

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur

Vom 22. November 2019

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 22. November 2019 die Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung 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) beschlossen:

- I. „Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung 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)

§ 1 Rechtsgrundlage und Gegenstand der Richtlinie

- (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt diese Richtlinie als eine Maßnahme zur Qualitätssicherung auf der Grundlage von § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.
- (2) In dieser Richtlinie werden Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur im Erwachsenenalter bei einer Kombination aus Diagnosen und Prozeduren nach Anlage 1 festgelegt. Die Mindestanforderungen sind am Standort zu erfüllen. Es wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 KHG in Verbindung mit dem Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 SGB V zugrunde gelegt.
- (3) Die Richtlinie definiert zudem das Nachweisverfahren zur Feststellung der Erfüllung der Mindestanforderungen und die Berichtspflichten.

§ 2 Ziele

Die Ziele dieser Richtlinie umfassen:

1. die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und frühestmöglichen operativen Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur, in der Regel innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme oder nach Auftreten eines Inhouse-Sturzes, sofern der Allgemeinzustand der Patientin oder des Patienten dies zulässt,
2. die Gewährleistung der Patientensicherheit,
3. die Gewährleistung dieser Versorgung unabhängig von Wohnort oder sozioökonomischer Situation,
4. die Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung,

5. die Vermeidung oder Minderung der perioperativen Morbidität, insbesondere postoperatives Delir und Depression und Mortalität,
6. die Vermeidung oder Minderung verletzungsbedingter Pflegebedürftigkeit und Institutionalisation sowie Wiedererlangung der Mobilität und
7. die Erhaltung der Lebensqualität.

§ 3 Allgemeine Mindestanforderungen

(1) Das Krankenhaus hat bezogen auf den die Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur versorgenden Standort die folgenden Mindestanforderungen jederzeit zu erfüllen:

- a) das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilungen Chirurgie oder Unfallchirurgie sowie Innere Medizin am Standort;
- b) es sind jeweils ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind und im Bedarfsfall verfügbar sind;
- c) der unter Buchstabe b genannte Arzt verfügt über die Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ und die unter Buchstabe b genannte Pflegekraft verfügt über die Weiterbildung „Notfallpflege“;
- d) es ist jeweils ein Facharzt im Bereich Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar;
- e) das unter Buchstabe b genannte Personal nimmt regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil;
- f) das Krankenhaus hält eine Intensivstation mit mindestens sechs Betten vor, von denen mindestens drei zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet sind;
- g) es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung.

(2) Das Krankenhaus verfügt über die für die Durchführung von Diagnostik und Therapie nach aktuellem medizinischen Standard erforderliche medizinisch-technische Ausstattung. Insbesondere die folgende Ausstattung ist am Standort vorzuhalten:

- a) ein Schockraum und
- b) 24-stündig verfügbare computer-tomographische Bildgebung, die auch gegeben ist, wenn sie durch die Kooperation mit einem im unmittelbaren räumlichen Bezug zum Standort befindlichen Leistungserbringer jederzeit (24h) sichergestellt wird.

(3) Es besteht die Möglichkeit der Weiterverlegung eines Notfallpatienten auf dem Luftweg in ein Krankenhaus der Basisnotfallversorgung oder einer höheren Stufe gemäß den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern. Es ist ausreichend wenn die Hubschrauberlandestelle mit einem boden-gebundenen Zwischentransport (z. B. mit einem Rettungswagen) erreichbar ist.

(4) Die ärztliche Versorgung im Gebiet der Anästhesiologie ist durch eine täglich 24-stündige Arztpräsenz im Krankenhaus (Bereitschaftsdienst möglich) sicherzustellen. Ist die prä-sente Ärztin oder der prä-sente Arzt nicht eine Fachärztin oder ein Facharzt für Anästhesiologie, ist zusätzlich ein Rufbereitschaftsdienst mit eben dieser Qualifikation sicherzustellen.

(5) Für alle Facharztbezeichnungen dieser Richtlinie gilt, dass sie sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer richten. Das schließt auch diejenigen Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

§ 4 Spezifische Mindestanforderungen

(1) Die Versorgung der Patienten hat in einer ärztlich geleiteten Fachabteilung zu erfolgen, die eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses ist.

