

MD-Qualitätskontrollen der QSFFx-RL: Ein Beitrag zur Qualitätsverbesserung in der orthogeriatrischen Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur

16. Qualitätssicherungskonferenz des G-BA
Berlin, 27. November 2025

Dr. Friedemann Ernst
Kompetenz-Centrum Geriatrie, Hamburg
friedemann.ernst@kcgeriatrie.de



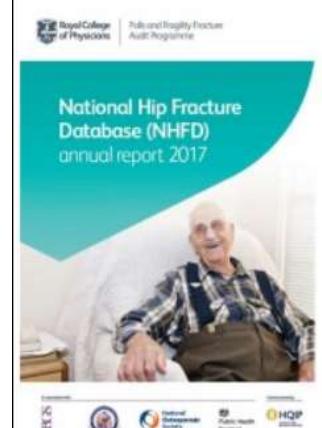
**Der Inhalt des Vortrages ist Ergebnis des
größtmöglichen Bemühens um Objektivität und
Unabhängigkeit.**

**Es wird versichert, dass in Bezug auf den Inhalt des
Vortrags KEINE Interessenkonflikte bestehen!**



QSFFx-RL – Aufgrund welcher Evidenz?

- ✓ Wirksamkeitsbelege für orthogeriatrische Kooperationen (Metaanalysen, SR, RCT)
- ✓ Positive Effekte auf wesentliche patientenbezogene Outcomes: Mortalität, Heimaufnahme bzw. Rückkehr in die vertraute Umgebung, Delirreduktion und funktioneller Status
- ✓ Evidenz bezieht sich auf ortho-geriatrische Kooperation im Sinne der Modelle 2 - 4 (Blue Book, Weißbuch Alterstraumatologie)



Modelle orthogeriatrischer Kooperationen (Weißbuch Alterstraumatologie u. Blue Book)

Modell 1: Behandlung auf einer unfallchirurgischen Station mit geriatrischem Konsildienst auf **Anforderung**

Modell 2: Behandlung auf einer unfallchirurgischen Station mit **täglich** konsultierendem Geriater

Modell 3: Behandlung auf einer geriatrischen Station mit unfall-chirurgischem Konsildienst

Modell 4: Integrierte Versorgung auf einer orthogeriatrischen Station unter gemeinsamer unfallchirurgisch/ geriatrischer Führung eines multiprofessionellen Teams

Quelle: Weißbuch Alterstraumatologie (Liener, Becker, Rapp 2018) und Blue Book (British Orthopaedic Society 2007 und Kammerlander et al. (2010)



Warum MD-Qualitätskontrollen?

- ✓ Die G-BA Richtlinie QSFFx ist bereits seit dem Jahr 2021 in Kraft!
- ✓ Die große Mehrheit der Kliniken hat sich allerdings erst Ende 2023 mit den anstehenden anlassbezogenen MD Prüfungen befasst!
- ✓ Die Durchführung der Qualitätskontrollen hat an vielen Orten erst Verständnis für bestimmte Prüfkriterien erwirkt
- ✓ Die Durchführung der Qualitätskontrollen hat an vielen Orten zu Anpassungen der eigenen SOP's bzw. der konkreten Strukturen und Prozesse geführt



Warum MD-Qualitätskontrollen?

Im Vorfeld der anlassbezogenen Qualitätskontrollen viele offene Fragen:

- ✓ 24/7 Rufbereitschaft des Geriaters notwendig?
- ✓ tägliche Gewährleistung geriatrischer Kompetenz, wirklich auch am Wochenende?
- ✓ Was ist ein validiertes Screening?
- ✓ Ist Telemedizin möglich?
- ✓ Physiotherapie auch am Wochenende?
- ✓ Etc.



