

INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

Geriatric

Mai 2016

Spezialisierte geriatrische Diagnostik ab 1. Juli 2016 qualitätsgesichert – Wissenswertes für Vertragsärzte

Ältere Patienten mit mehreren Erkrankungen haben mitunter einen besonderen Behandlungsbedarf. Hier setzt die spezialisierte geriatrische Diagnostik an. Durch sie sollen spezialisierte Geriater den individuellen Behandlungsbedarf eines Patienten ermitteln und einen Behandlungsplan erstellen. Der Vertragsarzt, der den Patienten überwiesen hat, nutzt diesen dann für das Einleiten und Koordinieren geeigneter, wohnortnaher Therapiemaßnahmen.

Die spezialisierte geriatrische Diagnostik wird zum 1. Juli 2016 in den EBM aufgenommen (Abschnitt 30.13). Spezialisierte geriatrische Vertragsärzte und Geriatrische Institutsambulanzen (GIA), die zur ambulanten Versorgung ermächtigt sind, können die neuen Leistungen abrechnen. Sie müssen eine Genehmigung bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) beantragen. Die Anforderungen hierzu regelt eine Qualitätssicherungsvereinbarung (QS-Vereinbarung). Was spezialisierte geriatrische Vertragsärzte wissen sollten und welche Rolle überweisende Vertragsärzte spielen, stellen wir vor.

WESENTLICHE REGELUNGEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

In der QS-Vereinbarung ist festgelegt, welche Anforderungen ab 1. Juli 2016 an die Durchführung der spezialisierten geriatrischen Diagnostik gestellt werden. Die neuen Leistungen sind begrenzt auf Patienten, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Erkrankung einen besonderen Versorgungsbedarf haben. Sie müssen das 70. Lebensjahr vollendet und mindestens zwei geriatrische Syndrome haben (alternativ mind. ein geriatrisches Syndrom und eine Pflegestufe). Zu den Syndromen können Mobilitätsstörungen einschließlich Fallneigung und Altersschwindel gehören, aber auch Inkontinenz oder ein therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom.

Anforderungen an die Diagnostik

Zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik gehört die Durchführung weiterführender geriatrischer Assessments. Anhand dieser Verfahren werden etwa die Selbstversorgungsfähigkeit des Patienten, Mobilität, Kognition, Emotion, Ernährung, Schmerz und instrumentelle Aktivitäten erfasst.

Darüber hinaus ermitteln die Ärzte relevante Kontextfaktoren. Dies erfolgt unter Verwendung eines Sozialassessments in mindestens fünf Bereichen (z. B. soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche / außerhäusliche Aktivitäten, Pflegebedarf, Hilfsmittelbedarf).

Um Funktionsstörungen und Risiken zu erkennen, können weitere syndrombezogene geriatrische Untersuchungen oder vertiefende Assessmentverfah-

Neu im EBM:
Spezialisierte
geriatrische
Diagnostik

KV-Genehmigung
beantragen

QS-Vereinbarung
am 1. Juli in Kraft

Patienten ab 70
Jahren

Mindestens zwei
geriatrische
Syndrome

Weiterführendes
geriatrisches
Assessment



ren durchgeführt werden. Ergänzend findet eine Bewertung der geriatrischen Syndrome statt. Bei den Assessments ist je nach Bedarf mindestens ein Physiotherapeut, ein Ergotherapeut oder ein Logopäde einzubinden.

Behandlungsplan

Der spezialisierte geriatrische Arzt ist verpflichtet, anhand der Testergebnisse und Untersuchungen einen schriftlichen Behandlungsplan für den überweisenden Vertragsarzt zu erstellen. Der Plan definiert unter Berücksichtigung der Erkrankung und der Lebenssituation des Patienten allgemeine und persönliche Behandlungsziele. Er beinhaltet auch Empfehlungen für die medikamentöse Therapie sowie gegebenenfalls zu Heil- und Hilfsmitteln. Zudem schließt der Plan auch Empfehlungen zur gegebenenfalls notwendigen weiteren Diagnostik und Überwachung ein.

