

**Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Berlin**

**einerseits**

**und**

**der GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin**

**andererseits**

**vereinbaren gemäß § 11 Bundesmantelvertrag-Ärzte**

**die nachstehende**

**Vereinbarung**  
**von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V**  
**zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik**

**(Qualitätssicherungsvereinbarung Spezialisierte geriatrische Diagnostik)**

**Vereinbarung  
von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V  
zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik  
(Qualitätssicherungsvereinbarung Spezialisierte geriatrische  
Diagnostik)**

**Abschnitt A**

**Allgemeine Bestimmungen**

**§ 1**

**Ziel und Inhalt**

(1) Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Qualität der Versorgung von geriatrischen Patienten<sup>1</sup> in der vertragsärztlichen Versorgung durch Vertragsärzte, ermächtigte Krankenhausärzte und ermächtigte Einrichtungen gesichert werden soll. Ziel der Vereinbarung ist die Sicherstellung einer speziellen Diagnostik des geriatrischen Patienten mit daraus abgeleitetem Behandlungsplan für den überweisenden Vertragsarzt und im Fall der Kooperation zusätzlich für den Hausarzt, der die Multimorbidität mit Schwere und Komplexität, aber auch den persönlichen Lebenskontext des geriatrischen Patienten berücksichtigt.

(2) Die Vereinbarung regelt die fachlichen, organisatorischen, räumlichen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung geriatrischer Patienten entsprechend § 2 der Vereinbarung nach § 118a SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung (Gebührenordnungspositionen 30981, 30984, 30985, 30986 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)).

**§ 2**

**Genehmigung**

(1) Die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der geriatrischen Versorgung von geriatrischen Patienten nach dieser Vereinbarung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn der teilnehmende Arzt bzw. die teilnehmende Einrichtung (im Folgenden: Arzt) die nachstehenden fachlichen, räumlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen nach den §§ 3 bis 7 im Einzelnen erfüllt.

---

<sup>1</sup> Die nachstehenden Personen- und Berufsbezeichnungen werden einheitlich sowohl für die weibliche als auch für die männliche Form verwendet.

(2) Die Erfüllung der in Absatz 1 genannten Voraussetzungen ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Das Verfahren richtet sich nach Abschnitt E in Verbindung mit der Rahmenvereinbarung für Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V sowie den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 75 Abs. 7 SGB V. Für ermächtigte Einrichtungen gelten die Regelungen der Rahmenvereinbarung für Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V für Medizinische Versorgungszentren entsprechend.

(3) Die Genehmigung ist mit der Auflage zu erteilen, dass die in § 8 genannten Voraussetzungen erfüllt werden.

### **Abschnitt B**

#### **Genehmigungsvoraussetzungen**

##### **§ 3**

#### **Fachliche Befähigung**

(1) Die fachliche Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der geriatrischen Versorgung von geriatrischen Patienten gilt als nachgewiesen, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt und durch Zeugnisse und Bescheinigungen nach § 9 nachgewiesen werden<sup>2</sup>:

1. Berechtigung zum Führen einer Facharztbezeichnung im Gebiet „Innere Medizin“, „Allgemeinmedizin (Hausarzt)“, „Neurologie“, „Psychiatrie und Psychotherapie“ mit der Schwerpunktbezeichnung „Geriatric“ oder
2. Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Innere Medizin und Geriatric“ oder
3. Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Geriatric“.

(2) Die fachliche Befähigung gilt abweichend von Absatz 1 auch als erfüllt, wenn die folgenden Voraussetzungen durch Zeugnisse und Bescheinigungen nach § 9 nachgewiesen werden:

1. Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung im Gebiet „Innere Medizin“, „Allgemeinmedizin (Hausarzt)“ oder „Physikalische und rehabilitative Medizin“,
2. Im Jahr vor Antragstellung Behandlung von 100 Patienten entsprechend § 2 der Vereinbarung nach § 118a SGB V,
3. Besondere geriatrische Qualifikation mit einem Umfang von 160 Stunden,

---

<sup>2</sup> In ermächtigten Einrichtungen gelten die Anforderungen für die ärztliche Leitung.

