

Z Gerontol Geriat 2021 · 54:458–462
<https://doi.org/10.1007/s00391-021-01930-7>
 Eingegangen: 21. April 2021
 Angenommen: 4. Juni 2021
 Online publiziert: 6. Juli 2021
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2021



COVID-19-Ausbruch-Untersuchung in einer geriatrisch-palliativmedizinischen Klinik

Claudia Raichle · Johannes Schäfer · Annette Gann · Elisa Warth · Günther Slesak
 Geriatrie, Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus, Tübingen, Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund: In der 2. COVID-19-Welle kam es im Dezember 2020 zu einem großen COVID-19-Ausbruch in einer geriatrisch-palliativmedizinischen 90-Betten-Klinik. 32 % der Mitarbeiter*innen (MA) sowie 29 Patient*innen wurden binnen 23 Tagen infiziert, 13 Patient*innen verstarben. Die Belegung ging auf 20 % zurück. Drastisch verschärfte Hygienemaßnahmen nach Ausbruchsbeginn verhinderten weitere nosokomiale Infektionen von Patient*innen, jedoch weniger effektiv von MA.

Ziel: Untersuchung von Ausbruchsgeschehen und Risikofaktoren für eine Infektion von MA.

Material und Methoden: Anonymisierter MA-Online-Fragebogen von Januar bis Februar 2021 zu möglichen Risikofaktoren für eine PCR-positive Infektion (schlecht sitzende FFP2-Maske, enger Kontakt mit positiven Patient*innen, Übergabe-/Teambesprechung mit positiven MA).

Ergebnisse: Von 184 MA beantworteten 96 den Fragebogen (52,2%), davon 38 Infizierte. Acht MA blieben a-/oligosymptomatisch, 30 MA waren im Median 10 Tage arbeitsunfähig, 2 davon weiterhin. Mit einer Infektion assoziierte Faktoren waren der enge Kontakt mit positiven Patient*innen mit zunehmender Zeitdauer trotz FFP2-Maske (OR 6,0; 95 %-KI 1,6–22). 55/88 MA beschrieben schlecht sitzende FFP2-Masken. Die Infektion wurde zumeist erklärt durch längeren Kontakt mit positiven teils unruhigen Patient*innen. Wiederholt wurde auf die psychisch belastende Gesamtsituation hingewiesen.

Diskussion: Ein COVID-Ausbruch lässt sich im pflegeintensiven geriatrischen Kontext insbesondere bei MA nur schwer eindämmen. Längere Patientenkontakte bei unzureichender Patienten-Compliance konterkarieren strikte Hygienemaßnahmen. Die Vulnerabilität von MA und Patient*innen muss zusätzlich präventiv durch rasche effektive Impfungen reduziert werden und erfordert gesundheitspolitische Priorität.

Schlüsselwörter

Coronavirus · Krankheitsausbruch · Persönliche Schutzausrüstung · Medizinisches Personal · Geriatrie

Zusatzmaterial online

Zusätzliche Informationen sind in der Online-Version dieses Artikels (<https://doi.org/10.1007/s00391-021-01930-7>) enthalten.

Hintergrund und Fragestellung

In der zweiten COVID-19-Welle/Phase 3 in Deutschland [9] kam es vermehrt zu Ausbrüchen in Kliniken und Pflegeheimen [2, 11]. Generell wurde bei Pflegekräften, Therapeut*innen, Ärzt*innen, medizinischen Fachangestellt*innen, im Folgenden „health care personnel“ (HCP) genannt, ein erhöhtes Ansteckungsrisiko für SARS-

CoV-2 beobachtet [1, 5]. Die pflegeintensive Geriatrie und Palliativmedizin scheinen dabei aufgrund von längeren und engeren Kontakten besonders betroffen zu sein. Neben der Notfall- und Intensivmedizin hat die Geriatrie zwar eine Hauptlast getragen, sie hat dabei aber in der gesundheitspolitischen Diskussion nur wenig Gehör gefunden [13].

