

## Neue Perspektiven für die ambulante geriatrische Versorgung

Sie sollen zu einer verbesserten fachspezifischen, strukturierten und wohnortnahen ambulanten Versorgung älterer Patienten beitragen – die Geriatrischen Institutsambulanzen, kurz GIAs, die seit dem 1. Juli an den Start gehen können. Eine Entwicklung, zu der auch das Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG) beigetragen hat.

2060, SO PROGNOSTIZIERT das Statistische Bundesamt, werden in Deutschland ca. 33% der Bevölkerung älter als 65 Jahre sein: Medizinischer Fortschritt, veränderte Lebensgewohnheiten, Bildung, Hygienestandards und zunehmender Wohlstand führen dazu, dass Frauen durchschnittlich 88,8 und Männer 84,8 Jahre alt werden. Demgegenüber kommen immer weniger Kinder auf die Welt; die Bevölkerung schrumpft jährlich um rund 200 000 Menschen.

Die demografische Entwicklung rückt die Versorgung geriatrischer Patienten zunehmend in den Fokus. Vor allem der Bedarf an spezialisierten ambulanten Versorgungsangeboten, die diesen oft multimorbiden und teilweise bereits behinderten Patienten gerecht werden, ist noch weitgehend ungedeckt. Es gibt bisher bundesweit nur wenige geriatrische Schwerpunktpraxen – zumeist mit

**Damit es  
älteren Patienten  
besser geht**

Sonderverträgen – und auch die ca. 750 vertragsärztlich niedergelassenen Geriater arbeiten kaum geriatriespezifisch.

Dies führen Experten vor allem darauf zurück, dass spezifisch geriatrische Abrechnungsziffern für eine solche qualifizierte, in der Regel zeitaufwändige und komplexe Versorgung bis dato fehlten.

Deshalb wurde 2012 der § 118a ins SGB V aufgenommen. Er sieht vor, dass Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken mit geriatrischen Abteilungen respektive deren Geriater von den Zulassungsausschüssen zu einer strukturierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden können, wenn eine entsprechende vertragsärztliche Versorgung nicht gewährleistet ist. Durch geriatrische Institutsambulanzen sollen Vertragsärzte so in der Behandlung schwieriger und komplexer geriatrischer Behandlungsfälle unterstützt werden.

Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) sollten im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) Details vereinbaren. Schnell zeigten sich Unterschiede in den Interessen der Be-

teiligten: Die DKG sah in der ambulanten Versorgung geriatrischer Patienten ein weiteres Geschäftsfeld für Krankenhäuser, das möglichst wenig beschränkt werden sollte, während die KBV eine Umverteilung vertragsärztlicher Budgetanteile in den stationären Sektor befürchtete. Da nicht in allen Punkten Einigung erzielt werden konnte, setzte das Bundesschiedsamt im Juli 2015 die »Vereinbarung nach § 118a SGB V (Geriatrische Institutsambulanzen – GIA)« fest. Inzwischen liegen auch die Vereinbarung über die Vergütung der damit zusammenhängenden Leistungen im Rahmen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und die zugehörige *Qualitätssicherungsvereinbarung Spezialisierte geriatrische Diagnostik* vor. Damit ist der rechtliche Rahmen geschaffen und der Weg frei für den Aufbau von geriatrischen Institutsambulanzen.

### Absprache zwischen Hausarzt und Geriater

An den Verhandlungen war das Kompetenz-Centrum Geriatrie der MDK-Gemeinschaft als Berater des GKV-Spitzenverbandes beteiligt, so zum Beispiel bei der Frage, welche Leistungen die GIAs erbringen sollten, welche Patienten für die Vorstellung in einer Institutsambulanz in Frage kommen könnten und welche qualitativen Voraussetzungen die Leistungserbringer erfüllen müssen. Einen besonderen Schwerpunkt sahen wir in einer obligaten Vorbesprechung zwischen dem behandelnden Vertragsarzt (in der Regel Hausarzt) und dem GIA-Geriater, um dessen Fachkompetenzen bedarfsangemessen und effizient nutzen zu können.

Vereinbart wurden schließlich folgende wesentlichen Punkte: Geriatrische Institutsambulanzen dürfen künftig geriatrische Patienten versorgen, bei denen ein komplexer Behandlungsbedarf besteht. Die Leistungen erfolgen nur auf Überweisung und beschränken sich auf eine umfassende Differentialdiagnostik und schriftliche Empfehlungen zur Medikation und weiteren therapeutischen Maßnahmen. Die



Therapie selbst darf nicht von der Institutsambulanz erbracht werden. Während die DKG kritisiert, dass die Therapie ausgeschlossen ist, nimmt dies der KBV die Sorge, geriatrische Patienten an die GIAs in stationären Einrichtungen zu verlieren. Wichtig in diesem Zusammenhang: Alle Leistungen, die künftig eine Institutsambulanz anbieten darf, können unter vergleichbaren Qualitätsanforderungen auch von entsprechend geriatrisch qualifizierten Vertragsärzten erbracht werden. Die hierfür geschaffenen neuen Gebührenordnungspositionen (GOPs) decken gleichermaßen deren Leistungen wie die der GIAs ab.