Das Rollenverständnis der Medizinischen Dienste

- ✓ Der Medizinischen Dienst ist nicht normativ tätig, sondern wendet die Vorgaben der normgebenden Institutionen an
- ✓ Der Medizinische Dienst prüft und kontrolliert unabhängig, aufwandsarm und standardisiert
- ✓ Bei unklaren Strukturmerkmalen muss der Medizinische Dienst bestmöglich fachlich und bundeseinheitlich entscheiden
- ✓ MD wirkt auf eindeutige Struktur- und Prozessvorgaben hin (auch RL-übergreifend)



Auslegung anhand der Festlegungen des G-BA:

Grundlagen:

- ✓ QSFFx-RL + Tragende Gründe zur RL + FAQ + „Fachnews“
- ✓ MD-QK-Richtlinie nach § 137 Absatz 3 SGB V
- ✓ Begutachtungsleitfaden des MD Bund gemäß der MD-QK-Richtlinie

Zusätzliche Quellen:

- ✓ Leitlinien
- ✓ Zertifizierungen insbesondere ATZ
- ✓ Muster-SOP etc. von Fachverbänden, Fachgesellschaften



Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses
über Maßnahmen zur Qualitätsicherung zur Versorgung von
Patienten mit einer Hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß
§ 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V
zugelassene Krankenhäuser

(Richtlinie zur Versorgung der Hüftgelenknahen
Femurfraktur/QSFFx-RL)

in der Fassung vom 22. November 2019
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 30.12.2020 B6)
in Kraft getreten am 1. Januar 2021
zuletzt geändert am 6. Dezember 2023
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 30.01.2024 B1)
in Kraft getreten am 1. Januar 2024



Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses
nach § 137 Absatz 3 SGB V zu Kontrollen des Medizinischen
Dienstes nach § 275a SGB V

(MD-Qualitätskontroll-Richtlinie, MD-QK-RL)

in der Fassung vom 1. Dezember 2017
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 12.12.2018 B2)
in Kraft getreten am 11. Dezember 2018
zuletzt geändert am 12. Mai 2023
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 10.08.2023 B3)
in Kraft getreten am 11. August 2023



Warum Auslegung der QSFFx-RL durch die MD?

Umgang mit offenen Formulierungen

- ✓ z.B. Begriffe „frühzeitig“, „bei Aufnahme“, „validiertes Screening“

Immer eng am Wortlaut der RL!

Festlegung der Kontrollebene

- ✓ Ist-Dienstplan statt Soll-Dienstplan
- ✓ Qualifikationsnachweise
- ✓ Patientenakte (Stichprobe)

Festlegung der Kontrolltiefe

- ✓ SOP mit definierten Mindestanforderungen (inkl. oder zuzüglich dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens)

Auch über Mindestanforderungen hinaus?

Screening durch „*validiertes Erhebungsinstrument*“

- ✓ Ein Screening ist valide, wenn es tatsächlich misst, was es messen soll und dies wissenschaftlich belegt ist und es somit glaubwürdige Ergebnisse liefert
- ✓ Für Pat. „*mit positivem Screening ist täglich geriatrische Kompetenz für die perioperative Versorgung zu gewährleisten.*“ (§ 4 Abs. 5)



Geriatrisches Screening: BGL zur MD-QK-RL, SMB Nr. 46

„Bei allen Patientinnen und Patienten mit einem Alter ≥ 70 Jahren muss bei Aufnahme ein Screening mit dem Zweck der Identifikation geriatrischer Patientinnen und Patienten erfolgen.“

„Nach derzeitigem Stand können für dieses Screening nachfolgende Erhebungsinstrumente zur Anwendung kommen:“

- Geriatrie-Check (Gerhard et al. 2021)
- Geriatr. Screening nach Lachs (Lachs et al. 1990)
- GeriNot (Feist et al. 2023)
- ISAR (Thiem et al. 2012)



