
Sozialmedizinische Grundsatzberatung am Beispiel der bedarfsgerechten Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Versorgung geriatrischer Patienten: Geriatrische Institutsambulanzen gemäß § 118a SGB V und Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen

Session „Sozialmedizin meets Geriatrie“

25. Dt. Geriatriekongress der DGG in Hof
14. September 2013

Norbert Lübke



Infos zum KCG: www.kcgeriatrie.de



The screenshot shows a web browser window with the URL <http://www.kcgeriatrie.de/>. The browser's address bar and search bar are visible. The website content includes a header with the GKV | MDK MDS logo and a navigation menu with links for Home, Kontakt, and Impressum. A main content area features the large logo 'KOMPETENZ CENTRUM GERIATRIE' and a description of the center as a joint facility of the GKV Spitzenverband and the community of medical services of health insurance. It also mentions that the center is organizationally affiliated with MDK Nord. A sidebar on the left contains a list of navigation links such as 'Aktuelles', 'Wir über uns', 'Kurziprofil', 'Organisation', 'Arbeitsfelder', 'Kompetenzen', 'Mitarbeiter', 'Leistungsspektrum', 'Beauftragung', 'Flyer', 'INFO-Service', and 'Kontakt / Anfahrt'. A highlighted section in the sidebar is titled 'Expertenforum zum Weißbuch Geriatrie Hamburg 13.09.2010' with a link to 'Ergebnisdokumentation'.

Zielsetzung für Kompetenz-Centren

Eigene Expertise der GKV und der MDK-Gemeinschaft auf Themenfeldern

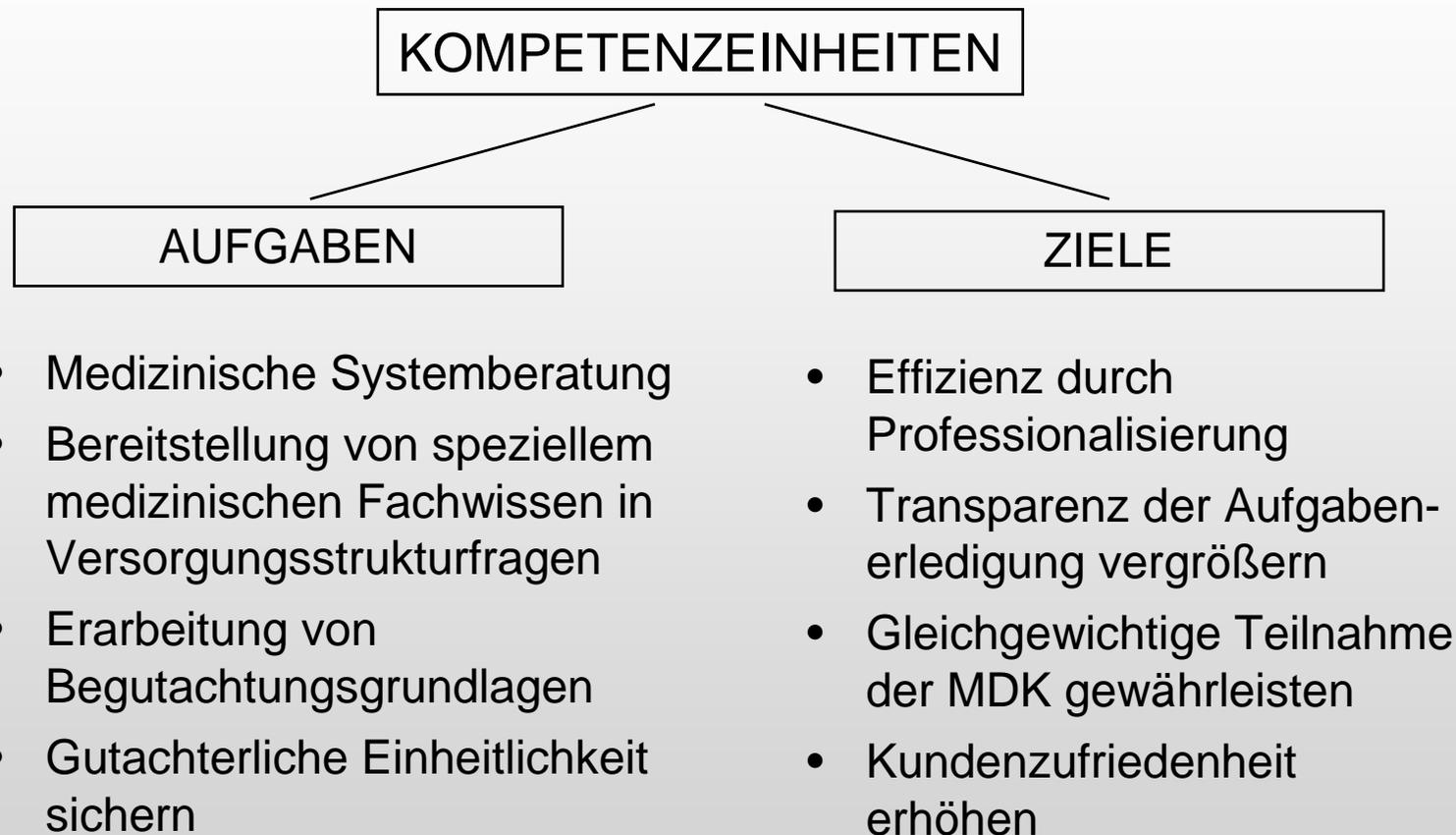
- für die einerseits auf Grund einer hohen inhaltlichen Komplexität eine Bündelung speziellen medizinischen Fachwissens angezeigt erscheint,
- und für die sich andererseits aus der Versorgungs-, Vertrags- oder Begutachtungstätigkeit ein erheblich erhöhter Beratungsbedarf ergibt