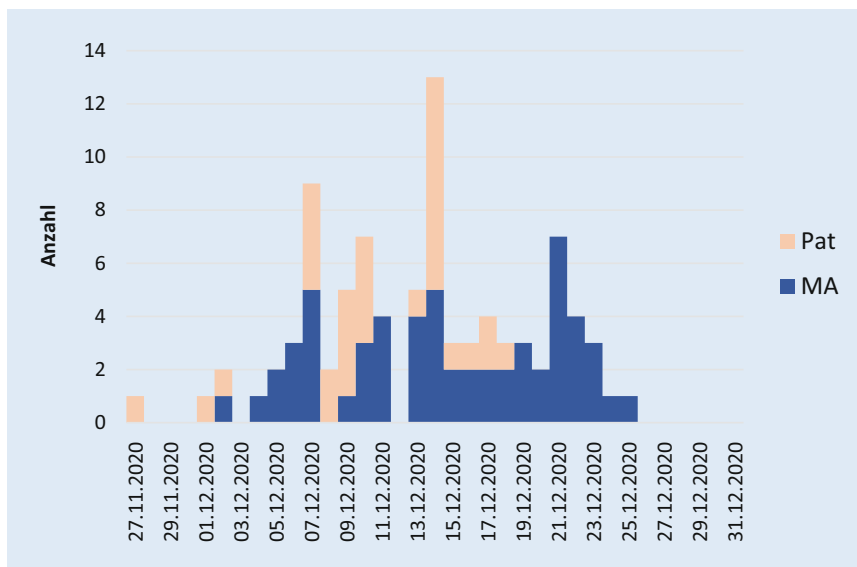


Abb. 1 ▲ Zeitlicher SARS-CoV-2-Ausbruchsverlauf bei Mitarbeitenden (MA) und Patient*innen (Pat)

Wir untersuchten einen dramatischen Ausbruch in einem 90-Betten-Krankenhaus in Tübingen mit den Schwerpunkten Geriatrie und Palliativmedizin. Unter normalen Umständen werden ca. 2700 Patient*innen im Jahr versorgt, davon ca. 400 geriatrische und 190 palliativmedizinische Komplexbehandlungen auf 3 akutgeriatrischen Stationen, einer Demenzstation mit 8 Betten sowie auf der 10-Betten-Palliativstation. Die Patient*innen werden sowohl aus dem hausärztlichen Bereich zugewiesen als auch von der Uniklinik oder der BG-Klinik übernommen. Bei den Patient*innen, die zu Beginn des Ausbruchs stationär waren, hatten 69% einen Pflegegrad 3 oder höher, bei 15% lag eine Demenz vor, bei 8% ein Delir und bei weiteren 8% eine Depression. 19% wurden palliativmedizinisch betreut.

In der Zeit vom 02.12.2020 bis zum 25.12.2020 kam es bei 32% (58/184) der Mitarbeiter*innen (MA) zu Infektionen. Es waren außer Labor-MA alle Berufsgruppen (Ärzt*innen, Pflegekräfte, Therapeut*innen, MFA, Sozialdienst, Stationssekretärinnen) auf allen Stationen betroffen (Abb. 1). Insgesamt 29 Patient*innen wurden positiv getestet, wovon 13 verstarben. Aufnahmestopps und Stationsschließungen führten zu einem drastischen Belegungsrückgang auf minimal 20% (18/90) der Bettenzahl. Dabei wurden nur noch eine Normalstation mit reduzierter Bettenanzahl (20/30) sowie

die neu geschaffene COVID-Isolierstation (20 Betten) offen gehalten, während die Palliativstation und Demenzstation komplett geschlossen wurden.

Die 7-Tage-Inzidenz stieg währenddessen im Landkreis Tübingen von 77,8 am 01.12.2020 annähernd linear auf maximal 241,0/100.000 Einwohner am 23.12.2020 an [6].