Fachliche Befähigung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik

Die fachliche Befähigung besitzen Fachärzte für

- Innere Medizin und Geriatrie
- Innere Medizin
 - entweder mit der Schwerpunktbezeichnung „Geriatrie“
 - oder mit der fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ (Weiterbildungsordnung vor 2003)
- Allgemeinmedizin (Hausarzt)
 - entweder mit der Schwerpunktbezeichnung „Geriatrie“
 - oder mit der fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ (Weiterbildungsordnung vor 2003)
- Neurologie
 - entweder mit der Schwerpunktbezeichnung „Geriatrie“
 - oder mit der fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ (Weiterbildungsordnung vor 2003)
- Nervenheilkunde mit der fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ (Weiterbildungsordnung vor 2003)
- Psychiatrie und Psychotherapie
 - entweder mit Schwerpunkt „Geriatrie“
 - oder mit der fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ (Weiterbildungsordnung vor 2003)
- Physikalische und Rehabilitative Medizin mit der fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ (Weiterbildungsordnung vor 2003)
- sowie Vertragsärzte mit der Zusatzbezeichnung „Geriatrie“

Alternative fachliche Anforderungen

Fachärzte für Innere Medizin, Allgemeinmedizin oder Physikalische und Rehabilitative Medizin ohne Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung „Geriatrie“ erhalten eine Genehmigung, wenn sie Folgendes nachweisen:

- Behandlung von 100 Patienten im Jahr vor der Antragstellung, die:
 - 70 Jahre oder älter sind
 - und mindestens zwei der folgenden geriatrischen Syndrome aufweisen oder mindestens ein geriatrisches Syndrom und ei-

Therapeuten
einbinden

Behandlungsplan
erstellen

Fachliche
Anforderungen

Was alternativ
nachgewiesen
werden kann



ne Pflegestufe nach § 15 SGB XI haben:

- multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung und Altersschwindel
 - komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art
 - Frailty-Syndrom (Kombinationen von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität)
 - Dysphagie
 - Inkontinenz(en)
 - Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom,
- eine besondere geriatrische Qualifikation mit 160 Stunden Umfang
 - sowie fünf Jahre vertragsärztliche Berufserfahrung
 - und eine zwölfmonatige Tätigkeit in einer medizinisch-geriatrischen Einrichtung unter Anleitung eines Geriaters oder Arztes, der die fachlichen Genehmigungsvoraussetzungen erfüllt (siehe fachliche Befähigung oben), wobei statt zwölf auch sechs Monate ausreichen, wenn sich der Antragsteller verpflichtet, die restliche Zeit in den vier Jahren nach dem Genehmigungserhalt zu absolvieren.

Übergangsregelung für Teilnehmer an Strukturverträgen

Eine Übergangsregelung ermöglicht einen erleichterten Zugang für Ärzte, die vor dem 1. Juli 2016 mindestens ein Jahr an einem regionalen Strukturvertrag oder einem Vertrag zur besonderen Versorgung, der auch spezialisierte geriatrische Diagnostikleistungen beinhaltet, teilgenommen haben. Als fachliche Befähigung müssen sie ihre Vertragsteilnahme sowie 20 Fortbildungspunkte zu geriatricspezifischen Themen innerhalb von zwei Jahren vor Antragstellung nachweisen. Die Übergangsregelung gilt bis Ende 2016.

Aufrechterhalten der fachlichen Befähigung

Die Anforderung zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung richtet sich sowohl an Vertragsärzte, als auch an ermächtigte GIA. Sie müssen gegenüber der KV alle zwei Jahre 48 Fortbildungspunkte nachweisen.

