

Vereinbarung nach § 118a SGB V
(Geriatrische Institutsambulanzen - GIA)
i. d. F. aus der Sitzung des erweiterten Bundesschiedsamtes
gemäß § 118a SGB V vom 15.07.2015

Stand: 18.08.2015

Präambel

Gemäß § 118a Abs. 2 Satz 1 SGB V vereinbaren der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (im Folgenden KBV) im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (im Folgenden DKG) im vorliegenden Vertrag einheitliche Rahmenbedingungen für die Ermächtigung von geriatrischen Fachkrankenhäusern, Allgemeinkrankenhäusern mit selbstständigen geriatrischen Abteilungen sowie von Krankenhausärzten mit geriatrischer Weiterbildung zur Unterstützung der ambulanten geriatrischen wohnortnahen Versorgung, soweit und solange dies notwendig ist, um eine ausreichende ambulante strukturierte und koordinierte geriatrische Versorgung sicherzustellen.

§ 1 Einrichtung

- (1) ¹Gemäß § 118a Abs. 1 Satz 1 SGB V ermächtigt der Zulassungsausschuss geriatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen geriatrischen Abteilungen sowie Krankenhausärzte zu einer strukturierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung der Versicherten, soweit und solange sie notwendig ist, um eine strukturierte und koordinierte ambulante geriatrische Versorgung der Patienten nach § 2 in Verbindung mit § 4 sicherzustellen. ²Eine Ermächtigung ist ausgeschlossen bei einer ausreichenden geriatrischen Versorgung durch Vertragsärzte, die die Berechtigung zum Führen einer Facharztbezeichnung im Gebiet „Innere Medizin“ mit der Schwerpunktbezeichnung „Geriatric“ oder die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Geriatric“ erworben haben oder es sich um Ärzte handelt, die über eine geriatrische Qualifikation, wie sie in Anlage 1 beschrieben ist, verfügen.
- (2) Berechtigt zur ambulanten geriatrischen Versorgung im Sinne dieser Vereinbarung sind geriatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit geriatrischer Abteilung, fachärztlich-geriatrisch geleitete Bereiche innerhalb einer (z. B. internistischen) Abteilung sowie

Krankenhausärzte, soweit und solange sie vom Zulassungsausschuss zu einer strukturierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung ermächtigt worden sind und die sächlichen und personellen Voraussetzungen an die Leistungsbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung nach dieser Vereinbarung erfüllen.

- (3) Die Erfüllung der in dieser Vereinbarung genannten Voraussetzungen ist gegenüber den jeweiligen Zulassungsausschüssen nachzuweisen und von diesen zu bestätigen.
- (4) Ermächtigungen von geriatrischen Fachkrankenhäusern und Allgemeinkrankenhäusern mit selbstständigen geriatrischen Abteilungen haben Vorrang vor der Einzelermächtigung eines Krankenhausarztes mit geriatrischer Weiterbildung.
- (5) ¹Die Ermächtigung eines geriatrischen Fachkrankenhauses bzw. einer selbstständigen geriatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses setzt voraus, dass diese unter fachärztlicher geriatrischer Leitung steht. ²Das bedeutet, dass der leitende Arzt über eine geriatrische Weiterbildung gemäß der jeweiligen Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer verfügen muss. ³Sofern ein Krankenhausarzt ermächtigt wird, muss dieser über eine geriatrische Weiterbildung gemäß der jeweiligen Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer verfügen.
- (6) ¹Eine abschließende Diagnosestellung und leitende Therapieempfehlungen sind im Rahmen der Versorgung nach § 118a SGB V nach dem Facharztstatus zu erbringen. ²Ärzte in Weiterbildung können entsprechend des Standes ihrer Weiterbildung unter Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten ermächtigten Arztes bzw. eines Facharztes mit der Weiterbildung Geriatrie einer nach Abs. 2 ermächtigten Einrichtung zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten der Geriatrischen Institutsambulanz einbezogen werden (Facharztstandard). ³Abschließende Diagnosestellung und leitende Therapieempfehlungen dürfen sie jedoch nicht erbringen.
- (7) ¹Die räumliche und apparative Ausstattung der Geriatrischen Institutsambulanz muss die Diagnostik von geriatrischen Patienten gemäß § 2 i. V. m. § 4 ermöglichen. ²Der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung müssen behindertengerecht sein. ³Barrierefreiheit ist anzustreben.