Vor Ausbruch galten die vom RKI aktuell empfohlenen Hygienemaßnahmen. Die Umsetzung wurde von einer hausinternen Corona-Task-Force begleitet und regelmäßig kommuniziert. Die Maßnahmen umfassten durchgehendes Tragen eines chirurgischen MNS für alle MA, PCR-Testung aller Neuaufnahmen, Angebot wöchentlicher MA-Testungen mittels Ag-Schnelltest bzw. sofortigen PCR-Tests bei Symptomatik und MA-Schulungen. Bei Pausen musste auf die Einhaltung eines Abstands von 2 m geachtet werden. Neuaufnahmen wurden bei fehlendem klinischem Verdacht nicht bis zum Eintreffen des PCR-Ergebnisses isoliert, jedoch wurde eine Belegung in einem Zimmer mit – nach ärztlicher Einschätzung – möglicherweise immungeschwächten Patient*innen vermieden. Patientenbesuche waren auf eine Person täglich beschränkt, mit individuellen Ausnahmen bei sterbenden oder deliranten Patient*innen.

Nach gehäufterem Auftreten der ersten SARS-CoV-2-Fälle wurden umgehend ab dem 07.12.2020 folgende Regeln imple-

mentiert: durchgehendes Tragen einer FFP2-Maske, kompletter Aufnahmestopp, Testung aller MA sowie Patient*innen 2-mal wöchentlich (PCR- und Ag-Schnelltest im Wechsel), weitgehendes Besuchsverbot. Infizierte Patient*innen wurden auf einer neu geschaffenen Isolierstation kohortenisoliert. Trotzdem trat unter MA fast ein Drittel der Neuinfektionen auch noch nach 2 Wochen auf (Abb. 1).

Ziel der Untersuchung war es, das Ausbruchsgeschehen besser zu verstehen und Risikofaktoren für eine Infektion unter MA herauszufinden.

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Im Zeitraum vom 24.01.2021 bis zum 26.02.2021 erfolgte eine freiwillige anonyme Befragung aller MA, die in der Ausbruchszeit in der direkten Patientenversorgung gearbeitet hatten (129 Pflegekräfte, 20 Therapeut*innen und Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes, 19 Ärzt*innen, 10 medizinische/medizinisch technische Fachangestellte, 6 Sekretärinnen). Es wurde ein standardisierter vorgetesteter Online-Fragebogen (mobosurvey.com) zu typischen Risikofaktoren verwendet bezüglich 1) Problemen mit der Schutzausrüstung, 2) enger Kontakte mit positiven Patient*innen und 3) enger Kontakte zu positiven MA. Die Assoziationen mit positiven PCR-Testergebnissen wurden in univariater Analyse und logistischer Regressionsanalyse für folgende 3 Indikatoren untersucht: 1) schlecht sitzende FFP2-Maske (definiert als „manchmal undicht oder verrutscht“ oder „passt schlecht“), 2) Kontaktdauer mit positiven Patient*innen mit FFP2-Maske und < 1,5 m Abstand und 3) Kontakt mit positiven MA mit < 1,5 m Abstand. Die Datenanalyse erfolgte mit EpiInfo 7.2.4.0™ (CDC, USA). Der Chi-Quadrat-Test wurde für den Vergleich der kategorischen Variablen verwendet. Ein zweiseitiger p -Wert < 0,05 galt als statistisch signifikant. „Odds ratios“ (OR) sind mit dem 95%-Konfidenzintervall (95%-KI) angegeben.