(2) Die Durchführung der mit den Kombinationen aus Diagnosen und Prozeduren nach Anlage 1 beschriebenen Operationen hat durch oder unter Anleitung und Aufsicht einer Fachärztin oder eines Facharztes für Chirurgie, für Allgemeinchirurgie, für Orthopädie oder für Orthopädie und Unfallchirurgie zu erfolgen.

(3) Die ärztliche Versorgung in der Fachabteilung nach Absatz 1 ist durch eine täglich 24-stündige Arztpräsenz im Krankenhaus (Bereitschaftsdienst möglich) sicherzustellen, die auch eine jederzeitige operative Patientenversorgung gewährleistet. Ist die prä-sente Ärztin oder der prä-sente Arzt nicht eine Fachärztin oder ein Facharzt der Qualifikation nach Absatz 2, ist zusätzlich ein Rufbereitschaftsdienst mit eben dieser Qualifikation sicherzustellen.

(4) Die Einrichtung und Ausstattung des Operationssaals muss sowohl osteosynthetische als auch endoprothetische Versorgungen zulassen. Entsprechende Implantate und Instrumente müssen jederzeit zur Verfügung stehen.

(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.

(6) Physiotherapie durch einen Physiotherapeuten/ eine Physiotherapeutin muss täglich für jeden Patienten zur Atemgymnastik und frühzeitigen Mobilisierung ab dem ersten postoperativen Tag zur Verfügung stehen. Diese kann auch im Wege einer Kooperation gewährleistet werden.

§ 5 Mindestanforderungen an die Prozessqualität

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, unverzüglich nach Aufnahme einer Patientin oder eines Patienten mit einer Diagnose nach Anlage 1 die weitere Versorgung mit dem Ziel zu planen, dass die operative Versorgung innerhalb von 24 Stunden erfolgt. Zeigen sich bei der Planung Hindernisse, die eine operative Versorgung der Patientin oder des Patienten innerhalb von 24 Stunden entgegenstehen könnten, sind unverzüglich Maßnahmen zu ergreifen,

um diese Hindernisse auszuräumen. Insbesondere für typische Hindernisse erstellt das Krankenhaus verbindliche, interdisziplinär abgestimmte, schriftliche und jederzeit verfügbare Standard Operating Procedures (SOP) entsprechend dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens.

(2) Haben Dritte auf Veranlassung des Krankenhauses Aufgaben bei der Versorgung von Patienten mit Femurfraktur, ist die Beachtung der für die Aufgabenerfüllung des Dritten relevanten SOP vom Krankenhaus durch vertragliche Vereinbarung mit dem Dritten sicherzustellen.

(3) Wird im Einzelfall von den SOP abgewichen, sind die Gründe in der Patientenakte zu dokumentieren.

(4) Diese SOP zur Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur müssen mindestens umfassen:

- SOP „Besondere Situationen der Einwilligungsfähigkeit“
- SOP „Perioperative Planung: Priorisierung von Eingriffen, Planung von OP-Kapazitäten, Planung von OP-Teams“
- SOP „Operationsverfahren“
- SOP „Umgang mit gerinnungshemmender Medikation“
- SOP „Patientenorientiertes Blutmanagement (PBM)“
- SOP „Ortho-geriatrische Zusammenarbeit für Patienten mit positivem geriatrischen Screening“
- SOP „Physiotherapeutische Maßnahmen“

Die Regelungsinhalte der SOP sind in Anlage 2 aufgeführt.

