

# Tragende Gründe



## **zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur: Ausschluss von Periimplantatfrakturen und weitere Änderungen**

Vom 17. August 2023

### **Inhalt**

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlage.....</b>	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung.....</b>	<b>2</b>
<b>3.</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung .....</b>	<b>5</b>
<b>4.</b>	<b>Verfahrensablauf.....</b>	<b>5</b>
<b>5.</b>	<b>Fazit .....</b>	<b>6</b>
<b>6.</b>	<b>Zusammenfassende Dokumentation .....</b>	<b>6</b>

## **1. Rechtsgrundlage**

Die „Richtlinie zur Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen (QSFFx-RL)“ wurde auf der Grundlage von § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser am 22. November 2019 beschlossen. Die Richtlinie legt Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität fest. Die Richtlinie definiert zudem das Nachweisverfahren zur Feststellung der Erfüllung der Mindestanforderungen und die Berichtspflichten. Alle in der Richtlinie gefassten Mindestanforderungen gelten für die operative Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer traumabedingten, nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur im Erwachsenenalter.

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

### **Zu § 1:**

Mit vorliegendem Beschluss wird klargestellt, dass die Gruppe der Periimplantatfrakturen (Periosteosynthetische und Periprothetische Frakturen, das heißt Frakturen bei einliegendem Implantat nach Osteosynthese des hüftgelenknahen Femurs oder Hüft-Endoprothese auf der Index-Frakturseite) als Sonderentität nicht in den Geltungsbereich der Richtlinie eingeschlossen ist.

Die Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur legt Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität zur Versorgung von Patienten mit einer traumabedingten, nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur im Erwachsenenalter fest. Der Geltungsbereich der Richtlinie ergibt sich aus einer Kombination aus einem ICD-Kode der Anlage 1 mit mindestens einem OPS-Kode der Anlage 1. Ausschlaggebend für die Festlegung von Mindestanforderungen durch den G-BA war eine über mehrere Jahre bestehende hohe Anzahl rechnerischer, sowie qualitativer Auffälligkeiten im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung beim Indikator „Präoperative Verweildauer bei der Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“. Das IQTIG stellte im Jahr 2015 bundesweit einen besonderen Handlungsbedarf und damit ein spezifisches Qualitätsdefizit in diesem Bereich fest. Übergeordnetes Ziel der Richtlinie ist demnach gemäß § 2 Nummer 1 QSFFx-RL 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.

Die Evidenzgrundlage zur QSFFx-Richtlinie, die Mindestanforderungen an die Versorgung aus Studienergebnissen und methodisch hochwertig entwickelten Leitlinien begründet, zeigt signifikante Behandlungsvorteile hinsichtlich Morbidität und Mortalität nur für Betroffene mit „primärer“ hüftgelenknaher Femurfraktur (Frakturen ohne einliegendes Implantat auf der Index-Frakturseite) bei möglichst frühzeitiger operativer Versorgung (in der Regel innerhalb von 24 Std. nach Krankenhausaufnahme oder Inhouse-Sturz). Eine frühzeitige Operation gilt dabei als wichtiger Pfeiler in der Behandlung dieser Frakturen. Diese Tatsache wird durch wissenschaftliche Untersuchungen gestützt und spiegelt sich in Empfehlungen zahlreicher

nationaler und internationaler Leitlinien<sup>1, 2, 3, 4, 5, 6, 7</sup>. In Anlage VI der Tragenden Gründe wird die Notwendigkeit einer frühzeitigen Operation primärer hüftgelenknaher Femurfrakturen diskutiert und wissenschaftlich begründet<sup>8</sup>. Die Ergebnisse und Empfehlungen sind jedoch nicht auf die Gruppe der Periimplantatfrakturen übertragbar. Diese Frakturen werden daher sachlogisch nicht vom Geltungsbereich der Richtlinie umfasst.

### Zu § 6 Absatz 3:

Ergänzend zu dem vom GKV-Spitzenverband zu veröffentlichen Verzeichnis der Landesverbände der Krankenkassen, ist es für die technische Datenübermittlung notwendig, auch ein Verzeichnis der Datenannahmestellen vorzuhalten. Diese technischen Informationen zur korrekten Datenübermittlung an die Datenannahmestelle bei den Landesverbänden der Krankenkassen oder von ihnen beauftragte Datendienstleister muss entsprechend auch in die jeweils aktuelle Spezifikation übernommen werden, so dass die Software in den Krankenhäusern den Datentransfer automatisiert unter Nutzung dieser technischen Adressen umsetzen kann.

Das IQTIG hat demnach sicherzustellen, dass das jeweils mit der Spezifikationsversion mitveröffentlichte Verzeichnis der Datenannahmestellen den aktuellen Stand der für den Datentransfer notwendigen Informationen abbildet, ebenso wie weitere Angaben zu einer Kontaktaufnahme bei technischen Übermittlungsproblemen. Gleichzeitig haben die

---

1 Australian and New Zealand Guideline for Hip Fracture Care 2014; Australian and New Zealand Hip Fracture Registry (ANZHFR) Steering Group. Australian and New Zealand Guideline for Hip Fracture Care: Improving Outcomes in Hip Fracture Management of Adults. Sydney: Australian and New Zealand Hip Fracture Registry Steering Group; 2014. <http://anzhfr.org/wp-content/uploads/2016/07/ANZ-Guideline-for-Hip-Fracture-Care.pdf> (Zugriff: 01.07.2020).

2 American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS); Evidence-based clinical practice guideline; Management of hip fractures in the elderly. September 2014 <https://www.aaos.org/globalassets/quality-and-practice-resources/hip-fractures-in-the-elderly/hip-fractures-elderly-clinical-practice-guideline-4-24-19--2.pdf> (Zugriff:01.07.2020).