Weitere Regelungen der Qualitätssicherung

- **Abklärung vor Diagnostik:** Vor jeder spezialisierten geriatrischen Diagnostik muss zunächst geklärt werden, ob ein geriatrischer Patient hierfür überhaupt geeignet ist. Diese Abklärung findet ohne Patientenkontakt zwischen der spezialisierten geriatrischen Praxis und dem überweisenden Vertragsarzt statt (siehe unten Rolle des Hausarztes).
- **Kooperation mit weiteren Berufsgruppen:** Die geriatrische Schwerpunktpraxis hat mit weiteren Berufsgruppen wie Physiotherapeuten, Ergotherapeuten oder Logopäden zu kooperieren. Im Rahmen der Assessments ist je nach Bedarf mindestens eine dieser Berufsgruppen einzubinden.
- **Organisation und Kommunikation:** Die geriatrische Schwerpunktpraxis muss mindestens zwei Mal jährlich multiprofessionelle Qualitätszirkel und regelmäßig Schulungen für die Praxismitarbeiter organisieren

Übergangsregelung für Ärzte in Strukturverträgen

Fortbildungspunkte nachweisen

Auch geregelt: Abklärung vor der Diagnostik

Kooperation mit weiteren Berufsgruppen

Qualitätszirkel und Schulungen organisieren



ren. Zudem sind patientenorientierte Fallbesprechungen mit den eingebundenen Berufsgruppen durchzuführen.

- **Zugang und Räume:** Der Zugang zur Praxis sowie zu den Untersuchungsräumen muss behindertengerecht sein. Dabei soll Barrierefreiheit im Sinne der DIN 18040-1 angestrebt werden, sie wird allerdings nicht verbindlich gefordert.

Die Assessments können in der Schwerpunktpraxis durchgeführt werden oder in den Räumen der Therapeuten, die sich jedoch in unmittelbarer räumlicher Nähe befinden müssen.

Es ist vorgesehen, dass die spezialisierte geriatrische Diagnostik evaluiert wird. Die KBV konnte erreichen, dass dies auf Basis von Routinedaten aus der Abrechnung erfolgt und somit für die Ärzte keine zusätzliche Dokumentation erforderlich ist.

ROLLE DES ÜBERWEISENDEN HAUSARZTES

Eine Besonderheit im Rahmen der spezialisierten geriatrischen Versorgung ist die patientenorientierte Vorabklärung. Hierbei spielt der überweisende Hausarzt des geriatrischen Patienten eine wichtige Rolle.

In Kooperation mit dem Hausarzt können Patienten im Ausnahmefall auch von Fachärzten für Neurologie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie und Nervenheilkunde sowie von Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie überwiesen werden.

Patientenorientierte Vorabklärung

Der überweisende Vertragsarzt klärt zunächst mit dem spezialisierten Geriater ab, ob der Patient für eine weiterführende geriatrische Diagnostik geeignet ist und gegebenenfalls zusätzliche (Vor-) Befunde für das weiterführende Assessments erforderlich sind. Die patientenorientierte Vorabklärung erfolgt zwischen dem überweisenden Vertragsarzt und dem spezialisierten Geriater ohne Patientenkontakt. Sie kann auch im Sinne eines Konsils fallabschließend sein und eine Vorstellung des Patienten in der geriatrischen Schwerpunktpraxis zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik erübrigen.

Einleiten und Koordinieren der Therapie

Das Einleiten und Koordinieren der Therapiemaßnahmen nach einer spezialisierten geriatrischen Diagnostik ist ebenfalls Aufgabe des Hausarztes. Ihm wird dafür der Behandlungsplan zur Verfügung gestellt.

Da die Hausärzte vor und nach der weiterführenden spezialisierten geriatrischen Diagnostik eine wichtige Rolle spielen, werden auch für sie zum 1. Juli 2016 neue Abrechnungsziffern in den EBM aufgenommen.

Eine Übersicht der neuen Gebührenordnungspositionen, und welcher Arzt sie jeweils abrechnen darf, finden Sie am Ende der Praxisinformation. Alle Leistungen werden extrabudgetär vergütet.

