



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Entwurf für eine

Vereinbarung
zur spezifischen geriatrischen Versorgung
(Anlage zum Bundesmantelvertrag)

Entwurf

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt I – Versorgungsziele und Patienten

Präambel

§ 1 Ziele und Gegenstand der Vereinbarung

§ 2 Patientengruppe

Abschnitt II – Versorgungsauftrag und Vernetzung

§ 3 Versorgungsauftrag

§ 4 Teilnehmende Ärzte

§ 5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team

Abschnitt III – Spezifische geriatrische Versorgung

§ 6 Koordination geriatrischer Behandlungsangebote

§ 7 Multiprofessionelle Versorgung in der Häuslichkeit des Patienten

§ 8 Geriatrische Komplexbehandlung

§ 9 Versorgungsmodul - Demenz

§ 10 Pflegende Angehörige

Abschnitt IV – Teilnahmeverfahren

§ 11 Anerkennung

§ 12 Beendigung oder Widerruf der Teilnahme

Abschnitt V - Qualitätssicherung

§ 13 Qualitätssicherung

§ 14 Evaluation

Abschnitt VI – Weitere Bestimmungen

§ 15 Abrechnung und Vergütung

§ 16 Wirtschaftlichkeitsprüfung

§ 17 Anpassungsklausel

§ 18 Inkrafttreten und Kündigung

Anlagen zur Vereinbarung zur spezifischen geriatrischen Versorgung vom xx.xx.201x:

Anlage 1: Sächliche und organisatorische Anforderungen

Anlage 2: Abrechnung und Vergütung

Abschnitt I – Versorgungsziele und Patienten

Präambel

In einer älter werdenden Gesellschaft nimmt die Versorgung multimorbider Patienten an Bedeutung stetig zu. Geriatrische Patienten stellen oft aufgrund altersbedingter oder multikausal bedingter Symptome und Syndrome sowie mehrdimensionaler Behandlungsansätze diagnostische und therapeutische Herausforderungen dar. Nicht selten werden diese zusätzlich zu vielen sozialen und ethischen Fragen an die behandelnden Ärzte¹ herangetragen. Die Betreuung dieser Patienten ist in der Regel eine komplexe Langzeitversorgung, deren Ziel nicht nur am kurativen Erfolg, sondern vor allem am Erhalt der Selbstständigkeit und der Lebensqualität gemessen werden muss.

Eine bedarfsgerechte, wohnortnahe geriatrische Versorgung erfordert eine berufsgruppenübergreifende Kooperation zwischen Ärzten, medizinischer Fachangestellten, geriatrisch-spezialisiertem Therapeutenteam und Pflegekräften. Mit dieser interdisziplinären Zusammenarbeit wird eine ganzheitliche Betrachtung des geriatrischen Patienten unterstützt. Diese Vereinbarung fördert ergänzend zur bestehenden Regelversorgung und unter Berücksichtigung regionaler Versorgungskonzepte eine spezifische geriatrische Versorgung. Die geriatrischen Patienten, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe eine spezifische geriatrische Versorgung benötigen, werden auf zwei Behandlungsebenen versorgt. Der behandelnde Vertragsarzt, in der Regel der Hausarzt, kennt die Krankheitsgeschichte des Patienten, stellt die Notwendigkeit einer spezifischen geriatrischen Versorgung fest und überweist den Patienten für eine temporäre Mitbehandlung (Diagnostik und ggf. zeitlich befristete geriatrische Therapie) an einen an der Vereinbarung teilnehmenden Arzt.

Im Vordergrund steht der gezielte Aufbau solcher Behandlungsangebote, die für eine sinnvolle kontinuierliche Betreuung der geriatrischen Patienten erforderlich sind. Die Vereinbarung ermöglicht eine Weiterentwicklung der ambulanten geriatrischen Versorgung durch geriatrische Schwerpunktpraxen. Auf diese Weise sollen Standards etabliert werden, die notwendige integrierte und sektorenübergreifende Versorgungsabläufe beinhalten und alle an der Versorgung beteiligten Akteure zusammenführen. Um Versorgungsverbesserungen zu erreichen, sollen die Pflegekräfte bzw. -einrichtungen stärker in die Organisation der ambulanten ärztlichen Versorgung eingebunden werden. Dafür bedarf es der verstärkten Kooperation zwischen der Pflege, den niedergelassenen Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten. Sowohl das Personal von Pflegediensten und als auch in Pflegeeinrichtungen sind dabei wichtige Akteure in der Versorgung geriatrischer und pflegebedürftiger Menschen.

¹ Bei allen Bezeichnungen, die auf Personen bezogen sind, meint die gewählte Formulierung beide Geschlechter. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei der Verwendung der Begriffe jeweils weibliche und/oder männliche Form mitgedacht.