3 Scottish International Guideline Network (SIGN): 111, Management of hip fracture in older people - A national clinical guideline 2009; <http://www.sign.ac.uk/assets/sign111.pdf> (Zugriff:01.07.2020).

4 The Scottish Government; Scottish Standards of Care for Hip Fracture Patients 2016; [https://www.shfa.scot.nhs.uk/\\_docs/20161109\\_SSC\\_for\\_Hip\\_Fracture\\_Patients.pdf](https://www.shfa.scot.nhs.uk/_docs/20161109_SSC_for_Hip_Fracture_Patients.pdf) (Zugriff: 01.07.2020).

5 Bonnaire, F., Weber, A. et al. (2015): Schenkelhalsfraktur des Erwachsenen S2e Leitlinie, Stand 10/2015; Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) Österreichische Gesellschaft für Unfallchirurgie (ÖGU) Schenkelhalsfraktur des Erwachsenen. S2e-LL (DGU) [Femoral neck fracture]; AWMF Registrierungsnummer: 012-001, Entwicklungsstufe: S1. [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/012-001\\_S2e\\_Schenkelhalsfraktur\\_2015-10\\_01.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/012-001_S2e_Schenkelhalsfraktur_2015-10_01.pdf) (Zugriff: 01.07.2020).

6 Dresing, K., Stürmer, M. et al. (2015): Pertrochantäre Oberschenkelfraktur; Leitlinien Unfallchirurgie – überarbeitete Leitlinie Registernummer 012 – 002; ICD-10 S72.10 Leitlinienniveau nach AWMF: S2e Letztes Bearbeitungsdatum 10.02.2015; Gültig bis 09.02.2019; Genehmigung durch den Vorstand der DGU am 10.4.2014 [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/012-002\\_S2e\\_Pertrochantäre\\_Oberschenkelfraktur\\_2015-07-abgelaufen.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/012-002_S2e_Pertrochantäre_Oberschenkelfraktur_2015-07-abgelaufen.pdf) (Zugriff: 01.07.2020).

7 Referenceprogram for Patienter med Hoftebrud *Udarbejdet af* Dansk Sygeplejeråd Danske Fysioterapeuter Dansk Ortopædisk Selskab 2008. [http://www.ortopaedi.dk/fileadmin/Guidelines/Referenceprogrammer/Referenceprogram\\_for\\_patienter\\_med\\_hoftebrud2008.pdf](http://www.ortopaedi.dk/fileadmin/Guidelines/Referenceprogrammer/Referenceprogram_for_patienter_med_hoftebrud2008.pdf) (Zugriff: 01.07.2020).

8 Anlage VI der Tragenden Gründe, Eckpunkte der Entscheidung sowie die in die Beratung eingegangenen Evidenzgrundlagen zu Inhalten und Zielen der QSFx-RL; [https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6714/2019-11-22\\_2020-03-27\\_2020-04-16\\_2020-11-20\\_QSFx-RL\\_Erstfassung\\_konsolidiert\\_TrG.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6714/2019-11-22_2020-03-27_2020-04-16_2020-11-20_QSFx-RL_Erstfassung_konsolidiert_TrG.pdf) (Zugriff: 31.05.2023)

Landesverbände der Krankenkassen bzw. die von ihnen beauftragten Datenannahmestellen sicherzustellen, dass bei Änderungen der Adressinformationen diese dem IQTIG umgehend bekanntgegeben werden.

**Zu § 8 Absatz 7:**

Zur Gewährleistung der Transparenz und Information der Öffentlichkeit werden die bundesbezogenen Jahresberichte (zusammenfassende Darstellung bundesweiter Strukturdaten) durch den G-BA veröffentlicht.

**Zu § 10 Absatz 3:**

Das IQTIG wurde gemäß Teil B der Beauftragung vom 14. Mai 2020 mit der Entwicklung bzw. Auswahl geeigneter Qualitätsparameter gemäß § 10 Abs. 3 QSFFx-RL betraut. Mit dem Beschluss vom 7. Dezember 2022 wurde das IQTIG beauftragt, geeignete Qualitätsparameter gemäß § 10 Absatz 3 QSFFx-RL auf Basis der Ergebnisse des Abschlussberichts vom 14. Januar 2022 unter Berücksichtigung der dazu eingegangenen Stellungnahmen zu operationalisieren. Auf Basis dieser operationalisierten Qualitätsparameter soll das IQTIG die Krankenhausstandorte, welche die Ausnahmeregelung gemäß § 10 Abs. 2 QSFFx-RL in Anspruch nehmen, mit der Gruppe der Krankenhausstandorte, die gemäß § 3 Absatz 1 QSFFx-RL über eine Fachabteilung Innere Medizin verfügen, hinsichtlich der Ziele gemäß § 2 QSFFx-RL bei der Versorgung von Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur vergleichen. Um die Beauftragung hinsichtlich dieses Gruppenvergleichs effektiv umsetzen zu können, ist eine Depseudonymisierung der hierfür erforderlichen leistungserbringeridentifizierenden Daten aus Teil 2 Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV) der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) und die Übermittlung dieser Daten an das IQTIG erforderlich. Die Depseudonymisierung der Daten ist zeitlich in Zusammenhang mit der o.g. Beauftragung befristet und stellt eine Ausnahme vom grundsätzlichen Datenfluss gemäß der DeQS-RL dar. Die Daten, die das IQTIG in diesem Rahmen in depseudonymisierter Form erhält, sind ausschließlich verfahrensbezogen für die Umsetzung der Beauftragung vom 7. Dezember 2022 mit der Übernahme von Aufgaben gemäß § 10 Absatz 3 der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) zu verwenden. Das IQTIG hat bei der Umsetzung darauf zu achten, dass sich in den aus der Beauftragung ergebenden Berichten keine einrichtungs- oder personenidentifizierenden Daten wiederfinden, die Rückschlüsse auf einzelne Krankenhäuser, Personen o.ä. zulassen.