§ 6 Nachweisverfahren

(1) Ein standortbezogener Nachweis über die Erfüllung der Mindestanforderungen nach dieser Richtlinie einschließlich der gegebenenfalls zum Zeitpunkt des Nachweises vorliegenden Abweichungen ist von den Krankenhäusern stichtagsbezogen gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in Form einer auf der Strukturabfrage nach § 8 basierenden Checkliste (Anlage 3) regelmäßig zwischen dem 15. November und dem 31. Dezember eines Jahres zu führen. Für den Fall, dass ein Krankenhaus erstmals, unterjährig oder erneut die von dieser Richtlinie betroffenen Leistungen erbringen möchte, ist ein entsprechender Stichtag zu wählen, an dem alle Mindestanforderungen erfüllt werden. Eine Nichterfüllung einzelner Mindestanforderungen die nach dem vom Krankenhaus für die Nachweisführung nach Satz 1 und 2 ausgewählten Stichtag auftritt und die länger als 48 Stunden andauert, muss den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unverzüglich angezeigt werden, ebenso wie deren Wiedererfüllung. In der Anzeige nach Satz 3 sind die konkreten nicht erfüllten Mindestanforderungen und der Zeitpunkt des Eintritts der Nichterfüllung bzw. der Wiedererfüllung aufzuführen. Die Übermittlung der Checkliste nach Satz 1 oder Satz 2 und der Anzeigen nach Satz 3 hat standortbezogen in elektronischer Form auf Basis einer vom G-BA beschlossenen Spezifikation nach § 8 Absatz 6 und unter Nutzung einer fortgeschrittenen elektronischen Signatur zu erfolgen.

(2) Der Eingang der übermittelten Daten ist empfängerseitig unter Nutzung einer fortgeschrittenen elektronischen Signatur zu bestätigen. Die vom G-BA beschlossene Spezifikation gemäß § 8 Absatz 6 ermöglicht es Krankenhäusern diese Daten für die Strukturabfrage nach § 8 vorzuhalten.

(3) Der GKV-Spitzenverband veröffentlicht jeweils zum 1. Januar eines Kalenderjahres ein verbindliches Verzeichnis der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen auf seiner Internetseite. Das Verzeichnis enthält die Namen und Adressen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, die zuständigen Abteilungen sowie die entsprechenden E-Mail-Adressen.

(4) Kontrollen zur Einhaltung von Qualitätsanforderungen dieser Richtlinie durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) erfolgen gemäß der MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie. Die dafür notwendigen Unterlagen sind für die Prüfungen vorzuhalten.

§ 7 Folgen der Nichterfüllung der Mindestanforderungen und Dokumentationspflichten

(1) Im Falle einer Nichterfüllung von Mindestanforderungen darf die Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur in der Einrichtung über die Diagnostik und Erstversorgung hinaus nicht erfolgen.

(2) Die Nichterfüllung von Mindestanforderungen führt zu einem Wegfall des Vergütungsanspruchs. Maßgeblich hierfür ist der Status der Erfüllung der Mindestanforderungen zum Zeitpunkt der Aufnahme und der Operation.

(3) Die Mindestanforderungen für die erstmalige Leistungserbringung gelten als nicht erfüllt, solange die Erfüllung nicht im Verfahren nach § 6 nachgewiesen wurde.

(4) Sollte aufgrund der Nichterfüllung der Mindestanforderungen gemäß § 4, welche die operative Versorgung betreffen, eine medizinisch indizierte frühestmögliche operative Versorgung einer Patientin oder eines Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur nicht zeitgerecht möglich sein, ist diese Patientin oder dieser Patient nach der Diagnostik und Erstversorgung unter Abwägung der medizinischen Vor- und Nachteile schnellstmöglich in ein geeignetes Krankenhaus zu verlegen.

(5) Bei Nichterfüllung von Mindestanforderungen nach § 4, die die operative Versorgung betreffen hat eine Information an die Rettungsleitstelle zu erfolgen.

(6) Bei Krankenhäusern, die gemäß § 8 Absatz 7 bis zum Ende der Korrekturfrist am 1. März die Daten der Strukturabfrage und die Erklärung über die Richtigkeit der Angaben nicht oder nicht vollständig übermittelt haben, ist entsprechend § 8 Absatz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes ein pauschaler Abschlag in Höhe von 20.000 € vorzunehmen.

(7) Liefert ein Krankenhaus trotz zweimaliger Aufforderung mit jeweils vierwöchiger Fristsetzung erforderliche Daten des Nachweisverfahrens nach § 6 für einen bestimmten Zeitraum nicht, ist ein Abschlag in Höhe von 75 Prozent für die in diesem Zeitraum erbrachten Leistungen nach Anlage 1 vorzunehmen.

