

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur

Vom 22. November 2019

*[Gemäß Hinweisen des BMG vom 8. Oktober 2020 und Beschluss vom 20. November 2020
aktualisierte Fassung]*

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
3.	Bürokratiekostenermittlung	29
4.	Verfahrensablauf	29
5.	Fazit	31
6.	Zusammenfassende Dokumentation	31

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Erstfassung der vorliegenden Richtlinie zur Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen (QSFFx-RL) 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. Mit Beschluss vom 27. März 2020 (COVID-19: Ausnahme zu QS-Anforderungen) wurden das Inkrafttreten der QSFFx-RL um 6 Monate auf den 1. Januar 2021 verschoben und damit im Zusammenhang stehende Anpassungen an zeitlich befristeten Ausnahmetatbeständen vorgenommen. Mit Beschluss vom 16. April 2020 wurde die Anlage 3 (Checkliste zum Nachweis über die Erfüllung der Mindestanforderungen) und die Anlage 4 (Erklärung der Richtigkeit der Angaben gemäß § 8 Absatz 4 QSFFx-RL) in die Richtlinie aufgenommen und redaktionelle Korrekturen am Erstbeschluss vom 22. November 2019 vorgenommen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Die Eckpunkte der Entscheidung sowie die in die Beratung eingegangenen Evidenzgrundlagen zu Inhalten und Zielen der QSFFx-RL sind unter **Anlage VI** aufgeführt.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 1 Rechtsgrundlage und Gegenstand der Richtlinie:

Zu Absatz 1:

Die QSFFx-RL wurde auf der Grundlage von § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V beschlossen.

Zu Absatz 2:

Die Richtlinie legt Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität fest. 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, einschließlich der osteoporoseassoziierten Fragilitätsfrakturen. Erwachsene Patientinnen und Patienten im Sinne dieser Richtlinie sind solche, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Der sachliche Anwendungsbereich der Richtlinie wird in Anlage 1 mittels einer Kombination von ICD-Kodes und Operation- und Prozedurenschlüssel (OPS) konkretisiert; das heißt die Richtlinie findet Anwendung für Behandlung erwachsener Patienten mit einer der in Anlage 1 festgelegten Diagnosen (ICD-Kode) in Kombination mit einer der in Anlage 1 festgelegten Operationen (OPS). Unter dem Begriff „hüftgelenknahe Femurfraktur“ werden die Schenkelhalsfrakturen, die pertrochantäre und die subtrochantäre Femurfraktur gemäß Anlage 1 subsummiert.

Adressat der Richtlinie sind zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V in denen die vom sachlichen Anwendungsbereich der Richtlinie erfassten Leistungen erbracht werden. Die Mindestvorgaben der Richtlinie sind gemäß Satz 2 standortbezogen zu erfüllen, wobei 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 wird.

Zu Absatz 3:

Als notwendige Durchführungsbestimmungen regelt die Richtlinie zudem in § 6 das Verfahren für den Nachweis der Krankenhäuser über die Erfüllung der Mindestanforderungen gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.

Zu § 2 Ziele:

In § 2 wird ausgeführt, welche Ziele diese Richtlinie im Einzelnen verfolgt.

Übergeordnetes Ziel dieser Richtlinie ist es, durch die Einführung von Struktur- und Prozessanforderungen Ursachen für Operationsaufschübe zu beheben, um eine operative Versorgung in der Regel innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme einer traumabedingten hüftgelenknahen Femurfraktur bzw. nach Sturz im Krankenhaus zu erreichen, sofern der Allgemeinzustand der Patientin oder des Patienten dies zulässt. D. h die notwendige Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bei der operativen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur nach Anlage 1 im Erwachsenenalter sicherzustellen und im Bedarfsfall zu optimieren. Dabei wird ein besonderer Schwerpunkt auf die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und frühestmöglichen operativen Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gelegt. Nach derzeitigem wissenschaftlichem Erkenntnisstand gibt es eine signifikante, positive Korrelation zwischen der Zeitspanne bis zur operativen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (Zeit zwischen Frakturereignis und Operation) und der Morbidität sowie der Mortalität. Im Hinblick auf die Reduzierung Aufschub bedingter Morbiditäts- und Mortalitätsraten ist eine frühestmögliche Diagnosestellung und -operative Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur indiziert. Die Richtlinie und die darin festgeschriebenen Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität zielen darauf ab, dass die operative Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur frühestmöglich, in der Regel innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme oder Auftreten eines Inhouse-Sturzes erfolgt, sofern der Allgemeinzustand des Patienten dies zulässt.

Die Gewährleistung der Patientensicherheit bezieht sich auf die Vermeidung von (Folge-) Komplikationen durch eine möglichst frühzeitige operative Versorgung. Die Vermeidung (der Zunahme) von Pflegebedürftigkeit, der Erhalt der Selbstständigkeit und der Lebensqualität, die Erkennung von Delir-prädisponierenden Faktoren sowie das Delirmanagement sind neben der frühzeitigen operativen Versorgung weitere Ziele der Richtlinie.

Dabei steht auch im Fokus, dass eine qualitativ hochwertige Versorgung jeder Patientin/ jedes Patienten unabhängig von ihrer/ seiner persönlichen Situation (sozioökonomischer Status und Wohnort) zugänglich sein muss.

Weitere Ziele der Richtlinie sind Vermeidung oder Minderung der perioperativen Morbidität, insbesondere postoperatives Delir und Depression und Mortalität; die Vermeidung oder Minderung verletzungsbedingter Pflegebedürftigkeit und Institutionalisierung sowie Wiedererlangung der Mobilität und die Erhaltung der Lebensqualität.

Zu § 3 Allgemeine Mindestanforderungen:

Zu Absatz 1:

Absatz 1 regelt die allgemeinen Mindestanforderungen, die von Krankenhäusern im sachlichen Anwendungsbereich der Richtlinie standortbezogen jederzeit zu erfüllen sind.

Die Versorgung von Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur ist ein dringlicher Eingriff. Gemäß AWMF-Leitlinie sollte der Patient innerhalb von 24 Stunden operativ versorgt werden, wenn der Allgemeinzustand des Patienten es zulässt. Im Einzelfall kann aufgrund weiterer Erkrankungen bei diesen Patienten eine notfallmäßige Versorgung und ggf. eine Verlegung notwendig werden. Aus diesem Grund ist es angezeigt, dass ein Krankenhaus, das hüftgelenknahe Femurfrakturen versorgt, fachlich begründbare Anforderungen zur Versorgung dieser Patienten erfüllen muss und zu jeder Zeit aufnahmebereit ist.

Die allgemeinen Mindestanforderungen in diesem Paragraphen orientieren sich eng an den Kriterien der Basisstufe der „Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V“, die der G-BA im April 2018 beschlossen hat.

Bei Krankenhäusern, die die Anforderungen eines überregionalen Traumazentrums gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012 erfüllen und zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) an der Notfallversorgung teilnehmen, gelten gemäß § 10 Absatz 1 die Mindestanforderungen gemäß § 3 Absätze 1 bis 4 als erfüllt.

Zu Buchstabe a:

Am Standort des Krankenhauses sind zumindest die Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie oder Unfallchirurgie vorhanden, um eine adäquate Versorgung der Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur sicherzustellen.

Die Anforderung zum Vorhalten einer Fachabteilung für Chirurgie oder Unfallchirurgie gilt auch dann als erfüllt, wenn eine vergleichbare Fachabteilung – eine Fachabteilung für Allgemeine Chirurgie, eine Fachabteilung für Orthopädie oder eine Fachabteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie – am Standort vorgehalten wird.

Die Abteilung für Innere Medizin ist erforderlich im Hinblick auf die besondere Risikokonstellation (siehe unten: ASA Klassifikation) eines Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur.

In der Basisstatistik des IQTIG zur Bundesauswertung 2017 im Verfahren „Hüftgelenknaher Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung“ liegt das Durchschnittsalter der Patienten bei 79,7 Jahren. Typische Begleiterkrankungen dieser Patienten sind u. a. Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, Diabetes mellitus, Nierenfunktionsstörungen, Zustand nach Apoplex und chronisch obstruktive Lungenerkrankungen. Die Vielzahl und der Schweregrad der Begleiterkrankungen bedingt in vielen Fällen eine Polymedikation. Das besondere perioperative Risiko spiegelt sich auch in der präoperativen Klassifikation nach ASA (American Society of Anesthesiologists) wider. Über 60% der Patienten werden in die Kategorie ASA 3, über 7% in die Kategorie ASA 4 eingestuft. (Siehe auch Basisstatistik des IQTIG zur Bundesauswertung 2017 im Verfahren „Hüftgelenknaher Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung“). Die Einstufung nach ASA 3 steht für eine schwere Allgemeinerkrankung mit Leistungseinschränkung, ASA 4 bedeutet eine schwere Allgemeinerkrankung, die das Leben gefährdet.

Internistische Mitbetreuung oder auch die Verlegung in eine Abteilung für Innere Medizin kann bei Auftreten von Komplikationen oder auf Grund der Schwere der Begleiterkrankungen jederzeit erforderlich werden. Für Krankenhäuser, die keine Fachabteilung für Innere Medizin am Standort vorhalten, gelten Ausnahmeregelungen gemäß § 10 Abs. 2.

Zu Buchstaben b, c und e:

Es sind jeweils ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind und im Bedarfsfall verfügbar sind. Der Arzt verfügt über die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“, die Pflegekraft verfügt über die Zusatzqualifikation „Notfallpflege“. Die geforderte ärztliche Zusatz-Weiterbildung gewährleistet in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die für die Erstdiagnostik und Initialtherapie von Patientinnen und Patienten mit Femurfraktur im Krankenhaus sowie die Indikationsstellung und Koordination der weiterführenden fachspezifischen Behandlung in interdisziplinärer Zusammenarbeit erforderlichen Kompetenzen. Die pflegerische Weiterbildung im Fachgebiet Notfallpflege gewährleistet die für die Erstversorgung von Patientinnen und Patienten mit Femurfraktur im Krankenhaus erforderlichen praktischen und theoretischen pflegerischen Kompetenzen. Vor dem Hintergrund der Verfügbarkeit der ärztlichen und pflegerischen (Zusatz-)Weiterbildungen in den entsprechenden Bundesländern, wurde eine angemessene Übergangsfrist für die Erfüllung der Mindestanforderung eingeräumt. Demnach sind die Anforderungen an die (Zusatz-) Weiterbildungen gemäß § 3 Absatz 1 c) spätestens ab dem 1. Januar 2025 zu erfüllen (siehe § 12 Absatz 5).

Das vorgenannte pflegerische und ärztliche Personal nimmt regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil.

Zu Buchstabe d:

Es ist jeweils ein Facharzt im Gebiet Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar. Mit dieser Anforderung soll gewährleistet werden, dass die z.B. für die Diagnostik, die präoperative Abklärung und Risikobeurteilung,

die Vorbereitung und Durchführung der Operation, die postoperative Nachsorge sowie die Erkennung und Behandlung von Komplikationen erforderlichen fachärztlichen Kompetenzen bei Bedarf rechtzeitig zur Verfügung stehen.

Aus fachlicher Sicht ist es unerheblich, ob die Facharztverfügbarkeit zu jeder Zeit durch einen präsenten Arzt in der Fachabteilung, durch einen Bereitschaftsdienst oder einen Rufbereitschaftsdienst gewährleistet wird, sofern sichergestellt ist, dass der Rufbereitschaftsdienst innerhalb eines Zeitraums von 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten tätig werden kann. Die Anforderung zur Verfügbarkeit eines Facharztes im Bereich Chirurgie gilt ebenfalls als erfüllt, wenn ein Arzt mit Facharztkompetenz im Gebiet Chirurgie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar ist.

Zu Buchstabe f:

Analog der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V wird am Standort eine Intensivstation mit mindestens sechs Betten, von denen mindestens drei zur Versorgung von beatmeten Patienten ausgestattet ist, gefordert. Viele Patienten mit traumabedingten hüftgelenknahen Femurfrakturen sind auf Grund ihres kritischen Allgemeinzustandes perioperativ intensiv-überwachungspflichtig. Das betrifft insbesondere diejenigen, die schon vor dem Sturz funktionell und kognitiv eingeschränkt und „gebrechlich“ waren. Schmerzen, fremde Umgebung und die Immobilisierung begünstigen das Auftreten von Verwirrheitszuständen bis zum Delir. Vor diesem Hintergrund ist die Vorgabe einer Mindestbettenzahl sinnvoll.

Eine weitere Anforderung betrifft die Vorhaltung von Beatmungsbetten am Standort, an dem Femurfrakturen operativ versorgt werden. Unmittelbar postoperativ kann eine „Nach“-Beatmung wegen perioperativer Komplikationen wie Aspiration, Überhang oder Nebenwirkungen der Narkosemedikation, Medikations-interferenzen, schlechtem Allgemeinzustand und kardio-pulmonalen Komplikationen erforderlich sein. Die Verlegung eines frisch operierten Risikopatienten unmittelbar postoperativ an einen anderen Krankenhausstandort, der Beatmungsbetten vorhält, sollte möglichst vermieden werden.

Zu Buchstabe g:

Es muss ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung kommen. Mit dieser Vorgabe soll gewährleistet werden, dass auch bei hohem Patientenaufkommen die Patientinnen und Patienten mit traumabedingter hüftgelenknaher Femurfraktur frühzeitig identifiziert werden und ihre Behandlung gegebenenfalls priorisiert werden kann.

Zu Absatz 2:

Im Absatz 2 wird die medizinisch-technische Ausstattung als Mindestanforderungen für Standorte definiert, die Notfallpatienten mit einer Femurfraktur versorgen. Satz 1 regelt den Grundsatz, dass die Krankenhäuser über die für die Durchführung von Diagnostik und Therapie nach aktuellem medizinischen Standard erforderliche medizinisch-technische Ausstattung verfügen müssen. Satz 2 regelt die verpflichtende Vorhaltung insbesondere folgender Ausstattung am Standort:

Zu Buchstabe a:

Es ist am Standort ein Schockraum vorzuhalten. Der Schockraum ist als Raum der Übergabe eines Unfallpatienten vom Rettungstransport für die Erstversorgung einschließlich Erstdiagnostik speziell ausgestattet. Zur schnellen und sicheren Erstversorgung müssen hier die notwendigen Röntgengeräte einschließlich Ultraschall und Beatmungsgeräte in einem Raum zur Verfügung stehen, um den weiteren Transport kritisch kranker oder verletzter Patienten innerhalb der Notaufnahme mit Umlagerungen zu vermeiden.

Zu Buchstabe b:

Es ist eine 24-stündig verfügbare computer-tomographische Bildgebung vorzuhalten. Diese kann für die Notfalldiagnostik bei Patienten mit Femurfraktur erforderlich sein. Über die

Diagnostik der Femurfraktur hinausgehend kann das CT bei der Erstdiagnostik von Patienten mit traumabedingter hüftgelenknaher Femurfraktur für die Abklärung von Sturzursachen oder weiterer Sturzfolgen (z.B. Schädelverletzungen) indiziert sein. Um ein diagnostisches Verfahren fakultativ im Einzelfall anwenden zu können muss es obligat über 24 h vorgehalten werden. Nur so ist es möglich, in jedem Einzelfall und zu jedem Zeitpunkt über den Einsatz des Verfahrens entscheiden zu können. Die computertomographische Bildgebung kann auch durch einen kooperierenden Leistungserbringer im unmittelbaren räumlichen Bezug zum Standort gewährleistet werden.

Zu Absatz 3:

Aufgrund von internistisch-neurologischen Begleiterkrankungen von Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur kann in Notfallsituationen die Weiterverlegung in ein Krankenhaus einer höheren Notfallstufe auch auf dem Luftweg, ggf. unter Nutzung eines bodengebundenen Zwischentransports notwendig sein.

Die Anforderung, Patientinnen und Patienten auf dem Luftweg verlegen zu können, wurde an dieser Stelle bewusst offengehalten, um den jeweiligen Gegebenheiten vor Ort Rechnung tragen zu können. Liegt keine Hubschrauberlandestelle in Form eines Hubschrauberlandeplatzes gemäß § 6 LuftVG oder in Form einer Landestelle im öffentlichen Interesse gemäß § 25 Absatz 4 LuftVG vor, ist auch eine nicht in unmittelbarer Nähe des Krankenhauses gelegene sonstige Hubschrauberlandestelle, wie z.B. ein in einiger Entfernung gelegener Sportplatz oder eine Wiese, ausreichend. Die Möglichkeit des „bodengebundenen Zwischentransports“ soll klarstellen, dass sich die Landestelle nicht auf dem Gelände bzw. in unmittelbarer Nähe des Krankenhauses befinden, sondern lediglich mit einem bodengebundenen Zwischentransport (z. B. mit einem Rettungswagen) erreichbar sein muss.

Zu Absatz 4:

Alle in der Richtlinie aufgeführten Facharztbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer.

Zu § 4 Spezifische Mindestanforderungen:

Zu Absatz 1:

An dieser Stelle wird die eigenständige Struktur und Organisation einer Fachabteilung beschrieben. Die eigenständige Struktur und Organisation ist nicht zwingend an die Vorhaltung von eigenen Betten dieser Fachabteilung geknüpft. Auch eine nicht bettenführende Fachabteilung kann dieses Kriterium erfüllen, wenn sie wesentliche Kriterien einer eigenen Organisationsstruktur wie eine eigene Leitung und Dienstplanung sowie klar definierte Zuständigkeiten innerhalb der Abteilung und in der Beziehung zu anderen Abteilungen erfüllt.

Zu Absatz 2:

Die Richtlinie, regelt an dieser Stelle, dass die operative Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen durch oder unter Aufsicht und Anleitung eines Facharztes für Chirurgie, für Allgemeinchirurgie, für Orthopädie oder für Orthopädie und Unfallchirurgie durchgeführt werden kann. Das Ausmaß der Anleitung bzw. der Aufsicht hängt von den Kenntnissen und Fähigkeiten des in der Weiterbildung befindlichen Arztes bzw. der Ärztin ab.

Zu Absatz 3:

Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und frühestmöglichen Versorgung muss eine ständige Arztpräsenz in der Fachabteilung, in der hüftgelenknahe Femurfrakturen operiert werden, gegeben sein. Die Arztpräsenz kann bspw. auch durch Ärztinnen/ Ärzte in Weiterbildung sichergestellt werden. Ist die präsente Ärztin/ Arzt nicht Fachärztin/ Facharzt muss zusätzlich ein Rufbereitschaftsdienst mit einer Fachärztin/ eines Facharztes mit einer der Qualifikationen gemäß § 4 Absatz 2 eingerichtet werden.

Nach Satz 1 muss die Arztpräsenz auch eine jederzeitige operative Patientenversorgung gewährleisten. Dies erfordert, dass neben den für die Durchführung der Operation qualifizierten Ärzten auch für die Assistenz der Operation qualifizierte Ärzte verfügbar sind.

Zu Absatz 4:

Zur Sicherstellung einer frühestmöglichen Operation müssen in Krankenhäusern, in denen Patienten mit hüftgelenknahen Femurfrakturen im Erwachsenenalter operativ versorgt werden, notwendige Implantate und Instrumente zur Verfügung stehen.

Zu Absatz 5:

Die Mehrzahl der Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gehört der Altersgruppe der über 80-Jährigen an. Diese Patientengruppe weist einen hohen Grad an Gebrechlichkeit und Multimorbidität auf und erfordert insofern den Einbezug geriatrischer Kompetenz, bspw. eine orthogeriatrische Zusammenarbeit. Für die Wirksamkeit orthogeriatrischer Zusammenarbeit in der Behandlung älterer Patienten mit hüftgelenknahen Femurfrakturen gibt es belastbare Evidenz aus Metaanalysen^{1, 2, 3, 4, 5, 6} bezogen auf die patientenrelevanten Endpunkte „Heimaufnahme/Rückkehr in die vertraute Umgebung“, „Delirreduktion“, „funktioneller Status/activities of daily living (ADL)“ und insbesondere die „Mortalität“.

Die Richtlinie greift diesen Ansatz auf, indem die Implementierung spezieller geriatrischer Expertise gefordert wird. Demnach muss nach einem positiven geriatrischen Screening (gemäß Anlage 2 SOP 2.2.5.) die frühzeitige Einbindung eines Facharztes mit geriatrischer Kompetenz in den Behandlungsverlauf erfolgen.

Zu den Fachärzten mit geriatrischer Kompetenz zählen neben Fachärzten für Innere Medizin und Geriatrie auch Fachärzte mit der Schwerpunktbezeichnung Geriatrie, Fachärzte mit der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie, Fachärzte mit der fakultativen Weiterbildung klinische Geriatrie sowie Fachärzte mit Fachkunde Geriatrie.

Die Richtlinie legt fest, dass die geriatrische Kompetenz im Zuge eines unfallchirurgischen-geriatrischen, multiprofessionellen Teams einzubeziehen ist. Kooperationen sind möglich, auch mit Vertragsärzten, wenn eine tägliche Verfügbarkeit sichergestellt wird.

Mögliche Versorgungsmodelle für unfallchirurgisch-geriatrische Kooperationen werden bspw. im Weißbuch Alterstraumatologie (Liener, Becker, Rapp, 2018 nach Blue Book 2007, Kammerlander et al. 2010)⁷ dargelegt:

- Behandlung auf unfallchirurgischer Station mit geriatrischem Konsildienst auf Anforderung
- Behandlung auf unfallchirurgischer Station mit täglich konsultierendem Geriater

1 Grigoryan, K.V., Javedan, H. et al. (2014): Orthogeriatric care models and outcomes in hip fracture patients: a systematic review and meta-analysis; J Orthop Trauma. 2014 Mar;28(3):e49-55. doi: 10.1097/BOT.0b013e3182a5a045.

2 Bachmann, S., Huss, A. et al. (2010): Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMJ 2010; 340, c1718.

3 Moyet, J., Deschasse, G. et al. (2018): Which is the optimal orthogeriatric care model to prevent mortality of elderly subjects post hip fractures? A Systematic review and meta-analysis based on current clinical practice. Int Orthop. 2018 Apr 24. doi: 10.1007/s00264-018-3928-5. [Epub ahead of print].

4 Wang, H., Li, C. et al. (2015): The influence of inpatient comprehensive geriatric care on elderly patients with hip fractures: a meta-analysis of randomized controlled trials; Int J Clin Exp Med. 2015; 8(11): 19815–19830.

5 Oberai, T., Laver, K. et al. (2018): Effectiveness of multicomponent interventions on incidence of delirium in hospitalized older patients with hip fracture: a Systematic review. Int Psychogeriatr. 2018 Apr;30(4):481-492. doi: 10.1017/S1041610217002782. Epub 2018 Jan 3.

6 Prestmo, A., Saltvedt, I. et al. (2016): Who benefits from orthogeriatric treatment? Results from the Trondheim-hip-fracture trial. BMC Geriatr 2016;16(49).

7 Liener, UC, Becker, C, Rapp, K. (2018): Weißbuch Alterstraumatologie, Kohlhammerverlag, Stuttgart

- Behandlung auf einer geriatrischen Station (einschl. Rehabilitation) mit unfallchirurgischem Konsildienst
- Integrierte Versorgung auf einer orthogeriatrischen Station unter gemeinsamer unfallchirurgischer/geriatrischer Führung eines multiprofessionellen Teams

Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass eine Priorisierung einzelner Modelle wesentlich von den lokalen Gegebenheiten, wie etwa die Verfügbarkeit von Geriatern, abhängt. Vor diesem Hintergrund wurden in § 12 Abs. 1 der Richtlinie hinsichtlich der geforderten täglichen Gewährleistung einer geriatrischen Kompetenz für die perioperative Versorgung Übergangsregelungen festgeschrieben.

Zu Absatz 6:

Patienten mit einer operativ versorgten hüftgelenknahen Femurfraktur profitieren von einer schnellen Mobilisierung. Aus diesem Grund steht täglich Physiotherapie zur Atemgymnastik und frühzeitigen Mobilisierung zur Verfügung. Die Physiotherapie hat durch eine Physiotherapeutin/ einen Physiotherapeuten und nicht durch bspw. eine Pflegefachkraft zu erfolgen. Kooperationen sind möglich. Der Einsatz der Physiotherapie, konkrete Maßnahmen, Art und Frequenz der Anwendungen werden in der SOP 2.7. „Physiotherapeutische Maßnahmen“ geregelt.

Zu § 5 Mindestanforderungen an die Prozessqualität:

Zu Absatz 1:

Eines der zentralen Ziele dieser Struktur- und Prozess-Richtlinie zur Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur ist es, Voraussetzungen für die Verbesserung der Versorgung dieser Patienten zu schaffen. Es sollen Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität vorgegeben werden, die das Erreichen dieses Ziels unterstützen. Zur Sicherung der Prozessqualität werden in § 5 der Richtlinie Standardarbeitsanweisungen für verschiedene Handlungsbereiche definiert.

Nach Diagnose einer hüftgelenknahen Femurfraktur ist in der Regel die frühzeitige Operation innerhalb von 24 Stunden zu planen, sofern der Allgemeinzustand der Patientin oder des Patienten dies zulässt. Aus den Ergebnissen zum „Strukturierten Dialog“ des ESQS Verfahrens sind Gründe bekannt, die zu einem Aufschub der Operation führen können, wenn es keine klaren Handlungsanweisungen gibt.

Eine zunehmende Bedeutung in der Medizin kommt der Etablierung von effektiven Qualitätsmanagementsystemen zu. Diese Systeme ermöglichen die Überwachung teilweise komplexer Tätigkeitsbereiche und Arbeitsabläufe. Ein wichtiger Bestandteil solcher Qualitätsmanagementsysteme ist die Festlegung von Qualitätszielen und die Beschreibung der hierfür erforderlichen Vorgehensweisen (Prozesse) in Form von standardisierten Verfahrens- und Arbeitsanweisungen (engl.: Standard Operating Procedures - SOP). Die Entwicklung und Verwendung von SOP minimieren Abweichungen und fördern die Qualität durch die konsistente Implementierung eines Prozesses oder einer Prozedur innerhalb einer Organisation, selbst wenn temporäre oder permanente personelle Änderungen vorgenommen werden. Die Anwendung von SOP minimiert die Möglichkeiten für Fehlkommunikation und kann Sicherheitsbedenken entgegenwirken⁸. Letztendlich können die Vorteile einer gültigen Standardarbeitsanweisung in geringeren Arbeitsaufwänden für wiederkehrende Problemstellungen und einer besseren Vergleichbarkeit von Prozessabläufen bestehen.

Zur Sicherung der Prozessqualität werden in § 5 der Richtlinie entsprechend SOP für verschiedene Handlungsbereiche definiert die nach Analyse des Strukturierten Dialogs mit Kliniken auf Landesebene am häufigsten als Grund für einen Operationsaufschub genannt

⁸ United States Office of Environmental Protection Information EPA/600/B-07/001
Agency Washington, DC 20460 April 2007; Guidance for Preparing Standard Operating Procedures (SOPs) EPA QA/G-6;
<https://www.epa.gov/sites/production/files/2015-06/documents/g6-final.pdf> (Zugriff: 01.07.2020)

wurden. Die SOP müssen dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens entsprechen, das heißt sie müssen z.B. aktuelle Leitlinien der Fachgesellschaften berücksichtigen.

Für Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß einer Kombination aus Diagnosen und Prozeduren nach Anlage 1, hat das Krankenhaus durch Berücksichtigung der nach dieser Richtlinie zu entwickelnden SOP sicherzustellen, dass eine Versorgung frühestmöglich stattfindet, sofern der Allgemeinzustand der Patientin oder des Patienten dies zulässt. Ist eine Versorgung einer Patientin oder eines Patienten aufgrund vermeidbarer Hindernisse nicht innerhalb von 24 Stunden möglich, sind geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um die Hindernisse auszuräumen.

Zu Absatz 2:

Der Absatz 2 regelt, dass bei Vorliegen von Kooperationen im Zusammenhang mit der Versorgung von Patienten mit Femurfraktur, die Beachtung der SOP vertraglich mit dem Kooperationspartner sicherzustellen ist.

Zu Absatz 3:

Der Absatz 3 regelt, dass Vorgehen bei Abweichung von den krankenhausesindividuellen SOP.

Zu Absatz 4:

Es sind verbindliche SOP für 7 Handlungsbereiche vom Krankenhaus zu erstellen. Zu folgenden Themen sind vom Krankenhaus SOP zu erstellen:

- 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 „Orthogeriatrische Zusammenarbeit für Patienten mit positivem geriatrischen Screening“
- SOP „Physiotherapeutische Maßnahmen“

Die genauen Regelungsinhalte der SOP sind in Anlage 2 der Richtlinie verortet.

§ 6 Nachweisverfahren:

Zu Absatz 1:

Der standortbezogene Nachweis hinsichtlich der Erfüllung der Mindestanforderungen ist gegenüber dem jeweils zuständigen Landesverband 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 zu führen. Für die erstmalige Anwendung gelten die Vorgaben der Übergangsregelungen in § 12 Absatz 4, da zuvor die dafür zu nutzende Software zu spezifizieren (§ 8 Absatz 6) und zu entwickeln ist.

Die jährliche Nachweispflicht sämtlicher Mindestanforderungen ist stichtagsbezogen zu führen. Hierzu kann das Krankenhaus aus dem genannten Zeitraum einen Tag auswählen, an dem alle Mindestanforderungen erfüllt werden. Von diesem Stichtag an gilt die Pflicht, jede danach eintretende Nichterfüllung einer Mindestanforderung, die länger als 48 Stunden (zwei aufeinanderfolgende Tage) andauert, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unverzüglich zu melden. Ebenso ist deren Wiedererfüllung zu melden. Dabei sind die konkreten nicht erfüllten Mindestanforderungen und der Zeitpunkt des Eintritts der Nichterfüllung bzw. der Wiedererfüllung im Einzelnen aufzuführen.

Kann ein Krankenhaus in dem angegebenen Zeitraum zwischen 15. November und 31. Dezember eines Jahres keinen Stichtag auswählen, an dem es alle Mindestanforderungen erfüllt, wählt es einen beliebigen Tag aus diesem Zeitraum aus und dokumentiert die an diesem Tag nichterfüllten Mindestanforderungen. In der Folge meldet es deren Wiedererfüllung bzw. danach auftretende neue Nichterfüllungen gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.

Für den Fall, dass ein Krankenhaus erstmals, unterjährig oder erneut die von dieser Richtlinie betroffenen Leistungen erbringen möchte, ist ein frei wählbarer Stichtag vor der Aufnahme der Leistungserbringung zu wählen, an dem alle Mindestanforderungen erfüllt werden und gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkrankenkassen zu melden.

Die Übermittlung der Daten gemäß Satz 1 oder Satz 2 und den 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.

Zu Absatz 2:

Es wird geregelt, dass der Eingang der übermittelten Daten empfängerseitig, also von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, unter Nutzung einer fortgeschrittenen elektronischen Signatur zu bestätigen ist. Mit Satz 2 wird ferner klargestellt, dass die vom G-BA beschlossene Spezifikation gemäß § 8 Absatz 6 auch dazu dient, es den Krankenhäusern zu ermöglichen, diese Daten (Meldungen über Erfüllung und Nichterfüllung sowie Checkliste) für die Strukturabfrage nach § 8 vorzuhalten, so dass keine doppelten Angaben geführt und übermittelt werden müssen.

Zu Absatz 3:

Damit das Krankenhaus seinen Pflichten zur Übermittlung der Checkliste nach § 6 Absatz 1 Satz 1 oder Satz 2 und den Anzeigen nach Satz 3 nachkommen kann und weiß, wer seine für ihn zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen sind und an wen es folglich die Daten zu übermitteln hat, stellt der GKV-Spitzenverband den Krankenhausträgern jeweils zum 1. Januar eines Kalenderjahres ein verbindliches Verzeichnis zur Verfügung, das alle relevanten Kontaktdaten der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen beinhaltet.

Zu Absatz 4:

Kontrollen der Einhaltung der Qualitätsanforderungen dieser Richtlinie sind abschließend in der MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie gemäß § 137 Absatz 3 SGB V geregelt.

Zu § 7 Folgen der Nichterfüllung der Mindestanforderungen und Dokumentationspflichten:

Zu Absatz 1:

Ziel der Richtlinie ist gemäß § 2 eine frühestmögliche operative Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur. Im Sinne der Patientensicherheit als übergreifendes Ziel der Richtlinie, soll erreicht werden, dass Patienten ausschließlich in Krankenhäusern versorgt werden, die die Mindestanforderungen der Richtlinie erfüllen. Insofern dürfen Krankenhäuser über die Diagnostik und Erstversorgung hinausgehend Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur nur dann versorgen, wenn sie die Mindestanforderungen nach dieser Richtlinie erfüllen.

Zu Absatz 2:

Unter Anwendung von § 5 Absatz 2 Nr.1 QFD-RL, führt die Nichterfüllung von Mindestanforderungen zu einem Wegfall des Vergütungsanspruchs für die Leistungen, die in der Anlage OPS-Kodes operationalisiert sind. Im Hinblick auf den Patientenschutz (Vermeidung von Morbidität und Mortalität) und die zentralen Ziele der Richtlinie, ist es hoch relevant, dass die Mindestanforderungen zum Zeitpunkt der Aufnahme und der Operation

erfüllt sind oder alternativ vom Krankenhaus Maßnahmen entsprechend der Absätze 4 und 5 ergriffen werden, so dass in jedem Fall eine frühestmögliche Versorgung des Patienten sichergestellt ist.

Maßgeblicher Zeitpunkt für die Beurteilung Erfüllung / Nichterfüllung der Mindestanforderungen bei hüftgelenknahen Femurfrakturen nach Inhouse-Stürzen ist der Zeitpunkt der unmittelbar nach der Erstversorgung zu erfolgenden Entscheidung darüber, ob die Femurfraktur des Patienten im eigenen Haus operativ versorgt werden soll, sowie der Zeitpunkt der Operation. Der Zeitpunkt unmittelbar nach der Erstversorgung entspricht nach Kenntnisstand und Prüfmöglichkeiten der Situation der Aufnahme eines externen Patienten. Zu diesem Zeitpunkt ist gem. § 7 Absatz 4 QSFFx-RL eine Abwägung über die medizinischen Vor- und Nachteile einer Verlegung des Patienten in ein geeignetes Krankenhaus vorzunehmen.

Zu Absatz 3:

In § 6 Absatz 1 Satz 1 oder 2 ist ein standortbezogener Nachweis über die Erfüllung der Mindestanforderungen vorgesehen. Voraussetzung für die Versorgung der Patienten mit hüftgelenknahen Femurfraktur entsprechend einer Kombination aus Diagnosen und Prozeduren nach Anlage 1 ist die Erfüllung der Mindestanforderungen nach dieser Richtlinie. Nach der Regelung in Absatz 3 gelten die Mindestanforderungen als nicht erfüllt, solange die Erfüllung nicht im Verfahren nach § 6 Absatz 1 Satz 1 oder 2 initial nachgewiesen wurde. Durch diese Regelung werden Krankenhäuser angehalten, unter Berücksichtigung der Übergangsregelung in § 12 Absatz 2 vor erstmaliger Leistungserbringung ihren Nachweispflichten gemäß § 6 Absatz 1 nachzukommen. In den Übergangsregelungen (§ 12 Absatz 2) wird ergänzend klargestellt, dass diese Regelung erst nach Abschluss des erstmaligen standortbezogenen Nachweisverfahrens über die Erfüllung der Mindestanforderungen gemäß § 12 Absatz 4 ab dem 1. Januar 2022 Anwendung findet.

Zu Absatz 4:

Im Falle der Nichterfüllung der Mindestanforderungen gemäß § 4, welche die operative Versorgung betreffen, ist eine Patientin/ ein Patient schnellstmöglich unter Abwägung der medizinischen Vor- und Nachteile in eine aufnahmebereite Klinik zur Weiterversorgung zu verlegen.

Zu Absatz 5:

Bei Nichterfüllung von Mindestanforderungen nach § 4, die die operative Versorgung betreffen, hat eine Information an die Rettungsleitstelle zu erfolgen, damit neue Patienten mit Verdacht auf Femurfraktur gleich bzw. direkt und ohne Umweg in ein Krankenhaus transportiert werden, welches die Mindestvoraussetzungen zur Versorgung der Patienten nach dieser Richtlinie erfüllt.

Es soll vermieden werden, dass der Transport eines Notfallpatienten über die Rettungsstelle unkoordiniert in das nächste erreichbare Krankenhaus, welches jedoch zu diesem Zeitpunkt die Mindestanforderungen nach dieser Richtlinie vielleicht gar nicht erfüllt. Hier kann es zu Verzögerungen bereits im Transport aber auch in der Behandlung kommen, wenn keine entsprechenden Ressourcen in Bezug auf Personal oder OP-Kapazitäten bereitstehen.

Ergänzender Hinweis:

Ein innovativer Ansatz zur Verbesserung dieser Schnittstellenproblematik in der Notfallkette ist der Einsatz einer digitalen Plattform zur Verzahnung von Aufnahmekrankenhäusern, Leitstellen und Notfallrettungsdienst, wie er in Hessen unter dem Namen „IVENA Interdisziplinärer Versorgungsnachweis“ entwickelt und erfolgreich eingesetzt wird. Kliniken müssen ihre Fachabteilungen und Stationen bei Vollbelegung oder Einschränkung der operativen Ressourcen nicht mehr telefonisch oder per Fax bei der Leitstelle ab- und anmelden, sondern melden dies direkt über ein internetbasiertes System, auf das die Rettungsleitstelle und alle anderen Kliniken Zugriff haben. Die Krankenhäuser können dabei die Einschränkung eigener Ressourcen eigenständig darstellen, d. h. eine Fachabteilung kann sich temporär abmelden, wenn ihr die Versorgung von Femurfrakturen nicht möglich

ist. Das webbasierte System arbeitet in Echtzeit und bietet einen Überblick über die klinischen Versorgungsmöglichkeiten; es steuert den Transport der Patienten in das nächstgelegene geeignete und aufnahmebereite Krankenhaus. IVENA wird neben Hessen bereits in Berlin, Brandenburg, Niedersachsen, Bremen, Bayern und als Pilotprojekt in Schleswig-Holstein eingesetzt [<https://www.ivena-hessen.de/leitstellenansicht.php>,<http://www.ivena.de/page.php?k1=main&k2=index>].

Absätze 6 und 7:

Absatz 6 regelt die Maßnahmen für den Fall, dass Krankenhäuser ihre Pflichten gemäß § 8 QSFFx-RL zur Übermittlung von Daten für die Strukturabfrage und der Erklärung über die Richtigkeit der Angaben nicht oder nicht vollständig erfüllt haben. Näheres zum Verfahren bei nicht fristgerechter Datenübermittlung für die Strukturabfrage ist in § 8 Absatz 7 Sätze 4 ff QSFFx-RL geregelt. Als Rechtsfolge sieht Absatz 6 vor, dass bei Krankenhäusern, 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, entsprechend § 8 Absatz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes ein pauschaler Abschlag in Höhe von 20.000 € vorzunehmen ist. Die Höhe des Abschlags erscheint ausreichend aber auch erforderlich, um die Krankenhäuser zur Einhaltung Ihrer Pflichten im Zusammenhang mit der Strukturabfrage anzuhalten.

Absatz 7 regelt die Folgen der Nichterfüllung für das Nachweisverfahren gemäß § 6.

Die Daten aus dem Nachweisverfahren gemäß § 6 sind zu den dort angegebenen Zeitpunkten bzw. Fristen an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Geschieht dies für einen bestimmten Zeitraum nicht, fordern die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen das Krankenhaus zwei Mal mit einer schriftlichen Fristsetzung von jeweils vier Wochen auf, die Daten zu übermitteln. Werden die Daten auch nach zweimaliger Aufforderung mit jeweils vierwöchiger Fristsetzung nicht übermittelt, wird ein Abschlag wie hier in § 7 Absatz 7 normiert vorgenommen.

Zu § 8 Strukturabfrage:

Zu Absatz 1:

Der G-BA hat Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten (§ 136d SGB V) und hat bei seinen Festlegungen eine Beobachtungspflicht im Hinblick auf das intendierte Ziel und den damit verbundenen, vom G-BA normierten Qualitätssicherungsmaßnahmen einerseits und den Auswirkungen dieser Maßnahmen andererseits. Vor diesem Hintergrund erhebt der G-BA standortbezogen, inwiefern die Anforderungen nach dieser Richtlinie jeweils bezogen auf ein Kalenderjahr erfüllt wurden. Die Strukturabfrage erfolgt standortbezogen jeweils für das zurückliegende Kalenderjahr. Grundlage dafür sind die Daten gemäß § 6 Absatz 1 Satz 1 oder Satz 2 und die Anzeigen nach Satz 3 i.V.m. Satz 4 die von den Krankenhäusern im Zuge des Nachweisverfahrens übermittelt wurden. Die Spezifikation muss daher so konzipiert sein, dass sämtliche Angaben, die sich im Zuge des Nachweisverfahrens ergeben, gesammelt und ohne notwendige Überarbeitung oder Ergänzung durch die Krankenhäuser automatisiert an das IQTIG zum Zwecke der Strukturabfrage übermittelt werden können. Die Erhebung und die Übermittlung der Daten erfolgt softwarebasiert auf Grundlage der Spezifikation gemäß § 8 Absatz 6 auf elektronischem Weg. Gemäß § 12 Absatz 3 erfolgt die Strukturabfrage erstmals im Jahr 2022 für das Erfassungsjahr 2021. Im Zuge der erstmaligen Strukturabfrage können lediglich die Daten des standortbezogenen Nachweises gemäß § 6 Absatz 1 Satz 1, die von den Krankenhäusern stichtagsbezogen zwischen dem 15.11.2021 und 31.12.2021 übermittelt wurden, berücksichtigt werden.

Zu Absatz 2:

Für die Jahre 2021 bis 2025 bietet die Strukturabfrage Krankenhäusern die Möglichkeit, dem G-BA freiwillig Gründe für die Nichterfüllung von Mindestanforderungen mitzuteilen. Hierzu wird den Krankenhäusern ein optionales Freitextfeld angeboten. Die von den Krankenhäusern benannten Gründe sind vom IQTIG in dem Jahresbericht gemäß Absatz 7 Satz 1 zu berücksichtigen. Auf dieser Grundlage wird der G-BA, im Rahmen der ihm obliegenden ständigen Überprüfungspflicht, in die Lage versetzt, die Anforderungen der Richtlinie und deren ggf. erforderliche Anpassung zu überprüfen.

Zu Absatz 3:

In dem Datenfluss von dem Krankenhaus zur auswertenden Stelle des G-BA ist eine Datenannahmestelle vorgesehen. Die Datenannahmestelle ist das IQTIG, das die eingehenden Daten hinsichtlich Plausibilität und Vollständigkeit prüft und Krankenhäuser bei Korrekturbedarf mit einem Hinweis auf die Korrekturfrist bis zum 1. März des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres erinnert. Damit soll sichergestellt werden, dass vollständige und geprüfte Daten ausgewertet werden.

Zu Absatz 4:

Es wird festgelegt, dass die Daten der Strukturabfrage sowie ein Formular zur Erklärung der Richtigkeit der Angaben (Anlage 4) bis zum 15. Februar des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres an das IQTIG zu übermitteln sind. Die Übermittlung der Anlage 4 kann sowohl postalisch als auch auf elektronischem Weg erfolgen. Die Spezifikation gemäß § 8 Absatz 6 ermöglicht hierzu bspw. das unterzeichnete Formular eingescannt als PDF ans IQTIG zu übermitteln. Zur Authentifizierung wird eine fortgeschrittene elektronische Signatur festgelegt.

Zu Absatz 5:

Um Transparenz über den Umsetzungsstand der Richtlinie herzustellen und um den allgemeinen Überprüfungspflichten des G-BA hinsichtlich der normierten Anforderungen der Richtlinie und dem eventuellen Bedarf diese anzupassen nachzukommen, werden die Daten der Strukturabfrage ausgewertet und standortbezogen veröffentlicht (siehe auch Absatz 7).

Zu Absatz 6:

Zur Sicherstellung einer bundeseinheitlichen Grundlage für die Entwicklung der Erfassungssoftware legt der G-BA eine Spezifikation fest. Diese ist für das Nachweisverfahren nach § 6 und die Strukturabfrage nach § 8 notwendig. Hierfür beauftragt der G-BA das IQTIG, die EDV-technische Aufbereitung der Dokumentation und der Datenübermittlung, die Prozesse zum Datenfehlermanagement sowie die EDV-technischen Vorgaben zur Datenprüfung und ein Datenprüfprogramm für die Daten der Strukturabfrage, insbesondere zur Überprüfung von Vollständigkeit und Plausibilität zu entwickeln. Änderungen an der Spezifikation werden vom G-BA beschlossen und veröffentlicht, so dass die jeweils gültige anzuwendende Spezifikation öffentlich zugänglich zur Verfügung steht.

Zu Absatz 7:

Es werden Vorgaben zur Auswertung der Daten zur Erstellung und Übermittlung eines jährlichen Berichts gemacht.

Ferner sind die Daten im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser nach § 136b Absatz 1 Nummer 3 SGB V zu veröffentlichen. Damit den Krankenhäusern keine doppelten Dokumentations- und Übermittlungspflichten zu diesen Daten entstehen, wird hier festgelegt, dass das IQTIG die Daten der Strukturabfrage zur Veröffentlichung im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser standortbezogen aufbereitet und übermittelt diese im Rahmen des Lieferverfahrens gemäß den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) direkt die zur Annahme der Qualitätsberichte zuständige Datenannahmestelle. Details zum Datenformat und den Liefermodalitäten werden in der Qb-R geregelt. Krankenhäuser, die trotz Erinnerung bis zum Ende der Korrekturfrist am 1. März die Daten der Strukturabfrage sowie die Erklärung über die Richtigkeit der Angaben nicht oder nicht vollständig übermittelt haben, werden im Jahresbericht sowie im strukturierten

Qualitätsbericht dargestellt und die Anforderungen der Richtlinie als „Beleg zur Erfüllung nicht (vollständig) geführt“ kenntlich gemacht.

Kommt ein Krankenhaus seinen Dokumentations- und Mitwirkungspflichten im Rahmen der jährlichen Strukturabfragen nicht nach, kann der G-BA selbst keine durchsetzenden Maßnahmen wie Vergütungsabschläge oder den Wegfall des Vergütungsanspruchs (siehe § 7 Absatz 6) anwenden. Daher ist es notwendig, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen entsprechend informiert werden.

Zu § 9 Evaluation:

Zu Absatz 1:

Der G-BA hat §136d SGB V folgend vorgesehen, die Erreichung der in § 2 aufgeführten Ziele der Richtlinie zu evaluieren. Dazu beauftragt der G-BA das IQTIG, jährlich über einen Zeitraum von 5 Jahren diese Evaluation durchzuführen.

Von besonderer Relevanz ist es, ob das in § 2 Nummer 1 genannte, zentrale Ziel einer möglichst frühzeitigen Versorgung und damit in der Regel innerhalb von 24 Stunden ab Aufnahme im Krankenhaus oder nach Auftreten eines Inhouse-Sturzes erreicht werden kann. Darüber hinaus ist es außerdem besonders relevant die Entwicklung der Versorgungslandschaft sowie die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zu evaluieren.

Die Ergebnisse der Strukturabfragen werden hierfür auch einbezogen. Es werden weitere Evaluationsfragen genannt, die durch das IQTIG zu beantworten sind: wie erfolgt die Umsetzung bzw. 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 worden sind.

Die Beauftragung des IQTIG zur Evaluation wird neben den Ergebnissen der Strukturabfragen ggf. weitere geeignete Datenquellen benennen, die vom IQTIG zu nutzen sind (dies können z.B. Daten aus der datenbasierten QS gemäß QSKH-RL bzw. DeQS-RL sowie ggf. Daten nach § 21 KHEntgG sein.

Die Evaluation soll für die Jahre 2021-2025 erfolgen, so dass eine Beauftragung im Jahr 2020 vorzusehen ist. Auf Grundlage der Evaluationsergebnisse und unter Einbeziehung der Erkenntnisse aus den Strukturabfragen prüft der G-BA, ob Anpassungen der Richtlinie notwendig sind.

Zu Absatz 2:

Die Erfüllung der Mindestanforderungen an die Prozess- und Ergebnisqualität soll zukünftig auch mit Hilfe geeigneter Kennzahlen, die das IQTIG entwickelt, überprüft und dargestellt werden. Näheres wird der hierzu erfolgenden Beauftragung des IQTIG zu entnehmen sein.

Zu § 10 Ausnahmetatbestände:

Zu Absatz 1:

Bei Krankenhäusern, die die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012 erfüllen und zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) an der Notfallversorgung teilnehmen, gelten die Mindestanforderungen gemäß § 3 Absätze 1 bis 4 als erfüllt. Eine erfolgreiche Zertifizierung als überregionales Traumazentrum nach dem Verfahren der Fachgesellschaft (DGU) ist nicht Voraussetzung, um die Ausnahmeregelung gemäß § 10 Absatz 1 geltend zu machen.

Zu Absatz 2:

Auf Grundlage dieses Ausnahmetatbestandes können Krankenhäuser, die keine Fachabteilung für Innere Medizin vorhalten, zunächst zeitlich befristet bis zum 31. Dezember 2022 weiterhin hüftgelenknahe Femurfrakturen versorgen, wenn sie die Voraussetzungen gemäß Buchstaben a bis c vollständig erfüllen.

Das heißt, Krankenhäuser, die im Jahr 2018 hüftgelenknahe Femurfrakturen operativ versorgt haben (Buchstabe a) und über eine Fachabteilung Chirurgie oder Unfallchirurgie verfügen (Buchstabe b) und die täglich 24 stündige Präsenz eines Facharztes für Innere Medizin (Buchstabe c) sicherstellen dürfen zunächst weiterhin hüftgelenknahe Femurfrakturen versorgen. Die Arztpräsenz des das Facharztes für Innere Medizin kann nach Buchstabe c auch durch Bereitschaftsdienst oder für den Fall, dass sie präsenste Ärztin oder der präsenste Arzt nicht eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin, durch einen Rufbereitschaftsdienst mit einer entsprechenden Fachärztin bzw. einen entsprechenden Facharzt sichergestellt werden.

Zu Absatz 3:

Ob die Ausnahmeregelung gemäß § 10 Absatz 2 auch nach dem 31. Dezember 2022 Bestand haben soll, prüft der G-BA indem er die Einhaltung bzw. Erreichung der Ziele nach § 2 in den betroffenen Krankenhäusern evaluiert. Hierzu wird der G-BA Qualitätsparameter nutzen.

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

Der sachliche Anwendungsbereich der Richtlinie wird wesentlich durch die in Anlage 1 festgelegten ICD-Kodes und OPS-Kodes bestimmt.

Durch die jährliche Aktualisierung der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) und des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ist zeitgleich die Anpassung der ICD-10-GM- und/oder OPS-Kodes in den bestehenden Richtlinien und Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses erforderlich.

Das DIMDI legt die Vorabversionen der jährlichen Aktualisierungen der ICD-10-GM- und OPS-Kodes frühestens Mitte Juli und die amtlichen Versionen frühestens Mitte September für das Folgejahr vor.

Somit kann sich der Unterausschuss Qualitätssicherung auf Grundlage der amtlichen Versionen ggf. erst im November und das Plenum im Dezember eines Jahres mit den Beschlussfassungen über die jährlichen ICD-10-GM- und OPS-Anpassungen im Folgejahr befassen. Durch die sich anschließende zweimonatige Prüffrist des Bundesministeriums für Gesundheit gemäß § 94 SGB V und die darauffolgende Veröffentlichung im Bundesanzeiger ist ein Inkrafttreten zum 1. Januar des - die Aktualisierungen - betreffenden Jahres praktisch nicht möglich.

Um ein entsprechendes Inkrafttreten der Beschlüsse zum 1. Januar eines Jahres dennoch zu ermöglichen, wurden in den letzten Jahren in den Sitzungen des Unterausschusses Qualitätssicherung Beschlussempfehlungen an das Plenum auf der Grundlage der Vorabversionen getroffen. Dies erfolgte jeweils unter der Maßgabe, dass die amtlichen Versionen keine diesbezüglichen Änderungen gegenüber den Vorabversionen aufweisen. Da diese Voraussetzung in den letzten Jahren regelmäßig nicht erfüllt wurde, auf der anderen Seite aber erneute Unterausschuss-Beratungen zeitlich nicht möglich waren, mussten vor den Plenumssitzungen jeweils zeitkritische und teilweise aufwändige Beratungen zur Anpassung der Beschlusssentwürfe und der Tragenden Gründe durchgeführt werden.