**Zu § 11:**

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) wurden am 26. Mai 2020 unter dem Dach des BfArM zu einer Behörde zusammengeführt. Diese Änderung der Bezeichnung wurde in der QSFFx-RL nun umgesetzt.

**Zu § 12 Absatz 1:**

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung. Die geriatrische Versorgung der Patienten kann auch durch Einbezug eines Facharztes für Innere Medizin oder eines Facharztes für

Allgemeinmedizin oder eines Facharztes für Neurologie sichergestellt werden. Durch die Änderung wird dieser inhaltliche Bezug klargestellt.

### **Zur Anlage 1:**

Die Änderungen in der Überschrift zur Anlage sind redaktioneller Art.

Zur Ergänzung im einleitenden Text:

Häufig ergeben sich bei der Verschlüsselung von Periimplantatfrakturen des hüftgelenknahen Femurs Kombinationen aus einem ICD-Kode der in Anlage 1 aufgeführten Liste mit mindestens einem OPS-Kode der in Anlage 1 aufgeführten Liste. Mit der Richtlinienänderung in Anlage 1 erfolgt daher die Klarstellung, dass die Anforderungen der QSFFx-RL für die Versorgung von Periimplantatfrakturen (periosteosynthetische und periprothetische Frakturen) des hüftgelenknahen Femurs nicht gelten, selbst wenn bei der Verschlüsselung dieser Frakturen eine Kombination aus einem in Anlage 1 aufgeführten ICD-Kode mit mindestens einem in Anlage 1 aufgeführten OPS-Kodes verwendet wird. Da sich die Vielfalt der Periimplantatfrakturen des hüftgelenknahen Femurs und deren operative Versorgung in der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM) Version 2023 und dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) Version 2023 nicht für jeden Einzelfall eindeutig abbilden lässt, wurde zunächst auf die Aufnahme einer diesbezüglichen Exklusivliste in Anlage 1 verzichtet.

Auch bei der Verschlüsselung der bereits aus dem Geltungsbereich der QSFFx-RL ausgeschlossenen intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfrakturen ergeben sich häufig Kombinationen aus einem ICD-Kode der in Anlage 1 aufgeführten Liste mit mindestens einem OPS-Kode der in Anlage 1 aufgeführten Liste. Daher wird mit der Ergänzung in Anlage 1 vollständigkeithalber auch klargestellt, dass bei intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfrakturen der Geltungsbereich der Richtlinie nicht gilt, auch wenn bei der Verschlüsselung dieser Frakturen eine Kombination aus einem in Anlage 1 aufgeführten ICD-Kode mit mindestens einem in Anlage 1 aufgeführten OPS-Kode verwendet wird.

### **3. Bürokratiekostenermittlung**

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

### **4. Verfahrensablauf**

Am 18. Oktober 2022 begann die AG Umsetzung QSFFx-RL mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In fünf Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten (s. untenstehende Tabelle).

<b>Datum</b>	<b>Beratungsgremium</b>	<b>Inhalt/Beratungsgegenstand</b>
18. Oktober 2022	AG-Sitzung	Beratung zur Richtlinienänderung
18. November 2022	AG-Sitzung	Beratung zur Richtlinienänderung

16. Dezember 2022	AG-Sitzung	Beratung zur Richtlinienänderung
2. Februar 2023	AG-Sitzung	Beratung zur Richtlinienänderung
19. April 2023	AG-Sitzung	Beratung zur Richtlinienänderung
3. Mai 2023	Unterausschuss QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren
22. Juni 2023	AG-Sitzung	Vorbereitung Auswertung des Stellungnahmeverfahrens
5. Juli 2023	Unterausschuss QS	Auswertung Stellungnahmeverfahren und Beschlussempfehlung
17. August 2023	Plenum	Beschlussfassung

*(Tabelle Verfahrensablauf)*

An den Sitzungen des Unterausschusses wurden gemäß § 136 Absatz 3 SGB V der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat beteiligt

### **Stellungnahmeverfahren**

Gemäß § 91 Absatz 5a SGB V wurde dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der QSFFx-RL Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 3. Mai 2023 wurde das Stellungnahmeverfahren am 9. Mai 2023 eingeleitet. Die der stellungnahmeberechtigten Organisation vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 1**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 6. Juni 2023. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit teilte mit E-Mail vom 23. Mai 2023 mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage 2**).

### **5. Fazit**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 17. August 2023 beschlossen, die QSFFx-RL zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung tragen den Beschluss mit.

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat äußerten keine Bedenken.

### **6. Zusammenfassende Dokumentation**

Anlage 1: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf über eine Änderung der QSFFx-RL sowie versandte Tragende Gründe

Anlage 2: Stellungnahme des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Berlin, den 17. August 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

# Beschlussentwurf



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

## des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL): Ausschluss von Periimplantatfrakturen und weitere Änderungen

**Stand nach UA QS vom 03.05.2023**

**Hinweis:**

*Grau hinterlegt: von der G-BA-Geschäftsstelle noch anzupassen*

Vom 17. August 2023

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 17. August 2023 beschlossen, 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) in der Fassung vom 7. Dezember 2022 (BAnz AT 12.01.2023 B4) wie folgt zu ändern:

I. In § 1 Absatz 2 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Die Versorgung von Periimplantatfrakturen (periosteosynthetische und periprothetische Frakturen) des hüftgelenknahen Femurs ist nicht von den Vorgaben dieser Richtlinie umfasst.“

II. In § 6 Absatz 3 werden nach Satz 2 folgende Sätze angefügt:

„Das IQTIG führt ein Verzeichnis der Datenannahmestellen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, welches für die elektronische Übermittlung in maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation verwendet wird. Das Verzeichnis nach Satz 3 enthält die Bezeichnungen der Kassenarten, die Datenannahmestellen mit Namen, Adresse, Telefonnummer und E-Mail-Adresse für allgemeine Kontaktaufnahmen bezogen auf die elektronische Datenübermittlung, die Zuordnung des regionalen Zuständigkeitsbereiches der Datenannahmestellen je Landesverband der Krankenkassen oder Ersatzkassen, das Institutskennzeichen (jeweils logisch und physikalisch) sowie die zur Datenübermittlung verbindlich zu verwendenden E-Mail-Adressen für die Datenannahme.“

III. In § 8 Absatz 7 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Der Bericht wird vom G-BA veröffentlicht.“

IV. § 10 wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „Mai 2012“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.