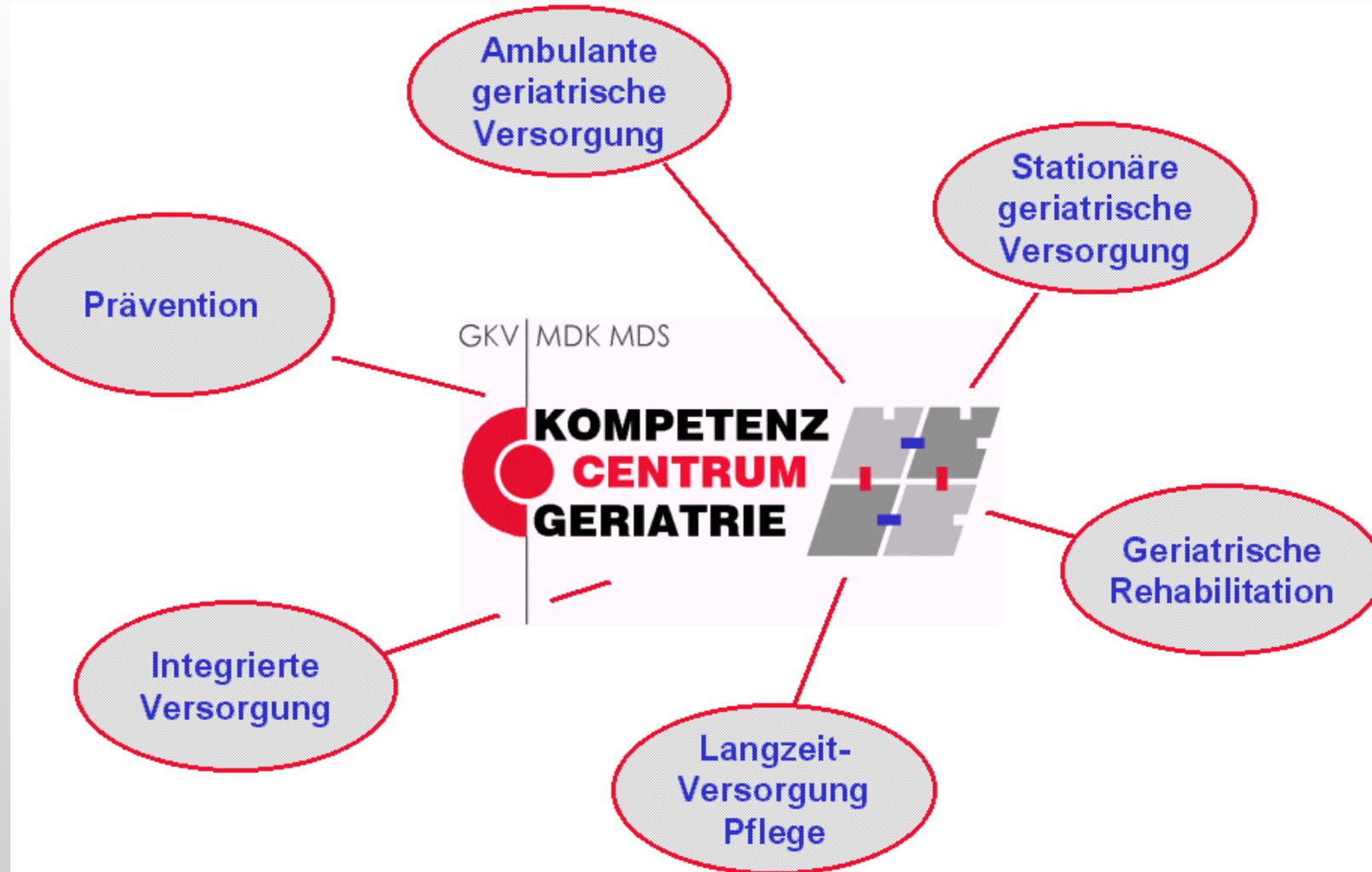
Systemberatung der Kompetenzeinheiten



Kompetenzeinheiten im GKV-/ MDK-System



Arbeitsfelder des Kompetenz-Centrums Geriatrie



Beispiel GIA und EBM-Beratung

Phasen der Beratung

1. Vorberatung der AG GIA des GKV-SV
2. Beratung der AG EBM des GKV-SV
3. Begleitung des GKV-SV in den Verhandlungen mit der KBV / DKG



ad 1) Vorberaterung der AG GIA des GKV-SV

Versorgungsbedarfe

- Risikoerkennung
- sektorenübergreifende Behandlungskonzeptionen
- Behandlungspriorisierung
- Casemanagement
- spezialisierte geriatrische Leistungen

Status quo der Versorgung

- boomende stationäre Akutgeriatrie
- bedrohte Rehageriatrie
- begrenzte geriatrische Qualifikationsressourcen
- weitgehende Tabula rasa in der ambulanten Versorgung

Generelle Lösungsansätze

- Geriatisierung der Hausärzte
- Strukturierte Koordinationsleistungen
- Fachspezifisch geriatrische Zusatzversorgungsangebote

(Vortrag vom Vortag)

ad 1) Vorberatung der AG GIA des GKV-SV

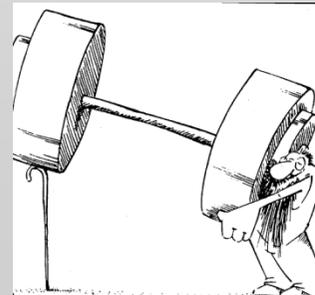


Gesetzliche Vorgaben

- Unterversorgung als Voraussetzung
