

FAQ-Liste 2.0: QSFFx-RL zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur

Diese FAQ-Liste stellt eine Arbeitshilfe zur Umsetzung der QSFFx-RL für die Mitgliedseinrichtungen des Bundesverbandes Geriatrie dar. Die Inhalte wurden mit größter Sorgfalt durch die Autorinnen und Autoren zusammengestellt, dennoch besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit. Die Liste ist als ein lernendes System zu verstehen, d.h. sie bezieht sich auf die aktuell verfügbaren Informationen des Normgebers (G-BA) und wird bei Bedarf aktualisiert bzw. ergänzt. Jede FAQ ist daher mit einem Datum versehen.

Ergänzende fachliche Bewertungen sind mit einem **i** gekennzeichnet. Diese spiegeln die fachliche Auslegung des Bundesverbandes Geriatrie und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie wieder.

Anwendungsbereich der QSFFx-RL

1. Für wen gilt die QSFFx-RL?

17. Juni 2024

Adressat der Richtlinie sind zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V, in denen die vom sachlichen Anwendungsbereich der Richtlinie erfassten Leistungen erbracht werden. Die Anforderungen der QSFFx-RL kommen nur dann zur Anwendung, wenn die in § 1 Absatz 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Fehlen einzelne Voraussetzungen, kommt der Anwendungsbereich der QSFFx-RL nicht zum Tragen und die Anforderungen der QSFFx-RL müssen nicht erfüllt werden.

2. Für welche Patientinnen und Patienten bzw. Diagnosen gilt die QSFFx-RL?

14. Oktober 2026

Die QSFFx-RL gilt für Patientinnen und Patienten mit einer nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur im Erwachsenenalter bei einer Kombination aus Diagnosen und Prozeduren nach Anlage 1 der Richtlinie. Die Anwendung der Richtlinie ist dabei gestuft zu verstehen. Kurz gesagt: Liegt bei Aufnahme eine in Anlage 1 aufgeführte Diagnose einer hüftgelenknahen Femurfraktur vor, sind die einschlägigen Prozessanforderungen der QSFFx-RL bereits ab Aufnahme und damit präoperativ zu beachten. Die abschließende Zuordnung des Falles zum Anwendungsbereich der Richtlinie erfolgt nach der Operation anhand der tatsächlich durchgeführten Versorgung und der daraus resultierenden Kombination aus Diagnose- und Prozedurenkode. Die maßgeblichen ICD-10-GM- und OPS-Kodes ergeben sich aus Anlage 1 in der jeweils geltenden Fassung. Sie werden nach § 11 QSFFx-RL jährlich angepasst. Die Versorgung von Periimplantatfrakturen (periosteosynthetische und periprothetische Frakturen) des hüftgelenknahen Femurs ist nicht von den Vorgaben der Richtlinie umfasst.

3. In welchem rechtlichen Verhältnis steht die QSFFx-RL zum OPS 8-550.-?

17. Juni 2024

Bei der QSFFx-RL und dem OPS 8-550.- handelt es sich um zwei untergesetzliche Normen. Obwohl die QSFFx-RL und der OPS 8-550.- Mindestanforderungen in Bezug auf dieselben Versorgungssegmente treffen, liegt der jeweiligen Befugnisnorm gezielt ein abweichender Regelungsauftrag zugrunde. Damit stehen beide untergesetzliche Normen in keinem Über- bzw. Unterordnungsverhältnis zueinander, sondern bilden miteinander in Einklang stehende, sich ergänzende, teils aufeinander aufbauende spezielle Regelungen.

Geriatrische Kompetenz

4. Was bedeutet „tägliche Gewährleistung“ geriatrischer Kompetenz?

16. Oktober 2026

§ 4 Absatz 5 QSFFx-RL gibt vor, dass für Patientinnen und Patienten mit positivem geriatrischen Screening täglich geriatrische Kompetenz für die perioperative Versorgung zu gewährleisten ist. Ausschlaggebendes Merkmal ist auf struktureller Ebene somit die Sicherstellung einer täglichen Verfügbarkeit (Mo – So, inkl. Feiertage).

Bis zum 31. Dezember 2028 kann die geriatrische Versorgung nach der Übergangsregelung des § 12 Absatz 1 QSFFx-RL noch durch eine Fachärztin bzw. einen Facharzt mit geriatrischer Kompetenz auf Anforderung im Sinne eines Konsils sichergestellt werden. Ab dem 1. Januar 2029 reicht ein Konsildienst, der ausschließlich auf Anforderung bzw. bei Bedarf tätig wird, nicht mehr aus. Die Fachärztin bzw. der Facharzt mit geriatrischer Kompetenz muss dann Teil des behandelnden unfallchirurgisch-geriatrischen, multiprofessionellen Teams sein. Bei positivem geriatrischem Screening ist die geriatrische Kompetenz daher ab 2029 obligatorisch einzubinden und nicht wie bisher „auf Zuruf“ bzw. „nach Ermessen“ der (Unfall)Chirurgie.