2. In Absatz 3 wird nach dem Satz 3 folgender Satz angefügt:

„Durch die Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) erfolgt die Depseudonymisierung der hierfür erforderlichen leistungserbringeridentifizierenden Daten aus Teil 2 Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV) der DeQS-RL und die Übermittlung dieser Daten an das IQTIG.“

- V. In § 11 werden die Wörter „des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information“ durch die Wörter „des vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS)“ ersetzt.

- VI. In § 12 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Medizin/ Allgemeinmedizin oder Neurologie“ durch die Wörter „Medizin oder eines Facharztes für Allgemeinmedizin oder eines Facharztes für Neurologie“ ersetzt.

- VII. Anlage 1 wird wie folgt geändert:

1. In der Überschrift werden die Wörter „zur Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur“ durch die Wörter „Diagnosen (ICD)- und Prozeduren (OPS)-Kodes zur hüftgelenknahen Femurfraktur“ ersetzt.

2. Nach Satz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Richtlinie gilt nicht für die Versorgung von Periimplantatfrakturen (periosteosynthetische und periprothetische Frakturen) des hüftgelenknahen Femurs oder für die Versorgung von intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfrakturen, auch wenn diese Frakturen eine Kombination aus einem unten aufgeführten ICD-Kode mit mindestens einem der unten aufgeführten OPS-Kodes aufweisen.“

- VIII. Anlage 3 A8 wird wie folgt geändert:

1. Die Angabe „Mai 2012“ wird durch die Angabe „2019“ ersetzt.
2. Im Abschnitt „Basisteam im Schockraum“ wird die Angabe „8“ durch die Angabe „6“ ersetzt.
3. Im Abschnitt „Erweitertes Schockraumteam“ wird die Angabe „13“ durch die Angabe „6“ ersetzt.
4. Die Wörter in der Überschrift im Abschnitt „Fakultativ verfügbares Personal“ werden durch die Wörter „Weitere Fachdisziplinen“ ersetzt und die Angabe „3“ durch die Angabe „11“ ersetzt.
5. Im Abschnitt „Notaufnahme“ wird die Angabe „8“ durch die Angabe „7“ ersetzt.
6. In der Überschrift im Abschnitt „Voraussetzungen der Intensivstation“ werden jeweils die Wörter „Voraussetzungen der“ und die Wörter „Personelle Ausstattung der Intensivstation“ gestrichen.
7. Im Abschnitt „Intensivstation“ wird die Angabe „aller 8“ durch die Angabe „der 2“ ersetzt.
8. Der Buchstabe „E - Ausstattung/apparative Ausstattung Erfüllung aller 18 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3 Erfüllung aller 3

Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3 an die nachfolgende Ausstattung/apparative Ausstattung im OP“ wird gestrichen.

9. Im Hinweis wird die Angabe „Mai 2012 (Seite 17ff.)“ durch die Angabe „2019 (Seite 18ff.)“ ersetzt.

IX. Der Anhang zu Anlage 3 wird wie folgt gefasst:

### **„Anhang zu Anlage 3**

#### **Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum (ÜTZ) gemäß dem Weißbuch Schwerverletztenversorgung Stand 2019 (Seite 18ff.)**

##### **A - Strukturen und Prozesse**

1. Klinik/Fachabteilung für Unfallchirurgie oder Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
2. 24-stündige Verfügbarkeit: Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildungsqualifikation Spezielle Unfallchirurgie oder Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie.
3. 24-stündige Verfügbarkeit: Facharzt für Viszeralchirurgie.
4. 24-stündige Verfügbarkeit: Facharzt für Anästhesiologie.
5. 24-stündige Verfügbarkeit: Facharzt für Radiologie.
6. 24-stündige Verfügbarkeit: Facharzt für Neurochirurgie.
7. 24-stündige Verfügbarkeit aller sonstigen an der Versorgung von Verletzungen beteiligten Fachdisziplinen .
8. 24-stündige Bereitschaft der Notaufnahme für die Versorgung von mindestens zwei Schwerverletzten.
9. 24-stündige Notfalloperationskapazität.
10. 24-stündige Vorhaltung entsprechender Intensivkapazität für mindestens zwei gleichzeitig zu behandelnde Schwerverletzte.
11. Beteiligung an der präklinischen Notfallrettung.
12. Beteiligung an der klinischen Forschung.

Jedes TraumaZentrum verfügt über ein mit allen Fachabteilungen und Berufsgruppen konsentiertes Statut zur Schwerverletztenbehandlung (interdisziplinäre und interprofessionelle SOP Schockraum) mit Darstellung der Verantwortung der Erstbehandlung von Schwerverletzten. Das Statut muss den Mitarbeitern in seiner aktuellen Version zugänglich sein. Die Mitarbeiter müssen mit dem Inhalt vertraut sein.