- Zulassung durch Zulassungsausschuss
- Keine Verdrängung vorhandener Strukturen, allenfalls niedrigschwelliger Ersatz (amb. vor stat.)
- Vergütung über EbM, allenfalls über Definition neuer Leistungen

Geriatrisch-konzeptionelle Perspektive

- Kernfrage: Was ist sinnvoll?
- Überbrückung der bestehenden Unterschiede in der Verteilung geriatrischer Kompetenz zwischen stationärem und ambulantem Bereich mit dem Ziel eines mittelfristigen Kompetenztransfers
- Initiation wechselseitiger Lernprozesse
- A & O: verbindliche Kommunikation und Rückmeldung zwischen GIA und Vertragsärzten



„Hilfe, wo Hilfsbedarf besteht“



ad 1) Vorberaterung der AG GIA des GKV-SV

Was die GIA nicht ist:

- ≠kein Screeningcenter oder Früherkennungseinrichtung
- ≠keine Akutnotfallambulanz
- ≠keine Dauerversorgungseinrichtung für geriatrische Patienten – auch nicht für die „schwierigen“
- ≠in der Regel gar keine Therapieeinrichtung
- ≠keine Weiterbehandlungseinrichtung nach stationär geriatrischer Behandlung
- ≠keine Selbstzuweisungseinrichtung

Was die GIA sein könnte:

- ✓Hilfestellung für den (idealerweise basisgeriatrisch bereits qualifizierten) Vertragsarzt bei geriatrischen Problemfällen insb. komplexen geriatrischen Syndromen und Beeinträchtigungen bei Multimorbidität, d.h. Hilfestellung primär durch
 - diagnostische und differential-diagnostische Tätigkeit
 - sowie Tätigkeit als geriatrische Fachspezialität
 - mit entsprechender Therapieempfehlung für den weiterbehandelnden Vertragsarzt

(Vortrag vom Vortag)



ad 1) Vorberaterung der AG GIA des GKV-SV

Anforderungen 1

- Das Angebot muss sich bei den Vertragsärzten „verkaufen“
 - niederschwelliger Zugang zu geriatrischer Spezialkompetenz bei Problempatienten
 - fachlich überzeugende Hilfestellung
 - Gewinn für die eigene Versorgungskompetenz
- Entsprechend hohe Anforderungen an die fachlich geriatrische Kompetenz (Wissen und Erfahrung)
 - Angebotslimitationen zu erwarten

Anforderungen 2

- geriatrisches Team und ggf. erforderliche diagnostisch-apparative Ausrüstung im Hintergrund
 - Nutzung von Synergien aus dem stationären Setting, spricht eher für Instituts- als Einzelermächtigungen)
- Option aufsuchender Tätigkeit
- QS-Anforderungen mit starkem Fokus auf *Prozessqualitätskriterien*
- Hohe Anforderungen an die kommunikativen Kompetenzen

Voraussetzungen

- Ausreichende Vergütung, da
 - fachlich anspruchsvoll und
 - zeitintensiv

Sonst wird kein Angebot entstehen!

(Vortrag vom Vortag)



ad 2) Beratung der AG EBM des GKV-SV

Kompatibilität zu vertragsärztlichen Leistungen

- Option der schrittweisen Rückverlagerung der Leistungen in den vertragsärztlichen Sektor
- Vergütung über GOPs, die auch ambulant erbracht werden können

Notwendigkeit der Geriatriisierung der Vertragsärzte

Originäre Aufgaben

- Stärkere Implementierung von Prävention
 - effizienteres Versorgungsmanagement zwischen Haus- und Fachärzten
 - Ausschöpfung rehabilitativer Potenziale
- entsprechende geriatrische Basisqualifizierung unumgänglich und unabhängig von GIA