Mehr Informationen

QS-Vereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik:

www.kbv.de/html/qualitaetssicherung.php

Informationen zur Vergütung: www.kbv.de/html/1150_21575.php

Behinderten-
gerechter
Praxiszugang

Evaluation auf
Grundlage von
Routinedaten

Überweisender
Hausarzt

Auch bestimmte
Fachärzte können
überweisen

Weiterbehandeln-
der Hausarzt

Vergütung
extrabudgetär

QS-Vereinbarung
im Internet



SPEZIALISIERTE GERIATRISCHE DIAGNOSTIK DIE NEUEN LEISTUNGEN IM ABSCHNITT 30.13 EBM IM ÜBERBLICK			
GOP	Bewertung	Beschreibung	Wer darf abrechnen?
30980	194 Punkte, einmal im Krankheitsfall	Vorabklärung durch den überweisenden Hausarzt	(Überweisender) Hausarzt sowie in Ausnahmefällen und in Kooperation mit dem Hausarzt ein <ul style="list-style-type: none"> ▪ Facharzt für <ul style="list-style-type: none"> ○ Neurologie, ○ Nervenheilkunde, ○ Neurologie und Psychiatrie, ○ Psychiatrie und Nervenheilkunde, ▪ Vertragsarzt mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie
30981	131 Punkte, einmal im Krankheitsfall	Vorabklärung durch den spezialisierten geriatrischen Vertragsarzt beziehungsweise die GIA*	Spezialisierte geriatrische Vertragsarzt: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie, ▪ Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie, ▪ Vertragsärzte mit Zusatzbezeichnung Geriatrie, ▪ Fachärzte für Innere Medizin / Physikalische und Rehabilitative Medizin / Allgemeinmedizin mit geriatrischer Qualifikation gemäß Anlage 1 zu § 1 der Vereinbarung nach § 118a SGB V sowie ermächtigte GIA* Voraussetzung für die Abrechnung: Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung laut QS-Vereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik
30984	882 Punkte, einmal im Krankheitsfall	Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments laut QS-Vereinbarung	
30985 Zuschlag zu GOP 30984	325 Punkte, je weitere vollendete 30 Minuten, bis zu zweimal im Krankheitsfall	Länger dauernde Durchführung Dauert die Durchführung länger als 60 Minuten, können je weitere vollendete 30 Minuten Zuschläge jeweils bis zu zweimal im Krankheitsfall berechnet werden. Dies dient dazu, den z.B. durch Einbindung von Heilmittelerbringern wie Physiotherapeuten sinkenden Arztzeitanteil abzubilden. Es werden somit bis zu 180 Minuten (2.000 Punkte) vergütet.	
30986 Zuschlag zu GOP 30985	234 Punkte, je weitere vollendete 30 Minuten, bis zu zweimal im Krankheitsfall		
30988	65 Punkte, einmal im Krankheitsfall	Zuschlag zu GOP 03362, 16230, 16231, 21230 und 21231 für die Einleitung und Koordination der Therapiemaßnahmen nach einem weiterführenden geriatrischen Assessment	(Weiterbehandelnder) Hausarzt sowie in Ausnahmefällen und in Kooperation mit dem Hausarzt ein <ul style="list-style-type: none"> ▪ Facharzt für: <ul style="list-style-type: none"> ○ Neurologie, ○ Nervenheilkunde, ○ Neurologie und Psychiatrie, ○ Psychiatrie und Nervenheilkunde, ▪ Vertragsarzt mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie

Zusätzlich für Hausärzte:

GOP 03360: hausärztlich geriatrisches Basisassessment
 GOP 03362: hausärztlich geriatrischer Betreuungskomplex

Zusätzlich für ermächtigte GIA*:

GOP 01321: Grundpauschale für ermächtigte Institute

* Geriatrische Institutsambulanzen nach § 118 a SGB V