##### **B – Personal**

###### **Ärztliche Leitungsebene**

1. Ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung Spezielle Unfallchirurgie oder ein Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie ist Teil der ärztlichen Leitungsebene (Chefarzt/Ärztlicher Direktor). Diese Ärztin/dieser Arzt verfügt über die volle Weiterbildungsbefugnis für die Zusatzweiterbildung Spezielle Unfallchirurgie.
2. Ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung Spezielle Unfallchirurgie oder Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie ist Teil der Stellvertretung der ärztlichen Leitungsebene.

###### **Basisteam im Schockraum**

1. Ein Facharzt (bzw. Facharztstandard) für Orthopädie und Unfallchirurgie.\*
2. Ein Weiterbildungsassistent in Orthopädie und Unfallchirurgie oder Weiterbildungsassistent in Viszeralchirurgie oder Allgemeinchirurgie.
3. Ein Facharzt für Anästhesiologie (bzw. Facharztstandard)
4. Zwei Pflegekräfte Notaufnahme.
5. Eine Pflegekraft Anästhesiologie.
6. Eine Medizinisch-technische Radiologieassistenz (MTRA).

\*Der im Schockraum eingesetzte Arzt (Orthopädie und Unfallchirurgie) muss ein gültiges Zertifikat im Schockraummanagement in mindestens Advanced Trauma Life Support (ATLS®)-Standard nachweisen. Die DGU empfiehlt die Teilnahme am ATLS®-Kurs oder einem ATLS® äquivalenten Kurs (z.B. ETC®).

###### **Erweitertes Schockraumteam (Anwesenheit innerhalb 30 Minuten)**

1. Ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung Spezielle Unfallchirurgie oder Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie (Oberarzt) \*

2. Ein Facharzt für Anästhesiologie (Oberarzt)
3. Ein Facharzt für Neurochirurgie (Oberarzt)
4. Ein Facharzt für Radiologie (Oberarzt) mit Kenntnissen in interventioneller Radiologie
5. Zwei OP-Pflegekräfte
6. Weitere Rufdienste zur gleichzeitigen Versorgung mehrerer Schwerverletzter

\*Der im Schockraum eingesetzte Arzt (Orthopädie und Unfallchirurgie) muss ein gültiges Zertifikat im Schockraummanagement in mindestens Advanced Trauma Life Support (ATLS®)-Standard nachweisen. Die DGU empfiehlt die Teilnahme am ATLS®-Kurs oder einem ATLS® äquivalenten Kurs (z.B. ETC®).

### Weitere Fachdisziplinen\*\*

1. Facharzt für Viszeralchirurgie oder Allgemeinchirurgie (Oberarzt)
2. Facharzt für Gefäßchirurgie
3. Facharzt mit Zusatzweiterbildung Handchirurgie
4. Facharzt für Herz- und/oder Thoraxchirurgie
5. Facharzt für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie
6. Facharzt für HNO
7. Facharzt für Augenheilkunde
8. Facharzt für Urologie
9. Facharzt für Gynäkologie
10. Facharzt für Plastische Chirurgie
11. Ein Facharzt für Kinderchirurgie oder Pädiatrie

\*\*In einem ÜTZ wird angenommen, dass alle aufgeführten Disziplinen als Hauptfachabteilungen vor Ort vorgehalten werden. Im Falle abweichender Strukturen und Prozesse muss deren Gleichwertigkeit nachgewiesen werden.

### Aktivierung von angepassten Schockraumteams

Fehleinschätzungen des Gefährdungsgrades führen zur Unter- oder Übertriage. Untertriage beschreibt den Anteil der Patienten, die mit schweren Verletzungen nicht als solche erkannt werden und deshalb nicht über den Schockraum aufgenommen werden. Übertriage beschreibt den Anteil der Patienten, die zwar über den Schockraum aufgenommen werden, aber keine schweren Verletzungen aufweisen. Während LTZ und RTZ häufiger einer Untertriage von Patienten begegnen, sehen sich ÜTZ häufiger mit einer Übertriage konfrontiert. Letzteres trifft insbesondere zu, wenn eine Schockraumalarmierung ausschließlich aufgrund des Unfallmechanismus erfolgt. Während die Untertriage eines potenziell Schwerverletzten eine medizinisch gefährliche Situation hervorruft, die das Schockraumteam vor große Herausforderungen stellen kann, birgt die Übertriage vor allem das Risiko der inadäquaten Ressourcenbindung. Um die Diskrepanz auszugleichen – einerseits großes Team, um auf eine Untertriage reagieren zu können, und andererseits kleines Team, um die Ressourcen zu schonen – können Überregionale TraumaZentren, die über klar definierte Eskalationsstufen verfügen, eine bedarfsangepasste Schockraumalarmierung durchführen. So kann beispielsweise bei Patienten, die allein aufgrund des Unfallmechanismus über den Schockraum eingeliefert werden und vital stabil sind, durch den Qualitätszirkel eines TraumaZentrums eine Struktur vereinbart werden, wie der Patient durch ein angepasstes Schockraumteam angenommen werden kann. Diese bedarfsangepasste Schockraumalarmierung stellt ein gutes Werkzeug dar, um Übertriage mit effektiver Ressourcenmobilisation zu beantworten. Grundsätzlich muss für die Sicherheit der Patientenversorgung immer ein Team im Schockraum zur Verfügung stehen, das mindestens den Schockraumalgorithmus bis zur Bildgebung/Diagnosestellung soweit durchlaufen kann, dass der Patient stabilisiert aus dem „Primary Survey“ nach ATLS® in die weitere Behandlung übergeben werden kann. Insofern ist die bedarfsangepasste Schockraumalarmierung nicht im Sinne eines „Schockraum light“ oder einer Herunterregulation des Schockraum-Basisteams zu verstehen, sondern als eine Definition von Eskalationsstufen, die von der Grundlage des Basisteams ausgeht. Daher ist eine bedarfsangepasste Alarmierung für den Schockraum nur in Überregionalen TraumaZentren umsetzbar. In dem angepassten Schockraum-Basisteam müssen mindestens vertreten sein:

1. Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie bzw. Facharzt für Chirurgie (Facharztstandard) (ATLS®- oder ETC®-geschult)
2. Facharzt für Anästhesie (Facharztstandard)
3. Pflegekraft Notaufnahme
4. Pflegekraft Anästhesie
5. Medizinisch-technische Radiologieassistenz (MTRA).