§ 1

Ziele und Gegenstand der Vereinbarung

- (1) Mit dieser Vereinbarung soll eine zielgerichtete Weiterentwicklung der geriatrischen Kompetenzen in der ambulanten wohnortnahen geriatrischen Versorgung erfolgen und ein indikationsübergreifendes und teamorientiertes geriatrisches Versorgungskonzept etabliert werden. Ziel ist es, die Mobilität und Selbstständigkeit des älteren multimorbiden Patienten so lange wie möglich zu erhalten, um ein Leben in gewohnter (häuslicher) Umgebung zu ermöglichen. Die spezifische geriatrische Versorgung erfolgt nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“, soll Krankenhausaufnahmen vermeiden und Behandlungsabläufe optimieren.
- (2) Der Versorgungsauftrag umfasst eine, der Erkrankung angemessene, fachübergreifende und umfassende Behandlung und Betreuung sowie eine den medizinischen Erfordernissen und Möglichkeiten des Patienten angepasste, koordinierte Versorgungssteuerung. Hierzu gehören:
 - Auswahl und Durchführung der für den geriatrischen Patienten individuell geeigneten Diagnostik und Therapie,
 - umfassende Information und Aufklärung des Patienten und sofern gewünscht bzw. erforderlich seiner Angehörigen über Krankheit, Verlauf und Prognose,
 - zeitgerechte Einleitung der Kooperation mit allen beteiligten Ärzten im Rahmen der temporären Mitbehandlung,
 - Gewährleistung der geeigneten Behandlung in dringenden Fällen und bei Komplikationen,
 - konsiliarische Unterstützung behandelnder Ärzte.
- (3) Für den komplexen Behandlungsbedarf des geriatrischen Patienten dienen auf Überweisung durch den behandelnden Vertragsarzt folgende Maßnahmen bzw. Therapieangebote der oben beschriebenen Versorgungsziele:
 - Aufbau von teamorientierten Versorgungsstrukturen,
 - geriatrisches Assessment und Behandlungsplanung,
 - optimierter Zugang zur Tertiärprävention für ältere Patienten,
 - Erweiterung des Angebots im Bereich der Demenzversorgung,
 - Einbezug der geriatrischen Komplexbehandlung für ältere Patienten,
 - Förderung von Qualitätszirkeln/Fallkonferenzen,
 - Koordination und Einbezug des multiprofessionellen Behandlungsangebots für Patienten in Pflegeeinrichtungen.
- (4) Das Instrument für die Erreichung dieser Ziele ist die stärkere Vernetzung geriatrischer Versorgungsangebote, um Behandlungskontinuität über die geriatrischen Versorgungsebenen zu gewährleisten. Die Entwicklung von Geriatrischen Schwerpunktpra-

xen ist ein Ziel dieser Vereinbarung. Geriatrische Schwerpunktpraxen sollen unter Berücksichtigung der lokalen sozio-demographischen Situation einen wertvollen Beitrag zur interdisziplinären, kooperativen, wohnortnahen ambulanten geriatrischen Versorgung leisten. Die Geriatrischen Schwerpunktpraxen werden ausschließlich auf Überweisung des Patienten durch behandelnde Ärzte, insbesondere Hausärzte, Nervenärzte, Neurologen und Psychiater, tätig. An dieser Vereinbarung teilnehmende Ärzte können eine Anerkennung als Geriatrische Schwerpunktpraxis nach § 8 erhalten.

- (5) Der Versorgungsauftrag kann durch einheitliche und gemeinsame gesamtvertragliche Regelungen zwischen einer Kassenärztlichen Vereinigung sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den zuständigen Ersatzkassen ergänzt werden.

§ 2

Patientengruppe

- (1) Die Vereinbarung dient den geriatrischen Patienten, die wegen Art, Schwere und Komplexität ihrer Erkrankung einer spezifischen geriatrischen ambulanten Behandlung bedürfen. Die ambulanten Leistungen nach §§ 6 ff. können in der Regel nur bei geriatrischen Patienten erbracht werden. Hierzu gehören die Patienten, die die folgenden Kriterien erfüllen:

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

Letztgenannte 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 Schwindel,
- komplexe Beeinträchtigung kognitiver, psychosozialer oder verhaltensbezogener Art (z. B. Demenz, Depression und soziale Isolation),
- Frailty-Syndrom (Kombinationen von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität, Fehl- und Mangelernährung),
- Dysphagie,
- Ernährungsstörung,
- Inkontinenz(en),

- therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom,
 - chronische Wunde.
- (2) Geriatrische Patienten nach Absatz 1 erhalten die in der Vereinbarung beschriebenen Leistungen gemäß Abschnitt III im Rahmen der zeitlich befristeten geriatrischen Therapie. Voraussetzung für die Inanspruchnahme von diesen Leistungen ist das Vorliegen der Ergebnisse eines geriatrischen Assessments vor Beginn der spezifischen geriatrischen Versorgung. Der Arzt nach § 4 führt, sofern noch kein zeitnahes Ergebnis vorliegt, eine spezifische geriatrische Diagnostik anhand eines geriatrischen Assessments für die Patienten nach § 2 durch und stellt den Therapiebedarf fest. Über das Ergebnis des Assessments und die weitere Behandlungsplanung wird der überweisende Arzt schriftlich informiert. Sofern die medizinische Notwendigkeit besteht, kann das Assessment auch im Rahmen eines ärztlichen Hausbesuches durchgeführt werden.
- (3) In Ausnahmefällen können Patienten mit mehr als zwei der unter Absatz 1 genannten Syndrome, die das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, Leistungen nach dieser Vereinbarung erhalten.
- (4) Die Bedürfnisse, Wünsche und Gewohnheiten sowie die persönlichen Lebensumstände der geriatrischen Patienten sind individuell zu berücksichtigen. Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen sind zu beachten. Mit der Erkrankung sind für Patienten, ihre Angehörigen und ihnen nahe stehende Personen häufig psychosoziale Bedürfnisse verbunden, die in der Betreuung zu berücksichtigen sind. Pflegende Angehörige erhalten im Bedarfsfall Leistungen nach § 7 der Vereinbarung.