In einer Subgruppenanalyse wurden dieselben Assoziationen mittels Chi-Quadrat-Test für positive PCR-Testergebnisse untersucht, die ab einer Woche nach Ver-

Tab. 1 Assoziierte Faktoren für PCR-positive Infektionen bei Mitarbeitenden ab einer Woche nach der Hygieneregelschärfung					
	Pos. PCR (n = 24)	Neg. PCR (n = 52)	OR	95 %-KI	p-Wert
Schlecht sitzende FFP2-Maske	17 (23)	28 (51)	2,3	0,79–6,9	0,12
Enger Kontakt mit positiven Patienten mit FFP2:	22 (23)	34 (52)	11,6	1,4–94	0,005
Niemals	1	18	–	–	–
Bis 60 min	9	28	5,8	0,7–50	0,10
> 60 min	13	6	39	4,2–364	0,001
Übergabe-/Teambesprechungen mit positiven Mitarbeitenden ab Hygieneregelschärfung	15 (24)	20 (51)	2,6	0,95–7,0	0,06

schärfung der Hygieneregeln aufgetreten waren.

Die Untersuchung wurde von der Ethikkommission der Landesärztekammer Baden-Württemberg geprüft, eine berufrechtliche Beratung entfiel aufgrund der komplett anonymen Datenerfassung.

Die Ergebnisse wurden den MA Ende März im Rahmen einer MA-Versammlung rückgemeldet und gemeinsam besprochen.

Ergebnisse

Von 184 MA beantworteten 96 den Fragebogen (52,2 %), davon 38 Infizierte (66 %). 70 MA (79 %) waren Frauen, 39 (44 %) waren im Alter über 50 Jahre, 10 (11 %) waren bis 30 Jahre alt.

Nur ein positiv getesteter MA gab eine mögliche Ansteckung im privaten Bereich an. Acht MA hatten einen a-/oligosymptomatischen Verlauf, 30 MA waren arbeitsunfähig. Kein MA wurde intensivpflichtig oder verstarb. Die durchschnittliche Krankheitsdauer betrug im Median 10 Tage (bei 2 fortbestehenden Erkrankungen).

Mit einem positiven PCR-Testergebnis assoziierte Faktoren bei MA waren: enge Kontakte mit positiven Patient*innen mit zunehmender Zeitdauer trotz FFP2-Maske (OR 6,0; 95 %-KI 1,6–22) und enge Kontakte mit positiven MA (OR 2,5; 1,01–6,0). Schlecht sitzende FFP2-Masken zeigten keinen signifikanten Einfluss (OR 2,2; 0,89–5,5). In der multivariaten Analyse blieb nur der enge Kontakt mit positiven Patienten signifikant (OR 4,1, 95 %-KI 1,05–16).

Die Subgruppenanalyse der 24 MA, die ab einer Woche nach Hygieneregelschärfung positiv getestet worden waren,

ergab nur eine Assoziation mit engem Kontakt mit positiven Patient*innen mit zunehmender Zeitdauer (OR 12, 95 %-KI 1,4–94, ■ Tab. 1). Bei der multivariaten Analyse der engen Kontakte mit positiven Patient*innen oder MA blieb nur der Patientenkontakt signifikant assoziiert (OR 10, 95 %-KI 1,2–82).

55/88 MA gaben an, dass ihre FFP2-Masken undicht, verrutscht oder defekt gewesen waren. Narrativ wurde als mutmaßliche Infektionssituation zumeist die längere Arbeit an z.T. erst kurz darauf positiv getesteten oder unruhigen Patient*innen beschrieben, weniger auch MA-Kontakte. Konkrete Risikoereignisse wurden nicht benannt. Wiederholt wurde auf die psychisch belastende Gesamtsituation und Hilflosigkeit sowie die Bedeutung einer transparenten Kommunikation der Maßnahmen hingewiesen.

In 143 Antikörpertestungen der MA zeigte sich 2 Wochen nach dem Ausbruchsende kein positiver Befund bei Nichtinfizierten.

Im weiteren Verlauf traten bis dato keine weiteren nosokomialen SARS-CoV-2-Infektionen mehr auf.