Diese bedarfsangepasste Alarmierung des Basisteams setzt jedoch voraus, dass eine zuverlässige und strukturierte Übermittlung des Zustands des Patienten vom Unfallort erfolgt (Arzt-Arzt-Gespräch) und eine jederzeit erweiterbare Alarmierung des gesamten Schockraumteams innerhalb kürzester Zeit sichergestellt ist. Dazu müssen die kommunikativen Strukturen und Wege klar geregelt sein, um patientengefährdende Kommunikationsdefizite – sowohl aus der Präniklinik in das TraumaZentrum als auch innerhalb des TraumaZentrums – zu verhindern.

Im Falle abweichender Strukturen und Prozesse muss deren Gleichwertigkeit nachgewiesen werden

### **C- Räumliche Anforderungen**

#### **Notaufnahme**

1. Ein Schockraum zur gleichzeitigen Versorgung von mindestens zwei Schwerverletzten mit einer Grundfläche von wenigstens 50 m<sup>2</sup> oder zwei einzeln nutzbare Schockräume mit einer ausreichenden Grundfläche (≥ 25m<sup>2</sup>)
2. Der Schockraum muss sich in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Krankenanhfahrt, dem Hubschrauberlandeplatz, der radiologischen Abteilung und der Operationsabteilung befinden.
3. Für die zeitnahe Erkennung und Behandlung von Verletzungen einschl. lebensbedrohlicher Körperhöhlenverletzungen müssen geeignete bildgebende Methoden jederzeit verfügbar sein
4. Im Schockraum muss entweder eine Bildgebung auf Basis von Röntgen mit Möglichkeit zur vollständigen Projektionsradiografie des Thorax/Beckens und Ultraschall oder eines Computertomografen in räumlicher Nähe vorhanden sein.
5. Eine Angiografieeinheit zur interventionellen Versorgung stammnaher Gefäße ist zur Blutungskontrolle vorzuhalten
6. Die Ausgestaltung des Schockraums (Beschriftung, Uhr etc.) sollte entsprechend der ATLS®-Systematik durchgeführt werden.
7. Im Schockraum ist die Vorhaltung aller für die unmittelbare Notfallversorgung erforderlichen Materialien/Instrumente, auch in allen kinderspezifischen Größen, notwendig.

#### **Operationsabteilung**

Im Rahmen der Aufgaben des ÜTZ müssen jederzeit zwei Operationssäle einschließlich personeller Ausstattung zur notfallchirurgischen Versorgung bereitgestellt werden können.

#### **Intensivstation**

1. Die Möglichkeit zur intensivmedizinischen Behandlung von zwei Schwerverletzten muss vorgehalten werden. Die Struktur und die Ausstattung einer Intensivtherapiestation sind entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) in der aktuell gültigen Version zu gestalten.
2. Weiterhin sind die Strukturanforderungen, entsprechend dem jeweils gültigen OPS-Katalog für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung, einzuhalten.“

X. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 17. August 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



# Tragende Gründe

## **zum Beschlusssentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur: Ausschluss von Periimplantatfrakturen und weitere Änderungen**

Vom 17. August 2023

**Stand nach UA QS vom 03.05.2023**

***Hinweis:***

*Grau hinterlegt: von der G-BA-Geschäftsstelle noch anzupassen*

### **Inhalt**

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlage.....</b>	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung.....</b>	<b>2</b>
<b>3.</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung .....</b>	<b>5</b>
<b>4.</b>	<b>Verfahrensablauf.....</b>	<b>5</b>
<b>5.</b>	<b>Fazit .....</b>	<b>6</b>

## **1. Rechtsgrundlage**

Die „Richtlinie zur Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen (QSFFx-RL)“ wurde auf der Grundlage von § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser am 22. November 2019 beschlossen. Die Richtlinie legt Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität fest. Die Richtlinie definiert zudem das Nachweisverfahren zur Feststellung der Erfüllung der Mindestanforderungen und die Berichtspflichten. Alle in der Richtlinie gefassten Mindestanforderungen gelten für die operative Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer traumabedingten, nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur im Erwachsenenalter.

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

### **Zu § 1:**

Mit vorliegendem Beschluss wird klargestellt, dass die Gruppe der Periimplantatfrakturen (Periosteosynthetische und Periprothetische Frakturen, das heißt Frakturen bei einliegendem Implantat nach Osteosynthese des hüftgelenknahen Femurs oder Hüft-Endoprothese auf der Index-Frakturseite) als Sonderentität nicht in den Geltungsbereich der Richtlinie eingeschlossen ist.

Die Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur legt Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität zur Versorgung von Patienten mit einer traumabedingten, nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur im Erwachsenenalter fest. Der Geltungsbereich der Richtlinie ergibt sich aus einer Kombination aus einem ICD-Kode der Anlage 1 mit mindestens einem OPS-Kode der Anlage 1. Ausschlaggebend für die Festlegung von Mindestanforderungen durch den G-BA war eine über mehrere Jahre bestehende hohe Anzahl rechnerischer, sowie qualitativer Auffälligkeiten im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung beim Indikator „Präoperative Verweildauer bei der Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“. Das IQTIG stellte im Jahr 2015 bundesweit einen besonderen Handlungsbedarf und damit ein spezifisches Qualitätsdefizit in diesem Bereich fest. Übergeordnetes Ziel der Richtlinie ist demnach gemäß § 2 Nummer 1 QSFFx-RL 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.