§ 2 Patientengruppe

¹Wird von den Zulassungsausschüssen ein ambulanter geriatrischer Versorgungsbedarf nach § 118a Abs. 1 Satz 2 SGB V für eine Region festgestellt, können Ärzte sowie Einrichtungen nach § 1 Abs. 2 an der Versorgung von Patienten mitwirken, die aufgrund ihrer geriatrietypischen Multimorbidität einen dringend ambulanten Versorgungsbedarf haben, die aber aufgrund der Art,

Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe mit den verfügbaren Qualifikationen und Versorgungsstrukturen derzeit nicht adäquat ambulant versorgt werden können, bei denen im Regelfall ein komplexer Behandlungsplan zu erstellen ist und die die folgenden Kriterien erfüllen:

1. ein höheres Lebensalter (ab vollendetem 70. Lebensjahr) und
2. geriatritypische Morbidität.

²Letztgenannte liegt bei Patienten vor, bei denen mindestens zwei nachfolgende geriatrische Syndrome dokumentiert sind oder mindestens ein nachfolgendes geriatrisches Syndrom dokumentiert ist und eine Pflegestufe gemäß § 15 SGB XI vorliegt:

- 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

§ 3 Patientenzugang

- (1) ¹Ermächtigte Einrichtungen bzw. Krankenhausärzte werden ausschließlich auf Überweisung durch den behandelnden Vertragsarzt tätig. Behandelnde Vertragsärzte im Sinne dieser Vereinbarung sind Hausärzte und im Ausnahmefall Nervenärzte, Neurologen und Psychiater in Kooperation mit Hausärzten. ²Im Rahmen der Überweisung sind die Bestimmungen gemäß § 24 des Bundesmantelvertrages entsprechend zu berücksichtigen.
- (2) Im Einzelfall kann eine Versorgung von Patienten in Alten- oder Pflegeheimen erfolgen, wobei eine initiativ akquirierende Tätigkeit der Institutsambulanz nicht zulässig ist.
- (3) Ist eine Krankenförderungsleistung zwingend medizinisch notwendig, um die Leistung einer Geriatrischen Institutsambulanz oder eines im Sinne der Vereinbarung ermächtigten Krankenhausarztes in Anspruch zu nehmen, kann diese von dem überweisenden Vertragsarzt i. S. d. § 3 Abs. 1 zu Lasten der Krankenkassen unter Beachtung der Krankentransport-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in der jeweils gültigen Fassung angeordnet werden.

Protokollnotiz zu § 3 Abs. 3:

GKV-Spitzenverband und KBV sind sich mit dem erweiterten Bundesschiedsamt darüber einig, dass die Vertragspartner nicht berechtigt sind, die von der KBV geforderte Ergänzung in § 3 Abs. 3 (Geltung des § 8 Abs. 3 der Krankentransport-Richtlinie) zu vereinbaren. Alle Beteiligten

setzen sich dafür ein, dass im G-BA zuständigkeitshalber die Anwendbarkeit des § 8 Abs. 3 der Krankentransport-Richtlinie auf GIA-Fälle geprüft und ggf. die Richtlinie entsprechend ergänzt wird.