Zur Optimierung dieses zeitkritischen, aufwändigen und fehleranfälligen Prozesses wurde zur Verfahrens-Reorganisation folgende ressourcenschonendere Arbeitsweise vorgeschlagen:

- Beratungen in den Sitzungen des Unterausschusses ausschließlich auf der Grundlage der amtlichen Versionen

- Einladung der DIMDI-Vertreter zur fachlichen Unterstützung der Beratungen
- Delegation der Beschlussfassungen über die jährlichen ICD-10-GM- und OPS-Anpassungen in den jeweiligen Richtlinien/Regelungen an den Unterausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss delegiert daher die - aufgrund der jährlichen Aktualisierungen der ICD-10-GM- und OPS-Kodes des DIMDI - erforderlichen Anpassungen in den bestehenden Richtlinien und Regelungen an den Unterausschuss Qualitätssicherung. Dabei richtet sich die Entscheidungsbefugnis des Unterausschusses Qualitätssicherung gemäß 1. Kapitel § 4 Abs. 2 Satz 2 der Verfahrensordnung nur auf diejenigen Sachverhalte, die den Kerngehalt der Richtlinien oder Regelungen nicht berühren. Die vom Plenum an den Unterausschuss Qualitätssicherung übertragene Entscheidungsbefugnis ist damit begrenzt auf Anpassungen der ICD- und OPS-Kodes, die den Anwendungsbereich der Richtlinie in Bezug auf die einbezogenen Diagnosen und Prozeduren nicht verändert.

Zu § 12 Übergangsregelungen:

Zu Absatz 1:

In diesem Absatz wird die Übergangsregelung zur Etablierung ortho-geriatrischer Kompetenz in die perioperative stationäre Versorgung festgelegt. Mit der an dieser Stelle getroffenen Regelung wird festgesetzt, dass Krankenhäuser die Anforderungen zum Facharzt mit geriatrischer Kompetenz gemäß § 4 Abs. 5 sechs Jahre nach Inkrafttreten dieser Richtlinie zu erfüllen haben. Bis dahin kann im Rahmen einer zweistufigen Übergangsregelung die täglich geforderte geriatrische Kompetenz für die perioperative Versorgung von Patienten mit positiven geriatrischen Screening wie folgt sichergestellt werden:

Mit einer Übergangsfrist von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie – das heißt vom 1. Januar 2021 bis einschließlich 31. Dezember 2023 – kann die Anforderung in Bezug auf täglich zur Verfügung stehender geriatrischer Kompetenz auch durch Einbezug eines Facharztes für Innere Medizin/ Allgemeinmedizin oder Neurologie erfüllt werden.

Anschließend – ab dem 1. Januar 2024 kann dann für weitere drei Jahre – bis zum 31. Dezember 2026 – mindestens ein geriatrischer Konsildienst auf Anforderung täglich zur perioperativen Versorgung zur Verfügung stehen. Dieser Konsildienst ist durch einen Facharzt mit geriatrischer Kompetenz (Fachärzte für Innere Medizin und Geriatrie und Fachärzte mit der Schwerpunktbezeichnung Geriatrie, Fachärzte mit der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie, Fachärzte mit der fakultativen Weiterbildung klinische Geriatrie sowie Fachärzte mit Fachkunde Geriatrie) zu leisten.

Zu Absatz 2:

Es erfolgt eine Klarstellung, dass die Regelung gemäß § 7 Absatz 3 (die Mindestanforderungen gelten als nicht erfüllt, solange die Erfüllung nicht initial im Verfahren nach § 6 Absatz 1 Satz 1 oder Satz 2 nachgewiesen wurde) auch erst ab dem 01.01.2022 nach Ablauf der Frist für die erstmalige Übermittlung der Checkliste zu Beginn des Nachweisverfahrens angewendet werden kann. Absatz 4 macht nähere Angaben dazu, mit welchen Fristen und welchem Verfahren das Nachweisverfahren erstmals durchzuführen ist.

Zu Absatz 3:

Auch die Strukturabfrage gemäß § 8 kann wegen der EDV-technischen Vorarbeiten (Entwicklung einer Spezifikation durch das IQTIG und deren Umsetzung in eine Software für die Nutzer) erstmals im Jahr 2022 für das Erfassungsjahr 2021 erfolgen (für 2021 entspricht das der ausgefüllten Checkliste ohne die unterjährigen Anzeigen gemäß § 6 Absatz 1 Satz 3 i.V.m. Satz 4). Als wichtige Voraussetzung hat der G-BA bis zum 31.03.2020 die Checkliste gemäß Anlage 3 und die Erklärung über die Richtigkeit der Angaben gemäß Anlage 4 zu beschließen. Ferner ist das IQTIG mit Entwicklungsarbeiten für die Softwarespezifikation zu beauftragen.

Zu Absatz 4:

Es erfolgt eine Klarstellung im Hinblick auf das Zusammenspiel von Inkrafttreten der Richtlinie und dem erst später anwendbaren Nachweisverfahren nach § 6. Es müssen erst die EDV-technischen Möglichkeiten geschaffen werden (Spezifikation und Umsetzung durch die Softwarehersteller), bevor der elektronische Nachweis Anwendung finden kann. Daher kann das Nachweisverfahren in Gänze (also auch die unterjährigen Anzeigen gemäß § 6 Absatz 1 Satz 3 i.V.m. Satz 4) erstmals ab dem 01.01.2022 Anwendung finden. Jedoch bedarf es zuvor (Zeitraum zwischen dem 15. November und dem 31. Dezember 2021) der erstmaligen Übermittlung der Checkliste gemäß Anlage 3 auf elektronischem Weg unter Anwendung der Softwarespezifikation, so dass zum Jahresbeginn 2022 alle Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit dann auch die in § 6 Absatz 1 Satz 3 i.V.m. Satz 4 vorgesehenen Anzeigen gemacht werden können. Der Prozess ist demnach wie folgt: Die Krankenhäuser übermitteln erstmals die Checkliste gemäß Anlage 3 im Zeitraum zwischen dem 15. November und dem 31. Dezember 2021. Danach können die Anzeigen gemäß § 6 Absatz 1 Satz 3 i.V.m. Satz 4 erfolgen.

Die Verpflichtung ab Inkrafttreten die in dieser Richtlinie festgelegten Mindestanforderungen zur Versorgung der Patienten vollständig erfüllen zu müssen sowie die Folgen der Nichterfüllung der Mindestanforderungen nach § 7 bleiben von der Etablierung des Nachweisverfahrens unberührt. Dies gilt auch für Überprüfungen durch den MDK, welcher die Einhaltung der Mindestanforderungen unabhängig der Verfügbarkeit des EDV-basierten Nachweisverfahrens basierend auf der MDK-QK-RL ab dem Tag des Inkrafttretens der QSFFx-RL überprüfen kann.

Zu Absatz 5:

Die ärztliche Zusatz-Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin wurde mit der Änderung der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer im Jahr 2018 etabliert und wird nachfolgend in die insoweit maßgeblichen Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern aufgenommen. Für die pflegerische Weiterbildung Notfallpflege liegen seit dem Jahr 2016 Empfehlungen der DKG vor. Da beide Weiterbildungen damit erst seit relativ kurzer Zeit bestehen, kann nicht mit Sicherheit davon ausgegangen werden, dass zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der QSFFx-RL in ausreichendem Umfang ärztliches und pflegerisches Personal mit der jeweiligen Weiterbildung verfügbar ist. Die Übergangsregelung sieht deshalb vor, dass die nach § 3 Absatz 1 Buchstabe c geforderte ärztliche Zusatz-Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin und die pflegerische Weiterbildung Notfallpflege ab dem 1. Januar 2025 vorzuhalten sind.

Zu den Regelungen in Anlage 1:

Die von der Richtlinie eingeschlossenen Kombinationen von Diagnosen und Leistungen werden in der Anlage 1 definiert. Anlage 1 führt die entsprechenden ICD und OPS Kombinationen auf.

Zu den Regelungen in Anlage 2:

2.1 SOP „Besondere Situation der Einwilligungsfähigkeit“

Ob ein Patient fähig ist zur Einwilligung in einen operativen Eingriff oder ob in dieser Hinsicht Einschränkungen bestehen - aus kognitiven oder sprachlichen Gründen - die „Einwilligungsunfähigkeit“ sollte nicht unnötig zu Verzögerungen im perioperativen Management führen, wenn die Operation als der geeignete Plan angesehen wurde.

Somit ist begründet, dass versorgende Krankenhäuser standardisierte Handlungsanleitungen (SOPs) zum Umgang mit Patienten mit ungeklärten Betreuungsverhältnissen / nicht einwilligungsfähigen Patienten und für Patienten mit Sprachbarrieren (fremdsprachige Menschen und Menschen mit Behinderung) implementieren. Es sind konkrete Verantwortlichkeiten für einen etwaigen strukturierten Austausch mit den Betreuern und Angehörigen zu definieren. Ggf. sind die Kontaktdaten des zuständigen Betreuungsgerichtes

und der zuständigen Personen und verantwortlichen Stellen an bekannten und im Notfall zugänglichen Stellen der aufnehmenden Klinik zu hinterlegen, bekannt zu machen und regelmäßig zu aktualisieren.

Insbesondere vor einem Eingriff in den Körper ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen. Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen.

Nationale und internationale Leitlinien enthalten Empfehlungen zum Umgang mit Patienten bei ungeklärten oder nicht einwilligungsfähigen Patienten)^{9, 10, 11, 12, 13}.

Dezierte Handlungsanweisungen und Empfehlungen zur Kommunikation und Aufklärung werden insbesondere in der NICE-Guideline NG37¹² formuliert.

Darin wird explizit darauf hingewiesen, dass dem betreuenden Krankenhauspersonal die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Aufklärungspflicht und strukturierte Abläufe zur Erlangung einer rechtssicheren Einverständniserklärung bei Patienten, die nicht einwilligungsfähig sind, zu vermitteln sind.

Landesärztekammern halten ebenfalls Informationen zur Aufklärungspflicht des Arztes bereit. An dieser Stelle seien exemplarisch die Informationen der Ärztekammer Berlin¹⁴ sowie der Landesärztekammern Sachsen¹⁵ und Baden-Württemberg¹⁶ genannt. In ihnen werden Handlungsanleitungen zur Aufklärung von Patienten mit eingeschränkter Einwilligungsfähigkeit und von Patienten mit Sprachbarrieren dargelegt. Darin benannt werden insbesondere auch juristisch begründete Empfehlungen zum Umgang mit Patienten mit ungeklärten Betreuungsverhältnissen /nicht einwilligungsfähigen Patienten und für Patienten mit Sprachbarrieren (fremdsprachige Menschen und Menschen mit Behinderung). Auch für diese besonderen Konstellationen sind von den versorgenden Einrichtungen standardisierte Handlungsanweisungen (SOPs) zu formulieren mit dem Ziel einer zeitnahen, operativen Versorgung. Ziel ist es, nach Möglichkeit vorzubeugen, dass diese Konstellationen Gründe für

9 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. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/012-001_S2e_Schenkelhalsfraktur_2015-10_01.pdf (Zugriff: 01.07.2020).

10 The Management of Hip Fracture in Adults. NICE clinical guideline 124. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Jun 2011, update 2017. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg124/evidence/full-guideline-pdf-183081997> (Zugriff: 01.07.2020).

11 Fractures (non-complex): assessment and management, Fractures: diagnosis, management and follow-up of fractures. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng38/evidence/full-guideline-pdf-2358460765> (Zugriff: 01.07.2020)

12 Fractures (complex): assessment and management, Complex fractures: assessment and management of complex fractures NICE Guideline NG37 Methods, evidence and recommendations February 2016, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng37/evidence/full-guideline-pdf-2359957649> (Zugriff: 01.07.2020)

13 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)

14 Ärztekammer Berlin; „Die ärztliche Aufklärungspflicht, Stand: März 2017“; https://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/30_Berufsrecht/08_Berufsrechtliches/06_Behandlung_von_Patienten_Pflichten_Empfehlungen/30_Merkblatt_Aufklaerungspflicht.pdf (Zugriff: 01.07.2020)

15 Hagenow-Ukat, S., Kratz, M. (2016): Ärztliche Behandlung und Einwilligungsfähigkeit von betreuten Patienten – Handlungsleitfaden.; Ärzteblatt Sachsen 3/2016, S. 108-111. https://www.slaek.de/media/dokumente/01/03Empfehlungen/Handlungsleitfaden_betreute_Patienten.pdf (Zugriff: 01.07.2020)

16 Landesärztekammer Baden-Württemberg mit den Bezirksärztekammern; Merkblatt „Die Aufklärungs- und Informationspflichten des Arztes; Stand Februar 2016; <https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/40merkblaetter/10merkblaetter/aufklaerungspflicht.pdf> (Zugriff:01.07.2020)

unnötige Verzögerungen zwischen Aufnahme eines Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur und Operationszeitpunkt (bei gegebener Operationsindikation) darstellen.

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

Priorisierung/ Planung (2.2.1., 2.2.2., 2.2.4., 2.2.7.):

National verbindliche Vorgaben zur Priorisierung von Eingriffen nach Dringlichkeit sind im internationalen Kontext ungewöhnlich (¹⁷siehe dort: Seite 8). Regional oder krankenhausspezifisch werden solche Systeme jedoch regelhaft eingesetzt^{17, 18, 19, 20, 21}.

Die Wichtigkeit von robusten Entscheidungsmodellen zur Priorisierung von Patienten werden allgemein anerkannt¹⁷. Diese Entscheidungsmodelle sollen ein effektives Kommunikationssystem zwischen den an den Entscheidungsprozessen beteiligten Berufsgruppen beinhalten.

Auf empirisch-statistischer Grundlage leiten *Fitzgerald* et al.¹⁸ bspw. drei Dringlichkeitskategorien ab, die in der Folge klinisch validiert wurden. Unterteilt werden dabei Eingriffe, die innerhalb der ersten Stunde zu erfolgen haben (u.a. Blutverlust >15 %, Behinderungen der Atemwege, ischämische Viszeralorgane, Gefäßrupturen), Eingriffe, die innerhalb von 2 bis 12 Stunden zu versorgen sind (u.a. offene Frakturen, instabile Frakturen, kontaminierte Wunden) und Interventionen, die innerhalb von 7- 45 Stunden zu versorgen sind (geschlossene Frakturen, diagnostische Prozeduren, Sehnenverletzungen auch nach Suizidversuch). Auf der Basis dieser Einteilung implementierte das New South Wales Departement of Health, Australien in 2009 ein Rahmensystem zur Priorisierung chirurgischer Notfälle als Teil des National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP).

Für Großbritannien existiert die für die dortigen externen Qualitätssicherungsprogramme verpflichtend zu verwendende NCEPOD-Classification of Interventions (ohne gynäkologisch-geburtshilfliche Notfälle)²². Sie definiert bspw. 4 „Kategorien der Dringlichkeit“ („immediate“, „urgent“, „expedited“ und „elective“). Jeder zur Operation anstehende Patient ist dabei vom zuständigen Consultant zum Zeitpunkt des Operationsentscheids zu kategorisieren. Die NCEPOD klassiert dabei die Fixation von Frakturen in Kategorie 2 („urgent“).

Im deutschen System zeigten sich bei den Rückmeldungen aus dem Strukturierten Dialog für den Indikator „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (QI-ID 54030) der ESQS Struktur- und Prozessmängel hinsichtlich geringer Operationskapazitäten, Personalmangel am Wochenende oder Engpässe bei der Verfügbarkeit postoperativer Überwachungsmöglichkeiten. Zudem wurde

17 **Good practice in management of emergency surgery: a literature review; Published by the Performance, Acute Programs and Rural Health Branch, Victorian Government Department of Health, Melbourne, Victoria, State of Victoria, 2010.** <https://www2.health.vic.gov.au/about/publications/policiesandguidelines/Good-practice-in-management-of-emergency-surgery-a-literature-review> (Zugriff: 01.07.2020)

18 **Fitzgerald, J., Lum, M. et al. (2006): Scheduling unplanned surgery: a tool for improving dialogue about queue position on emergency theatre lists.; Australian Health Review May 2006, Vol. 30 No.2, 219-231.**

19 **Sandbeak, B.E., Helgheim, B.I. et al. (2014): Impact of changed management policies on operating room efficiency.; BMC Health Service Research 2014, 14; 224.**

20 **Bauer, M., Hinz, J. et al. (2010): Göttinger Leitfaden für OP-Manager, Anaesthetist 2010 · 59:69–79 · DOI 10.1007/s00101-009-1662-5**

21 **Wullink, G., van Houdenhoven, M. et al. (2007): Closing emergency operating rooms improves efficiency.; J Med Syst. 2007 Dec; 31(6): 543-6.**

22 **National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death (NCEPOD) Classification of Intervention; <http://www.ncepod.org.uk/classification.html> (Zugriff: 01.07.2020)**

berichtet, dass Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gegenüber Patientinnen und Patienten aus anderen Fachgebieten nur verzögert operiert werden konnten.

Insofern ist die Feststellung der Dringlichkeit der operativen Versorgung nach eindeutiger Handlungsanweisung unter Anwendung eines strukturierten und möglichst validierten Systems zur Behandlungspriorisierung (2.2.1) begründet. Ob auf dieser Basis Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur auf einer Tages-Notfallliste oder in einem eigenen, für den Eingriff geeigneten Notfall-Operationssaal versorgt werden (2.2.2.) richtet sich dabei auch nach der Größe der versorgenden Einrichtung. Regelungen zu Ablauforganisation und Kommunikation für die OP-Saalbereitstellung sowie schriftliches Vorliegen von Verantwortlichkeiten und Erreichbarkeiten zur Planung der Operationskapazitäten sind zudem begründet. Die Dringlichkeit der Saalbereitstellung ergibt sich aus dem krankenhausinternen, interdisziplinären Konsens über die Kategorisierung der nichtelektiven Eingriffe (2.2.7.) Zudem sind interdisziplinäre Regelungen und Ablaufpläne zu erstellen, die eine potentielle Priorisierung von Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur ermöglichen für etwaig erforderliche präoperative Zusatzdiagnostik (z.B. kardiologische, radiologische, neurologische Zusatzuntersuchungen oder Labortests) um der Möglichkeit einer systembezogenen Operationsverzögerung vorzubeugen (2.2.4.).

Teamansätze (2.2.3., 2.2.4.,2.2.5.,2.2.7.):

Internationale Leitlinien adressieren Teamansätze bei der Versorgung von Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur^{10, 23, 24, 25, 26, 27}.

Teamansätze erfordern die Zuordnung klarer Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten bei der interdisziplinären Versorgung. Hierzu sind von den versorgenden Krankenhäusern eindeutige Regelungen zu treffen (Welche klinische Abteilung ist bei der Versorgung federführend? Bei welcher Person liegt die letzte medizinische Verantwortung für die Steuerung der Versorgung innerhalb der klinischen Versorgungswege?) (2.2.3.).

Zur Identifikation der besonders vulnerablen geriatrischen Patientengruppe mit erhöhtem Risiko für unerwünschte Ereignisse im Verlauf der Behandlung ist ein präoperatives geriatrisches Screening anhand eines validierten Erhebungsinstrumentes durchzuführen (z.B. geriatrisches Screening nach *Lachs et al.*²⁸ oder das *ISAR-Screening*²⁹ - das zur Identifizierung

23 **Delirium: prevention, diagnosis and management NICE-CG 103, 2010**
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/evidence/full-guideline-pdf-134653069> (Zugriff: 01.07.2020)

24 **American Academy of Orthopaedic Surgeons; 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)

25 **American Geriatrics Society Abstracted Clinical Practice Guideline for Postoperative Delirium in Older Adults (2015).**
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5901697/pdf/nihms950846.pdf> (Zugriff: 01.07.2020)

26 **Quality-Based Procedures Clinical Handbook for Hip Fracture, Health Quality Ontario & Ministry of Health and Long-Term Care May 2013** http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/ecfa/docs/qbp_hipfracture.pdf (Zugriff:01.07.2020)

27 **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
(Zugriff: 01.07.2020)

28 **Lachs MS, Feinstein AR, Cooney LM, Jr., Drickamer MA, Marottoli RA, Pannill FC et al. A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. Ann Intern Med 1990; 112:699-706**

29 **Warburton RN et al., Identification of seniors at risk: process evaluation of a screening and referral program for patients aged ≥ 75 in a community hospital emergency department, Int J Health Care Qual Assur 2004, 17: 339-3**

geriatrischer Patienten in der Notaufnahme 2012 von der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, dem Bundesverband Geriatrie und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie in einem Positionspapier insbesondere für deutsche Notaufnahmen empfohlen wurde, in denen keine direkte Beurteilung durch einen Geriater erfolgt³⁰ (2.2.5.).

Sturz- und Frakturrisiko (2.2.6.):

Zahlreiche nationale und internationale Leitlinien enthalten Empfehlungen zur Prävention zukünftiger Frakturen und zur Abschätzung des Sturz- und Frakturrisikos bei Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur^{9, 10, 13, 27}.

Es sind Regelungen zur Sturzprophylaxe, die Erfassung und Dokumentation des Sturzrisikos sowie eine Maßnahmenplanung zur Sturzvermeidung bei jedem Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur festzulegen (2.2.6.). Dies kann bspw. durch den Einsatz des „Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege“³¹ erfolgen.

Überwachungskapazitäten (2.2.8.):

Weiterhin sind Regelungen zu treffen, die bereits vor der Durchführung des operativen Eingriffs bei Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur die notwendigen Überwachungskapazitäten und den potentiell erforderlichen Überwachungsbedarf der Patienten postoperativ abschätzen.

Hier sollten insbesondere freie Plätze auf den Intensivstationen, Intermediate-Care-Einheiten oder in Aufwächerräumen fokussiert werden (2.2.8.). Zur Abschätzung der Fallschwere eines Patienten und des daraus resultierenden Überwachungsbedarfs kann ein validiertes Score-System eingesetzt werden (z.B. SAPS II³², SOFA³³). Zur Abschätzung des Agitationsgrades und des daraus resultierenden Überwachungsbedarfs agitierter Patienten kann ebenfalls ein spezifisches Score-System eingesetzt werden, welches die erstgenannten Systeme ergänzt (z.B. der Sedation Agitation Score³⁴ oder der Richmond Agitation Sedation Score³⁵).

Prävention thromboembolischer Komplikationen (2.2.9.):

30 Thiem, U., Greuel, H.W. et al. (2012): Positionspapier zur Identifizierung geriatrischer Patienten in der Notaufnahme in Deutschland; Z Gerontol Geriat 2012, 45; 310-314.

31 Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.); Auszug aus der Veröffentlichung zum Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege 1. Aktualisierung 2013.
https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Sturzprophylaxe_in_der_Pflege/Sturz-Akt_Auszug.pdf (Zugriff: 01.07.2020)

32 Le Gall et al. (1993): A new Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. JAMA (1993) 270: 2957-6

33 Vincent, J.L., de Mendonca, A. et al. (1998): Use of the SOFA score to assess the incidence of organ dysfunction/failure in intensive care units: results of a multicenter, prospective study. Working group on sepsis-related problems of the European Society of Intensive Care Medicine. Crit Care Med 1998; 26:1793-1800.

34 Riker R.R. et al. (1999): Prospective evaluation of the Sedation Agitation Scale for adult critically ill patients.; Crit. Care Med 1999 27: 1325-9

35 Sessler C.N. et al. (2002): The Richmond agitation-sedation scale. Validity and reliability in adult intensive care unit patients.; Am J Respir Crit Care Med 2002, 166: 1338-44.

Die hochwertige NICE-Guideline CG 92³⁶ beinhaltet evidenzbasierte Empfehlungen zur Risikominimierung und Prävention venöser Thromboembolien und legt die Evidenz hinsichtlich der Effektivität primär präventiver Maßnahmen dar. Mit hoher Evidenzqualität und Empfehlungsstärke wird formuliert:

“Offer combined VTE (Venous Thromboembolism-prophylaxis) with mechanical and pharmacological methods to patients undergoing hip fracture surgery. Provided there are no contraindications, add pharmacological VTE prophylaxis.”

In den S2e-Leitlinien der AWMF zur Schenkelhalsfraktur⁹ wird folgende Empfehlung ausgesprochen:

„Hüftfrakturen zählen zu den Hochrisikofaktoren für eine Thrombose. Empfehlung: Thromboseprophylaxe unter Beachtung der allgemeinen und lokalen Kontraindikation“.

Eine leitliniengerechte, medikamentöse und physikalische Thromboembolieprophylaxe ist demnach als Standard zu formulieren.

Metforminhaltige orale Antidiabetika (2.2.10. und 2.2.11.):

Die Einnahme oraler Antidiabetika vom Metformintyp wird als häufiger Grund für verzögerte Operationen angeführt.

In der S2e-Leitlinie der AWMF zur Schenkelhalsfraktur des Erwachsenen⁹ wird die Einnahme von metforminhaltigen Antidiabetika als „wichtiger Begleitumstand“ bezeichnet (Seite 13, 3.4 der Leitlinie). Das Biguanid Metformin, das eine potenziell lebensbedrohliche Laktatazidose verursachen kann, wird zur oralen Therapie des Diabetes Mellitus verordnet. Es wird empfohlen, das Medikament 48 Std. vor *elektiven* Eingriffen abzusetzen. Diese Vorgehensweise wird jedoch kontrovers diskutiert. Chan et al. kamen zu dem Ergebnis, dass die Inzidenz der Laktatazidose unter Metformin lediglich 0 bis 0,084 Fälle pro 1000 Patientenjahre beträgt³⁷. Ein Cochrane-Review von 2010 mit Inklusion von mehr als 200 Studien mit 47.846 Metformin-Patientenjahren und 38.221 Nicht-Metformin-Patientenjahren fand keinen Hinweis auf ein erhöhtes Laktatazidose-Risiko unter Metformin³⁸. Bei *nicht-elektiven* Eingriffen - wie z.B. einer hüftgelenknahen Femurfraktur - kann die Empfehlung, das Medikament zwei Tage vor der Operation abzusetzen, nicht eingehalten werden. Hier ist es wichtig, dass der Anästhesist über die vorherige Einnahme von Metformin informiert ist, um in solchen Fällen ein potentiell hepatotoxisches Anästhesieregime oder eine perioperative Dehydratation bewusst vermeiden zu können. In jedem Fall sind Regelungen in Form von SOPs vorzusehen zum Umgang mit Patienten, die unter metforminhaltigen oralen Antidiabetika stehen um prolongierte präoperative Verweildauern zu minimieren und Leitliniengerechte Handlungsanweisungen zum Umgang mit betroffenen Patienten zu implementieren.

Delir und Dekubitus (2.2.12):

36 Venous thromboembolism: reducing the risk of venous thromboembolism (deep vein thrombosis and pulmonary embolism) in patients admitted to hospital – NICE-Guideline CG 92, 201
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg92/evidence/full-guideline-pdf-243920129> (Zugriff:01.07.2020).

37 Chan, N.N., Brain, H.P.S. et al. (1999): Metformin-associated lactic acidosis: a rare or very rare clinical entity? Diabetic medicine, Vol.16, Iss. 4, pp:273-281.

38 Salpeter SR, Greyber E, Pasternak GA, Salpeter EE. Risk of fatal and nonfatal lactic acidosis with metformin use in type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 4. Art. No.: CD002967. DOI: 10.1002/14651858.CD002967.pub4.

Der Erkennung und Prävention von deliranten Zuständen ist hohe Aufmerksamkeit zu widmen. Das Vorliegen oder Auftreten eines solchen Zustandes kann schwerwiegende Konsequenzen für betroffene Patienten nach sich ziehen (gesteigertes Risiko hinsichtlich dementieller Zustände oder Tod²³). Insbesondere für hospitalisierte Patienten kann zudem das Risiko zur Aufnahme in Langzeitpflegeeinrichtungen erhöht sowie die Verweildauer im Krankenhaus verlängert werden²³.

Die Entwicklung von Dekubitalulzera während eines stationären Krankenhausaufenthaltes gilt zudem als schwere, potentiell vermeidbare Komplikation. Hinsichtlich der Prävention von Dekubitalulzera werden konkrete Lagerungstechniken und Empfehlungen mit hohem Evidenzgrad formuliert, die der Entwicklung von lagerungsbedingten Druckgeschwüren vorbeugen können:

In methodisch hochwertigen nationalen und internationalen Leitlinien werden evidenzbasierte Empfehlungen zur Vorbeugung von deliranten Zuständen und Dekubitalulzera^{9, 23, 26} formuliert.

Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe wurden auch vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege entwickelt³⁹. An ihnen können standardisierte Handlungsanweisungen in Krankenhäusern orientiert werden.

Regelungen zur präoperativen Einschätzung und zum Management von Delir und Dekubitus sind daher festzulegen (2.2.12.). Schriftlich fixierte Standards zur Dekubitusprophylaxe und zum Umgang mit deliranten oder von Delir bedrohten Patienten sind bei Aufnahme, im OP und auf Station umzusetzen.

2.3. SOP „Operationsverfahren“

Die Indikation zur Osteosynthese oder Endoprothese ist individuell zu stellen. In nationalen und internationalen Leitlinien werden evidenzbasierte Algorithmen und Empfehlungen zur Auswahl des Operationsverfahrens und des Implantats für die operative Behandlung unterschiedlicher Typen hüftgelenknaher Femurfrakturen deklariert^{9, 10, 13, 24, 26}.

Die Empfehlungen der nach Domäne 3, AGREE II methodisch hochwertigen Leitlinien sind durchgehend mit hoher formaler Evidenz, hohem Empfehlungsgrad und/oder imperativer Formulierung getroffen und sollen bei der Auswahl des Verfahrens im individuellen Einzelfall berücksichtigt werden.

Eine dänische Forschergruppe der Universität Kopenhagen veröffentlichte 2012 einen wissenschaftlich evaluierten, evidenzbasierten Algorithmus zur Wahl des operativen Behandlungsverfahrens für Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur und validierte diesen in den Folgejahren (The Hvidovre Algorithm)^{40, 41, 42}. Dabei konnte gezeigt werden, dass „mit der chirurgischen Standardisierung bessere Ergebnisse in der heterogenen Gruppe der Hüftfraktur-Patienten erreicht werden können“.

39 Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege – 2. Aktualisierung 2017“; Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück ISBN: 978-3-00-009033-2

https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Dekubitusprophylaxe_in_der_Pflege/Dekubitus_2Akt_Auszug.pdf (Zugriff: 01.07.2020)

40 Palm, H., Krashennikoff, M. et al. (2012): A new algorithm for hip fracture surgery; *Acta Orthopaedica* 2012; 83 (1): 26-30.

41 Ban, I., Palm, H. et al. (2014): Implementing, Adapting and Validating an Evidence-based Algorithm for Hip-Fracture Surgery; *J Orthop Trauma* 2014; 28: e21-e26.

42 Palm, H., Posner, E. et al. (2013): High reliability of an algorithm for choice of implants in hip fracture patients; *International Orthopaedics (SICOT)* 2013; 37: 1121-1126.

Es sollte beachtet werden, dass für viele Arten von Frakturen die Evidenz in Bezug auf die Wirksamkeit *einer* Art von Operation oder Vorrichtung gegenüber einer anderen nicht definitiv ist²⁶.

Es sollte für Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur ein Operationsverfahren und Implantat ausgewählt werden, welches - orientiert an den individuellen Erfordernissen des jeweiligen Patienten - die größten Möglichkeiten bietet, die sofortige Vollbelastung 24 Stunden nach der Operation zu erleichtern²⁶.

Aufgrund der heterogenen Frakturtypen und Versorgungsmöglichkeiten mit osteosynthetischen und endoprothetischen Techniken sind die Anforderungen an die versorgenden Fachabteilungen hoch, da diverse Implantate und geeignete Operationssäle mit der erforderlichen Infrastruktur bereitgehalten werden müssen. Operierende Chirurgen müssen potentiell eine Vielzahl an Operationstechniken (osteosynthetische und endoprothetische Verfahren) beherrschen.

Es sind Regelungen zu treffen, welche operativen Versorgungen jeweils im eigenen Haus geleistet werden können und welche Patienten ggf. in Krankenhäuser mit dem Angebot ggf. zusätzlicher osteosynthetischer und/oder endoprothetischer Verfahren zu verlegen sind („Aufwärtsverlegungen“ unter Berücksichtigung des klinischen Zustandes der Patienten). Hierbei kann es sinnvoll sein, etwaige Wegstrecken zu kalkulieren, die sinnvolles, ärztlich begründetes Vorgehen erlauben ohne die Patientensicherheit zu gefährden und unnötige Verlängerungen der präoperativen Verweildauer generieren. Ferner können geeignete und ggf. kooperierende Krankenhäuser mit zusätzlichem Versorgungsspektrum dokumentiert werden. Die Regelungen sind in SOPs schriftlich zu fixieren.

Für konservativ zu behandelnde Patienten liegt ein eigener, schriftlich fixierter Behandlungsablauf vor (2.3.3.). Dabei können die Empfehlungen aus den deutschen S2e-Leitlinien der AWMF zur Schenkelhalsfraktur⁹ und pertrochantären Fraktur⁴³ als Orientierung dienen.

2.4. SOP „Umgang mit gerinnungshemmender Medikation“

Eine hüftgelenknahe Femurfraktur gilt als medizinischer Akutfall. Eine zeitnahe Versorgung - auch unter oraler Antikoagulation - muss daher in der Regel das Ziel sein.

Das Blutungsrisiko für unterschiedliche Frakturtypen wird dabei different angegeben, wobei für mediale Schenkelhalsfrakturen – auch abhängig vom gewählten operativen Verfahren – eher ein geringeres Blutungsrisiko postuliert wird als für per- oder subtrochantäre Frakturen⁴⁴. Als ein wesentlicher Verzögerungsgrund für einen operativen Eingriff gilt die Gabe gerinnungshemmender Medikation. In verschiedenen, nationalen und internationalen Leitlinien werden Empfehlungen zur Thromboseprophylaxe bei Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur formuliert und/oder zum Umgang mit Patienten, die eine solche Fraktur erlitten haben und zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus bereits unter

43 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/012-002l_S2e_Petrochantaere_Oberschenkelfraktur_2015-07-abgelaufen.pdf (Zugriff: 01.07.2020)

44 Kozek, S., Güttl, M., et al. (2016): Klinischer Pfad – Behandlung hüftnaher Frakturen bei zuvor oral antikoagulierten Patientinnen und Patienten inkl. Ergänzungen; Bundesministerium für Gesundheit, Wien; https://www.oeglmc.at/down/Klin_Pfad_Behandlung_hueftnaher_Frakturen.pdf (Zugriff: 01.07.2020)

gerinnungshemmender Medikation stehen^{9, 24, 45, 46, 47}. Insbesondere das Vorgehen bei bereits zuvor antikoagulierten Patienten wird auch im „*Klinische(n) Pfad – Behandlung hüftnaher Frakturen bei zuvor oral antikoagulierten Patientinnen und Patienten inkl. Ergänzungen (2016)*“ des österreichischen Bundesministers für Gesundheit⁴⁴ thematisiert.

In Deutschland wurden bei den Rückmeldungen aus dem Strukturierten Dialog zum Indikator präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Erfassungsjahr 2015 angegeben, dass es zu Verzögerungen bei der präoperativen Verweildauer aufgrund von antikoagulierten Patientinnen und Patienten kam – dies auch in Zusammenhang mit neuen / direkten oralen Antikoagulantien (NOAKs/ DOAKs) und Vitamin-K-Antagonisten.

Auch im Rahmen des österreichischen Peer-Review-Verfahrens zur stationären Qualitätssicherung war bereits 2013 aufgefallen, dass die Mehrzahl der Fälle mit verlängerter präoperativer Verweildauer > 48 Stunden aus oral antikoagulierten Patientinnen und Patienten bestand. Verbesserungspotenziale bei der Versorgung dieser Patienten wurden insbesondere identifiziert bei der Anamneseerhebung, der laboranalytischen Analyse der medikamentenabhängigen Gerinnungshemmung, der Verordnung von Vitamin K und gerinnungsfördernden Medikamenten und Maßnahmen, sowie bei der Erstellung von Krankenhaus-internen Standards. Daraus folgte im Auftrag der österreichischen Bundesgesundheitskommission die Entwicklung eines klinischen Leitfadens zur Optimierung des perioperativen Behandlungspfades für zuvor antikoagulierte Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur, der als Orientierung bei der Implementierung krankenhauseigener Standards dienen kann.

Im dänischen „Referenceprogram for Patienter med Hoftebrud“⁴⁸ werden zudem Patienten mit erhöhter Blutungstendenz in der Anamnese adressiert (u.a. Hämophiliepatienten, Patienten mit von Willebrand-Syndrom). Dabei werden Kooperationen mit dem nächstgelegenen Hämophiliezentrum gefordert. Darüber hinaus werden spezifische Dosierungsalgorithmen für Routinewirkstoffe zur antikoagulativen Therapie auch und speziell für Patienten mit Niereninsuffizienz dargelegt und empfohlen.

Für das Vorgehen bei Patientinnen und Patienten, die gerinnungshemmende Medikamente einnehmen, soll das Krankenhaus daher Regelungen vorliegen haben. Dies wird auch in der AWMF-Leitlinie zur Schenkelhalsfraktur des Erwachsenen gefordert⁹.

Für den Fall, dass keine Angabe zur letzten Einnahme „Direkter oraler Antikoagulantien“ (DOAK) bzw. „Neuer oraler Antikoagulantien (NOAK)“, wie zum Beispiel Apixaban, Edoxaban, Rivaroxaban oder Dabigatran vorliegt und der letzte Einnahmezeitpunkt auch nicht sicher zu ermitteln ist, sind Regelungen zu treffen (2.4.1). Zudem sind Regelungen zu treffen zur Bestimmung und Durchführung des Gerinnungsstatus mit zeitlichen Vorgaben für die Regelversorgung tagsüber, für die Nacht sowie für den Not-, Wochenend- und Feiertagsdienst sowie eine Stratifizierung des Thromboembolierisikos zur Entscheidung über ein (prä- und/oder post-operatives) Bridging bzw. Switching nach einem interdisziplinär abgestimmten Algorithmus^{9, 44} (2.4.2 und 2.4.3). Es sind ferner Regelungen zum Umgang mit Patienten mit

45 **Evaluation and Management of geriatric trauma: An Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline**

<https://www.east.org/education/practice-management-guidelines/geriatric-trauma%2C-evaluation-and-management-of> (Zugriff: 01.07.2020)

46 **Venous thromboembolism: Reducing the risk of venous thromboembolism (deep vein thrombosis and pulmonary embolism) in patients admitted to hospital – NICE-Guideline CG 92, 201**

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg92/evidence/full-guideline-pdf-243920129> (Zugriff: 01.07.2020)

47 **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).

48 **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> (Zugriff: 01.07.2020).

erhöhter Blutungstendenz auf Grund von Erkrankungen des Gerinnungssystems zu treffen und ggf. Kooperationsszenarien mit geeigneten benachbarten Krankenhäusern darzulegen bei nicht gewährleisteter Versorgung in der aufnehmenden Abteilung (z.B. für Hämophiliepatienten, Patienten mit von Willebrandssyndrom) (2.4.4).

Regelungen für die Indikationsstellung von regionalen Anästhesieverfahren (Nervenblockaden, spinale und peridurale Anästhesieverfahren) sind unter Berücksichtigung der erforderlichen und/oder bereits verabreichten medikamentösen antikoagulativen Therapie und des damit einhergehenden Risikos und klinischer Patientenzustände ggf. interdisziplinär festzulegen^{9, 26, 44} (2.4.5.). 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 sowie Regelungen zum prä- und postoperativem Umgang mit Antikoagulantien sind ggf. interdisziplinär festzulegen^{24, 26, 27, 36, 44, 48} (2.4.6. und 2.4.8.). Weiterhin sind Regelungen (mit Dosierungsalgorithmen) für Patienten mit Niereninsuffizienz für gerinnungshemmende Medikamente wirkstoffspezifisch festzulegen⁴⁸ (2.4.7.).

2.5. SOP „Patientenzentriertes Blutmanagement (PBM)“

Die Verabreichung von Bluttransfusionen soll sicherstellen, dass Organe ausreichend mit Sauerstoff versorgt werden, eine Blutarmut sowie Blutverluste im Kontext von Operationen können das Risiko für Krankenhaussterblichkeit und andere Komplikationen erhöhen.

Gleichzeitig weisen Transfusionen auch Risiken auf. Erythrozytenkonzentrate (EKs) können demnach teilweise Nebenwirkungen, wie zum Beispiel allergische, hämolytische und nicht-hämolytische Transfusionsreaktionen, hervorrufen.

Aus diesem Grund geben weltweite Leit- und Richtlinien zur Therapie mit Blutkomponenten strukturiert vor, wann ein zu niedriger Hämoglobinwert (Hb-Wert) mit EKs behandelt werden sollte.

Die Entscheidung zur Transfusion sollte genau überdacht sein und im Übrigen nicht alleine vom Hb-Wert abhängig gemacht werden.

Die Querschnittsleitlinien der Bundesärztekammer geben Kriterien für die Indikationsstellung zur EK- Transfusion vor.

Demzufolge sollen neben dem HB-Wert als weitere Faktoren einbezogen werden:

- die individuelle Anämietoleranz (d.h. inwieweit die Sauerstoffversorgung des Gewebes trotz Anämie aufrechterhalten werden kann)
- der Zustand des Patienten sowie
- weitere Symptome eines Sauerstoffmangels.

Ein Patientenzentriertes Blut-Management (Patient Blood Management / PBM) dient der Erhöhung der Patientensicherheit und zielt auf einen rationalen Einsatz von Blutkonserven ab. Es stützt sich auf drei wesentliche Säulen: Auf die Diagnostik und Therapie der präoperativen Blutarmut, auf fremdblutsparende Maßnahmen, sowie den rationalen Einsatz von Bluttransfusionen.

Die Umsetzung eines PBM wird unter anderem seit 2010 durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) allen seinen Mitgliedsstaaten offiziell empfohlen.

Die vorliegende SOP soll hierzu einen Beitrag leisten.

2.6. SOP „Orthogeriatrische Zusammenarbeit für Patienten mit positivem geriatrischen Screening“

Zur Identifikation der besonders vulnerablen geriatrischen Patientengruppe mit erhöhtem Risiko für unerwünschte Ereignisse im Verlauf der Behandlung ist ein präoperatives geriatrisches Screening anhand eines validierten Erhebungsinstrumentes durchzuführen (siehe 2.2.5. der SOP „Perioperative Planung“). Eine Altersgrenze oder weitere Kriterien zur Auswahl, für welche Patienten ein geriatrisches Screening durchgeführt werden soll, ergibt sich in der Regel aus dem verwendeten Erhebungsinstrument. Internationale Studienresultate und Systematic Reviews weisen auf belastbare Evidenz für die Wirksamkeit orthogeriatrischer Kooperationen in der Behandlung älterer Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur bezogen auf einzelne patientenrelevante Endpunkte hin (Mortalität bei Krankenhausentlassung, Langzeitmortalität, Heimaufnahmerate/Rückkehr in die vertraute Umgebung, Delirreduktion, funktionaler Status/ADL^{1, 3, 4, 5, 49, 50}). Dies spiegelt sich auch in den Empfehlungen internationaler Leitlinien wieder^{10, 13, 26, 27, 51}.

Für die orthogeriatrische Kooperation bei Patienten mit initial positiven geriatrischen Screening sind konkrete Ansprechpartner zu benennen. Ein geeignetes Screeninginstrument ist z.B. das „Geriatrische Screening nach Lachs et al.“²⁸, welches im Sinne einer Checkliste, die im Rahmen der Anamneseerhebung eingesetzt werden kann, Geriatrie-typische Problembereiche und Risikokonstellationen erfasst. Postoperativ sind geriatrische Assessments hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte durchzuführen (Mobilität, Selbständigkeit Kognition, Emotion, Schmerzen) zur Prognoseabschätzung, zur Abschätzung der Rehabilitationsfähigkeit und zur Formulierung realistischer Behandlungsziele. Dies kann durch den Einsatz validierter Testverfahren (z.B. „Tinetti-Test“⁵², „Timed-up-and-go-Test“⁵³, Barthel-Index^{54, 55}) nach erfolgter Operation und primärer Mobilisation in multidisziplinärer Abstimmung erfolgen.

Zudem stellt die Polymedikation multimorbider Patienten eine große Herausforderung dar. Anwendungs-, Compliance-, Interaktions- und Nebenwirkungsprobleme treten bei dieser Patientengruppe gehäuft auf. Aufgrund zunehmender Multimorbidität und eines höheren durchschnittlichen Lebensalters der Patienten werden therapeutische Entscheidungen und Therapieregime zunehmend komplexer. Maßnahmen zur adäquaten Koordination und ärztlichen Qualitätssicherung der Arzneimitteltherapie sind daher zunehmend notwendig und gefordert.

Regelungen zu einem Polymedikationsmanagement sind dabei festzulegen.

Regelungen zur Durchführung interdisziplinärer Visiten und/oder Teambesprechungen sind dabei Bestandteil der SOP.

49 Buecking, B., Timmesfeld, N. et al. (2013): Early orthogeriatric treatment of trauma in the elderly: a systematic review and metaanalysis. *Dtsch Arztebl Int.* 2013 Apr;110(15):255-62. doi: 10.3238/arztebl.2013.0255. Epub 2013 Apr 12.

50 Taraldsen K., Thingstad, P. et al (2015): The long-term effect of being treated in a geriatric ward compared to an orthopaedic ward on six measures of free-living physical behavior 4 and 12 months after a hip fracture - a randomised controlled trial. *BMC Geriatr.* 2015 Dec 4;15:160. doi: 10.1186/s12877-015-0153-6.

51 American Geriatrics Society Abstracted Clinical Practice Guideline for Postoperative Delirium in Older Adults (2015).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5901697/pdf/nihms950846.pdf> (Zugriff: 01.07.2020)

52 Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1986;34:119-126

53 Podsiadlo D, Richardson S. The Timed „Up & Go“: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:142-148.

54 Mahoney FI, Barthel DW. (1965): Functional Evaluation. The Barthel Index. *MD State Med J* 1965;14: 61-65.

55 <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/zusatz-06-barthelindex.htm> (Zugriff: 01.07.2020)

2.7 SOP „Physiotherapeutische Maßnahmen“^{56, 57}

Der frühestmögliche Einsatz physiotherapeutischer Maßnahmen wird in nationalen und internationalen Leitlinien, dem Weißbuch Alterstraumatologie wie auch u. a. in den Zertifizierungskriterien der Alterstraumazentren gefordert.

Frühes funktionelles Training und Mobilisation wirkt motorischen Einschränkungen bei geriatrischen Patienten entgegen und schafft eine gute Ausgangssituation für weitere Trainingsmaßnahmen, denn Muskelmasse und Kraftleistung verringern sich postoperativ aufgrund der Immobilisierung innerhalb kürzester Zeit. Kognitiv eingeschränkte und demente Patienten profitieren ebenfalls von mobilisierenden Maßnahmen. Übergeordnetes Ziel ist der Erhalt und Aufbau der funktionellen und motorischen Leistungsfähigkeit sowie die frühzeitige Wiedererlangung der Gehfähigkeit, um Rehabilitationsfähigkeit herzustellen. Dadurch sollen die Selbständigkeit gefördert und Pflegebedürftigkeit vermieden werden. Voraussetzung eines jeden Trainings ist eine angemessene Intensität, Dauer und Frequenz.

In die Akutbehandlung sollte daher die frühzeitige, therapeutische Aktivierung im Sinne einer ergo- und physiotherapeutischen Behandlung durch Fachpersonal eingebunden werden. Die physiotherapeutischen Maßnahmen richten sich nach dem Verletzungsmuster und der unfallchirurgischen operativen Versorgung und sind individuell auf den jeweiligen Patienten abzustimmen. Ablauf, Dauer, und Frequenz der Therapieeinheiten sollten in der SOP festgelegt werden.

Zu den Regelungen in Anlage 3:

Die Anlage 3 QSFFx-RL umfasst die Checkliste zur Ermittlung der Erfüllung der Mindestanforderungen zum Beschluss über eine „Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur“ für die jährliche Strukturabfrage gemäß § 8 und dient auch als Grundlage für die stichtagsbezogene Nachweisführung des Krankenhauses über deren Erfüllung gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemäß § 6.

Gemäß § 10 Absatz 1 QSFFx-RL gelten bei einem Krankenhaus, das die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012 erfüllt, die Mindestanforderungen gemäß § 3 Absätze 1 bis 4 als erfüllt. Dieser Ausnahmetatbestand wurde in der Checkliste unter A9 aufgenommen. Zur Reduzierung des Dokumentationsaufwandes bei gleichzeitiger Klarstellung, dass jedes der aufgeführten Merkmale erfüllt werden muss, damit die Anforderungen an ein Überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012 als erfüllt angesehen werden können, werden hier die Anzahl der Merkmale unter den Überschriften des Kriterienkatalogs des Anhang 3 zur Anlage 3 von A bis E als Prüfoption aufgeführt.

Zum Anhang zur Anlage 3:

Der Anhang zu Anlage 3 spezifiziert die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletztenversorgung Stand Mai 2012 (S. 17f.) abschließend. Die im Anhang spezifizierten Anforderungen müssen vollständig erfüllt sein, um alle Fragen unter A9 der Checkliste mit „ja“ zu beantworten. Eine erfolgreiche Zertifizierung als überregionales Traumazentrum nach dem Verfahren der Fachgesellschaft (DGU) ist nicht Voraussetzung, um die Ausnahmeregelung gemäß § 10 Absatz 1 geltend zu machen.

56 **Kriterienkatalog AltersTraumaZentrum DGU®**; http://www.alterstraumazentrum-dgu.de/fileadmin/user_upload/alterstraumazentrum-dgu.de/docs/AltersTraumaZentrum_DGU_Kriterienkatalog_V1.2_01.01.2018.pdf (Zugriff: 01.07.2020)

57 Liener, UC, Becker, C, Rapp, K. (2018): Weißbuch Alterstraumatologie, Kohlhammerverlag, Stuttgart

Zu den Regelungen in Anlage 4:

Mit der vorliegenden Anlage 4 (Erklärung der Richtigkeit der Angaben gemäß § 8 Absatz 4 QSFFx-RL) wird die Richtigkeit der an die Datenannahmestelle nach § 8 Absatz 3 übermittelten Daten der Strukturabfrage bestätigt. Diese ist von der geschäftsführenden oder einer vertretungsberechtigten Person der Einrichtung zu unterzeichnen und an das IQTIG zu übermitteln. Form und Fristen der Übermittlung sind in § 8 Absatz 4 der Richtlinie geregelt.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von 99.465 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 327.305 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage I**.