Die Evidenzgrundlage zur QSFFx-Richtlinie, die Mindestanforderungen an die Versorgung aus Studienergebnissen und methodisch hochwertig entwickelten Leitlinien begründet, zeigt signifikante Behandlungsvorteile hinsichtlich Morbidität und Mortalität nur für Betroffene mit „primärer“ hüftgelenknaher Femurfraktur (Frakturen ohne einliegendes Implantat auf der Index-Frakturseite) bei möglichst frühzeitiger operativer Versorgung (in der Regel innerhalb von 24 Std. nach Krankenhausaufnahme oder Inhouse-Sturz). Die Ergebnisse und Empfehlungen sind nicht auf die Gruppe der Periimplantatfrakturen übertragbar. Diese Frakturen werden daher sachlogisch nicht vom Geltungsbereich der Richtlinie umfasst.

### **Zu § 6 Absatz 3:**

Ergänzend zu dem vom GKV-Spitzenverband zu veröffentlichen Verzeichnis der Landesverbände der Krankenkassen, ist es für die technische Datenübermittlung notwendig,

auch ein Verzeichnis der Datenannahmestellen vorzuhalten. Diese technischen Informationen zur korrekten Datenübermittlung an die Datenannahmestelle bei den Landesverbänden der Krankenkassen oder von ihnen beauftragte Datendienstleister muss entsprechend auch in die jeweils aktuelle Spezifikation übernommen werden, so dass die Software in den Krankenhäusern den Datentransfer automatisiert unter Nutzung dieser technischen Adressen umsetzen kann.

Das IQTIG hat demnach sicherzustellen, dass das jeweils mit der Spezifikationsversion mitveröffentlichte Verzeichnis der Datenannahmestellen den aktuellen Stand der für den Datentransfer notwendigen Informationen abbildet, ebenso wie weitere Angaben zu einer Kontaktaufnahme bei technischen Übermittlungsproblemen. Gleichzeitig haben die Landesverbände der Krankenkassen bzw. die von ihnen beauftragten Datenannahmestellen sicherzustellen, dass bei Änderungen der Adressinformationen diese dem IQTIG umgehend bekanntgegeben werden.

**Zu § 8 Absatz 7:**

Zur Gewährleistung der Transparenz und Information der Öffentlichkeit werden die bundesbezogenen Jahresberichte (zusammenfassende Darstellung bundesweiter Strukturdaten) durch den G-BA veröffentlicht.

**Zu § 10 Absatz 1:**

Bei dieser Änderung handelt es sich um eine Anpassung an die aktuelle Version des Weißbuches Schwerverletztenversorgung (dritte, erweiterte Auflage 2019).

Die auf Evidenz basierenden Vorgaben der aktuellen Version des Weißbuches Schwerverletztenversorgung wurden fachlich inhaltlich geprüft. Sie sind weiterhin entsprechend geeignet für die Operationalisierung des Ausnahmetatbestands gemäß § 10 Abs. 1 QSFFx-RL.

**Zu § 10 Absatz 3:**

Das IQTIG wurde gemäß Teil B der Beauftragung vom 14. Mai 2020 mit der Entwicklung bzw. Auswahl geeigneter Qualitätsparameter gemäß § 10 Abs. 3 QSFFx-RL betraut. Mit dem Beschluss vom 7. Dezember 2022 wurde das IQTIG beauftragt, geeignete Qualitätsparameter gemäß § 10 Absatz 3 QSFFx-RL auf Basis der Ergebnisse des Abschlussberichts vom 14. Januar 2022 unter Berücksichtigung der dazu eingegangenen Stellungnahmen zu operationalisieren. Auf Basis dieser operationalisierten Qualitätsparameter soll das IQTIG die Krankenhausstandorte, welche die Ausnahmeregelung gemäß § 10 Abs. 2 QSFFx-RL in Anspruch nehmen, mit der Gruppe der Krankenhausstandorte, die gemäß § 3 Absatz 1 QSFFx-RL über eine Fachabteilung Innere Medizin verfügen, hinsichtlich der Ziele gemäß § 2 QSFFx-RL bei der Versorgung von Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur vergleichen. Um die Beauftragung hinsichtlich dieses Gruppenvergleichs effektiv umsetzen zu können, ist eine Depseudonymisierung der hierfür erforderlichen leistungserbringeridentifizierenden Daten aus Teil 2 Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV) der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) und die Übermittlung dieser Daten an das IQTIG erforderlich. Die Depseudonymisierung der Daten ist zeitlich in Zusammenhang mit der o.g. Beauftragung befristet und stellt eine Ausnahme vom grundsätzlichen Datenfluss

gemäß der DeQS-RL dar. Die Daten, die das IQTIG in diesem Rahmen in depseudonymisierter Form erhält, sind ausschließlich verfahrensbezogen für die Umsetzung der Beauftragung vom 7. Dezember 2022 mit der Übernahme von Aufgaben gemäß § 10 Absatz 3 der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) zu verwenden. Das IQTIG hat bei der Umsetzung darauf zu achten, dass sich in den aus der Beauftragung ergebenden Berichten keine einrichtungs- oder personenidentifizierenden Daten wiederfinden, die Rückschlüsse auf einzelne Krankenhäuser, Personen o.ä. zulassen.

**Zu § 11:**

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) wurden am 26. Mai 2020 unter dem Dach des BfArM zu einer Behörde zusammengeführt. Diese Änderung der Bezeichnung wurde in der QSFFx-RL nun umgesetzt.

**Zu § 12 Absatz 1:**

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung. Die geriatrische Versorgung der Patienten kann auch durch Einbezug eines Facharztes für Innere Medizin oder eines Facharztes für Allgemeinmedizin oder eines Facharztes für Neurologie sichergestellt werden. Durch die Änderung wird dieser inhaltliche Bezug klargestellt.