Abschnitt II – Versorgungsauftrag und Vernetzung

§ 3

Versorgungsauftrag

- (1) Der geriatrische Patient nach § 2 wird für die Dauer der spezifischen geriatrischen Versorgung auf zwei Behandlungsebenen versorgt. Der behandelnde Vertragsarzt, in der Regel der Hausarzt, stellt den Bedarf einer spezifischen geriatrischen Versorgung fest und überweist den Patienten für die temporäre Mitbehandlung zur erweiterten Diagnostik und/oder Therapie an einen an der Vereinbarung teilnehmenden Arzt nach § 4, der für die spezifische geriatrische Versorgung die Koordination der Behandlung nach dieser Vereinbarung übernimmt. Im Rahmen der Überweisung sind die Bestimmungen gemäß § 24 des Bundesmantelvertrages entsprechend zu berücksichtigen.

- (2) Der Versorgungsauftrag umfasst die Leistungen nach Abschnitt III dieser Vereinbarung. Der Arzt nach § 4 stellt die Therapie für den geriatrischen Patienten mit den beschriebenen Versorgungsinhalten sicher. Hierfür erfüllt der Arzt die in der Vereinbarung genannten Anforderungen und weist die nach § 5 geforderte interdisziplinäre Vernetzung bzw. Kooperation nach.

§ 4

Teilnehmende Ärzte

- (1) An dieser Vereinbarung können alle Vertragsärzte teilnehmen, 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
- für einen Übergangszeitraum von zwei Jahren die Facharztbezeichnung als Facharzt für Allgemeinmedizin, als Facharzt für Innere Medizin oder als Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin erworben haben, fünf Jahre Berufserfahrung in der Niederlassung haben und die Voraussetzungen nach Absatz 2 erfüllen und folgende Voraussetzungen nachweisen:
 - im Jahr vor Antragstellung nach § 11 die Behandlung von 100 Patienten gemäß § 2 dieser Vereinbarung,
 - eine besondere geriatriche Qualifikation mit einem Umfang von 160 Stunden,
 - Nachweis einer zweiwöchigen Hospitation in möglichst unterschiedlichen geriatriche Einrichtungen oder dem Nachweis einer dreimonatigen Tätigkeit in einer geriatriche Einrichtung im Rahmen der Weiterbildung.
- oder
- Vertragsärzte, die an der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten geriatriche Diagnostik (Qualitätssicherungsvereinbarung Spezialisierte geriatriche Diagnostik) in der jeweils gültigen Fassung teilnehmen
- und die Teilnahmevoraussetzungen nach Absatz 2 erfüllen.
- (2) Zu den weiteren Teilnahmevoraussetzungen dieser Vereinbarung gehören:
- a) der Nachweis der persönlichen und sächlichen Anforderungen und die Bereitschaft zur Erfüllung der Aufgaben nach Abschnitt IV,

- b) die Erfüllung der festgelegten Kooperationsvoraussetzungen nach § 5, die das geriatrische Team beschreiben, das die Umsetzung der spezifischen geriatrischen Leistungserbringung gewährleistet,
- c) die Verpflichtung zu einer kontinuierlichen ausreichenden geriatrischen Fortbildung,
- d) der Nachweis der sächlichen und organisatorischen Anforderungen nach Anlage 1.