<https://www.kcgeriatrie.de/assessments-in-der-geriatrie>

Bewertung zu G-BA-Struktur-/Prozessmerkmal (G-BA-SMB)		Nr.: 46
G-BA-RL:	QSFFX-RL: Richtlinie zur Versorgung der Hüftgelenknahe Femurfraktur SOP „Ortho-geriatrische Zusammenarbeit für Patienten mit positivem geriatrischen Screening“ (§ 5 Absatz 4 der RL)	
Schlagworte:	Geriatrisches Screening bei Aufnahme, validiertes Erhebungsinstrument	
Struktur- / Prozessmerkmal:	In Anlage II der QSFFX-RL ist in der SOP 2.2 „Perioperative Planung: Priorisierung von Eingriffen, Planung von OP-Kapazitäten, Planung von OP-Teams“ unter Pkt. 5 aufgeführt: „Regelungen für die Durchführung eines geriatrischen Screenings anhand eines validierten Erhebungsinstrumentes in der Regel bei Aufnahme.“	
Problem / Fragestellung:	Bei welchen Patientinnen und Patienten muss ein geriatrisches Screening erfolgen? Was sind validierte Erhebungsinstrumente zur Identifikation geriatrischer Patienten mit einer Hüftgelenknahe Femurfraktur?	
Ergebnis:	Bei allen Patientinnen und Patienten mit einem Alter ≥ 70 Jahren muss bei Aufnahme ein Screening mit dem Zweck der Identifikation geriatrischer Patientinnen und Patienten erfolgen. Nach derzeitigem Stand können für dieses Screening nachfolgende Erhebungsinstrumente zur Anwendung kommen: <ul style="list-style-type: none">• Geriatrie-Check• Geriatrisches Screening nach Lachs• GeriNOT (Identifikation geriatrischer Risikopotentiale bei Aufnahme)• ISAR (Identification of Seniors at risk)	
Begründung:	Die aufgeführten Erhebungsinstrumente benennen in der Regel ein Einschlussalter von ≥ 70 Jahren und einen spezifischen cut-off Wert, bei dem das Vorliegen eines geriatrischen Patienten sehr wahrscheinlich ist (positives Screening). Die oben genannten Instrumente sind in unterschiedlichem Umfang validiert. Vertiefende Informationen zu den einzelnen Instrumenten einschließlich der cut-off Werte finden sich unter: <ul style="list-style-type: none">• https://www.kcgeriatrie.de/assessments-in-der-geriatrie/geriatrische-screenings• S1-Leitlinie Geriatrisches Assessment der Stufe 2 Living Guideline, AWMF-Register-Nr. 084-002LG (Stand 18.01.2025)	
Ergänzende Hinweise:	Für Patientinnen und Patienten „mit positivem Screening ist täglich geriatrische Kompetenz für die perioperative Versorgung zu gewährleisten“ (§ 4 Absatz 5).	
Anforderung seit:	2019	
Erstellt:	27.03.2024	Aktualisiert: 18.03.2025

tägliche Gewährleistung geriatrischer Kompetenz -Telemedizin-

Stand: 8. Mai 2024



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**.

3.	Kann die gemäß § 4 Absatz 5 QSFFx-RL festgelegte tägliche geriatrische Kompetenz für die perioperative Versorgung von Patientinnen und Patienten mit positivem geriatrischem Screening auch telemedizinisch gewährleistet werden?	Eine telemedizinische Gewährleistung der täglichen geriatrischen Kompetenz für die perioperative Versorgung von Patientinnen und Patienten mit positivem geriatrischem Screening ist nach § 4 Absatz 5 QSFFx-RL nicht ausgeschlossen. In diesem Zusammenhang wird auch auf § 7 Absatz 4 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) verwiesen.
----	---	--

§

Geriatrische Kompetenz, täglich: BGL zur MD-QK-RL, SMB Nr. 47

Um eine tägliche geriatrische Kompetenz (...) gewährleisten zu können, muss unter Bewertung des Einzelfalles eine Inaugenscheinnahme der Patientin bzw. des Patienten vor Ort durch einen Facharzt mit geriatrischer Kompetenz möglich sein. Eine telemedizinische Gewährleistung der täglichen geriatrischen Kompetenz für die perioperative Versorgung von Patientinnen und Patienten mit positivem geriatrischen Screening ist nach § 4 Absatz 5 QSFFx-RL nicht ausgeschlossen. (...)