4. Verfahrensablauf

Am 26. April 2018 begann die AG QS Femurfraktur mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In 13 Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten (s. untenstehende Tabelle).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
21. Dezember 2017	Plenum	Einrichtung und Beauftragung der AG QS Femurfraktur zur Erstfassung der QS Femurfraktur-Richtlinie gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser zum Thema Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur
26. April 2018	AG-Sitzung	Beratung Entwurf QS Femurfraktur-RL
7. Juni 2018	AG-Sitzung	Beratung Entwurf QS Femurfraktur-RL
20. Juli 2018	AG-Sitzung	Beratung Entwurf QS Femurfraktur-RL
8. August 2018	AG-Sitzung	Beratung Entwurf QS Femurfraktur-RL
5. September 2018	Unterausschuss QS	Sachstandsbericht
7. September 2018	AG-Sitzung	Beratung Entwurf QS Femurfraktur-RL
25. Oktober 2018	AG-Sitzung	Beratung Entwurf QS Femurfraktur-RL
20. November 2018	AG-Sitzung	Beratung Entwurf QS Femurfraktur-RL
14. Dezember 2018	AG-Sitzung	Beratung Entwurf QS Femurfraktur-RL
10. Januar 2019	AG-Sitzung	Beratung Entwurf QS Femurfraktur-RL
13. März 2019	AG-Sitzung	Beratung Entwurf QS Femurfraktur-RL

3. April 2019	Unterausschuss QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren
5. April 2019	AG-Sitzung	Beratung Entwurf QS Femurfraktur-RL
17. Mai 2019	AG-Sitzung	Beratung Entwurf QS Femurfraktur-RL
27. Juni 2019	AG-Sitzung	Beratung Entwurf QS Femurfraktur-RL und Tragenden Gründe
9. Oktober 2019	Unterausschuss QS	Beschlussempfehlung (Erstfassung)
22. November 2019	Plenum	Beschlussfassung (Erstfassung)
29. November 2019	AG-Sitzung	Erarbeitung der Anlagen 3 und 4 QSFFx-RL
29. Januar 2020	Unterausschuss QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren zu den Anlagen 3 und 4
31. Januar 2020	AG-Sitzung	Beratung zur Änderung der QSFFx-RL
4. März 2020	Unterausschuss QS	Beschlussempfehlung zur Änderung der QSFFx-RL
27. März 2020	Plenum	Beschlussfassung COVID-19-Ausnahmen zu QS-Anforderungen
16. April 2020	Plenum	Beschlussfassung zur Änderung der QSFFx-RL
20. November 2020	Plenum	Beschlussfassung zur Änderung der QSFFx-RL

(Tabelle Verfahrensablauf)

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

Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Abs. 5a SGB V wurde dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Zum Beschluss vom 22. November 2019 (Erstfassung QSFFx-RL):

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 8. Mai 2019 wurde das Stellungnahmeverfahren am 23. Mai 2019 eingeleitet. Die der stellungnahmeberechtigten Organisation vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage II**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 20. Juni 2019.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit teilte mit Schreiben vom 6. Juni 2019 mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage III**).

Zum Beschluss vom 27. März 2020:

Im Rahmen der schriftlichen Abstimmung wurden gemäß § 136 Abs. 3 SGB V der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat beteiligt.

Zum Beschluss vom 16. April 2020 (Ergänzung der Anlagen 3 und 4):

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 29. Januar 2020 wurde das Stellungnahmeverfahren am 5. Februar 2020 eingeleitet. Die der stellungnahmeberechtigten Organisation vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage IV**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 19. Februar 2020.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit teilte mit Schreiben vom 27. Februar 2020 mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage V**).

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 22. November 2019 eine Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur beschlossen. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss am 27. März 2020 in schriftlicher Abstimmung und in seiner Sitzung am 16. April 2020 eine Änderung des Beschlusses vom 22. November 2019 über die Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur beschlossen.

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 I: Bürokratiekostenermittlung
- Anlage II: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf über eine Änderung der QSFFx-RL sowie versandte Tragende Gründe (Erstfassung QSFFx-RL)
- Anlage III: Stellungnahme des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (Erstfassung QSFFx-RL)
- Anlage IV: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf über eine Änderung der QSFFx-RL sowie versandte Tragende Gründe (Anpassung QSFFx-RL)
- Anlage V: Stellungnahme des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (Anpassung QSFFx-RL)
- Anlage VI: Eckpunkte der Entscheidung sowie die in die Beratung eingegangenen Evidenzgrundlagen zu Inhalten und Zielen der QSFFx-RL

Berlin, den 22. November 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Bürokratiekostenermittlung über eine Änderung des Beschlusses vom 22. November 2019 über die Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL): Ergänzung der Anlagen 3 und 4

Gemäß § 91 Abs. 10 SGB V ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß Anlage II 1. Kapitel VerFO die in den Beschlussentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Mit dem vorliegenden Beschluss werden mit Ergänzung der Anlagen 3 und 4 neue Informationspflichten für die Leistungserbringer eingeführt: Damit haben ein stichtags- und standortbezogener Nachweis über die Erfüllung der Mindestanforderungen nach dieser Richtlinie sowie jährlich eine strukturierte Abfrage zu erfolgen.

Die Erfüllung der Mindestanforderungen nach QSFFx-RL ist gemäß § 6 stichtagsbezogen zwischen dem 15. November und 31. Dezember eines Jahres gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen in Form einer auf der Strukturabfrage basierenden Checkliste (Anlage 3) standortbezogen nachzuweisen. Zudem sind gemäß § 8 die jährliche Strukturabfrage mittels Anlage 3 inklusive der Erklärung über die Richtigkeit der Angaben mittels Anlage 4 einmal jährlich bis zum 15. Februar des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu übermitteln.

Hinsichtlich der Anzahl betroffener Krankenhäuser wird entsprechend des IQTG Qualitätsreports 2019 davon ausgegangen, dass die Dokumentationsverpflichtung zur Erfüllung der Mindestanforderungen etwa 1.185 Krankenhäuser betrifft. Davon werden 109 Einrichtungen als überregionales Traumazentrum geführt. Für die Nachweisführung sind von allen Einrichtungen die Abschnitte A bis C auszufüllen, wobei mit dem Fragekomplex A9 die Tätigkeit als überregionales Traumazentrum gemäß Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung erfragt wird. Für überregionale Traumazentren ist ein Ausfüllen von A1 bis A8 nicht erforderlich, ihnen entsteht mit Bejahung der Abfrage A9 allerdings ein gesonderter Aufwand, der sich in der Erfüllung der Anforderungen gemäß Anhang zur Anlage 3 widerspiegelt.

Die folgende Tabelle 1 gibt einen Überblick über die notwendigen Standardaktivitäten. Die darin aufgeführten Minutenwerte orientieren sich weitgehend an den Zeitwerten, die in der Standardkosten-Modell-Zeitwerttabelle vorgegeben werden:

Standardaktivität	Komplexität	Min	Qualifikationsniveau	Bürokratiekosten je Einrichtung [€]	Frequenz
Einarbeitung in die Informationspflicht	komplex	120	hoch (53,3 €/h)	106,60	einmalig/im ersten Jahr
Datenbeschaffung	komplex	120	hoch (53,3 €/h)	106,60	einmalig/im ersten Jahr
	mittel	30	hoch (53,3 €/h)	26,65	jährlich/ Folgejahre
Formulare ausfüllen (Ausfüllen der Checkliste)	mittel	7	hoch (53,3 €/h)	6,22	jährlich
Überprüfung der Daten und Eingaben	komplex	45	hoch (53,3 €/h)	39,98	jährlich

Standardaktivität	Komplexität	Min	Qualifikationsniveau	Bürokratiekosten je Einrichtung [€]	Frequenz
Fehlerkorrektur (in 10% der Fälle)	mittel	10	hoch (53,3 €/h)	8,88	jährlich
Datenübermittlung (Übermittlung der Checkliste)	einfach	1	mittel (27,8 €/h)	0,46	jährlich
Archivieren (auch für evtl. MDK-Prüfung)	einfach	2	mittel (27,8 €/h)	0,93	jährlich
Gesamt		305		269,67	einmalig/im ersten Jahr
		95		83,12	jährlich

Im ersten Jahr nach Inkrafttreten der QSFFx-RL entstehen je Einrichtung Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 269,67 Euro und in den Folgejahren in Höhe von geschätzt 83,12 Euro. Unter Berücksichtigung der Fallzahl von 1.076 Einrichtungen, welche Patientinnen und Patienten nicht als überregionale Traumazentren versorgen, entstehen aus dem Nachweisverfahren einmalige Bürokratiekosten in Höhe von rund 290.165 Euro (269,67 x 1.076) sowie in den Folgejahren Bürokratiekosten in Höhe von rund 89.437 (83,12 x 1.076) Euro jährlich.

Den überregionalen Traumazentren entsteht neben der Nachweisführung gemäß QSFFx-RL mit Erfüllung der spezifizierten Anforderungen im Rahmen der Einarbeitung in die Informationspflicht und der Datenbeschaffung schätzungsweise ein Drittel mehr Aufwand als den Häusern, die nicht als überregionales Traumazentrum versorgen: Damit belaufen sich im ersten Jahr nach Inkrafttreten der Richtlinie die Bürokratiekosten auf 340,73 Euro und in den Folgejahren auf 92 Euro je überregionales Traumazentrum. Somit sind für überregionale Traumazentren die einmaligen Bürokratiekosten mit rund 37.140 (340,73 x 109) Euro und in den Folgejahren mit rund 10.028 (92 x 109) Euro jährlich zu beziffern.



Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur

Stand: 15.05.2019 nach Sitzung des UA QS vom 08.05.2019

Dissente Positionen sind **gelb hinterlegt**.

Vom **19. September 2019**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am **19. September 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 traumabedingten, 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.

GKV-SV; PatV, LV	DKG
§ 2 Hintergrund und Ziele (1) Nach derzeitigem wissenschaftlichen Erkenntnisstand gibt es eine signifikante, positive Korrelation zwischen der Zeitspanne bis zur operativen Versorgung einer hüftgelenk-nahen Femurfraktur (Zeit zwischen Frakturereignis und Operation) und der Morbidität	§ 2 Ziele <i>[An dieser Stelle keine Übernahme und in den Tragenden Gründen verortet]</i>

sowie der Mortalität. Im Hinblick auf die Reduzierung aufschubbedingter Morbiditäts- und Mortalitätsraten ist eine frühestmögliche Diagnosestellung und –operative Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur indiziert.	
---	--

[GKV-SV: (2)] Die Ziele dieser Richtlinie umfassen:

1. die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und frühestmöglichen operativen Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur

GKV-SV; PatV; LV	KBV; DKG
innerhalb von 24 Stunden ab Aufnahme im Krankenhaus oder nach Auftreten eines Inhouse-Sturzes	<i>Keine Übernahme (siehe Tragende Gründe)</i>

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 Institutionalisierung sowie Wiedererlangung der Mobilität und
7. die Erhaltung der Lebensqualität.

§ 3 Personelle und fachliche Mindestanforderungen

(1)

GKV-SV; PatV	DKG; LV; KBV
Die Durchführung der mit den OPS-Kodes in Anlage 1 beschriebenen Operationen hat unter aktiver (<i>am Operationstisch</i>) Beteiligung eines/einer Facharztes/Fachärztin zu erfolgen. Er/Sie muss <ul style="list-style-type: none"> • Facharztes/Fachärztin für Chirurgie oder • Facharztes/Fachärztin für Allgemeinchirurgie oder <ul style="list-style-type: none"> • Facharztes/Fachärztin für Orthopädie oder	Die Durchführung der mit den Kombinationen aus Diagnosen und Prozeduren nach Anlage 1 beschriebenen Operationen hat unter Beteiligung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Chirurgie, für Allgemeinchirurgie, für Orthopädie oder für Orthopädie und Unfallchirurgie zu erfolgen. Abweichend von Satz 1 kann ein zu den in Satz 1 genannten Fachqualifikationen in der Weiterbildung befindlicher Arzt ohne Assistenz eines Facharztes tätig werden, wenn er von seinen Kenntnissen und Fähigkeiten dem Facharztstandard genügt.

<ul style="list-style-type: none"> Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie und jederzeit verfügbar sein. 	
--	--

Die Facharztbezeichnung richtet sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließt auch diejenigen Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

(2) Die

GKV-SV, PatV	DKG; KBV
jederzeitige	<i>Keine Übernahme</i>

ärztliche Versorgung in der Fachabteilung nach Absatz 1 ist durch eine täglich 24 stündige Arztpräsenz im Krankenhaus (Bereitschaftsdienst möglich) sicherzustellen. Ist die präsen- te Ärztin oder der präsen- te Arzt nicht eine Fachärztin oder ein Facharzt der Qualifikation nach Absatz 1, ist zusätzlich ein Rufbereitschaftsdienst mit eben dieser Qualifikation sicherzustellen.

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

GKV-SV, PatV	DKG, LV
<i>Keine Übernahme</i>	(4) Die ärztliche Versorgung im Gebiet der Inneren Medizin ist durch eine täglich 24 stündige Arztpräsenz im Krankenhaus (Bereitschaftsdienst möglich) sicherzustellen. Ist die präsen- te Ärztin oder der präsen- te Arzt nicht eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin, ist zusätzlich ein Rufbereitschaftsdienst mit eben dieser Qualifikation sicherzustellen.

§ 4 Strukturelle Mindestanforderungen

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

GKV-SV; PatV	DKG
(2) Ein Patient mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur ist ein Patient, der in einem Krankenhaus versorgt werden muss, das jederzeit an der Notfallversorgung teilnimmt.	<i>Keine Übernahme (siehe Tragende Gründe)</i>

GKV-SV	DKG
Krankenhäuser, in denen hüftgelenknahe Femurfrakturen versorgt werden, haben daher die nachfolgenden Anforderungen zu erfüllen:	(2) Krankenhäuser, die Leistungen nach Anlage 1 erbringen, müssen jederzeit aufnahmebereit sein und haben die nachfolgenden Anforderungen zur fachgebundenen Notfallversorgung zu erfüllen:

GKV-SV; PatV	DKG; LV
a) Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilungen Chirurgie oder Unfallchirurgie, sowie Innere Medizin und Anästhesie am Standort.	a) Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Chirurgie/Unfallchirurgie sowie über Kompetenz im Gebiet der Inneren Medizin gemäß § 3 Abs. 4.
b) Es sind jeweils ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind und im Bedarfsfall in der Zentralen Notaufnahme verfügbar sind. Der unter Satz 1 genannte Arzt verfügt über die Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ und die unter Satz 1 genannte Pflegekraft verfügt über die Zusatzqualifikation „Notfallpflege“, sobald die jeweiligen Qualifikationen in diesem Land verfügbar sind.	b) Es sind ein Arzt und eine Pflegekraft für die Notfallversorgung zuständig und im Bedarfsfall verfügbar.
c) Das vorgenannte Personal nach Buchstabe b) sowie insbesondere die Fachärzte im Bereich Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie nehmen regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil.	c) Das Personal nach Buchstabe b) nimmt regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil.
d) Das Krankenhaus hält eine Intensivstation mit mindestens sechs Betten vor, von denen mindestens drei	d) Es werden mindestens drei Intensivbetten vorgehalten, die auch zur Versorgung beatmeter Patienten

zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet sind.	ausgestattet sind.
<p>Insbesondere die folgende medizinisch-technische Ausstattung ist am Standort vorzuhalten:</p> <p>e) Ein Schockraum und</p> <p>f) 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.</p>	<p>e) Es ist täglich verfügbare computer-tomographische Bildgebung vorzuhalten, die auch gegeben ist, wenn sie durch die Kooperation mit einem im unmittelbaren räumlichen Bezug zum Standort befindlichen Leistungserbringer täglich sichergestellt wird.</p>
<p>g) Die Aufnahme von Notfällen erfolgt in einer Zentralen Notaufnahme, die immer am Krankenhausstandort vorzuhalten ist. Die ZNA ist eine räumlich abgegrenzte, fachübergreifende Einheit mit eigenständiger fachlich unabhängiger Leitung. Der Zugang zur Zentralen Notaufnahme ist grundsätzlich barrierefrei.</p>	<i>Keine Übernahme</i>
<p>h) Es besteht die Möglichkeit der Weiterverlegung eines Notfallpatienten von dem Krankenhaus der Basisnotfallversorgung in ein Krankenhaus einer höheren Notfallstufe auch auf dem Luftwege, ggf. unter Nutzung eines bodengebundenen Zwischentransports.</p>	<p>f) Es besteht die Möglichkeit der Weiterverlegung eines Notfallpatienten in ein Krankenhaus der Basisnotfallversorgung oder einer höheren Stufe gemäß den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern.</p>
<p>i) Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung. Alle Notfallpatienten des Krankenhauses erhalten spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität.</p>	<p>g) Es kommt ein strukturiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung.</p>
<p>j) Die Patientenversorgung in der Notaufnahme wird aussagekräftig dokumentiert. Diese Dokumentation liegt spätestens bei der Entlassung oder Verlegung des Patienten vor.</p>	<i>Keine Übernahme</i>

[GKV-SV: I)/ DKG: h)]Bei einem Krankenhaus, das die Anforderungen an ein

GKV-SV	DKG
überregionales	<i>Keine Übernahme (siehe Tragende Gründe zu § 10 Abs. 1)</i>

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 nach Buchstabe a bis (DKG: g/ GKV-SV: j) als erfüllt.

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

GKV-SV; PatV	DKG; LV
<p>(4) Es muss geriatrische Kompetenz im Rahmen ortho-geriatrischer Kooperationen für die perioperative Versorgung zur Verfügung stehen. Die geriatrische Kompetenz wird durch einen Facharzt (Facharztkompetenz, Zusatzbezeichnung oder Schwerpunktbezeichnung Geriatrie) gewährleistet.</p> <p>Folgende Modelle der Zusammenarbeit sind möglich.</p> <ul style="list-style-type: none"> • täglich konsultierender Facharzt mit geriatrischer Kompetenz auf einer unfallchirurgischen Station, • Behandlung auf einer geriatrischen Station mit unfallchirurgischem Konsildienst, • ortho-geriatrische Station mit gemeinsamer unfallchirurgischgeriatrischer Führung eines multiprofessionellen Teams. 	<p>(4) Es ist geriatrische Kompetenz für die perioperative Versorgung zu gewährleisten. Diese erfolgt mindestens durch einen auf Anforderung konsultierenden 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).</p>

- (5) Physiotherapie durch einen Physiotherapeuten/ eine Physiotherapeutin muss täglich für jeden Patienten zur Atemgymnastik und frühzeitigen Mobilisierung ab dem ersten postoperativen Tag zur Verfügung stehen.

GKV-SV; PatV	DKG; LV vom 11.04.2019
<i>Keine Übernahme</i>	Diese kann auch im Wege einer Kooperation gewährleistet werden.

§ 5 Mindestanforderungen an die Prozessqualität

(1) Das Krankenhaus muss über verbindliche, interdisziplinär abgestimmte, schriftliche und jederzeit verfügbare Standard Operating Procedures (SOP) entsprechend dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens verfügen.

GKV-SV vom 10.04.2019	DKG
Verfasser, verantwortliche Person für die Freigabe, Erstellungs- bzw. Aktualisierungsdatum, Quellen und Gültigkeitsdauer der jeweiligen SOP sind anzugeben.	<i>Keine Übernahme</i>

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.

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

(3) 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“

Die Regelungsinhalte der SOP sind in Anlage 2 aufgeführt.

GKV-SV; PatV; LV	DKG
<p>§ 6 Pflichten bei Nichterfüllung der Anforderungen</p> <p>(1) Sollte die medizinisch indizierte frühestmögliche operative Versorgung einer Patientin oder eines Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur nicht [GKV-SV, PatV: 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.</p> <p>(2) Eine Information der Rettungsleitstelle über die vorübergehende Nichterfüllung der Mindestanforderungen, [GKV-SV, LV: die die operative Versorgung betreffen,] hat zu erfolgen.</p>	<p><i>An dieser Stelle keine Übernahme und Verortung in § 7 Folgen der Nichterfüllung der Mindestanforderungen und Dokumentationspflichten</i></p>

[GKV-SV § 7 / DKG § 6] Nachweisverfahren

(1) Ein standortbezogener Nachweis über die Erfüllung der Mindestanforderungen nach dieser Richtlinie ist von den Krankenhäusern stichtagsbezogen gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in Form einer auf der Strukturabfrage nach [DKG: § 8/ GKV: § 9] basierenden Checkliste (Anlage 3) regelmäßig zwischen dem 15. November und dem 31. Dezember eines Jahres zu führen. Für den Fall, dass ein Krankenhaus unterjährig erstmals 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 ausgewählten Stichtag auftritt und die länger als 48 Stunden andauert, muss den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unverzüglich

GKV-SV	DKG
<i>Keine Übernahme</i>	bis spätestens zum 15. des nach Ablauf des jeweiligen Quartals folgenden Monat jeweils für das zurückliegende Quartal

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 und der Anzeigen nach Satz 3 hat standortbezogen in elektronischer Form auf Basis einer vom G-BA beschlossenen Spezifikation nach [GKV: § 9 Absatz 5 / DKG: § 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 [GKV: § 9 Absatz 5 / DKG: § 8 Absatz 6] ermöglicht es Krankenhäusern diese Daten für die Strukturabfrage nach § 9 vorzuhalten.

GKV-SV	DKG
<i>Keine Übernahme</i>	<p>(3) Die beteiligten Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben einen der Landesverbände der Krankenkassen oder eine Ersatzkasse mit der Entgegennahme der auf der Strukturabfrage nach § 8 basierenden Checkliste (Anlage 3) und der Anzeige nach Absatz 1 Satz 4 für alle übrigen Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen zu benennen und diese Benennung dem Krankenhausträger anzuzeigen, sodass die Übermittlung der Konformitätserklärung und der Anzeige nach Absatz 1 Satz 4 ausschließlich gegenüber dem benannten Sozialleistungsträger erfolgt.</p> <p>(3) <i>Alternativ:</i> 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.</p>

GKV-SV	DKG
--------	-----

<p>(3) Alle notwendigen Unterlagen sind, um die Richtigkeit der Angaben im Rahmen des Nachweisverfahrens beurteilen zu können, für Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vorzuhalten.</p>	<p>(4) Kontrollen zur Einhaltung von Qualitätsanforderungen dieser Richtlinie durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) erfolgen gemäß der Richtlinie zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK-QK-RL).</p> <p>(5) Für die Aufgaben nach § 6 stellen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gegenüber dem einzelnen Krankenhausträger auf Landesebene ein gemeinsames und einheitliches Handeln sicher.</p>
--	---

DKG-Alternativvorschlag zu [GKV-SV § 7 / DKG § 6] Nachweisverfahren

- (1) Anmeldung bzw. Registrierung in einem webbasierten Erfassungsportal
- a) Der G-BA beschließt eine Spezifikation und alle Änderungen für die Erhebung der Daten für das Nachweisverfahren und die Strukturanalyse gemäß § 8 sowie die Umsetzung eines entsprechenden Frontends als webbasiertes Erfassungsportal. Das webbasierte Erfassungsportal bietet zusätzlich eine elektronische Schnittstelle zu Anbindung von IT-Systemen an. Der G-BA beauftragt das IQTIG, 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.
 - b) Krankenhäuser, die Leistungen nach Anlage 1 erbringen wollen, haben sich zwischen dem 15. November und dem 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres in einem webbasierten Erfassungsportal anzumelden bzw. sich auf Grundlage ihrer gespeicherten Daten des Vorjahres zu registrieren.
 - c) Im Rahmen der Erstanmeldung ist eine Checkliste (Anlage 3) über die stichtagsbezogene Erfüllung der Mindestanforderungen nach dieser Richtlinie von den Krankenhäusern online auszufüllen. Dabei soll der Stichtag im Zeitraum gemäß Absatz 1 b) liegen. Für den Fall, dass in dem Zeitraum für die Auswahl des Stichtags gemäß Absatz 1 b) an keinem Tag alle Mindestanforderungen erfüllt werden, ist ein beliebiger Stichtag innerhalb dieses Zeitraums zu wählen und sind die an diesem Tag nicht erfüllten Mindestanforderungen anzugeben. Jährlich haben Krankenhäuser, die Leistungen nach Anlage 1 erbringen wollen, eine Bestätigung ihrer Anmeldung durch Registrierung gemäß Satz 1 bis 3 vorzunehmen.
 - d) Die online ausgefüllte oder elektronisch übermittelte Checkliste muss ebenfalls als Nachweis gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vom Krankenhaus geführt werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben daher einen der beteiligten Landesverbände der Krankenkassen oder eine Ersatzkasse mit der Entgegennahme sämtlicher Nachweise stellvertretend für alle übrigen beteiligten Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen zu benennen und diese Benennung schriftlich dem jeweiligen Krankenhausträger unter Angabe der Kontaktdaten, einschließlich einer E-Mail-Adresse, anzuzeigen. Das Krankenhaus hat die E-Mail-Adresse des ihm mit der Entgegennahme benannten Landesverbandes der Krankenkassen bzw. der Ersatzkasse gemäß Satz 2 im Erfassungsportal zu hinterlegen, sodass zur Erfüllung der Nachweispflichten gemäß Satz 1 und Absatz 2 b) Satz 2 eine automatische Weiterleitung der erfassten Daten möglich ist. Zusätzlich werden die erfassten Daten

- den Krankenhäusern per Exportmöglichkeit im XML-Format zur Verfügung gestellt.
- e) Zur Sicherstellung der Kommunikation zwischen dem Krankenhaus und dem Landesverband der Krankenkassen bzw. der Ersatzkasse versendet das IQTIG eine Test-E-Mail an die vom Krankenhaus angegebene E-Mail-Adresse des jeweils mit der Entgegennahme benannten Landesverbandes der Krankenkassen und Ersatzkassen, die empfängerseitig zu bestätigen ist.
 - f) Krankenhäuser, die unterjährig mit der Erbringung von Leistungen nach Anlage 1 beginnen, erhalten die Möglichkeit, sich jeder Zeit in dem Erfassungsportal anzumelden.
 - g) Krankenhäuser, die künftig keine Leistungen nach Anlage 1 erbringen, erhalten die Möglichkeit, sich jeder Zeit von dem Erfassungsportal abzumelden.
 - h) Um sicherzustellen, dass alle Krankenhäuser, die Leistungen nach Anlage 1 erbringen, in dem webbasierten Erfassungsportal gemäß Absatz 1 a) angemeldet bzw. registriert sind, erfolgen regelmäßige Informationsschreiben durch das IQTIG.

(2) Nachweisverfahren bei Nicht- und Wiedererfüllung von Mindestanforderungen

- a) Eine Nichterfüllung einzelner Mindestanforderungen, die nach dem Stichtag gemäß Absatz 1 c) auftritt und die länger als 48 Stunden andauert, ist in dem webbasierten Erfassungsportal gemäß Absatz 1 a) auf Grundlage der Checkliste (Anlage 3) von den Krankenhäusern unverzüglich bis spätestens zum 15. des nach Ablauf des jeweiligen Quartals folgenden Monat jeweils für das zurückliegende Quartal zu erfassen oder elektronisch über die Schnittstelle gemäß Absatz 1 a) Satz 2 zu übermitteln. Gleiches gilt für deren Wiedererfüllung.
- b) Im Rahmen der Erfassung oder der Übermittlung gemäß Abs. 2 a) werden die Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft und das Krankenhaus bei ggf. erforderlichem Korrektur- oder Nachlieferungsbedarf informiert. Anschließend erhält das Krankenhaus einen rechtssicheren Beleg für die Erfassung oder Übermittlung gemäß Abs. 2 a).
- c) Quartalsweise werden dem mit der Entgegennahme sämtlicher Nachweise benannten Landesverband der Krankenkassen oder Ersatzkassen gemäß Absatz 1 d) Satz 2 die im Erfassungsportal erfassten Daten gemäß Absatz 2 a) automatisch übermittelt. Gleichzeitig werden die hier erfassten Daten auch dem IQTIG zur standortspezifischen Konsolidierung als Datengrundlage für die Strukturanalyse gemäß § 8 zur Verfügung gestellt. Krankenhäuser haben die Möglichkeit im Rahmen der Übermittlung der erfassten Daten an das IQTIG ein freiwilliges Freitextfeld mit maximal 5000 Leerzeichen auszufüllen, um die Nichterfüllung einzelner Mindestanforderungen zu begründen.
- d) Die Übermittlung gemäß Absatz 2 c) Satz 1 sowie die Zurverfügungstellung der Daten gemäß Absatz 2 c) Satz 2 und 3 erfolgt jeweils am 16. des nach Ablauf des jeweiligen Quartals folgenden Monat jeweils für das zurückliegende Quartal durch automatische Weiterleitung der erfassten Daten im Erfassungsportal. Zusätzlich werden die erfassten Daten den Krankenhäusern per Exportmöglichkeit im XML-Format zur Verfügung gestellt. Für den Fall, dass bis zum 15. des nach Ablauf des Quartals folgenden Monats keine Daten zur Anzeige einer Nichterfüllung oder einer Wiedererfüllung in dem webbasierten Erfassungsportal gemäß Absatz 1 a) erfasst sind, erfolgt eine automatische Nullmeldung durch das Erfassungsportal an die Landesverbände der Krankenkassen bzw. an die Ersatzkassen.
- e) Die erhaltenen Daten sind unmittelbar nach deren Eingang durch den mit der Entgegennahme sämtlicher Nachweise benannten Landesverband der Krankenkassen und Ersatzkassen gegenüber dem Erfassungsportal zu bestätigen. Erfolgt keine Bestätigung innerhalb einer Frist von 24 Stunden, hat das Erfassungsportal beim benannten Landesverband der Krankenkassen und Ersatzkassen eine Bestätigung anzufordern.

[GKV-SV § 8 / DKG § 7] Folgen der Nichterfüllung der [GKV-SV: Anforderungen / DKG: 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.

GKV-SV; PatV	DKG; LV
(3) Die Mindestanforderungen gelten als nicht erfüllt, solange die Erfüllung nicht im Verfahren nach §7 nachgewiesen wurde	<i>Keine Übernahme (siehe Tragende Gründe)</i>

GKV-SV	DKG
<i>An dieser Stelle keine Übernahme und Verortung in § 6 Pflichten bei Nichterfüllung der Anforderungen</i>	<p>(3) Bei Nichterfüllung der Mindestanforderungen sind betroffene Patienten unter Abwägung der medizinischen Vor- und Nachteile schnellstmöglich in ein geeignetes Krankenhaus zu verlegen, wenn die medizinischen Vorteile überwiegen.</p> <p>(4) Bei Nichterfüllung von Mindestanforderungen, die die operative Versorgung betreffen, hat eine Information an die Rettungsleitstelle zu erfolgen.</p>

GKV-SV	DKG
<p>(4) Kommt ein Krankenhaus im Zusammenhang mit der Feststellung der Erfüllung der Mindestanforderungen seinen in der Richtlinie vorgesehenen Pflichten insbesondere im Rahmen des Nachweisverfahrens nach § 7 Absatz 1 Satz 3 und der Strukturabfragen nach § 9 nicht nach, sind entsprechend § 8 Absatz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes von den Fallpauschalen und Zusatzentgelten Abschläge vorzunehmen.</p> <p>(5) Kommt das Krankenhaus den in Absatz 4 genannten Pflichten nicht nach, führt dies nach dem dritten Mal zu einem Wegfall des Vergütungsanspruchs für</p>	<p>(5) Kommt ein Krankenhaus im Zusammenhang mit der Feststellung der Erfüllung der Mindestanforderungen seinen in der Richtlinie vorgesehenen Dokumentationspflichten im Rahmen des Nachweisverfahrens nach § 6 drei Mal erst nach Aufforderung mit vierwöchiger Fristsetzung nach, ist ein pauschaler Vergütungsabschlag in Höhe von X Euro vorzunehmen.</p> <p>(6) Liefert ein Krankenhaus trotz Aufforderung mit vierwöchiger Fristsetzung erforderliche Daten des Nachweisverfahrens nach § 6 für einen bestimmten Zeitraum nicht, führt dies zu einem Wegfall des Vergütungsanspruchs für die erbrachten Leistungen nach Anlage 1 in diesem Zeitraum.</p>

die Leistung.	
---------------	--

GKV-SV	DKG
<i>Keine Übernahme</i>	(7) Mit Vorliegen der Richtlinie gemäß § 137 Abs. 1 SGB V prüft der G-BA, ob Anpassungen an den hier vorläufig gefassten Folgen der Nichterfüllung der Mindestanforderungen und Dokumentationspflichten notwendig sind. Ggf. erforderliche Anpassungen sind frühestmöglich umzusetzen.

[GKV-SV; PatV § 9 / DKG § 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 (DKG: § 6/ GKV: § 7) Absatz 1 Satz 1 und die von Ihnen gemäß (DKG: § 6/ GKV: § 7) Absatz 1 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.

GKV-SV	DKG
<i>Keine Übernahme</i>	(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.

(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

GKV-SV vom 10.04.2019	DKG
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 6 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 ggf. 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 § GKV: 7 / DKG 6 und der Strukturabfrage nach § GKV: 9 / DKG: 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 der 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 Erfassungsjahres folgenden Jahres in Form eines Jahresberichts. Darüber hinaus bereitet das IQTIG die Daten zum Zwecke der Veröffentlichung im strukturierten Qualitätsbericht nach § 136b Absätze 1 und 6 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.

GKV-SV; PatV	DKG
<i>Keine Übernahme</i>	Die hier erfassten Daten werden, sobald möglich, nicht mehr im strukturierten Qualitätsbericht veröffentlicht, sondern direkt in das Qualitätsportal des G-BA gemäß § 137a Abs. 3 Nr. 5 SGB V eingespeist.

Übermittelt ein Krankenhaus die Strukturabfragedaten oder der Erklärung der Richtigkeit der Angaben nicht fristgerecht bis zum 15. Februar, erinnert das IQTIG unverzüglich schriftlich oder unter Nutzung einer qualifizierten 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 § 8/7 Absatz 4/5 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 Absatz 5 und im strukturierten Qualitätsberichts nach §136b Absätze 1 und 6 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.

GKV-SV	DKG
(8) Die von den Einrichtungen übermittelten Daten sind zur Überprüfung ihrer Richtigkeit gemäß einem Datenvalidierungsverfahren auf ihre Validität zu prüfen. Spezifische Vorgaben zu dem Datenvalidierungsverfahren, insbesondere zum Umfang und zur Grundlage einer Stichprobenprüfung, erfolgen auf Grundlage	<i>Keine Übernahme (siehe Tragende Gründe)</i>

eines Konzeptes des IQTIG und in gesonderten Beschlüssen. Die Einrichtungen sind verpflichtet, sich hinsichtlich der übermittelten Daten an dem Datenvalidierungsverfahren zu beteiligen.	
---	--

DKG-Alternativvorschlag zu [GKV-SV § 9 / DKG § 8] Strukturabfrage im Falle des webbasierten Erfassungsportals (vgl. § 6)

Strukturanalyse

(1) Die Erfüllung der Anforderungen nach dieser Richtlinie wird vom G-BA jährlich für alle Krankenhausstandorte, die hüftgelenknahe Femurfrakturen versorgen, im Rahmen einer Strukturanalyse evaluiert. Datengrundlage hierfür sind die von den Krankenhausstandorten gemäß § 6 Absatz 2 c) Satz 2 und 3 über das webbasierte Erfassungsportal an das IQTIG übermittelten Daten über die Nichterfüllung und Wiedererfüllung einzelner Anforderungen.

(2) Die gemäß § 6 Absatz 2 c) Satz 2 und 3 erfassten Daten werden im Auftrag des G-BA vom IQTIG ausgewertet und standortbezogen veröffentlicht. 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 ggf. erforderliche Anpassung.

(3) Die für die Strukturanalyse zuständige Datenannahmestelle ist das IQTIG. Die Datenannahmestelle prüft die an sie übermittelten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität und informiert die Einrichtung bei ggf. erforderlichem Korrektur- oder Nachlieferungsbedarf. Liegen die Daten gemäß § 6 Absatz 2 c) Satz 2 und 3 eines Krankenhausstandortes nicht bis zum 15. Januar des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres vollständig vor, erfolgt umgehend eine schriftliche Erinnerung durch das IQTIG mit Fristsetzung. Die Übersendung der korrigierten Daten bzw. die Nachlieferung der Daten gemäß § 7 Absatz 2 c) Satz 2 und 3 für das gesamte Erfassungsjahr sind dann an das IQTIG bis zum 15. Februar des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres möglich.

(4) Das IQTIG wertet im Auftrag und gemäß den Vorgaben des G-BA die Daten der Strukturanalyse standortbezogen aus und übermittelt dem G-BA die Ergebnisse jährlich bis zum 1. März des dem jeweiligen Erfassungsjahres folgenden Jahres in Form eines Jahresberichts.

(5) Die Umsetzung der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahe Femurfraktur ist darüber hinaus im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V darzustellen. Hierzu bereitet das IQTIG die Daten gemäß § 6 Absatz 2 c) Satz 2 und 3 so auf, dass diese im Rahmen des Lieferverfahrens gemäß Qb-R direkt vom IQTIG an die Annahmestelle gemäß Anlage 2 Qb-R übermittelt werden können. Details zum Datenformat und den Liefermodalitäten regelt die Qb-R.

(7) Übermittelt ein Krankenhausstandort die Daten gemäß § 6 Absatz 2 c) Satz 2 und 3 nicht oder nicht vollständig bis zur Korrekturfrist gemäß Absatz 5 Satz 4, erfolgt im Bericht nach Absatz 6 die Angabe „Beleg zur Erfüllung nicht (vollständig) geführt“. Zudem erfolgt nach Ende der Korrekturfrist eine Mitteilung des IQTIG über die Nichterfüllung der Dokumentationspflichten an den G-BA, der diese unverzüglich an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weiterleitet.

GKV-SV	DKG
<p>§ 10 Aufträge zur Evaluation und Weiterentwicklung</p> <p>(1) Der G-BA beauftragt das IQTIG die Erreichung der Richtlinienziele nach § 2 Abs. 2 Satz 1 mit Hilfe geeigneter Kennzahlen wie z. B. „operative Versorgung innerhalb von 24 Stunden“ jährlich über einen Zeitraum von 5 Jahren zu evaluieren. Darüber hinaus ist die Umsetzung bzw. Anwendung der SOP in den Krankenhäusern sowie die Untersuchung der Fragestellung ob und ggf. wie viele Leistungen in Krankenhäusern erbracht worden sind, obwohl die Mindestanforderungen nicht erfüllt worden sind, und im Hinblick auf Veränderungen im Kodierverhalten. Gegenstand der Evaluation. Die Evaluation soll für die Jahre 2021-2025 erfolgen. Auf Grundlage der Evaluationsergebnisse prüft der G-BA, ob Anpassungen an der Richtlinie notwendig sind.</p>	<p>§ 9 Evaluation</p> <p>(1) Der G-BA beauftragt das IQTIG die Auswirkungen der Anforderungen dieser Richtlinie auf die in § 2 genannten Ziele jährlich über einen Zeitraum von 5 Jahren zu evaluieren. Darüber hinaus ist die Anwendung der SOP in den Krankenhäusern, die Untersuchung der Fragestellung ob, wie viele und warum Leistungen in Krankenhäusern erbracht worden sind, obwohl die Mindestanforderungen nicht erfüllt wurde sowie Veränderungen des Kodierverhaltens 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.</p>
<p>(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. Dabei ist auch zu prüfen, ob diese als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind.</p>	<p><i>Keine Übernahme (siehe Tragende Gründe)</i></p>

GKV-SV	DKG, LV
<p><i>Keine Übernahme</i></p>	<p>§ 10 Ausnahmetatbestände</p> <p>(1) Bei einem Krankenhaus, das die Anforderungen an ein 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 § 4 Absatz 2 a) bis g) als erfüllt.</p> <p>(2) Die Anforderungen gemäß § 4 Absatz 4 und Absatz 5 müssen bei kurzzeitigen, nicht vorhersehbaren Personalausfällen oder bei</p>

	nicht vorhersehbaren Erhöhungen der Patientenzahlen nicht eingehalten werden.
--	---

GKV-SV	DKG
<p>§ 11 Übergangsregelungen</p> <p>(1) Die Mindestvorgaben zu § 4 Abs. 2 Buchstabe g müssen abweichend von den übrigen Mindestvorgaben erst ab xx 2021 erfüllt werden.</p> <p>(2) Die Mindestvorgaben zu § 4 Abs. 2 Buchstabe b Satz 2 müssen abweichend von den übrigen Mindestvorgaben erst ab xx 2023 erfüllt werden.</p> <p>(3) Die Anforderungen nach § 4 Absatz 4 Satz 1 und 2 gelten ab dem xx.xx.xxx. (2023) Bis dahin kann die geriatrische Versorgung der Patienten auch durch einen geriatrischen Konsildienst auf Anforderung sichergestellt werden.</p> <p>(4) Das Nachweisverfahren gemäß § 7 ist ab 01.01. 2021 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 31.12.2020 zu führen ist. Davon unberührt gelten die festgelegten Mindestanforderungen dieser Richtlinie und die in § 8 Folgen der Nichterfüllung ab dem Tag des Inkrafttretens der Richtlinie.</p> <p>(5) Die Regelung nach § 8 Absatz 3 findet nach Abschluss des erstmaligen standortbezogenen Nachweises über die Erfüllung der Mindestanforderungen nach dieser Richtlinie gemäß §11 Absatz 4 ab dem 01.01.2021 Anwendung.</p> <p>(6) Die Strukturabfrage gemäß § 9 erfolgt erstmals im Jahr 2022 für das Jahr 2021. Der G-BA beschließt bis zum 30.09.2019 die Checkliste gemäß Anlage 3 und Erklärung über die Richtigkeit der Angaben gemäß Anlage 4</p>	<p>§ 11 Übergangsregelungen</p> <p>(1) Die Anforderung zum Facharzt mit geriatrischer Kompetenz gemäß § 4 Absatz 4 gilt ab dem XX.XX.202X (5 Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie). Bis dahin kann die geriatrische Versorgung der Patienten auch durch Einbezug eines Facharztes für Innere Medizin/ Allgemeinmedizin oder Neurologie sichergestellt werden.</p>

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 2018 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
[GKV-SV; PatV: S72.2	Subtrochantäre Fraktur]

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
[GKV-SV; PatV: 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]

*Jede/r in diesem OPS-Kapitel hinterlegte Ziffer bzw. Buchstabe.

Anlage 2 zur Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur

Regelungsinhalte Standard Operating Procedure (SOP)

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.
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

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

Anlage 3 zur Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur

Checkliste [wurde noch nicht erarbeitet]

II. Die Erstfassung der Richtlinie tritt am

GKV-SV	DKG
Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger	01.01.2021

in Kraft.

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

Berlin, den 19. September 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Tragende Gründe



zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur

Stand: 21.05.2019 nach Sitzung des UA QS vom 08.05.2019
 Dissente Positionen sind **gelb** hinterlegt.
 Diese Unterlage konnte von der Abt. Recht der G-BA-Geschäftsstelle noch nicht abschließend rechtlich geprüft werden.

***Hinweis:** Der Entwurf der Tragenden Gründe wird im Nachgang zur Plenumsitzung von der Vorsitzenden des Unterausschusses Qualitätssicherung in Abstimmung mit den Bänkesprechern finalisiert.*

Vom 19. September 2019

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Hintergrund	Fehler! Textmarke nicht definiert.
3.	Eckpunkte der Entscheidung:	12
1.	Rechtsgrundlage und Gegenstand der Richtlinie	12
2.	Ziele	12
3.	Personelle und fachliche Mindestanforderungen	13
4.	Strukturelle Mindestanforderungen	18
5.	Mindestanforderungen an die Prozessqualität	36
	§7 Nachweisverfahren	60
	§8 Folgen der Nichterfüllung der Anforderungen	63
	§9 Strukturabfrage	71
	§ 10 Evaluation	76
	§ 11 Ausnahmetatbestände und Übergangsregelung	78
4.	Bürokratiekostenermittlung	82
5.	Verfahrensablauf	82
6.	Fazit	83
7.	Literaturverzeichnis	84
8.	Zusammenfassende Dokumentation	84

[DKG: 1. Rechtsgrundlage / GKV-SV: § 1 Rechtsgrundlage und Gegenstand der Richtlinie]

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt zur Erreichung der unter § 2 genannten Ziele die für eine Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur erforderlichen Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern und ihrer Standorte fest. Die Richtlinie definiert zudem das Nachweisverfahren zur Feststellung der Erfüllung der Mindestanforderungen und die Berichtspflichten.

[DKG: 2. Hintergrund / GKV-SV: § 2 Hintergrund und Ziele]

GKV-SV	DKG
<p>Zu Absatz 1</p> <p>Der Qualitätsindikator: „Präoperative Verweildauer bei der Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ ist einer der ältesten Indikatoren der Externen Stationären Qualitätssicherung (ESQS) des G-BA. Der Indikator steht für die Mindestanforderung an eine zeitnahe operative Versorgung und damit in besonderem Maße für Patientensicherheit. Seit Jahren zeigt die Bundesauswertung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) Ergebnisse, die außerhalb des Referenzbereichs liegen.</p> <p>Analysen des „Strukturierten Dialogs“ (SD), der mit rechnerisch auffälligen Kliniken geführt wurde, zeigten strukturelle wie auch organisatorische klinkinterne Mängel auf, die zu einem Operationsaufschub führten: u. a. personelle und räumliche Engpässe in der Verfügbarkeit von OP-Kapazitäten, insbesondere am Wochenende und außerhalb der Regelarbeitszeit unzureichende Präsenz von Fachärzten, die für die Durchführung oder Assistenz einer Operation zur Verfügung standen. Ein weiterer Grund für eine Operationsverzögerung waren nicht ausreichende oder fehlende Intensivüberwachungsplätze für die peri-operative Versorgung der Patienten (Stabilisierung, Nachbeatmung). Neben diesen strukturellen Mängeln führten auch ungeklärte Verantwortlichkeiten und fehlende verbindliche Standards zu klinikinternen Abläufen wie derinterdisziplinären Priorisierung von Operationen zu einem Operationsaufschub.</p> <p>Zentrales Ziel dieser Richtlinie zur Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen</p>	<p><i>Keine Übernahme</i></p>

GKV-SV	DKG
<p>ist die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung, die im Sinne der Patientensicherheit die frühestmögliche Operation anstrebt.</p> <p>Die Richtlinie wird daher Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität vorgeben sowie verbindliche SOPs zu den Themen definieren, die im SD als Grund für eine Verzögerung der operativen Versorgung ermittelt wurden. Darüberhinaus wird durch verpflichtende Einführung von geriatrischer Expertise in den akutstationären Behandlungsverlauf eine Verbesserung der Versorgung der besonders vulnerablen Patientenkiel erreicht und der Anschluss an gängige internationale Standards sichergestellt.</p>	
<p>Hüftgelenknahe Femurfrakturen besitzen zunehmende Relevanz in einer älter werdenden Gesellschaft^{1,2}. Weltweit sind ca. 4,5 Millionen Menschen jährlich von einer hüftgelenknahen Femurfraktur betroffen. Es wird erwartet, dass die Anzahl der Patienten, die mit den Folgen dieser Verletzung leben wird, in den nächsten 40 Jahren weltweit auf bis zu 21 Millionen anwächst².</p> <p>Für Deutschland weisen die Diagnosedaten der Krankenhäuser für das Jahr 2016 insgesamt 76.259 Schenkelhalsfrakturen, 69.751 pertrochantäre Frakturen und 12.569 subtrochantäre Frakturen auf – zusammen damit 158.579 hüftgelenknahe Femurfrakturen. Dies unterstreicht die Versorgungsrelevanz auch im deutschen Kontext³.</p>	<p>Hüftgelenknahe Femurfrakturen besitzen zunehmende Relevanz in einer älter werdenden Gesellschaft^{4,5}. Weltweit sind ca. 4,5 Millionen Menschen jährlich von einer hüftgelenknahen Femurfraktur betroffen. Es wird erwartet, dass die Anzahl der Patienten, die mit den Folgen dieser Verletzung leben wird, in den nächsten 40 Jahren weltweit auf bis zu 21 Millionen anwächst².</p> <p>Für Deutschland weisen die Diagnosedaten der Krankenhäuser für das Jahr 2016 insgesamt 76.259 Schenkelhalsfrakturen, 69.751 pertrochantäre Frakturen und 12.569 subtrochantäre Frakturen auf – zusammen damit 158.579 hüftgelenknahe Femurfrakturen. Dies unterstreicht die Versorgungsrelevanz im deutschen Kontext⁶.</p>
<p>Laut Barmer Krankenhausreport 2017 ist der Oberschenkelhalsbruch mit 15 % die häufigste Hauptdiagnose der multimorbiden</p>	<p><i>Keine Übernahme</i></p>

1 Leslie, W.D., O'Donnell, S. et al. (2010): Osteoporosis Surveillance Expert Working Group. Population-based Canadian hip fracture rates with international comparisons; Osteopors Int. 2010; 21(8):1317-1322.

2 Bhandari, M., Swiontkowski, M. (2017): Management of Acute Hip fracture.; N Engl J Med 2017; 377:2053-62.

3 DESTATIS 2016: „Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten (Datensatzstruktur)“; <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/TiefgegliederteDiagnosedaten.html> (Zugriff: 09.08.2018).

4 Leslie, W.D., O'Donnell, S. et al. (2010): Osteoporosis Surveillance Expert Working Group. Population-based Canadian hip fracture rates with international comparisons; Osteopors Int. 2010; 21(8):1317-1322.

5 Bhandari, M., Swiontkowski, M. (2017): Management of Acute Hip fracture.; N Engl J Med 2017; 377:2053-62.

6 DESTATIS 2016: „Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten (Datensatzstruktur)“; <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/TiefgegliederteDiagnosedaten.html> (Zugriff: 09.08.2018).

GKV-SV	DKG
Patientengruppen der über 70-Jährigen mit geriatrischer Früh-Komplexbehandlung in Deutschland (siehe hierzu: IQTIG 2017 ⁷).	
<p>Notwendigkeit einer frühzeitigen Operation</p> <p>Eine frühzeitige Operation gilt als wichtiger Pfeiler in der Behandlung². Diese Feststellung wird durch wissenschaftliche Untersuchungen und Empfehlungen in zahlreichen nationalen und internationalen Leitlinien gestützt^{8, 9, 10, 11, 12, 13, 14}. Forschungsergebnisse zeigen einerseits, dass eine verzögerte Operation mit höheren Komplikationsraten (<i>Morbidität</i>) assoziiert ist^{15,16,17,18,19,20,21,22}.</p>	<p>Notwendigkeit einer frühzeitigen Operation</p> <p>Eine frühzeitige Operation gilt als wichtiger Pfeiler in der Behandlung². Dies wird durch wissenschaftliche Untersuchungen und Empfehlungen in zahlreichen nationalen und internationalen Leitlinien gestützt^{23,24,25,26,27,28,29}. Fehler! Textmarke nicht definiert.. Forschungsergebnisse zeigen, dass eine verzögerte Operation mit höheren Komplikationsraten (<i>Morbidität</i>) assoziiert ist^{30,31,32,33,34,35,36,37}.</p>

7 IQTIG; Beschreibung der Qualitätsindikatoren für das Erfassungsjahr 2017. Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung; Indikatoren 2017, Stand 25.04.2018; https://iqtig.org/downloads/auswertung/2017/17n1hftfrak/QSKH_17n1-HUEFTFRAK_2017_QIDB_V02_2018-04-25.pdf (Zugriff: 09.08.2017).

8 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: 09.08.2018).

9 American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS); Evidence-based clinical practice guideline; Management of hip fractures in the elderly. September 2014 https://www.aaos.org/research/guidelines/HipFxGuideline_rev.pdf (Zugriff: 09.08.2018).

10 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: 07.02.2018).

11 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 (Zugriff: 09.08.2018).

12 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 (Zugriff: 09.08.2018).

13 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/012002_S2e_Petrochantäre_Oberschenkelfraktur_2015-07.pdf (Zugriff: 09.08.2018).

14 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_hoftebrud_2008.pdf (Zugriff: 29.06.2018).

15 Mariconda, M., Costa, GG et al. (2015): The determinants of mortality and morbidity during the year following fracture of the hip: a prospective study.; Bone Joint Journal 2015, Mar. 97-B(3): 383-90.

16 Kostuj, T., Smektala, R. et al. (2013): Einfluss des Operationszeitpunkts und –verfahrens auf Mortalität und Frühkomplikationen der Schenkelhalsfraktur. Unfallchirurg 2013, 116, 131-137.

17 Khan, S.K., Kaira, S. et al. (2009): Timing of surgery for hip fractures: a systematic review of 52 published studies involving 291.413 patients. Injury 2009 Jul. 40 (7):692-7.

18 Nyholm, A.M., Gromov, K. et al. (2015): Time to surgery is associated with thirty-day and ninety-day mortality after proximal femoral fracture. J Bone Joint Surg Am 2015;97:1333-9.