4. 5 Jahre vertragsärztliche Berufserfahrung und
5. Nachweis einer ärztlichen Tätigkeit von 12 Monaten in einer medizinisch-geriatrischen Einrichtung unter Anleitung eines Geriaters gemäß Absatz 1 oder eines Arztes, der die fachlichen Genehmigungsvoraussetzungen unter abgeschlossener Ableistung der 12-monatigen Tätigkeit erfüllt.

(3) Der Nachweis nach Absatz 2 Nr. 5 gilt auch dann als erbracht, wenn eine mindestens 6-monatige Tätigkeit gemäß Absatz 2 Nr. 5 nachgewiesen wurde und der Arzt sich verpflichtet, in den folgenden 4 Jahren nach Genehmigungserhalt die restliche Zeit zu absolvieren.

### **Abschnitt C**

#### **Spezialisierte geriatrische Diagnostik**

##### **§ 4**

#### **Spezialisierte geriatrische Diagnostik**

(1) Die spezialisierte geriatrische Versorgung nach den Vorgaben dieser Vereinbarung umfasst insbesondere die Durchführung geeigneter geriatrischer Assessmentverfahren (z.B. Selbstversorgungsfähigkeit, Mobilität, Kognition, Emotion, Ernährung, Schmerz, instrumentelle Aktivitäten), die systematische Erhebung relevanter Kontextfaktoren unter Verwendung eines Sozialassessments in mindestens fünf Bereichen (z.B. soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf) sowie weitere syndrombezogene geriatrische Untersuchungen oder vertiefende Assessmentverfahren, um Hinweise für Funktionsstörungen und Risiken des geriatrischen Patienten zu erkennen, sowie die Bewertung der geriatrischen Syndrome.

(2) Die Durchführung der Assessments findet entsprechend dem individuellen Bedarf des Patienten unter Einbindung von mindestens einer der folgenden Berufsgruppen statt: Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden.

(3) Der Arzt ist verpflichtet, anhand der Testergebnisse und Untersuchungen einen schriftlichen Behandlungsplan für den überweisenden Vertragsarzt zu erstellen. Optional kann zusätzlich eine Abstimmung und Beratung mit dem überweisenden Vertragsarzt stattfinden.

(4) Der Behandlungsplan definiert unter Berücksichtigung der Erkrankung und der persönlichen Lebenssituation des Patienten allgemeine und persönliche Behandlungsziele. Darauf aufbauend beinhaltet er Empfehlungen für die medikamentöse Therapie sowie ggf. zu Heil- und Hilfsmitteln. Zudem schließt der Behandlungsplan auch Empfehlungen zur ggf. notwendigen weiteren Diagnostik und Überwachung mit ein.

(5) Der Behandlungsplan kann auch Aspekte der psychosozialen Versorgung und die Information über geeignete Beratungsangebote und Hilfsangebote sowie Kontakte zu Selbsthilfeeinrichtungen für Patienten und ihre Bezugspersonen umfassen.

(6) Die spezialisierte geriatrische Versorgung nach den Vorgaben dieser Vereinbarung setzt im Vorfeld eine patientenorientierte Vorabklärung mit dem überweisenden Vertragsarzt ohne Patientenkontakt voraus. Diese kann entweder konsiliarisch fallabschließend sein und damit die Vorstellung des Patienten beim Arzt nach § 2 erübrigen oder durch Klärung des hausärztlichen Behandlungsauftrags und ggf. hierfür erforderlicher Vorbefunde/-untersuchungen ggf. auch durch andere Fachärzte der effizienten Vorbereitung der Vorstellung des Patienten beim Arzt nach § 2 dienen.

### § 5

#### Kooperation mit weiteren Berufsgruppen

(1) Der Arzt gewährleistet die mögliche Einbindung der folgenden weiteren Berufsgruppen entsprechend dem individuellen Bedarf des Patienten:

1. Physiotherapeuten,
2. Ergotherapeuten und
3. Logopäden.

Die Möglichkeit der Einbindung der Berufsgruppen nach Satz 1 bei der Durchführung der spezialisierten geriatrischen Diagnostik nach § 4 und zur Erstellung des (ggf. interdisziplinären) Behandlungsplans muss in den Räumlichkeiten nach § 7 oder in unmittelbarer räumlicher Nähe gegeben sein.