Diskussion

Auch nach der Entdeckung des Ausbruchs in unserer Klinik und umgehender Verschärfung der Hygienemaßnahmen kam es weit nach der mittleren Inkubationszeit von 5 bis 6 Tagen [8] noch ungebremst zu zahlreichen MA-Neuinfektionen. Da diese späteren Infektionen jedoch seither nicht mehr bei Patient*innen auftraten, lässt sich ein ausreichender Patientenschutz durch insbesondere das generelle Tragen einer

FFP2-Maske von – auch unerkannt infizierten – MA ableiten.

Auffällig ist, dass sich die signifikante Risikoerhöhung einer HCP-Infektion mit zunehmender Zeitdauer der Patientenkontakte trotz FFP2-Maske nicht sicher verhindern ließ. Diese Dosisabhängigkeit spricht gemäß den Bradford-Hill-Kriterien epidemiologisch für einen kausalen Zusammenhang [3]. Ähnliches wurde für engere Pflegekontakte auch in einer anderen Krankenhausausbruchsuntersuchung [12] und großen Kohortenstudie beobachtet [1]. Wurden dieser Zeitfaktor und das Fachgebiet jedoch nicht differenziert einbezogen, so wurde bei einer Querschnittstudie sogar keine arbeitsbedingte Assoziation mit Infektionen bei HCP gefunden [7]. Unserer Erfahrung nach spielt der pflegeintensive geriatrische Kontext mit längerer Aufenthaltsdauer im Patientenzimmer eine wesentliche Rolle, zudem die erschwerte Umsetzbarkeit von Hygieneregeln seitens der Patient*innen, wie etwa das Tragen eines MNS bei Demenz, lautes Sprechen/Rufen bei Hörschwäche und/oder Delir und damit die erhöhte Aerosolbildung [4]. Auch das Ausbruchsgeschehen in einem Krankenhaus der Maximalversorgung in Deutschland unterstreicht die besondere Vulnerabilität der Geriatrie: Bezeichnenderweise begann dieser in der Geriatrie und war trotz vergleichbar drastischer Hygienemaßnahmen ebenfalls nur schwer zu stoppen [2].

Eine vermehrte Übertragung zwischen MA wurde durch unsere Daten nicht als ausbruchstreibend bestätigt. In der Zeit vor den Hygieneverschärfungen kann es insbesondere im Rahmen gemeinsamer Besprechungen zu Infektionen gekommen sein, wie die nichtadjustierte Analyse zu MA-Kontakten, die Subgruppenanalyse, Freitextkommentare und auch informelle Rückmeldungen vermuten lassen. Fallzahlbedingt waren weitergehende Analysen dazu allerdings nicht valide möglich.

Wie auch in Großkliniken beobachtet [2], war für das Ausbruchmanagement eine transparente Kommunikation des Ausbruchsgeschehens und der Maßnahmen ganz wesentlich für die Akzeptanz und Compliance der MA.

Da 62 % der MA Probleme mit Masken beschrieben, sollte dieser Aspekt zukünftig bei Maskenbestellungen und Hygiene-schulungen vermehrt beachtet und es soll-

ten Dichtsitzprüfungen durchgeführt werden [10].

Limitationen unserer Untersuchung sind neben dem retrospektiven Design mit „recall bias“ die begrenzte Rücklaufquote. Die höhere Beteiligung der kleineren Gruppe der Infizierten ermöglichte dennoch eine valide statistische Auswertung. Sie lässt auf eine höhere persönliche Motivation und Betroffenheit schließen. Sie spiegelt auch die besondere psychosoziale Belastung der MA, die wiederholt rückgemeldet wurde, jedoch nicht Fokus dieser Untersuchung war, wider.

