



### **Neue Qualitätssicherungsvereinbarung „Spezialisierte geriatrische Diagnostik“ ab 1. Juli 2016**

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 die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik (QS-Vereinbarung Spezialisierte geriatrische Diagnostik). 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 gemäß § 2 der Vereinbarung nach § 118a SGB V 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, außer-/häusliche Aktivitäten, Pflegebedarf, Hilfsmittelbedarf).

Um Funktionsstörungen und Risiken zu erkennen, können weitere syndrombezogene geriatrische Untersuchungen oder vertiefende Assessmentverfahren 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.

**Neu im EBM:  
Spezialisierte  
geriatrische  
Diagnostik**

**KV-Genehmigung  
beantragen**

**QS-Vereinbarung  
am 1. Juli in Kraft**

**Patienten ab 70  
Jahren und mind.  
zwei geriatrische  
Syndrome**

**Weiterführendes  
geriatrisches  
Assessment**

**Therapeuten  
einbinden**

**Behandlungsplan  
erstellen**

## Fachliche Befähigung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik

Die fachliche Befähigung besitzen Fachärzte für

- **Innere Medizin und Geriatrie**
- **Innere Medizin** (mit der Schwerpunktbezeichnung „Geriatrie“ oder mit der fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ (Weiterbildungsordnung vor 2003))
- **Allgemeinmedizin (Hausarzt)** mit der Schwerpunktbezeichnung „Geriatrie“ oder mit der fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ (Weiterbildungsordnung vor 2003)
- **Neurologie** 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** 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 (Hausarzt) oder Physikalische und rehabilitative Medizin ohne Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung „Geriatrie“ erhalten eine Genehmigung, wenn sie Folgendes nachweisen:

- Behandlung von 100 Patienten (entsprechend § 2 der Vereinbarung nach § 118a SGB V) im Jahr vor der Antragstellung
- eine besondere geriatrische Qualifikation mit 160 Stunden Umfang
- fünf Jahre vertragsärztliche Berufserfahrung sowie
- zwölfmonatige Tätigkeit in einer medizinisch-geriatrischen Einrichtung unter Anleitung eines Geriaters oder Arztes, der die fachlichen Genehmigungsvoraussetzungen erfüllt (wobei 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 Geriatrie-spezifischen 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).

## Fachliche Anforderungen

## Was alternativ nachgewiesen werden kann

## Übergangsregelung für Ärzte in Strukturverträgen

## Fortbildungspunkte nachweisen

## Abklärung vor der Diagnostik

**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. Zudem sind patientenorientierte Fallbesprechungen mit den ein-gebundenen 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.

### **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**

Die QS-Vereinbarung sowie weitere Informationen finden Sie auf der Internetseite der KV Berlin unter [www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de) > Für die Praxis > Qualität > QS-Leistungen > Überblick > Geriatrische Diagnostik.

### **Ansprechpartner**

Für Rückfragen steht Ihnen unser Service-Team unter der Telefonnummer 31003-999 gerne zur Verfügung.

**Kooperation mit weiteren Berufsgruppen**

**Qualitätszirkel und Schulungen organisieren**

**Behindertengerechter Praxiszugang**

**Überweisender Hausarzt**

**Auch bestimmte Fachärzte können überweisen**

**Weiterbehandelnder Hausarzt**

**Vergütung extrabudgetär**

**Mehr Informationen**

**Ansprechpartner**

**Überblick der neuen Leistungen im Abschnitt 30.13 EBM**

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

**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