Die geriatrische Kompetenz kann auch im Wege einer Kooperation gewährleistet werden. Eine telemedizinische Einbindung ist ebenfalls nicht ausgeschlossen (siehe Ausführungen zu Frage 7). Referenzstandard im Sinne des § 7 Absatz 4 Satz 1 MBO-Ä bleibt jedoch die Beratung und Behandlung im persönlichen Kontakt.

- i** Nach Ende der Übergangsfrist, ist die geriatrische Kompetenz bei positivem geriatrischen Screening obligatorisch einzubinden. Aus fachlicher Sicht (gemeinsame Auslegung von Bundesverband Geriatrie, DGG und KCG) hat dies zeitnah in der Regel innerhalb von 24 Stunden nach positivem Screening zu erfolgen. Die 24-Stunden-Regelung ergibt sich aus dem übergeordneten Wortlaut der QSFFx-RL bzw. den dazugehörigen Tragenden Gründen.

5. Welche Qualifikationen erfüllen die „geriatrische Kompetenz“?

14. Oktober 2026

Die geriatrische Kompetenz erfolgt gemäß § 4 Absatz 5 QSFFx-RL durch einen Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie, Facharzt mit der Schwerpunktbezeichnung Geriatrie, Facharzt mit der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie, Facharzt mit der fakultativen Weiterbildung klinische Geriatrie oder einen Facharzt mit Fachkunde Geriatrie. Für alle Facharztbezeichnungen gilt gemäß § 3 Absatz 4 QSFFx-RL, dass sie sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer richten. Assistenzärztinnen und -ärzte in Weiterbildung sind damit nicht vom Regelungsumfang der QSFFx-RL erfasst.

- i** Aus fachlicher Sicht ist die Fachkunde Geriatrie zur Erfüllung der Mindestvoraussetzungen nicht geeignet.

6. Können Fachärztinnen und -ärzte für Innere Medizin zur Gewährleistung der „geriatrischen Kompetenz“ eingesetzt werden?

17. Juni 2024

Nein, gemäß § 12 Absatz 1 QSFFx-RL wurden im Rahmen der Einführungsphase bis 31. Dezember 2023 Fachärztinnen und -ärzte für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Neurologie anerkannt. Diese Übergangsphase ist zum 01. Januar 2024 ausgelaufen.

7. Kann die „geriatrische Kompetenz“ auch telemedizinisch gewährleistet werden? 14. Oktober 2026

Ja, eine telemedizinische Gewährleistung der täglichen geriatrischen Kompetenz ist nach § 4 Absatz 5 QSFFx-RL nicht ausgeschlossen und im Sinne des § 7 Absatz 4 Satz 2 MBO-Ä unterstützend zulässig. Regelungen, die für die gesamte perioperative Versorgung regelhaft eine telemedizinische Gewährleistung der geriatrischen Kompetenz vorsehen, sind mit § 7 Absatz 4 Satz 3 MBO-Ä nicht vereinbar.

Gemäß den Hinweisen und Erläuterungen der Bundesärztekammer zu § 7 Absatz 4 MBO-Ä dürfen Ärztinnen und Ärzte unterstützend über telemedizinische Kommunikationsmedien beraten und behandeln, soweit mindestens eine an der Behandlung beteiligte Ärztin oder ein beteiligter Arzt die Patientin oder den Patienten sowie den krankhaften Zustand bzw. die Beschwerden aufgrund einer persönlichen Untersuchung kennt. Im Rahmen der orthogeriatrischen Zusammenarbeit kann daher auch die initiale Einbindung der geriatrischen Kompetenz telemedizinisch erfolgen, ohne dass zu diesem Zeitpunkt bereits ein persönlicher Kontakt mit der geriatrischen Fachärztin oder dem geriatrischen Facharzt stattgefunden haben muss.

Auch bei einer telemedizinischen Beteiligung müssen die übrigen Anforderungen des § 4 Absatz 5 erfüllt sein. Insbesondere muss die qualifizierte Fachärztin oder der qualifizierte Facharzt täglich verfügbar und Teil des behandelnden unfallchirurgisch-geriatrischen, multiprofessionellen Teams sein. Bei der Wahl des Kommunikationsmediums muss sichergestellt sein, dass die darüber verfügbaren Informationen für eine fachgemäße und sorgfältige Beratung und Behandlung ausreichen. Ein ausschließliches ärztliches Telefonat erfüllt diese Anforderungen nicht. Ein bestimmtes technisches „Maximumprinzip“ wird weder durch die QSFFx-RL noch durch § 7 Absatz 4 MBO-Ä begründet.