- 19 Beupre, L.A., Jones, A., et al. (2005): Best practices for elderly hip fracture patients. A Systematic Overview of the Evidence.; J Gen Intern Med 2005; 20:1019-1025.
- 20 Simunovic, N., Devereaux, P.J. et al. (2010): Effect of early surgery after hip fracture on mortality and complications: systematic review and meta-analysis; CMAJ Oct 19, 182(15) 2010. DOI:10.1530/cmaj. 092220
- 21 Moja L, Piatti A, et al. (2012): Timing Matters in Hip Fracture Surgery: Patients Operated within 48 Hours Have Better Outcomes. A Meta-Analysis and Meta-Regression of over 190,000 Patients. PLoS ONE 7(10): e46175. doi:10.1371/journal.pone.0046175
- 22 Pincus, D., Ravi, B. et al. (2017): Association between wait time and 30-day mortality in adults undergoing hip fracture surgery.; JAMA.2017;318(20):1994-2003.doi:10.1001/Jama.2017.17606.
- 23 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: 09.08.2018).
- 24 American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS); Evidence-based clinical practice guideline; Management of hip fractures in the elderly. September 2014
https://www.aaos.org/research/guidelines/HipFxGuideline_rev.pdf (Zugriff:09.08.2018).
- 25 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:07.02.2018).
- 26 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
(Zugriff: 09.08.2018).
- 27 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/012-001l_S2e_Schenkelhalsfraktur_2015-10_01.pdf (Zugriff: 09.08.2018).
- 28 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/012002l_S2e_Pertrochantäre_Oberschenkelfraktur_2015-07.pdf
(Zugriff:09.08.2018).
- 29 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_hoftebrud_2008.pdf (Zugriff: 29.06.2018).
- 30 Mariconda, M., Costa, GG et al. (2015): The determinants of mortality and morbidity during the year following fracture of the hip: a prospective study.; Bone Joint Journal 2015, Mar. 97-B(3): 383-90.
- 31 Kostuj, T., Smejtala, R. et al. (2013): Einfluss des Operationszeitpunkts und –verfahrens auf Mortalität und Frühkomplikationen der Schenkelhalsfraktur. Unfallchirurg 2013, 116, 131-137.
- 32 Khan, S.K., Kaira, S. et al. (2009): Timing of surgery for hip fractures: a systematic review of 52 published studies involving 291.413 patients. Injury 2009 Jul. 40 (7):692-7.
- 33 Nyholm, A.M., Gromov, K. et al. (2015): Time to surgery is associated with thirty-day and ninety-day mortality after proximal femoral fracture. J Bone Joint Surg Am 2015;97:1333-9.
- 34 Beupre, L.A., Jones, A., et al. (2005): Best practices for elderly hip fracture patients. A Systematic Overview of the Evidence.; J Gen Intern Med 2005; 20:1019-1025.
- 35 Simunovic, N., Devereaux, P.J. et al. (2010): Effect of early surgery after hip fracture on mortality and complications: systematic review and meta-analysis; CMAJ Oct 19, 182(15) 2010. DOI:10.1530/cmaj. 092220
- 36 Moja L, Piatti A, et al. (2012): Timing Matters in Hip Fracture Surgery: Patients Operated within 48 Hours Have Better Outcomes. A Meta-Analysis and Meta-Regression of over 190,000 Patients. PLoS ONE 7(10): e46175. doi:10.1371/journal.pone.0046175
- 37 Pincus, D., Ravi, B. et al. (2017): Association between wait time and 30-day mortality in adults undergoing hip fracture surgery.; JAMA.2017;318(20):1994-2003.doi:10.1001/Jama.2017.17606.

GKV-SV	DKG
<p>Verspätete Operationen können neben erhöhten Komplikationsraten und häufigeren Todesfällen auch zu vermeidbaren Schmerzen bei betroffenen Patienten führen. Dieser Zusammenhang wurde bei den Empfehlungen internationaler Leitlinien zur präoperativen Verweildauer explizit berücksichtigt^{50,51}. Zudem stellt die Operation eine der effektivsten Methoden der Schmerztherapie dar.</p> <p>Damit rückt der patientenzentrierte Aspekt in den Fokus. Aus humanitären Gründen wurde eine Vermeidung von Verzögerungen von verschiedenen Leitlinienkommissionen als vorrangig eingestuft. Es wurde angenommen, dass eine Operation die beste Form der Schmerzlinderung darstellt, und dass es unannehmbar ist, mehr als eine Nacht ohne Operation im Krankenhaus zu verbringen.</p> <p>Auf dieser Grundlage wird in zahlreichen nationalen und internationalen Leitlinien mit hohem Empfehlungsgrad eine frühzeitige Operation gefordert⁵².</p> <p>Evidenz aus prospektiv randomisierten Studien liegt zu dieser Fragestellung derzeit nicht vor, da ein diesbezügliches Studiendesign mit einer Kontrollgruppe aus nicht frühzeitig zu operierenden Patienten allgemein als unethisch und somit als nicht praktikabel angesehen wird.</p> <p>Auch wenn in einzelnen älteren Leitlinien dargelegt wird, dass im Hinblick auf eine Zunahme der Mortalität bei verzögerter Operation keine konsistente Evidenz bestünde, so wird dort dennoch konstatiert, dass die operative Versorgung der Patienten</p>	<p><i>Keine Übernahme</i></p>

48 Muhm, M., Klein, D. et al. (2014): Mortality after proximal femur fracture with a delay of surgery of more than 48 h; Eur J Trauma Emerg Surg (2014); 40:201-212.

49 Müller, F. Galler, M. et al. (2018): Analyse von 2000 operativ versorgten proximalen Femurfrakturen, multiple Variable beeinflussen die Mortalität.; Unfallchirurg 2018, 121, 550-559.

50 The Management of Hip Fracture in Adults. NICE clinical guideline 124. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Jun 2011, update 2017 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg124/evidence/full-guideline-pdf-183081997> (Zugriff: 09.08.2018).

51 Waddell, J., McGlasson, R. (2011): National Hip Fracture Tool Kit; <http://boneandjointcanada.com/wp-content/uploads/2014/05/National-hip-fracture-toolkit-June-2011.pdf>

52 Quality-Based Procedures Clinical Handbook for Hip Fracture, Health Quality Ontario & Ministry of Health and Long-Term Care May 2013 http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/ecfa/docs/qbp_hipfracture.pdf

GKV-SV	DKG
mit hüftgelenknaher Femurfraktur „so früh wie möglich erfolgen sollte“ ⁵³ .	

Dabei wird der Begriff „frühzeitig“ unterschiedlich interpretiert.

GKV-SV	DKG
<p>In zahlreichen methodisch hochwertigen Leitlinien finden sich evidenzbasierte Empfehlungen und Einschätzungen zur präoperativen Verweildauer nach hüftgelenknaher Femurfraktur. Eine Leitlinie wird als „methodisch hochwertig“ angesehen, wenn die Beurteilung der methodischen Qualität nach Domäne 3 des AGREE-II-Instruments⁵⁴ mindestens 50 % der möglichen Gesamtpunktzahl von 56 Punkten ergibt⁵⁵. Diese Bedingung wird von den genannten Leitlinien erfüllt:</p> <p><u>USA: AAOS:</u></p> <p><i>“Moderate evidence supports that hip fracture surgery within 48 hours of admission is associated with better outcomes.”</i></p> <p><u>Australien und Neuseeland: ANZHFR</u></p> <p><i>“Perform surgery on the day of, or the day after presentation to hospital with a hip fracture.”</i></p> <p><u>UK ohne Schottland: NICE-Guideline 124</u></p> <p><i>“Perform surgery on the day of, or the day after, admission.”</i></p> <p><u>Schottland: SIGN 11 und “Scottish Standards for hip-fracture-care”:</u></p> <p><i>“Services and resources should be organised to: maximise the proportion of medically fit patients receiving surgery as soon as possible, within safe operating hours (including weekends), after</i></p>	<p>Die Empfehlungen und Einschätzungen zur präoperativen Verweildauer reichen u.a. von 24 Stunden, über 36 Stunden bis hin zu 48 Stunden nach Aufnahme ins Krankenhaus (vgl. u.a. Leitlinien der AWMF zur Schenkelhalsfraktur sowie zur pertrochantären Fraktur, Scottish Standards for hip-fracture-care, Quality-Based Procedures Clinical Handbook for Hip Fracture Health Quality Ontario & Ministry of Health and Long-Term Care).</p>

53 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:13.08.2018).

54 Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Cluzeau F, feder G, Fervers B, Hanna S, Makarski J on behalf of the AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. Can Med Assoc J. Dec 2010, 182:E839-842; doi: 10.1503/cmaj.090449 Domäne 3 des AGREE II – Instrumentes (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II) https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE_II_German-Version.pdf (Zugriff: 16.08.2018)

55 Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), Leistungsbereich hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung; Anhang B Recherchebericht Qualitätszu- und Abschlüsse (QZAb); Thema: Leistungsbereich hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung – Überarbeitung der Evidenzbasierung – Prozessindikator „präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (QI-ID 54030), September 2017.

presenting to hospital with hip fracture

*reduce the duration of pain and dependency
reduce hospital length of stay*."Patients
must undergo surgical repair of their hip
fracture within 36 hours of admission".

Kanada:

"Quality-Based Procedures Clinical
Handbook for Hip Fracture Health Quality
Ontario & Ministry of Health and Long-Term
Care May 2013"

*Time to Surgery : "Surgery should be
performed as early as possible, not to
exceed 48 hours of initial presentation "*

Deutschland: S2e-Leitlinien der AWMF zur
Schenkelhalsfraktur (012 - 001) (Seite 26):

Empfehlung der Leitlinienkommission:

*„Patienten mit Schenkelhalsfraktur sollten so
schnell wie möglich innerhalb von 24h
operiert werden, wenn der Allgemeinzustand
des Patienten dies zulässt“.*

*„Osteosynthese: Möglichst frühzeitig,
dringliche Indikation, [16, 44, 52], Siehe
Abschnitt 4; Es gibt Hinweise dafür, dass
eine frühzeitige Operation innerhalb von 6-
24 Stunden das Kopfnekrosrisiko halbiert
[15, 62]; Falls keine Sofortoperation möglich,
evtl. Punktion des HämARTHROS [15, 25],
speziell beim jungen Patienten.“*

*„Endoprothese: Möglichst frühzeitig,
dringliche Indikation innerhalb von 24
Stunden bei Patienten im operablen
Gesamtzustand; Schwerstkranke können
von 48 Stunden Vorbereitungszeit
profitieren“*

*„Folgen eines Behandlungsaufschub über 24
Stunden: Erhöhte Morbidität und Mortalität,
erhöhte Rate an Femurkopfnekrosen,
verschlechtert die Chancen auf eine
erfolgreiche Osteosynthese und
Rehabilitation, führt zu erhöhten Raten an
Dekubitalulcera, Venenthrombosen und
Lungenembolien, Zunahme chirurgischer
Komplikationen bei Behandlungsaufschub“*

Darüber hinaus existieren im nationalen und
internationalen Kontext Empfehlungen aus

<p>weiteren Leitlinien:</p> <p><u>Dänemark: Referenceprogram for Patienter med Hoftebrud (Seite 38):</u></p> <p><i>„Ziel ist es sicherzustellen, dass die Operation nicht über 24 Stunden hinaus aus Kapazitätsgründen verschoben wird (C)“.</i></p> <p><u>Kanada: National Hip Fracture Tool Kit (Seite 20, Seite 11):</u></p> <p>Guiding principle of care (Seite 11):</p> <p><i>“Where surgery is indicated it needs to occur in a timely manner (within 48 hours of admission to the first emergency room) so as to maximize the patient’s ability to take part in active functional treatment following the surgery.”</i></p> <p><u>Deutschland: S2e-Leitlinie der AWMF zur pertrochantären Fraktur (O12-002) (Seite 42):</u></p> <p><i>Empfehlung der Leitlinienkommission:</i></p> <p><i>„Patienten mit pertrochantärer Oberschenkelfraktur sollten so schnell wie möglich innerhalb von 24 h operiert werden, wenn der Allgemeinzustand des Patienten dies zulässt“.</i></p> <p><i>„Folgen eines Operationsaufschubs über 24-48 Stunden: Erhöhte Morbidität und Mortalität, verschlechtert die Chancen auf eine erfolgreiche Osteosynthese und Rehabilitation, führt zu erhöhten Raten an Dekubitalulcera, führt zu erhöhten Inzidenz von Venenthrombosen und Lungenembolien“.</i></p>	
--	--

Mögliche Gründe für verzögerten Operationszeitpunkt

GKV-SV	DKG
<p>Im Einzelfall können Vorerkrankungen oder andere patientenbezogene Faktoren dazu führen, dass eine Operation nicht ohne Aufschub durchgeführt werden kann. So werden insbesondere ein reduzierter Allgemeinzustand des Patienten, eine bereits initiiert gerinnungshemmende Medikation und ungeklärte Betreuungsverhältnisse zur Begründung für einen patientenbedingten notwendigen Aufschub der Operation und damit eine</p>	<p>Im Einzelfall können Vorerkrankungen oder andere Faktoren dazu führen, dass eine Operation nicht ohne Aufschub durchgeführt werden kann. So werden insbesondere ein reduzierter Allgemeinzustand des Patienten, eine bereits initiiert gerinnungshemmende Medikation und ungeklärte Betreuungsverhältnisse zur Begründung für einen patientenbedingten notwendigen Aufschub der Operation und damit eine verlängerte präoperative Verweildauer</p>

<p>verlängerte präoperative Verweildauer angeführt^{56, 57}. Korrigierbare pathologische Begleitbefunde (u. a. Anämien, Blutzuckerentgleisungen auch unter antidiabetischer Medikation, kardiale Arrhythmien, Atemstörungen und Infektionen) sollten umgehend erkannt und behandelt werden.</p> <p>In der Literatur finden sich weitere verzögernde Gründe, die als „patientenbezogen“ bezeichnet werden⁵⁸: Fraktur initial radiologisch nicht darstellbar, weitere Bildgebung notwendig, älteres Frakturgeschehen, Sekundärdisklokation einer bekannten Fraktur nach konservativem Mobilisationsversuch. Hierbei handelt es sich nur teilweise um patientenbedingte Gründe. So kann eine initial radiologisch nicht darstellbare Fraktur mit der Notwendigkeit zu weiterer bildgebender Diagnostik nicht als patientenbezogener Verzögerungsgrund gelten.</p> <p>Somit kann es im Einzelfall Gründe für einen Operationssaufschub geben. Bei rechtzeitigem Erkennen und aktiver Suche nach möglichen Gründen sowie prompter Einleitung von Maßnahmen zur Korrektur können allerdings die angesprochenen Aspekte in der ganz überwiegenden Mehrzahl innerhalb von 24 Stunden korrigiert werden (NICE-Guideline 124; dort: Seite⁵⁴Fehler! Textmarke nicht definiert.). Darüber hinaus zeigt eine Untersuchung des NHS in Schottland, dass lediglich in ca. 50 % der Fälle ein Operationsaufschub dazu beiträgt, den patientenbezogenen interventionswürdigen Zustand bis zum Operationszeitpunkt tatsächlich zu bessern⁵⁷.</p>	<p>angeführt^{59, 60}. In der Literatur finden sich weitere verzögernde Gründe, die einen Aufschub der Operation erfordern⁶¹: Fraktur initial radiologisch nicht darstellbar, weitere Bildgebung notwendig, älteres Frakturgeschehen, Sekundärdisklokation einer bekannten Fraktur nach konservativem Mobilisationsversuch. Somit gibt es Gründe für einen Operationssaufschub. Nichtsdestotrotz kann ein rechtzeitiges Erkennen und eine aktive Suche nach möglichen Gründen für eine Verzögerung sowie eine prompte Einleitung von Maßnahmen dazu beitragen Patientinnen und Patienten dennoch frühzeitig operieren zu können (NICE-Guideline 124; dort: Seite⁵⁴).</p>
<p>Zu § 2 Absatz 2</p>	<p><i>An dieser Stelle keine Übernahme und</i></p>

56 IQTIG 11/2017; Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur ; Zusammenstellung und Analyse der verfügbaren Daten zum Qualitätsindikator.

57 Clinical Decision-Making: Is the Patient Fit for Theatre? - A Report from the Scottish Hip Fracture Audit (2008): ISD Scotland PublicationsInformation Services DivisionNHS National Services ScotlandGyle Square1 South Gyle Crescent; https://www.shfa.scot.nhs.uk/docs/Theatre_Delay_Report.pdf (Zugriff:17.08.2018).

58 Ruffing, T., Haunschild, M. et al. (2016): Verzögerte Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen, Analyse des Strukturierten Dialogs Rheinland-Pfalz. Unfallchirurg 2016; DOI 10.1007/s00113-016-0243-8

59 IQTIG 11/2017; Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur ; Zusammenstellung und Analyse der verfügbaren Daten zum Qualitätsindikator.

60 Clinical Decision-Making: Is the Patient Fit for Theatre? - A Report from the Scottish Hip Fracture Audit (2008): ISD Scotland PublicationsInformation Services DivisionNHS National Services ScotlandGyle Square1 South Gyle Crescent; https://www.shfa.scot.nhs.uk/docs/Theatre_Delay_Report.pdf (Zugriff:17.08.2018).

61 Ruffing, T., Haunschild, M. et al. (2016): Verzögerte Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen, Analyse des Strukturierten Dialogs Rheinland-Pfalz. Unfallchirurg 2016; DOI 10.1007/s00113-016-0243-8

<p>Ziel ist es, durch Einführung von Struktur- und Prozessanforderungen, Ursachen eines OP-Aufschubs zu beheben, um eine operative Versorgung innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme einer traumabedingten Femurfraktur in die Fachabteilung bzw. nach Sturz im Krankenhaus zu erreichen.</p> <p>Die meisten Patienten mit einer Femurfraktur sind über 80 Jahre alt, multimorbide und funktionell eingeschränkt, sie sind demnach Risikopatienten mit kritischer Prognose: 10 Prozent der Patienten sterben innerhalb der ersten 30 Tage nach Sturz. Bis zu 20 Prozent verlieren ihre Selbstständigkeit und müssen im Folgejahr in eine Pflegeeinrichtung untergebracht werden. Nur 40-60 % der Patienten erreichen nach einer hüftgelenknahen Oberschenkelfraktur ihr vorheriges Aktivitätsniveau (Weißbuch Alterstraumatologie).</p> <p>Die Vermeidung bzw. Vermeidung der Zunahme von Pflegebedürftigkeit, der Erhalt der Selbstständigkeit und der Lebensqualität wie auch konkret die Erkennung von Delirprädisponierenden Faktoren sowie das Delirmanagement sind neben der frühzeitigen operativen Versorgung weitere Ziele der Richtlinie. Patienten profitieren hier insbesondere von der Einbindung eines Geriaters in die Akutbehandlung.</p> <p>Die Richtlinie verfolgt diesen Ansatz. Das heißt: Nach primärem positiven geriatrischen Screening noch in der Notaufnahme ist der Geriater in den stationären Behandlungsverlauf einzubinden.</p>	<p><i>Verortung unter § 2</i></p>
--	-----------------------------------

GKV-SV	DKG
<p>3. Eckpunkte der Entscheidung:</p> <p>§ 1 Rechtsgrundlage und Gegenstand der Richtlinie</p> <p>Die „Richtlinie zur Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen (Femurfx-RL)“ wurde auf der Grundlage von § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V beschlossen. Die Richtlinie legt Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität fest. Alle in der Richtlinie gefassten Mindestanforderungen gelten für</p>	<p>3. Eckpunkte der Entscheidung:</p> <p>§ 1 Rechtsgrundlage und Gegenstand der Richtlinie</p> <p>Die „Richtlinie zur Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen (Femurfx-RL)“ wurde auf der Grundlage von § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V beschlossen. Die Richtlinie legt Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität fest. Alle in der Richtlinie gefassten Mindestanforderungen gelten für</p>

die operative Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer traumabedingten hüftgelenknahen Femurfraktur im Erwachsenenalter. Anlage 1 zu dieser Richtlinie führt die zugrundeliegenden ICD- und OPS-Kode-Kombinationen auf.

§ 2 Ziele

Übergeordnetes Ziel dieser Richtlinie ist, die Struktur- und Prozess- und Ergebnisqualität bei der operativen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer traumabedingten hüftgelenknahen Femurfraktur im Erwachsenenalter zu sichern und ggf. zu optimieren.

Dabei wird ein besonderer Schwerpunkt auf die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und frühestmöglichen operativen Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gelegt. In § 2 wird ausgeführt, welche Ziele diese Richtlinie im Einzelnen verfolgt.

Der Fokus auf die Sicherheit von Patientinnen und Patienten bezieht sich auf die Vermeidung von (Folge-) Komplikationen durch möglichst frühzeitige operative Versorgung. Mit dem Ziel dies zu gewährleisten, definiert die vorliegende Richtlinie Mindestanforderungen an Strukturen, wie bspw. zur Verfügbarkeit und zur Qualifikation des Personals sowie zur medizinisch-technischen Ausstattung. Darüber hinaus werden auch Anforderungen an die Prozessqualität gestellt, indem Krankenhäuser die hüftgelenksnahe Femurfrakturen versorgen verbindliche Standard Operating Procedures (SOP) zu wesentlichen Prozessen zu entwickeln haben.

Ziel ist es somit, durch Einführung von Struktur- und Prozessanforderungen eine frühestmögliche operative Versorgung nach Aufnahme einer unfallbedingten hüftgelenksnahen Femurfraktur in die Fachabteilung bzw. nach Sturz während eines Krankenhausaufenthalts (Inhouse-Sturz) zu ermöglichen.

Dabei steht auch im Fokus, dass eine qualitativ hochwertige Versorgung jeder Patientin/ jedem Patienten unabhängig von ihrer/ seiner persönlichen Situation (sozioökonomischer Status und Wohnort)

die operative Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer traumabedingten, nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur im Erwachsenenalter. Anlage 1 zu dieser Richtlinie führt die zugrundeliegenden ICD- und OPS-Kode-Kombinationen auf.

§ 2 Ziele

Übergeordnetes Ziel dieser Richtlinie ist, die Struktur- und Prozess- und Ergebnisqualität bei der operativen Versorgung von Patientinnen und Patienten hüftgelenknahen Femurfraktur im Erwachsenenalter zu sichern und ggf. zu optimieren.

Dabei wird ein besonderer Schwerpunkt auf die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und frühestmöglichen operativen Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gelegt. In § 2 wird ausgeführt, welche Ziele diese Richtlinie im Einzelnen verfolgt.

Die DKG lehnt die Position des GKV-SV ab, in den Zielen der Richtlinie eine Fristsetzung zur Versorgung innerhalb von 24 Stunden aufzunehmen, da sich daraus schließen ließe, dass eine frühestmögliche Versorgung grundsätzlich innerhalb von 24 Stunden durchzuführen ist. Im Einzelfall kann jedoch, bspw. bei einer Hüftkopfnekrose, eine Operation binnen 6 Stunden indiziert sein. In anderen Fällen, z.B. bei Begleiterkrankungen, kann dagegen eine Versorgung später als 24 Stunden indiziert sein. Dementsprechend liegen in internationalen Leitlinien auch unterschiedliche Empfehlungen und Einschätzungen zur präoperativen Verweildauer vor (u.a. 24 Stunden, 36 Stunden, 48 Stunden).

Die Gewährleistung der Patientensicherheit bezieht sich auf die Vermeidung von (Folge-) Komplikationen durch eine möglichst frühzeitige operative Versorgung. Die Vermeidung (der Zunahme) von Pflegebedürftigkeit, der Erhalt der Selbstständigkeit und der Lebensqualität, die Erkennung von Delir-prädisponierenden Faktoren sowie das Delirmanagement sind neben der frühzeitigen operativen Versorgung weitere Ziele der Richtlinie.

Dabei steht auch im Fokus, dass eine qualitativ hochwertige Versorgung jeder

zugänglich sein muss.	Patientin/ jedes Patienten unabhängig von ihrer/ seiner persönlichen Situation (sozioökonomischer Status und Wohnort) zugänglich sein muss.
-----------------------	---

§ 3 Personelle und fachliche Mindestanforderungen

GKV-SV	DKG
<p>Zu Absatz 1</p> <p>Der Absatz beschreibt die Merkmale einer Fachabteilung in der Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur versorgt werden.</p>	
<p>Zu Absatz 2</p> <p>Ein Patient mit hüftgelenknaher Femurfraktur ist ein Notfallpatient. Für seine Versorgung muss ein qualitativ hoher Maßstab gefordert werden, denn er ist auf Grund seines Alters und der typischerweise bestehenden Begleiterkrankungen ein Risikopatient.</p> <p>Die Operation ist das Standardverfahren für die Versorgung einer Femurfraktur. Die definitive operative Versorgung einer Femurfraktur besteht entweder in der Reposition und Stabilisierung der Fraktur mittels Osteosynthese oder endoprothetisch im Teil- oder Totalersatz des Hüftgelenks.</p> <p>Die Operation einer Femurfraktur ist anspruchsvoll, sie erfordert für die patientenindividuelle definitive operative Versorgung ein breites chirurgisches Können und die entsprechenden Kenntnisse. Diverse operative Versorgungsvarianten und Behandlungsrisiken müssen sicher beherrscht werden.</p> <p>Die Qualität der Indikationsstellung und der operativen Versorgung ist abhängig vom Ausbildungsstand des Operateurs, der Qualifikationsnachweis als fachliche Mindestanforderung ist durch die Anerkennung als Facharzt/Fachärztin nach Weiterbildungsordnung (WBO) der BÄK gewährleistet und zwar für folgende Gebiete:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facharzt für Chirurgie • Facharzt für Allgemeinchirurgie • Facharzt für Orthopädie • Facharzt für Orthopädie und 	<p>Zu Absatz 1</p> <p>Die vorliegende Richtlinie, regelt an dieser Stelle, dass die operative Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen durch einen Facharzt für Chirurgie, für Allgemeinchirurgie, für Orthopädie oder für Orthopädie und Unfallchirurgie oder durch einen zu diesen Fachqualifikationen in der Weiterbildung befindlicher Arzt, auch ohne Assistenz eines Facharztes, durchgeführt werden kann, wenn dieser von seinen Kenntnissen und Fähigkeiten dem Facharztstandard genügt.</p> <p>An dieser Stelle gilt es eingangs zu berücksichtigen, dass die hier getroffene Regelung viel weitgreifender als der eigentliche Facharztstandard geht, da § 3 Absatz 1 festlegt, dass ein Arzt in Weiterbildung hüftgelenksnahe Femurfrakturen nur dann operieren darf, wenn er insgesamt den Facharztstandard gewährleistet. Demnach muss der Arzt in Weiterbildung nicht nur die notwendigen Erfahrungen und Kenntnissen zur Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur aufweisen, sondern muss sämtliche orthopädisch/ unfallchirurgische Eingriffen versorgen können. Folgerichtig kann es sich dabei lediglich um Ärzte am Ende ihrer Weiterbildung handeln, die bereits ihre Facharztprüfung ablegen könnten.</p> <p>Grundsätzlich gilt, dass mit der ärztlichen Approbation der Arzt berechtigt ist, jede ärztliche Tätigkeit auszuüben und auch jede Operation durchzuführen. Konkrete gesetzliche Vorgaben, nach denen bestimmte Operationen nur durch bestimmte</p>

<p style="text-align: center;">Unfallchirurgie</p> <p>Im Sinne der Richtlinie erfolgt – als adäquate Mindestanforderung - die operative Versorgung entweder durch den Facharzt entsprechen oben genannter Qualifikation oder durch einen Arzt in Weiterbildung unter Assistenz des obengenannten aufsichtführenden Facharztes, der jederzeit am OP-Tisch korrigierend eingreifen kann. Diese Mindestanforderung in Bezug auf die fachliche und personelle Qualifikation ist als geeignet und verhältnismäßig anzusehen, da sie auf der einen Seite die Erfüllung des Facharztstandards garantiert und auf der anderen Seite die notwendige Aus- und Weiterbildung von Assistenzärzten ermöglicht.</p> <p>Die Mindestanforderung „Präsenz des Facharztes“ findet sich als eine der wesentlichen Anforderungen der Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V wieder. (Siehe Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vom 19. April 2018; Aktualisierter Stand: 11. Oktober 2018).</p> <p>Die Fachkompetenz der Fachabteilung ergibt sich aus den Fachärzten.</p> <p>Der Facharzt bietet die Fachkompetenz die Behandlung nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden allgemein anerkannten fachlichen Standards durchzuführen.</p> <p>Absatz 2 legt fest, dass eine Fachärztin- ein Facharzt für die Durchführung oder Assistenz der Operation einer hüftgelenknahen Femurfraktur jederzeit verfügbar sein muss. Durch diese Mindestanforderung wird die Versorgung in Klinikstrukturen mit nur zeitweise (z. B. von Montag bis Freitag) anwesenden Beleg- oder Honorarärzte explizit ausgeschlossen. Nur wenn die fachärztliche Präsenz im Bedarfsfall - sprich Notfall jederzeit gewährleistet ist, ist eine qualitativ hochwertige und zeitnahe Versorgung sichergestellt.</p>	<p>Fachärzte durchgeführt werden dürfen, existieren nicht. Diese Rechtslage hat das Bundesverfassungsgericht wie folgt beschrieben:</p> <p><i>„Insbesondere der Patientenschutz erfordert es nicht, einem bestimmten Fachgebiet zugeordnete Behandlungen nur durch Ärzte dieses Fachgebiets durchführen zu lassen. Die Qualität ärztlicher Tätigkeit wird durch die Approbation nach den Vorschriften der Bundesärztleordnung sichergestellt. Zwar hat ein Arzt in jedem Einzelfall zu prüfen, ob er aufgrund seiner Fähigkeiten und der sonstigen Umstände - wie etwa der Praxisausstattung - in der Lage ist, seinen Patienten nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu behandeln. Vorbehaltlich dieser Prüfung ist er aber, unabhängig vom Vorhandensein von Spezialisierungen, berechtigt, Patienten auf allen Gebieten, die von seiner Approbation umfasst sind, zu behandeln.“</i> (BVerfG, Beschluss vom 01. Februar 2011 - 1 BvR 2383/10 - Rn. 27)</p> <p>Nach ständiger Rechtsprechung sowohl des Bundesgerichtshofes (Urteil vom 27.09.1983, VI ZR 230181; Urteil vom 07.05.1985, VI ZR 224183) als auch mehrerer Oberlandesgerichte (OLG Düsseldorf, Urteil vom 02.10.1985, 8 U 100/83; OLG Koblenz, Urteil vom 13.06.1990, 5 U 860/88) haben Patienten eines Krankenhauses Anspruch auf ärztliche Behandlung, die dem medizinischen Standard eines erfahrenen Facharztes entspricht. Gefordert wird somit der sogenannte Facharztstandard. Auch unter vertragsrechtlichen und sozialrechtlichen Aspekten schuldet das Krankenhaus bei der operativen Versorgung von Femurfrakturen den Facharztstandard. Dies lässt sich vertragsrechtlich aus der Pflicht zur Behandlung nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards (§ 630a Abs. 2 BGB) und sozialrechtlich aus Pflicht zur ärztlichen Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst (§ 39 Abs. 1 i.V.m. § 28 Abs. 1 SGB V) ableiten.</p> <p>Der Facharztstandard ist gewährleistet, wenn der den Eingriff durchführende Arzt unter Berücksichtigung der Schwierigkeit des Eingriffs das medizinisch Gebotene theoretisch wie praktisch so beherrscht, wie das von einem Facharzt dieses Fachs erwartet werden muss. Dabei ist es</p>
---	--

	<p>haftungsrechtlich nicht notwendig, dass der Arzt formell über die Facharztqualifikation und zudem noch über praktische Erfahrungen verfügt, sondern allein ausschlaggebend, ob er den Eingriff materiell so durchführt, wie es ein erfahrener Facharzt täte. Der Facharztstandard kann damit auch von einem Arzt einer anderen Fachrichtung oder einem approbierten Arzt in Weiterbildung zum Facharzt gewährleistet werden.</p> <p>Daraus ergibt sich die Pflicht des Krankenhausträgers, dass für die operative Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen ausreichend qualifiziertes ärztliches Personal zur Verfügung steht und somit der Facharztstandard gewährleistet wird.</p> <p>Es bestehen keine gesetzlichen Vorgaben dazu, wer hüftgelenknahe Femurfrakturen (endoprothetisch oder osteosynthetisch) operativ versorgen darf. Darüber hinaus existiert keine wissenschaftliche Evidenz, mit der die Eignung, die Erforderlichkeit und die Verhältnismäßigkeit zu begründen wäre, dass die operative Versorgung von hüftgelenksnahen Femurfrakturen grundsätzlich nur von Ärzten mit formeller Facharztqualifikation durchgeführt werden darf.</p> <p>Unter dem Gesichtspunkt der Verhältnismäßigkeit sprechen vielmehr entscheidende Aspekte gegen eine entsprechende Regelung:</p> <p>Hierbei gilt es insbesondere die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Weiterbildung zu berücksichtigen. Durch die Mindestanforderung der vorliegenden Richtlinie zur ständigen Verfügbarkeit eines Facharztes, zumindest im Rahmen einer Rufbereitschaft, können approbierte Ärzte in Weiterbildung, die bereits von ihren Kenntnissen und Fähigkeiten dem Facharztstandard genügen, in diesem geschützten Rahmen an das eigenständige Operieren herangeführt werden. Eine Vorgabe, die eine eigenständige Operation hüftgelenknaher Femurfrakturen durch Weiterbildungsassistenten, die den Facharztstandard erfüllen, ausschließt, wird zur Folge haben, dass entsprechende Ärzte über keine in der Weiterbildung erworbenen eigenständigen praktischen Kenntnisse und Erfahrungen bei der Durchführung dieser Operationen verfügen. Erst durch die</p>
--	---

	<p>formelle Erlangung der Facharztqualifikation dürften diese Ärzte erstmals eigenständig operieren, jedoch dann, z.B. nach einem Wechsel des Arbeitsplatzes, ohne die Möglichkeit einen erfahrenen Facharzt herbeizurufen. Besonders gravierend ist eine entsprechende Regelung, da unter Aufsicht dieser Ärzte, lediglich aufgrund ihrer vorliegenden Facharztqualifikation aber ohne jemals eigenständig operiert zu haben, andere Ärzte in Weiterbildung hüftgelenksnahe Femurfrakturen operieren dürften.</p> <p>Des Weiteren sollte auch die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung bei zeitgleichem Fachärztemangel bei dieser Fragestellung berücksichtigt sein.</p> <p>In Conclusio verdeutlicht sich, dass es weder notwendig noch ausreichend ist, dass der Arzt formell über eine Facharztqualifikation verfügt. Zur Sicherstellung ausreichender Qualität bei der operativen Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen ist ausschließlich entscheidend, dass ein Arzt die Behandlung theoretisch wie praktisch so beherrscht, wie das von einem Facharzt dieses Bereiches erwartet werden kann, dabei ist es unerheblich, ob es sich um einen Facharzt oder um einen approbierten Arzt in Weiterbildung zum Facharzt handelt.</p> <p>Im Hinblick auf die Frage, welche Ärztinnen und Ärzte hüftgelenksnahe Femurfrakturen versorgen dürfen, muss des Weiteren berücksichtigt sein, dass die vorliegende Struktur- und Prozessrichtlinie Mindestanforderungen für die Versorgung von hüftgelenknahen Femurfrakturen in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern definiert, wodurch jedes Krankenhaus, das hüftgelenksnahe Femurfrakturen versorgt, mit dem ihm zur Verfügung stehenden Personal dafür Sorge zu tragen hat, dass die Vorgaben der Richtlinie eingehalten sind. Verfügen Ärztinnen und Ärzte über die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten, ist ein Ausschluss einzelner Ärztinnen und Ärzte aus einer Versorgungsleistung lediglich aufgrund der Abrechnungsmodalität des Falls und/oder des Arbeitsverhältnisses des Arztes/der Ärztin (Honorar-/Belegarztsystem) nicht begründbar und somit nicht geeignet, nicht angemessen und nicht verhältnismäßig. Auch wenn nur in wenigen Fällen hüftgelenksnahe Femurfrakturen durch</p>
--	---

	Belegärztinnen und Belegärzte erbracht werden, liegt es in der Verantwortung des Krankenhauses darüber zu entscheiden, ob im Einzelfall trotzdem eine hüftgelenknahe Femurfraktur durch einen ausreichend qualifizierten Belegarzt erfolgen kann.
--	---

Zu Absatz 2

Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und frühestmöglichen Versorgung muss eine ständige Arztpräsenz in der Fachabteilung, in der hüftgelenknahe Femurfrakturen operiert werden, gegeben sein. Ist diese Ärztin/ dieser Arzt nicht Fachärztin/ Facharzt muss zusätzlich Rufbereitschaftsdienst mit eben dieser Qualifikation eingerichtet werden.

Zu Absatz 3

Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und frühestmöglichen Versorgung muss zu jeder Zeit im Gebiet der Anästhesiologie ein Arzt verfügbar sein. Ist diese Ärztin/ dieser Arzt nicht Fachärztin/ Facharzt muss zusätzlich Rufbereitschaftsdienst mit eben dieser Qualifikation eingerichtet werden.

DKG
<p>Zu Absatz 4</p> <p>Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und frühestmöglichen Versorgung muss zu jeder Zeit im Gebiet der Inneren Medizin ein Arzt verfügbar sein. Ist diese Ärztin/ dieser Arzt nicht Fachärztin/ Facharzt muss zusätzlich Rufbereitschaftsdienst mit eben dieser Qualifikation eingerichtet werden.</p>

§ 4 Strukturelle Mindestanforderungen

DKG
<p>Zu Absatz 1</p> <p>Hier wird die eigenständige Struktur und Organisation einer Fachabteilung beschrieben. Die eigenständige Struktur und Organisation ist nicht zwingend an die Vorhaltung von eigenen Betten dieser Fachabteilung geknüpft. Auch eine nicht bettenführende Fachabteilung kann dieses Kriterium erfüllen, wenn sie wesentliche Kriterien einer eigenen Organisationsstruktur wie eine eigene Leitung und Dienstplanung sowie klar definierte Zuständigkeiten innerhalb der Abteilung und in der Beziehung zu anderen Abteilungen erfüllt.</p>

GKV-SV	DKG
<p>Zu Absatz 1</p> <p>Die folgenden Mindestanforderungen werden für Fachabteilungen definiert, die erwachsene Patienten – über 18 Jahre- mit einer Trauma bedingten hüftgelenknahen Femurfraktur operativ versorgen. Zu den hüftgelenknahen Femurfrakturen gehören neben der Schenkelhals- und</p>	<p>Zu Absatz 2</p> <p><i>Den Ansatz des GKV-SV, dass alle Anforderungen der Basisnotfallstufe als Mindestanforderungen zur Versorgung einer Femurfraktur festgesetzt werden, lehnt die DKG ab, da ein Patient mit einer hüftgelenksnahen Femurfraktur nicht grundsätzlich ein Notfallpatient ist.</i></p>

<p>pertrochantären auch die subtrochantäre Fraktur. Anlage 1 führt die entsprechenden ICD und OPS Kombinationen auf.</p> <p>Zur Begründung für den Einschluss der subtrochantären Frakturen:</p> <p><u>„Argumentationspapier zum Einschluss der subtrochantären Frakturen (ICD Code S72.2) in die Grundgesamtheit „Hüftgelenknahe Femurfraktur“</u></p> <p><u>Definition hüftgelenknahe Femurfraktur</u></p> <p>Der englische Begriff „Hip Fracture“ definiert Frakturen des proximalen Femur einschließlich eines Schaftanteils unterhalb des Trochanter minor (<i>subtrochantäre Region</i>) 62·63·64. Entsprechende Frakturen werden in 4 Regionen eingeteilt: die Schenkelhalsregion unterhalb des Hüftkopfes, die intertrochantäre Region zwischen dem Trochanter major und dem Trochanter minor sowie die subtrochantäre Region unterhalb des Trochanter minor bis in die Oberschenkel-Schaftregion. Abgegrenzt werden weiterhin die Femurkopffrakturen.</p> <p>Parker et al.^{63, 64} spezifizieren dabei insbesondere die Zugehörigkeit der <i>subtrochantären</i> Region. Sie unterscheiden hüftgelenknahe Femurfrakturen („hip fractures“) nach intra- und extrakapsulärer Lage. Intrakapsuläre Frakturen werden in dislozierte und nicht-dislozierte Frakturen unterschieden. Extrakapsuläre Frakturen werden in trochantäre / pertrochantäre sowie subtrochantäre Frakturen und nach Stabilität unterschieden (Frakturzone bis 5 cm unterhalb des Trochanter minor).</p> <p>Im internationalen Kontext ist diese Einteilung unter <i>Einschluss</i> der subtrochantären Region in methodisch hochwertigen Versorgungsleitlinien zu „hüftgelenknahen Femurfrakturen“ (hip fractures) breit implementiert 65·66·67·68.</p>	<p>Eine Übernahme sämtlicher Anforderungen der Basisnotfallstufe aus den Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen ist nicht angemessen, nicht geeignet und nicht verhältnismäßig, da bei diesem entgeltrechtlichen System von der Möglichkeit eines Krankenhauses ausgegangen wird, sämtliche, verschiedenartige Notfälle zu versorgen. Diese Anforderungen sind insofern i.d.R. nicht für die Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur erforderlich.</p> <p>Die Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gilt als dringlicher Eingriff. Im Einzelfall kann auch eine notfallmäßige Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen notwendig sein. Aus diesem Grund ist es angezeigt, dass Krankenhäuser, in denen hüftgelenknahe Femurfraktur versorgt werden, Anforderungen zu einer notfallmäßigen Versorgung dieser Patienten erfüllen müssen und zu jeder Zeit aufnahmebereit sind.</p> <p>Um Mindestanforderungen für eine notfallmäßige Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen zu definieren, wurde als grobe Orientierung die Basisnotfallstufe des sogenannten gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V herangezogen.</p> <p>Dabei muss jedoch berücksichtigt sein, dass dieses System Notfallstufen im entgeltrechtlichen Sinne regelt und insofern kein Übertrag möglich ist. In den Tragenden Gründen der Notfallstufenregelung wird dementsprechend hierzu ausgeführt, dass dieses gestufte System „<i>als Grundlage für eine differenzierte Vergütung von Vorhaltungen in den jeweiligen Notfallstufen</i>“ dient und dabei die „<i>verschiedenen Arten und die Komplexität an Notfällen, die versorgt werden können</i>“ berücksichtigt werden.</p>
--	--

62 Hip Fracture: Setting Priorities for Effectiveness, Institute of Medicine (US) Division of Health Care Services; Heithoff KA, Lohr K, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); Chapter: The Knowledge Base for Key Clinical Issues in Hip Fracture 1990. ISBN-10: 0-309-04299-2; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235834/> (Zugriff: 21.11.2018)

63 Parker M., Johansen A. (2006): Hip Fracture; British Medical Journal 2006, 333(7557):27-30.

64 Parker, M.J. (2008): Fractures of the neck of the femur; Trauma 2008; 10: 43-53

65 The Management of Hip Fracture in Adults. NICE clinical guideline 124. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Jun 2011, update 2017 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg124/evidence/full-guideline-pdf-183081997>; Seite 9-10; (Zugriff: 21.11.2018).

<p>Zudem findet sie dominante Anwendung in den Stellungnahmen internationaler Fachgesellschaften^{75,76,77,78} und in den Veröffentlichungen von führenden wissenschaftlichen Netzwerken^{80,81,82,i, 69}.</p> <p>Insbesondere im europäischen Raum wird diese Einteilung unter Einschluss der <i>subtrochantären</i> Region in nationalen Registern und Audits vorherrschend praktiziert. Auf der Basis des ersten nationalen Registers für Hüftfrakturen in Schweden (RIKSHÖFT), in dem ebenfalls die subtrochantären Frakturen zu den hüftgelenknahen Femurfrakturen („hip fractures“) gerechnet werden⁷⁰, erfolgte unter Schirmherrschaft der EU die Entwicklung des „Standardised Audit of Hip Fracture in Europe (SAHFE)“⁷¹.</p> <p>Johansen et al.⁷² stellten 2017 die Ergebnisse aus bisher 9 nationalen,</p>	<p>Aus diesen Ausführungen ergibt sich ebenfalls, dass bei der Notfallstufenregelung von der Möglichkeit eines Krankenhauses ausgegangen wird, sämtliche, verschiedenartige Notfälle zu versorgen.</p> <p>Selbst in der Notfallstufenregelung wurde daher eine Ausnahmeregelung für spezialisierte Krankenhäuser aufgenommen. In den Tragenden Gründen findet sich hierzu, dass diese Ausnahmeregelung „hochspezialisierten Notfallversorgern mit eingeschränktem Patientenspektrum (z.B. <i>Schwerbrandverletzte</i>) oder <i>Spezialversorgern mit klar definiertem Versorgungsauftrag für die Notfallversorgung die Teilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen mit Zuschlägen oder mit einer Freistellung von Abschlägen</i>“ ermöglicht. Des Weiteren wird betont, dass sich das Patientenspektrum in spezialisierten</p>
--	--

66 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.

Section 1, Seite 17.

<http://anzhfr.org/wp-content/uploads/2016/07/ANZ-Guideline-for-Hip-Fracture-Care.pdf>

(Zugriff: 21.11.2018).

67 American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS); Evidence-based clinical practice guideline; Management of hip fractures in the elderly. September 2014

https://www.aaos.org/research/guidelines/HipFxGuideline_rev.pdf (Zugriff:21.11.2018).

68 Quality-Based Procedures: Clinical Handbook for Hip Fracture, Health Quality Ontario & Ministry of Health and Long-Term Care May 2013; Chapter 5. Hip fracture cohort and patient stratification approach, (Seite 27); http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/ecfa/docs/gbp_hipfracture.pdf (Zugriff:21.11.2018)

69 Die AO-Klassifikation steht der geschilderten, international gebräuchlichen Beschreibung einer „hip fracture“ oder „hüft(gelenk)nahen Femurfraktur“ nicht entgegen. Die AO konkretisiert nicht, wie eine „hip fracture“ (oder „hüft(gelenk)nahe Femurfraktur“) zu definieren ist. Sie bestimmt diese folglich auch nicht *konträr* zu der international gebräuchlichen Klassifikation nach Parker et al.^{2, 3}. Folgt man der international gängigen Einteilung der „hip fractures“ nach „intra- und extrakapsulären Frakturen des proximalen Femur bis zu einer Zone von 5 cm unterhalb des Trochanter minor“ als Referenzzone sind dabei zweifelsfrei auch proximale Anteile der Femurdiaphyse inkludiert. Die Frakturen unterhalb des Trochanter minor werden von der AO den Schafffrakturen zugerechnet („proximal end segment“ der Diaphyse; 32A,B,C1-3, Qualifications a. oder i. der AO-Systematik von 2018)^[1].

Der Begriff „*subtrochantäre Fraktur*“ existiert nicht in der AO-Klassifikation. Damit folgt die aktuelle Systematik der AO, Version 2018^[1] **nicht** der neuen ICD-11 Systematik der WHO von 2018^[2] oder der in Deutschland weiterhin gültigen aktuellen ICD-10-GM-Version 2018^[3]. Dort werden unter NC72.4 (ICD 11, WHO 2018) bzw. S72.2 (ICD 10- GM 2018) explizit *subtrochantäre Frakturen* gelistet und von den Schafffrakturen (NC72.5 bzw. S 72.3) abgegrenzt.

In keinem Fall kann daher unter Bezug auf die AO-Systematik ein potentieller Ausschluss der subtrochantären Region aus der Gruppe der „hüft(gelenk)nahen Femurfrakturen (hip fractures)“ begründet werden. Definitionsgemäß wären nach der aktuellen Version der AO von 2018 die AO-Frakturen 31 A,B,C sowie 32 A/B/C (Qualifications a. oder i. bis 5 cm unterhalb des Trochanter minor) den „hip fractures“ nach international dominant gebräuchlicher Klassifikation zuzurechnen.

[1]AO Trauma International Board (2018): Fracture and Dislocation Classification – 2018; Journal of Orthopaedic Trauma, Vol. 32, Nr.1, Jan. 2018

[2] WHO ICD 11 2018;

<https://icd.who.int/browse11/l-m/en/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentit%2f106550501> (Zugriff: 22.11.2018)

[3] ICD-10-GM 2018 Systematisches Verzeichnis, 10. Revision, Deutscher Ärzteverlag 2018, ISBN:978-3-7691-3662-3

70 Schwedisches Hüftfrakturregister; <https://rikshoft.se/epidemiology/> (Zugriff: 21.11.2018)

71 Standardised Audit for Hip Fractures in Europe (SAHFE), Project Details https://cordis.europa.eu/project/rcn/38444_en.html (Zugriff: 21.11.2018)

72 Johansen, A., Golding, D. et al. (2017): Using national hip fracture registries and audit databases to develop an international perspective; Injury 2017, <http://dx.doi.org/10.1016/J.injury.2017.08.001>

<p>jährlichen Audits in einer Zusammenfassung vor (Norwegen, Dänemark, Schweden, Großbritannien [einschließlich England, Wales und Nordirland], Irland, Schottland, Niederlande - außereuropäisch zudem Australien und Neuseeland). Dabei wird definitionsgemäß durchgehend auch die <i>subtrochantäre Region</i> als „hip fracture“ inkludiert und in den National Hip Fracture Registries und Audit-Datenbanken erfasst⁷².</p> <p>Auch das europäische FFN (Fragility Fracture Network) hat das SAHFE-Modell unter Einschluss der „subtrochantären Frakturen“ adaptiert und zu einem Minimum Common Dataset (MCD) zur Erfassung von Patienten mit hüftgelenknahen Femurfrakturen weiterentwickelt. Dieses Datenset wurde 2016 in 4 weiteren europäischen Staaten (Spanien, Deutschland, Slovenien, Malta) in 5 Zentren als Pilotprojekt etabliert (Barcelona, Lübeck, Stuttgart, Celje, Msida)⁷².</p> <p>Die OECD definiert Health Care Quality Indicators (HCQI) um den Vergleich nationaler Qualitätsergebnisse zu ermöglichen⁷³. Der hier kontextrelevante Indikator „<i>Hip Fracture Surgery initiated within 2 calendar days after admission to the hospital [IHWTHIPS]</i>“ wird in der statistischen Aufbereitung der OECD getrennt in drei Gruppen berichtet: nach Initiierung der Operation am ersten Tag nach Krankenhausaufnahme, nach Initiierung der Operation innerhalb des Folgetages nach Krankenhausaufnahme und nach Initiierung der Operation innerhalb von 2 Tagen nach Krankenhausaufnahme⁷⁴. In jedem Fall ist dabei - neben den ICD-10-Kodes S72.0 und S72.1 für die Schenkelhals- und pertrochantären Frakturen - auch der ICD-10-Kode S72.2 für die <i>subtrochantären</i> Frakturen inkludiert⁷⁵ (dort: Seite 22).</p> <p>Zahlreiche nationale und internationale Fachgesellschaften zählen ebenfalls die <i>subtrochantäre Region</i> zu den „hip fractures“ (proximal femoral fractures /proximalen Femurfrakturen): u.a. AAOS 75 , British</p>	<p>„Krankenhäuser, die zu einem ganz überwiegenden Anteil Schwerverletzte versorgen, [...] vorwiegend auf die Traumaversorgung [beschränkt], und sie in der Regel nicht die im Notfallstufenkonzept geforderte Breite an Fachabteilungen vor[halten]“ müssen.</p> <p>Auswertungen haben ergeben, dass die Übernahme sämtlicher Anforderungen der Basisnotfallstufe als Mindestvoraussetzung in der vorliegenden Richtlinie vermutlich rund 10 Prozent der Krankenhäuser, die derzeit hüftgelenknahe Femurfrakturen versorgen, ausgeschlossen wären. Dabei zeigte sich, dass das Nichterreichen der Basisnotfallstufe keinen Rückschluss auf die bestehenden Qualitätssicherungsverfahren mit den entsprechenden Qualitätsindikatoren zulässt.</p> <p>Dass die Anforderungen der Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, als ein System, das auf die Versorgung sämtlicher eventueller Notfälle ausgelegt ist, nicht ohne weiteres auf die Versorgung der hüftgelenknahen Femurfrakturen zu übertragen ist, verdeutlicht sich ebenfalls an einer Studie von Biberthaler et al. zum Stellenwert der Unfallchirurgie für die Notaufnahmen (vgl. hierzu Biberthaler et al. (2019): <i>Stellenwert der Unfallchirurgie für die Notaufnahmen einer deutschen Millionenstadt – Eine Auswertung von 524.716 Notfallpatienten</i>. In: Unfallchirurg, 122, S. 44–52). In dieser Analyse konnten 393.587 Fälle eingeschlossen werden, von denen bei 169.208 Fällen (43 %) eine Hauptdiagnose gestellt wurde, die dem Fach Unfallchirurgie bzw. Orthopädie zugeordnet werden konnte. Lediglich 3286 dieser Fälle (1,94 %) stellten Frakturen der Hüfte und des Oberschenkels dar.</p> <p>Aus diesen Gründen wurden sämtliche Anforderungen der Basisnotfallversorgung des gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern auf Ihre Eignung, Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit geprüft, um für die vorliegende Richtlinie</p>
--	---

73 OECD: Definitions for Health Care Quality Indicators 2016-2017, HCQI Data Collection; <http://www.oecd.org/els/health-systems/Definitions-of-Health-Care-Quality-Indicators.pdf> (Zugriff: 22.11.2018)

74 OECD.stat; https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_HCQI (Zugriff:22.11.2018)

75 AAOS (American Association of Orthopaedic Surgeons), Diseases and Conditions, Hip Fractures; <https://orthoinfo.aaos.org/en/diseases--conditions/hip-fractures/> (Zugriff: 21.11.2018)

<p>Orthopaedic Association⁷⁶, British Geriatrics Society⁷⁶, Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland ⁷⁷ , Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie⁷⁸.</p> <p>Auch im „Klinischen Pfad Behandlung hüftnaher Frakturen bei zuvor oral antikoagulierten Patienten inkl. Ergänzungen“ des österreichischen Bundesministeriums für Gesundheit ist die per- und subtrochantäre Region - neben den Schenkelhalsfrakturen - in die Begrifflichkeit der „hüftnahen Fraktur“ integriert⁷⁹.</p> <p>In methodisch hochwertigen Veröffentlichungen wissenschaftlicher Netzwerke zur Thematik (z.B. der Cochrane Collaboration) wird dominierend ebenfalls die subtrochantäre Region bei der Betrachtung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (Hip Fracture) mit einbezogen^{80,81,82,i}.</p> <p>Fazit:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Im nationalen und internationalen Kontext werden die Begriffe „hip fracture“ oder „proximal femoral fracture“ (deutsch: proximale Femurfraktur / hüft(gelenk)nahe Femurfraktur) häufig synonym verwendet. ➤ Methodisch hochwertige internationale Leitlinien definieren 	<p>fachgebundene Mindestanforderungen für die notfallmäßige Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen festzulegen:</p> <p>Zu Buchstabe a)</p> <p>Ein Krankenhaus, das hüftgelenksnahe Femurfrakturen versorgt setzt seinen fachlichen Schwerpunkt vielfach auf die Behandlung dieses Patientenlientels. Aus diesem Grund benötigt es keine gesonderte Fachabteilung für Innere Medizin, da es nicht zwingend auch Kompetenz zur Versorgung sämtlicher internistischer Erkrankungen, wie etwa die Versorgung einer Cholezystolithiasis bedarf. An dieser Stelle erscheint das jederzeitige Vorhalten einer/eines Fachärztin/ Facharztes für Innere Medizin geeignet und verhältnismäßig. Dementsprechend wurde § 3 Absatz 4 aufgenommen. Mit der Festlegung einer Fachabteilung für Innere Medizin als Mindestanforderung zur Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen würde sich außerdem ggf. ein unverhältnismäßiger Aufbau entsprechender Fachabteilungen an Standorten ergeben, die bislang auch ohne Fachabteilung für Innere Medizin, hüftgelenknahe Femurfrakturen versorgen.</p> <p>Zu Buchstabe b und c)</p> <p>Ein Krankenhaus, das hüftgelenknahe Femurfrakturen versorgt muss zu jeder Zeit</p>
---	---

76 The British Orthopaedic Association (2007): The Care of Patients with Fragility Fractures, [https://www.nhfd.co.uk/20/hipfractureR.nsf/4e9601565a8ebbaa802579ea0035b25d/db4aeb9853f56eb28025779f0041fbde/\\$FILE/Blue%20Book%20II.pdf](https://www.nhfd.co.uk/20/hipfractureR.nsf/4e9601565a8ebbaa802579ea0035b25d/db4aeb9853f56eb28025779f0041fbde/$FILE/Blue%20Book%20II.pdf) (Zugriff: 21.11.2018).

