

Häufig gestellte Fragen und ihre Antworten zur Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)

Die zur Beantwortung herangezogene QSFFx-RL in ihrer Erstfassung vom 22. November 2019 sowie entsprechende Erläuterungen aus den Tragenden Gründen zur Erstfassung der QSFFx-RL können Sie den folgenden Links entnehmen:

Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL): <https://www.g-ba.de/richtlinien/118/>

Tragende Gründe zum Beschluss vom 19. September 2019: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4069/>

Hinweis: Da der Gemeinsame Bundesausschuss kein Vorrecht auf die Auslegung seiner eigenen Beschlüsse und Richtlinien hat, bitten wir Sie zu beachten, dass es sich bei den Antworten nicht um rechtsverbindliche Auskünfte handelt.

Nr.	Frage/Hinweis	Antwort
I.	Allgemeine Mindestanforderungen	
1.	Welche Anforderungen werden an die Verfügbarkeit des für die Notfallversorgung verantwortlichen Personals gemäß § 3 Absatz 1 b) und c) QSFFx-RL gestellt?	Die QSFFx-RL sieht mit der Mindestanforderung gemäß § 3 Absatz 1 Buchstabe b QSFFx-RL vor, dass ein „für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt sind, die fachlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet und im Bedarfsfall verfügbar sind“. Dieses Personal muss gemäß § 3 Absatz 1 Buchstabe c QSFFx-RL i. V. m. § 12 Absatz 6 QSFFx-RL spätestens ab dem 1. Januar 2026 über entsprechende (Zusatz-)Weiterbildungen („Klinische Akut- und Notfallmedizin“ beziehungsweise „Notfallpflege“) verfügen. Weitere Anforderungen an die Verfügbarkeit des für die Notfallversorgung verantwortlichen Personals werden in der Richtlinie nicht normiert. Es liegt in der Verantwortung der Krankenhäuser, die oben genannten Vorgaben organisatorisch umzusetzen. Die entsprechenden beiden Personen kann das Krankenhaus individuell benennen.
II.	Spezifische Mindestanforderungen	
1.	Welche Fachärzte können gemäß der Übergangsregelung in § 12 Absatz 1 QSFFx-RL in den ersten sechs Jahren nach Inkrafttreten der QSFFx-RL für die geriatrische Versorgung von Patienten mit	§ 4 Absatz 5 QSFFx-RL gibt vor, dass für Patientinnen und Patienten mit positiven geriatrischen Screening täglich geriatrische Kompetenz für die perioperative Versorgung zu gewährleisten ist, welche durch eine Fachärztin oder einen Facharzt mit geriatrischer Kompetenz zu erfolgen hat. Da zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der QSFFx-RL noch keine flächendeckende Verfügbarkeit von Fachärzten mit geriatrischer Kompetenz sichergestellt werden konnte, wurde in § 12 Abs. 1 QSFFx-RL diesbezüglich eine zweistufige Übergangsregelung aufgenommen. Gemäß § 12 Abs. 1 QSFFx-RL kann die geriatrische Versorgung der Patientinnen und Patienten abweichend von § 4 Abs. 5 QSFFx-RL in