§ 8 Strukturabfrage

(1) Die Erfüllung der Mindestanforderungen nach dieser Richtlinie wird vom G-BA jährlich für alle Krankenhausstandorte, die hüftgelenknahe Femurfrakturen versorgen, im Rahmen einer Strukturabfrage ermittelt. Hierzu haben die Krankenhäuser standortbezogen die von ihnen gemachten Angaben in der Checkliste nach § 6 Absatz 1 Satz 1 oder 2 und die von Ihnen gemäß § 6 Absatz 1 Satz 3 erhobenen Daten über die Zeiten der Nichterfüllung einzelner Anforderungen jeweils für das gesamte zurückliegende Kalenderjahr (Erfassungsjahr) in elektronischer Form an den G-BA zu übermitteln.

(2) Die Krankenhäuser können dem G-BA Gründe für die Nichterfüllung von Mindestanforderungen mitteilen. Diese Angaben sind im Jahresbericht gemäß Absatz 7 Satz 1 zu berücksichtigen. Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021-2025.

(3) Die Datenannahmestelle ist das IQTIG. Die Datenannahmestelle prüft die an sie übermittelten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität und informiert die Einrichtung bei Korrekturbedarf. Eine Übersendung der korrigierten Daten durch die Einrichtung an die Datenannahmestelle ist bis zum 1. März des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres möglich.

(4) Die Übermittlung erfolgt einmal jährlich bis zum 15. Februar des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres standortbezogen an das IQTIG als zuständige Datenannahmestelle zusammen mit einer Erklärung über die Richtigkeit der Angaben, die von dem Geschäftsführer oder einer vertretungsberechtigten Person der Einrichtung unterzeichnet ist. Hierzu ist die Übermittlung eines Formulars gemäß Anlage 4 zu nutzen. Alternativ kann das Formular in elektronischer Form und auf elektronischen Weg und unter Nutzung einer fortgeschrittenen elektronischen Signatur übermittelt werden.

(5) Die Daten der Strukturabfrage werden im Auftrag des G-BA vom IQTIG ausgewertet und die Ergebnisse gemäß Absatz 7 standortbezogen veröffentlicht. Die Ergebnisse der Strukturabfrage dienen dem G-BA dazu, einrichtungsbezogenen Transparenz über die Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie herzustellen. Auf Grundlage dieser Daten ermittelt der G-BA den Umsetzungsgrad der Richtlinie und überprüft im Rahmen der ihm obliegenden ständigen Überprüfungspflicht die Anforderungen der Richtlinie und deren gegebenenfalls erforderliche Anpassung.

(6) Der G-BA beschließt die Erstfassung der Spezifikation und alle Änderungen für die Erhebung der Daten im Zusammenhang mit dem Nachweisverfahren nach § 6 und der Strukturabfrage nach § 8. Der G-BA beauftragt dafür das IQTIG, hierzu die EDV-technische Aufbereitung der Dokumentation und der Datenübermittlung, die Prozesse zum Datenfehlermanagement sowie die EDV-technischen Vorgaben zur Datenprüfung und ein Datenprüfprogramm insbesondere zur Überprüfung von Vollständigkeit und Plausibilität, zu entwickeln. Die vom G-BA beschlossene Spezifikation wird in der jeweils aktuellen Fassung öffentlich zugänglich gemacht und durch das IQTIG im Internet veröffentlicht.