77 Griffiths, R., Alper, J. et al. (2011): Management of proximal femoral fractures, Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland; Anaesthesia 2012, 67, 85-98.

78 Liener, U.C., Becker, C., Rapp, K. (Hrsg. 2018): Weißbuch Alterstraumatologie; ISBN 978-3-17-034360-3, Kohlhammer-Verlag Stuttgart 2018, 1. Auflage

79 Kozek, S. Gütl, M. et al. (2016): Klinischen Pfad Behandlung hüftnaher Frakturen bei zuvor oral antikoagulierten Patienten inkl. Ergänzungen (Seite12). https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/6/1/2/CH1333/CMS1409145967287/klinischer_pfad_hueftnahe_frakturen.pdf , (Zugriff: 21.11.2018).

80 Guay J, Parker MJ et al. (2016): Anaesthesia for hip fracture surgery in adults.Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 2. Art. No.: CD000521. DOI: 10.1002/14651858.CD000521.pub3. (Seite 7).

81 Handoll HHG, Parker MJ. (2008): Conservative versus operative treatment for hip fractures in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3. Art. No.: CD000337. DOI: 10.1002/14651858.CD000337.pub2. (Seite 2).

82 Lewis SR, Butler AR, Brammar A et al. (2016): Perioperative fluid volume optimization following proximal femoral fracture.Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 3. Art. No.: CD003004.

DOI: 10.1002/14651858.CD003004.pub4. (Seite 7).

<p>den Begriff „hip fracture“ einheitlich als intra- oder extrakapsuläre Fraktur des proximalen Femur unter Einbezug der subtrochantären Region bis 5 cm unterhalb des Trochanter minor.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Im europäischen Raum ist diese Klassifikation ebenfalls Standard zur Definition einer hüftgelenknahen Femurfraktur (hip fracture) in nationalen Registern und Audits. ➤ Die Health Care Quality Indicators der OECD zur Hip Fracture Surgery beinhalten definitionsgemäß ebenfalls die subtrochantäre Region (ICD-10 S72.2). ➤ Zahlreiche nationale und internationale Fachgesellschaften für Orthopädie, Unfallchirurgie, Geriatrie und Anästhesie definieren hüftgelenknahe Femurfrakturen übereinstimmend unter Einbezug der subtrochantären Region. ➤ Auch das Österreichische Bundesministerium für Gesundheit definiert hüftnahe Femurfrakturen unter Einschluss der subtrochantären Region. ➤ Diese international dominant einheitliche Definition der „hip fracture/proximal femoral fracture / proximalen Femurfraktur / hüft(gelenk)nahen Femurfraktur bildet sich auch in zahlreichen Veröffentlichungen renommierter wissenschaftlicher Netzwerke ab. ➤ Der Ausschluss der subtrochantären Region bei der Definition dieser Frakturformen muss als Sonderweg betrachtet werden.“ <p><u>Ein Patient mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur ist ein Notfallpatient.</u></p> <p>Die Versorgung muss in den Strukturen erfolgen, die den Anforderungen der <u>Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V</u> entsprechen. Dabei sind zumindest die Anforderungen der Basisstufe einzuhalten.</p>	<p>aufnahmebereit sein. Die Aufnahme entsprechender Patientinnen und Patienten muss jedoch nicht über eine Zentrale Notaufnahme erfolgen, sondern kann auch auch dezentral z.B. über eine chirurgische Notaufnahme zu jeder Zeit sichergestellt sein. Dies geschieht bspw. in entsprechenden Fachkliniken mit orthopädisch-unfallchirurgischem Schwerpunkt. Eine Zuordnung in eine fachgebietsspezifische Notaufnahme kann im Bedarfsfall durch eine/ einen für die Notfallversorgung zuständige/ zuständigen Ärztin/ Arzt und eine Pflegekraft koordiniert werden. Dieses Personal muss regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teilnehmen. Im Rahmen dieser Organisationsform sind ebenfalls eine strukturierte Ersteinschätzung und die weitergehende Notfallversorgung möglich. Zur Unterstützung muss das jeweilige Krankenhaus entsprechend § 5 der hier vorliegenden Richtlinie ebenfalls eine SOP zur perioperativen Versorgung entwickeln.</p> <p>Zu Buchstabe d)</p> <p>Da die Notfallstufenregelungen auf die Versorgung aller eventueller Notfälle ausgelegt ist, wurde die Anzahl der vorzuhaltenden Intensivbetten entsprechend angepasst. Hierzu wurde auf die o.g. Studie nach Biberthaler et al. zurückgegriffen, mit der festgestellt wurde, dass rund 43 Prozent aller analysierten Notfallpatienten dem Fachgebiet der Unfallchirurgie/ Orthopädie zuzuordnen sind. Aus diesem Grund wurden drei Intensivbetten als Mindestanforderung festgelegt und vor dem Hintergrund der Verpflichtung zur Ermöglichung einer Weiterverlegung gemäß Buchstabe f) als fachlich angemessen und verhältnismäßig erachtet.</p> <p>Zu Buchstabe e)</p> <p>Eine Mindestanforderung, mit der alle Krankenhäuser, die hüftgelenknahe Femurfrakturen versorgen auch einen Schockraum vorzuhalten hätten, ist fachlich nicht zu begründen und insofern nicht geeignet, nicht angemessen und nicht verhältnismäßig. Ein Schockraum wird für die Versorgung kritisch kranker Patienten, z.B. Polytrauma-Patienten nach einem schweren Verkehrsunfall, benötigt. Bei der notfallmäßigen Versorgung dieser Patienten steht jedoch nicht die hüftgelenknahe</p>
--	---

Krankenhäuser, die z. B. nachts oder am Wochenende nicht aufnahmebereit sind, können daher auch keine Patienten mit dem Verdacht auf eine hüftgelenknahe Femurfraktur versorgen.

Der G-BA hat die Regelungen für differenzierte Notfallstufen im April 2018 beschlossen und damit die gesetzliche Vorgabe aus dem Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) umgesetzt. Das übergeordnete Ziel des KHSG ist die Stärkung und Verbesserung der Qualität in der Krankenhausversorgung. Die Regelungen zu den Notfallstufen garantieren die Qualität der Notfallversorgung, indem sie laut G-BA strukturelle Voraussetzungen als „unverzichtbare medizinische Anforderungen in der Notfallversorgung“ definieren. Die Regelungen setzen damit qualitätssichernde Standards für Notfallstrukturen im Sinne der „Patientensicherheit“. <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/744/>

In den **Antworten auf häufig gestellte Fragen zum Thema Notfallstrukturen in Krankenhäusern** stellt der G-BA klar: „Bei der stationären Notfallversorgung geht es um die nicht geplante, medizinisch dringend angezeigte Krankenhausbehandlung. Eine stationäre Notfallversorgung kann beispielsweise aufgrund eines Unfalls erforderlich sein“. (<https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/notfallstrukturen>)

Die qualitativ adäquate Versorgung von Patienten mit einer durch einen Unfall bedingten hüftgelenknahen Femurfraktur kann im Sinne der Patientensicherheit daher nur in den Strukturen erfolgen, die der G-BA als „qualitativ unverzichtbar“ für die Notfallversorgung vorhält.

Eine Abschwächung und/oder Aufweichung der Kriterien der Basisnotfallstrukturen explizit für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur ist nicht begründbar und widerspricht dem Ziel des KHSG einer Stärkung und Verbesserung der Qualität der Krankenhausversorgung. D.h. es können keine Sonderregelungen als Mindeststandards festgesetzt werden, die im Widerspruch zu den Regelungen zu den

Femurfraktur im Fokus. Diese Patienten werden demnach nicht als „Patienten mit hüftgelenknahe Femurfraktur“ in ein Krankenhaus aufgenommen, sondern möglichst in Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen behandelt.

Um eine frühestmögliche und leitliniengerechte Versorgung zu ermöglichen, wird mit der Mindestanforderung gemäß Buchstabe e festgelegt, dass Krankenhäuser, die hüftgelenknahe Femurfrakturen versorgen, täglich computer-tomographische Bildgebung vorzuhalten haben. Kooperationen sind möglich. Auf diese Weise wird es Krankenhäusern ermöglicht, bspw. im Zuge einer Kooperation an jedem Tag einen gewissen Zeitraum festzulegen, in dem Patientinnen und Patienten mit verdächtiger Klinik und Beschwerdepersistenz aber fehlendem radiologischen Frakturnachweis fakultativ untersucht werden können. Die gültigen Leitlinien zur Schenkelhalsfraktur des Erwachsenen und zur petrochantären Oberschenkelfraktur stützen diese Anforderung, indem sie die computer-tomographische Bildgebung als fakultative Diagnostikmethode bei verdächtiger Klinik, aber fehlendem radiologischen Frakturnachweis und bei Beschwerdepersistenz definieren. Eine Kontrolluntersuchung ist gemäß der Leitlinie „Petrochantären Oberschenkelfraktur“ leitliniengerecht nach 3-5 Tagen nach dem Unfall durchzuführen.

Zu Buchstabe f)

Die Möglichkeit der Verlegung in ein Krankenhaus der Basisnotfallstufe oder einer höheren Versorgungsstufe muss sichergestellt sein. Eine Zuverlegung per Hubschrauber ist auch für die Basisnotfallversorgung nicht vorgesehen und entfällt daher an dieser Stelle ebenfalls. Eine Verlegung auf dem Luftweg ist für einen Eingriff, der als dringlich zu klassifizieren ist und gemäß gültigen Leitlinien binnen 24 Stunden operiert werden sollte, nicht verhältnismäßig und wird daher nicht als Mindestanforderung für die Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen festgeschrieben.

Zu Buchstabe g)

Eine strukturierte Ersteinschätzung ist erforderlich, um Patienten mit dringlicher

<p>Basisnotfallstrukturen stehen oder diese unterlaufen.</p> <p>Die in den Regelungen zur Basisstufe festgelegten Mindeststandards sind erforderlich, geeignet und verhältnismäßig betrachtet man den typischen Femurfrakturpatienten: alt, multimorbide und besonders komplikationsgefährdet. (In der Basisstatistik des IQTIG zur Bundesauswertung 2017 im Verfahren „Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung“ liegt das Durchschnittsalter der Patienten bei 79,7 Jahren) Typische Begleiterkrankungen sind u. a. Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, Diabetes mellitus, Nierenfunktionsstörungen, Zustand nach Apoplex und chronisch obstruktive Lungenerkrankungen. Die Vielzahl und der Schweregrad der Begleiterkrankungen bedingt in vielen Fällen eine Polymedikation. In der präoperativen Klassifikation nach ASA (American Society of Anesthesiologists) werden über 60% der Patienten in die Kategorie ASA 3, über 7% in die Kategorie ASA 4 eingestuft. Siehe auch Basisstatistik des IQTIG zur Bundesauswertung 2017 im Verfahren „Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung“. Die Einstufung nach ASA 3 steht für eine schwere Allgemeinerkrankung mit Leistungseinschränkung, ASA 4 bedeutet eine schwere Allgemeinerkrankung, die mit oder ohne Operation das Leben gefährdet.</p> <p>§4 Absatz 2</p> <p>Für diese <u>Risikopatienten</u> werden folgende Mindestanforderungen gestellt:</p> <p>a)</p> <p>Am Standort sind zumindest die <u>Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie</u> vorhanden, um eine adäquate Versorgung sicherzustellen. Internistische Mitbetreuung oder auch die Verlegung in eine Abteilung für Innere Medizin kann bei Auftreten von Komplikationen oder auf Grund der Schwere der Begleiterkrankungen jederzeit erforderlich werden. Diese Anforderungen sind Minimalstandards für die Versorgung kritisch kranker Patienten. Im Stellungnahmeverfahren zu den Regelungen zu einem gestuften System von</p>	<p>Indikation schnell zu identifizieren und zeitnah erforderliche Behandlungsmaßnahmen einleiten zu können.</p>
---	---

Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V unterstützt die DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) die Forderung nach dem Vorhandensein einer **Fachabteilung für Anästhesiologie.**

Anästhesisten sind bereits heute an zahlreichen Kliniken für den Reanimationsdienst und die Versorgung von stationären Patienten eingebunden. Darüber hinaus müssen Patienten versorgt werden, die zeitnah einer narkosepflichtigen Intervention im Rahmen der Notfallversorgung unterzogen werden müssen. Daher ist es keinesfalls ausreichend, lediglich über einen anästhesiologischen Bereitschaftsdienst zu verfügen. Die Definition der Fachabteilungen als fachlich unabhängige, räumlich abgegrenzte und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Krankenhausstandort erfüllen laut IGES Endbericht der Folgenabschätzung einer gestuften Notfallversorgung für die Fachabteilungen Innere Medizin (94,5 %), Chirurgie (90,8 %) sowie Anästhesiologie (91,1 %) der Standorte.

b)

Analog der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V wird einschließlich der Übergangsregelungen die Forderung in Bezug auf eine Zentrale Notaufnahme mit dem entsprechend qualifizierten ärztlichen und pflegerischen Personal gefordert.

Der Aufbau Zentraler Notaufnahmen im Sinne der Patientenzentrierung und –sicherheit erfordert Fachpersonal und klar geregelte Verantwortlichkeiten. Anforderungen an die ärztliche Qualifikation bestehen im Erwerb der Zusatzweiterbildung “Klinische Notfall- und Akutmedizin“. 2018 wurde diese Zusatzweiterbildung auf dem Ärztetag beschlossen. Das Konzept der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) sieht eine 24 monatige Weiterbildung für Fachärzte in einem Fach der unmittelbaren Patientenversorgung mit hohem Anteil an Notfallpatienten vor. (Z. B. Anästhesisten,

Chirurgen, Neurologen) Die Weiterbildung orientiert sich am Europäischen Curriculum für Notfallmedizin der Europäischen Gesellschaft für Notfallmedizin. Die Landesärztekammern müssen jetzt die Inhalte der Zusatzweiterbildung in ihre jeweiligen Musterweiterbildungsordnungen aufnehmen, was je nach Land unterschiedlich schnell angegangen und umgesetzt werden wird. Um eine angemessene Übergangsfrist einzuräumen, wird für diese Mindestanforderung die 5 jährige Übergangsregelung aus den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V übernommen, sie zählt ab dem Zeitpunkt, an dem die Qualifikation im Land verfügbar ist.

c)

Pflegerisches und ärztliches Personal der Notaufnahme wie auch die Fachärzte im Bereich Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie müssen sich im Bereich Notfallmedizin fortbilden. Regelmäßige Fortbildung klinisch tätiger Ärzte (CME) und des Pflegepersonals sind unverzichtbarer Bestandteil moderner (Notfall)-Medizin.

d)

Analog der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V wird für die Basisstufe am Standort eine Intensivstation mit mindestens 6 Betten, von denen mindestens 3 zur Versorgung von beatmeten Patienten ausgestattet ist, gefordert. Diese Forderung wird inhaltlich von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) in der Stellungnahme zur Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (14.02.2018) unterstützt.

Aus fachlicher Sicht ist nach Ansicht der DIVI erst ab einer gewissen Mindestbettenzahl eine adäquate Intensivtherapie gewährleistet. Die Vorgabe der Mindestzahl von 6 Intensivbetten ist sinnvoll. Dabei sollte eine Mindestanzahl von Betten zur Versorgung beatmeter Patienten festgelegt werden.

Viele Patienten sind auf Grund ihres kritischen Allgemeinzustandes perioperativ überwachungspflichtig. Das betrifft insbesondere diejenigen, die schon vor dem Sturz funktionell und kognitiv eingeschränkt und „gebrechlich“ waren. Schmerzen, fremde Umgebung und die Immobilisierung begünstigen das Auftreten von Verwirrheitszuständen bis zum Delir.

Eine weitere Anforderung betrifft die Vorhaltung von Beatmungsbetten am Standort, an dem Femurfrakturen operativ versorgt werden. Unmittelbar postoperativ kann eine „Nach“- Beatmung wegen perioperativer Komplikationen wie Aspiration, Überhang oder Nebenwirkungen der Narkosedikation, Medikationsinterferenzen, schlechtem Allgemeinzustand, und kardio-pulmonalen Komplikationen erforderlich sein. Die Verlegung eines frisch operierten Risikopatienten unmittelbar postoperativ an einen Standort, der Beatmungsbetten vorhält sollte nicht die Regel darstellen.

e)

Folgende technische Ausstattung wird als Minimalanforderung für Standorte definiert, die Notfallpatientinnen mit einer Femurfraktur versorgen:

Der Schockraum: er ist als Raum der Übergabe eines Unfallpatienten vom Rettungstransport für die Erstversorgung einschließlich Erstdiagnostik speziell ausgestattet. Zur schnellen und sicheren Erstversorgung müssen hier die notwendigen Röntgengeräte einschließlich Ultraschall und Beatmungsgeräte in einem Raum zur Verfügung stehen, um den weiteren Transport kritisch kranker oder verletzter Patienten innerhalb der Notaufnahme mit Umlagerungen zu vermeiden.

f)

24 –ständig verfügbare CT Bildgebung:

Die 24- ständig verfügbare Computertomografie ist für die Notfallversorgung einer Patientin mit Femurfraktur erforderlich. Um ein diagnostisches Verfahren fakultativ im Einzelfall anwenden zu können muss es obligat über 24 h vorgehalten werden. Nur so

ist es möglich, in jedem Einzelfall und zu jedem Zeitpunkt über den Einsatz des Verfahrens entscheiden zu können, da die fakultative Anwendung immer möglich werden könnte.

Die Patientin/ der Patient kommt ohne gesicherte Diagnose in die Notaufnahme. Bis zur Diagnosestellung gilt sie/er als "Notfallpatient", der auch hinsichtlich Begleiterkrankungen und möglichen Sturzursachen abzuklären ist. Fokussiert wird also nicht "die Fraktur" sondern "auf die Patientin/den Patienten". Zur diagnostischen Abklärung werden ggf. auch Schichtaufnahmen anderer Körperregionen (z.B. ZNS-Region) erforderlich. Durch den Sturz kommt es neben der Femurfraktur auch häufig zu einer Schädelverletzung, die zeitnah weiter abgeklärt werden muss, um gravierende Verletzungen (Schädelhirntrauma, Blutungen) ausschließen zu können.

Die S2e Leitlinie der AWMF zur Schenkelhalsfraktur fordert, dass "die Diagnostik möglichst innerhalb 1 Stunde nach Aufnahme abgeschlossen sein sollte". In der S2e-Leitlinie zur perthrochantären Fraktur empfiehlt die Kommission: "Bei Zweifel an der Diagnose oder Symptomatik ohne sicheren Frakturnachweis im konventionellen Röntgen ist die MRT-Untersuchung die Untersuchung der Wahl". Folglich kann - abgeleitet aus beiden Leitlinienempfehlungen - eine ständige 24 h Verfügbarkeit eines Schnittbildverfahrens - als Mindestanforderung die CT Diagnostik - begründet werden.

Die CT Diagnostik kann auch in Kooperation erfolgen, die jederzeit möglich ist und in „unmittelbarem“ räumlichen Bezug zum Leistungserbringer steht. Unter „unmittelbarem“ räumlichen Bezug wird entsprechend der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V eine Kooperation innerhalb von 2000 Meter Luftlinie verstanden.

g)

Die Zentrale Notaufnahme (ZNA) ist eine unverzichtbare Komponente der modernen und fachgerechten Notfallmedizin. Sie muss am Standort des Krankenhauses verortet

sein, ihr Zugang ist barrierefrei.

h)

Neben anderen Transportwegen ist die Möglichkeit der Verlegung auf dem Luftwege, ggf. auch mit bodengebundenem Zwischentransport, erforderlich. Das heißt, dass für diese Form der Verlegung die Voraussetzungen und Abläufe festgelegt sind. (Inseln)

i)

Alle Patienten erhalten eine Ersteinschätzung in der Zentralen Notaufnahme. Diese Regelung sichert eine nach Behandlungspriorität geordnete Reihenfolge der Patientenbehandlung, sowie bei Bedarf eine schnelle und zielgerichtete Zuweisung in die zuständige Fachabteilung.

Die standardisierte Behandlungspriorisierung wird von den relevanten Fachgesellschaften gefordert. Denn ein nicht unerheblicher Anteil der Patienten, die eine Notaufnahme selbständig aufsuchen, ist kritisch krank. Eine standardisierte Ersteinschätzung ist daher zwingend erforderlich, um diese Patienten schnell zu identifizieren und zeitnah erforderliche Behandlungsmaßnahmen einleiten zu können.

j)

Die standardisierte Dokumentation der Diagnostik und Therapie in der Notaufnahme ist erforderlich, um Informationsverluste und Doppel-diagnostik zu vermeiden. Die Patientenversorgung wird aussagekräftig dokumentiert und orientiert sich an Minimalstandards (z.B. am Kerndatensatzes Notaufnahme der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)). Diese Dokumentation liegt spätestens bei der Entlassung oder Verlegung des Patienten vor.

k)

Für Krankenhausstandorte, die die Anforderungen an ein „Überregionales Traumazentrum“ laut Weißbuch

<p>Schwerverletztenversorgung erfüllen, gelten die Mindestanforderungen nach a-g als erfüllt. Auch diese (Ausnahme-) Regelung wurde in den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V getroffen, um einige wenige Maximalversorger und BG Kliniken, die zwar gemäß den Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum zertifiziert sind, aber eine der strukturellen Mindestvoraussetzungen nicht erfüllen, nicht aus der Notfallversorgung ausschließen zu müssen. Überregionale Zentren müssen auch seltene und komplizierte Verletzungen behandeln können. Außerdem müssen mindestens zwei Schwerverletzte parallel versorgt werden können. Die Kriterien für eine Zertifizierung legt das Weißbuch der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) fest.</p>	
--	--

GKV-SV	DKG
<p>Zu Absatz 3</p> <p>Zur Sicherstellung einer frühestmöglichen Operation müssen in Krankenhäusern, in denen Patienten mit traumabedingten hüftgelenknahen Femurfrakturen im Erwachsenenalter operativ versorgt werden, notwendige Implantate und Instrumente zur Verfügung stehen.</p>	<p>Zu Absatz 3</p> <p>Zur Sicherstellung einer frühestmöglichen Operation müssen in Krankenhäusern, in denen hüftgelenknahen Femurfrakturen operativ versorgt werden, notwendige Implantate und Instrumente zur Verfügung stehen.</p>

GKV-SV	DKG
<p>Zu Absatz 4</p> <p>Geriatrische Kompetenz</p> <p>Frakturen älterer Menschen über 65 Jahre (Alterstraumatologie) spielen eine immer wichtigere Rolle in der Notfallversorgung. Die Femurfraktur ist die mit Abstand am häufigsten im Krankenhaus behandelte Fraktur. Die Sterblichkeit nach diesem Knochenbruch ist erheblich, viele Patienten verlieren nach dem Trauma ihre Selbstständigkeit und müssen in einer Pflegeeinrichtung untergebracht werden. Nur 40 – 60 % der Patienten erreichen ihr altes Niveau. (Weißbuch Alterstraumatologie)</p> <p>Der Einbezug geriatrischer Kompetenz in die stationäre Versorgung von Patienten mit einer Femurfraktur verbessert signifikant das Behandlungsergebnis.</p>	<p>Zu Absatz 4</p> <p>Geriatrische Kompetenz</p> <p>Die Mehrzahl der Patienten mit einer Femurfraktur gehört der Altersgruppe der über 80-Jährigen an.</p> <p>Diese Patientengruppe weist einen hohen Grad an Gebrechlichkeit und Multimorbidität auf und erfordert insofern den Einbezug geriatrischer Kompetenz, bspw. durch eine ortho-geriatrische Zusammenarbeit. Die Richtlinie greift diesen Ansatz auf, indem die Implementierung spezieller geriatrischer Expertise gefordert wird. Demnach muss nach einem positiven geriatrischen Screening (vgl. § 5 SOP „Ortho-geriatrische Zusammenarbeit für Patienten mit positivem geriatrischen Screening“) die frühzeitige Einbindung eines Facharztes mit</p>

Die Mehrzahl der Patienten mit einer Femurfraktur gehört der Altersgruppe der über 80-Jährigen an. Der Anteil geriatrischer Patienten in dieser Gruppe liegt bei über 75%. (Köster I, Ihle H, Schubert I (Hrsg). Abschlussbericht Baden-Württemberg - Projekt: Geriatrische Versorgungsstrukturen in Baden-Württemberg. Köln, 27.09.2018 (unveröffentlicht).

Diese Patientengruppe weist einen hohen Grad an Gebrechlichkeit und Multimorbidität auf und erfordert einen ganzheitlichen Ansatz. Dieser Ansatz wird durch eine Zusammenarbeit zwischen Unfall- Chirurgen und Geriatern verfolgt. Im Ausland wird dies als Orthogeriatric bezeichnet. In Deutschland ist der Begriff Alterstraumatologie gebräuchlich.

Der Geriater ist ein Facharzt mit abgeschlossener Zusatzbezeichnung Geriatrie analog (Muster-) Weiterbildungsordnung 2018 der Bundesärztekammer beziehungsweise Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie (beziehungsweise Schwerpunktbezeichnung Geriatrie).

Der Erwerb der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie ist in allen Bundesländern möglich. Die Zugangsvoraussetzung ist im Allgemeinen eine Facharztkompetenz, einige Bundesländer schränken diese jedoch auf spezielle Facharztkompetenzen ein. Die fakultative Weiterbildung „Klinische Geriatrie“, die seit 1992 erworben werden konnte, wird in die Zusatz-Weiterbildung überführt.

Die Zusatz-Weiterbildung Geriatrie dauert 18 Monate bei einem Weiterbildungsermächtigten. Sie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, konservative und interventionelle Behandlung und Rehabilitation körperlicher und seelischer Erkrankungen im biologisch fortgeschrittenen Lebensalter mit dem Ziel der Erhaltung und Wiederherstellung größtmöglicher Selbstständigkeit. Wesentliche Elemente sind dabei insbesondere die frühestmögliche Durchführung eines geriatrischen Basisassessments einschließlich Sturzrisikoassessment sowie eines Delir-Managements.

<https://www.dggeriatrie.de/aus-und-weiterbildung/zusatz-weiterbildung-geriatrie>

geriatrischer Kompetenz in den Behandlungsverlauf erfolgen.

Zu den Fachärzten mit geriatrischer Kompetenz zählen neben Fachärzten für Innere Medizin und Geriatrie auch Fachärzte mit der Schwerpunktbezeichnung Geriatrie, Fachärzte mit der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie, Fachärzte mit der fakultativen Weiterbildung klinische Geriatrie.

Für die Wirksamkeit ortho-geriatrischer Zusammenarbeit in der Behandlung älterer Patienten mit hüftgelenksnahen Femurfrakturen gibt es belastbare Evidenz aus Metaanalysen (vgl. Grigoryan et al. 2014; Bachmann et al. 2010; Moyet et al. 2018^{1 2 3}; Wang et al. 2015)^{2 4}; Oberai et al. 2018 Prestmo et al., 2015).

Ziel der ortho-geriatrischen Kooperation ist die Integration geriatrischer Behandlungskompetenz in den unfallchirurgischen Behandlungsarm bzw. umgekehrt.

Für die Wirksamkeit dieser Zusammenarbeit in der Behandlung älterer Patienten mit hüftgelenksnahen Femurfrakturen gibt es belastbare Evidenz aus Metaanalysen (MA) bezogen auf die patientenrelevanten Endpunkte: Mortalität bei Krankenhausentlassung (Grigoryan et al. 2014)¹ und Follow-up (Grigoryan et al. 2014, Bachmann et al. 2010, Moyet et al. 2018)^{1,2,3}, Heimaufnahme/Rückkehr in die vertraute Umgebung (Bachmann et al. 2010, Wang et al. 2015)^{2,4}, Delirreduktion (Oberai et al. 2018)⁵, funktioneller Status/ activities of daily living (ADL) (Bachmann et al. 2010, Wang et al. 2015)^{2,4}.

Im Jahr 2015 veröffentlichten Prestmo et al. eine randomisierte klinische Studie, die zeigen konnte, dass eine teamorientierte Behandlung durch Unfallchirurgen, Geriater, Physiotherapeuten und andere Gesundheitsfachberufe die Ergebnisse der älteren Patienten drastisch verbessern konnten. Ergebnisse methodisch hochwertiger und damit aussagefähiger deutscher Interventionsstudien wurden bisher nicht veröffentlicht. Identifizierte deutsche Untersuchungen zu ortho-geriatrischen Kooperationen sind versorgungsnah ausgerichtet. Sie erfolgten überwiegend durch Prä-Post-Vergleich einer klinischen Kohorte mit Behandlung vor und nach Einführung ortho-geriatrischer Kooperationen, teilweise auch vor und nach Intensivierung einer bereits bestehenden Kooperation. Ergänzt wurden diese Implementierungsstudien im September 2018 durch die Veröffentlichung erster umfanglicher routinedatenbasierter Auswertungen der PROFinD 2-Studie „Prävention und Rehabilitation osteoporotischer Frakturen in benachteiligten Populationen (PROFinD)“, die eine Senkung der Mortalität unter ortho-geriatrischer Kooperation zeigen und damit die Überlegenheit ortho-geriatrischer Kooperation gegenüber der „Standardversorgung“ mit eventueller Einbeziehung eines Internisten.

GKV-SV	DKG
<p>Die Richtlinie nimmt mit den möglichen Modellen einer ortho-geriatrischen Kooperation Bezug auf das Weißbuch Alterstraumatologie (Liener, Becker, Rapp, 2018), das in Anlehnung an das Blue Book (British Orthopaedic Society 2007) und Kammerlander et al. 2010 vier unterschiedliche orthogeriatrische Kooperationsmodelle benennt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modell 1 Behandlung auf unfallchirurgischer Station mit geriatrischem Konsildienst auf Anforderung • Modell 2 Behandlung auf unfallchirurgischer Station mit täglich konsultierendem Geriater • Modell 3 Behandlung auf einer geriatrischen Station (einschl. Rehabilitation) mit unfallchirurgischem Konsildienst • Modell 4 Integrierte Versorgung auf einer orthogeriatrischen Station unter gemeinsamer unfallchirurgischer/geriatrischer Führung eines multiprofessionellen Teams <p>Der Umfang der orthogeriatrischen Kooperation nimmt von Modell 1 bis Modell 4 stetig zu.</p>	<p>„In Abhängigkeit der lokalen Ressourcen“ ergeben sich laut dem Weißbuch Alterstraumatologie bspw. die nachfolgenden orthogeriatrische Grundmodelle der Kooperation (Liener, Becker, Rapp, 2018 nach Blue Book 2007, Kammerlander et al. 2010):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandlung auf unfallchirurgischer Station mit geriatrischem Konsildienst auf Anforderung • Behandlung auf unfallchirurgischer Station mit täglich konsultierendem Geriater • Behandlung auf einer geriatrischen Station (einschl. Rehabilitation) mit unfallchirurgischem Konsildienst • Integrierte Versorgung auf einer orthogeriatrischen Station unter gemeinsamer unfallchirurgischer/geriatrischer Führung eines multiprofessionellen Teams <p>Laut dem Weißbuch Alterstraumatologie ist eine Priorisierung einzelner Modelle zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht sinnvoll, da lokale Gegebenheiten, wie etwa die Verfügbarkeit von Geriatern, maßgeblich sind.</p> <p>Vor diesem Hintergrund wird als Mindestvoraussetzung in der vorliegenden Richtlinie festgelegt, dass jederzeit ein auf Anforderung konsultierender Facharzt mit geriatrischer Kompetenz zur Verfügung stehen muss. Kooperationen sind möglich.</p>
<p>Die in der Richtlinie vorgesehene Übergangslösung entspricht einer Zusammenarbeit nach dem Modell 1. Diese erfordert strukturell die geringsten Anforderungen. Modelldifferenzierende Systematische Reviews (SR) zu den intensivierten orthogeriatrischen Kooperationsmodellen 2 bis 4 zeigen, dass für diese jeweils auch eigene, signifikant positive gepoolte Effekte zu den</p>	<p><i>Keine Übernahme an dieser Stelle und Verortung unter § 11 Übergangsregelungen</i></p>

patientenrelevanten Endpunkten Mortalität (Kammerlander et al. 2010, Grigoryan et al. 2014, Moyet et al. 2018)^{6 1 3}, Komplikationen (Kammerlander et al. 2010)⁶ und funktioneller Status/ADL (Kammerlander et al. 2010)⁶ sowie den weiteren Endpunkten Verweildauer (Kammerlander et al. 2010, Grigoryan et al. 2014)^{6 1} und Time to Surgery (Kammerlander et al. 2010, Grigoryan et al. 2014)^{6 1}, vorliegen. Aus den Ergebnissen dieser SR lässt sich derzeit jedoch keine eindeutige Empfehlung für eines dieser 3 Kooperationsmodelle ableiten.

Für die Wirksamkeit von Modell 1 finden sich keine nach Studienlage belastbaren Belege. Dieses Modell kann daher nur als Übergangsvariante für drei Jahre nach Richtlinienbeschluss zur Implementierung geriatrischer Expertise angesehen werden. Durch die Übergangslösung wird gewährleistet, dass anschließend eine ausreichende Anzahl an Geriatern für die Kooperationsformen nach Modell 2-4 zur Verfügung stehen werden.

Ist die Umsetzung einer flächendeckenden (in Bezug auf die Krankenhausabteilungen, die hüftgelenknahe Femurfrakturen versorgen) ortho-geriatrischen Kooperation machbar?

Ist die Forderung nach einem „geriatrischen Konsil auf Anforderung“ angemessen und umsetzbar?

Nach Analyse des Kompetenz Centrums Geriatrie (KCG) stehen den 1025 Kliniken mit ESQS-Leistungsfällen im Bereich hüftgelenksnaher Femurfraktur im Jahre 2016 in Deutschland insgesamt 1.858 potentielle geriatrische Kooperationspartner gegenüber.

716 Krankenhausstandorte mit geriatrischem Leistungsangebot gemäß OPS-Kode 8-550, 153 Klinikstandorte mit geriatrischem Leistungsangebot gemäß OPS-Kode 8-98a, 159 stationäre und 74 ambulante/ambulant-mobile geriatrische Rehabilitationseinrichtungen und 756 geriatrisch qualifizierte Vertragsärzte.

https://kcgeriatrie.de/Geriatrich_relevante_Leitlinien/Documents/181106-Gutachten-zusammenfassung%20für%20HP.pdf

„Wirksamkeit ortho-geriatrischer

<p>Kooperationen,2018“</p> <p>Zahlen zu bereits etablierten ortho-geriatrischen Kooperationen liefern auch die beiden Alterstraumazentrum (ATZ) - Zertifizierungsverfahren: hier werden die Modell 2, 3 oder 4 bereits im Klinikalltag umgesetzt.</p> <p>Mit Stand 20.06.2018 bestehen bundesweit insgesamt 98 zertifizierte Alterstraumatologische Zentren 20 weitere stehen im Zertifizierungsprozess.</p> <p>Unter Berücksichtigung einer Übergangsfrist von 3 Jahren erscheint die flächendeckende Implementierung ortho-geriatrischer Kooperationen gemäß den Modellen 2 bis 4 möglich. Angesichts bereits etablierter Kooperationen, umfangreicher geriatrischer Weiterbildungs-kapazitäten und einer begrenzten ärztlichen Weiterbildungsdauer von nur 18 Monaten im Bereich Geriatrie erscheint der vorgesehene Übergangszeitraum angemessen.</p>	
---	--

GKV-SV	DKG
<p>Zu Absatz 5</p> <p>Patienten mit einer operativ versorgten hüftgelenknahen Femurfraktur profitieren nachweislich von einer schnellen Mobilisierung. Aus diesem Grund steht täglich Physiotherapie zur Atemgymnastik und frühzeitigen Mobilisierung zur Verfügung. Die Physiotherapie hat durch eine Physiotherapeutin/ einen Physiotherapeuten und nicht durch bspw. eine Pflegefachkraft zu erfolgen.</p>	<p>Zu Absatz 5</p> <p>Patienten mit einer operativ versorgten hüftgelenknahen Femurfraktur profitieren von einer schnellen Mobilisierung. Aus diesem Grund steht täglich Physiotherapie zur Atemgymnastik und frühzeitigen Mobilisierung zur Verfügung. Die Physiotherapie hat grundsätzlich durch eine Physiotherapeutin/ einen Physiotherapeuten und nicht durch bspw. eine Pflegefachkraft zu erfolgen.</p>

§ 5 Mindestanforderungen an die Prozessqualität

Zu Absatz 1

Eines der zentralen Ziele der geplanten Struktur- und Prozess-Richtlinie zur Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur ist es, Voraussetzungen für die Verbesserung der Versorgung dieser Patienten zu schaffen. Es sollen Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität vorgegeben werden, die das Erreichen dieses Ziels unterstützen. Zur Sicherung der Prozessqualität werden in § 5 der Richtlinie entsprechend Standardarbeitsanweisungen (engl.: Standard Operating Procedures; SOP)

GKV-SV	DKG
Mindestanforderungen für 6	<i>Keine Übernahme an dieser Stelle und</i>

<p>Handlungsbereiche definiert</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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“ 	<p><i>Verortung unter Absatz 2</i></p>
---	--

GKV-SV	DKG
<p>Zu Absatz 2</p> <p>Der Absatz regelt das Vorgehen bei Vorliegen von Kooperationsvereinbarungen und bei Abweichungen der verbindlichen Vorgaben im Einzelfall.</p> <p>Eine zunehmende Bedeutung in der Medizin kommt der Etablierung von effektiven Qualitätsmanagementsystemen zu. Diese Systeme ermöglichen die Überwachung teilweise komplexer Tätigkeitsbereiche und Arbeitsabläufe. Ein wichtiger Bestandteil solcher Qualitätsmanagementsysteme ist die Festlegung von Qualitätszielen und die Beschreibung der hierfür erforderlichen Vorgehensweisen (Prozesse) in Form von standardisierten Verfahrens- und Arbeitsanweisungen (SOP)</p> <p>Die Entwicklung und Verwendung von SOP minimiert Abweichungen und fördert die Qualität durch die konsistente Implementierung eines Prozesses oder einer Prozedur innerhalb einer Organisation, selbst wenn temporäre oder permanente personelle Änderungen vorgenommen werden. Die Anwendung von SOP minimiert die Möglichkeiten für Fehlkommunikation und kann Sicherheitsbedenken entgegenwirken⁸³.</p>	<p>Zu Absatz 2</p> <p>Der Absatz regelt das Vorgehen bei Vorliegen von Kooperationsvereinbarungen und bei Abweichungen der verbindlichen Vorgaben im Einzelfall.</p>

<p>Darüber hinaus kann mit SOP die Einhaltung organisatorischer oder administrativer Anforderungen dokumentiert und belegt werden. Zusätzlich werden SOPs häufig als Checklisten bei Auditing-Prozeduren verwendet. Letztendlich können die Vorteile einer gültigen Standardarbeitsanweisung (SOP) in geringeren Arbeitsaufwänden für wiederkehrende Problemstellungen und einer besseren Vergleichbarkeit von Prozessabläufen bestehen. Zudem können Glaubwürdigkeit, Nachvollziehbarkeit und rechtliche Vertretbarkeit von Problemlösungsstrategien erhöht werden.</p>	
--	--

Eine Standardarbeitsanweisung beschreibt einen regelmäßig wiederkehrenden Arbeitsablauf (bzw. eine Tätigkeit), der die Qualität des Gesamtarbeitsprozesses beeinflusst. Ihr Zweck ist - soweit möglich - sicherzustellen, dass Arbeitsabläufe fehlerfrei und in einer gleich bleibenden Weise durchgeführt werden. Eine Standardarbeitsanweisung ist eine verbindliche Anweisung. Für den Fall, dass von einer bestehenden Anweisung abgewichen werden muss, sollten die Gründe hierfür sowie die erforderlichen Prozessabweichungen dokumentiert werden. Diese Dokumentation umfasst eine Beschreibung der erforderlichen Korrekturmaßnahmen und ggf. den(die) Namen des(r) Mitarbeiter, der(die) diese autorisiert hat.

Es sind verbindliche SOP für 6 Handlungsbereiche vom Krankenhaus zu erstellen. Die SOP sind zu schulen, im Klinikalltag einzusetzen und ggf. zu aktualisieren. Zu folgenden Themen sind vom Krankenhaus SOP zu erstellen:

- 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“

Die genauen Regelungsinhalte der SOP`s sind in **Anlage 2** der Richtlinie verortet.

Zu Absatz 3

Verbindliche SOP sind vom Krankenhaus zu den Themen zu erstellen, die in Anlage 2 der Richtlinie aufgeführt werden. Die SOP sind zu schulen, im Klinikalltag einzusetzen und ggf. zu aktualisieren.

GKV-SV	DKG
2.1. SOP Besondere Situation der	Zur SOP Besondere Situation der

Einwilligungsfähigkeit	Einwilligungsfähigkeit
<p>Ob ein Patient fähig ist zur Einwilligung in einen operativen Eingriff oder ob in dieser Hinsicht Einschränkungen bestehen - aus kognitiven oder sprachlichen Gründen - die „Einwilligungsunfähigkeit“ sollte nicht unnötig zu Verzögerungen im perioperativen Management führen, wenn die Operation als der geeignete Plan angesehen wurde.</p>	<p>Ob ein Patient fähig ist zur Einwilligung in einen operativen Eingriff oder ob in dieser Hinsicht Einschränkungen bestehen - aus kognitiven oder sprachlichen Gründen - die „Einwilligungsunfähigkeit“ sollte nicht zu Verzögerungen im perioperativen Management führen.</p>
<p>Somit ist begründet, dass versorgende Krankenhäuser standardisierte Handlungsanleitungen (SOPs) zum Umgang mit Patienten mit ungeklärten Betreuungsverhältnissen / nicht einwilligungsfähigen Patienten und für Patienten mit Sprachbarrieren (fremdsprachige Menschen und Menschen mit Behinderung) implementieren. Es sind konkrete Verantwortlichkeiten für einen etwaigen strukturierten Austausch mit den Betreuern und Angehörigen zu definieren. Relevante Informationen, Konstellationen und Veränderungen (insbesondere auch zu Medikation, Mobilisation und Verlegung) sind in der Patientenakte zu dokumentieren. Ggf. sind die Kontaktdaten des zuständigen Betreuungsgerichtes und der zuständigen Personen und verantwortlichen Stellen an bekannten und im Notfall zugänglichen Stellen der aufnehmenden Klinik zu hinterlegen, bekannt zu machen und regelmäßig zu aktualisieren (§5 2.1.1.-7.).</p>	<p>Somit ist begründet, dass versorgende Krankenhäuser SOPs zum Umgang mit Patienten mit ungeklärten Betreuungsverhältnissen / nicht einwilligungsfähigen Patienten und für Patienten mit Sprachbarrieren (fremdsprachige Menschen und Menschen mit Behinderung) implementieren. Es sind konkrete Verantwortlichkeiten für einen etwaigen strukturierten Austausch mit den Betreuern und Angehörigen zu definieren. Relevante Informationen, Konstellationen und Veränderungen (insbesondere auch zu Medikation, Mobilisation und Verlegung) sind in der Patientenakte zu dokumentieren. Ggf. sind die Kontaktdaten des zuständigen Betreuungsgerichtes und der zuständigen Personen und verantwortlichen Stellen an bekannten und im Notfall zugänglichen Stellen der aufnehmenden Klinik zu hinterlegen, bekannt zu machen und regelmäßig zu aktualisieren.</p>
<p>Insbesondere vor einem Eingriff in den Körper ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen. Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, soweit nicht eine Patientenverfügung nach § 1901a Absatz 1 Satz 1 die Maßnahme gestattet oder untersagt (§ 630d BGB Abs 1, Satz 1).</p>	<p>Insbesondere vor einem Eingriff in den Körper ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen. Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, soweit nicht eine Patientenverfügung nach § 1901a Absatz 1 Satz 1 die Maßnahme gestattet oder untersagt (§ 630d BGB Abs 1, Satz 1).</p>
<p>Hochwertige nationale und internationale Leitlinien enthalten Empfehlungen zum Umgang mit Patienten bei ungeklärten oder nicht einwilligungsfähigen Patienten.</p>	<p>Als Orientierung zum möglichen Vorgehen können nationale und internationale Leitlinien herangezogen werden, die Empfehlungen zum Umgang mit Patienten bei ungeklärten oder nicht einwilligungsfähigen Patienten enthalten.</p>
<p>Dezidierte Handlungsanweisungen und Empfehlungen zur Kommunikation und Aufklärung werden insbesondere in der</p>	<p>Dezidierte Handlungsanweisungen und Empfehlungen zur Kommunikation und Aufklärung werden insbesondere in der</p>

hochwertigen NICE-Guideline NG374 und der adaptierten Australian and New-Zealand Guideline for Hip Fracture Care⁵ formuliert:

“Allocate a dedicated member of staff to contact the next of kin and provide support for unaccompanied children and vulnerable adults”; “For a child or vulnerable adult with a fracture, enable their family members or carers to remain within eyesight if appropriate”; “Work with family members and carers of children and vulnerable adults to provide information and support”; “Take into account the age, developmental stage and cognitive function of the child or vulnerable adult.”; “Document all key communications with patients, family members and carers about the management plan.”; “Explain to patients, family members and carers, what is happening and why it is happening. Provide information on known injuries, details of immediate investigations and treatment, and if possible include time schedules.” “Ensure that all health and social care practitioners have access to information previously given to people with fractures to enable consistent information to be provided.”^{3,4}

“Capacity to give consent should be considered in people with dementia and staff should be

aware of State and National legislation and policies which govern the process of consent for

people unable to give informed consent. Capacity to consent should not lead to unnecessary

delays to the operating theatre if surgery has been deemed the appropriate plan of

management.”⁵

Damit wird explizit darauf hingewiesen, dass dem betreuenden Krankenhauspersonal die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Aufklärungspflicht und strukturierte Abläufe zur Erlangung einer rechtssicheren Einverständniserklärung bei Patienten, die nicht einwilligungsfähig sind, zu vermitteln

hochwertigen NICE-Guideline NG374 und der adaptierten Australian and New-Zealand Guideline for Hip Fracture Care⁵ formuliert.

Landesärztekammern halten ebenfalls Handlungsanleitungen zur Aufklärung von Patienten mit eingeschränkter Einwilligungsfähigkeit und von Patienten mit Sprachbarrieren bereit (. Darin benannt werden insbesondere auch juristisch begründete Empfehlungen zum Umgang mit Patienten mit ungeklärten Betreuungsverhältnissen, nicht einwilligungsfähigen Patienten und Patienten mit Sprachbarrieren (fremdsprachige Menschen und Menschen mit Behinderung).

sind.

Konkret zu benennen sind dabei zudem – wie in der NICE-Guideline 37 und 38 adressiert – krankenhausesintern verantwortliche und „geeigneten“ Personen aus Ärzten, Pflegepersonen, Sozialdiensten u.a., die nach einem strukturierten Protokoll versorgungsrelevante Inhalte mit Patienten und/oder Angehörigen/Betreuern im Verlauf des stationären Behandlungsprozesses zu geeigneten Zeitpunkten (z.B. postoperativ oder vor Entlassung/Verlegung des Patienten) kommunizieren und dokumentieren. Somit sind Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten zu benennen und konkret einzelnen Abteilungen der versorgenden Krankenhäuser oder speziell geschulten Mitarbeitern eines Versorgungsteams zuzuordnen, die direkt für die Einhaltung der Prozesse zuständig sind.