§ 5

Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team

- (1) Der an dieser Vereinbarung teilnehmende Arzt gewährleistet die erforderliche interdisziplinäre Zusammenarbeit mit medizinischen, therapeutischen, pflegerischen, psychologischen und sozialen Diensten. Die Zusammenarbeit erfolgt unter Beachtung geltender berufs- und sozialrechtlicher Bestimmungen.
- (2) Der zur spezifischen geriatrischen Versorgung überweisende Arzt, in der Regel der Hausarzt, ist und bleibt auf Wunsch des Patienten zentraler Ansprechpartner. Der teilnehmende Arzt nach § 4 kooperiert eng mit dem überweisenden Arzt. Dies beinhaltet u. a. die Möglichkeit zur Teilnahme des überweisenden Arztes an Teambesprechungen seines Patienten während der geriatrischen Therapie.
- (3) Im Sinne der ganzheitlichen Betrachtung des Patienten kooperiert der teilnehmende Arzt bei Bedarf im Rahmen der spezifischen geriatrischen Versorgung mit weiteren Fachärzten (insbesondere mit Psychiatern, Nervenärzten und Neurologen). Dadurch wird die interdisziplinäre Vernetzung bei der Versorgung geriatrischer Patienten gefördert. Das Hinzuziehen von Fachärzten kann nur mit Einwilligung der Patienten erfolgen.
- (4) Teilnehmende Ärzte müssen eine geriatrisch qualifizierte medizinische Fachangestellte beschäftigen, die über mindestens 3 Jahre Berufserfahrung in einer ärztlichen Praxis und über persönliche, soziale und fachliche Kompetenzen in der Versorgung geriatrischer Patienten verfügt (Anlage 1). Diese geriatrisch qualifizierte medizinische Fachangestellte arbeitet auf Weisung des Arztes nach § 4 eng mit den an der Versorgung beteiligten Ärzten, Therapeuten, Pflegediensten und den Pflegeeinrichtungen zusammen.
- (5) Grundlegend erfolgt die Umsetzung der spezifischen geriatrischen Versorgung nach dieser Vereinbarung durch den teamintegrierten Ansatz durch Kooperationen mit insbesondere den folgenden Therapiebereichen: Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Die Voraussetzungen und die kontinuierliche Fortbildung nach Anlage 1 sind

von Teammitgliedern vorzuhalten. Der teilnehmende Arzt übernimmt für dieses Team die Behandlungsleitung. Hierzu muss der Arzt nach § 4 entsprechende Anstellungs- oder Kooperationsvereinbarungen abschließen.

- (6) Der teilnehmende Arzt veranlasst strukturierte Berichte zur Therapie an den Hausarzt / überweisenden Arzt. Der teilnehmende Arzt stellt sicher, dass neben der kontinuierlichen Absprache im Praxisteam zusätzlich in regelmäßigen Abständen patientenorientierte Fallbesprechungen unter Einbeziehung der in Absatz 5 genannten nichtärztlichen Leistungserbringer stattfindet. In der Regel finden dreimal wöchentlich Teambesprechungen statt. Die Ergebnisse der Teambesprechungen sind angemessen zu dokumentieren.
- (7) Für Patienten in Pflegeeinrichtungen erklärt der Arzt nach § 4 seine Bereitschaft zur Kooperation mit Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonal.
- (8) Es soll eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisationen und den Mitarbeitern von regional vorhandenen Pflegestützpunkten erfolgen. Zu diesem Zweck verfügt der teilnehmende Arzt nach § 4 über ein aktuelles Verzeichnis der wichtigsten lokalen Ansprechpartner, Selbsthilfeorganisationen und Beratungsstellen für den Patienten und seine Angehörigen. Je nach individuellem Bedarf des Patienten und dessen Einwilligung können nichtärztliche Gesundheitsberufe sowie Sozialarbeiter und Seelsorger unter Einbeziehung des Patienten hinzugezogen werden.

Abschnitt III – Spezifische geriatrische Versorgung

§ 6

Koordination geriatrischer Behandlungsangebote

- (1) Die spezifische geriatrische Versorgung nach dieser Vereinbarung erfolgt auf der Grundlage der Ergebnisse eines geriatrischen Assessments in enger Abstimmung mit dem überweisenden Arzt. Die nachstehenden Leistungen erstrecken sich auf den an dieser Vereinbarung teilnehmenden Arzt und das Team nach § 5. Die spezifische geriatrische Versorgung wird von dem Arzt koordiniert und zusammen mit den in § 5 genannten nichtärztlichen Leistungserbringern realisiert. Der Arzt ist damit in der Lage, eine individuelle Therapie zur Erhaltung oder Verbesserung der physischen Beweglichkeit und der kognitiven Fähigkeiten des Patienten zu planen.
- (2) Der teilnehmende Arzt übernimmt im Rahmen der temporären Mitbehandlung für die spezifische geriatrische Versorgung der Patienten nach § 2 im Bedarfsfall folgende Aufgaben:
 - a) Zur Behandlungsplanung und Koordination:

- Differenzierung des Behandlungspotentials,
 - Festlegung der Therapieziele und ggf. deren Anpassung,
 - Festlegung und Koordination der Therapieeinheiten,
 - ggf. Organisation des adäquaten Transports der Patienten,
 - Durchführung von multiprofessionellen Teambesprechungen,
 - Förderung und Einrichtung von Strukturen, die eine koordinierte und abgestimmte Behandlung zwischen den beteiligten Versorgungsangeboten ermöglichen.
- b) Zur Beratung und Information des Patienten:
- einführendes Beratungsgespräch mit dem Patienten, ggf. zusätzlich mit seinem gesetzlichen Betreuer oder dem Bevollmächtigten bzw. seinen Angehörigen über die Behandlungsziele und die Versorgungsleistungen nach dieser Vereinbarung,
 - eingehende Beratung zu Fragen der Gesundheitsförderung (z. B. adäquate Ernährung, ausreichende Bewegung) und zu den Gefahren für die Gesundheit auf der Grundlage eines geriatrischen Assessments,
 - Bekanntmachung von Maßnahmen und Programmen (u. a. zur Sturzprävention, Delirprävention), die der Prävention dienen und Erkrankungen im Alter verzögern können,
 - Informationsbereitstellung zu spezifischen bundesweiten bzw. regionalen Hilfs- und Entlastungsangeboten (z. B. Pflegedienste, Beratungsstellen, Selbsthilfeorganisationen, Alzheimertelefon).
- c) Für einen kontinuierlichen Austausch mit behandelnden Vertragsärzten und im Bedarfsfall mit Krankenhausärzten:
- Konsile und Telefonsprechstunden für den Hausarzt / überweisenden Arzt vor und während der Behandlung,
 - im Bedarfsfall fachlicher Austausch mit weiteren Vertragsärzten, insbesondere Psychiatern, Nervenärzten, Neurologen und Orthopäden.
 - Zur ambulanten (Weiter-)Behandlung nach der Krankenhausentlassung stimmt sich der teilnehmende Arzt oder die geriatrisch qualifizierte medizinische Fachangestellte nach § 5 Abs. 4 für ein Überleitungsmanagement nach den Richtlinien des G-BA mit dem behandelnden Krankenhausarzt und dem Hausarzt / überweisenden Arzt ab,
 - Nach Abschluss der spezifischen geriatrischen Versorgung erhält der Hausarzt / überweisende Arzt einen Bericht mit allen Untersuchungsergebnissen, Empfehlungen, eingeleiteten Therapien sowie den eingeleiteten Hilfemaßnahmen.

- d) Zur Einbindung der medizinischen Fachangestellten und optimierten Koordination der Versorgung:
- Die geriatrisch qualifizierte medizinische Fachangestellte nach § 5 Abs. 4 erfüllt die ihr durch den teilnehmenden Arzt zugewiesenen Aufgaben. Die Regelungsinhalte der Delegations-Vereinbarung nach Anlage 24 Bundesmantelvertrag Ärzte in der jeweils aktuellen Fassung ist zu beachten.
 - Einbeziehung der medizinischen Fachangestellten zur Identifikation und niedrigschwelligen Ansprache pflegender Angehöriger nach § 10.

§ 7

Multiprofessionelle Versorgung außerhalb der Praxis

- (1) Die Durchführung von Hausbesuchen und Visiten des teilnehmenden Arztes in Pflegeeinrichtungen wird im Rahmen dieser Vereinbarung für geriatrische Patienten nach § 2 durch die Hausbesuche bzw. Visiten der geriatrisch qualifizierten medizinischen Fachangestellten ergänzt.
- (2) Nach der Aufnahme eines geriatrischen Patienten in eine Pflegeeinrichtung kann unmittelbar ein geriatrisches Assessment für die weitere Behandlungsplanung erfolgen. Im Bedarfsfall koordiniert der teilnehmende Arzt in Abstimmung mit dem Hausarzt / überweisenden Arzt die Versorgung insbesondere im Hinblick auf die fachärztliche Betreuung des Patienten in der Pflegeeinrichtung.
- (3) Für den geriatrischen Patienten, der aus dem stationären Bereich wieder in das häusliche Umfeld kommen soll, kann auf Wunsch des Patienten und im Bedarfsfall nach Abstimmung mit seinen Angehörigen im Vorfeld oder unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus einen Hausbesuch von den in § 5 Abs. Abs. 4 und 5 genannten nichtärztlichen Leistungserbringern erfolgen. Die Patienten werden hinsichtlich des Wohnumfeldes, um bspw. das Sturzrisiko zu senken, beraten. Im Anschluss werden Maßnahmen und Ziele festgelegt. Der teilnehmende Arzt weist den Patienten auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme von mobiler geriatrischer Rehabilitation hin.
- (4) Der teilnehmende Arzt unterstützt die Durchführung von Schulungen und Weiterbildungsangeboten für das Pflegepersonal, ggf. in Pflegeeinrichtungen.

§ 8

Geriatrische Komplexbehandlung

Der teilnehmende Arzt prüft die Notwendigkeit der Versorgung zur ambulanten Komplexbehandlung und führt diese mit dem Team nach § 5 Abs. 5 durch. Hierfür gibt er dem Patienten Informationen über die grundsätzlichen Inhalte und Ziele einer geriatrischen Komplexbehandlung.

- Die geriatrische Komplexbehandlung umfasst i. d. R. 20 Behandlungstage mit zwei bis drei Therapieeinheiten pro Behandlungstag. Die absolute Anzahl der Tage bzw. Therapieeinheiten pro Behandlungstag ergibt sich aus der individuellen Behandlungsbedürftigkeit und dem Therapieverlauf. Der teilnehmende Arzt dokumentiert die Behandlung einschließlich der Teambesprechungen im Rahmen seiner ärztlichen Dokumentationspflicht.
- Eine Wiederholung der geriatrischen Komplexbehandlung ist nach zwölf Monaten möglich.
- Der Arzt stellt zum Ende der geriatrischen Komplexbehandlung eine Zusammenfassung über den Therapieverlauf des Patienten dem Hausarzt / überweisenden Arzt zur Verfügung und vermittelt auf Wunsch den Kontakt zu den Kooperationspartnern.

