel

Programm

Freitag, 9. Mai 2003

Romantik Hotel Sächsischer Hof

16.00 Ankunft Hotel

16.30 Mitgliederversammlung der Länderarbeitsgemeinschaft Hessen-Thüringen der BAG der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V., Neuwahl des Vorstands

19.00 Theaterabend im Meininger Theater, Abendessen

Samstag 10. Mai 2003

*Schloß Elisabethenburg,
Brahms-Saal*

09.00 Begrüßung
Dr. J. Zeeh

09.05 Einführung in das Thema
Prof. Dr. W. Vogel

09.15 Musikalische Einstimmung
W. Lensing

09.25 Die Rolle des Fachgebiets Geriatrie im Spannungsfeld zwischen Leben erhalten und Sterben zulassen.
Landesbischof i.R.
R. Hoffmann

10.00 Verantwortungsvoller Umgang mit den Ressourcen – was kann das Assessment beitragen?
Prof. Dr. L. Pientka

10.30 Pause

11.00 Prädiktive Faktoren bei der Schlaganfallbehandlung – die Hamburger PASS-Studie
Prof. Dr. H.-P. Meier-Baumgartner

11.30 Zukunftsmarkt Geriatrie? Wettbewerb und Wirtschaftlichkeit im DRG-Zeitalter
R. Zastrau

12.00 Qualität und Innovation – das Geriatriekonzept Thüringen aus Sicht der AOK
H. Fox

12.30 Geriatrie und Politik – Stellenwert des alten Menschen und der Altersmedizin in Deutschland 2003
A. Huck

13.00 Mittagessen, Industrieausstellung

14.30 Workshop 1: Interventionen bei mitarbeitungsstörungen Patienten mit Stuhlinkontinenz und Exsikkose
A. Langlotz, C. Schmalz, D. Seckel

14.30 Workshop 2 – Assessment und Verlaufsdokumentation – Voraussetzungen einer rationalen Fallsteuerung
Dr. L. Pientka

14.30 Workshop 3 – DRGs und Wettbewerbsstrategien in der Geriatrie – GEMIDAS auch für die Betriebswirte?
J. Wehmeyer, R. Zastrau

15.45 Verabschiedung
Dr. G. Jahn

Wie Sie das Schloss finden

Wenn Sie gut in Meiningen angekommen sind, biegen Sie am **Hotel Sächsischer Hof** von der Hauptstraße (B19) in die Innenstadt, folgen nach 100 m der Vorfahrt nach rechts in die Klostergasse und sehen nun das Schloss in 200 m Entfernung vor sich. Parken auf dem großen Parkplatz links vom Schloss oder in der Umgebung.

Wenn Sie Fragen haben
Geriatrische Fachklinik
Georgenhaus
Frau Müller, Frau Fernkorn
Tel.: 03693/447128
Fax: 03693/447127

Mobil-Tel. (nur Veranstaltungsta-
ge): 0171/2631101

Hotel
Sächsischer Hof
Georgstraße 1

98617 Meiningen
Tel.: 03693/4570

Anmeldung
bitte an Fax 03693/447127 sen-
den

Programm der Tagung des Fachausschusses Betriebswirtschaft innerhalb der Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatriischer Einrichtungen e.V.