Zahlreiche Landesärztekammern halten ebenfalls Informationen zur Aufklärungspflicht des Arztes bereit. An dieser Stelle seien exemplarisch die Informationen der Ärztekammer Berlin sowie der Landesärztekammern Sachsen und Baden-Württemberg genannt. In ihnen werden Handlungsanleitungen zur Aufklärung von Patienten mit eingeschränkter Einwilligungsfähigkeit und von Patienten mit Sprachbarrieren dargelegt (siehe Anlage, Seite 6-8). Darin benannt werden insbesondere auch juristisch begründete Empfehlungen zum Umgang mit Patienten mit ungeklärten Betreuungsverhältnissen /nicht einwilligungsfähigen Patienten und für Patienten mit Sprachbarrieren (fremdsprachige Menschen und Menschen mit Behinderung). Auch für diese besonderen Konstellationen sind von den versorgenden Einrichtungen standardisierte Handlungsanweisungen (SOPs) zu formulieren mit dem Ziel einer zeitnahen, operativen Versorgung. Ziel ist es, nach Möglichkeit vorzubeugen, dass diese Konstellationen Gründe für unnötige Verzögerungen zwischen Aufnahme eines Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur und Operationszeitpunkt (bei gegebener

Operationsindikation) darstellen.	
<p>2.2 SOP Perioperative Planung: Priorisierung von Eingriffen, Planung von OP-Kapazitäten, Planung von Versorgungs/OP –Teams</p> <p>Priorisierung/Planung (2.2.1., 2.2.2., 2.2.4., 2.2.7.):</p> <p><i>National verbindliche</i> Vorgaben zur Priorisierung von Eingriffen nach Dringlichkeit sind im internationalen Kontext ungewöhnlich (, siehe dort: Seite 8). <i>Regional</i> oder <i>krankenhausspezifisch</i> werden solche Systeme jedoch regelhaft eingesetzt¹¹</p> <p>Die <i>Wichtigkeit</i> von <i>robusten Entscheidungsmodellen</i> zur Priorisierung von Patienten werden allgemein anerkannt¹¹. Diese Entscheidungsmodelle sollen ein effektives Kommunikationssystem zwischen den am den Entscheidungsprozessen beteiligten Berufsgruppen beinhalten¹¹.</p> <p>Auf empirisch-statistischer Grundlage leiten <i>Fitzgerald et al.</i>¹² drei Dringlichkeitskategorien ab, die in der Folge klinisch validiert wurden. Unterteilt werden dabei Eingriffe, die innerhalb der ersten Stunde zu erfolgen haben (u.a. Blutverlust >15 %, Behinderungen der Atemwege, ischämische <i>Viszeralorgane</i>, Gefäßrupturen), Eingriffe, die innerhalb von 2 bis 12 Stunden zu versorgen sind (u.a. offene Frakturen, instabile Frakturen, kontaminierte Wunden) und Interventionen, die innerhalb von 7-45 Stunden zu versorgen sind (geschlossene Frakturen, diagnostische Prozeduren, Sehnenverletzungen auch nach Suizidversuch). Auf der Basis dieser Einteilung implementierte das New South Wales Departement of Health, Australien in 2009 ein Rahmensystem zur Priorisierung chirurgischer Notfälle als Teil des National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP).</p> <p>Für Großbritannien existiert die für die dortigen externen Qualitätssicherungsprogramme verpflichtend zu verwendende NCEPOD-Classification of Interventions (ohne gynäkologisch-</p>	<p>Zur SOP Perioperative Planung: Priorisierung von Eingriffen, Planung von OP-Kapazitäten, Planung von Versorgungs/OP -Teams</p> <p><u>Priorisierung/Planung:</u></p> <p><i>National verbindliche</i> Vorgaben zur Priorisierung von Eingriffen nach Dringlichkeit sind im internationalen Kontext ungewöhnlich. <i>Regional</i> oder <i>krankenhausspezifisch</i> werden solche Systeme jedoch regelhaft eingesetzt¹¹</p> <p>Die <i>Wichtigkeit</i> von <i>robusten Entscheidungsmodellen</i> zur Priorisierung von Patienten werden allgemein anerkannt¹¹. Diese Entscheidungsmodelle sollen ein effektives Kommunikationssystem zwischen den an den Entscheidungsprozessen beteiligten Berufsgruppen beinhalten¹¹.</p> <p>Auf empirisch-statistischer Grundlage leiten <i>Fitzgerald et al.</i>¹² bspw. drei Dringlichkeitskategorien ab, die in der Folge klinisch validiert wurden. Unterteilt werden dabei Eingriffe, die innerhalb der ersten Stunde zu erfolgen haben (u.a. Blutverlust >15 %, Behinderungen der Atemwege, ischämische <i>Viszeralorgane</i>, Gefäßrupturen), Eingriffe, die innerhalb von 2 bis 12 Stunden zu versorgen sind (u.a. offene Frakturen, instabile Frakturen, kontaminierte Wunden) und Interventionen, die innerhalb von 7-45 Stunden zu versorgen sind (geschlossene Frakturen, diagnostische Prozeduren, Sehnenverletzungen auch nach Suizidversuch). Auf der Basis dieser Einteilung implementierte das New South Wales Departement of Health, Australien in 2009 ein Rahmensystem zur Priorisierung chirurgischer Notfälle als Teil des National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP).</p> <p>Für Großbritannien existiert die für die dortigen externen Qualitätssicherungsprogramme verpflichtend zu verwendende NCEPOD-Classification of Interventions (ohne gynäkologisch- geburtshilfliche Notfälle). Sie definiert bspw. 4 „Kategorien der Dringlichkeit“ („immediate“,</p>

geburtshilfliche Notfälle). Sie definiert 4 „Kategorien der Dringlichkeit“ („immediate“, „urgent“, „expedited“ und „elective“). Jeder zur Operation anstehende Patient ist dabei vom zuständigen Consultant zum Zeitpunkt des Operationsentscheids zu kategorisieren. Die NCEPOD klassiert dabei die Fixation von Frakturen in Kategorie 2 („urgent“).

Im deutschen System zeigten sich bei den Rückmeldungen aus dem Strukturierten Dialog für den Indikator „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (QI-ID 54030) der ESQS Struktur- und Prozessmängel hinsichtlich geringer Operationskapazitäten, Personalmangel am Wochenende oder Engpässe bei der Verfügbarkeit postoperativer Überwachungsmöglichkeiten. Auch bei notwendiger konsiliarischer Betreuung durch andere Fachabteilungen kam es zu verlängerten präoperativen Verweildauern. Zudem wurde berichtet, dass Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gegenüber Patientinnen und Patienten aus anderen Fachgebieten nur verzögert operiert werden konnten (siehe auch Anlage, Seite 10-11).

Insofern ist die Feststellung der Dringlichkeit der operativen Versorgung nach eindeutiger Handlungsanweisung unter Anwendung eines strukturierten und möglichst validierten Systems zur Behandlungspriorisierung (§5 2.2.1. der Richtlinie) begründet. Ob auf dieser Basis Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur auf einer Tages-Notfallliste oder in einem eigenen, für den Eingriff geeigneten Notfall-Operationssaal versorgt werden (§5 2.2.2. der Richtlinie) richtet sich dabei auch nach der Größe der versorgenden Einrichtung. Regelungen zu Ablauforganisation und Kommunikation für die OP-Saalbereitstellung sowie schriftliches Vorliegen von Verantwortlichkeiten und Erreichbarkeiten zur Planung der Operationskapazitäten sind zudem begründet. Die Dringlichkeit der Saalbereitstellung ergibt sich aus dem krankenhauses internen, interdisziplinären Konsens über die Kategorisierung der

„urgent“, „expedited“ und „elective“). Jeder zur Operation anstehende Patient ist dabei vom zuständigen Consultant zum Zeitpunkt des Operationsentscheids zu kategorisieren. Die NCEPOD klassiert dabei die Fixation von Frakturen in Kategorie 2 („urgent“).

Ob auf dieser Basis Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur auf einer Tages-Notfallliste oder in einem eigenen, für den Eingriff geeigneten Notfall-Operationssaal versorgt werden richtet sich dabei auch nach der Größe der versorgenden Einrichtung. Die SOP enthält außerdem Regelungen zu Ablauforganisation und Kommunikation für die OP-Saalbereitstellung, zu Verantwortlichkeiten sowie zu Erreichbarkeiten. Die Dringlichkeit der Saalbereitstellung ergibt sich aus dem krankenhauses internen, interdisziplinären Konsens über die Kategorisierung der nichtelektiven Eingriffe. Zudem sind interdisziplinäre Regelungen und Ablaufpläne zu erstellen, die eine potentielle Priorisierung von Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur ermöglichen für etwaig erforderliche präoperative Zusatzdiagnostik (z.B. kardiologische, radiologische, neurologische Zusatzuntersuchungen oder Labortests) um der Möglichkeit einer systembezogenen Operationsverzögerung vorzubeugen.

Teamansätze:

Leitlinien adressieren Teamansätze bei der Versorgung von Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur² (vgl. z.B. NICE-Guideline 124 The management of hip fractures in adults²).

Teamansätze erfordern die Zuordnung klarer Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten bei der interdisziplinären Versorgung. Hierzu sind von den versorgenden Krankenhäusern eindeutige Regelungen zu treffen (z.B. welche klinische Abteilung ist bei der Versorgung federführend? Bei welcher Person liegt die letzte medizinische Verantwortung für die Steuerung der Versorgung innerhalb der klinischen

nichtelektiven Eingriffe (§5 2.2.7. der Richtlinie). Zudem sind interdisziplinäre Regelungen und Ablaufpläne zu erstellen, die eine potentielle Priorisierung von Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur ermöglichen für etwaig erforderliche präoperative Zusatzdiagnostik (z.B. kardiologische, radiologische, neurologische Zusatzuntersuchungen oder Labortests) um der Möglichkeit einer systembezogenen Operationsverzögerung vorzubeugen (§5 2.2.4. der Richtlinie).

Teamansätze (2.2.3., 2.2.4.,2.2.5.,2.2.7.):

Hochwertige internationale Leitlinien adressieren Teamansätze bei der Versorgung von Patienten mit

hüftgelenknaher Femurfraktur² - dies unabhängig von einer ggf. zusätzlichen orthogeriatrischen Kooperation. Diese kann dabei Teil eines multidisziplinären Behandlungskonzeptes sein. Beispielhaft hervorgehoben sei dabei an dieser Stelle die Formulierung der NICE-Guideline 124 The management of hip fractures in adults²:

“Multidisciplinary care is central to the management of frail older people with multiple medical, psychological and social problems. Since these are the people who typically suffer hip fracture every Trauma Unit will provide some form of multidisciplinary care. Although the prevalence of comorbidity is generally lower in younger patients, the key principles of multidisciplinary intervention are applicable across the adult age spectrum and the same skills and organisational approaches derived within the development of a focus on the older population should be provided irrespective of chronological age.”

Teamansätze erfordern die Zuordnung klarer Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten bei der interdisziplinären Versorgung. Hierzu sind von den versorgenden Krankenhäusern eindeutige Regelungen zu treffen (welche klinische Abteilung ist bei der Versorgung federführend? Bei welcher Person liegt die letzte medizinische Verantwortung für die Steuerung der Versorgung innerhalb der

Versorgungswege?).

Zur Identifikation der besonders vulnerablen geriatrischen Patientengruppe mit erhöhtem Risiko für unerwünschte Ereignisse im Verlauf der Behandlung ist ein präoperatives geriatrisches Screening anhand eines strukturierten Erhebungsinstrumentes durchzuführen (z.B. geriatrisches Screening nach *Lachs et al. oder das ISAR-Screening*).

Sturz- und Frakturrisiko:

Zahlreiche Leitlinien enthalten Empfehlungen zur Prävention zukünftiger Frakturen und zur Abschätzung des Sturz- und Frakturrisiko bei Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur^{1,2,5,20,21}.

Es sind Regelungen zur Sturzprophylaxe, die Erfassung und Dokumentation des Sturzrisikos sowie eine Maßnahmenplanung zur Sturzvermeidung bei jedem Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur durchzuführen festzulegen. Dies kann bspw. durch den Einsatz des „Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege“ ([https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Sturzprophylaxe in der Pflege/Sturz-Akt_Auszug.pdf](https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Sturzprophylaxe%20in%20der%20Pflege/Sturz-Akt_Auszug.pdf)) erfolgen.

Überwachungskapazitäten:

Weiterhin sind Regelungen zu treffen, die bereits vor der Durchführung des operativen Eingriffs bei Patienten mit einer Hüftgelenknahen Femurfraktur die notwendigen Überwachungskapazitäten und den potentiell erforderlichen Überwachungsbedarf der Patienten postoperativ abschätzen. Hier sollten insbesondere freie Plätze auf den Intensivstationen, Intermediate-Care-Einheiten oder in Aufwächräumen zu fokussiert werden. Zur Abschätzung des Agitationsgrades und des daraus resultierenden Überwachungsbedarfs agierter Patienten kann ebenfalls ein spezifisches Score-System eingesetzt werden, welches die erstgenannten Systeme ergänzt (z.B. der Sedation Agitation Score oder der Richmond Agitation Sedation Score).

klinischen Versorgungswege?); (§5 2.2.3.).

Zur Identifikation der besonders vulnerablen geriatrischen Patientengruppe mit erhöhtem Risiko für unerwünschte Ereignisse im Verlauf der Behandlung ist ein **präoperatives geriatrisches Screening anhand eines validierten Erhebungsinstrumentes durchzuführen** (z.B. geriatrisches Screening nach *Lachs et al. oder das ISAR-Screening*) - das zur Identifizierung geriatrischer Patienten in der Notaufnahme 2012 von der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, dem Bundesverband Geriatrie und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie in einem Positionspapier insbesondere für deutsche Notaufnahmen empfohlen wurde, in denen keine direkte Beurteilung durch einen Geriater erfolgt.

Sturz- und Frakturrisiko (2.2.6.)

Zahlreiche hochwertige nationale und internationale Leitlinien enthalten Empfehlungen zur Prävention zukünftiger Frakturen und zur Abschätzung des Sturz- und Frakturrisiko bei Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur^{1,2,5,20,21}. Exemplarisch seien die Ausführungen der Scottish Standards for Hip Fracture²¹ Care genannt:

“All patients who sustain a hip fracture must have a falls risk assessment performed on admission as part of their initial nursing assessment. This should be coupled with a care plan to identify modifiable risk factors and appropriate interventions for each patient with the aim to reduce future falls. This will usually require a multidisciplinary approach. The need for further assessment and management of falls risk in the community must be considered and arranged if deemed necessary.”

Somit sind richtlinienkonform Regelungen zur Sturzprophylaxe, die Erfassung und Dokumentation des Sturzrisikos sowie eine Maßnahmenplanung zur Sturzvermeidung bei jedem Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur durchzuführen (§5 2.2.6.). Dies kann durch den Einsatz

Prävention thromboembolischer Komplikationen:

Die NICE-Guideline CG 92 beinhaltet evidenzbasierte Empfehlungen zur Risikominimierung und Prävention venöser Thromboembolien und legt die Evidenz hinsichtlich der Effektivität primär präventiver Maßnahmen dar. Mit hoher Evidenzqualität und Empfehlungsstärke wird formuliert:

“Offer combined VTE (Venous Thromboembolism-prophylaxis) with mechanical and pharmacological methods to patients undergoing hip fracture surgery. Provided there are no contraindications, add pharmacological VTE prophylaxis.”

In den S2e-Leitlinien der AWMF zur Schenkelhalsfraktur¹ wird folgende Empfehlung ausgesprochen:

„Hüftfrakturen zählen zu den Hochrisikofaktoren für eine Thrombose. Empfehlung: Thromboseprophylaxe unter Beachtung der allgemeinen und lokalen Kontraindikation“.

Eine leitliniengerechte, medikamentöse und physikalische Thromboembolieprophylaxe ist demnach als Standard zu formulieren.

Metforminhaltige orale Antidiabetika:

In der S2e-Leitlinie der AWMF zur Schenkelhalsfraktur des Erwachsenen¹ wird die Einnahme von metforminhaltigen Antidiabetika als „wichtiger Begleitumstand“ bezeichnet (Seite 13, 3.4 der Leitlinie). Biguanid Metformin, dass eine potenziell lebensbedrohliche Laktazidose verursachen kann, wird zur oralen Therapie des Diabetes Mellitus verordnet. Es wird empfohlen, das Medikament 48 Std. vor elektiven Eingriffen abzusetzen. Diese Vorgehensweise wird jedoch kontrovers diskutiert. **Chan et al.** kamen zu dem Ergebnis, dass die Inzidenz der Laktatazidose unter Metformin lediglich 0 bis 0,084 Fälle pro 1000 Patientenjahre beträgt. Ein Cochrane-Review von 2010 mit Inklusion von mehr als 200 Studien mit 47.846 Metformin-Patientenjahren und 38.221 Nicht-Metformin-Patientenjahren fand keinen Hinweis auf ein erhöhtes

validierter Testverfahren (z.B. „Tinetti-Test“, „Timed-up-and-go-Test“) *nach* erfolgter Operation und primärer Mobilisation in multidisziplinärer Abstimmung erfolgen und sollte je nach Ergebnis Maßnahmen nach sich ziehen, die zukünftigen Frakturereignissen vorbeugen.

Überwachungskapazitäten (2.2.8.):

Weiterhin sind Regelungen zu treffen, die bereits *vor* der Durchführung des operativen Eingriffs bei Patienten mit einer Hüftgelenknahen Femurfraktur die notwendigen Überwachungskapazitäten und den potentiell erforderlichen Überwachungsbedarf der Patienten postoperativ abschätzen. Hier sind insbesondere freie Plätze auf den Intensivstationen, Intermediate-Care-Einheiten oder in Aufwächerräumen zu fokussieren – dies insbesondere, da sich im deutschen System bei den Rückmeldungen aus dem Strukturierten Dialog für den Indikator „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (QI-ID 54030) der ESQS u.a. Struktur- und Prozessmängel hinsichtlich Engpässen bei der Verfügbarkeit postoperativer Überwachungsmöglichkeiten zeigten (§5 2.2.8.). Zur Abschätzung der Fallschwere eines Patienten und seinem daraus prospektiv abzuschätzendem Überwachungsbedarf ist ein validiertes Score-System einzusetzen (z.B. SAPS II, SOFA) wie auch von der DIVI als Mindestinhalt der Dokumentation im Bereich der Intensivmedizin gefordert („Der Kerndatensatz Intensivmedizin: Mindestinhalte der Dokumentation im Bereich der Intensivmedizin; Anästh. Intensivmed. 2004; 45:207-216). Zur Abschätzung des Agitationsgrades und des daraus resultierenden Überwachungsbedarfs agitierter Patienten kann ebenfalls ein spezifisches Score-System eingesetzt werden, welches die erstgenannten Systeme ergänzt (z.B. der Sedation Agitation Score oder der Richmond Agitation Sedation Score).

Prävention thromboembolischer

Laktatizidose-Risiko unter Metformin. Bei *nicht-elektiven* Eingriffen - wie z.B. einer hüftgelenknahen Femurfraktur - kann die Empfehlung, das Medikament zwei Tage vor der Operation abzusetzen, nicht eingehalten werden. Hier ist es wichtig, dass der Anästhesist über die vorherige Einnahme von Metformin informiert ist, um in solchen Fällen ein potentiell hepatotoxisches Anästhesieregime oder eine perioperative Dehydratation bewusst vermeiden zu können. In jedem Fall sind Regelungen vorzusehen zum Umgang mit Patienten, die unter metforminhaltenen oralen Antidiabetika stehen und leitliniengerechte Handlungsanweisungen zum Umgang mit betroffenen Patienten zu implementieren.

Delir und Dekubitus:

Das Vorliegen oder Auftreten eines deliranten Zustandes kann schwerwiegende Konsequenzen für betroffene Patienten nach sich ziehen (gesteigertes Risiko hinsichtlich dementieller Zustände oder Tod¹⁷). Insbesondere für hospitalisierte Patienten kann zudem das Risiko zur Aufnahme in Langzeitpflegeeinrichtungen erhöht sowie die Verweildauer im Krankenhaus verlängert werden¹⁷.

Die Entwicklung von Dekubitalulzera während eines stationären Krankenhausaufenthaltes gilt zudem als schwere, potentiell vermeidbare Komplikation. Hinsichtlich der Prävention von Dekubitalulzera werden konkrete Lagerungstechniken und Empfehlungen mit hohem Evidenzgrad formuliert, die der Entwicklung von lagerungsbedingten Druckgeschwüren vorbeugen können:

In Leitlinien werden evidenzbasierte Empfehlungen zur Vorbeugung von deliranten Zuständen und Dekubitalulzera¹ formuliert^{17, 20}. Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe wurden auch vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege entwickelt. An ihnen können standardisierte Handlungsanweisungen in Krankenhäusern orientiert werden.

Komplikationen (2.2.9.):

Die hochwertige NICE-Guideline CG 92 beinhaltet evidenzbasierte Empfehlungen zur Risikominimierung und Prävention venöser Thromboembolien und legt die Evidenz hinsichtlich der Effektivität primär präventiver Maßnahmen dar. Mit hoher Evidenzqualität und Empfehlungsstärke wird formuliert:

“Offer combined VTE (Venous Thromboembolism-prophylaxis) with mechanical and pharmacological methods to patients undergoing hip fracture surgery. Provided there are no contraindications, add pharmacological VTE prophylaxis.”

In den S2e-Leitlinien der AWMF zur Schenkelhalsfraktur¹ wird folgende Empfehlung ausgesprochen:

„Hüftfrakturen zählen zu den Hochrisikofaktoren für eine Thrombose. Empfehlung: Thromboseprophylaxe unter Beachtung der allgemeinen und lokalen Kontraindikation“.

Eine leitliniengerechte, medikamentöse und physikalische Thromboembolieprophylaxe ist demnach als Standard zu formulieren (§5 2.2.9.).

Metforminhaltige orale Antidiabetika (2.2.10, 2.2.11):

In der AG QS Femurfraktur wurde die patientenseitige Einnahme oraler Antidiabetika vom Metformintyp als häufiger Grund für verzögerte Operationen angeführt. Auch in der S2e-Leitlinie der AWMF zur Schenkelhalsfraktur des Erwachsenen¹ wird die Einnahme von metforminhaltigen Antidiabetika als „wichtiger Begleitumstand“ bezeichnet (Seite 13, 3.4 der Leitlinie). Das Biguanid Metformin, das eine potenziell lebensbedrohliche Laktazidose verursachen kann, wird zur oralen Therapie des Diabetes Mellitus verordnet. Es wird empfohlen, das Medikament 48 Std. vor *elektiven* Eingriffen abzusetzen. Diese Vorgehensweise wird jedoch kontrovers diskutiert. Chan et al. kamen zu dem Ergebnis, dass die Inzidenz der Laktatazidose unter Metformin lediglich 0 bis 0,084 Fälle pro 1000 Patientenjahre

Regelungen zur präoperativen Einschätzung und zum Management von Delir und Dekubitus sind zu implementieren..

beträgt. Ein Cochrane-Review von 2010 mit Inklusion von mehr als 200 Studien mit 47.846 Metformin-Patientenjahren und 38.221 Nicht-Metformin-Patientenjahren fand keinen Hinweis auf ein erhöhtes Laktatridose-Risiko unter Metformin. Bei *nicht-elektiven* Eingriffen - wie z.B. einer hüftgelenknahen Femurfraktur - kann die Empfehlung, das Medikament zwei Tage vor der Operation abzusetzen, nicht eingehalten werden. Hier ist es wichtig, daß der Anästhesist über die vorherige Einnahme von Metformin informiert ist, um in solchen Fällen ein potentiell hepatotoxisches Anästhesieregime oder eine perioperative Dehydratation bewusst vermeiden zu können. In jedem Fall sind Regelungen in Form von SOPs vorzusehen zum Umgang mit Patienten, die unter metforminhaltenen oralen Antidiabetika stehen um prolongierte präoperative Verweildauern zu minimieren und Leitliniengerechte Handlungsanweisungen zum Umgang mit betroffenen Patienten zu implementieren.

Delir und Dekubitus (2.2.12):

Der Erkennung und Prävention von deliranten Zuständen ist hohe Aufmerksamkeit zu widmen. Das Vorliegen oder Auftreten eines solchen Zustandes kann schwerwiegende Konsequenzen für betroffene Patienten nach sich ziehen (gesteigertes Risiko hinsichtlich dementieller Zustände oder Tod¹⁷). Insbesondere für hospitalisierte Patienten kann zudem das Risiko zur Aufnahme in Langzeitpflegeeinrichtungen erhöht sowie die Verweildauer im Krankenhaus verlängert werden¹⁷.

Die Entwicklung von Dekubitalulzera während eines stationären Krankenhausaufenthaltes gilt zudem als schwere, potentiell vermeidbare Komplikation. Hinsichtlich der Prävention von Dekubitalulzera werden konkrete Lagerungstechniken und Empfehlungen mit hohem Evidenzgrad formuliert, die der Entwicklung von lagerungsbedingten Druckgeschwüren vorbeugen können:

In methodisch hochwertigen nationalen und

<p>internationalen Leitlinien werden evidenzbasierte Empfehlungen formuliert zur Vorbeugung von deliranten Zuständen und Dekubitalulzera^{1, 17, 20}.</p> <p>Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe wurden auch vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege entwickelt. An ihnen können standardisierte Handlungsanweisungen in Krankenhäusern orientiert werden.</p> <p>Regelungen zur präoperativen Einschätzung und zum Management von Delir und Dekubitus sind daher begründet zu implementieren (2.2.12.). Schriftlich fixierte Standards zur Dekubitusprophylaxe und zum Umgang mit deliranten oder von Delir bedrohten Patienten sind bei Aufnahme, im OP und auf Station umzusetzen.</p>	
<p>2.3. SOP Operationsverfahren</p> <p>Die Indikation zur Osteosynthese oder Endoprothese ist für den Einzelfall individuell zu stellen. Die Zurückhaltung bei der Indikation zur Prothese bei jüngeren und aktiven Patienten gründet sich auf die Beobachtung, dass die Rate der Lockerungen der Prothesenteile mit der Aktivität und dem Anspruch an Belastung steigt und Wechseloperationen mit zunehmendem Knochenverlust resultieren¹.</p> <p>In hochwertigen nationalen und internationalen Leitlinien werden evidenzbasierte Algorithmen und Empfehlungen zur Auswahl des Operationsverfahrens und des Implantats für die operative Behandlung unterschiedlicher Typen hüftgelenknaher Femurfrakturen deklariert^{1, 2, 5, 18, 20, 36}. Die Empfehlungen der nach Domäne 3, AGREE II methodisch hochwertigen Leitlinien sind durchgehend mit hoher formaler Evidenz, hohem Empfehlungsgrad und/oder imperativer Formulierung getroffen und bei der Auswahl des Verfahrens im individuellen Einzelfall zu berücksichtigen.</p> <p>Eine dänische Forschergruppe der Universität Kopenhagen veröffentlichte 2012</p>	<p>Zur SOP Operationsverfahren</p> <p>Die Indikation zur Osteosynthese oder Endoprothese ist individuell zu stellen.</p> <p>In Leitlinien werden bspw. evidenzbasierte Algorithmen und Empfehlungen zur Auswahl des Operationsverfahrens und des Implantats für die operative Behandlung unterschiedlicher Typen hüftgelenknaher Femurfrakturen deklariert^{1, 2, 5, 18, 20, 36}.</p> <p>Aufgrund der heterogenen Frakturtypen und Versorgungsmöglichkeiten mit osteosynthetischen und endoprothetischen Techniken sind die Anforderungen an die versorgenden Krankenhäuser hoch, da diverse Implantate und geeignete Operationssäle mit der erforderlichen Infrastruktur bereitgehalten werden müssen. Operierende Chirurgen müssen potentiell eine Vielzahl an Operationstechniken (osteosynthetische und endoprothetische Verfahren) beherrschen. Es sind daher Regelungen zu treffen, welche operativen Versorgungsmöglichkeiten jeweils im eigenen Haus geleistet werden können und welche Patienten unter Berücksichtigung des klinischen Zustandes der Patienten ggf. in Krankenhäuser mit dem Angebot</p>

<p>einen wissenschaftlich evaluierten, evidenzbasierten Algorithmus zur Wahl des operativen Behandlungsverfahrens für Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur und validierte diesen in den Folgejahren (The Hvidovre Algorithm)“. Dabei konnte gezeigt werden, dass „mit der chirurgischen Standardisierung bessere Ergebnisse in der heterogenen Gruppe der Hüftfraktur-Patienten erreicht werden können“.</p> <p>Es sollte beachtet werden, dass für viele Arten von Frakturen die Evidenz in Bezug auf die Wirksamkeit <i>einer</i> Art von Operation oder Vorrichtung gegenüber einer anderen nicht definitiv ist²⁰.</p> <p>In jedem Fall sollte für Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur ein Operationsverfahren und Implantat ausgewählt werden, welches - orientiert an den individuellen Erfordernissen des jeweiligen Patienten - die größten Möglichkeiten bietet, die sofortige Vollbelastung 24 Stunden nach der Operation zu erleichtern²⁰.</p> <p>Aufgrund der heterogenen Frakturtypen und Versorgungsmöglichkeiten mit osteosynthetischen und endoprothetischen Techniken sind die Anforderungen an die Versorgenden Abteilungen hoch, da diverse Implantate und geeignete Operationssäle mit der erforderlichen Infrastruktur bereitgehalten werden müssen. Operierende Chirurgen müssen potentiell eine Vielzahl an Operationstechniken (osteosynthetische und endoprothetische Verfahren) beherrschen. Die Wahl des jeweils individuell indizierten Operationsverfahrens kann dabei die Möglichkeiten primär aufnehmender Abteilungen übersteigen. Daher sind vom verantwortlichen ärztlichen Leiter ggf. in Abstimmung mit weiteren verantwortlichen Personen in den einzelnen Krankenhäusern (u.a. Verwaltungsleiter, Pflegedienstleitung o.a.) überprüfbare Regelungen zu treffen, welche operativen Versorgungen jeweils im eigenen Haus geleistet werden können und welche Patienten ggf. in Krankenhäuser mit dem Angebot ggf. zusätzlicher osteosynthetischer und/oder</p>	<p>zusätzlicher osteosynthetischer und/oder endoprothetischer Verfahren zu verlegen sind).</p> <p>Für <i>konservativ</i> zu behandelnde Patienten liegt ein eigener, schriftlich fixierter Behandlungsablauf vor. Dabei können die Empfehlungen aus den deutschen S2e-Leitlinien der AWMF zur Schenkelhalsfraktur und pertrochantären Fraktur als Orientierung dienen.</p>
---	--

<p>endoprothetischer Verfahren zu verlegen sind („Aufwärtsverlegungen“ unter Berücksichtigung des klinischen Zustandes der Patienten). Hierbei sind auch etwaige Wegstrecken zu kalkulieren, die sinnvolles, ärztlich begründetes Vorgehen erlauben ohne die Patientensicherheit zu gefährden und unnötige Verlängerungen der präoperativen Verweildauer generieren. Geeignete und ggf. kooperierende Krankenhäuser mit zusätzlichem Versorgungsspektrum sind dabei zu nennen. Die Regelungen sind in SOPs schriftlich zu fixieren.</p> <p>Für <i>konservativ</i> zu behandelnde Patienten liegt ein eigener, schriftlich fixierter Behandlungsablauf vor (§5 2.3.3.) Dabei können die Empfehlungen aus den deutschen S2e-Leitlinien der AWMF zur Schenkelhalsfraktur und petrochantären Fraktur als Orientierung dienen. Die jeweils individuellen Entscheidungsgründe gegen eine Operation sind dabei in der Patientenakte dezidiert zu vermerken. Auch in den nationalen “Scottish Standards for Hip Fracture Care”²¹ von 2016 wird dazu formuliert:</p> <p><i>“In the very rare case that conservative treatment is agreed as appropriate, the management plan for these patients (or a palliative plan if deemed to be approaching end of life), should be clearly recorded in the patient records following a formal risk assessment. This decision should also be subject to regular reevaluation should the patient’s medical condition improve”.</i></p>	
<p>2.4. SOP Umgang mit gerinnungshemmender Medikation</p> <p>Eine hüftgelenknahe Femurfraktur gilt als medizinischer Akutfall. Eine zeitnahe Versorgung – auch unter oraler Antikoagulation - muss daher das Ziel sein. Das Blutungsrisiko für unterschiedliche Frakturtypen wird dabei different angegeben, wobei für mediale Schenkelhalsfrakturen – auch abhängig vom gewählten operativen Verfahren - ein geringeres Blutungsrisiko postuliert wird als für per- oder subtrochantäre Frakturen. Als ein potentieller</p>	<p>Zur SOP Umgang mit gerinnungshemmender Medikation</p> <p>Eine hüftgelenknahe Femurfraktur gilt als medizinischer Akutfall. Eine zeitnahe Versorgung – auch unter oraler Antikoagulation - muss daher das Ziel sein. Das Blutungsrisiko für unterschiedliche Frakturtypen wird dabei different angegeben, wobei für mediale Schenkelhalsfrakturen – auch abhängig vom gewählten operativen Verfahren - ein geringeres Blutungsrisiko postuliert wird als für per- oder subtrochantäre Frakturen. Als ein</p>

<p>Verzögerungsgrund für einen operativen Eingriff wird die Gabe gerinnungshemmender Medikation angegeben. In verschiedenen, hochwertigen nationalen und internationalen Leitlinien werden Empfehlungen zur Thromboseprophylaxe bei Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur formuliert und/oder zum Umgang mit Patienten, die eine solche Fraktur erlitten haben und zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus bereits unter gerinnungshemmender Medikation stehen^{18,36}. Insbesondere das Vorgehen bei bereits zuvor antikoagulierten Patienten wird auch im „<i>Klinische(n) Pfad – Behandlung hüftnaher Frakturen bei zuvor oral antikoagulierten Patientinnen und Patienten inkl. Ergänzungen (2016)</i>“⁴² des österreichischen Bundesministers für Gesundheit thematisiert.</p> <p>In Deutschland wurden bei den Rückmeldungen aus dem Strukturierten Dialog zum Indikator präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Erfassungsjahr 2015 Probleme im Umgang mit antikoagulierten Patienten und gerinnungshemmender Medikation formuliert, was insbesondere zu Verzögerungen bei der präoperativen Verweildauer führe – dies auch in Zusammenhang mit neuen oralen Antikoagulantien (NOAKs) und Vitamin-K-Antagonisten.</p> <p>Auch im Rahmen des österreichischen Peer-Review-Verfahrens zur stationären Qualitätssicherung war bereits 2013 aufgefallen, dass die Mehrzahl der Fälle mit verlängerter präoperativer Verweildauer > 48 Stunden aus oral antikoagulierten Patientinnen und Patienten bestand. Verbesserungspotenziale bei der Versorgung dieser Patienten wurden insbesondere identifiziert bei der Anamneseerhebung, der laboranalytischen Analyse der medikamentenabhängigen Gerinnungshemmung, der Verordnung von Vitamin K und gerinnungsfördernden Medikamenten und Maßnahmen, sowie bei der Erstellung von Krankenhaus-internen</p>	<p>Verzögerungsgrund für einen operativen Eingriff wird die Gabe gerinnungshemmender Medikation angegeben. In verschiedenen, hochwertigen nationalen und internationalen Leitlinien werden Empfehlungen zur Thromboseprophylaxe bei Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur formuliert und/oder zum Umgang mit Patienten, die eine solche Fraktur erlitten haben und zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus bereits unter gerinnungshemmender Medikation stehen^{18,36}. Insbesondere das Vorgehen bei bereits zuvor antikoagulierten Patienten wird auch im „<i>Klinische(n) Pfad – Behandlung hüftnaher Frakturen bei zuvor oral antikoagulierten Patientinnen und Patienten inkl. Ergänzungen (2016)</i>“⁴² des österreichischen Bundesministers für Gesundheit thematisiert.</p> <p>In Deutschland zeigte sich bei den Rückmeldungen aus dem Strukturierten Dialog zum Indikator präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Erfassungsjahr 2015, dass es zu Verzögerungen bei der präoperativen Verweildauer aufgrund von antikoagulierten Patientinnen und Patienten kam – dies auch in Zusammenhang mit neuen oralen Antikoagulantien (NOAKs) und Vitamin-K-Antagonisten.</p> <p>Auch im Rahmen des österreichischen Peer-Review-Verfahrens zur stationären Qualitätssicherung war bereits 2013 aufgefallen, dass die Mehrzahl der Fälle mit verlängerter präoperativer Verweildauer > 48 Stunden aus oral antikoagulierten Patientinnen und Patienten bestand. Verbesserungspotenziale bei der Versorgung dieser Patienten wurden insbesondere identifiziert bei der Anamneseerhebung, der laboranalytischen Analyse der medikamentenabhängigen Gerinnungshemmung, der Verordnung von Vitamin K und gerinnungsfördernden Medikamenten und Maßnahmen, sowie bei der Erstellung von Krankenhaus-internen Standards. Daraus folgte im Auftrag der österreichischen</p>
---	---

<p>Standards. Daraus folgte im Auftrag der österreichischen Bundesgesundheitskommission die Entwicklung eines klinischen Leitfadens zur Optimierung des perioperativen Behandlungspfades für zuvor antikoagulierte Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur, der als Orientierung bei der Implementierung krankenhauseigener Standards dienen kann.</p> <p>Im dänischen Referenceprogram for Patienter med Hoftebrud⁴⁶ werden zudem Patienten mit erhöhter Blutungstendenz in der Anamnese adressiert (u.a. Hämophiliepatienten, Patienten mit von Willebrand-Syndrom). Dabei werden Kooperationen mit dem nächstgelegenen Hämophiliezentrum gefordert. Darüber hinaus werden spezifische Dosierungsalgorithmen für Routinewirkstoffe zur antikoagulativen Therapie auch und speziell für Patienten mit Niereninsuffizienz dargelegt und empfohlen.</p> <p>Für das Vorgehen bei Patientinnen und Patienten, die gerinnungshemmende Medikamente einnehmen, soll das Krankenhaus daher grundlegende, leitlinienadaptierte Regelungen vorliegen haben. Dies wird auch in der AWMF-Leitlinie zur Schenkelhalsfraktur des Erwachsenen gefordert¹.</p> <p>Demnach ist die frühestmögliche Erhebung der Blutungs- und Thrombosevorgeschichte sowie die Anamnese bezüglich gerinnungsrelevanter Medikamente und dem Zeitpunkt der letzten Medikamenteneinnahme obligat^{44,41,43} (§5 2.4.1). Zudem sind Regelungen zu treffen zur Bestimmung und Durchführung des Gerinnungsstatus mit zeitlichen Vorgaben für die Regelversorgung tagsüber, für die Nacht sowie für den Not-, Wochenend- und Feiertagsdienst sowie eine Stratifizierung des Thromboembolierisikos zur Entscheidung über ein (prä- und/oder post-operatives) Bridging bzw. Switching nach einem interdisziplinär abgestimmten Algorithmus^{1,42} (§5 2.4.2 und §5 2.4.3). Es sind ferner Regelungen zum Umgang mit Patienten mit erhöhter Blutungstendenz auf</p>	<p>Bundesgesundheitskommission die Entwicklung eines klinischen Leitfadens zur Optimierung des perioperativen Behandlungspfades für zuvor antikoagulierte Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur, der als Orientierung bei der Implementierung krankenhauseigener Standards dienen kann.</p> <p>Im dänischen Referenceprogram for Patienter med Hoftebrud⁴⁶ werden zudem Patienten mit erhöhter Blutungstendenz in der Anamnese adressiert (u.a. Hämophiliepatienten, Patienten mit von Willebrand-Syndrom). Dabei werden Kooperationen mit dem nächstgelegenen Hämophiliezentrum gefordert. Darüber hinaus werden spezifische Dosierungsalgorithmen für Routinewirkstoffe zur antikoagulativen Therapie auch und speziell für Patienten mit Niereninsuffizienz dargelegt und empfohlen.</p> <p>Für das Vorgehen bei Patientinnen und Patienten, die gerinnungshemmende Medikamente einnehmen, soll das Krankenhaus daher Regelungen vorliegen haben. Dies wird auch in der AWMF-Leitlinie zur Schenkelhalsfraktur des Erwachsenen gefordert¹.</p> <p>Demnach ist die frühestmögliche Erhebung der Blutungs- und Thrombosevorgeschichte sowie die Anamnese bezüglich gerinnungsrelevanter Medikamente und dem Zeitpunkt der letzten Medikamenteneinnahme obligat^{44,41,43}. Zudem sind Regelungen zu treffen zur Bestimmung und Durchführung des Gerinnungsstatus mit zeitlichen Vorgaben für die Regelversorgung tagsüber, für die Nacht sowie für den Not-, Wochenend- und Feiertagsdienst sowie eine Stratifizierung des Thromboembolierisikos zur Entscheidung über ein (prä- und/oder post-operatives) Bridging bzw. Switching⁴². Es sind ferner Regelungen zum Umgang mit Patienten mit erhöhter Blutungstendenz auf Grund von Erkrankungen des Gerinnungssystems zu treffen (z.B. für Hämophiliepatienten, Patienten mit von Willebrandssyndrom). Regelungen für die Indikationsstellung von regionalen</p>
--	--

<p>Grund von Erkrankungen des Gerinnungssystems zu treffen und ggf. Kooperations-szenarien mit geeigneten benachbarten Krankenhäusern darzulegen bei nicht gewährleisteter Versorgung in der aufnehmenden Abteilung (z.B. für Hämophiliepatienten, Patienten mit von Willebrandssyndrom) (§5 2.4.4). Regelungen für die Indikationsstellung von regionalen Anästhesieverfahren (Nervenblockaden, spinale und peridurale Anästhesieverfahren) sind unter Berücksichtigung der erforderlichen und/oder bereits verabreichten medikamentösen antikoagulativen Therapie und des damit einhergehenden Risikos und klinischer Patientenzustände ggf. interdisziplinär festzulegen^{1,20,42} (§5 2.4.5). 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 sowie Regelungen zum prä- und postoperativem Umgang mit Antikoagulantien sind ggf. interdisziplinär festzulegen^{1,18,20,21,36,42,44,45,46} (§52.4.6 und 8). Weiterhin sind Regelungen (mit Dosierungsalgorithmen) für Patienten mit Niereninsuffizienz für gerinnungshemmende Medikamente wirkstoffspezifisch festzulegen⁴⁶ (§5 2.4.7).</p>	<p>Anästhesieverfahren (Nervenblockaden, spinale und peridurale Anästhesieverfahren) sind unter Berücksichtigung der erforderlichen und/oder bereits verabreichten medikamentösen antikoagulativen Therapie und des damit einhergehenden Risikos und klinischer Patientenzustände festzulegen^{1,20,42}. 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 sowie Regelungen zum prä- und postoperativem Umgang mit Antikoagulantien sind ggf. interdisziplinär festzulegen^{1,18,20,21,36,42,44,45,46}. Weiterhin sind Regelungen (mit Dosierungsalgorithmen) für Patienten mit Niereninsuffizienz für gerinnungshemmende Medikamente wirkstoffspezifisch festzulegen⁴⁶.</p>
<p>GKV-SV; PatV</p>	<p>DKG</p>
<p>2.5. SOP „Patientenzentriertes Blutmanagement (PBM)“</p> <p>Mit einer Bluttransfusionsrate von 54,6 pro 1.000 Einwohner ist Deutschland nicht nur in Europa sondern weltweit Spitzenreiter (Carson et al., 2017). Die Verabreichung von Bluttransfusionen soll sicherstellen, dass Organe ausreichend mit Sauerstoff versorgt werden, eine Blutarmut sowie Blutverluste im Kontext von Operationen können das Risiko für Krankenhaussterblichkeit und andere Komplikationen erhöhen. Gleichzeitig sind solche Transfusionen allerdings nicht so harmlos, wie bislang angenommen. EKs können teilweise gravierende Risiken und Nebenwirkungen hervorrufen, wie zum</p>	<p>Zur SOP „Patientenzentriertes Blutmanagement (PBM)“</p> <p>Die Verabreichung von Bluttransfusionen soll sicherstellen, dass Organe ausreichend mit Sauerstoff versorgt werden, eine Blutarmut sowie Blutverluste im Kontext von Operationen können das Risiko für Krankenhaussterblichkeit und andere Komplikationen erhöhen. Transfusionen weisen allerdings auch Risiken auf. EKs können demnach teilweise Nebenwirkungen, wie zum Beispiel allergische, hämolytische und nicht-hämolytische Transfusionsreaktionen, hervorrufen. Aus diesem Grund geben weltweite Leit- und Richtlinien zur Therapie mit</p>

Beispiel allergische, hämolytische und nicht-hämolytische Transfusionsreaktionen. Aus diesem Grund geben weltweite Leit- und Richtlinien zur Therapie mit Blutkomponenten strukturiert vor, wann ein zu niedriger Hämoglobinwert (Hb-Wert) mit EKs behandelt werden sollte. Bluttransfusionen sollen hierbei als „Ultima Ratio“ bei der Anämitherapie gelten. Die Entscheidung zur Transfusion sollte genau überdacht sein und im Übrigen nicht alleine vom Hb-Wert abhängig gemacht werden. Die Querschnittsleitlinien der Bundesärztekammer geben Kriterien für die Indikationsstellung zur EK- Transfusion vor.

Demzufolge sollen neben dem HB-Wert als weitere Faktoren einbezogen werden:

die individuelle Anämietoleranz (d.h. inwieweit die Sauerstoffversorgung des Gewebes trotz Anämie aufrechterhalten werden kann)

der Zustand des Patienten sowie

weitere Symptome eines Sauerstoffmangels.

Ein Patientenzentriertes Blut-Management (Patient Blood Management / PBM) dient der Erhöhung der Patientensicherheit und zielt auf einen rationalen Einsatz von Blutkonserven ab. Es stützt sich auf drei wesentliche Säulen: Auf die Diagnostik und Therapie der präoperativen Blutarmut, auf fremdblutsparende Maßnahmen, sowie den rationalen Einsatz von Bluttransfusionen.

Die Umsetzung eines PBM wird unter anderem seit 2010 durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) allen seinen Mitgliedsstaaten offiziell empfohlen.

In einer retrospektiven Studie aus Westaustralien mit insgesamt 605.046 Patienten an vier Krankenhäusern wurde ein PBM-Programm evaluiert. Über den Zeitraum von 2008 bis 2014 konnte die Zahl der transfundierten Patienten um 41% gesenkt werden. Es zeigte sich ein Rückgang der Krankenhaussterblichkeit um 28 %, ein Rückgang der durchschnittlichen Krankenhausaufenthaltsdauer um 15 % und ein Rückgang der Krankenhausinfektionen um 21 % (transfundierte Patienten sind für

Blutkomponenten strukturiert vor, wann ein zu niedriger Hämoglobinwert (Hb-Wert) mit EKs behandelt werden sollte. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Bluttransfusionen als „Ultima Ratio“ bei der Anämitherapie gelten sollten, die Entscheidung zur Transfusion genau abgewogen werden und im Übrigen nicht alleine vom Hb-Wert abhängig gemacht werden sollte. Die Querschnittsleitlinien der Bundesärztekammer geben Kriterien für die Indikationsstellung zur EK- Transfusion vor.

Demzufolge sollen neben dem HB-Wert als weitere Faktoren einbezogen werden:

- die individuelle Anämietoleranz (d.h. inwieweit die Sauerstoffversorgung des Gewebes trotz Anämie aufrechterhalten werden kann)
- der Zustand des Patienten sowie
- weitere Symptome eines Sauerstoffmangels.

Ein Patientenzentriertes Blut-Management (Patient Blood Management / PBM) dient der Erhöhung der Patientensicherheit und zielt auf einen rationalen Einsatz von Blutkonserven ab. Es stützt sich auf drei wesentliche Säulen: Auf die Diagnostik und Therapie der präoperativen Blutarmut, auf fremdblutsparende Maßnahmen, sowie den rationalen Einsatz von Bluttransfusionen.

Die Umsetzung eines PBM wird unter anderem seit 2010 durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) allen seinen Mitgliedsstaaten offiziell empfohlen.

Die in dieser Richtlinie vorliegende SOP zum PBM greift diese Entwicklung auf und verpflichtet Krankenhäuser, die hüftgelenknahe Femurfrakturen versorgen, hierzu Regelungen festzulegen..

<p>Infektionen anfälliger) sowie ein Rückgang von Herzinfarkten oder Schlaganfällen um 31 %. Der Einsatz von Blutprodukten ging während der Studiendauer um 41 % zurück. Gleichzeitig konnten mehr Patienten mit nur einer Transfusion aus einem kritischen Zustand befreit werden („Single-Unit Transfusion“). Die Anzahl der erfolgreichen „Single-Unit Transfusionen“ stieg von 33 auf 64 Prozent (Leahy et al., 2017).</p> <p>Im April 2017 veröffentlichte die Europäische Kommission zwei Leitlinien zur Implementierung von Patient Blood Management (PBM). Eine der Leitlinien richtet sich an die nationalen Behörden und die andere an Krankenhäuser.</p> <p>Die International Foundation for Patient Blood Management (IFPBM) definiert PBM als neuen Behandlungsstandard, der sich aus "einem evidenzbasierten Maßnahmenbündel zur Optimierung medizinischer und chirurgischer Outcomes durch klinisches Management und Erhaltung des patienteneigenen Blutvolumens" zusammensetzt.</p> <p>Das PBM-Konzept erhielt 2016 den ersten Preis des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V.</p> <p>Trotz dieser Erkenntnisse und Empfehlungen setzen derzeit in Deutschland viele Krankenhäuser Patient Blood Management im klinischen Alltag noch gar nicht oder unzureichend um. Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie fordern daher, dass 1.) alle an der Behandlung Beteiligten wesentliche Aspekte von Patient Blood Management unter Berücksichtigung lokaler Bedingungen umsetzen und 2.) gleichzeitig die strukturellen, administrativen und budgetären Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen geschaffen werden, um möglichst viele der Maßnahmen in Deutschland zukünftig noch besser und intensiver umzusetzen.</p> <p>Die vorliegende SOP soll hierzu einen Beitrag leisten.</p>	
<p>2.6. SOP „Ortho-geriatrische</p>	<p>Zur SOP „Ortho-geriatrische</p>

Zusammenarbeit für Patienten mit positivem geriatrischen Screening“

Zur Identifikation der besonders vulnerablen geriatrischen Patientengruppe mit erhöhtem Risiko für unerwünschte Ereignisse im Verlauf der Behandlung ist ein präoperatives geriatrisches Screening anhand eines validierten Erhebungsinstrumentes durchzuführen (siehe 2.2.5.). Internationale Studienresultate und Systematic Reviews weisen auf belastbare Evidenz für die Wirksamkeit orthogeriatrischer Kooperationen in der Behandlung älterer Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur bezogen auf einzelne Patientenrelevante Endpunkte hin (Mortalität bei Krankenhausentlassung, Langzeitmortalität, Heimaufnahmerate/Rückkehr in die vertraute Umgebung, Delirreduktion, funktionaler Status/ADL^{26,27}). Dies spiegelt sich auch in den Empfehlungen methodisch hochwertiger, internationaler Leitlinien wieder^{2,5,19,20,21}. Exemplarisch sind an dieser Stelle die Empfehlungen aus Großbritannien aufgeführt:

“From admission, offer patients a formal, acute orthogeriatric or orthopaedic ward-based Hip Fracture Programme that includes all of the following: orthogeriatric assessment, rapid optimisation of fitness for surgery, early identification of individual goals for multidisciplinary rehabilitation to recover mobility and independence, and to facilitate return to prefracture residence and long-term wellbeing.continued, coordinated, orthogeriatric and multi-disciplinary review, liaison or integration with related services, particularly mental health, falls prevention, bone health, primary care and social services, clinical and service governance responsibility for all stages of the pathway of care and rehabilitation, including those delivered in the community.”²

“Every patient who is identified locally as being frail, receives comprehensive geriatric assessment within three days of admission Rationale: Many patients presenting with hip fractures are frail and have complex medical

Zusammenarbeit für Patienten mit positivem geriatrischen Screening“

Zur Identifikation der besonders vulnerablen geriatrischen Patientengruppe mit erhöhtem Risiko für unerwünschte Ereignisse im Verlauf der Behandlung ist entsprechend der Nummer 5 der SOP Perioperative Planung ein präoperatives geriatrisches Screening anhand eines validierten Erhebungsinstrumentes durchzuführen. Internationale Studienresultate und Systematic Reviews weisen auf belastbare Evidenz für die Wirksamkeit orthogeriatrischer Kooperationen in der Behandlung älterer Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur bezogen auf einzelne Patientenrelevante Endpunkte hin (Mortalität bei Krankenhausentlassung, Langzeitmortalität, Heimaufnahmerate/Rückkehr in die vertraute Umgebung, Delirreduktion, funktionaler Status/ADL^{26,27}). Dies spiegelt sich auch in den Empfehlungen methodisch hochwertiger, internationaler Leitlinien wieder^{2,5,19,20,21}. Exemplarisch sind an dieser Stelle die

Für die ortho-geriatrische Kooperation bei Patienten mit initial positivem geriatrischen Screening sind konkrete Ansprechpartner zu benennen. Postoperativ sind geriatrische Assessments hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte durchzuführen (Mobilität, Selbständigkeit Kognition, Emotion, Schmerzen) zur Prognoseabschätzung, zur Abschätzung der Rehabilitationsfähigkeit und zur Formulierung realistischer Behandlungsziele. Dies kann durch den Einsatz validierter Testverfahren (z.B. „Tinetti-Test“²⁶, „Timed-up-and-go-Test“²⁷, Barthel-Index) nach erfolgter Operation und primärer Mobilisation in multidisziplinärer Abstimmung erfolgen.