§ 9

Versorgungsmodul – Demenz

Zur Optimierung der Versorgung von Patienten nach § 2 mit Verdacht auf eine Demenz übernimmt der Arzt nach § 4 im Bedarfsfall zusätzlich folgende Aufgaben (unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen S3 Leitlinie Demenzen):

- Für die Diagnosestellung: Eingehende ärztliche Untersuchung mit den notwendigen internistischen, neurologischen und psychopathologischen Befunden zum Ausschluss aller möglichen Differenzialdiagnosen mit dem Ziel der frühen Einleitung der notwendigen therapeutischen Schritte.
- Im Rahmen der Basisdiagnostik: Anamnese, körperlich-psychopathologische Untersuchung, Labor-Diagnostik, psychometrischer Test zur Schweregradabschätzung und Verlaufsuntersuchung.
- Bei Vorliegen der Demenzdiagnose und sofern noch keine Vorbefunde vorliegen: Überweisung zur Bildgebung wie cCT und MRT, evtl. auch zur Liquor-Diagnostik

oder bei Notwendigkeit an eine Gedächtnisambulanz zum Ausschluss von Differenzialdiagnosen.

- Medikamentöse Therapie und Therapieplanung der nichtmedikamentösen Interventionen: Adäquate Einbindung der in § 5 Absatz 5 genannten nichtärztlichen Leistungserbringer (bspw. Ergotherapie).

§ 10

Pflegende Angehörige

- (1) Mit dieser Vereinbarung sollen auch die gesundheitlichen Risiken und/oder Einschränkungen bei pflegenden Angehörigen von Patienten nach § 2 minimiert bzw. verhindert werden. Sind betreuende Angehörige in die Versorgung eingebunden, übernimmt der Arzt gemäß § 4 im Bedarfsfall und mit dem Einverständnis des Patienten mit den Kooperationspartnern nach § 5 folgende Aufgaben:
 - Beratung der Angehörigen, welche Präventionsmaßnahmen vom Patienten in Anspruch genommen werden und Bereitstellung von ausreichendem Informationsmaterial, bspw. zur Ernährung und regionalen Beratungs- und Unterstützungsangeboten.
 - Durchführung von Angehörigenschulungen (Angehörigentrainings und Schulungen) werden zum Umgang mit Verhaltenssymptomen der Patienten und zum Schutz der Gesundheit der Angehörigen angeboten. Hierzu gehören strukturierte Angebote für pflegende Angehörige zur Vermeidung von Belastungen und Prävention von Erkrankungen, die durch Pflege und Betreuung hervorgerufen werden (mögliche Inhalte: Bewältigungsstrategien und Entlastungsmöglichkeiten für Angehörige sowie Informationen über sozialrechtliche Unterstützungsmöglichkeiten).
- (2) Spezifische Anamnese und Situationsbewertung (z.B. mittels Häuslicher Pflege-Skala (HPS) nach der DEGAM-Leitlinie zu pflegenden Angehörigen) sowie Beratung zu gezielten Unterstützungsangeboten (z.B. Rückenschule, rehabilitative Angebote, psychotherapeutische Angebote) und Zusammenarbeit mit den regionalen Angehörigengruppen.
- (3) Die teilnehmenden Ärzte sollten auf die Möglichkeiten der externen Unterstützung (bspw. durch Pflegestützpunkte) hinweisen, um einer Überforderung der Angehörigen vorzubeugen. Die Krankenkassen stellen hierzu Informationsmaterial zur Verfügung.

Abschnitt IV – Teilnahmeverfahren

§ 11

Anerkennung

- (1) Voraussetzung für die Teilnahme an dieser Vereinbarung ist ein entsprechender Antrag an die für den Sitz des Antragstellers zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Dem Antrag sind die Nachweise für die Erfüllung der in § 5 zur Versorgung von geriatrischen Patienten und in der Anlage 1 genannten Voraussetzungen beizufügen. Die Kassenärztliche Vereinigung informiert über die geforderten Nachweispflichten.
- (2) Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung entscheidet über den Antrag nach Prüfung des Vorliegens der genannten Voraussetzungen. Sofern die Voraussetzungen erfüllt sind, genehmigt die Kassenärztliche Vereinigung die Teilnahme und bestätigt dem antragstellenden Arzt schriftlich seine Vertragsteilnahme. Die Kassenärztliche Vereinigung kann, wenn der antragstellende Arzt im Vergleich zu dieser Vereinbarung eine abweichende, aber gleichwertige Befähigung nachweist, dem antragstellenden Arzt die Teilnahme genehmigen. Sind die Teilnahmevoraussetzungen nicht erfüllt, erhält der antragstellende Arzt durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung einen ablehnenden Bescheid mit entsprechender Begründung.
- (3) Der an dieser Vereinbarung teilnehmende Arzt hat die zuständige Kassenärztliche Vereinigung über alle Änderungen zu informieren, welche die Erfüllung der in § 5 i.V.m. Anlage 1 genannten Voraussetzungen betreffen.
- (4) Mit Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung ist der Arzt berechtigt und verpflichtet, ab dem Quartal, in dem die Genehmigung zur Teilnahme erklärt wird, Leistungen nach dieser Vereinbarung zu erbringen.
- (5) Die Kassenärztliche Vereinigung kann bei Wegfall der Voraussetzungen nach § 5 i.V.m. Anlage 1 die Genehmigung nach § 12 Abs. 2 vorzeitig widerrufen.
- (6) Die Kassenärztliche Vereinigung informiert die jeweiligen Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und den GKV-Spitzenverband in regelmäßigen Abständen, mindestens aber jährlich, über die Namen und Anschriften der an dieser Vereinbarung teilnehmenden Ärzte.