(7) Das IQTIG wertet im Auftrag und gemäß den Vorgaben des G-BA die Daten der Strukturabfrage standortbezogen aus und übermittelt dem G-BA die Ergebnisse jährlich bis zum 15. Mai des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres in Form eines Jahresberichts. Darüber hinaus bereitet das IQTIG die Daten zum Zwecke der Veröffentlichung im strukturierten Qualitätsbericht nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V standortbezogen auf, so dass diese im Rahmen des Lieferverfahrens gemäß den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) direkt vom IQTIG an die Annahmestelle übermittelt werden können. Details zum Datenformat und den Liefermodalitäten regelt die Qb-R. Übermittelt ein Krankenhaus die Strukturabfragedaten oder die Erklärung über die Richtigkeit der Angaben nicht fristgerecht bis zum 15. Februar, erinnert das IQTIG unverzüglich schriftlich oder elektronisch unter Nutzung einer fortgeschrittenen elektronischen Signatur an deren Übermittlung. In der vom IQTIG zu protokollierenden Erinnerung ist auf die Rechtsfolgen einer Pflichtverletzung des Krankenhauses nach Satz 2 und 3 sowie nach § 7 Absatz 6 hinzuweisen. Krankenhäuser, die bis zum Ende der Korrekturfrist am 1. März die Daten der Strukturabfrage und die Erklärung über die Richtigkeit der Angaben nicht oder nicht vollständig übermittelt haben, werden im Bericht nach Satz 1 und im strukturierten Qualitätsbericht nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V dargestellt und die Anforderungen der Richtlinie als „Beleg zur Erfüllung nicht

(vollständig) geführt“ kenntlich gemacht. Zudem erfolgt nach Ende der Korrekturfrist unverzüglich eine Mitteilung des IQTIG über die Nichterfüllung der Dokumentationspflichten an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen.

§ 9 Evaluation

(1) Der G-BA beauftragt das IQTIG die Auswirkungen dieser Richtlinie sowie die Erreichung der in § 2 genannten Ziele qualitativ und quantitativ jährlich über einen Zeitraum von 5 Jahren zu evaluieren. Darüber hinaus sind die Anwendung der SOP in den Krankenhäusern sowie die Untersuchung der Fragestellung ob, wie viele und warum Leistungen in Krankenhäusern erbracht worden sind, obwohl die Mindestanforderungen nicht erfüllt wurde, Gegenstand der Evaluation. Die Evaluation soll erstmals für die Jahre 2021-2025 erfolgen. Auf Grundlage der Evaluationsergebnisse prüft der G-BA, ob Anpassungen an der Richtlinie notwendig sind.

(2) Der G-BA beauftragt das IQTIG Kennzahlen zur Festlegung von standortbezogenen Mindestanforderung an die Prozess- und Ergebnisqualität nach § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V zu entwickeln.

§ 10 Ausnahmetatbestände

(1) Bei einem Krankenhaus, das die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012 erfüllt und zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) an der Notfallversorgung teilnimmt, gelten die Anforderungen gemäß § 3 Absätze 1 bis 4 als erfüllt.

(2) Abweichend von § 3 Absatz 1 Buchstabe a können Krankenhäuser bis zum 30. Juni 2022 die Patientenversorgung weiterführen, wenn sie

- a) im Jahr 2018 Eingriffe, die mit einer der OPS gemäß Anlage 1 kodiert sind, abgerechnet haben, und
- b) über eine Fachabteilung für Chirurgie oder Unfallchirurgie verfügen und
- c) die ärztliche Versorgung im Gebiet der Inneren Medizin durch eine täglich 24-stündige Arztpräsenz im Krankenhaus (Bereitschaftsdienst möglich) sicherstellen. Ist die prä-sente Ärztin oder der prä-sente Arzt nicht eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin, ist zusätzlich ein Rufbereitschaftsdienst mit eben dieser Qualifikation sicher-zustellen.

(3) Der G-BA prüft auf der Basis von Qualitätsparametern, ob die Ausnahmenregelung nach Absatz 2 weiterhin Bestand haben soll. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob Ziele nach § 2 in diesen Krankenhäusern erreicht werden. Die Entscheidung nach Satz 1 ist spätestens im Jahr 2025 zu treffen.

§ 11 Jährliche Anpassung der ICD-10-GM- und OPS-Kodes

Der Unterausschuss Qualitätssicherung nimmt die durch die jährliche Aktualisierung des ICD-10-GM sowie des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information erforderlichen Anpassungen in der Anlage 1 der

Richtlinie vor, soweit gemäß 1. Kapitel § 4 Absatz 2 Satz 2 der Verfahrensordnung der Kerngehalt der Richtlinie nicht berührt wird.