- i** Die initiale telemedizinische Einbindung kann aus fachlicher Sicht sorgfältig erfolgen, wenn mindestens
- eine Kommunikation zwischen zwei Ärztinnen bzw. Ärzten mittels elektronischen Austausches der patientenbezogenen, medizinischen Fragestellung sowie der sonstigen, für die telemedizinische Beurteilung der medizinischen Fragestellung relevanten Patienteninformationen erfolgt,
 - eine digitale Möglichkeit zur Einsichtnahme in die Patientenakte vorliegt oder die relevanten Patienteninformationen elektronisch über einen zulässigen Dienst im Sinne des § 2 der Telekonsilien-Vereinbarung gemäß § 367 Absatz 1 SGB V6 ausgetauscht werden und eine ordnungsgemäße Dokumentation erfolgt,
 - die Patientin oder der Patient vor Ort persönlich ärztlich untersucht wurde (diese Untersuchung muss nicht durch die telemedizinisch eingebundene Geriaterin oder den telemedizinisch ein gebundenen Geriater erfolgen),
 - der Gebrechlichkeitszustand (Frailty) vor Klinikaufnahme (z. B. mit der Clinical Frailty Scale) sowie das Delirrisiko mit geeigneten Verfahren erhoben wurden und
 - Vitalparameter, relevante Untersuchungsbefunde, Medikation, Laborwerte und relevante Vorinformationen (insbesondere Diagnosen) vollständig vorliegen.
- i** Bei initial ausschließlich telemedizinischem Einbezug der geriatrischen Kompetenz ist aus fachlicher Sicht spätestens nach 72 Stunden nach geriatrischem Erstkontakt eine Beratung und Behandlung im persönlichen Kontakt nachzuholen. Die Bundesärztekammer weist in ihren Hinweisen und Erläuterungen zu § 7 Absatz 4 MBO-Ä darauf hin, dass bei Fernbehandlung nicht alle Sinne und Untersuchungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen und eine zunächst vertretbare Fernbehandlung im Verlauf unvertretbar werden kann, sodass ein persönlicher Kontakt nötig wird. Deshalb sollte ein strukturiertes Telekonsilium nur dann als initial

ausreichend gelten, wenn eine persönliche ärztliche Untersuchung durch die Unfallchirurgie erfolgt ist, aktuelle Basisdaten vorliegen und nachgelagert eine persönliche Inaugenscheinnahme durch die Geriatrie erfolgt.

Die 72-Stunden-Orientierung findet sich auch in internationalen Qualitäts- und Vergütungsstandards zur Versorgung älterer Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknahen Frakturen und wird im gemeinsamen Positionspapier des Bundesverband Geriatrie, DGG und KCG aufgegriffen.

8. Sind bei der telemedizinischen Durchführung von Konsilen bestimmte Anforderungen zu erfüllen?

17. Juni 2024

Der QSFFx-RL sind keine spezifischen Anforderungen zu entnehmen. Es wird daher auf die Telekonsilien-Vereinbarung gemäß § 367 Absatz 1 SGB V verwiesen. Ein wesentlicher Punkt der Definition von Telekonsilen ist der Ausschluss von Telefonaten als entsprechende Leistung. Stattdessen muss die Kommunikation zwischen den anfordernden und den durchführenden Ärztinnen bzw. Ärzten in einer gesicherten telemedizinischen Infrastruktur erfolgen, um die berechtigten Datenschutzinteressen der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

9. Besteht bei der Durchführung telemedizinischer Konsile eine Informationspflicht?

17. Juni 2024

In § 7 Absatz 4 der MBO-Ä ist geregelt, dass Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen und Patienten im persönlichen Kontakt beraten und behandeln. Sie können dabei Kommunikationsmedien unterstützend einsetzen. Eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien ist im Einzelfall erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung, Behandlung sowie Dokumentation gewahrt wird. Zudem muss die Patientin oder der Patient über die Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien aufgeklärt werden.

Durch die Art und Weise der geriatricspezifischen Befunderhebung ist der Einsatz von Telemedizin gegenwärtig als unterstützende Leistung zu verstehen. Für eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien liegt in der orthogeriatriischen Versorgung aktuell keine fundierte wissenschaftliche Evidenz vor.

Sofern innerhalb von 72 Stunden nach Anforderung des telemedizinischen Konsils mindestens einmal eine Inaugenscheinnahme stattfindet, entfällt aus fachlicher Sicht die oben angesprochene Aufklärung der Patientinnen und Patienten. Die Aufklärung der Patientinnen und Patienten ist gemäß § 7 Absatz 4 der MBO-Ä lediglich bei der ausschließlichen Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien obligatorisch.

10. Muss jede Patientin und jeder Patient mit positivem geriatrischen Screening täglich persönlich oder telemedizinisch durch die Geriatrie gesehen werden?

14. Oktober 2026

Nein, § 4 Absatz 5 QSFFx-RL verlangt, dass für Patientinnen und Patienten mit positivem geriatrischen Screening täglich geriatrische Kompetenz für die perioperative Versorgung zu gewährleisten ist. Daraus folgt jedoch nicht, dass jede Patientin und jeder Patient an jedem Kalendertag einen persönlichen oder telemedizinischen Kontakt mit der geriatrisch qualifizierten Fachärztin oder dem geriatrisch qualifizierten Facharzt haben muss. Die Fachärztin oder der Facharzt muss allerdings Teil des behandelnden unfallchirurgisch-geriatrischen, multiprofessionellen Teams sein.