§ 12

Beendigung oder Widerruf der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme an dieser Vereinbarung endet:

- a) mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit,
 - b) mit dem Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Arzt seine Tätigkeit nach dieser Vereinbarung einstellt und dies der Kassenärztlichen Vereinigung mitgeteilt hat,
 - c) mit der Feststellung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung, dass die in dieser Vereinbarung festgelegten Erfordernisse durch den Arzt oder das Praxisteam nicht oder nicht mehr erfüllt werden.
- (2) Die Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung ist mit einer Frist von zwei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres durch die Kassenärztliche Vereinigung zu widerrufen, wenn die ordnungsgemäße Durchführung der Vereinbarung nicht mehr gewährleistet ist.

Abschnitt V - Qualitätssicherung

§ 13

Qualitätssicherung

- (1) Die qualitätsfördernden und qualitätssichernden Maßnahmen, zu denen die an der Versorgung teilnehmenden Ärzte verpflichtet sind, ergeben sich aus § 4 und § 5 i.V.m. der Anlage 1.
- (2) Die Kassenärztliche Vereinigung übernimmt die Prüfung der Genehmigungsvoraussetzungen nach § 11.
- (3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen informieren den GKV-SV und die KBV anhand von statistischen Erhebungen und Routinedaten über das Versorgungsgeschehen. Die KBV veröffentlicht jährlich einen Versorgungsbericht auf dieser Grundlage.

§ 14

Evaluation

Die Auswirkungen der nach dieser Vereinbarung beschriebenen Versorgung auf die Krankenkassen, die an der Versorgung teilnehmenden Ärzte sowie auf die Patientenversorgung sind fünf Jahre nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung zu bewerten. Gegenstand der Bewertung ist insbesondere die Entwicklung der vorgesehenen Versorgungsstruktur, der Qualität sowie der Koordinations- und Kooperationsverpflichtungen unter den beteiligten Ärzten. Die Ergebnisse sind zwischen den Vertragspartnern abzustimmen und Grundlage für die Weiterentwicklung dieses Versorgungsbereichs.

Abschnitt VI – Weitere Bestimmungen

§ 15

Abrechnung und Vergütung

- (1) Die Leistungen nach Abschnitt III dieser Vereinbarung werden nach Anlage 2 vergütet.
- (2) Die Abrechnung und Vergütung erfolgt abzüglich der üblichen Verwaltungskosten über die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung und setzt die Genehmigung zur Teilnahme an dieser Vereinbarung nach § 11 voraus.

§ 16

Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Sollten durch die Umsetzung dieses Vertrages zusätzliche ärztliche Leistungen und Verordnungen durch die teilnehmenden Ärzte erforderlich werden und dies zu einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106a oder § 106b SGB V führen, empfehlen die Vertragspartner, die nach diesem Versorgungsauftrag erbrachten Leistungen und die veranlassten Leistungen als Praxisbesonderheit anzuerkennen. Der Vertragsarzt hat den erhöhten ärztlichen Aufwand sowie den Verordnungsaufwand im Einzelfall zu dokumentieren.
- (2) Ärztliche Leistungen, die nach Abschnitt dieser Vereinbarung vergütet und abgerechnet werden, werden nicht bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106a SGB V berücksichtigt.

§ 17

Anpassungsklausel

- (1) Die Vertragspartner vereinbaren, dass sie sich bei Bedarf über eine Weiterentwicklung der Vereinbarung verständigen.
- (2) Stellt eine Vertragspartei dessen ungeachtet einen unaufschiebbaren Anpassungsbedarf fest, nehmen die Vertragspartner unverzüglich Verhandlungen auf.
- (3) Zu den Aufgaben der Vertragspartner gehören insbesondere auch:
 - die einheitliche Weiterentwicklung der Leistungen,
 - die Empfehlung zur Anerkennung von Fortbildungen,

- das Vertragsmonitoring, insbesondere im Hinblick auf die erzielte Versorgungsqualität,
- die Öffentlichkeitsarbeit.

§ 18

Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung zum xx.xx.xxxx in Kraft.
- (2) Diese Vereinbarung kann von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband insgesamt oder in Teilen gekündigt werden. Die Kündigungsfrist beträgt neun Monate zum Schluss eines Kalenderjahres. Die Kündigung hat durch einen eingeschriebenen Brief zu erfolgen.
- (3) Einen wichtigen Grund zur Kündigung stellt eine grundlose Verweigerung der Anpassung dieser Vereinbarung dar.