§ 12 Übergangsregelungen

- (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.
- (2) Die Regelung nach § 7 Absatz 3 findet nach Abschluss des erstmaligen standortbezogenen Nachweises über die Erfüllung der Mindestanforderungen nach dieser Richtlinie gemäß Absatz 4 ab dem 1. Januar 2022 Anwendung.
- (3) Die Strukturabfrage gemäß § 8 erfolgt erstmals im Jahr 2022 für das Jahr 2021. Der G-BA beschließt bis zum 31. März 2020 die Checkliste gemäß Anlage 3 und Erklärung über die Richtigkeit der Angaben gemäß Anlage 4.
- (4) Das Nachweisverfahren gemäß § 6 ist ab 1. Januar 2022 anzuwenden. Voraussetzung dafür ist, dass der erstmalige standortbezogene Nachweis über die Erfüllung der Mindestanforderungen nach dieser Richtlinie von den Krankenhäusern stichtagsbezogen gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in Form einer auf der Strukturabfrage nach § 8 basierenden Checkliste (Anlage 3) zwischen dem 15. November und dem 31. Dezember 2021 zu führen ist. Davon unberührt gelten die festgelegten Mindestanforderungen dieser Richtlinie, die in § 6 und § 7 geregelten Pflichten und Folgen der Nichterfüllung sowie die Durchführung von Kontrollen zur Einhaltung von Qualitätsanforderungen dieser Richtlinie durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) gemäß der Richtlinie zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK-QK-RL) ab dem Tag des Inkrafttretens der Richtlinie.
- (5) Die Anforderungen an die Zusatzweiterbildungen gemäß § 3 Absatz 1 Buchstabe c „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ sowie an die Weiterbildung gemäß § 3 Absatz 1 Buchstabe c „Notfallpflege“ sind spätestens ab dem 1. Januar 2025 zu erfüllen.

Anlage 1 zur Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur

Die Richtlinie gilt für alle operativ osteosynthetisch und endoprothetisch versorgten Patienten ab 18 Jahren mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die sich durch die Kombination aus mindestens einem der unten aufgeführten ICD-Kodes mit mindestens einem der unten aufgeführten OPS-Kodes ergibt.

Die hüftgelenknahe Femurfraktur wird durch folgende ICD-Kodes nach ICD-10-GM Version 2019 definiert:

ICD	
S72.0-	Schenkelhalsfraktur
S72.00	Teil nicht näher bezeichnet
S72.01	Intrakapsulär
S72.03	Subkapital
S72.04	Mediozervikal Transzervikal o.n.A.
S72.05	Basis Zervikotrochantärer Abschnitt
S72.08	Sonstige Teile Femurkopf o.n.A. Fraktur der Hüfte o.n.A.
S72.1-	Pertrochantäre Fraktur
S72.10	Trochantär, nicht näher bezeichnet Transtrochantär Trochanter major Trochanter minor
S72.11	Intertrochantär
S72.2	Subtrochantäre Fraktur
M80.05	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M80.15	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]

M80.25	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M80.35	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M80.55	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M80.85	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M80.95	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]

Die operativen Verfahren werden durch folgende OPS-Kodes abgebildet:

OPS	
5-790.*e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Schenkelhals
5-790.*f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Femur proximal
5-793.*e	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Schenkelhals
5-793.*f	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Femur proximal
5-794.*e	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Schenkelhals
5-794.*f	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Femur proximal
5-820.*	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk
5-790.*g	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Femurschaft
5-791.*g	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Femurschaft

5-792.*g	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Femurschaft
-----------------	---

*) gilt für alle entsprechenden Sechssteller des angegebenen OPS-Kodes

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten – geändert durch weiteren Beschluss

Anlage 2 zur Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur

Regelungsinhalte Standard Operating Procedure (SOP)

Für alle SOP gilt: Die für die SOP verantwortliche Person, das Erstellungs- oder Aktualisierungsdatum, die Quellen und die Gültigkeitsdauer sind anzugeben.