Bewertung zu G-BA-Struktur-/Prozessmerkmal (G-BA-SMB)		Nr.: 47
G-BA-RL:	Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur/QSFFx-RL	
Schlagworte:	Geriatrische Kompetenz, täglich	
Struktur- / Prozessmerkmal:	§ 4 Absatz 5 „Für Patienten mit positivem geriatrischen Screening ist täglich geriatrische Kompetenz für die perioperative Versorgung zu gewährleisten. Diese erfolgt durch einen Facharzt mit geriatrischer Kompetenz (Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie, Facharzt mit der Schwerpunktbezeichnung Geriatrie, Facharzt mit der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie, Facharzt mit der fakultativen Weiterbildung klinische Geriatrie, Facharzt mit Fachkunde Geriatrie). Er ist Teil des behandelnden unfallchirurgisch-geriatrischen, multiprofessionellen Teams. Dies kann auch im Wege einer Kooperation gewährleistet werden.“	
Problem / Fragestellung:	§ 12 Absatz 1 „Abweichend von § 4 Absatz 5 kann bis 3 Jahre nach dem Inkrafttreten die geriatrische Versorgung der Patienten auch durch Einbezug eines Facharztes für Innere Medizin / Allgemeinmedizin oder Neurologie und bis 6 Jahre nach Inkrafttreten durch einen Facharzt mit geriatrischer Kompetenz auf Anforderung im Sinne eines Konsils sichergestellt werden. Die geriatrische Kompetenz ist 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, Facharzt mit Fachkunde Geriatrie zu gewährleisten.“	
Ergebnis:	Wie ist die tägliche geriatrische Kompetenz zu gewährleisten? Um eine tägliche geriatrische Kompetenz bei Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur perioperativ gewährleisten zu können, muss unter Bewertung des Einzelfalles eine Inaugenscheinnahme der Patientin bzw. des Patienten vor Ort durch einen Facharzt mit geriatrischer Kompetenz möglich sein. Eine telemedizinische Gewährleistung der täglichen geriatrischen Kompetenz für die perioperative Versorgung von Patientinnen und Patienten mit positivem geriatrischen Screening ist nach § 4 Absatz 5 QSFFx-RL nicht ausgeschlossen. Die Möglichkeit einer täglichen Verfügbarkeit (bis Ende 2026 mindestens als Konsil vor Ort) ist anhand von Dienstplänen zu belegen.	
Begründung:	Diese geriatrische Kompetenz ist ab dem 01.01.2024 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, Facharzt mit Fachkunde Geriatrie sicherzustellen.	



Rückblick

- **Was haben die MD zu bewerten gehabt (Auswahl):**

- ✓ Screening ohne Konsil
- ✓ Konsil ohne Screening
- ✓ Konsil erst nach 4-7 Tagen
- ✓ Konsil nach Verlegung in die Geriatrie?
- ✓ Konsile erkennbar grundsätzlich nicht am Wochenende
- ✓ Unvollständige SOP's ohne die in der QSFFx-RL genannten Aspekte
- ✓ Physiotherapie erst nach 3 bis 7 Tagen
- ✓ Physiotherapie erkennbar nicht am Wochenende
- ✓ Geriatrischer Kooperationspartner in 600 Km Entfernung



Praxis 2024 - angemeldet vor Ort / anlassbezogene Kontrollen:

- ✓ **Nachkontrollen hilfreich:** Kliniken konnten zeitnah nachbessern
- ✓ **mehrheitlich Qualitätsanforderungen erfüllt** (BV Geriatrie ca. 70%)



Jahresbericht des IQTIG zur Strukturabfrage gemäß QSFFx-RL für das Erfassungsjahr 2024

Tabelle 24: Tabellarische Zusammenfassung der Mindestanforderung „Geriatrische Kompetenz für Patientinnen und Patienten mit geriatrischem Screening“