### **Basisassessment beim Hausarzt**

Die Abrechnung entsprechender Leistungen erfordert von den Leistungserbringern allerdings auch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden. Um die Qualität der Versorgung zu sichern, wurden fachliche Voraussetzungen für die Ärzte und die weiteren beteiligten Professionen definiert.

Der Hausarzt muss vor einer Überweisung ein erstes geriatrisches *Basisassessment* durchgeführt haben. Auf Anregung des Kompetenz-Centrums Geriatrie muss vor jeder Überweisung zunächst eine telefonische Vorabklärung zwischen dem zuweisenden Arzt und dem Geriater der GIA erfolgen.

#### **Fragen am kurzen Draht klären**

Dabei steht im Mittelpunkt, mit welchen Fragen der Vertragsarzt seine Schwierigkeiten hat und seinen Patienten gegebenenfalls in die GIA schicken will. Soweit diese bereits telefonisch geklärt werden können, erübrigt sich die Überweisung des Patienten an die GIA. In den Fällen, in denen der Patient an die GIA überwiesen wird, erhält der Geriater durch den Austausch mit dem Vertragsarzt wichtige Informationen und Vorbefunde zum Patienten oder kann diese gegebenenfalls noch durch den Hausarzt veranlassen. Die GIA übernimmt dann ein weitergehendes geriatrisches Assessment, deren Inhalte in der GIA-Vereinbarung konkretisiert sind. Die Ergebnisse gibt sie mit entsprechenden Therapieempfehlungen an den Hausarzt zurück, der auf dieser Basis eine entsprechende Therapie einleitet.

Die Leistungen des überweisenden Vertragsarztes und der GIA werden entsprechend den neu geschaffenen Vergütungsziffern außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert. Dazu wurde ein neuer Abschnitt *Spe-*

*zialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung* in den EBM aufgenommen. Die Vorabklärung zwischen GIA und Hausarzt wird beiden Seiten vergütet. Erstmals im EBM werden damit Anreize bei den niedergelassenen Ärzten für die Einholung fachspezifischer geriatrischer Kompetenz gesetzt. Die differentialdiagnostische Untersuchung in der GIA oder durch den niedergelassenen Geriater wird zeitlich abgestuft vergütet. Setzt der Hausarzt die Therapieempfehlungen in seiner Behandlungsverantwortung um, erhält er auch dafür eine Vergütung.

### **Gefragt: spezialisierte geriatrische Kompetenz**

Die Regelungen dürften dazu führen, dass es in Zukunft für Vertragsärzte attraktiv wird, spezialisierte geriatrische Kompetenz für die Versorgung ihrer Patienten nachzufragen – sei es in Schwerpunktpraxen oder GIAs. Dies wird auch eine entsprechende Nachfrage nach solchen Angeboten implizieren, denen sich die Zulassungsausschüsse stellen müssen.

Seit dem 1. Juli können niedergelassene Geriater und GIAs für die neuen spezialisierten ambulanten Leistungen an geriatrischen Patienten zugelassen werden. Offen ist allerdings noch, in welchem Umfang die rund 750 bereits niedergelassenen Geriater auf Basis dieser neuen GOPs bereits in eine spezifisch geriatrische Versorgung einsteigen werden. Immerhin müssen sie für die Abrechnung der entsprechenden GOPs unter anderem auch ein geriatrisches Team bereithalten. Unklar ist ebenfalls, wie viele geriatrische Kliniken unter dem Vorbehalt einer Zulassung nur solange, als entsprechende Leistungen vertragsärztlich nicht ausreichend angeboten werden, das Risiko einer GIA-Gründung eingehen wollen. Und letztlich ist nicht sicher, nach welchen Kriterien die Zulassungsausschüsse die *Unterversorgung* als Voraussetzung für die alle zwei Jahre zu erneuernde Zulassung einer GIA bescheinigen. In jedem Fall werden die vorliegenden Regelungen aber Dynamik in die Entwicklung ambulanter geriatrischer Versorgungsstrukturen bringen. Das kann nur im Interesse der geriatrischen Patienten sein.



**Dr. Norbert Lübke**  
leitet das Kompetenz-Centrum Geriatrie  
der MDK-Gemeinschaft.  
norbert.luebke@kcgeriatrie.de