Die Verschärfung der Hygieneregeln erschweren eine gemeinsame Analyse der Infektionsrisiken. Hierfür wurde daher eine Subgruppenanalyse der Infizierten ab einer Woche danach durchgeführt, für die jedoch ein Zuordnungsbias im Falle von längeren Inkubationszeiten möglich wäre, was die untersuchten Assoziationen schmälern könnte. Das Studiendesign mit Anonymisierung schränkte die Untersuchung weiterer potenzieller Risikofaktoren ein, etwa des Einflusses der genauen Tätigkeit oder der Vorerkrankungen auf eine Infektion von MA.

Eine weitere PCR-Sequenzierung der positiven Proben war zum Ausbruchzeitpunkt nicht möglich. Die Infektionskette konnte daher nicht sicher rückverfolgt werden. Jedoch wurde nur von einem MA eine mögliche Infektion außerhalb des Krankenhauses angegeben.

Schlussfolgerung

Letztlich zeigt diese Untersuchung, dass trotz drastischer Hygienemaßnahmen ein SARS-CoV-2-Ausbruch insbesondere unter HCP im geriatrischen Kontext nicht ausreichend kontrolliert werden konnte und zu dramatischer Gesundheitsgefährdung und Belastungssituationen bei MA und Patient*innen führte. Treibender Faktor waren arbeitsbedingt lange und enge Patientenkontakte bei kritisch hohen Bevölkerungsinzidenzraten. Stationsschließungen und Aufnahmestopps haben sicherlich kurzfristig dazu beigetragen, den Ausbruch einzugrenzen, sind jedoch keine probate Zukunftsoption für ein Krankenhaus.

Da kaum weitere expositionslimitierenden Maßnahmen möglich gewesen wären, muss zusätzlich die Vulnerabilität der MA

COVID-19 outbreak investigation in a geriatric palliative hospital

Background: During the second COVID-19 wave, a large COVID-19 outbreak happened at a 90-bed geriatric palliative care hospital in December 2020, whereby 32% of the healthcare personnel (HCP) and 29 patients became infected within 23 days and 13 patients died. The bed occupancy rate dropped to 20%. Drastically enhanced hygiene measures directly after outbreak detection could stop further nosocomial infections among patients but were less effective among HCP.

Objective: Outbreak investigation and detection of risk factors for infection in HCP.

Material and methods: Anonymous online survey among HCP from January and February 2021 investigating potential risk factors for PCR positive infections (poorly fitting FFP2 masks, close contacts with positive patients, team meetings with positive HCP).

Results: Of 184 HCP, 96 completed the survey (52.2%), including 38 who became infected. Of the HCP 8 remained asymptomatic/oligosymptomatic, 30 HCP became ill for a median of 10 days and in 2 continuously. Factors associated with an infection were close contacts with positive patients in a time-dependent manner despite wearing an FFP2 mask (OR 6.0; 95% CI 1.6–22). Out of 88 HCP 55 described poorly fitting FFP2 masks. An infection was mostly attributed to a longer contact with positive, sometimes restless patients. The overall exhausting working situation was repeatedly mentioned.

Conclusion: A COVID outbreak within the care-intense geriatric context is challenging to control especially among HCP. Longer patient contacts and limited compliance by patients counteracts strict hygiene measures. Vulnerability of HCP and patients requires additional preventive interventions by rapidly effective vaccinations and has to be a priority for health policy.

Keywords

Coronavirus · Disease outbreak · Personal protective equipment · Health personnel · Geriatrics

und Patient*innen in geriatrischen Einrichtungen rasch gemindert werden, durch die Präventionsmaßnahme einer effektiven Impfung.