(2) Folgende Qualifikationen müssen Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden erfüllen:

1. Ausbildung gemäß „Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 124 Abs. 2 SGB V für Leistungserbringer von Heilmitteln, die als Dienstleistung an Versicherte abgegeben werden (Zulassungsempfehlungen) in der Fassung vom 01.03.2012“,
2. mindestens zwei Jahre Berufserfahrung sowie mindestens eine nachgewiesene Fortbildung im Bereich Geriatrie und
3. Erfahrung in der Anwendung von Assessmentverfahren.

## § 6

### Organisatorische Anforderungen

Der Arzt ist verpflichtet:

1. multiprofessionelle Qualitätszirkel zu geriatrischen Themen mindestens zwei Mal jährlich durchzuführen<sup>3</sup>,
2. regelmäßig Schulungen der Praxismitarbeiter sicherzustellen und
3. patientenorientierte Fallbesprechungen mit Beteiligung der eingebundenen Berufsgruppen gemäß § 5 durchzuführen.

## § 7

### Anforderungen an die räumliche Ausstattung

Die räumliche und apparative Ausstattung muss die Diagnostik von geriatrischen Patienten ermöglichen. Der Zugang und die Räumlichkeiten für die Patientenbetreuung und -untersuchung sowie die sanitären Einrichtungen müssen behindertengerecht sein. Barrierefreiheit ist anzustreben.

## Abschnitt D

### Auflagen für die Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung

## § 8

### Auflage zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung

- (1) Für Ärzte, denen eine Genehmigung nach dieser Vereinbarung erteilt wurde, besteht folgende Auflage: Regelmäßige Aktualisierung der theoretischen Kenntnisse im Bereich Geriatrie durch die Erlangung von zweijährlich 48 Fortbildungspunkten zu altersassoziierten Krankheiten, Syndromen und Versorgungsformen.
- (2) Der Arzt hat gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen, dass die Auflagen nach Absatz 1 im festgelegten Zeitraum erfüllt wurden.
- (3) Die Kassenärztliche Vereinigung stellt fest, ob die erforderlichen Nachweise geführt wurden. Soweit die Nachweise nicht geführt wurden, teilt die Kassenärztliche Vereinigung dem Arzt dies unverzüglich mit.

---

<sup>3</sup> Die Regelungen nach Nummer 4 der Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV gemäß § 75 Abs. 7 SGB V sind entsprechend anzuwenden.

(4) Können die Nachweise nach Ablauf von weiteren auf den in Absatz 1 genannten Zeitraum folgenden 12 Monaten erneut nicht geführt werden, wird die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung von geriatrischen Patienten widerrufen.

(5) Der Antrag auf Wiedererteilung der Genehmigung kann frühestens 6 Monate nach dem Widerruf der Genehmigung gestellt werden.

### **Abschnitt E**

#### **Verfahren**

#### **§ 9**

#### **Genehmigungsverfahren**

(1) Anträge auf Genehmigung sind an die Kassenärztliche Vereinigung zu richten.

(2) Dem Antrag auf Genehmigung nach § 3 Abs. 1 sind insbesondere beizufügen:

1. Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung,
2. Nachweise über die Zusammenarbeit mit den weiteren Berufsgruppen nach § 5 durch Anstellungs- oder Kooperationsverträge unter Bezeichnung von Namen und Anschrift und Vorlage der Qualifikationsnachweise gemäß § 5 Abs. 2,
3. Nachweis über die Erfüllung der Anforderungen an die räumliche Ausstattung gemäß § 7.

(3) Dem Antrag auf Genehmigung nach § 3 Abs. 2 sind darüber hinaus beizufügen:

1. Nachweis über die Behandlung von 100 Patienten nach § 3 Abs. 2 Nr. 2,
2. Fortbildungsnachweis nach § 3 Abs. 2 Nr. 3,
3. Tätigkeitsnachweis nach § 3 Abs. 2 Nr. 4,
4. Nachweis der ärztlichen Tätigkeit in einer medizinisch-geriatrischen Einrichtung nach § 3 Abs. 2 Nr. 5 bzw. nach § 3 Abs. 3.