2.1. SOP „Besondere Situationen der Einwilligungsfähigkeit“

Diese SOP umfassen Regelungen zu folgenden Punkten:

1. Prüfung der Einwilligungsfähigkeit und/oder Klärung der Betreuungsverhältnisse nach einem internen Algorithmus.
2. Prüfung auf Vorliegen einer Patientenverfügung (nach § 1901a BGB).
3. Umgang mit bewusstlosen Patienten.
4. Umgang mit fremdsprachigen Menschen.
5. Umgang mit Menschen mit Behinderung.
6. Benennung von Verantwortlichkeiten für den strukturierten Austausch mit Betreuer oder Angehörigen und die Dokumentation von Informationen insbesondere zu Mobilisation, Medikation und Verlegung.
7. Kontaktdaten der Betreuungsgerichte im Einzugsbereich des Standortes sind in der Notaufnahme und/oder den aufnehmenden Stationen hinterlegt und im Bedarfsfall zugänglich.

2.2. SOP Perioperative Planung: Priorisierung von Eingriffen, Planung von OP-Kapazitäten, Planung von OP-Teams

Diese SOP umfassen Regelungen zu folgenden Punkten:

1. Feststellung der Dringlichkeit der operativen Versorgung nach eindeutiger Handlungsanweisung unter Anwendung eines strukturierten Systems zur Behandlungspriorisierung. Dabei sind hüftgelenknahe Femurfrakturen als dringlich zu priorisieren.
2. Tages-Notfall-Liste nach eindeutiger Handlungsanweisung zur Integration „dringlicher chirurgischer Notfälle“ in die tägliche Operationsplanung vorzusehen oder in einem eigenen, für den Eingriff geeigneten Notfall-Operationssaal zu versorgen.
3. Regelung zu Verantwortlichkeiten der Erstbehandlung von Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur.
4. Regelungen und Ablaufpläne zur interdisziplinären Priorisierung von Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur für etwaig präoperativ erforderliche Zusatzdiagnostik.
5. Regelungen für die Durchführung eines geriatrischen Screenings anhand eines validierten Erhebungsinstrumentes in der Regel bei Aufnahme.
6. Regelungen zur Sturzprophylaxe. Diese Regelungen beinhalten die Erfassung und Dokumentation des Sturzrisikos sowie die Maßnahmenplanung zur Sturzvermeidung von Patientinnen und Patienten.
7. Regelungen zu Ablauforganisation und Kommunikation für die OP-Saalbereitstellung. Schriftliches Vorliegen von Verantwortlichkeiten und Erreichbarkeiten. Die Dringlichkeit der Saalbereitstellung ergibt sich aus dem interdisziplinären Konsens über die Kategorisierung der nichtelektiven Eingriffe.

8. Regelungen anhand von Kriterien zur postoperativen Versorgung der Patienten insbesondere entsprechend der Fallschwere und des Überwachungsbedarfs.
9. Eine leitliniengerechte, medikamentöse und physikalische Thromboembolie-Prophylaxe ist als Standard formuliert.
10. Es liegen Regelungen vor zum Umgang mit Patienten, die unter der Behandlung metforminhaltiger, oraler Antidiabetika stehen.
11. Die Regelungen beinhalten zudem konkrete zeitliche Festlegungen zu Einnahme- und Absetzungsmodalitäten sowie alternative Konzepte zur Blutzuckerregulierung prä-, peri- und postoperativ, die die individuellen Erfordernisse der betroffenen Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur berücksichtigen.
12. Regelungen zur präoperativen Einschätzung und zum Management von Delir und Dekubitus.

2.3. SOP „Operationsverfahren“

Diese SOP umfassen Regelungen zu folgenden Punkten:

1. Zur Wahl des operationstechnischen Verfahrens liegt ein schriftlich fixierter Algorithmus vor.
2. Die Wahl des Verfahrens ist unter anderem am Gebrechlichkeitszustand des Patienten, der Knochenqualität, der prätraumatischen Aktivität und am Frakturtyp zu orientieren.
3. Für konservativ zu behandelnde Frakturen liegt ein eigener Behandlungsablauf vor unter Berücksichtigung von Frakturtyp und Begleiterkrankungen des Patienten.
4. Regelungen zur Möglichkeit der Verlegung in ein anderes Krankenhaus (ggf. mit Angebot zusätzlicher osteosynthetischer und /oder endoprothetischer Operationsverfahren) sind schriftlich fixiert.