	positiven geriatrischen Screening eingesetzt werden?	den ersten drei Jahren nach Inkrafttreten der Richtlinie, also bis zum 31. Dezember 2023 auch durch Einbezug einer Fachärztin oder eines Facharztes für Innere Medizin, durch Einbezug einer Fachärztin oder eines Facharztes für Allgemeinmedizin oder durch Einbezug einer Fachärztin oder eines Facharztes für Neurologie und bis sechs Jahre nach Inkrafttreten, also bis zum 31. Dezember 2026 – durch einen Facharzt mit geriatrischer Kompetenz auf Anforderung im Sinne eines Konsils sichergestellt werden. Dieser Konsildienst ist durch einer Fachärztin oder einen Facharzt mit geriatrischer Kompetenz (Fachärztinnen oder Fachärzte für Innere Medizin und Geriatrie und Fachärztinnen und Fachärzte mit der Schwerpunktbezeichnung Geriatrie, Fachärzte mit der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie, Fachärztinnen oder Fachärzte mit der fakultativen Weiterbildung klinische Geriatrie sowie Fachärztinnen oder Fachärzte mit Fachkunde Geriatrie) zu leisten.
2.	Welche Anforderungen gelten nach Ende der Übergangsregelung nach § 12 Abs. 1 QSFFx-RL?	Nach Ende der Übergangsregelung gemäß § 12 Abs.1 QSFFx-RL ist zur Erfüllung der Mindestanforderung gemäß § 4 Absatz 5 QSFFx-RL für Patienten mit positivem geriatrischen Screening täglich geriatrische Kompetenz für die perioperative Versorgung zu gewährleisten. Kooperationen (auch mit Vertragsärzten) sind weiterhin möglich, solange eine tägliche Verfügbarkeit des Facharztes mit geriatrischer Kompetenz sichergestellt ist und dieser Teil des behandelnden unfallchirurgisch-geriatrischen, multiprofessionellen Teams ist. Die Tragenden Gründe zu § 4 Abs. 5 QSFFx-RL führen als mögliche Versorgungsmodelle für unfallchirurgisch-geriatrische Kooperationen beispielsweise die Behandlung auf einer unfallchirurgischen Station mit täglich konsultierendem Geriater oder die Behandlung auf einer geriatrischen Station (einschl. Rehabilitation) mit unfallchirurgischem Konsildienst oder im Sinne der integrierten Versorgung die Versorgung auf einer ortho-geriatrischen Station unter gemeinsamer unfallchirurgisch/ geriatrischer Führung eines multiprofessionellen Teams auf. Ein Konsildienst auf Anforderung reicht damit zur Sicherstellung der geriatrischen Kompetenz nach Ende der Übergangsregelung nicht aus.
III.	Mindestanforderungen an die Prozessqualität	
1.	Müssen die gemäß § 5 Absatz 4 QSFFx-RL festgelegte Liste und die in Anlage 2 QSFFx-RL aufgeführten Regelungsinhalte der geforderten SOPs verpflichtend in gesonderten,	Gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 QSFFx-RL hat das Krankenhaus „verbindliche, interdisziplinär abgestimmte, schriftliche und jederzeit verfügbare Standard Operating Procedures (SOP) entsprechend dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens“ zu erstellen. § 5 Absatz 4 QSFFx-RL gibt vor, welche SOP hinsichtlich der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur mindestens umfasst sein müssen. Die genauen Regelungsinhalte der SOP sind in Anlage 2 der

	entsprechend der Anlage 2 QSFFx-RL benannten Dokumenten abgebildet werden, oder können die Regelungsinhalte der SOPs auch an geeigneten Stellen im bereits vorhandenen QM-System des Krankenhauses aufgenommen werden?	Richtlinie aufgeführt. In § 5 Absatz 4 und Anlage 2 erfolgt somit lediglich die Festlegung der fachlichen Inhalte. Eine konkrete Vorgabe zur Art und Weise der Darstellung der SOP in gesonderten Listen oder Dokumenten wird in § 5 Absatz 4 und Anlage 2 nicht festgelegt. Je nachdem, welche Nomenklatur im Rahmen des bereits vorhandenen QM-Systems für SOP verwendet wird, können die SOP auch durch andere Begriffe benannt werden (bspw. Verfahrens- oder Arbeitsanweisung). Soweit durch die Aufnahme der SOP an geeigneter Stelle in ein bereits vorhandenes QM-System die Anforderungen nach § 5 Absatz 1 Satz 3 QSFFx-RL und § 5 Absatz 4 QSFFx-RL i. V. m. Anlage 2 QSFFx-RL erfüllt werden, ist keine zusätzliche Abbildung der SOP in gesonderten Dokumenten erforderlich. aufnehmen.
IV.	Weitere Fragen	
1.	Müssen bei intraoperativ verursachten Femurfrakturen die Vorgaben der QSFFx-RL eingehalten werden, wenn sich bei der Abrechnung dieser Frakturen (durch die Zusatzkodierung der Schlüsselnummer M96.6) eine Kombination aus Diagnosen und Prozeduren nach Anlage 1 QSFFx-RL ergibt?	<p>Gemäß § 1 Abs. 2 QSFFx-RL kommen die Anforderungen der QSFFx-RL nur dann zur Anwendung, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • das Krankenhaus ist nach § 108 SGB V zugelassen, • Versorgung einer nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur, • Patient ist im Erwachsenenalter, • Kombination aus Diagnosen und Prozeduren nach Anlage 1 QSFFx-RL. <p>Bei einer vorliegenden Kombination aus Diagnosen und Prozeduren nach Anlage 1 QSFFx-RL, aber Fehlen der weiteren Voraussetzungen gemäß § 1 Abs. 2 QSFFx-RL, kommt der Anwendungsbereich der QSFFx-RL nicht zum Tragen und die Anforderungen der QSFFx-RL müssen nicht erfüllt werden. Insofern müssen die Mindestanforderungen der QSFFx-RL bei der Versorgung einer intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur nicht eingehalten werden, auch dann nicht, wenn sich in der Abrechnung dieser Fraktur durch die Zusatzkodierung einer Schlüsselnummer eine Kombination aus Diagnosen und Prozeduren nach Anlage 1 QSFFx-RL ergibt.</p>