Entwurf

Anlage 1 – Sächliche und organisatorische Anforderungen

Die Teilnahme an der spezifischen geriatrischen Versorgung setzt die persönliche Qualifikation nach § 4 und die Zusammenarbeit mit dem interdisziplinären Team nach § 5 voraus. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit kann auch im Rahmen von vertraglich vereinbarten Kooperationen erfolgen. Die für die jeweiligen Mitglieder des interdisziplinären Teams geforderten Qualifikationen werden in dieser Anlage geregelt.

I. Anforderungen der Mitglieder des interdisziplinären Teams

Nr.	Mitglied des interdisziplinären Teams	Anforderungen
1.	geriatrisch qualifizierte Medizinische Fachangestellte nach § 5 Abs. 4	drei Jahre Berufserfahrung in ärztlicher Praxis und persönliche, soziale und fachliche Kompetenzen in der Versorgung älterer Patienten und <ul style="list-style-type: none">▪ Nachweis der Teilnahme an dem Fortbildungscurriculum „Nicht-ärztliche Praxisassistentin“ der Bundesärztekammer nach § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V oder <ul style="list-style-type: none">▪ Nachweis der Teilnahme an dem Fortbildungscurriculum „Ambulante Versorgung älterer Menschen“ der Bundesärztekammer.
2.	Ergotherapeut nach § 5 Abs. 5	mindestens zwei Jahre Berufserfahrung sowie Qualifikation und Erfahrung im Bereich der Geriatrie, Erfahrung im Umgang mit Assessmentverfahren, mit kognitiven Trainingsmethoden und geriatritypischen Behandlungsmethoden, kontinuierliche Fortbildung zu geriatrischen Themen.
3.	Physiotherapeut nach § 5 Abs. 5	mindestens zwei Jahre Berufserfahrung sowie Qualifikation und Erfahrung im Bereich der Geriatrie, Erfahrung im Umgang mit Assessmentverfahren, Erfahrung im Einsatz der Techniken nach Bobath,

		Vojta oder PNF (propriozeptive Neuromuskuläre Faszilitation), kontinuierliche Fortbildung zu geriatrischen Themen.
4.	Logopäde nach § 5 Abs. 5	mindestens zwei Jahre Berufserfahrung sowie Qualifikation und Erfahrung im Bereich der Geriatrie, Erfahrung im Umgang mit Assessmentverfahren, kontinuierliche Fortbildung zu geriatrischen Themen.

Sofern die nichtärztlichen Leistungserbringer nicht in der Praxis des teilnehmenden Arztes nach § 4 angestellt sind, unterhält der Arzt jeweils eine Kooperationsvereinbarung unter Berücksichtigung der Versorgungsziele gemäß § 1 mit dem jeweiligen nichtärztlichen Leistungserbringer (Nrn. 2 bis 4) nach dieser Anlage. Vereinbarungen mit den Kooperationspartnern sind gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

II. Organisatorische Anforderungen

Die Organisation des Versorgungsangebotes zur geriatrischen Komplexbehandlung nach § 8 Abs. 2 g) erfolgt zentral (Modul A) oder alternativ dezentral (Modul B). Zentral im Sinne dieser Vereinbarung ist die Durchführung sämtlicher ärztlicher und therapeutischer Maßnahmen an einem Ort, der die dafür notwendigen räumlichen Voraussetzungen erfüllt. Die ambulante geriatrische Komplexbehandlung kann alternativ auch dezentral durchgeführt werden (Modul B). Das heißt, dass die ärztlichen und therapeutischen Maßnahmen in den jeweiligen Praxisräumen der Ärzte und Therapeuten oder am Wohnort des Patienten durchgeführt werden. Die nachstehenden Strukturanforderungen müssen erfüllt sein. Der Arzt muss sich mit seinem Team auf eine Variante verständigen und diese der Kassenärztlichen Vereinigung anzeigen sowie die jeweiligen Strukturanforderungen nachweisen. Es können beide Module parallel angeboten werden.

II.1 Modul A

Bei Modul A (zentral) müssen zusätzlich zu den im Vertrag definierten Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung noch folgende Strukturen vorhanden sein:

- Rezeption / Empfang
- Aufenthaltsraum mit patientengerechter Ausstattung
- 3 Therapieräume

- Arzt- bzw. Notfallraum
- Raum für Teambesprechungen
- Umkleide- und Personalaufenthaltsraum

Der Gruppenraum und die Therapieräume können auch durch flexible Multifunktionsräume dargestellt werden. Ein barrierefreier Zugang, der sich an der DIN-Norm DIN 18040-1 in der jeweils aktuellen Fassung orientiert, ist vorzuhalten. Alle Therapieeinheiten können zu Hause bei den Patienten durchgeführt werden.

II.II Modul B

Bei Modul B (dezentral) müssen zu den im Vertrag definierten Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung noch zusätzlich folgende Strukturen vorhanden sein:

- alle therapeutischen Kooperationspartner müssen in eigener Praxis niedergelassen sein,
- Raum für Teambesprechungen.

Anlage 2 – Abrechnung und Vergütung

unbesetzt

Entwurf