Ob und wann im Einzelfall ein unmittelbarer patientenbezogener Kontakt erforderlich ist, richtet sich nach dem medizinischen Behandlungsbedarf und den am Standort verbindlich festgelegten Behandlungsabläufen. Die SOP nach Anlage 2.6 muss unter anderem Regelungen zur Durchführung interdisziplinärer Visiten und/oder wöchentlicher Teambesprechungen enthalten.

11. Muss die „tägliche geriatrische Kompetenz“ auch bei Verlegung an einen anderen Standort gewährleistet sein?

17. Juni 2024

Wird eine Patientin oder ein Patient nach erfolgter operativer Versorgung im Rahmen einer Kooperation zur Durchführung oder Fortsetzung der postoperativen Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur an einen anderen Standort verlegt, ist gemäß § 4 Absatz 7 QSFFx-RL an diesem Standort für die Dauer der postoperativen Versorgung die Mindestanforderung der „täglichen Gewährleistung geriatrischer Kompetenz“ zu erfüllen. Gemäß § 5 Absatz 5 QSFFx-RL hat der aufnehmende Standort zudem die SOP „Ortho-geriatrische Zusammenarbeit für Patienten mit positivem geriatrischen Screening“ vorzuhalten.

Physiotherapie

12. Was bedeutet „tägliche Verfügbarkeit“ von Physiotherapie?

17. Juni 2024

Gemäß § 4 Absatz 6 QSFFx-RL muss für alle Patientinnen und Patienten auf struktureller Ebene täglich Physiotherapie durch einen Physiotherapeuten/eine Physiotherapeutin zur Atemgymnastik und frühzeitigen Mobilisierung ab dem ersten postoperativen Tag zur Verfügung stehen. In der Anlage 2.7 wird zudem konkretisiert, dass diese auch bei den Patientinnen und Patienten einsatzfähig sein müssen.

Gemäß der FAQ des BfArM Nr. 8038 bedeutet tägliche Verfügbarkeit, dass bei bestehender Behandlungsnotwendigkeit Patientinnen und Patienten auch am Wochenende von Physiotherapeutinnen bzw. -therapeuten behandelt werden.

13. Kann die Atemgymnastik und frühzeitige Mobilisierung auch durch andere Berufsgruppen, z. B. Pflegefachpersonen, sichergestellt werden?

17. Juni 2024

Gemäß der Tragenden Gründe zur QSFFx-RL vom 22. November 2019 hat die Physiotherapie durch eine Physiotherapeutin/einen Physiotherapeuten und nicht durch bspw. eine Pflegefachperson zu erfolgen.

14. Wie ist die „tägliche Verfügbarkeit“ von Physiotherapie auf prozessualer Ebene zu operationalisieren?

17. Juni 2024

Eine Operationalisierung (wie sie beispielsweise in den Muster-SOPs der DGU formuliert wurde: 1-8 Tage bzw. 16-23 Tage bei GfK) ist der QSFFx-RL auf prozessualer Ebene nicht zu entnehmen. Vielmehr sind der Einsatz der Physiotherapie, konkrete Maßnahmen, Art und Frequenz der Anwendungen in den SOPs zu regeln.

Im Rahmen der Behandlungspriorisierung sollten frisch operierte Patientinnen und Patienten im Sinne der frühzeitigen Mobilisation vorrangig behandelt werden. In den Tragenden Gründen vom 22. November 2019 führt der G-BA aus, dass frühes funktionelles Training und Mobilisation motorischen Einschränkungen bei geriatrischen Patientinnen und Patienten entgegenwirkt und eine gute Ausgangssituation für weitere Trainingsmaßnahmen schafft, denn Muskelmasse

und Kraftleistung verringern sich postoperativ aufgrund der Immobilisierung innerhalb kürzester Zeit. Kognitiv eingeschränkte und demente Patienten profitieren ebenfalls von mobilisierenden Maßnahmen. Übergeordnetes Ziel ist der Erhalt und Aufbau der funktionellen und motorischen Leistungsfähigkeit sowie die frühzeitige Wiedererlangung der Gehfähigkeit, um Rehabilitationsfähigkeit herzustellen. Dadurch sollen die Selbständigkeit gefördert und Pflegebedürftigkeit vermieden werden. Voraussetzung eines jeden Trainings ist eine angemessene Intensität, Dauer und Frequenz. In die Akutbehandlung sollte daher die frühzeitige, therapeutische Aktivierung im Sinne einer ergo- und physiotherapeutischen Behandlung durch Fachpersonal eingebunden werden. Die physiotherapeutischen Maßnahmen richten sich nach dem Verletzungsmuster und der unfallchirurgischen operativen Versorgung und sind individuell auf den jeweiligen Patienten abzustimmen. Ablauf, Dauer, und Frequenz der Therapieeinheiten sollten in der SOP festgelegt werden.