Beginn:	Montag, 12. Mai 2003, 14.00 Uhr	Grußwort von Frau Dr. Ann-Katrin Meyer, Präsidentin der DGGG und CÄ der Abteilung für Geriatrie am AKH Wandsbek	Dienstag, 13. Mai 2003
Ende:	Dienstag, 13. Mai 2003, 15.30 Uhr	14.15 Uhr Survival of the fittest? – Wettbewerb und Wirtschaftlichkeit im DRG-Zeitalter	9.00 Uhr Das InEK-Verfahren zur Kalkulation der Rohfallkosten – Die Erstkalkulation aus Sicht der Geriatrie, Stand der Teilnahme und Ausblick auf 2004 Dr. Frank Heimig, Hauptgeschäftsführer des InEK-Instituts
Tagungsort:	Allgemeines Kran- kenhaus Hamburg- Wandsbek, Alphonstraße 14 22043 Hamburg	Referent Ralf Zastra, Albertinenhaus Ham- burg, Zentrum für Geriatrie und Geron- tologie	10.30 Uhr Kaffeepause 10.45 Uhr Diskussion mit Dr. Heimig
Gastgeber:	Geriatrische Klinik des Allgemeinen Krankenhauses Wandsbek, Frau Dr. Ann-Katrin Meyer und Wolfgang Tamm	15.30 Uhr Geriatrie und Struktu- ren – Kodierregeln, Abgrenzungskriterien und weitere Ergeb- nisse aus zwei Klau- surtagungen mit der Selbstverwaltung und dem MDS	12.00 Uhr Mittagsimbiss 13.00 Uhr Möglichkeit zur Be- sichtigung der geriat- rischen Klinik
Information/ Anmeldung:	Ev. Krankenhaus Gesundbrunnen, Am Krähenberg 1 34369 Hofgeismar Tel.: 05671/5072200 Fax: 05671/5072231 E-Mail: wehmeyer@ekh- gesundbrunnen.de	Prof. Elisabeth Stein- hagen-Thiessen, Vor- standsvorsitzende der BAG KGE	14.00 Uhr Rechtliche Grundlagen von Fallprüfungen – Was hat Bestand, was wird durch das FPG anders? Friedrich Mohr, Ge- schäftsführer der Krankenhausgesell- schaft Rheinland- Pfalz, Rechtsanwalt und Mitherausgeber des Kompendiums „Mohr/Kröger: Prakti- ker-Handbuch Kran- kenhaus“
Teilnahmegebühr:	20,-/70,- €	17.00 Uhr Check in im Hotel 17.30 Uhr Abfahrt mit dem Bus vom Hotel zu den Landungsbrücken	Gegen 15.30 Uhr Ende der Tagung
Programmablauf:		18.00 Uhr Abfahrt der Barkasse, Barkassenfahrt auf der Elbe zum „Zollen- speiker Fährhaus“	Stand 28.02. 2003; Änderungen und Verschiebungen vorbehalten
Montag, 12. Mai 2003		gegen	
Ab		23.00 Uhr Rückfahrt mit dem Bus zum Hotel	
13.00 Uhr	Check in mit der Möglichkeit eines klei- nen Imbisses und ei- ner Tasse Kaffee		
14.00 Uhr	Begrüßung durch den Vorsitzenden Jens Wehmeyer		

1. 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, Fahr-eignung, Selbst-Erhaltungstherapie. Ort der Veranstaltung ist die Akademie des EGZB in der Reinnickendorfer Str. 61 in 13347 Berlin (Wedding).

Information und Anmeldung beim Sekretariat der Akademie unter Tel. 030/45 94-18 31 bzw. Fax: 030/45 94-18 20 oder per E-Mail: gernot.laemmler@charite.de.

13. Gerontopsychiatrische Arbeitstagung

Am 05. 07. 03 findet von 9:00–12:30 Uhr die 13. Gerontopsychiatrische Arbeitstagung in Tübingen, im Hörsaal der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Osianderstraße 24, 72076 Tübingen statt. Gastgeber

der Veranstaltung ist Herr PD Dr. H. Wormstall, Geriatriisches Zentrum am Universitätsklinikum Tübingen.

Zentrales Thema: „Schwierigkeiten im Umgang mit gerontopsychiatrischen Patienten – Kon-

krete Hilfsmöglichkeiten am Beispiel des Landkreises Tübingen“; Anmeldung und Informationen unter 070 71 / 2 98 75 17.

12. Landesgeriatrietag Baden-Württemberg

Am 24. 09. 2003 findet von 9.15–16.30 Uhr in Tübingen der Landesgeriatrietag Baden-Württemberg statt. Gastgeber ist Herr

PD Dr. H. Wormstall, Geriatriisches Zentrum am Universitätsklinikum Tübingen. Informationen erhalten Sie am Universitäts-

klinikum Tübingen, Hoppe-Seyler-Str. 3, 72076 Tübingen unter 070 71 / 2 98 75 17.

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

Wir möchten auch in dieser Ausgabe an den **Termin für die BAG-Mitgliederversammlung** erinnern. Sie wird in diesem Jahr **am Mittwoch, den 5. November (Tagung der 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 Mitgliederversammlung. 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 einplanen können.