(4) Über die Anträge und über den Widerruf oder die Rücknahme einer erteilten Genehmigung entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn

1. aus den vorgelegten Zeugnissen und Bescheinigungen hervorgeht, dass die in § 3 genannten fachlichen Anforderungen erfüllt sind,

2. die Erfüllung der Voraussetzungen gemäß den §§ 4, 5 und 7 nachgewiesen wurden und
3. der Arzt sich verpflichtet hat, die organisatorischen Anforderungen nach § 6 zu erfüllen.

(5) Bestehen trotz der vorgelegten Zeugnisse und Bescheinigungen begründete Zweifel an der fachlichen Befähigung des Arztes nach § 3, so kann die Kassenärztliche Vereinigung die Genehmigung von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium abhängig machen. Das gleiche gilt, wenn der antragstellende Arzt im Vergleich zu dieser Vereinbarung eine abweichende, aber gleichwertige Befähigung nachweist.

(6) Die Kassenärztliche Vereinigung kann vom Arzt den Nachweis der in den §§ 4 bis 7 genannten Anforderungen verlangen. Die Kassenärztliche Vereinigung kann die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen, die Erfüllung der apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen dieser Vereinbarung entsprechen. Die Genehmigung wird nur erteilt, wenn der Arzt im Genehmigungsantrag das Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung erklärt.

(7) Die Genehmigung ist zu widerrufen, wenn der Arzt die Auflage nach § 8 nicht erfüllt. Eine nach § 3 Abs. 3 erteilte Genehmigung ist nach 4 Jahren zu widerrufen, wenn die Verpflichtung nach § 3 Abs. 3 nicht erfüllt wurde. Eine erneute Genehmigungserteilung nach § 3 Abs. 3 ist ausgeschlossen.

(8) Das Nähere zur Durchführung des Genehmigungsverfahrens regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung in Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 75 Abs. 7 SGB V.

### **Abschnitt F**

#### **Auswertung**

#### **§ 10**

#### **Evaluation**

Der nach § 12 der Vereinbarung nach § 118a SGB V zu vergebende gemeinsame Forschungsauftrag wird um die Evaluation der Erbringung der Leistung der spezialisierten geriatrischen Diagnostik durch Vertragsärzte erweitert. Die Evaluation erfolgt auf der Basis von Routinedaten mit dem Ziel, die Umsetzung und die Auswirkungen der Teilnahme von Vertragsärzten an der spezialisierten geriatrischen Diagnostik auf die Struktur der ambulanten und stationären Patientenversorgung, deren Wirtschaft-



lichkeit sowie die Ergebnisqualität zu untersuchen und daraus Empfehlungen für die Weiterentwicklung der spezialisierten geriatrischen Versorgung abzuleiten.

### **Abschnitt G**

#### **Schlussbestimmungen**

##### **§ 11**

##### **Übergangsregelung, Inkrafttreten**

(1) Für Fachärzte, die vor Inkrafttreten dieser Vereinbarung an einem regionalen geriatrischen Strukturvertrag bzw. Vertrag im Rahmen der besonderen Versorgung, der auch spezialisierte geriatrische Diagnostikleistungen zum Inhalt hat, teilgenommen haben, gilt die fachliche Befähigung als nachgewiesen, wenn sie folgende Voraussetzungen erfüllen und nachweisen:

1. Dauer der Teilnahme an einem Strukturvertrag nach Satz 1 von mindestens 1 Jahr,
2. 20 Fortbildungspunkte zu geriatricspezifischen Themen innerhalb von 2 Jahren vor Antragsstellung und
3. Antragstellung innerhalb von 6 Monaten nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung.

(2) Diese Vereinbarung tritt am 1. Juli 2016 in Kraft.

### **Protokollnotiz:**

Für Ärzte, die ihre Weiterbildung gemäß einer Weiterbildungsordnung auf der Grundlage einer früheren (Muster-) Weiterbildungsordnung (vor 2003) absolviert haben, gilt die fachliche Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der geriatrischen Versorgung von geriatrischen Patienten als nachgewiesen, wenn der Arzt nach diesem für ihn maßgeblichen Weiterbildungsrecht zum Führen einer Facharztbezeichnung im Gebiet „Innere Medizin“, „Allgemeinmedizin“, „Nervenheilkunde“, „Neurologie“, „Psychiatrie und Psychotherapie“ oder „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ mit der fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ berechtigt ist und dies durch Zeugnisse und Bescheinigungen nachgewiesen hat.