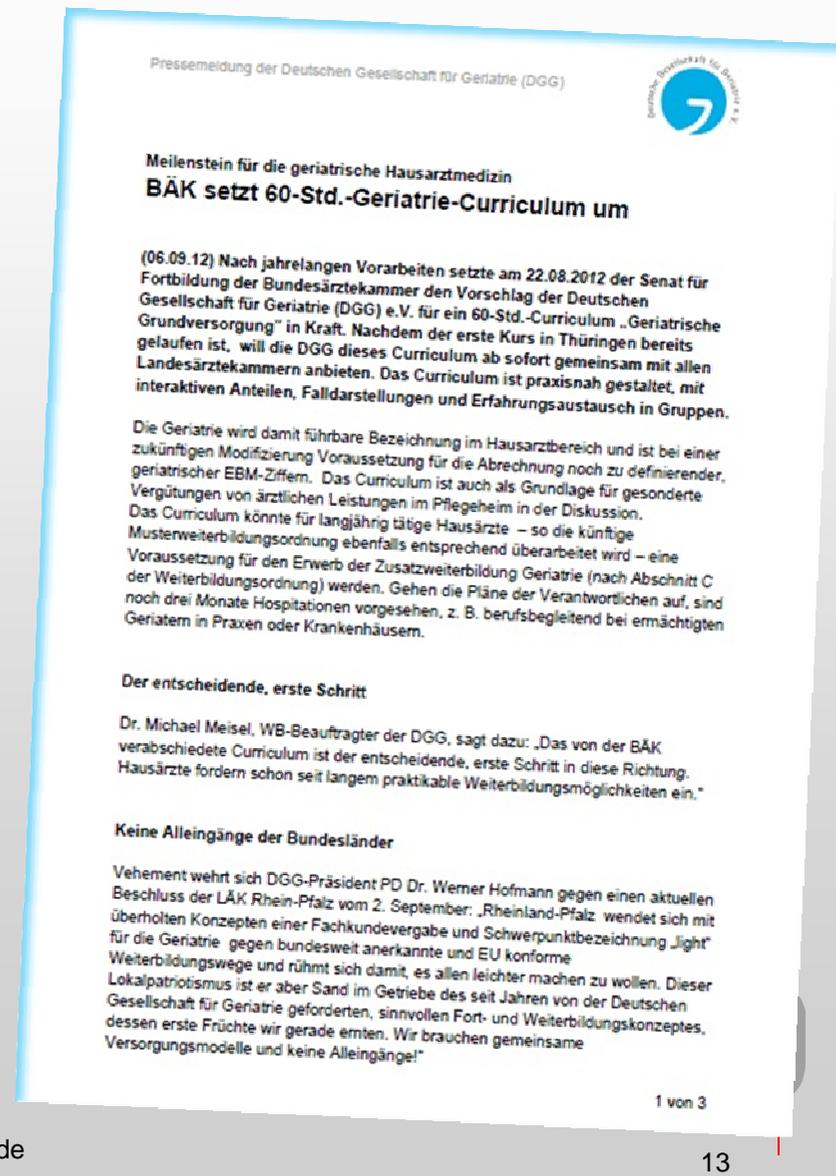
Geriatrisierung der Vertragsärzte

Inhalte geriatrischer Basisqualifizierung

- *Management der wesentlichen geriatrischen Syndrome*
- *Besonderheiten der Pharmakotherapie im Alter*
- *Rehabilitative Grundkenntnisse*

Verantwortlichkeit

- *Ärztetkammern/ KVn*
- *Fachgesellschaften*
- *freiwillige Fortbildung ausreichend ?*