Mindestanforde- rung	Erfüllung ohne Inanspruch- nahme der Ü- gangsregelu		Erfüllung mit In- anspruch- nahme		Nicht erfüllt		Bei Nichterfül- lung: Davon mit Angabe der Gründe für Nichterfüllung	
	Tage	%	Tage	%	Tage	%	Anzahl	%
Geriatrische Kompetenz für Patientinnen und Patienten mit ge- riatrischem Screening	315,07	86,08 %	50,08	13,68 %	0,85	0,23 %	4	25,00 %

Praxis 2024 - angemeldet vor Ort / anlassbezogene Kontrollen:

- ✓ **Nachkontrollen hilfreich:** Kliniken konnten zeitnah nachbessern
- ✓ **mehrheitlich Qualitätsanforderungen erfüllt** (BV Geriatrie ca. 70%)
- ✓ **Strukturqualität eher erfüllt, allerdings Probleme in der Prozessqualität**
- ✓ **Diskrepanz SOP und Stichprobe**



QSFFx-RL 2.7

Physiotherapeutische Maßnahmen

- ✓ 1. Benennung der Ansprechpartner
- ✓ 2. Sicherstellung von täglich verfügbaren und am Patienten einsatzfähigen Physiotherapeuten
- ✓ 3. Festlegung von Standards zu Atem- und Aktivierungstherapie und postoperativer Mobilisierung abhängig von Frakturtyp und Operationsverfahren
- ✓ 4. Teilnahme an Visiten und interdisziplinäre Abstimmung im Behandlungsteam
- ✓ 5. Dokumentation der Therapie



Jahresbericht des IQTIG zur Strukturabfrage gemäß QSFFx-RL für das Erfassungsjahr 2024

Tabelle 25: Tabellarische Zusammenfassung der Mindestanforderung „Tägliche physiotherapeutische Versorgung möglich“

Mindestanforderung	Erfüllt		Nicht erfüllt		Bei Nichterfüllung: Davon mit Angabe der Gründe für Nicht- erfüllung	
	Tag	%	Tag	%	Anzahl	%
Tägliche physiotherapeutische Versorgung möglich	365,90	99,97 %	0,10	0,03 %	2	50,00 %

QSFFx-RL Ausblick: Perspektive für ortho-geriatrische Zusammenarbeit

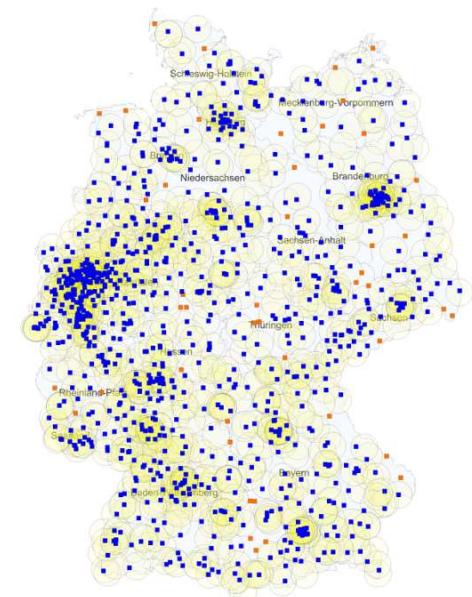
- ✓ Ab 2027 läuft zweite Übergangsregelung aus!
- ✓ Folgt der systematischen Evidenz für orthogeriatrische Kooperation
- ✓ Sinnvollen Einsatz von Telemedizin entwickeln
- ✓ SOP an den Stand des mediz. Wissens anpassen (S3-LL CGA)
- ✓ tägliche Physiotherapie auch i. d. Geriatrie gewährleisten
- ✓ Weiterbildungsoffensive in der Geriatrie
- ✓ Zukünftig (nur noch) anhaltspunktbezogene Kontrollen und Stichprobenprüfungen!?

2024

Konsil auf Anforderung

2027

OGC- Modelle
2-4





Medizinischer
Dienst



Kompetenz-Centrum
Geriatrie

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt: friedemann.ernst@kcgeriatrie.de