§ 4 Behandlungsumfang

- (1) Wird von den Zulassungsausschüssen ein ambulanter geriatrischer Versorgungsbedarf nach § 118a Abs. 1 Satz 1 SGB V festgestellt, sind geriatrische Leistungen für die unter § 2 definierte Patientengruppe Teil des Behandlungsumfangs der Ärzte sowie Einrichtungen nach § 1 Abs. 2.
- (2) In der Anlage 2 ist (sind) die Leistung(-en) aufgeführt, die von Geriatrischen Institutsambulanzen oder ermächtigten Krankenhausärzten nach § 118a SGB V erbracht werden kann (können).
- (3) Eine ambulante fachärztliche geriatrische Behandlung nach § 118a SGB V ist ausgeschlossen
 - bei Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V oder nach Bewilligung einer geriatrischen Rehabilitation nach § 40 SGB V,
 - im Anschluss an eine ambulante, ambulant-mobile oder stationäre geriatrische Rehabilitation nach § 40 SGB V oder eine teilstationäre oder vollstationäre geriatrischen Behandlung nach § 39 SGB V.
- (4) ¹Von den Ärzten in ermächtigten Einrichtungen bzw. von ermächtigten Ärzten können keine Leistungen nach § 73 Abs. 2 Nrn. 5 bis 8 und 12 SGB V zu Lasten der GKV verordnet werden. ²Pflegeleistungen nach SGB XI sind nicht Teil des Leistungskatalogs.

§ 5 Vergütung

- (1) ¹Die ambulanten geriatrischen Leistungen nach § 4 der ermächtigten Einrichtungen bzw. der ermächtigten Krankenhausärzte werden nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 2 SGB V vergütet. ²Sofern es sich um neue Leistungen handelt, erfolgt die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 SGB V. ³Für ermächtigte Einrichtungen sowie ermächtigte Krankenhausärzte gelten die Abrechnungsbestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM).
- (2) ¹Die den ermächtigten Einrichtungen bzw. den Krankenhausärzten zustehende Vergütung wird für diese vom Krankenhausträger bzw. durch den ermächtigten Arzt mit der für den

Krankenhausstandort zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet und nach Abzug der anteiligen Verwaltungskosten an die ermächtigte Einrichtung bzw. den Krankenhausarzt weitergeleitet. ²Die mit diesen Leistungen verbundenen allgemeinen Praxiskosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Geräten entstehenden Kosten sowie die sonstigen Sachkosten sind mit der (den) Gebührenordnungsposition(-en) (GOP) abgegolten, soweit im EBM nichts Abweichendes bestimmt ist.

- (3) Die Vertragspartner verpflichten sich, innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Vereinbarung eine Vergütungsregelung zu schaffen.

§ 6 Qualitätssicherung

- (1) Die gesetzlichen Bestimmungen zur Qualitätssicherung bleiben unberührt. Für die Qualifikation der Krankenhausärzte gilt § 135 Abs. 2 SGB V entsprechend.

Protokollnotiz zu § 6 Abs. 1:

Der GKV-Spitzenverband wird prüfen, ob die in den Geriatrischen Institutsambulanzen abgerechneten Gebührenordnungspositionen, Diagnosen und Prozeduren im Qualitätsbericht entsprechend § 137 SGB V veröffentlicht werden.

- (2) ¹Die Geriatrische Institutsambulanz ist in der Regel Teil eines geriatrischen Versorgungsnetzwerkes, das regelmäßig geriatrische Qualitätszirkel durchführt. ²Sofern in der Region, in der die Geriatrische Institutsambulanz tätig ist, kein geriatrisches Versorgungsnetzwerk existiert, umfasst der Teilnehmerkreis des Qualitätszirkels regelhaft zumindest behandelnde Vertragsärzte i. S. d. § 3 Abs. 1 sowie mindestens einen Arzt der Geriatrischen Institutsambulanz mit einer geriatrischen Weiterbildung gemäß den Weiterbildungsordnungen der jeweiligen Landesärztekammern.
- (3) ¹Die Geriatrische Institutsambulanz gewährleistet eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden. ²Folgende Qualifikationen müssen die genannten Berufsgruppen erfüllen:
- 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 (Zulassungsempfehlung)“ in der aktuellen Fassung
 - Mindestens zwei Jahre Berufserfahrung sowie mindestens eine nachgewiesene Fortbildung im Bereich Geriatrie
 - Erfahrung in der Anwendung von Assessmentverfahren

- (4) ¹Aufgaben der Qualitätszirkel nach § 6 Abs. 2 sind u. a. die Analyse und Bewertung der lokalen geriatrischen Versorgung, die Evaluation der Ergebnisse sowie die Förderung der kooperativen Zusammenarbeit der Beteiligten. ²Die Arbeit und die Ergebnisse der Qualitätszirkel werden dokumentiert. ³Bei einer Überprüfung der Strukturqualität sind diese vorzulegen.