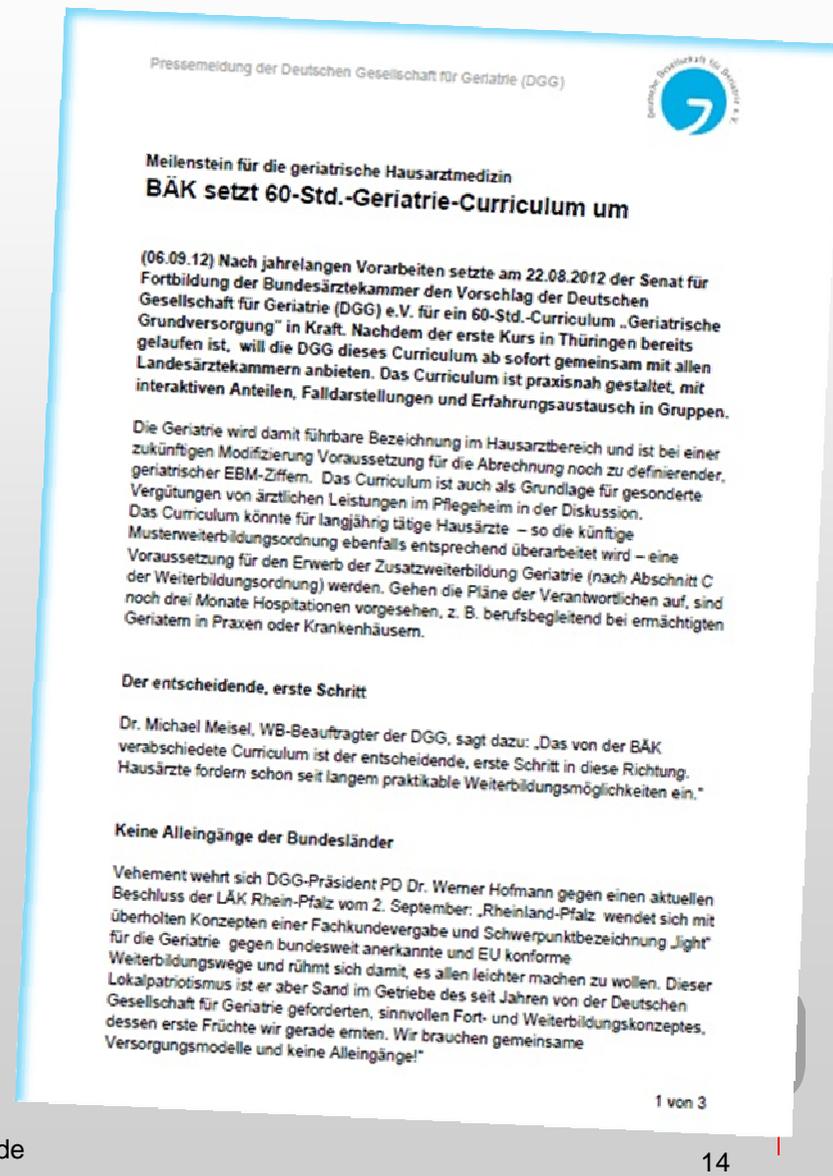
Geriatrisierung der Vertragsärzte

Inhalte geriatrischer Basisqualifizierung

- *Management der wesentlichen geriatrischen Syndrome*
- *Besonderheiten der Pharmakotherapie im Alter*
- *Rehabilitative Grundkenntnisse*

Verantwortlichkeit

- *Ärztckammern/ KVn*
- *Fachgesellschaften*
- *freiwillige Fortbildung ausreichend ?*



Geriatrisierung der Vertragsärzte



Strukturierte curriculare Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung“

1. Auflage
Berlin, Dezember 2012

Herausgeber:
Bundesärztekammer

Texte und Materialien der Bundesärztekammer
zur Fortbildung und Weiterbildung

In Zusammenarbeit mit

- **Elisabeth Borg**, Leiterin der Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL
- **Dr. med. Eugen Engels**, Mitglied des Vorstandes der Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL
- **Dr. med. Anja Kwetkat**, Komm. Direktorin und Chefarztin der Klinik für Geriatrie am Universitätsklinikum Jena, Vorstandsmittglied der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie
- **Dr. med. Caterina Dittrich**, Geschäftsführerin der Fortbildungsakademie der Landesärztekammer Thüringen
- **Dr. med. Gisela Herterich**, Fortbildungsbeauftragte der Bezirksärztekammer Süd-Württemberg
- **Dr. med. Michael Meisel**, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin und Geriatrie im Diakonissenkrankenhaus Dessau, Vorstandsmittglied der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie
- **Bernd Zimmer**, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein
- **Dr. med. Justina Rozeboom**, Dezernentin, Bundesärztekammer
- **Karin Brösicke**, Referentin, Bundesärztekammer

ad 2) Beratung der AG EBM des GKV-SV

Kernidee

- Perspektivisch möglichst breiten Anreiz für geriatrische Basisqualifikation i.S der "geriatrischen Grundversorgung" setzen
- damit begrenzten sich GIA-Leistungen relativ schnell auf die Fälle begrenzt, wo es keine geriatrische Qualifikation auf Zusatzweiterbildungs-/Facharztlevel gibt und die "Basisqualifizierten" trotz Basisqualifikation nicht weiterkommen.
- Dort hätten sie dann auch ihren Platz!

Flankierende Maßnahmen

- regelhaftes geriatrisches Screening
 - z.B. „Gesundheitscheck 70+“
- schrittweise Vergütungsanreize
 - z.B. Versorgung von Heimpatienten

aber: keine Ziffer ohne Qualitätsnachweis



ad 2) Beratung der AG EBM des GKV-SV

12 | Trethema

Trethema | 13

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) steht vor einem größeren Umbau. Leistungen der Grundversorgung werden in den verschiedenen Hausarzt- und Facharztgruppen von anderen Leistungen stärker separiert. Das ergibt sich aus einem Beschluss der Vertreterversammlung der Kassenzentralen Bundesvereinigung (KBV) vom 7. Dezember 2012 in Berlin. Bedeutend ist u.a. eine Umstrukturierung der Hausarztleistungen im EBM. Damit werden die Voraussetzungen für eine zusätzliche Förderung der haus- und fachärztlichen Grundversorgung geschaffen, wie sie KBV-Chef Andreas Köhler und der Spitzenverband der Krankenkassen im Rahmen ihres sogenannten Honorarkompromisses für das neue Jahr vereinbart hatten. Unter anderem ist ein zusätzlicher Honorarraum von (bundesweit) 250 Millionen Euro zur Förderung von ärztlichen Grundversorgungsleistungen vorgesehen.