15. Muss für die „tägliche Verfügbarkeit“ der Physiotherapie ein Ausfallkonzept vorgehalten werden?

14. Oktober 2026

Der QSFFx-RL sind keine Regelungen zu einem Ausfallkonzept zu entnehmen, dieses wird jedoch empfohlen. Die tägliche Verfügbarkeit nach § 4 Absatz 6 muss gleichwohl sichergestellt sein. In der SOP 2.7 konkretisiert der G-BA zusätzlich, dass die Physiotherapie nicht nur verfügbar, sondern am Patienten bzw. an der Patientin einsatzfähig sein muss. In den Klarstellungen und Änderungen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 8 und § 301 Absatz 2 Satz 6 SGB V zum OPS 2022 heißt es zudem, dass das Vorhalten eines Therapiebereiches durch eine Person sichergestellt werden kann. Für den Fall, dass diese Person für den Therapiebereich nicht zur Verfügung steht, ist eine entsprechende Vertretung mit der geforderten Qualifikation sicherzustellen.

16. Muss die „tägliche Verfügbarkeit“ der Physiotherapie bei Verlegung an einen anderen Standort fortgeführt werden?

17. Juni 2024

Wird eine Patientin oder ein Patient nach erfolgter operativer Versorgung im Rahmen einer Kooperation zur Durchführung oder Fortsetzung der postoperativen Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur an einen anderen Standort verlegt, ist gemäß § 4 Absatz 7 QSFFx-RL an diesem Standort für die Dauer der postoperativen Versorgung die Mindestanforderung der „täglichen Verfügbarkeit“ der Physiotherapie zu erfüllen. Gemäß § 5 Absatz 5 QSFFx-RL hat der aufnehmende Standort zudem die SOP „Physiotherapeutische Maßnahmen“ vorzuhalten.

Geriatrisches Screening/Assessment

17. Wann ist das geriatrische Screening durchzuführen?

17. Juni 2024

Zur Identifikation der besonders vulnerablen geriatrischen Patientengruppe mit erhöhtem Risiko für unerwünschte Ereignisse im Verlauf der Behandlung ist ein präoperatives geriatrisches Screening durchzuführen. Gemäß der Anlage 2.2 QSFFx-RL sind in den SOPs Regelungen für die Durchführung eines geriatrischen Screenings anhand eines validierten Erhebungsinstrumentes in der Regel bei Aufnahme festzulegen.

18. Bei welchen Patientinnen und Patienten muss ein geriatrisches Screening erfolgen?

14. Oktober 2026

Die QSFFx-RL legt für das geriatrische Screening keine allgemeine Altersgrenze von 70 Jahren fest. Der Anwendungsbereich der Richtlinie beginnt gemäß § 1 Absatz 2 in Verbindung mit Anlage 1 im Erwachsenenalter. Welche Patientinnen und Patienten zu screenen sind, richtet sich nach dem validierten Erhebungsinstrument. Die validierten Erhebungsinstrumente benennen in der Regel ein Einschlussalter von ≥ 70 Jahren.

19. Wer darf das geriatrische Screening durchführen? Muss dies zwingend durch eine Ärztin bzw. einen Arzt mit geriatrischer Kompetenz erfolgen?

17. Juni 2024

Ausschlaggebend ist der Einsatz eines validierten Erhebungsinstrumentes. In den Tragenden Gründen vom 22. November 2019 führt der G-BA beispielhaft das geriatrische Screening nach Lachs et al. und das ISAR-Screening aus. Die notwendige Qualifikation richtet sich demnach nach dem jeweiligen validierten Erhebungsinstrument. Das ISAR-Screening wird beispielsweise für Notaufnahmen empfohlen, in denen keine direkte Beurteilung durch einen/eine Geriater/in erfolgt.

20. Ist nach einem positiven geriatrischen Screening die postoperative Durchführung geriatrischer Assessments obligatorisch?

14. Oktober 2026

Ja, für Patientinnen und Patienten mit positiven geriatrischen Screening sieht die Anlage 2.6 die postoperative Durchführung geriatrischer Assessments in fünf Bereichen (Selbständigkeit, Mobilität, Kognition, Emotion, Schmerzen) vor.

Die QSFFx-RL schreibt kein bestimmtes Testinstrument vor. Gemäß der Tragenden Gründe zur QSFFx-RL vom 22. November 2019 sollten validierte Testverfahren eingesetzt werden. Zur Auswahl der Assessments wird daher auf die S1-Leitlinie „Geriatrisches Assessment der Stufe 2“ hingewiesen (AWMF, Registernummer: 084 – 002).

21. Wann ist das geriatrische Assessment zu erbringen?

17. Juni 2024

Gemäß der Anlage 2.6 ist das Assessment postoperativ zu erbringen. Einen konkreten Zeitraum zur Durchführung der Assessments gibt die QSFFx-RL im Gegensatz zum OPS 8-550.- nicht vor.