Zudem stellt die Polymedikation multimorbider Patienten eine große Herausforderung dar. Anwendungs-, Compliance-, Interaktions- und Nebenwirkungsprobleme treten bei dieser Patientengruppe gehäuft auf. Aufgrund zunehmender Multimorbidität und eines höheren durchschnittlichen Lebensalters der

problems. Collaborative working with Geriatricians has been shown to improve the standards of medical care in this frail group. The benefits include, reduction in delay to surgery caused by medical problems, improved management of perioperative medical complications, better coordination of multidisciplinary team work, improved communication with patients and relatives and reduction in adverse events including delirium and falls. There is also a trend towards reduced length of stay and lower in-hospital mortality”²¹

Für die ortho-geriatrische Kooperation bei Patienten mit initial positivem geriatrischen Screening sind konkrete Ansprechpartner zu benennen. Postoperativ sind geriatrische Assessments hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte durchzuführen (Mobilität, Selbständigkeit Kognition, Emotion, Schmerzen) zur Prognoseabschätzung, zur Abschätzung der Rehabilitationsfähigkeit und zur Formulierung realistischer Behandlungsziele. Dies kann durch den Einsatz validierter Testverfahren (z.B. „Tinetti-Test“²⁶, „Timed-up-and-go-Test“²⁷, Barthel-Index) nach erfolgter Operation und primärer Mobilisation in multidisziplinärer Abstimmung erfolgen.

Zudem stellt die Polymedikation multimorbider Patienten eine große Herausforderung dar. Anwendungs-, Compliance-, Interaktions- und Nebenwirkungsprobleme treten bei dieser Patientengruppe gehäuft auf. Aufgrund zunehmender Multimorbidität und eines höheren durchschnittlichen Lebensalters der Patienten werden therapeutische Entscheidungen und Therapieregime zunehmend komplexer. Maßnahmen zur adäquaten Koordination und ärztlichen Qualitätssicherung der Arzneimitteltherapie sind daher zunehmend notwendig und gefordert. Ein Polymedikationsmanagement zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) – und damit der Patientensicherheit – sind dabei zu implementieren.

Versorgungseinheiten jedweder Art, die

Patienten werden therapeutische Entscheidungen und Therapieregime zunehmend komplexer. Maßnahmen zur adäquaten Koordination und ärztlichen Qualitätssicherung der Arzneimitteltherapie sind daher zunehmend notwendig und gefordert. Regelungen zu einem Polymedikationsmanagement sind dabei zu definieren.

Regelungen zur Durchführung interdisziplinärer Visiten und/oder Teambesprechungen sind dabei Bestandteil der SOP.

<p>Patienten über 65 LJ mit hüftgelenknahen Femurfrakturen operativ versorgen haben daher Patienten mit positivem geriatrischen Screening ab der Aufnahme ein integriertes ortho-geriatrisches Assessment und abgestimmtes Behandlungskonzept anzubieten, das individuelle Behandlungsziele frühzeitig definiert und die hierfür erforderlichen Behandlungspfade im Verlauf des stationären Aufenthaltes plant.</p> <p>Zur Koordinierung der Prozesse ist ein strukturiertes „Schnittstellenmanagement“ nachzuweisen (siehe § 4 QM-RL des G-BA: „Schnittstellenmanagement: Ein systematisches Management an den Schnittstellen der Versorgung umfasst gezielte Kommunikation und abgestimmte Zusammenarbeit aller Beteiligten. Für eine sichere und patientenorientierte Versorgung sollen besonders die Übergänge entlang der gesamten Versorgungskette so gestaltet werden, dass alle erforderlichen Informationen zeitnah zur Verfügung stehen und eine koordinierte Versorgung gewährleistet ist“).</p> <p>Die Durchführung interdisziplinärer (ortho-geriatrischer) Visiten und/oder Teambesprechungen ist dabei Teil des Konzepts.</p>	
--	--

GKV-SV	DKG
<p>§6 Pflichten bei Nichterfüllung</p> <p>Zu Absatz 1</p> <p>Es gibt krankenhausbezogene Gründe, die eine zeitgerechte operative Versorgung von Patienten mit Femurfraktur nicht erlauben. Ist der Patient bereits in die Notaufnahme eines Krankenhauses transportiert worden, so hat hier eine Erstversorgung zu erfolgen. Unter Erstversorgung werden insbesondere Röntgen-Diagnostik zur Diagnosesicherung, Lagerung und Einleitung einer Schmerztherapie verstanden. Danach ist der Patient schnellstmöglich in eine aufnahmebereite Klinik zur Weiterversorgung zu verlegen.</p> <p>Zu Absatz 2</p>	<p><i>Keine Übernahme an dieser Stelle und Verortung in § 7 Folgen der Nichterfüllung der Mindestanforderungen und Dokumentationspflichten</i></p>

<p>Oft erfolgt der Transport eines Notfallpatienten unkoordiniert über die Rettungsstelle in das nächste erreichbare Krankenhaus. Hier kann es zu Verzögerungen in der Behandlung kommen, wenn keine entsprechenden Ressourcen in Bezug auf Personal oder OP-Verfügbarkeit bereitstehen. Ein innovativer Ansatz zur Verbesserung dieser Schnittstellenproblematik in der Notfallkette ist der Einsatz einer digitalen Plattform zur Verzahnung von Aufnahmekrankenhäusern, Leitstellen und Notfallrettungsdienst, wie er in Hessen unter dem Namen „IVENA Interdisziplinärer Versorgungsnachweis“ entwickelt und erfolgreich eingesetzt wird.</p> <p>Kliniken müssen ihre Fachabteilungen und Stationen bei Vollbelegung oder Einschränkung der operativen Ressourcen nicht mehr telefonisch oder per Fax bei der Feuerwehr-Leitstelle ab- und anmelden, sondern melden dies direkt über ein internetbasiertes System, auf das die Rettungsleitstelle und alle anderen Kliniken Zugriff haben. Die Krankenhäuser können dabei die Einschränkung eigener Ressourcen eigenständig darstellen, d. h. eine Fachabteilung kann sich temporär abmelden, wenn ihr die Versorgung von Femurfrakturen nicht möglich ist.</p> <p>Das webbasierte System arbeitet in Echtzeit und bietet einen Überblick über die klinischen Versorgungsmöglichkeiten; es steuert Patienten in das geeignete und aufnahmebereite Krankenhaus.</p> <p>IVENA wird neben Hessen bereits in Berlin, Brandenburg, Niedersachsen, Bremen, Bayern und als Pilotprojekt in Schleswig-Holstein eingesetzt.</p> <p>https://www.ivena-hessen.de/leitstellenansicht.php</p> <p>http://www.ivena.de/page.php?k1=main&k2=index</p>	
--	--

(DKG: § 6/ GKV: §7) Nachweisverfahren

GKV-SV	DKG
<p>Zu Absatz 1</p> <p>Der Nachweis hinsichtlich der Erfüllung der Mindestanforderungen ist in dem</p>	<p>Zu Absatz 1 und 2</p> <p>Der Nachweis hinsichtlich der Erfüllung der Mindestanforderungen ist in dem</p>

Bundesland in dem das Krankenhaus den von dieser Regelung betroffenen Standort betreibt gegenüber den dort zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in Form einer auf der Strukturabfrage nach § 9 basierenden Checkliste (Anlage X) regelmäßig zwischen dem 15. November und dem 31. Dezember zu führen. Für die erstmalige Anwendung gelten die Vorgaben der Übergangsregelungen in § 11. Die jährliche Nachweispflicht ist stichtagsbezogen zu führen. Hierzu kann das Krankenhaus aus dem genannten Zeitraum einen Tag auswählen, an dem alle Mindestanforderungen erfüllt werden. Für den Fall, dass ein Krankenhaus unterjährig erstmals oder erneut die von dieser Richtlinie betroffenen Leistungen erbringen möchte, ist ein frei wählbarer Stichtag vor der Aufnahme der Leistungserbringung zu wählen, an dem alle Mindestanforderungen erfüllt werden. Von diesem Stichtag an gilt dann die Pflicht, jede danach eintretende Nichterfüllung einer Mindestanforderung, die länger als 48 Stunden andauert, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unverzüglich zu melden. Ebenso ist deren Wiedererfüllung zu melden. Dabei sind die konkreten nicht erfüllten Mindestanforderungen und der Zeitpunkt des Eintritts der Nichterfüllung bzw. der Wiedererfüllung im Einzelnen aufzuführen.

Die Übermittlung der Checkliste und der Anzeigen nach Satz 3 hat standortbezogen in elektronischer Form auf Basis einer vom G-BA beschlossenen Spezifikation nach § 9 Absatz [GKV: 5 DKG: 6] und unter Nutzung einer fortgeschrittenen elektronischen Signatur zu erfolgen. Dies ist notwendig zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten/Rechtsstreitigkeiten, um die Anzeige dem KH eindeutig zurechnen zu können. Es kommt an dieser Stelle nicht darauf an, eine konkrete Person zu identifizieren, da keine persönliche Willenserklärung erfolgt, so dass hier keine qualifizierte elektronische Signatur festgelegt wird.

Bundesland in dem das Krankenhaus den von dieser Regelung betroffenen Standort betreibt gegenüber den dort zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in Form einer auf der Strukturabfrage nach § 8 basierenden Checkliste (Anlage X) regelmäßig zwischen dem 15. November und dem 31. Dezember eines Jahres zu führen. Die jährliche Nachweispflicht ist stichtagsbezogen zu führen. Hierzu kann das Krankenhaus einen Tag auswählen, an dem alle Mindestanforderungen erfüllt werden. Von diesem Stichtag an gilt dann die Pflicht jede danach eintretende Nichterfüllung einer Mindestanforderung, die länger als 48 Stunden andauert, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unverzüglich bis spätestens zum 15. des nach Ablauf des jeweiligen Quartals folgenden Monats jeweils für das zurückliegende Quartal zu melden. Ebenso ist deren Wiedererfüllung zu melden.

Die Krankenkassen werden durch diese Regelung in die Lage versetzt, gemäß § 137 SGB V den Wegfall des Vergütungsanspruchs für Leistungen, bei denen Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zum Zeitpunkt der Aufnahme oder der Operation nicht erfüllt sind, festzustellen und durchzusetzen.

Das Krankenhaus hat demnach dafür zu sorgen, dass es im Falle der Nichteinhaltung von Mindestanforderung entsprechende Maßnahmen gemäß § 7 Abs. 3 und 4 ergreift und die Landesverbänden der Krankenkassen und die Ersatzkassen

<p>Die Krankenkassen werden durch diese Regelung in die Lage versetzt, gemäß §137 SGB V den Wegfall des Vergütungsanspruchs für Leistungen, bei denen Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nicht erfüllt sind, festzustellen und durchzusetzen. Erfahren die Krankenkassen nicht, dass Krankenhäuser Mindestanforderungen nicht erfüllen, können die damit verbundenen Durchsetzungsmaßnahmen nicht angewendet werden. Dabei wird das übergreifende Ziel zur Absicherung der Patientensicherheit verfolgt, dass keine Patienten in Krankenhäusern versorgt werden dürfen, die die Mindestanforderungen der Richtlinie nicht erfüllen.</p> <p>Das Krankenhaus hat demnach dafür zu sorgen, dass es im Falle der Nichteinhaltung von Mindestanforderung entsprechende Maßnahmen wie in § 6 „Pflichten bei Nichterfüllung“ ergreift und die Landesverbänden der Krankenkassen und die Ersatzkassen darüber informiert. Hierzu wird das Krankenhaus interne Regelungen zur täglichen internen Prüfung zur Erfüllung der Mindestanforderungen analog z.B. dem Vorgehen bei „OP-Checklisten“ einführen müssen.</p>	<p>darüber informiert. Hierzu kann das Krankenhaus interne Regelungen zur täglichen internen Prüfung zur Erfüllung der Mindestanforderungen analog z.B. dem Vorgehen bei „OP-Checklisten“ einführen.</p>
--	--

Kann ein Krankenhaus aus dem angegeben vierwöchigen Zeitraum keinen Stichtag auswählen, an dem es alle Mindestanforderungen erfüllt, wählt es einen beliebigen anderen Tag aus diesem Zeitraum aus und dokumentiert die an diesem Tag vorliegenden nichterfüllten Mindestanforderungen. In der Folge meldet es deren Wiedererfüllung bzw. danach auftretenden neue Nichterfüllungen gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.

GKV-SV

Zu Absatz 2

Es wird geregelt, dass der Eingang der übermittelten Daten empfängerseitig, also von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, ebenfalls unter Nutzung einer fortgeschrittenen elektronischen Signatur zu bestätigen ist. Mit Satz 2 wird ferner klargestellt, dass die vom G-BA beschlossene Spezifikation gemäß [GKV: § 9 Absatz 5 / DKG: § 8 Absatz 6] auch dazu dient, es den Krankenhäusern zu ermöglichen, diese Daten (Meldungen über Erfüllung und Nichterfüllung sowie Checkliste) für die Strukturabfrage nach § 9 vorzuhalten, so dass keine doppelte Angaben geführt und übermittelt werden müssen und der bürokratische Aufwand damit halbiert werden kann.

DKG
<p>Zu Absatz 3</p> <p>Aufgrund der z.T. zahlreichen beteiligten Landesverbände der Krankenkassen und den Ersatzkassen ist es für Krankenhäuser mit unverhältnismäßigem Aufwand verbunden die Zuständigkeit für Entgegennahme entsprechender Nachweise nachzuvollziehen oder gar jedem beteiligten Landesverband der Krankenkassen und den Ersatzkassen einen Nachweis zukommen zu lassen. Des Weiteren würde bei eventuellem Abstimmungsbedarf ein fester Ansprechpartner fehlen. Aus diesem Grund haben die beteiligten Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einen Landesverband der Krankenkassen oder eine Ersatzkasse mit der Entgegennahme von Nachweisen für alle übrigen Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen zu benennen und diese Benennung dem jeweiligen Krankenhaus anzuzeigen.</p> <p>Zur Alternative in Absatz 3</p> <p>Der Regelungsvorschlag orientiert sich an § 5 Abs. 2 der Mindestmengenregelungen</p>

GKV-SV	DKG
<p>Zu Absatz 3</p> <p>Kontrollen der Qualitätsanforderungen erfolgen auf Grundlage des § 275a SGB V i.V.m. § 137 Abs.3 SGB V. Dafür notwendige Unterlagen, Dokumente oder andere Nachweise sind hierfür vorzuhalten und dem MDK bei Bedarf zur Verfügung zu stellen.</p>	<p>Zu Absatz 4</p> <p>Die Kontrollen der Qualitätsanforderungen sind abschließend in der Richtlinie nach § 137 Abs.3 SGB V geregelt.</p>
	<p>Zu Absatz 5</p> <p>Der Regelungsvorschlag orientiert sich an § 5 Abs. 7 der Mindestmengenregelungen</p>

GKV-SV	DKG
<p><i>Die Ablehnung des Alternativvorschlags wird wie folgt begründet:</i></p> <p>Regelhaft liegt die Verantwortung für den Nachweis der Erfüllung der Mindestanforderungen gegenüber den Kostenträgern bei dem Krankenhaus. Macht das Krankenhaus im Nachweisverfahren einen Fehler (z.B. falsche Angaben, Fristversäumnisse) sind diese dem Krankenhaus zuzurechnen; das gilt auch, wenn Dritte (z.B. Softwareanbieter, externe Dienstleister) im Auftrag des Krankenhauses am Nachweisverfahren beteiligt sind. Soweit durch normative Regelungen des G-BA im Nachweisverfahren – welches regelhaft zwischen</p>	<p>DKG-Alternativvorschlag zu § 6 Nachweisverfahren</p> <p>An dieser Stelle wird ein Alternativvorschlag zu dem in § 6 dargelegten Nachweisverfahren normiert. Dieser Vorschlag steht in Verbindung mit dem Alternativvorschlag zu § 8.</p> <p>Grundsätzlich ist bei der Nutzung eines Webportals zur Erfassung, zur automatischen Weiterleitung an die Landesverbände der Krankenkassen bzw. die Ersatzkassen und zeitgleich an das IQTIG zur Konsolidierung einer Datengrundlage für eine standortbezogene Strukturanalyse von enormen Vorteilen gegenüber einer Separierung des Nachweisverfahrens und der Strukturabfrage auszugehen. Mit der Nutzung eines Webportals ließe sich der Gesamtaufwand für alle Beteiligten (IQTIG, G-BA, Krankenkassen, Krankenhaus, System) enorm reduzieren, da zum einen Doppelerhebungen vermieden und damit Bürokratiekosten reduziert</p>

Krankenhaus und Kostenträgern läuft – Dritte (hier IQTIG) einbezogen werden, ist unklar, wer für etwaige Fehler (z.B. Fristversäumnisse, Verlust oder Änderung von Daten) dieses Dritten haftet. Der G-BA tritt damit in die (Rechts-)Beziehung zwischen Krankenhaus und Kostenträger mit ein, was Folgen für eventuelle Rechtsstreitigkeiten hat.

Da der G-BA zudem die Verantwortung für die von ihm in Auftrag entwickelte Software, der Datenbank, den Betrieb der Server, die Prozesse der Datenspeicherung und Datenverarbeitung, der Sicherheitsvorkehrungen, der Authentifizierung der Benutzer etc. trägt, geht diese bisher bei den Krankenhäusern liegende Verantwortung an dem G-BA über.

Eine Vermischung von Aufgaben des G-BA (Annahme von Daten zur Evaluation und Berichterstattung über Qualitätsergebnisse) mit Aufgaben aus dem Verantwortungsbereich der Krankenhäuser (Nachweisverfahren gegenüber Kostenträgern) wird daher abgelehnt.

werden. Zum anderen könnte auf diese Weise ebenfalls die notwendige Zeitdauer zur Entwicklung und Implementierung bzw. Umsetzung einer Spezifikation reduziert werden. Gleiches gilt für entsprechende Updates und eventuelle Änderungen einer Spezifikation. Zusätzlich ist davon auszugehen, dass die Umsetzung eines Webportals, ggf. künftig auch zur Nutzung für weitere Verfahren, ebenfalls wirtschaftlicher als die Umsetzung einer Spezifikation sein wird.

Eventuelle wettbewerbsrechtliche Bedenken, sind nicht gegeben, da Verwaltungen selbstredend nicht jede Aufgabe, bei der es potentielle Mitbewerber gibt, auch vergeben müssen. Die mit dem webbasierten Erfassungsportal entstehenden Aufgaben, würden sich unmittelbar aus den Anforderungen der hier vorliegenden Richtlinie des G-BA ergeben. Demnach ist hierbei von einer Tätigkeit des Kernbereichs auszugehen, für die der G-BA eine eigene Erfassungsmöglichkeit anbieten können muss. Webbasierte Portale, die eine Speicherung und oder Verarbeitung von Daten ermöglichen finden sich auch bei anderen Verwaltungen. Beispielhaft seien das InEK Datenportal oder die Öffentliche Erhebungs-Datenbank des Bundes und der Länder (bspw. für die Krankenhausstatistik) erwähnt. Die Möglichkeit, Internetportale zu nutzen, verdeutlicht sich ebenfalls bspw. in § 136b Absatz 9 Sätze 5 und 6 SGB V. An dieser Stelle eröffnet auch der Gesetzgeber die Möglichkeit, eine Internetplattform zur Speicherung und Verarbeitung von Informationen zu nutzen. Sollte dennoch die Meinung vertreten werden, dass ein webbasiertes Erfassungsportal des G-BA wettbewerbsrechtlich bedenklich ist, könnte das webbasierte Erfassungsportal selbstredend im Zuge eines Ausschreibungs- und Vergabeverfahrens extern vergeben werden.

Die Festlegung von Verantwortlichkeiten und eventuellen haftungsrechtlichen Bedenken sind durch entsprechende Regelungen angemessen berücksichtigt:

Grundsätzlich trägt das Krankenhaus die Verantwortung zur Nachweisführung. Dabei gilt es jedoch auch zu berücksichtigen, dass der G-BA an anderer Stelle (vgl. hierzu z.B. § 6 Abs. 3 a) Qb-R oder § 24 Abs. 1 S. 4 QSKH-RL) Regelungen getroffen, mit denen klargestellt wird, dass nicht in allen Fällen eine fehlerhafte, eine ausbleibende bzw. eine unvollständige Lieferung dem Krankenhaus zuzurechnen ist.

Das hier normierte webbasierte Erfassungsportal sieht in § 6 Absatz 2 b) Satz 2 einen rechtssicheren Beleg vor, den das Krankenhaus nach Erfassung bzw. Übermittlung der Daten erhält, wenn die Daten erfolgreich auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft

wurden. Mit diesem Beleg ist ausgeschlossen, dass die Pflichterfüllung der Krankenhäuser hinsichtlich der Nachweisführung strittig ist. Demnach könnte, selbst wenn ein Nachweis nicht von den Verbänden der Landeskrankenkassen erhalten wurde, nie die Abrechnung der erbrachten Leistungen strittig sein. Nichtsdestotrotz könnten sich haftungsrechtliche Bedenken, im Sinne von Schadensersatzansprüchen der Krankenhäuser gegenüber dem webbasierten Erfassungsportal, unabhängig von eventuellen G-BA-Sanktionen ergeben. Diese Ansprüche würden sich jedoch nur in den seltenen Fällen ergeben, in denen ein Krankenhaus einen Nachweis belegbar korrekt webbasiert erfasst hat, die Daten aus dem Webportal jedoch nicht oder nur unvollständig bzw. falsch an die Landesverbände der Krankenkassen übermittelt werden und auch nur dann wenn dem Krankenhaus Schaden entstanden wäre, den es geltend machen möchte. Adressat dieser Ansprüche wäre in diesem Fall das IQTIG, bzw. der Betreiber des webbasierten Erfassungsportals.

Abgesehen davon, dass für solche seltenen Fälle entsprechende Haftpflichtversicherungen abzuschließen wären, gilt es zu berücksichtigen, dass diese Ansprüche z.T. bereits heute vorliegen können, sodass lediglich von einer Haftungserweiterung ausgegangen werden kann. Sollte nämlich ein Krankenhaus ein Softwareprodukt einer Softwarefirma nutzen, um einer G-BA-Pflicht nachzukommen, dann könnten sich Schadensersatzansprüche gegenüber dem Softwarehersteller nur dann ergeben, wenn es sich um technische Fehler in der Umsetzung der vom IQTIG erarbeiteten und veröffentlichten Spezifikation handelt. Sollten jedoch bereits Fehler in der vom IQTIG entwickelten Spezifikation vorhanden sein, so wäre auch in diesen Fällen das IQTIG selbst bzw. schlussendlich der G-BA Adressat für eventuelle Schadensersatzforderungen.

Trotz der zu vermutenden Seltenheit eventueller Haftungsansprüche und der bereits bestehenden Haftungsrisiken des G-BA, wurde in § 6 Absatz 2 e) eine Systematik aufgenommen, die eine Haftungserweiterung des IQTIG und des G-BA theoretisch ausschließt. Mit dieser neu aufgenommenen Regelungsgrundlage müssen die Landesverbände der Krankenkassen bzw. die Ersatzkassen gegenüber dem Webportal die erhaltenen Daten nach dem Eingang bestätigen, wodurch technisch sichergestellt werden kann, dass die von den Landesverbänden der Krankenkassen erhaltenen Daten denen entsprechen, die das Krankenhaus belegbar im Portal erfasst hat. Wenn sich eine Abweichung im Zuge dieses Abgleichs ergibt, kann sofort eine Problemlösung initiiert werden, sodass eine nachträgliche, korrekte Übermittlung sichergestellt wird.

Zu den Regelungen im Einzelnen:**Zu Absatz 1****Zu Buchstabe a)**

Abweichend von den bisherigen Verfahren beschließt der G-BA eine Spezifikation sowie die Umsetzung eines Frontends als webbasiertes Erfassungsportal. Zusätzlich soll eine elektronische Schnittstelle auch die Anbindung von Krankenhausinformationssystemen ermöglichen, sodass eine Übermittlung der notwendigen Daten an das o.g. Webportal auch über krankenhauseigene Softwarelösungen ermöglicht wird.

Zu Buchstabe b) und c)

An dieser Stelle werden Fristen für eine Erstanmeldung bzw. für Registrierungen, mittels eines stichtagsbezogenen Nachweises der Erfüllung aller Mindestanforderungen, geregelt. Hierzu ist eine Frist zwischen dem 15. November und dem 31. Dezember des jeweiligen vorausgegangenen Kalenderjahres. Sollten in diesem Zeitraum an keinem Tag alle Mindestanforderungen erfüllt sein, bspw. aufgrund von Umbau- oder Wartungsmaßnahmen, können Krankenhäuser einen beliebigen Stichtag des o.g. Zeitraums wählen und geben die an diesen Tag nicht erfüllten Mindestanforderungen an.

Zu Buchstabe d) und e)

Um der Dokumentationspflicht gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nachkommen zu können, haben die beteiligten Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einen Landesverband der Krankenkassen oder eine Ersatzkasse mit der Entgegennahme von sämtlichen Nachweisen für alle übrigen Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen zu benennen und diese Benennung dem jeweiligen Krankenhaus unter Angabe einer E-Mail-Adresse und weiteren Kontaktdaten anzuzeigen. Die dort genannte E-Mail-Adresse ist von den Krankenhäusern im webbasierten Erfassungsportal zu hinterlegen, um eine automatische Weiterleitung der dort dokumentierten Daten zur Nicht- bzw. Wiedererfüllung sowie der jeweiligen Zeitpunkte zu ermöglichen. Ein Testverfahren stellt eine korrekte Datenübermittlung sicher.

Zu Buchstabe f) und g)

An diesen Stellen werden Regelungen getroffen, wie sich ein Krankenhaus, das unterjährig erstmalig oder erneut Leistungen gemäß Anlage 1 erbringen möchte, anzumelden bzw. zu registrieren hat. Ebenso wird die Abmeldung bei Beendigung der Erbringung von Leistungen gemäß Anlage 1 geregelt.

	<p>Zu Buchstabe h)</p> <p>Um sicherzustellen, dass alle Standorte die Leistungen nach dieser Richtlinie erbringen, Ihren Dokumentationspflichten nachkommen, erfolgen regelmäßige Informationsschreiben des IQTIG.</p> <p>Zu Absatz 2</p> <p>Ab der mit Absatz 1 geregelten jährlichen, stichtagsbezogenen Nachweispflicht zur Erfüllung sämtlicher Mindestanforderungen haben Krankenhäuser jede danach eintretende Nichterfüllung einer Mindestanforderung, die länger als 48 Stunden andauert, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unverzüglich bis spätestens zum 15. des nach Ablauf des jeweiligen Quartals folgenden Monats jeweils für das zurückliegende Quartal den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen zu melden. Ebenso ist deren Wiedererfüllung zu melden.</p> <p>Die Krankenkassen werden durch diese Regelung in die Lage versetzt, gemäß § 137 SGB V den Wegfall des Vergütungsanspruchs für Leistungen, bei denen Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zum Zeitpunkt der Aufnahme oder der Operation nicht erfüllt sind, festzustellen und durchzusetzen.</p> <p>Krankenhäuser erfassen zur Erfüllung dieser Dokumentationspflicht die nicht erfüllten Mindestanforderungen und den Zeitpunkt des Eintritts der Nichterfüllung bzw. der Wiedererfüllung in dem webbasierten Erfassungsportal bzw. Übermitteln diese Daten über eine elektronische Schnittstelle dorthin. Ein rechtssicherer Beleg über die im Webportal erfassten bzw. übermittelten Daten wird dem Krankenhaus erteilt.</p> <p>Die im Webportal erfassten Daten werden quartalsweise an den mit der Entgegennahme sämtlicher Nachweise benannten Landesverband Krankenkassen bzw. die Ersatzkasse automatisch übermittelt. Gleichzeitig ergibt sich mit diesen Meldungen die Datengrundlage für die in § 8 vorgesehene Strukturanalyse. Durch das automatische Weiterleiten an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie ans IQTIG werden sowohl das Nachweisverfahren gemäß § 6 als auch die Datenübermittlung zur Strukturabfrage gemäß § 8 automatisiert und der Gesamtaufwand dadurch für alle Beteiligten erheblich reduziert.</p>
--	--

GKV-SV	DKG
§ 8 Folgen der Nichterfüllung der Anforderungen	§ 7 Folgen der Nichterfüllung der Mindestanforderungen und

<p>Der G-BA legt mit dieser Richtlinie Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozessqualität fest gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V fest. Die Anforderungen zur Qualitätssicherung, die der G-BA festlegt, sind für Leistungserbringer verbindlich. Schutz und Vertrauen der Patientinnen und Patienten erfordern, dass diese Qualitätsanforderungen konsequent eingehalten werden. Hierfür bedarf es klarer Regelungen zum Nachweis der Einhaltung der Mindestanforderungen und in der Folge gemäß §137 SGB V auch zur Durchsetzung für die Fälle, in denen Leistungserbringer die Qualitätsanforderungen nicht einhalten. Insofern werden hier die Folgen der Nichterfüllung von Mindestanforderungen normiert.</p>	<p>Dokumentationspflichten</p> <p>Der G-BA legt mit dieser Richtlinie Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozessqualität fest gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V fest. Die Mindestanforderungen zur Qualitätssicherung, die der G-BA festlegt, sind für Leistungserbringer verbindlich. Schutz und Vertrauen der Patientinnen und Patienten erfordern, dass diese Mindestanforderungen konsequent eingehalten werden. Hierfür bedarf es klarer Regelungen zum Nachweis der Einhaltung der Mindestanforderungen und in der Folge gemäß §137 SGB V auch zur Durchsetzung für die Fälle, in denen Leistungserbringer die Mindestanforderungen nicht einhalten sind. Insofern werden hier die Folgen der Nichterfüllung von Mindestanforderungen normiert.</p>
<p>Zu Absatz 1 und 2</p> <p>Ziel der Richtlinie ist gemäß § 2 eine frühestmögliche definitive operative Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen. Im Sinne der Patientensicherheit als übergreifendes Ziel der Richtlinie, soll erreicht werden, dass Patienten ausschließlich in Krankenhäusern versorgt werden, die die Mindestanforderungen der Richtlinie erfüllen. Insofern darf im Falle einer Nichterfüllung von Mindestanforderungen die Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur in der Einrichtung über die Diagnostik und Erstversorgung hinaus nicht erfolgen. In der Konsequenz führt die Nichterfüllung von Mindestanforderungen zu einem Wegfall des Vergütungsanspruchs für die Leistung, die in der Anlage OPS-Codes operationalisiert sind. Das Krankenhaus hat auch dafür zu sorgen, dass es im Falle der Nichteinhaltung von Mindestanforderung entsprechende Maßnahmen wie in § 6 „Pflichten bei Nichterfüllung“ ergreift.</p>	<p>Zu Absatz 1</p> <p>Ziel der Richtlinie ist gemäß § 2 eine frühestmögliche definitive operative Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen. Im Sinne der Patientensicherheit als übergreifendes Ziel der Richtlinie, soll erreicht werden, dass Patienten ausschließlich in Krankenhäusern versorgt werden, die die Mindestanforderungen der Richtlinie erfüllen. Insofern darf im Falle einer Nichterfüllung von Mindestanforderungen die Versorgung von neu aufgenommenen Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur in der Einrichtung über die Diagnostik und Erstversorgung hinaus nicht erfolgen.</p>
	<p>Zu Absatz 2</p> <p>Ein Vergütungsanspruch für die Leistung gemäß der Anlage 1 ist dann gegeben, wenn zum Zeitpunkt der Aufnahme und zum Zeitpunkt der Operation eines Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur sämtliche Mindestanforderungen dieser Richtlinie erfüllt sind. Kommt es zu einer Nichterfüllung von Mindestanforderungen bei bereits</p>

	<p>aufgenommenen Patienten greift Absatz 3, wonach Patienten unter Abwägung der Vor- und Nachteile zu verlegen sind. Demnach kann im Einzelfall der Vergütungsanspruch auch bei Nichterfüllung von Mindestanforderungen bestehen bleiben, wenn eine Weiterverlegung nicht möglich oder notwendig ist.</p>
	<p><i>Absatz 3 des GKV-SV wird nicht übernommen, da für die Nichterfüllung einer Dokumentationspflicht bereits Sanktionen entsprechend Absatz 5 und 6 vorgesehen sind. Die Nichterfüllung einer Dokumentationspflicht kann jedoch nicht mit der Nichterfüllung einer Mindestanforderung gleichgesetzt werden, denn auch wenn die Wiedererfüllung erst verspätet nachgewiesen wird, wäre die Berechtigung zur Leistungserbringung gegeben, da alle Mindestanforderungen erfüllt sind.</i></p>
	<p>Zu Absatz 3</p> <p>Kommt es zu einer Nichterfüllung einer Mindestanforderung sind bereits aufgenommene Patienten dann zu verlegen, wenn die medizinischen Vorteile überwiegen. Diese Regelung wird getroffen, da es dazu kommen kann, dass bspw. die Computertomographie aufgrund von Wartungsarbeiten für einen Tag ausfällt und demnach die vorgeschriebenen Mindestanforderungen dieser Richtlinie nicht erfüllt wären. Patienten, die zu diesem Zeitpunkt aber bereits operiert sind und nur zur Stabilisierung im Krankenhaus verbleiben, wären in diesem Fall ggf. nicht zu verlegen. Im Abwägungsprozess können auch nicht-medizinische Aspekte, wie etwa Großschadensereignisse oder kurzfristige unvorhersehbare Personalausfälle, bspw. durch eine Grippewelle, gegen eine Verlegung sprechen.</p>

GKV-SV	DKG
<p>Absatz 3</p> <p>Verweigert ein Krankenhaus die Bereitstellung oder die Übermittlung der Dokumentationen im Rahmen des Nachweisverfahrens oder der Strukturabfrage, entzieht es sich seiner Pflichten und damit den Maßnahmen der</p>	<p>Zu Absatz 4</p> <p>Werden die Mindestanforderungen dieser Richtlinie, die die operative Versorgung betreffen, nicht erfüllt, kann das Krankenhaus keine neu aufgenommenen Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur über die Diagnostik und Erstversorgung</p>

<p>Qualitätssicherung insgesamt. Daher werden auch hierfür verhältnismäßige Durchsetzungsmaßnahmen vorgesehen. In einem ersten Schritt sind Vergütungsabschläge (entsprechend § 8 Absatz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes von den Fallpauschalen und Zusatzentgelten) vorzunehmen, wenn ein Krankenhaus seinen Dokumentationspflichten nicht nachkommt. Entzieht sich das Krankenhaus trotz wiederholter Aufforderung dauerhaft den Dokumentationspflichten und damit der Vorgaben der Qualitätssicherung insgesamt, ist dies nach dem dritten Mal einer Nichterfüllung der Mindestanforderung gleichzusetzen und führt zu einem Wegfall des Vergütungsanspruchs.</p>	<p>hinaus versorgen. Insofern hat eine entsprechende Information an die Rettungsstelle zu erfolgen, sodass Patienten in Krankenhäuser transportiert werden können, die derzeit alle Mindestanforderungen dieser Richtlinie erfüllen.</p> <p>Ein innovativer Ansatz zur Verbesserung in der Notfallkette ist der Einsatz einer digitalen Plattform zur Verzahnung von Aufnahmekrankenhäusern, Leitstellen und Notfallrettungsdienst, wie er in Hessen unter dem Namen „IVENA Interdisziplinärer Versorgungsnachweis“ entwickelt und erfolgreich eingesetzt wird. Kliniken müssen ihre Fachabteilungen und Stationen bei Vollbelegung oder Einschränkung der operativen Ressourcen nicht mehr telefonisch oder per Fax bei der Feuerwehr-Leitstelle ab- und anmelden, sondern melden dies direkt über ein internetbasiertes System, auf das die Rettungsleitstelle und alle anderen Kliniken Zugriff haben. Die Krankenhäuser können dabei die Einschränkung eigener Ressourcen eigenständig darstellen, d. h. eine Fachabteilung kann sich temporär abmelden, wenn ihr die Versorgung von Femurfrakturen nicht möglich ist. Das webbasierte System arbeitet in Echtzeit und bietet einen Überblick über die klinischen Versorgungsmöglichkeiten; es steuert Patienten in das geeignete und aufnahmebereite Krankenhaus. IVENA wird neben Hessen bereits in Berlin, Brandenburg, Niedersachsen, Bremen, Bayern und als Pilotprojekt in Schleswig Holstein eingesetzt. (https://www.ivena-hessen.de/leitstellenansicht.php http://www.ivena.de/page.php?k1=main&k2=index)</p>
	<p>Absatz 5 und 6</p> <p>Verweigert ein Krankenhaus trotz Aufforderung die Bereitstellung oder die Übermittlung der Dokumentationen im Rahmen des Nachweisverfahrens, entzieht es sich seiner Pflichten. Daher werden auch hierfür verhältnismäßige Durchsetzungsmaßnahmen vorgesehen.</p> <p>In einem ersten Schritt ist ein pauschaler Vergütungsabschlag in Höhe von X Euro vorzunehmen, wenn ein Krankenhaus seinen Dokumentationspflichten drei Mal erst nach</p>

	<p>Aufforderung mit vierwöchiger Fristsetzung nachkommt.</p> <p>Entzieht sich das Krankenhaus trotz Aufforderung mit vierwöchiger Fristsetzung dauerhaft den Dokumentationspflichten für einen bestimmten Zeitraum, ist dies einer Nichterfüllung der Mindestanforderung gleichzusetzen und führt zu einem Wegfall des Vergütungsanspruchs für die erbrachten Leistung gemäß Anlage 1 in diesem Zeitraum.</p>
	<p>Zu Absatz 7</p> <p>Gemäß § 137 Abs. 1 SGB V hat der G-BA ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen festzulegen. Je nach Art und Schwere von Verstößen gegen wesentliche Qualitätsanforderungen sind angemessene und verhältnismäßige Durchsetzungsmaßnahmen vorzusehen. Ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen liegt ggf. bisher nicht vor, sodass die hier vorläufig festgelegten Konkretisierungen der Durchsetzungsmaßnahmen nach Vorliegen einer Richtlinie gemäß 137 Abs. 1 SGB V zu prüfen und ggf. anzupassen sind.</p>

GKV-SV	DKG
<p>§ 9 Strukturabfrage</p> <p>Zu den Absätzen 1 und 2</p> <p>Der G-BA hat Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten (§136d SGB V) und hat bei seinen Festlegungen eine Beobachtungspflicht im Hinblick auf das intendierte Ziel und den damit verbundenen, vom G-BA normierten Qualitätssicherungsmaßnahmen einerseits und den Auswirkungen dieser Maßnahmen andererseits. Vor diesem Hintergrund erhebt der G-BA standortbezogen, inwiefern die Anforderungen nach dieser Richtlinie jeweils bezogen auf ein Kalenderjahr erfüllt wurden. Ferner ist gegenüber den Patienten und der Öffentlichkeit Transparenz darüber herzustellen, welche Standorte in welchem Umfang die Mindestanforderungen erfüllen bzw. nicht erfüllen. Wenn die Transparenz</p>	<p>§ 8 Strukturabfrage</p> <p>Zu Absatz 1 und 2</p> <p>Der G-BA hat Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten (§136d SGB V) und hat bei seinen Festlegungen eine Beobachtungspflicht im Hinblick auf das intendierte Ziel und den damit verbundenen, vom G-BA normierten Qualitätssicherungsmaßnahmen einerseits und den Auswirkungen dieser Maßnahmen andererseits. Vor diesem Hintergrund erhebt der G-BA standortbezogen, inwiefern die Anforderungen nach dieser Richtlinie jeweils bezogen auf ein Kalenderjahr erfüllt wurden.</p> <p>Die Abfrage hinsichtlich der Erfüllung bzw. Nichterfüllung der Mindestanforderungen erfolgt standortbezogen auf ein ganzes Kalenderjahr. Grundlage dafür sind die Angaben der Krankenhäuser die bereits im</p>

über Qualitätsergebnisse der datenbasierten Qualitätssicherung im strukturierten Qualitätsbericht die Patienten bei der Wahl eines Krankenhauses unterstützen sollen (§136b Absatz 7 SGB V), so muss dies für die Erfüllung von Mindestanforderungen erst recht gelten. Daher ist eine Veröffentlichung der Ergebnisse der Strukturabfragen vorgesehen.

Die Abfrage hinsichtlich der Erfüllung bzw. Nichterfüllung der Mindestanforderungen erfolgt standortbezogen auf ein ganzes Kalenderjahr. Grundlage dafür sind die Angaben der Krankenhäuser die bereits im Rahmen der Nachweispflichten gemacht worden sind (die Spezifikation nach §9 (DKG §8) Absatz 5 (DKG 6) muss dies berücksichtigen, so dass eine automatische Übernahme dieser Daten aus den Anzeigen nach §7 für die Strukturabfragen verwendet werden kann). Die Erhebung erfolgt softwarebasiert und die Übermittlung der Daten erfolgt auf elektronischem Weg. Zur Authentifizierung wird eine fortgeschrittene elektronische Signatur festgelegt.

Rahmen der Nachweispflichten gemacht worden sind. Die Spezifikation muss daher so konzipiert sein, dass sämtliche Angaben, die sich im Zuge des Nachweisverfahrens ergeben, gesammelt und ohne notwendige Überarbeitung oder Ergänzung durch die Krankenhäuser an das IQTIG zum Zwecke der Strukturabfrage übermittelt werden können. Die Erhebung erfolgt softwarebasiert und die Übermittlung der Daten erfolgt auf elektronischem Weg.

Die Strukturabfrage bietet Krankenhäusern die Möglichkeit, Gründe für die Nichterfüllung von Mindestanforderungen dem G-BA gegenüber mitzuteilen. Bei Mindestanforderungen für die gemäß § 11 Übergangsregelungen festgesetzt sind, haben Krankenhäuser außerdem die Möglichkeit, das voraussichtliche Nichterfüllen zu begründen. Hierzu wird den Krankenhäusern ein optionales Freitextfeld angeboten. Die von den Krankenhäusern benannten Gründe sind vom IQTIG in dem Jahresbericht gemäß Absatz 7 Satz 1 zu berücksichtigen. Auf dieser Grundlage wird der G-BA, im Rahmen der ihm obliegenden ständigen Überprüfungspflicht, in die Lage versetzt, die Anforderungen der Richtlinie und deren ggf. erforderliche Anpassung zu überprüfen.

Zu Absatz 3

In dem Datenfluss von dem Krankenhaus zur auswertenden Stelle des G-BA ist eine Datenannahmestelle vorgesehen. Die Datenannahmestelle ist das IQTIG, das die eingehenden Daten hinsichtlich Plausibilität und Vollständigkeit prüft und ggf. Korrekturen einfordert. Damit soll sichergestellt werden, dass nur vollständige und geprüfte Daten ausgewertet werden. Ferner muss die Datenannahmestelle auch sicherstellen können, dass alle Standorte die Leistungen nach dieser Richtlinie erbringen, sich an der Strukturabfrage beteiligen. Hierzu ist neben einer Registrierung, Authentifizierung oder Anmeldung auch die Informationen zur Auslösung der Dokumentationsverpflichtung aus der unter Absatz 5 beschriebenen Spezifikation („QS-Auslöser“) zu nutzen, so dass eine Liste der Dokumentationspflichtigen Einrichtungen geführt werden kann.

Zu Absatz 4

<p>Zu Absatz 2 der DGK: GKV keine Übernahme</p> <p>Zu den Absätzen 3 und 4</p> <p>In dem Datenfluss von dem Krankenhaus zur auswertenden Stelle des G-BA ist eine Datenannahmestelle vorgesehen, die die eingehenden Daten vor eine Weiterleitung an die Auswertestelle hinsichtlich Plausibilität und Vollständigkeit prüft und ggf. Korrekturen einfordert. Damit soll sichergestellt werden, dass nur vollständige und geprüfte Daten zur Auswertung weitergeleitet werden. Ferner muss die Datenannahmestelle auch sicherstellen können, dass alle Standorte die Leistungen nach dieser Richtlinie erbringen, sich an der Strukturabfrage beteiligen. Hierzu ist neben einer Registrierung, Authentifizierung oder Anmeldung auch die Informationen zur Auslösung der Dokumentationsverpflichtung aus der unter Absatz 4 beschrieben Spezifikation („QS-Auslöser“) zu nutzen, so dass eine Liste der Dokumentationspflichtigen Einrichtungen geführt werden kann.</p> <p>Es werden ferner Fristen für die Datenübermittlung festgelegt und in welcher Form die Richtigkeit der Angaben zu</p>	<p>Es werden Fristen für die Datenübermittlung festgelegt und in welcher Form die Richtigkeit der Angaben zu bestätigen ist.</p> <p>Zu Absatz 5</p> <p>Um gegenüber den Patienten und der Öffentlichkeit Transparenz darüber herzustellen, welche Standorte in welchem Umfang die Mindestanforderungen erfüllen bzw. nicht erfüllen, ist eine Veröffentlichung der Ergebnisse der Strukturabfragen im strukturierten Qualitätsbericht vorgesehen.</p> <p>Zu Absatz 6</p> <p>Zur Sicherstellung einer bundeseinheitlichen Grundlage für die Entwicklung der Erfassungssoftware legt der G-BA eine Spezifikation fest. Hierfür beauftragt er das IQTIG, die EDV-technische Aufbereitung der Dokumentation und der Datenübermittlung (hierzu gehört auch die Spezifikation der Auslösung einer Dokumentationsverpflichtung analog dem Verfahren in der datenbasierten Qualitätssicherung wie QSKH-RL, DeQS-RL), die Prozesse zum Datenfehlermanagement sowie die EDV-technischen Vorgaben zur Datenprüfung und ein Datenprüfprogramm für die Daten der Strukturabfrage, insbesondere zur Überprüfung von Vollständigkeit und Plausibilität zu entwickeln. Änderungen an der Spezifikation werden vom G-BA beschlossen und veröffentlicht, so dass die jeweils gültige anzuwendende Spezifikation öffentlich zugänglich zur Verfügung steht.</p> <p>Zu Absatz 7</p> <p>Es werden Vorgaben zur Auswertung der Daten und zur Erstellung und Übermittlung eines jährlichen Berichts gemacht. Die Daten sind im Strukturierten Bericht nach § 136b Absatz 1 Nummer 3 SGB V (Qb-R) zu veröffentlichen. Damit in den Krankenhäusern keine doppelten Dokumentations- und Übermittlungspflichten zu diesen Daten entstehen, wird hier festgelegt, dass das IQTIG die Daten zur Nutzung im Qb-R aufbereitet und zur Verfügung stellt.</p>
---	---

bestätigen ist. Zur Authentifizierung wird eine fortgeschrittene elektronische Signatur festgelegt.

Zu Absatz 5

Um gegenüber den Patienten und der Öffentlichkeit Transparenz darüber herzustellen, welche Standorte in welchem Umfang die Mindestanforderungen erfüllen bzw. nicht erfüllen, ist eine Veröffentlichung der Ergebnisse der Strukturabfragen im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser (siehe auch Absatz 7) vorgesehen.

Zu Absatz 6

Zur Sicherstellung einer bundeseinheitlichen Grundlage für die Entwicklung der Erfassungssoftware legt der G-BA eine Spezifikation fest. Diese ist für das Nachweisverfahren nach § GKV: 7 / DKG 8 und die Strukturabfrage nach § GKV: 9 7 DKG: 8 notwendig. Hierfür beauftragt er das IQTIG, die EDV-technische Aufbereitung der Dokumentation und der Datenübermittlung (hierzu gehört auch die Spezifikation der Auslösung einer Dokumentationsverpflichtung analog dem Verfahren in der datenbasierten Qualitätssicherung wie QSKH-RL, DeQS-RL), die Prozesse zum Datenfehlermanagement sowie die EDV-technischen Vorgaben zur Datenprüfung und ein Datenprüfprogramm für die Daten der Strukturabfrage, insbesondere zur Überprüfung von Vollständigkeit und Plausibilität zu entwickeln. Änderungen an der Spezifikation werden vom G-BA beschlossen und veröffentlicht, so dass die jeweils gültige anzuwendende Spezifikation öffentlich zugänglich zur Verfügung steht.