„... wenige neue EBM-Ziffern für (...) Geriatrie und Palliativmedizin“

„... Leistungen der Grundversorgung werden in den verschiedenen Hausarzt- und Facharztgruppen von anderen Leistungen stärker separiert. (...) Damit werden die Voraussetzungen für eine zusätzliche Förderung der haus- und fachärztlichen Grundversorgung geschaffen. (...) U.a. ist ein zusätzlicher Honorarraum von (bundesweit) 250 Millionen Euro zur Förderung ärztlicher Grundversorgungsleistungen vorgesehen.“

Wie und in welcher Höhe diese Förderung in den Regionen „abrommt“, wird vom Bewertungsausschuss festgelegt. Der hätte sich dazu am 16. Dezember 2012 (nach Redaktionschluss dieser Ausgabe) verabredet.

Der Beschluss der KBV-Vertreterversammlung vom 7. Dezember 2012 sieht unter anderem vor:

Hausärzte

Grundsätzlich sollen die EBM-Änderungen im hausärztlichen Bereich das Leistungsspektrum der hausärztlichen Versorgung erweitern und dabei nach Bedürfnissen der Patienten und der Regionen differenzieren. Damit will die KBV die Voraussetzungen schaffen, dass die für die hausärztliche Versorgung zur Verfügung stehenden Mittel dorthin fließen, wo der hausärztliche Versorgungsauftrag tatsächlich wahrgenommen wird.

Voneinander abgegrenzt werden grundsätzliche und spezifische Versorgungsleistungen der Hausärzte (Anlage 5 der Bundesmantelverträge).

Hausarztkapitel im EBM:

- abgeschlossenes Kapitel Hausärzte
- weitgehende Beibehaltung der bisherigen Ziffern, jedoch: Reduktion auf jeweils eine aborgewichtete Versichertenpauschale, automatische diagnosebezogener Chronizitätszuschlag
- Finanzierung von Vorfallkosten in den Praxen durch automatisch zuzusetzende Pauschalen pro Behandlungsfall (im Einzelnen: Versorgungsbereichespezifische Grundpauschale, differenzierter Technizitätszuschlag, differenzierter Gesprächszuschlag)
- nur wenige neue EBM-Ziffern für Einzelleistungen, wie Geriatrie, onkologische Mitbetreuung sowie Geriatrie und Palliativmedizin
- EBM-Ziffern aus anderen Kapiteln werden ins das Hausarzt-Kapitel überführt
- Es soll ein eigenes Kapitel für ländlicher- und Jugendmedizin (ähnlich strukturiert wie das Hausarzt-Kapitel)

ad 2) Beratung der AG EBM des GKV-SV

zum Beispiel:

Qualif.	ohne Zusatzqu	FA Inn.+Geri oder Geriatric
Position	HÄ G Ba Ass.	Geriatric Behandlung
grobe Inhalte	Ein asses (alte	z.B. Lstgen. bei geriatr. Syndromen
Ziel- gruppe		schwerer Geri. Pat.

KBV:



... mit vielen denkbaren Varianten und Interessen !

ad 2) Beratung der AG EBM des GKV-SV

EBM-Verhandlungsergebnis:

Ausschüttung der Zusatzhonorare nach dem „Gießkannenprinzip“ ohne besondere Qualifikationsanforderungen in 2 GOPs:

3.2.4 Hausärztliche geriatrische Versorgung

1. Die Gebührenordnungspositionen 03360 und 03362 sind nur bei Patienten berechnungsfähig, die aufgrund ihrer Krankheitsverläufe einen geriatrischen Versorgungsbedarf aufweisen und folgende Kriterien erfüllen:

- Höheres Lebensalter (ab vollendetem 70. Lebensjahr) und
- Geriatritypische Morbidität (Patienten, bei denen mindestens ein nachfolgendes geriatrisches Syndrom dokumentiert ist) und/oder Vorliegen einer Pflegestufe
 - 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.

oder

- Vorliegen einer der folgenden Erkrankungen: F00-F02 dementielle Erkrankungen, G30 Alzheimer-Erkrankung, G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung und G20.2 Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung auch bei Patienten, die das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

2. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 03360 und 03362 setzt die Angabe eines ICD-Kodes gemäß der ICD-10-GM voraus, der den geriatrischen Versorgungsbedarf dokumentiert.

ad 2) Beratung der AG EBM des GKV-SV

EBM-Verhandlungsergebnis:

Ausschüttung der Zusatzhonorare nach dem „Gießkannenprinzip“ ohne besondere Qualifikationsanforderungen in 2 GOPs:

03360 Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment

Obligater Leistungsinhalt

- Erhebung und/oder Monitoring organbezogener und übergreifender motorischer, emotioneller und kognitiver Funktionseinschränkungen,
- Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeiten mittels standardisierter, wissenschaftlich validierter Testverfahren (z. B. Barthel-Index, PGBA, IADL nach Lawton/Brody, geriatrisches Screening nach LACHS),
- Beurteilung der Mobilität und Sturzgefahr durch standardisierte Testverfahren (z. B. Timed "up & go", Tandem-Stand, EsslingerSturzrisikoassessment),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beurteilung von Hirnleistungsstörungen mittels standardisierter Testverfahren (z. B. MMST, SKT oder TFDD),
 - Anleitung zur Anpassung des familiären und häuslichen Umfeldes an die ggf. vorhandene Fähigkeits- und Funktionsstörung,
 - Anleitung zur Anpassung des Wohnraumes, ggf. Arbeitsplatzes,
 - Abstimmung mit dem mitbehandelnden Arzt,
- einmal im Behandlungsfall

122 Punkte



ad 2) Beratung der AG EBM des GKV-SV

EBM-Verhandlungsergebnis:

Ausschüttung der Zusatzhonorare nach dem „Gießkannenprinzip“ ohne besondere Qualifikationsanforderungen in 2 GOPs:

03362 Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Einleitung und/oder Koordination der Behandlung, ggf. Durchführung therapeutischer Maßnahmen zur Behandlung von geriatrischen Syndromen, z. B.
- Stuhl- und/oder Harninkontinenz
- Sturz, lokomotorische Probleme (z. B. Schwindel, Gangunsicherheit)
- Frailty-Syndrom
- Immobilität und verzögerte Remobilität
- Hemiplegiesyndrom
- Kognitive und neuropsychologische Störungen einschließlich Depression und Demenz
- Metabolische Instabilität,
- Überprüfung, ggf. Priorisierung und Anpassung aller verordneten Arzneimittel und Selbstmedikation sowie ggf. Überprüfung der Arzneimittelhandhabung,
- Erstellung und/oder Aktualisierung eines Medikationsplans,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verordnung und/oder Einleitung von physio und/oder ergotherapeutischen und/oder logopädischen Maßnahmen,
- Koordination der pflegerischen Versorgung, einmal im Behandlungsfall

159 Punkte



ad 3) Begleitung des GKV-SV in den Verhandlungen mit der KBV / DKG

... wieder viele offene Fragen!

- Ist das „Basiscurriculum „Geriatrische Grundversorgung“ tot, kaum dass es aus der Taufe gehoben wurde?
- Was könnte das Pendant zur Qualifikation des GIA-Geriaters in der vertragsärztlichen Versorgung sein?
- Welche Rolle könnte eine geriatrische Schwerpunktpraxis in der vertragsärztlichen Versorgung spielen?
- ... und auf welchem Qualifikationslevel (doch wieder 160-Std. Curriculum?)
- Wann ist vom Zulassungsausschuss vor diesem Diskussionshintergrund eine geriatrische Unterversorgung festzustellen?
- Lassen sich für geriatrische Patienten grundsätzliche von spezifischen Versorgungsleistungen, sowie Leistungen mit basisgeriatrischen von solchen mit Zusatzweiterbildungs-/fachärztlichgeriatrischen Qualifikationsanforderungen (noch klarer) abgrenzen?
- könnte es eine sinnvolle Versorgungskaskade Hausarzt – geriatrische Schwerpunktpraxis – GIA geben?



Ich danke den Mitarbeitern des Kompetenz-Centrums Geriatrie

*Fr. Dr. Maria Albota, Hr. Dr. Friedemann Ernst und
Hr. Dr. Matthias Meinck*

*für unsere gemeinsam geführten Diskurse in dieser Thematik
und ihre fachlichen Anregungen in vielen Einzelaspekten.*

Kompetenz-Centrum Geriatrie: www.kcgeriatrie.de

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

GKV | MDK MDS



Kompetenz-Centrum Geriatrie: www.kcgeriatrie.de