22. Ist vor der Operation eine geriatrische Freigabe erforderlich?

14. Oktober 2026

Nein, die QSFFx-RL verlangt keine geriatrische Freigabe als Voraussetzung für die Operation. Nach § 5 Absatz 1 ist die Versorgung vielmehr unverzüglich mit dem Ziel zu planen, die Operation grundsätzlich innerhalb von 24 Stunden durchzuführen. Eine medizinisch nicht gebotene Verzögerung der Operation, um zunächst eine geriatrische Freigabe einzuholen, ist nicht vorgesehen.

Das geriatrische Screening soll nach Anlage 2.2 in der Regel bei Aufnahme stattfinden. Bei positivem Screening ist geriatrische Kompetenz für die perioperative Versorgung zu gewährleisten. Die Richtlinie fordert dabei eine tägliche Verfügbarkeit, jedoch keine geriatrische 24-Stunden-Rufbereitschaft.

23. Entfallen die Anforderungen der QSFFx-RL, wenn kein geriatrisches Rehabilitationspotenzial besteht oder eine geriatrische Weiterbehandlung abgelehnt wird?

14. Oktober 2026

Nein, die QSFFx-RL gilt grundsätzlich für alle Patientinnen und Patienten mit einer Kombination der in Anlage 1 festgelegten Diagnose- und Prozedurenkodes, unabhängig davon, ob eine geriatrische Frührehabilitationsfähigkeit besteht oder eine geriatrische Weiterbehandlung erfolgt.

Verbleiben Patientinnen und Patienten mit positivem geriatrischen Screening in der unfallchirurgischen Behandlung, sind die einschlägigen Anforderungen während des gesamten akutstationären Aufenthalts weiterhin zu erfüllen. Hierzu gehören insbesondere die tägliche Gewährleistung geriatrischer Kompetenz sowie die in der SOP vorgesehenen interdisziplinären Visiten und/oder wöchentlichen Teambesprechungen. Ein fehlendes geriatrisches Frührehabilitationspotenzial oder die Ablehnung einer geriatrischen Weiterbehandlung lässt diese Anforderungen nicht entfallen.

Interdisziplinäre Visiten/Teambesprechungen

24. Welche Professionen sind an den „interdisziplinären Visiten“ bzw. „Teambesprechungen“ zu beteiligen?

17. Juni 2024

Gemäß den Anlagen 2.6 und 2.7 der QSFFx-RL zählen hierzu geriatrische, (unfall-)chirurgische und physiotherapeutische Ansprechpartnerinnen bzw. -partner.

25. Sind im Rahmen der ortho-geriatrischen Zusammenarbeit für Patientinnen und Patienten mit positivem geriatrischen Screening interdisziplinäre Visiten und wöchentliche Teambesprechungen nachzuweisen?

17. Juni 2024

Gemäß Anlage 2.6 der QSFFx-RL handelt es sich um eine Und/oder-Regelung, sodass eine Wahlmöglichkeit bei der ortho-geriatrischen Zusammenarbeit besteht. In Abgrenzung hierzu ist gemäß der Anlage 2.7 die Teilnahme der Physiotherapie an Visiten und interdisziplinärer Abstimmung im Behandlungsteam gefordert.

26. Es erfolgt postoperativ eine Verlegung an einen anderen Standort. Muss bei den interdisziplinären Visiten bzw. Teambesprechungen am neuen Standort eine Ansprechpartnerin bzw. ein Ansprechpartner der (Unfall-)chirurgie aus der verlegenden Klinik teilnehmen?

14. Oktober 2026

Nein, die QSFFx-RL fordert die Beteiligung von Fachärztinnen bzw. -ärzten mit der spezifisch geforderten Qualifikation. Eine Personenbindung besteht nicht, weshalb sie auch durch unterschiedliche Personen erfolgen kann. Der aufnehmende Standort muss für die Dauer der frakturbezogenen postoperativen Versorgung selbst die Anforderungen des § 4 Absätze 5 und 6 sowie § 5 Absatz 5 erfüllen und seine geriatrischen und unfallchirurgischen Ansprechpartner benennen.

27. Muss bei interdisziplinären Visiten/Teambesprechungen zwingend eine Fachärztin bzw. ein Facharzt teilnehmen oder genügt ein Assistenzarzt?

17. Juni 2024

Für alle Facharztbezeichnungen gilt gemäß § 3 Absatz 4 QSFFx-RL, dass sie sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer richten. Assistenzärztinnen und -ärzte in Weiterbildung sind damit nicht vom Regelungsumfang der QSFFx-RL erfasst.

Verlegung

28. Ist ein Kooperationsvertrag bei Verlegung an einen anderen Standort erforderlich? Was müssen die verlegenden Krankenhäuser beachten?