Unsere Daten unterstreichen somit auch die gesundheitspolitische Bedeutung einer prioritären, möglichst raschen und flächendeckenden COVID-Impfung von HCP im hygienisch besonders herausfordernden Setting der Geriatrie, um auch längerfristig einen sicheren Schutz der MA und die umfassende Versorgung der Patient*innen zu gewährleisten.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Claudia Raichle
Geriatrie, Tropenklinik Paul-Lechler-Krankenhaus
Paul-Lechler-Straße 26, 72076 Tübingen, Deutschland
raichle@tropenklinik.de

Danksagung. Wir bedanken uns sehr bei allen MA für die Teilnahme an dieser Umfrage und auch für weitere informellen Rückmeldungen zum Ausbruchsgeschehen sowie die sehr gute Zusammenarbeit während des Ausbruches.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. C. Raichle, J. Schäfer, A. Gann, E. Warth und G. Slesak geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien. Die Untersuchung wurde von der Ethikkommission der Landesärztekammer Baden-Württemberg geprüft, eine berufsrechtliche Beratung entfiel aufgrund der komplett anonymen Datenerfassung.

Literatur

1. Barrett ES, Horton DB, Roy J et al (2020) Prevalence of SARS-CoV-2 infection in previously undiagnosed health care workers in New Jersey, at the onset of the U.S. COVID-19 pandemic. *BMC Infect Dis* 20(1):853
2. Bollinger T, Rupprecht T, Schmitt T et al (2021) SARS-CoV-2-Ausbruch. Wenn Maximalversorger maximal betroffen sind. *Dtsch Arztebl* 118(14):A-709–A-712
3. Fedak KM, Bernal A, Capshaw ZA, Gross S (2015) Applying the Bradford Hill criteria in the 21st century: how data integration has changed causal interference in molecular epidemiology. *Emerg Themes Epidemiol* 12:14. <https://doi.org/10.1186/s12982-015-0037-4>

4. Hemmer CJ, Hufert F, Siewert S, Reisinger E (2021) Protection from COVID-19—the efficacy of face masks. *Dtsch Arztebl Int* 118:59–65
5. aerzteblatt.de (2021) Beschäftigte in Sozialberufen erkranken häufiger an COVID-19. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/121184/Beschaeftigte-in-Sozialberufen-erkranken-haeufiger-an-COVID-19>. Zugegriffen: 5. Mai 2021
6. GEA (2021) Wie sich die Inzidenzzahlen in den Kreisen Reutlingen und Tübingen seit Dezember entwickelt haben. https://www.gea.de/reutlingen_artikel,-wie-sich-die-inzidenzzahlen-in-den-kreisen-reutlingen-und-t%C3%BCbingen-seit-dezember-entwickelt-haben-_arid,6395272.html. Zugegriffen: 7. Mai 2021
7. Jacob JT, Baker JM, Fridkin SK et al (2021) Risk factors associated with SARS-CoV-2 seropositivity among US health care personnel. *JAMA Netw Open* 4(3):e211283
8. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q et al (2020) The incubation period of coronavirus disease 2019 (COVID-19) from publicly reported confirmed cases: estimation and application. *Ann Intern Med* 172(9):577–582
9. Schilling J, Buda S, Fischer M, Goerlitz L, Grote U, Haas W, Hamouda O, Prahm K, Tolksdorf K (2021) Retrospektive Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland bis Februar 2021. *Epidemiol Bull* 15:3–12. <https://doi.org/10.25646/8149>
10. Schumacher J, Lange C, Kleinjohann L, Carvalho C (2021) Testing the proper fit of respirator masks during the COVID-19 pandemic—a study among medical staff. *Dtsch Arztebl Int*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0186>
11. Robert Koch-Institut (2021) Situationsbericht des RKI vom 02.03.2021, S.11. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Maerz_2021/2021-03-02-de.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 21. Apr. 2021
12. Thompson ER, Williams FS, Giacini PA (2021) Universal masking to control healthcare-associated transmission of SARS-CoV-2. *Infect Control Hosp Epidemiol* 29:1–24. <https://doi.org/10.1017/ice.2021.127>
13. Wirth R, Becker C, Djukic M et al (2021) COVID-19 im Alter – Die geriatrische Perspektive. *Z Gerontol Geriat* 54:152–160. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01864-0>