2.4. SOP „Umgang mit gerinnungshemmender Medikation“

Diese SOP umfassen Regelungen zu folgenden Punkten:

1. Frühestmögliche Erhebung der Blutungs- und Thrombosevorgeschichte sowie bezüglich gerinnungsrelevanter Medikamente und dem Zeitpunkt der letzten Medikamenteneinnahme, sowie Regelungen für Patienten, bei denen keine Angabe zum Zeitpunkt der letzten Einnahme der neuen/ direkten oralen Antikoagulanzen (NOAK/ DOAK) vorliegt.
2. Regelungen zur Bestimmung und Durchführung des Gerinnungsstatus mit zeitlichen Vorgaben für die Regelversorgung tagsüber, für die Nacht sowie für den Not-, Wochenend- und Feiertagsdienst.
3. Stratifizierung des Thromboembolierisikos zur Entscheidung über ein (prä- und/oder postoperatives) Bridging bzw. Switching nach Algorithmus.
4. Regelungen zum Umgang mit Patienten mit erhöhter Blutungstendenz auf Grund von Erkrankungen des Gerinnungssystems (z.B. Hämophiliepatienten, Patienten mit von Willebrand-Syndrom).
5. Regelungen für die Indikationsstellung von regionalen Anästhesieverfahren (Nervenblockaden, spinale und peridurale Anästhesieverfahren) unter Berücksichtigung der antikoagulativen Therapie.

6. Regelungen zum Umgang mit in der Routineversorgung eingesetzten antikoagulativen Wirkstoffen sowohl zur Thromboseprophylaxe als auch bei bereits zuvor antikoagulierten Patienten - unter Beachtung der Indikationen und möglichen Kontraindikationen.
7. Regelungen (mit Dosierungsalgorithmen) für Patienten mit Niereninsuffizienz sind für gerinnungshemmende Medikamente wirkstoffspezifisch festgelegt.
8. Regelungen zu prä- und postoperativem Umgang mit Antikoagulantien.

2.5. SOP „Patientenorientiertes Blutmanagement (PBM)“

Diese SOP umfassen Regelungen zu folgenden Punkten:

1. Regelungen zur präoperativen Einschätzung der Anämietoleranz einschließlich Regelungen zu begleiterkrankungsabhängigen, hämoglobinbasierten Transfusionstriggern, die ein Überschreiten der individuellen Anämietoleranz mit hoher Wahrscheinlichkeit verhindern.
2. Regelungen zur Indikationsstellung und Gabe von Erythrozytenkonzentraten (EK), Thrombozytenkonzentraten (TK), Plasmakonzentraten (FFP) und Gerinnungsfaktorkonzentraten.
3. Regelungen zum Einsatz fremdblutsparender Maßnahmen.

2.6. SOP „Ortho-geriatrische Zusammenarbeit für Patienten mit positivem geriatrischen Screening“

Diese SOP umfassen Regelungen zu folgenden Punkten:

1. Benennung der geriatrischen und (Unfall) - chirurgischen Ansprechpartner.
2. Postoperative Durchführung geriatrischer Assessments (Selbständigkeit, Mobilität, Kognition, Emotion, Schmerzen).
3. Diagnostik und Behandlung geriatrischer Syndrome anhand standardisierter Verfahrensabläufe.
4. Abklärung erforderlicher rehabilitativer Behandlungsbedarfe.
5. Polymedikationsmanagement,
6. Durchführung interdisziplinärer Visiten und/oder wöchentlicher Teambesprechungen.

2.7. SOP „Physiotherapeutische Maßnahmen“

Diese SOP umfassen Regelungen zu folgenden Punkten:

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 Fraktur-typ und Operationsverfahren
4. Teilnahme an Visiten und interdisziplinäre Abstimmung im Behandlungsteam
5. Dokumentation der Therapie.

”

II. Die Richtlinie tritt am 1. Juli 2020 in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 22. November 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten – geändert durch weiteren Beschluss