17. Juni 2024

Wird eine Patientin oder ein Patient nach erfolgter operativer Versorgung im Rahmen einer Kooperation zur Durchführung oder Fortsetzung der postoperativen Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur an einen anderen Standort verlegt, sind an diesem Standort für die Dauer der postoperativen Versorgung gemäß § 4 Absatz 7 i.V.m § 5 Absatz 5 die strukturellen und prozessualen Mindestanforderungen vorzuhalten. Der verlegende Standort (Primärversorger) trägt bei einer Verlegung Sorge dafür, dass die Patientinnen und Patienten nur an einen kooperierenden Standort verlegt werden, welcher sicherstellen kann, dass die strukturellen und prozessualen Mindestanforderungen erfüllt werden. Dies ist vom verlegenden Standort zu dokumentieren (bspw. in der jeweiligen Patientenakte oder übergeordnet im Rahmen einer vorliegenden Kooperationsvereinbarung).

29. Wie kann die Vorgabe des „Sorgetragens“ bei Verlegung erfüllt werden?

17. Juni 2024

Die Tatsache, dass die QSFFx-RL keine bestimmten Mittel zur Konkretisierung des „Sorgetragens“ vorschreibt, entspricht dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, da gerade auf diese Weise ein übermäßiger Eingriff in das Vertragsrecht bzw. die spezifische Konstellation des Einzelfalls vermieden wird.

Um der Verpflichtung des „Sorgetragens“ hinreichend nachzukommen, empfiehlt es sich, schriftliche Kooperationsvereinbarungen zu schließen und die Offenlegung von Dienstplänen und Qualifikationsnachweisen als eine selbstständige vertragliche Nebenleistungspflicht zu vereinbaren. In der Kooperationsvereinbarung sollte dann auch geregelt sein, dass der Primärversorger diese Informationen gegenüber dem MD als Nachweis nutzen darf. Auf Seiten des Sekundärversorgers sind die betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hierüber ggf. zu informieren. Das konkrete Vorgehen sollte hausintern mit dem zuständigen Datenschutzbeauftragten abgesprochen werden. Gleichzeitig ist jedoch zu betonen, dass der G-BA neben der Möglichkeit von Kooperationsvereinbarungen bewusst auch auf die Möglichkeit zur Dokumentation in der jeweiligen Patientenakte abstellt. Insbesondere im Zusammenhang mit Kapazitätsengpässen oder einer wohnortnahen Versorgung kann im Einzelfall eine Verlegung an einen nicht kooperierenden Standort begründet sein.

30. Wie kann die Vorgabe „für die Dauer der postoperativen Versorgung“ bei Verlegung definiert werden?

17. Juni 2024

Gemäß der Tragenden Gründe vom 22. November 2022 bezieht sich die postoperative Versorgung auf die weitere Versorgung des Patienten bzw. der Patientin hinsichtlich der hüftgelenknahen Femurfraktur. Behandlungen der Patienten aufgrund weiterer Erkrankungen mit anderen Behandlungsschwerpunkten (bspw. Herzinfarkt oder Schlaganfall) zählen nicht zur postoperativen Versorgung der Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur und sind nicht von den Regelungen der QSFFx-RL umfasst.

Die Verlegung in die postoperative Versorgung betrifft damit die Krankenhausbehandlung, mithin die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung als Akutbehandlung. Sie betrifft jedoch nicht einen Wechsel der Sektoren in eine stationäre geriatrische Reha.

Folgen der Nichterfüllung der Mindestanforderungen

31. Was passiert, wenn Mindestanforderungen nicht eingehalten werden?

14. Oktober 2026

Im Fall einer Nichterfüllung von Mindestanforderungen darf die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß § 7 Absatz 1 QSFFx-RL in der Einrichtung über die Diagnostik und Erstversorgung hinaus nicht erfolgen. Gemäß § 7 Absatz 2 QSFFx-RL 1 führt die Nichterfüllung von Mindestanforderungen zudem zu einem Wegfall des Vergütungsanspruchs. Maßgeblich ist der Erfüllungsstatus bei Aufnahme, Operation und ggf. bei der Verlegung nach § 4 Absatz 7.

32. Welche Folgen haben fehlende oder unvollständige Nachweisdaten oder Datenübermittlungen?

14. Oktober 2026

Werden die Daten der Strukturabfrage und die Erklärung über die Richtigkeit der Angaben bis zum Ende der Korrekturfrist am 15. März nicht oder nicht vollständig übermittelt, ist gemäß § 7 Absatz 6 QSFFx-RL ein pauschaler Abschlag in Höhe von 20.000 Euro vorzunehmen.

Übermittelt ein Krankenhaus trotz zweimaliger Aufforderung durch die Landesverbände der Krankenkassen oder die Ersatzkassen mit jeweils vierwöchiger Fristsetzung erforderliche Daten des Nachweisverfahrens nach § 6 QSFFx-RL nicht, ist gemäß § 7 Absatz 7 ein Abschlag in Höhe von 75 % vorzunehmen. Der Abschlag betrifft die Leistungen nach Anlage 1, die in dem Zeitraum vom Tag nach Ablauf der zweiten Frist bis zum Tag der tatsächlichen Übermittlung der erforderlichen Daten erbracht werden.