§ 7 Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung

- (1) Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch ermächtigte Einrichtungen sowie durch ermächtigte Krankenhausärzte erfolgt auf Grundlage des § 106 SGB V.
- (2) Die Abrechnungsprüfung erfolgt nach den Verfahren in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 106a SGB V.

Protokollnotiz zu § 7:

Die Partner der Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel nach § 84 Abs. 8 Satz 3 SGB V prüfen bei Abschluss der Vereinbarung 2016, ob die im Therapieplan der Geriatrischen Institutsambulanz empfohlenen Heilmittel als Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen sind.

§ 8 Datenübermittlung

- (1) Die ermächtigten Ärzte sowie Einrichtungen nach § 1 Abs. 2 sind verpflichtet, die in § 295 SGB V genannten Angaben maschinenlesbar aufzuzeichnen und über den Krankenhausträger an die für den Standort zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln.
- (2) Für die elektronische Übermittlung der Daten von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die Krankenkassen gilt § 295 SGB V entsprechend.
- (3) Die Leistungserbringer nach Abs. 1 verwenden zur Abrechnung der Leistungen eine Arzt- und Betriebsstättennummer gemäß der Richtlinie der KBV nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstättennummer sowie der Praxisnetznummer.

§ 9 Inkrafttreten

Dieser Vertrag tritt mit Wirkung zum 01.10.2015 in Kraft.

§ 10 Kündigung

¹Dieser Vertrag kann mit einer Frist von einem Jahr zum Ende eines Quartals gekündigt werden.

²Bis zu einer Neuvereinbarung bzw. einer Festsetzung durch das erweiterte Bundesschiedsamt gilt der bisherige Vertrag fort.

§ 11 Salvatorische Klausel

¹Sollten einzelne Klauseln oder Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt.

²Anstelle der unwirksamen Bestimmung soll eine Bestimmung gelten, die dem zulässigerweise am nächsten kommt, was die Vertragspartner gewollt haben oder gewollt hätten, wenn sie die Regelungsbedürftigkeit bedacht hätten.

§ 12 Evaluation

(1) Der GKV-Spitzenverband und die KBV vergeben einen gemeinsamen Forschungsauftrag auf der Basis von Routinedaten mit dem Ziel, die Umsetzung und Auswirkungen der Ermächtigung von Geriatrischen Institutsambulanzen sowie von Krankenhausärzten nach § 118a SGB V auf die Struktur der ambulanten und stationären Patientenversorgung, deren Wirtschaftlichkeit sowie die Ergebnisqualität zu untersuchen und daraus Empfehlungen für die Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung abzuleiten.

(2) ¹Die Vergabe des Forschungsauftrags erfolgt bis spätestens ein Jahr nach Inkrafttreten der Vereinbarung. ²Die Ergebnisse des Forschungsauftrags sind bis vier Jahre nach Inkrafttreten der Vereinbarung zu veröffentlichen.

(3) Die Begleitforschung wird von GKV-Spitzenverband und KBV paritätisch finanziert.