**Zur Anlage 1:**

Die Änderungen in der Überschrift zur Anlage sind redaktioneller Art.

Zur Ergänzung im einleitenden Text:

Häufig ergeben sich bei der Verschlüsselung von Periimplantatfrakturen des hüftgelenknahen Femurs Kombinationen aus einem ICD-Kode der in Anlage 1 aufgeführten Liste mit mindestens einem OPS-Kode der in Anlage 1 aufgeführten Liste. Mit der Richtlinienänderung in Anlage 1 erfolgt daher die Klarstellung, dass die Anforderungen der QSFFx-RL für die Versorgung von Periimplantatfrakturen (periosteosynthetische und periprothetische Frakturen) des hüftgelenknahen Femurs nicht gelten, selbst wenn bei der Verschlüsselung dieser Frakturen eine Kombination aus einem in Anlage 1 aufgeführten ICD-Kode mit mindestens einem in Anlage 1 aufgeführten OPS-Kodes verwendet wird. Da sich die Vielfalt der Periimplantatfrakturen des hüftgelenknahen Femurs und deren operative Versorgung in der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM) Version 2023 und dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) Version 2023 nicht für jeden Einzelfall eindeutig abbilden lässt, wurde zunächst auf die Aufnahme einer diesbezüglichen Exklusivliste in Anlage 1 verzichtet.

Auch bei der Verschlüsselung der bereits aus dem Geltungsbereich der QSFFx-RL ausgeschlossenen intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfrakturen ergeben sich häufig Kombinationen aus einem ICD-Kode der in Anlage 1 aufgeführten Liste mit mindestens einem OPS-Kode der in Anlage 1 aufgeführten Liste. Daher wird mit der Ergänzung in Anlage 1 vollständigheitshalber auch klargestellt, dass bei intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfrakturen der Geltungsbereich der Richtlinie nicht gilt, auch wenn bei



der Verschlüsselung dieser Frakturen eine Kombination aus einem in Anlage 1 aufgeführten ICD-Kode mit mindestens einem in Anlage 1 aufgeführten OPS-Kode verwendet wird.

### Zur Anlage 3:

Bei diesen Änderungen handelt es sich um eine Anpassung an die aktuelle Version des Weißbuches Schwerverletztenversorgung (dritte, erweiterte Auflage 2019 ).

### Zum Anhang der Anlage 3:

Bei diesen Änderungen handelt es sich um eine Anpassung an die aktuelle Version des Weißbuches Schwerverletztenversorgung (dritte, erweiterte Auflage 2019 ).

## 3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

## 4. Verfahrensablauf

Am 18. Oktober 2022 begann die AG Umsetzung QSFFx-RL mit der Beratung zur Erstellung des Beschlusentwurfes. In vier Sitzungen wurde der Beschlusentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten (s. untenstehende Tabelle)

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
18. Oktober 2022	AG-Sitzung	Beratung zur Richtlinienänderung
18. November 2022	AG-Sitzung	Beratung zur Richtlinienänderung
16. Dezember 2022	AG-Sitzung	Beratung zur Richtlinienänderung
2. Februar 2023	AG-Sitzung	Beratung zur Richtlinienänderung
19. April 2023	AG-Sitzung	Beratung zur Richtlinienänderung
3. Mai 2023	Unterausschuss QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren
22. Juni 2023	AG-Sitzung	Vorbereitung Auswertung des Stellungnahmeverfahrens
5. Juli 2023	Unterausschuss QS	Auswertung Stellungnahmeverfahren und Beschlussempfehlung
17. August 2023	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

An den Sitzungen des Unterausschusses wurden gemäß § 136 Absatz 3 SGB V der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat beteiligt

### Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5a SGB V wurde dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der QSFFx-RL Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind. Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 3. Mai 2023 wurde das Stellungnahmeverfahren am 9. Mai 2023 eingeleitet. Die der stellungnahmeberechtigten Organisation vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage II**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 6. Juni 2023. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit teilte mit E-Mail vom XX. Mai 2023 mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage III**).

## 5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 17. August 2023 beschlossen, die QSFFx-RL zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss nicht mit/mit.

Die Ländervertretung tragen den Beschluss nicht mit/mit.

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat äußerten Bedenken/keine Bedenken.

Berlin, den 17. August 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Von: [REDACTED]  
An: [REDACTED]  
Betreff: WG: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung QSFFx-RL  
Datum: Dienstag, 23. Mai 2023 16:20:32

---

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: [REDACTED] > [REDACTED]  
Gesendet: Dienstag, 23. Mai 2023 13:48  
An: [REDACTED]  
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung QSFFx-RL

ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.

Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter [it@g-ba.de](mailto:it@g-ba.de).

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit  
13-315/072#1323

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme nach § 91 Abs. 5a SGB V.

Zum Beschlussentwurf zur Änderung der 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) gebe ich aus datenschutzrechtlicher Sicht keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

[REDACTED]

\*\*\*\*\*

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Referat 13 - Sozial- und Gesundheitswesen - Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn

[REDACTED]

Internet: [www.bfdi.bund.de](http://www.bfdi.bund.de)

\*\*\*\*\*

Datenschutzrechtliche Erklärung des BfDI für den E-Mail-Verkehr und die Erfüllung seiner öffentlichen Aufgaben insgesamt: <https://www.bfdi.bund.de/datenschutz>

\*\*\*\*\*

Vertraulichkeitshinweis:

Dies ist eine vertrauliche Nachricht und nur für den Adressaten bestimmt. Es ist nicht erlaubt, diese Nachricht zu kopieren oder Dritten zugänglich zu machen. Sollten Sie irrtümlich diese Nachricht erhalten haben, informieren Sie bitte sofort den Absender und vernichten diese E-Mail.

[REDACTED]