33. Wird jede Nichterfüllung mit einem Vergütungswegfall sanktioniert?

14. Oktober 2026

Der Wortlaut des § 7 Absatz 2 QSFFx-RL sieht bei Nichterfüllung einer Mindestanforderung ausdrücklich den Wegfall des Vergütungsanspruchs vor. Ob im Einzelfall tatsächlich eine Mindestanforderung nicht erfüllt ist und daraus ein vollständiger Vergütungswegfall folgt, ist jedoch differenziert zu prüfen.

Das Landessozialgericht Sachsen-Anhalt hat mit Urteil vom 12. Oktober 2023 (L 6 KR 75/21) über die Frage entschieden, welche Rechtsfolgen es für Krankenhäuser hat, wenn sie Mindestanforderungen aus Qualitätssicherungsrichtlinien nicht einhalten. Nach Ansicht des Gerichts führt dies nicht automatisch zu einem vollständigen Wegfall des Vergütungsanspruches.

Nach Auffassung des LSG Sachsen-Anhalt obliegt es damit der Regelungskompetenz des G-BA, ob er jede in einer Qualitätssicherungs-Richtlinie enthaltene Vorgabe als Mindestanforderung einstuft und deren Nichterfüllung mit Vergütungswegfall sanktioniert, dies unterlässt oder weitere Differenzierungen vornimmt. Diese Auffassung hat das BSG mit Urteil vom 12. Juni 2025 (B 1 KR 30/23 R) in diesem Punkt bestätigt. Das BSG hat das Urteil des LSG gleichwohl aufgehoben und die Sache zurückverwiesen, weil nicht abschließend geklärt war, ob die Behandlung unabhängig von den Vorgaben der MHI-RL gegen das allgemeine Qualitätsgebot des § 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V verstieß. Hierzu bedurfte es weiterer tatsächlicher Feststellungen.

§ 137 Absatz 1 SGB V verlangt grundsätzlich ein abgestuftes Sanktionssystem, wenn Vorgaben einer Qualitätssicherungs-Richtlinie nicht eingehalten werden, die teilweise beschrieben werden. Die Sanktionen müssen zudem verhältnismäßig und angemessen sein. Der vollständige Wegfall des Vergütungsanspruchs ist grundsätzlich das schärfste Sanktionsmittel. Damit ist eine Rechtsprechung, wonach es immer zum vollständigen Vergütungsverlust kommt, nicht vereinbar. Der G-BA hat einen solchen vollständigen Wegfall der Vergütung unter anderem in § 7 Absatz 2 QSFFx-RL normiert.

Gemäß § 7 Absatz 2 QSFFx-RL ist entscheidend, ob die Mindestanforderungen zum Zeitpunkt der Aufnahme, der Operation und der Verlegung zur Durchführung oder Fortsetzung der postoperativen Versorgung eingehalten werden. Abweichungen, die zwischen diesen Zeitpunkten liegen, können formal damit nicht zu einem vollständigen Vergütungswegfall führen. Zusätzlich ist folgend dem Urteil des LSG Sachsen-Anhalt zu diskutieren, ob sich die festgestellte Abweichung auf die Nichterfüllung von Mindestanforderungen der QSFFx-RL bezieht. Dies betrifft insbesondere die in § 5 QSFFx-RL genannten Mindestanforderungen an die Prozessqualität. Demnach sind vom Krankenhaus insbesondere für typische Hindernisse verbindliche, interdisziplinär abgestimmte, schriftliche und jederzeit verfügbare Standard Operating Procedures (SOP) entsprechend dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens zu erstellen. In diesem Zusammenhang legt der G-BA Mindestregelungsinhalte fest. Wird im Einzelfall von den SOP abgewichen, sind die Gründe in der Patientenakte zu dokumentieren.

- i** Es ist daher im Einzelfall zu prüfen, ob sich der festgestellte Mangel auf eine Mindestanforderung der QSFFx-RL bezieht. Strittig ist beispielsweise die Frage zur Operationalisierung der täglich verfügbaren und einsatzfähigen Physiotherapie. Eine Operationalisierung ist der QSFFx-RL auf prozessualer Ebene nicht zu entnehmen. Vielmehr sind der Einsatz der Physiotherapie, konkrete Maßnahmen, Art und Frequenz der Anwendungen in den SOPs zu regeln. Es kann es nicht die Intention des Normgebers gewesen sein, auch bei leichten Abweichungen einen vollständigen Vergütungswegfall als schärfstes Sanktionsmittel einzusetzen, denn das Sanktionsmittel muss verhältnismäßig und angemessen sein. Im Einzelfall können sich Widerspruch und Klage gegen Wegfall der Vergütung mit Verweis auf das abgestufte Sanktionssystem lohnen.