Anlagen

1 zu § 1 der Vereinbarung nach § 118a SGB V

2 Behandlungsumfang nach § 4

Anlage 1 zu § 1 der Vereinbarung nach § 118a SGB V

Stand: 18.08.2015

- Im Jahr vor Antragstellung Behandlung von 100 Patienten entsprechend § 2 dieser Vereinbarung
- Abgeschlossene Facharztweiterbildung als Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin
- Besondere geriatrische Qualifikation mit einem Umfang von 160 Stunden
- Nachweis der verbindlichen Kooperation mit Gesundheitsberufen nach § 6 Abs. 3 dieser Vereinbarung
- Fünf Jahre vertragsärztliche Berufserfahrung
- Nachweis der Tätigkeit in einer geriatrischen Einrichtung von zwölf Monaten

Behandlungsumfang

Inhaltliche Beschreibung des Behandlungsumfangs

Stand: 18.08.2015

Themen

1. Voraussetzungen

- Die Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments setzt ein geriatrisches Basisassessment und das Vorliegen der Ergebnisse entsprechend den Inhalten der EBM-Gebührenordnungsposition 03360 (hausärztlich-geriatrisches Basisassessment) im engen zeitlichen Vorlauf (maximal ein Quartal) voraus.
- Sicherstellung der Übermittlung aller erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde an die Geriatrische Institutsambulanz bzw. die fachärztlich-geriatrische Versorgung durch den überweisenden Vertragsarzt i. S. d. § 3 Abs. 1 im Vorfeld des weiterführenden geriatrischen Assessments.
- Im Rahmen einer Vorabklärung werden die für die spezialgeriatrische Versorgung relevanten Informationen über den Patienten erfasst. Die Vorabklärung ist auch im Falle einer weiteren Überweisung an die Geriatrische Institutsambulanz nur einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

2. Diagnostische Maßnahmen

Obligate Inhalte sind

- umfassende geriatrische Assessments in mindestens fünf Bereichen (z. B. Selbstversorgungsfähigkeiten, Mobilität, Kognition, Emotion, instrumentelle Aktivitäten) sowie soziale Assessments in mindestens fünf Bereichen (z. B. soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf) einschließlich einer Anamnese und einer körperlichen Untersuchung,
- syndrombezogene geriatrische Untersuchungen einschließlich prognostischer Einschätzung zu spezifischen geriatrischen Syndromen.

3. Therapieplan

- Aus diesen Assessmentverfahren und der Durchführung syndrombezogener geriatrischer Untersuchungen einschließlich prognostischer Einschätzung zu spezifischen geriatrischen Syndromen ist nach Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit als ein zentraler Inhalt ein Behandlungsplan für den weiterbehandelnden Vertragsarzt gemäß § 3 Abs. 1 aufzustellen, um diesen in die Lage zu versetzen, adäquate Therapiemaßnahmen einleiten zu können.

4. Koordination/Beratung

- Darüber hinaus hält die Leistung fakultativ die konsiliarische Unterstützung der fachärztlich-geriatrischen Versorgung für die ambulante hausärztlich-geriatrische Versorgung im Rahmen der Weiterbehandlung und Einleitung der gemäß Therapieplan empfohlenen Behandlungsmaßnahmen nach der Durchführung des weiterführenden geriatrischen Assessments vor.
- Zudem kann eine Beratung von Angehörigen und Bezugspersonen des geriatrischen Patienten erfolgen.

5. Therapie

- Ausschließlich diagnostische Leistungen, keine therapeutischen Leistungen.
- Die Einleitung sowie die Durchführung der Therapiemaßnahmen gemäß der Vorgaben des Therapieplans obliegen dem weiterbehandelnden/einweisenden Vertragsarzt gemäß § 3 Abs. 1.

6. Intervall/Abrechnungshäufigkeit

- Das weiterführende Assessment kann höchstens einmal im Jahr durchgeführt werden und nur auf Überweisung des Vertragsarztes i. S. d. § 3 Abs. 1 erfolgen. In begründeten Ausnahmefällen kann das Assessment ein zweites Mal im Jahr durchgeführt werden.

7. Öffnungsklausel/Sonstiges

- Im Rahmen des weiterführenden Assessments können keine weiteren diagnostischen Leistungen erbracht werden.
- Weitere diagnostische Leistungen erfolgen ausschließlich auf Überweisung und Veranlassung des Vertragsarztes i. S. d. § 3 Abs. 1 im vertragsärztlichen Bereich.