Kodierbuch Geriatrie 2021 jetzt erhältlich

Das komplett aktualisierte Tool für die fachgerechte Kodierung sorgt auf bewährte Weise für Klarheit in der Prüfpraxis

Der Bundesverband Geriatrie legt auch in diesem Jahr wieder eine leicht verständliche, praxisnahe Unterstützung für die tägliche Kodierung vor. Darüber hinaus werden dem erfahrenen Kodierer weiterführende Informationen vermittelt sowie strukturelle Zusammenhänge und Überlegungen im Fallpauschalensystem verdeutlicht. „Therapeutische Teams können mit dem Kodierhandbuch Geriatrie 2021 den täglich erforderlichen Aufwand minimieren, um die erbrachten Leistungen in der Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten fach- und sachgerecht abzubilden“, unterstreicht Projektleiterin Jessica Kappes.

In diesem Jahr wurde das Fachbuch mit Blick auf die Entwicklungen der ICD-10-GM, der Operationen- und Prozedurenschlüssel sowie der Deutschen Kodierrichtlinien aktualisiert. Insbesondere greift die 12. Auflage die jüngsten leistungsrechtlichen Veränderungen auf und bringt diese in einen praxisnahen geriatricspezifischen Kontext.

Formalrechtliche Grundlagen und Kodierpraxis

Inhaltlich knüpft das Kodierhandbuch an die Voraufgabe an und gibt darüber hinaus wichtige Hinweise zu den zukünftigen Entwicklungen. Die im Jahr 2020 theoretisch dargestellten formal-rechtlichen Grundlagen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes sowie des MDK-Reformgesetzes werden unter geriatricspezifischen Gesichtspunkten analysiert und die resultierenden kurzfristigen sowie mittel- bis langfristigen Auswirkungen diskutiert. Im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung werden die Durchführung und der Umfang von Prüfungen sowie das Vorberörterungsverfahren umfassend skizziert.

Zur regelmäßigen Begutachtung zur Einhaltung von Strukturmerkmalen gemäß § 275d SGB V werden zudem die zentralen Steuerungsgrößen vorgestellt sowie wertvolle Hinweise und Handreichungen zur praktischen Umsetzung dargelegt. Dies soll ein Übermaß an Prüfungen vermeiden und möglichst viel Klarheit für die Prüfpraxis schaffen.

Multiprofessionalität als Konzept

Dabei greift das breit aufgestellte Autorenteam ein Kernelement des geriatricspezifischen Behandlungskonzepts – die Multiprofessionalität – bereits in seiner Zusammensetzung auf: So ist Jessica Kappes beim Bundesverband Geriatrie Bereichsleiterin Finanzierung. Sie wurde unterstützt von ihren KollegInnen Sebastian Holtmann, Bereichsleiter Grundsatzfragen, und Christiane Becker, Referentin für Recht. Vervollständigt wird das Team durch die erfahrene Medizincontrollerin Magdalena Lichota, die in der Abteilung Medizincontrolling und Erlössicherung des Albertinen Krankenhauses Hamburg arbeitet.

In diesem Jahr erscheint das Fachbuch zum letzten Mal in seiner gewohnten Form. „Ab 2022 werden wir eine hybride Version veröffentlichen, also das gedruckte Buch um eine Online-Plattform ergänzen“, verrät Projektleiterin Kappes. „Damit eröffnen wir die Möglichkeit, auch unterjährig auf Veränderungen zu reagieren.“

Das Kodierhandbuch Geriatrie ist ab sofort im Buchhandel, bei Online-Portalen sowie direkt beim Verlag (<http://www.schueling.de/>) erhältlich.

Kodierhandbuch Geriatrie 2021, Herausgeber: Bundesverband Geriatrie e.V., 424 Seiten, Softcover, Schöningh Verlag Münster, ISBN 978-3-86523-311-0, Preis: 19,80 €