Zu Absatz 7

Es werden Vorgaben zur Auswertung der Daten und zur Erstellung und Veröffentlichung der Ergebnisse in einem jährlichen Bericht gemacht. Ferner sind die Daten im Strukturierten Bericht nach § 136b Absatz 1 Nummer 3 SGB V (Qb-R) zu veröffentlichen. Damit in den Krankenhäusern keine doppelten

<p>Dokumentations- und Übermittlungspflichten zu diesen Daten entstehen, wird hier festgelegt, dass das IQTIG die Daten zur Nutzung im Qb-R aufbereitet und zur Verfügung stellt.</p> <p>Kommt ein Krankenhaus seinen Dokumentations- und Mitwirkungspflichten im Rahmen der Strukturabfragen nicht nach, kann der G-BA selbst keine durchsetzenden Maßnahmen wie Vergütungsabschläge oder den Wegfall des Vergütungsanspruchs (siehe auch § 7 Absatz 3) anwenden. Daher ist es notwendig, dass die Stellen – hier die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen - welchen die Durchsetzung obliegt, entsprechend informiert werden.</p>	
--	--

GKV-SV	DKG
<p><i>Keine Aufnahme</i></p>	<p>Um doppelte Aufwände und unterschiedliche Veröffentlichungen der im Rahmen dieser Strukturabfrage erfassten Daten sowohl im Qualitätsbericht als auch in den sogenannten risikoadjustierten Vergleichslisten gemäß § 137a Abs. 3 Nr. 5 SGB V zu vermeiden, werden die Daten mit der Umsetzung der risikoadjustierten Vergleichslisten nicht mehr länger im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V veröffentlicht, sondern direkt vom IQTIG in das dann bestehende Qualitätsportal eingespeist und dort adressatengerecht veröffentlicht.</p>

DKG
<p>Kommt ein Krankenhaus seinen Dokumentations- und Mitwirkungspflichten im Rahmen der Strukturabfragen nicht nach, kann der G-BA selbst keine durchsetzenden Maßnahmen wie Vergütungsabschläge (siehe auch § 7 Absatz 5 und 6) umsetzen. Daher ist es notwendig, dass die Stellen – hier die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen - welchen die Durchsetzung obliegt, entsprechend informiert werden.</p>

GKV-SV	DKG
<p>Zu Absatz 8</p> <p>Damit die zu veröffentlichenden Ergebnisse der Strukturabfragen auch tatsächlich verlässlich die Realität in den Krankenhausstandorten abbilden, ist es</p>	<p>Zu Absatz 8 des GKV-SV</p> <p><i>Ein Datenvalidierungsverfahren zusätzlich zu dem Verfahren nach Absatz 6 zur Überprüfung der Plausibilität und Vollständigkeit sowie zu möglichen</i></p>

<p>notwendig sich der Richtigkeit der Daten bzw. der Datengrundlage zu vergewissern. Hierzu entwickelt das IQTIG ein Datenvalidierungsverfahren.</p>	<p><i>Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist an dieser Stelle nicht erforderlich.</i></p> <p><i>Die Überprüfung der Richtigkeit der Daten erfolgt durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) gemäß der Richtlinie zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK-QK-RL)</i></p>
--	--

<p>DKG</p>
<p>DKG-Alternativvorschlag zu § 8 Strukturabfrage im Falle des webbasierten Erfassungsportals (vgl. § 6)</p> <p>An dieser Stelle wird ein Alternativvorschlag zur in § 8 dargelegten Strukturabfrage beschrieben. Der an dieser Stelle normierte Alternativvorschlag baut auf den Alternativvorschlag zu § 6 auf. Beschrieben wird, wie die für das Nachweisverfahren über ein webbasiertes Erfassungsportal erfassten und dem IQTIG zur Verfügung gestellten Daten, zur weiteren Auswertung im Rahmen einer Strukturanalyse, weiterverarbeitet und veröffentlicht werden.</p>

<p>GKV-SV</p>	<p>DKG</p>
<p>§ 10 Aufträge zur Evaluation und Weiterentwicklung</p> <p>Zu Absatz 1</p> <p>Der G-BA evaluiert die Erreichung der insbesondere in § 2 Abs. 2 Satz 1 aufgeführten Ziele der Richtlinie. Dazu beauftragt der in einem separaten Beschluss das IQTIG, welches mit Hilfe geeigneter Kennzahlen jährlich über einen Zeitraum von 5 Jahren diese Evaluation für den G-BA durchführen soll. Von besonderer Relevanz ist es, ob das zentrale Ziel einer möglichst frühzeitigen Versorgung innerhalb von 24 Stunden ab Aufnahme im Krankenhaus oder nach Auftreten eines Inhouse-Sturzes erreicht werden kann. Die Ergebnisse der Strukturabfragen werden hier auch einbezogen. Es werden weitere Evaluationsfragen genannt: die Umsetzung bzw. Anwendung der SOP in den Krankenhäusern sowie die Untersuchung der Fragestellung ob und ggf. wie viele Leistungen in Krankenhäusern erbracht worden sind, obwohl die Mindestanforderungen nicht erfüllt worden sind.</p> <p>Eine weitere Prüfung des IQTIG wird bezüglich des Kodierverhaltens der</p>	<p>§ 9 Evaluation</p> <p>Der G-BA evaluiert die Erreichung der <u>in § 2</u> aufgeführten Ziele der Richtlinie. Dazu beauftragt der G-BA das IQTIG, jährlich über einen Zeitraum von 5 Jahren diese Evaluation durchzuführen.</p> <p>Von besonderer Relevanz ist es, ob das zentrale Ziel einer möglichst frühzeitigen Versorgung ab Aufnahme im Krankenhaus oder nach Auftreten eines Inhouse-Sturzes erreicht werden kann. <u>Darüber hinaus ist es außerdem besonders relevant die Entwicklung der Versorgungslandschaft sowie die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zu evaluieren.</u></p> <p>Die Ergebnisse der Strukturabfragen werden hier auch einbezogen. Es werden weitere Evaluationsfragen genannt: die Umsetzung bzw. Anwendung der SOP in den Krankenhäusern sowie die Untersuchung der Fragestellung ob, wie viele <u>und warum</u> Leistungen in Krankenhäusern erbracht worden sind, obwohl die Mindestanforderungen nicht erfüllt worden sind.</p> <p>Die Evaluation soll erstmals für die Jahre 2021-2025 erfolgen. Auf Grundlage der</p>

Hauptdiagnose erfolgen. Hier ist nach Kodierrichtlinienvorgabe ein ICD Kode aus der S Gruppe zu verwenden. Die Codes sind in der Anlage 1 aufgeführt.

Die Evaluation soll erstmals für das Erfassungsjahr Jahr 2021 erfolgen. Auf Grundlage der Evaluationsergebnisse und unter Einbeziehung der Erkenntnisse aus den Strukturabfragen prüft der G-BA, ob Anpassungen an der Richtlinie notwendig sind.

Zu Absatz 2

Mit dieser Richtlinie legt der G-BA Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität fest. Diese sollen insbesondere ein Mindestmaß an Patientensicherheit erreichen. Alleine die Abfrage und Sicherstellung der Erfüllung der Mindestanforderungen ermöglicht noch keine Aussage zur den damit erreichten Behandlungsergebnissen. Daher sieht die Evaluation nach Absatz 1 auch die Nutzung geeigneter Kennzahlen vor. Ferner werden aus der stationären datenbasierten Qualitätssicherung Ergebnisse zu Indikatoren mit Bezug zu den hier betroffenen Leistungen berechnet und zur Qualitätsbewertung herangezogen. Bisher umfassen die dort festgelegten Referenzbereiche für die Ergebnisqualitätsmessung lediglich die Feststellung einer „Auffälligkeit“, die in der Regel einen strukturierten Dialog zur Qualitätsförderung nach sich zieht. Demgegenüber ist für die planungsrelevanten Indikatoren auch die Feststellung von „unzureichender“ bzw. „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ verankert. Im Zusammenhang mit der Absicherung auch von Mindestanforderungen an messbare Prozessqualität und die Ergebnisqualität, ist die wissenschaftliche Prüfung und Entwicklung von Indikatoren und dazu passenden Referenzbereichen, die auch ein Unterschreiten eines Mindestwertes – in Analogie zu der Feststellung „erheblich

Evaluationsergebnisse und unter Einbeziehung der Erkenntnisse aus den Strukturabfragen prüft der G-BA, ob Anpassungen an der Richtlinie notwendig sind.

Absatz 2 des GKV-SV wird abgelehnt, da hüftgelenknahe Femurfrakturen bereits Gegenstand umfangreicher datengestützter Qualitätssicherung sind.

Des Weiteren ist qualitätsorientierte Krankenhausplanung Gegenstand einer anderen AG und einer anderen Richtlinie.

<p>unzureichender Qualität“ bei den planungsrelevanten Indikatoren - anzeigen, eine wichtige Weiterentwicklung, die es den auf Landesebene verantwortlichen Stellen für die Qualitätssicherung bei Unterschreiten eines bestimmten Referenzwertes der Ergebnisqualität dann ermöglicht, umgehend adäquate Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Absicherung der Patientensicherheit zu veranlassen.</p> <p>Daher wird hier festgehalten, dass der G-BA das IQTIG beauftragen wird, Kennzahlen zur Festlegung von standortbezogenen Mindestanforderung an die Prozess- und Ergebnisqualität nach §136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V zu entwickeln.</p>	
--	--

DKG	
	<p>Zu § 10 Ausnahmetatbestände</p> <p>Zu Absatz 1</p> <p>Die Ausnahmeregelung stellt klar, dass alle Formen der Traumazentren und demnach auch lokale Traumazentren die Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen sicherstellen können (müssen). Traumazentren müssen demnach die Punkte a bis g nicht erfüllen, da sie einen herauszustellenden Schwerpunkt im Bereich der chirurgischen Notfallversorgung, durch Einbindung in ein Traumanetzwerk und ihrer besonderen Aufgabe zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung Schwerverletzter, aufweisen. Besonders hervorzuheben ist auch, dass lokale Traumazentren die Verpflichtung zur Mit- und Weiterbehandlung im Verbund mit regionalen und überregionalen Traumazentren haben und daher nicht per se aus der Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen ausgeschlossen werden können.</p> <p>Zu Absatz 2</p> <p>Bei kurzzeitigen, nicht vorhersehbaren Personalausfällen oder bei nicht vorhersehbaren Erhöhungen der Patientenzahlen ist das Krankenhaus von der Verpflichtung zur Einhaltung der in § 4 Absatz 4 und Absatz 5 geregelten Anforderungen befreit.</p>

GKV-SV	DKG
<p>Zu § 11 Übergangsregelungen</p> <p>Zu Absatz 4</p> <p>Es erfolgt eine Klarstellung im Hinblick auf das Zusammenspiel von Inkrafttreten der Richtlinie und dem erst später anwendbaren Nachweisverfahren nach § 7. Es müssen erst die EDV-technischen Möglichkeiten geschaffen werden (Spezifikation und Umsetzung durch die Softwarehersteller), bevor der elektronische Nachweis Anwendung finden kann. Daher kann das Nachweisverfahren in Gänze erst ab dem 01.01.2021 Anwendung finden, jedoch bedarf es zuvor der erstmaligen Übermittlung der Checkliste, so dass zum Jahresbeginn alle Voraussetzungen erfüllt sind, die auch die in §7 vorgesehenen Anzeigen machen zu können.</p> <p>Zu Absatz 5</p> <p>Es erfolgt eine Klarstellung, dass die Regelung in § 8 Absatz 3 (dass die Mindestanforderungen als nicht erfüllt gelten, solange die Erfüllung nicht im Verfahren nach §7 nachgewiesen wurde) erst nach erstmaligem Durchlauf des Nachweisverfahrens angewendet werden kann. Absatz 4 macht dazu die Vorgaben, wann dies erstmals erfolgt.</p> <p>Zu Absatz 6</p> <p>Auch die Strukturabfrage gemäß § 9 kann wegen der EDV-technischen Vorarbeiten erstmals im Jahr 2022 für das Jahr 2021 erfolgen. Als wichtige Voraussetzung hat der G-BA bis zum 30.09.2019 die Checkliste gemäß Anlage 3 und Erklärung über die Richtigkeit der Angaben gemäß Anlage 4 zu beschließen.</p>	<p>Zu § 11 Übergangsregelungen</p> <p>Zu Absatz 1</p> <p>Mit der an dieser Stelle getroffenen Regelung wird festgesetzt, dass Krankenhäuser die Anforderungen zum Facharzt mit geriatrischer Kompetenz gemäß § 4 Abs. 5 ab dem XX.XX.20XX (5 Jahre nach Inkrafttreten dieser Richtlinie) zu erfüllen haben. Bis dahin kann die geforderte geriatrische Kompetenz auch durch Einbezug eines Facharztes für Innere Medizin/ Allgemeinmedizin oder Neurologie erfüllt werden.</p> <p>Diese Regelungen wird getroffen, da Auswertungen gezeigt haben, dass zum jetzigen Zeitpunkt lediglich in 47,5 Prozent der Krankenhäuser, die hüftgelenknahe Femurfrakturen operativ versorgen, ein Geriater zur Verfügung steht. Insgesamt kann somit davon ausgegangen werden, dass derzeit zu wenig geriatrische Kompetenz existiert, die kurzfristig bei der Versorgung hüftgelenksnaher Femurfrakturen zur Verfügung stehen kann.</p> <p>Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass eine Mindestanforderung, die im Bedarfsfall zu jeder Zeit einen Geriater fordert, dazu führt, dass Krankenhäuser, die ganzjährig hüftgelenksnahe Femurfrakturen versorgen, jeweils mindestens über zwei Geriater verfügen müssen, um Vertretungen im Krankheitsfall oder bei Urlaub zu ermöglichen.</p> <p>In Conclusio würde eine entsprechende Mindestanforderung – ohne angemessene Übergangszeit – dazu führen, dass geriatrische Kompetenz aus anderen Versorgungsbereichen abgezogen werden muss, um die Vorgaben der Richtlinie zu erfüllen.</p> <p>Zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung und zur Vermeidung von Fehlanreizen wird daher im Hinblick auf die derzeit unzureichende Anzahl an Fachärzten mit geriatrischer Kompetenz, die für eventuelle Kooperationsformen zur Verfügung stehen, eine angemessene Übergangslösung umgesetzt.</p>

	<p>Damit soll ein positiver Anreiz zur Implementierung geriatrischer Kompetenz in die Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen gesetzt werden, wodurch es Krankenhäusern ermöglicht wird, innerhalb eines angemessenen Zeitrahmens von fünf Jahren die geforderte geriatrische Kompetenz zu schaffen.</p> <p>Bezugnehmend auf die aktuelle MBWO der BÄK kann für den Zeitraum der Übergangsregelung bei einer gegebenenfalls erforderlichen Umstellung die Sicherstellung geriatrischer Kompetenz bei der Behandlung geriatrischer Patienten auch durch Einbezug eines Facharztes für Innere Medizin/ Allgemeinmedizin oder Neurologie erfolgen. Demnach beinhalten diese Facharzt-Weiterbildungen in der aktuellen Fassung geriatrische Kompetenzen:</p> <p>Im Gebiet der Inneren Medizin werden im Zuge der Facharzt-Weiterbildung folgende geriatrische Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spezielle geriatrische Behandlungsmöglichkeiten mit dem Ziel der Erhaltung und Wiederherstellung größtmöglicher Selbstständigkeit • Behandlung von Erkrankungen und Behinderungen des höheren Lebensalters einschließlich interdisziplinärer Aspekte bei Multimorbidität • Arzneimitteltherapie und angepasste Stufendiagnostik unter besonderer Berücksichtigung der Multimorbidität und des Alters • Behandlung häufiger akuter Erkrankungen unter Berücksichtigung der besonderen Spezifika geriatrischer Patienten <p>Im Gebiet der Allgemeinmedizin werden im Zuge der Facharzt-Weiterbildung folgende geriatrische Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandlung von Patienten mit Erkrankungen und Behinderungen des höheren Lebensalters, geriatrischer Krankheitsbilder und Funktionsstörungen unter
--	---

	<p>Berücksichtigung von Aspekten der Multimorbidität einschließlich Erstellung und Durchführung eines Hilfeplans zum Erhalt der Selbständigkeit und Autonomie, auch unter Einbeziehung eines multiprofessionellen Teams, Anpassung des Wohnumfeldes sowie Angehörigen- und Sozialberatung, davon</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Behandlung von Patienten mit chronischer Pflegebedürftigkeit in ihrer Häuslichkeit ○ Betreuung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten einschließlich Sterbebegleitung <ul style="list-style-type: none"> • Indikationsstellung, Verordnung und Überwachung der medikamentösen Therapie unter Beachtung der Neben- und Wechselwirkungen und besonderer Berücksichtigung der Aspekte Multimorbidität, Alter, Polypharmazie, Adhärenz und Evidenz <p>Im Gebiet der Neurologie werden im Zuge der Facharzt-Weiterbildung folgende geriatrische Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geriatrisches Assessment einschließlich Test-, Untersuchungs- und Schätzskalen zur Einordnung und Behandlung von geriatrischen Syndromen und deren Krankheitsfolgen • Pharmakotherapie im Alter, insbesondere bei der Behandlung mit zentralnervös-wirksamen Medikamenten • Besonderheiten der geriatrischen Rehabilitation sowie der neurologischen Rehabilitation im Alter • Prophylaxe alterstypischer und altersassoziierter körperlicher und seelischer Erkrankungen sowie von Immobilität, Gangstörungen und Stürzen • Diagnostik und Therapie der
--	---

	<p>Alzheimer-Demenz einschließlich der Abgrenzung zu anderen Demenzsyndromen, organisch und nicht-organisch bedingten kognitiven Störungen im Alter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grundlagen der Therapie von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Störungen im Alter
--	--

4. 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.

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von xx Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von xx Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

5. Verfahrensablauf

Am 26. April 2018 begann die AG QS Femurfraktur mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In XX Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung / Ambulante spezialfachärztliche Versorgung / DMP beraten (s. untenstehende Tabelle)

[Tabelle ist optional]

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
21. Dezember 2017	Plenum	Einrichtung und Beauftragung der AG QS Femurfraktur zur Erstfassung der QS Femurfraktur-Richtlinie gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser zum Thema Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur
26. April 2018	AG-Sitzung	Beratung Entwurf QS Femurfraktur-RL
7. Juni 2018	AG-Sitzung	Beratung Entwurf QS Femurfraktur-RL
20. Juli 2018	AG-Sitzung	Beratung Entwurf QS Femurfraktur-RL
8. August 2018	AG-Sitzung	Beratung Entwurf QS Femurfraktur-RL
5. September 2018	Unterausschuss QS	Sachstandsbericht
7. September 2018	AG-Sitzung	Beratung Entwurf QS Femurfraktur-RL

25. Oktober 2018	AG-Sitzung	Beratung Entwurf QS Femurfraktur-RL
20. November 2018	AG-Sitzung	Beratung Entwurf QS Femurfraktur-RL
14. Dezember 2018	AG-Sitzung	Beratung Entwurf QS Femurfraktur-RL
10. Januar 2019	AG-Sitzung	Beratung Entwurf QS Femurfraktur-RL
13. März 2019	AG-Sitzung	Beratung Entwurf QS Femurfraktur-RL
3. April 2019	Unterausschuss QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren
5. April 2019	AG-Sitzung	Beratung Entwurf QS Femurfraktur-RL und Tragenden Gründe
27.06.2019	AG-Sitzung	Vorbereitung Auswertung Stellungnahme
07.08.2019	Unterausschuss QS	Auswertung Stellungnahme und ggf. Anhörung
19.09.2019	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

An den Sitzungen der AG und des Unterausschusses wurden gemäß [§ 136 Abs. 3 oder § 136b Abs. 1 Satz 3 SGB V] der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer beteiligt.

Stellungnahmeverfahren

Gemäß §§ 91 Abs. 5, Abs. 5a und/oder 92 Abs. 7f SGB V und/oder § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V wurde der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit / der stellungnahmeberechtigten Organisation/en (vgl. **Anlage 2**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung / Neufassung / Löschung oder Änderung der Kurztitel der RL Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom T. Monat JJJJ wurde das Stellungnahmeverfahren am T. Monat JJJJ eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am T. Monat JJJJ.

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit legte ihre Stellungnahme fristgerecht zum T. Monat JJJJ vor (**Anlage 4**). [oder] Es wurden fünf Stellungnahmen fristgerecht, fünf Stellungnahmen nicht fristgerecht sowie fünf Stellungnahmen unaufgefordert eingereicht. Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich in **Anlage 4**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 5** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahme wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am T. Monat JJJJ vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ durchgeführt (Anlage 5).

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit / die stellungnahmeberechtigte/n Organisation/en wurde mit Schreiben vom T. Monat JJJJ zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen (vgl. **Anlage 5**).

6. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Kurztitel der RL zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss nicht/mit.

[Nur sofern der UA QS eine Beteiligung der Länder in der zuständigen AG festgelegt hat]: Die Länder gemäß § 92 Abs. 7f S. 1 SGB V tragen den Beschluss nicht/ mit.

[Nur bei einer Beteiligung nach § 136 Abs. 3 oder § 136b Abs. 1 SGB V]: Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer äußerten keine Bedenken.

7. Literaturverzeichnis

[Hinweis: Bei Nutzung von Endnote wird das Literaturverzeichnis bei jeder Bearbeitung automatisch an das Ende eines Worddokuments gesetzt. Daher sollte die manuelle Verschiebung des Literaturverzeichnisses an diese Stelle (zwischen 5. Fazit und 6. Zusammenfassende Dokumentation) einmalig und erst nach Finalisierung der TrGr erfolgen.]

8. Zusammenfassende Dokumentation

[Hinweis: Wenn keine Bürokratiekosten entstehen, kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt wird und ansonsten keine Dokumente den Beratungsprozess veranschaulichen sollen, kann die Zusammenfassende Dokumentation entfallen.]

Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf zur Änderung der Kurztitel der RL sowie versandte Tragenden Gründe

Anlage 4: Stellungnahme/n der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, [ggf. mit Schwärzung der personenbezogenen Absenderdaten wie z.B. mitarbeiterbezogene Durchwahlen und E-Mail-Adressen, Kontodaten]

Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme inklusive anonymisiertes Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den 19. September 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

ⁱ Queally JM, Harris E et al. (2014): Intramedullary nails for extracapsular hip fractures in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 9. Art. No.: CD004961. DOI: 10.1002/14651858.CD004961.pub4. (Seite 3)



Der Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

POSTANSCHRIFT Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit,
Postfach 1468, 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

HAUSANSCHRIFT Husarenstraße 30, 53117 Bonn
VERBINDUNGSBÜRO Friedrichstraße 50, 10117 Berlin

TELEFON (0228) 997799-1303
TELEFAX (0228) 997799-5550
E-MAIL referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Christian Heinick
INTERNET www.datenschutz.bund.de

DATUM Bonn, 06.06.2019
GESCHÄFTSZ. **13-315/072#0997**

Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen bei
allen Antwortschreiben unbedingt an.

BETREFF **Stellungnahmeverfahren gemäß § 91 Absatz 5a SGB V - QSFFx-RL: Erstfas-
sung der RL**

BEZUG Ihr Schreiben vom 23.05.2019

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Gelegenheit zur Stellungnahme gemäß § 91 Absatz 5a SGB V danke ich
Ihnen.

Zu diesem Beschlussentwurf gebe ich keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Heinick

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.

Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL): Ergänzung der Anlagen 3 und 4

Stand nach UA QS 29.01.2020

Vom 19. März 2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 19. März 2020 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 22. November 2019 (BAnz AT TT.MM.JJJJ) wie folgt zu ändern:

I. Die QSFFx-RL wird wie folgt geändert:

1. Nach der Anlage 2: Regelungsinhalte Standard Operating Procedure (SOP) wird die Anlage 3: Checkliste zum Nachweis über die Erfüllung der Mindestanforderungen gemäß **Anlage 1** [entspricht Anlage 2 zu TOP 10 der Sitzung des Unterausschusses am 29.01.2020] zum Beschluss eingefügt.
2. Nach der Anlage 3: Checkliste zum Nachweis über die Erfüllung der Mindestanforderungen wird die Anlage 4: Erklärung der Richtigkeit der Angaben gemäß § 8 Absatz 4 QSFFx-RL gemäß **Anlage 2** [entspricht Anlage 3 zu TOP 10 der Sitzung des Unterausschusses am 29.01.2020] zum Beschluss eingefügt.

II. Die Änderungen der Richtlinie treten 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 19. März 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Stand nach UA QS am 29.01.2020

Dissentente Positionen sind **gelb hinterlegt**.

Anlage 3

Checkliste zum Nachweis über die Erfüllung der Mindestanforderungen zum Beschluss über eine „Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur“

Selbsteinstufung:

Die medizinische Einrichtung _____

in _____

(Nummer/Kennzeichen des Standorts gemäß dem Standortverzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V)

erfüllt zum Stichtag [Datum] die Mindestanforderungen für die Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß dieser Checkliste. ja nein

Allgemeine Hinweise:

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

Die Facharztbezeichnung richtet sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließt auch diejenigen Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

Nach § 6 Absatz 1 ist der standortbezogene Nachweis über die Erfüllung der Mindestanforderungen nach dieser Richtlinie einschließlich der ggf. zum Zeitpunkt des Nachweises vorliegenden Abweichungen von den Krankenhäusern stichtagsbezogen gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen 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.

Unberührt davon ist 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, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unverzüglich anzuzeigen, ebenso wie deren Wiedererfüllung.

Abschnitt A Allgemeine Mindestanforderungen	ja	nein	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Abs. 2**)
<p>A1.1 Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Chirurgie oder Unfallchirurgie oder Allgemeine Chirurgie oder Orthopädie oder Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort (§ 3 Abs. 1a).</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<p>A1.2 Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Innere Medizin am Standort (§ 3 Abs. 1a).</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<p><u>Wenn A1.2 (Fachabteilung für Innere Medizin) mit Nein beantwortet wurde:</u></p> <p>A1.3 Sind die Anforderungen gemäß § 10 Abs. 2* (Ausnahmeregelung) vollständig erfüllt?</p> <p><i>*Hinweis: Abweichend von § 3 Abs. 1 Buchstabe a können Krankenhäuser die Patientenversorgung bis zum 30. Juni 2022 weiterführen, wenn sie:</i></p> <p style="margin-left: 40px;">a) im Jahr 2018 Eingriffe, die mit einer der OPS gemäß Anlage 1 kodiert sind, abgerechnet haben und</p> <p style="margin-left: 40px;">b) über eine Fachabteilung für Chirurgie oder Unfallchirurgie (oder über eine vergleichbare Fachabteilung siehe A2.1) verfügen und</p> <p style="margin-left: 40px;">c) die ärztliche Versorgung im Gebiet der Inneren Medizin durch eine täglich 24 stündige Arztpräsenz im Krankenhaus (Bereitschaftsdienst möglich) sicherstellen. Ist die präsenste Ärztin oder der präsenste Arzt nicht eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin, ist zusätzlich ein Rufbereitschaftsdienst mit eben dieser Qualifikation sicherzustellen.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<p>A2 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 (§ 3 Abs. 1b).</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

<p>A2.1 Der für die Notfallversorgung benannte Arzt verfügt über die Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“* (§ 3 Abs. 1c).</p> <p><i>*Hinweis: Die Anforderung an die Zusatzweiterbildungen „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ ist spätestens ab dem 01.01.2025 zu erfüllen.</i></p>	○	○	
<p>A2.2 Die für die Notfallversorgung benannte Pflegekraft verfügt über die Weiterbildung „Notfallpflege“* (§ 3 Abs. 1c).</p> <p><i>*Hinweis: Die Anforderung an die Weiterbildung „Notfallpflege“ ist spätestens ab dem 01.01.2025 zu erfüllen.</i></p>	○	○	
<p>A2.3 Der für die Notfallversorgung benannte Arzt und die für die Notfallversorgung benannte Pflegekraft nehmen regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil (§ 3 Abs. 1e).</p>	○	○	
<p>A3 Es ist jeweils ein Facharzt im Bereich Innere Medizin, Chirurgie* und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar (§ 3 Abs. 1d).</p> <p><i>*Hinweis: Die Anforderung zur Verfügbarkeit eines Facharztes für Chirurgie gilt ebenfalls als erfüllt, wenn ein vergleichbarer Facharzt (Facharzt für Allgemeinchirurgie, Facharzt für Orthopädie oder Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie) innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar ist.</i></p>	○	○	
<p>A4.1 Die Intensivstation verfügt über mindestens sechs Intensivtherapiebetten (§ 3 Abs. 1f).</p>	○	○	
<p>A4.2 Mindestens drei Intensivtherapiebetten sind zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet (§ 3 Abs. 1f).</p>	○	○	
<p>A5 Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung (§ 3 Abs. 1g).</p>	○	○	
<p>A6.1 Es ist ein Schockraum verfügbar (§ 3 Abs. 2a).</p>	○	○	

<p>A6.2 Die 24-stündige Verfügbarkeit von Computertomographie* ist sichergestellt (§ 3 Abs. 2b).</p> <p><i>*Hinweis: Die computertomographische Bildgebung kann auch durch einen kooperierenden Leistungserbringer im unmittelbaren räumlichen Bezug zum Standort jederzeit (24h) sichergestellt werden.</i></p> <p>GKV-SV/PatV: Es besteht eine Kooperation:</p>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
<p>A7 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 (§ 3 Abs. 3).</p> <p><i>*Hinweis: Die Landestelle muss nicht in unmittelbarer Nähe des Krankenhauses gelegen sein, sondern ein für Hubschrauberlandungen geeigneter, in einiger Entfernung gelegener Sportplatz oder eine Wiese sind ausreichend.</i></p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<p>A8 Die ärztliche Versorgung im Gebiet der Anästhesiologie ist durch eine täglich 24 stündige Arztpräsenz im Krankenhaus (Bereitschaftsdienst möglich) sichergestellt.</p> <p>Ist die präsenste Ärztin oder der präsenste Arzt nicht eine Fachärztin oder ein Facharzt für Anästhesiologie, ist zusätzlich ein Rufbereitschaftsdienst mit eben dieser Qualifikation sichergestellt (§ 3 Abs. 4).</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<p>Variante 1:</p> <p><i>Wenn A9 mit Ja beantwortet wird, ist ein Ausfüllen von A1-A8 nicht erforderlich.</i></p> <p>A9 Alle Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012 (siehe Anhang zu Anlage 3) sind erfüllt (§ 10 Abs. 1)*.</p> <p><i>*Hinweis: Der Anhang zu Anlage 3 spezifiziert die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem</i></p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

<p>sichergestellt, die auch eine jederzeitige operative Patientenversorgung gewährleistet.</p> <p>Ist die präsenste Ärztin oder der präsenste Arzt nicht eine Fachärztin oder ein Facharzt für Chirurgie, für Allgemein Chirurgie, für Orthopädie oder für Orthopädie und Unfallchirurgie, ist zusätzlich ein Rufbereitschaftsdienst mit eben dieser Qualifikation sichergestellt (§ 4 Abs. 3).</p>			
<p>B4 Die Einrichtung und Ausstattung des Operationssaals lässt sowohl osteosynthetische als auch endoprothetische Versorgungen zu. Entsprechende Implantate und Instrumente stehen jederzeit zur Verfügung (§ 4 Abs. 4).</p>	○	○	
<p>B5 Für Patienten mit positivem geriatrischen Screening ist täglich geriatrische Kompetenz für die perioperative Versorgung zu gewährleisten. Diese erfolgt durch einen Facharzt mit geriatrischer Kompetenz</p> <p>Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie oder</p> <p>Facharzt mit der Schwerpunktbezeichnung Geriatrie oder</p> <p>Facharzt mit der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie oder</p> <p>Facharzt mit der fakultativen Weiterbildung klinische Geriatrie oder</p> <p>Facharzt mit Fachkunde Geriatrie.</p> <p>Der Facharzt mit geriatrischer Kompetenz ist Teil des behandelnden unfallchirurgisch-geriatrischen, multiprofessionellen Teams.</p> <p>Dies kann auch im Wege einer Kooperation gewährleistet werden. * (§ 4 Abs. 5).</p> <p>GKV-SV/PatV: Es besteht eine Kooperation.</p> <p><i>*Hinweis: Diese Anforderung ist spätestens ab dem 1. Juli 2026 zu erfüllen.</i></p>	○	○	
<p><u>Wenn B5 mit Nein beantwortet wurde:</u></p>	○	○	

C6 Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP „Ortho-geriatrische Zusammenarbeit für Patienten mit positiven geriatrischen Screening“ gemäß Anlage 2.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
C7 Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP „Physiotherapeutische Maßnahmen“ gemäß Anlage 2.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.

Anhang zu Anlage 3

Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletztenversorgung Stand Mai 2012 (S. 17f.)

A - Strukturen und Prozesse

1. Klinik/ Fachabteilung für Unfallchirurgie oder Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie ist vorhanden
2. 24-stündige Verfügbarkeit: Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildungsqualifikation Spezielle Unfallchirurgie (im Rufdienst innerhalb von 20–30 Minuten anwesend) oder Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie ist gegeben.
3. 24-stündige Verfügbarkeit (im Rufdienst innerhalb von 20–30 Minuten anwesend): Facharzt für Viszeralchirurgie ist gegeben.
4. 24-stündige Verfügbarkeit (im Rufdienst innerhalb von 20–30 Minuten anwesend): Facharzt für Anästhesiologie ist gegeben.
5. 24-stündige Verfügbarkeit (im Rufdienst innerhalb von 20–30 Minuten anwesend): Facharzt für Radiologie ist gegeben.
6. 24-stündige Verfügbarkeit (im Rufdienst innerhalb von 20–30 Minuten anwesend): Facharzt für Neurochirurgie ist gegeben.
7. 24-stündige Verfügbarkeit (im Rufdienst innerhalb von 20–30 Minuten anwesend) aller sonstigen an der Versorgung von Verletzungen beteiligten Fachdisziplinen ist gegeben.
8. 24-stündige Bereitschaft der Notaufnahme für die Versorgung von mindestens zwei Schwerverletzten ist sichergestellt.
9. 24-stündige Notfalloperationskapazität ist sichergestellt.
10. 24-stündige Vorhaltung entsprechender Intensivkapazität für mindestens zwei gleichzeitig zu behandelnde Schwerverletzte ist gegeben.
11. maßgebliche Beteiligung an der präklinischen Notfallrettung,
12. Klinische Forschung wird betrieben.

B – Personal

Ärztliche Leitungsebene

1. Ein Facharzt für Orthopädie/Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildungsqualifikation Spezielle Unfallchirurgie oder einem Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie ist Teil der ärztlichen Leitungsebene (Chefarzt/Ärztlicher Direktor). Diese Ärztin/ dieser Arzt verfügt über eine Habilitation oder gleichwertige wissenschaftliche Qualifikation und verfügt über die volle Weiterbildungsbezugnis in der Zusatzweiterbildungsqualifikation Spezielle Unfallchirurgie.
2. Ein Facharzt für Orthopädie/Unfallchirurgie mit Zusatzqualifikation Spezielle Unfallchirurgie oder Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie ist Teil der Stellvertretung der ärztlichen Leitungsebene.

Basisteam im Schockraum

1. Ein Facharzt bzw. Weiterbildungsassistent für Orthopädie und Unfallchirurgie ist verfügbar.*
2. Ein Weiterbildungsassistent in Orthopädie und Unfallchirurgie oder in Zusatzweiterbildung Spezielle Unfallchirurgie oder Weiterbildungsassistent in Viszeralchirurgie oder Allgemein Chirurgie ist verfügbar.*
3. Ein Facharzt für Anästhesiologie bzw. Weiterbildungsassistent (FA-Standard) ist verfügbar.
4. Ein Facharzt für Radiologie bzw. Weiterbildungsassistent (FA-Standard) ist verfügbar.
5. Zwei Pflegekräfte Chirurgie sind verfügbar.
6. Eine Pflegekraft Anästhesiologie ist verfügbar.
7. Eine medizinisch-technische Radiologiefachkraft (MTRA) ist verfügbar.
8. Transportpersonal ist verfügbar.

*Die Hälfte der im Schockraum eingesetzten verantwortlichen unfallchirurgischen Ärzte (d. h. 1 Dienst- und Oberarzt) verfügt über eine Fortbildung im Schockraummanagement in mindestens Advanced-Trauma-Life-Support-(ATLS®-) Kurs-Standard.

Erweitertes Schockraumteam

1. Ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildungsqualifikation Spezielle Unfallchirurgie oder FA für Chirurgie mit SP Unfallchirurgie (Oberarzt) ist innerhalb von 20–30 Minuten verfügbar.*
2. Ein Facharzt für Viszeralchirurgie oder Allgemein Chirurgie (Oberarzt) ist innerhalb von 20–30 Minuten verfügbar.
3. Ein Facharzt für Anästhesiologie (Oberarzt) ist innerhalb von 20–30 Minuten verfügbar.

4. Ein Facharzt für Neurochirurgie (Oberarzt) ist innerhalb von 20–30 Minuten verfügbar.
5. Ein Facharzt für Radiologie (Oberarzt) mit Kenntnissen in interventioneller Radiologie ist innerhalb von 20–30 Minuten verfügbar.
6. Ein Facharzt für Gefäßchirurgie ist innerhalb von 20–30 Minuten verfügbar.
7. Ein Facharzt für Herz- und/oder Thoraxchirurgie ist innerhalb von 20–30 Minuten verfügbar.
8. Ein Facharzt für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie ist innerhalb von 20–30 Minuten verfügbar.
9. Ein Facharzt für HNO ist innerhalb von 20–30 Minuten verfügbar.
10. Ein Facharzt für Augenheilkunde ist innerhalb von 20–30 Minuten verfügbar.
11. Ein Facharzt für Urologie ist innerhalb von 20–30 Minuten verfügbar.
12. Zwei OP-Pflegekräfte sind innerhalb von 20–30 Minuten verfügbar.
13. Weitere Rufdienste zur gleichzeitigen Versorgung mehrerer Schwerverletzter sind innerhalb von 20–30 Minuten verfügbar.

*Die Hälfte der im Schockraum eingesetzten verantwortlichen unfallchirurgischen Ärzte (d. h. 1 Dienst- und Oberarzt) verfügt über eine Fortbildung im Schockraummanagement in mindestens Advanced-Trauma-Life-Support-(ATLS®-) Kurs-Standard.

Fakultativ verfügbares Personal

1. Ein Facharzt für Gynäkologie ist fakultativ verfügbar.
2. Ein Facharzt mit Zusatzweiterbildung Handchirurgie (Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Facharzt für plastische Chirurgie) ist fakultativ verfügbar.
3. Ein Facharzt für Kinderchirurgie oder Pädiatrie ist fakultativ verfügbar.

C- Räumliche Anforderungen

Notaufnahme

1. Ein Schockraum zur gleichzeitigen Versorgung von mindestens zwei Schwerverletzten mit einer Grundfläche von wenigstens 50m² oder zwei einzeln nutzbare Schockräume ist vorhanden.
2. Bei Neuplanungen bzw. Umbauten ist in unmittelbarer Nähe des Schockraums eine Computertomografieeinrichtung vorzusehen.
3. Der Schockraum soll sich in räumlicher Nähe zur Krankenanhfahrt, dem Hubschrauberlandeplatz, der radiologischen Abteilung und der Operationsabteilung befinden.
4. Für die zeitnahe Erkennung und Behandlung von Verletzungen einschl. lebensbedrohlicher Körperhöhlenverletzungen wird im Schockraum entweder eine Bildgebung auf Basis von Ultraschall und Röntgen oder eines dort installierten CT vorgehalten.
5. Eine interventionelle Angiografieeinheit wird vorgehalten.
6. In zentralen interdisziplinären Notaufnahmen liegt ein gemeinsam konsentiertes Protokoll mit Darstellung der Verantwortlichkeit der Erstbehandlung von Schwerverletzten vor.
7. In unmittelbarer Nachbarschaft zum Schockraum liegt ein Notfall-OP zur Durchführung von Notfalleingriffen (separates Narkosegerät, OP-Siebe für unfall-, viszeral-, neuro-, thorax- und kieferchirurgische Noteingriffe).
8. Im Schockraum werden alle für die Notfallversorgung erforderlichen Materialien/Instrumente in allen kinderspezifischen Größen vorgehalten.

Operationsabteilung

Es werden Operationssäle für die gleichzeitige Versorgung von zwei Schwerverletzten vorgehalten.

D- Voraussetzungen der Intensivstation

Personelle Ausstattung der Intensivstation

1. Ein Facharzt mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin mit hauptamtlicher Tätigkeit auf der Intensivstation ist Teil der ärztlichen Stationsleitung.
2. Eine Pflegekraft mit Fachweiterbildung Anästhesie und Intensivtherapie mit hauptamtlicher Tätigkeit auf der Intensivstation ist Teil der pflegerischen Stationsleitung.
3. Ein Weiterbildungsassistent (WA) für bis zu 12 Betten bzw. zwei Weiterbildungsassistenten bei höherer Bettenzahl sind mit 24/365-Präsenz im durchgehenden Schichtdienst verfügbar
4. Ein Facharzt mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin (durchgehende Anwesenheit im Regeldienst: Anwesenheit innerhalb 20–30 Minuten im Rufdienst) ist verfügbar.
5. Eine Pflegekraft für 2 Behandlungsplätze im Schichtdienst ist verfügbar,
6. Eine Pflegekraft für 1 Behandlungsplatz bei besonderen Situationen (schwere Verbrennungen, extrakorporale Lungenersatzverfahren, > 60% Patienten mit Organersatzverfahren) ist verfügbar.
7. Physiotherapie ist verfügbar.

8. Fachspezifische psychologische Betreuung ist verfügbar.

E - Ausstattung/apparative Ausstattung

Nachfolgende Ausstattung/apparative Ausstattung ist in der Notaufnahme verfügbar:

1. Blutspendedienst/ Blutdepot
2. Labor
3. Mikrobiologie
4. Hubschrauberlandeplatz (24-Stunden-Betrieb)
5. Beatmung
6. Pulsoxymetrie
7. Absauganlage
8. Kapnografie
9. Blutgasanalysator (BGA-Gerät)
10. Schnellinfusionssystem
11. EKG-Monitor
12. Defibrillator
13. invasive Druckmessung
14. Not-OP-Sets (Laparotomie, ext. Stabilisierung Becken, Kraniotomie, Thorakotomie, Bülau-Drainage, Perikardpunktion, suprapubische Harnableitung, Bronchoskopie, Schwerstverbranntenerstversorgung)
15. Notfallmedikamente
16. bildgebende Diagnostik (Ultraschallgerät, Gefäßduppler, konventionelle Röntgen-Diagnostik, CT, Angiografiearbeitsplatz mit Intervention, MRT)
17. Schienen- und Extensionssysteme
18. Temperiersysteme (für Patienten, für Infusionen und Blut)

Nachfolgende Ausstattung/apparative Ausstattung ist im OP-Bereich verfügbar:

1. Temperiersysteme (für Patienten, für Infusionen und Blut)
2. Cell-Saver
3. Röntgen-Bildverstärker

Stand nach UA QS 29.01.2020

Anlage 4

Erklärung der Richtigkeit der Angaben gemäß § 8 Absatz 4 QSFFx-RL

Hiermit wird die Richtigkeit der am [Datum] an die Datenannahmestelle nach § 8 Absatz 3 übermittelten Daten der Strukturabfrage bestätigt.

Name _____

Datum _____

Unterschrift

Geschäftsführende oder vertretungsberechtigte
Person der Einrichtung

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur

Stand nach UA QS 29.01.2020

Grau hinterlegte Textteile: durch die G-BA-Geschäftsstelle noch anzupassende Passagen

Die Unterlage ist von der Abt. Recht der G-BA-Geschäftsstelle noch nicht abschließend rechtlich geprüft.

Vom 19. März 2020

Inhalt

1. Rechtsgrundlage	2
2. Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3. Bürokratiekostenermittlung	3
4. Verfahrensablauf	3
5. Fazit	4
6. Literaturverzeichnis.....	4
7. Zusammenfassende Dokumentation.....	4

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, einschließlich der osteoporoseassoziierten Fragilitätsfrakturen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Um die Erfüllung der Mindestanforderungen der QSFFx-RL sowie deren Umsetzungsgrad feststellen und bewerten zu können, wurde in dem Beschluss vom 22. November 2019 festgelegt, dass ein stichtags- und standortbezogener Nachweis über die Erfüllung der Mindestanforderungen nach dieser Richtlinie sowie jährlich eine strukturierte Abfrage (Strukturabfrage) erfolgen soll. Das Nähere wurde im Rahmen des § 6 sowie § 8 dieser Richtlinie festgelegt.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zur Anlage 3:

Die Anlage 3 QSFFx-RL umfasst die Checkliste zum Nachweis über die Erfüllung der Mindestanforderungen zum Beschluss über eine „Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur“ für die jährliche Strukturabfrage gemäß § 8 und dient auch als Grundlage für die stichtagsbezogene Nachweisführung des Krankenhauses über deren Erfüllung gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemäß § 6.

Zur Reduzierung des Dokumentationsaufwandes bei gleichzeitiger Klarstellung, dass jedes der aufgeführten Merkmale erfüllt werden muss, damit die Anforderungen an ein ÜTZ (Überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012) als erfüllt angesehen werden können, werden hier die Anzahl der Merkmale unter den Überschriften des Kriterienkatalogs des Anhang 3 zur Anlage 3 von A bis E als Prüfoption aufgeführt.

Zum Anhang zur Anlage 3:

Gemäß § 10 Absatz 1 QSFFx-RL gelten bei einem Krankenhaus, das die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012 erfüllt, die Mindestanforderungen gemäß § 3 Absätze 1 bis 4 als erfüllt. Eine erfolgreiche Zertifizierung als überregionales Traumazentrum nach dem Verfahren der Fachgesellschaft (DGU) ist nicht Voraussetzung, um die Ausnahmeregelung gemäß § 10 Absatz 1 geltend zu machen. Der Anhang zu Anlage 3 spezifiziert die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletztenversorgung Stand Mai 2012 (S. 17f.) abschließend.

Zur Anlage 4:

Mit der vorliegenden Anlage 4 (Erklärung der Richtigkeit der Angaben gemäß § 8 Absatz 4 QSFFx-RL) wird die Richtigkeit der an die Datenannahmestelle nach § 8 Absatz 3 übermittelten Daten der Strukturabfrage bestätigt. Diese ist von der geschäftsführenden oder

einer vertretungsberechtigten Person der Einrichtung zu unterzeichnen und an das IQTIG zu übermitteln. Form und Fristen der Übermittlung sind in § 8 Absatz 4 der Richtlinie geregelt.

3. Bürokratiekostenermittlung

Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von xx Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von xx Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage I**.

4. Verfahrensablauf

Am 29. November 2019 hat die Arbeitsgruppe QS Femurfraktur in einer Sitzung den Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten (s. untenstehende Tabelle).

[Tabelle ist optional]

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
29. November 2019	AG-Sitzung	Erarbeitung der Anlagen 3 und 4 QSFFx-RL
29. Januar 2020	Unterausschuss QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren
5. März 2020	Unterausschuss QS	Auswertung Stellungnahme und ggf. Anhörung
19. März 2020	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

An den Sitzungen der AG und des Unterausschusses wurden gemäß § 136 Abs. 3 der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat beteiligt.

Stellungnahmeverfahren

Gemäß §§ 91 Absatz 5a wurde dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (vgl. **Anlage II**) 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 29. Januar 2020 wurde das Stellungnahmeverfahren am T. Monat JJJJ eingeleitet. Die der stellungnahmeberechtigten Organisation vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage III**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am T. Monat JJJJ.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit legte seine Stellungnahme fristgerecht zum T. Monat JJJJ vor (**Anlage IV**).

[oder:] Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit teilte mit Schreiben vom T. Monat JJJJ mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage IV**).

Die Auswertung der Stellungnahme/n wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am T. Monat JJJJ vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung / Ambulante spezialfachärztliche Versorgung / DMP in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ durchgeführt (**Anlage V**).

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit wurde mit Schreiben vom T. Monat JJJJ zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen (vgl. **Anlage V**).

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 19. März 2019 eine Änderung der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur beschlossen.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung tragen den Beschluss mit.

6. Literaturverzeichnis

[Bei Nutzung von Endnote wird das Literaturverzeichnis bei jeder Bearbeitung automatisch an das Ende eines Worddokuments gesetzt. Daher sollte die manuelle Verschiebung des Literaturverzeichnisses an diese Stelle (zwischen 5. Fazit und 6. Zusammenfassende Dokumentation) einmalig und erst nach Finalisierung der TrGr erfolgen.]

7. Zusammenfassende Dokumentation

[Wenn keine Bürokratiekosten entstehen, kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt wird und ansonsten keine Dokumente den Beratungsprozess veranschaulichen sollen, kann die Zusammenfassende Dokumentation entfallen.]

Anlage I: Bürokratiekostenermittlung

Anlage II: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

Anlage III: An die stellungnahmeberechtigte/n Organisation/en versandter Beschlussentwurf über eine Änderung der Kurztitel der RL sowie versandte Tragende Gründe

Anlage IV: Stellungnahme/n *[auch dann, wenn nur der Verzicht erklärt wird]* des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, des Robert Koch-Instituts, der Bundesärztekammer, ... *[ggf. mit Schwärzung der personenbezogenen Absenderdaten wie z.B. mitarbeiterbezogene Durchwahlen und E-Mail-Adressen, Kontodaten]*

Anlage V: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme/n nebst anonymisiertem Wortprotokoll der Anhörung

[Eine Vorlage der Anlage III zu den Tragenden Gründen (an die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf sowie versandte Tragende Gründe) ist für die Beratungen im UA in der Regel nicht erforderlich. Dem Plenum ist hingegen die vollständige Zusammenfassende Dokumentation vorzulegen.]

Berlin, den 19. März 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



BfDI

Der Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

POSTANSCHRIFT Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Postfach 1468, 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

HAUSANSCHRIFT Husarenstraße 30, 53117 Bonn

FON (0228) 997799-1303

FAX (0228) 997799-5550

E-MAIL referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Herr Heinick

INTERNET www.datenschutz.bund.de

DATUM Bonn, 27.02.2020

GESCHÄFTSZ. 13-315/072#1088

**Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen
bei allen Antwortschreiben unbedingt an.**

BETREFF **Stellungnahmeverfahren gemäß § 91 Absatz 5a SGB V - Änderung der Richtlinie zur
Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL): Ergänzung der Anlagen 3
und 4**

BEZUG Ihr Schreiben vom 05.02.2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Eine Stellungnahme gebe ich zu diesem Beschlussentwurf nicht ab, möchte jedoch wiederholt darauf hinweisen, dass zwischen unseren beiden Häusern eine Frist von vier Wochen im Stellungnahmeverfahren vereinbart worden ist.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Heinick

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.



Anlage VI der Tragenden Gründe

Eckpunkte der Entscheidung sowie die in die Beratung eingegangenen Evidenzgrundlagen zu Inhalten und Zielen der QSFFx-RL

Hüftgelenknahe Femurfrakturen besitzen zunehmende Relevanz in einer älter werdenden Gesellschaft^{1, 2}. Weltweit sind ca. 4,5 Millionen Menschen jährlich von einer hüftgelenknahe Femurfraktur betroffen. Es wird erwartet, dass die Anzahl der Patienten, die mit den Folgen dieser Verletzung leben wird, in den nächsten 40 Jahren weltweit auf bis zu 21 Millionen anwächst².

Für Deutschland weisen die Diagnosedaten der Krankenhäuser für das Jahr 2017 insgesamt 77.889 Schenkelhalsfrakturen, 70.930 pertrochantäre Frakturen und 13.444 subtrochantäre Frakturen auf – zusammen damit 162.263 hüftgelenknahe Femurfrakturen. Dies unterstreicht die Versorgungsrelevanz im deutschen Kontext³.

Notwendigkeit einer frühzeitigen Operation

Eine frühzeitige Operation gilt als wichtiger Pfeiler in der Behandlung. Diese Tatsache wird durch wissenschaftliche Untersuchungen und Empfehlungen in zahlreichen nationalen und internationalen Leitlinien gestützt^{4, 5, 6, 7, 8, 9, 10}. Forschungsergebnisse zeigen, dass eine

1 Leslie, W.D., O'Donnell, S. et al. (2010): Osteoporosis Surveillance Expert Working Group. Population-based Canadian hip fracture rates with international comparisons; *Osteopors Int.* 2010; 21(8):1317-1322.

2 Bhandari, M., Swiontkowski, M. (2017): Management of Acute Hip fracture.; *N Engl J Med* 2017; 377:2053-62.

3 DESTATIS 2017: „Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten (Datensatzstruktur)“; <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/tiefgegliederte-diagnosedaten-5231301177015.html> (Zugriff: 01.07.2020).

4 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).

5 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).

6 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).

7 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 (Zugriff: 01.07.2020).

8 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/012-001l_S2e_Schenkelhalsfraktur_2015-10_01.pdf (Zugriff: 01.07.2020).

9 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/012-002l_S2e_Pertrochantäre_Oberschenkelfraktur_2015-07-abgelaufen.pdf (Zugriff: 01.07.2020).

10 Referenceprogram for Patienter med Hoftebrud *Udarbejdet af Dansk Sygeplejeråd Danske Fysioterapeuter Dansk Ortopædisk Selskab* 2008.

verzögerte Operation mit signifikant höheren Komplikationsraten (*Morbidität*) assoziiert ist^{11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18}. Insbesondere wird explizit auf eine Zunahme an Dekubitalulzera, thromboembolischen Ereignissen, kardiorespiratorischen, und gastrokologischen Komplikationen verwiesen. Zudem steige die Rate an chirurgischen Komplikationen, Pneumonien, Harnwegsinfekten und Dialysen bei verzögerter Operation. Dieser Zusammenhang wurde im internationalen Kontext und im deutschen System bei der Formulierung von Leitlinien zur hüftgelenknahen Femurfraktur exponiert berücksichtigt. Darüber hinaus weisen zahlreiche Studien auf einen Zusammenhang zwischen der präoperativen Verweildauer und der Mortalität hin^{14, 16, 17, 18, 19, 20}. Dieser Zusammenhang wird in einigen Publikationen nicht bestätigt^{11, 21, 22, 23}.

In der Summe führen verspätete Operationen zu erhöhten Komplikationsraten und häufigeren Todesfällen, sowie auch zu vermeidbaren Schmerzen. Dieser Zusammenhang wurde bei den

http://www.ortopaedi.dk/fileadmin/Guidelines/Referenceprogrammer/Referenceprogram_for_patienter_med_hoftebrud2008.pdf (Zugriff: 01.07.2020).

11 Mariconda, M., Costa, GG et al. (2015): The determinants of mortality and morbidity during the year following fracture of the hip: a prospective study.; *Bone Joint Journal* 2015, Mar. 97-B (3): 383-90.

12 Kostuj, T., Smektala, R. et al. (2013): Einfluss des Operationszeitpunkts und –verfahrens auf Mortalität und Frühkomplikationen der Schenkelhalsfraktur. *Unfallchirurg* 2013, 116, 131-137.

13 Khan, S.K., Kaira, S. et al. (2009): Timing of surgery for hip fractures: a systematic review of 52 published studies involving 291.413 patients. *Injury* 2009 Jul. 40 (7):692-7.

14 Nyholm, A.M., Gromov, K. et al. (2015): Time to surgery is associated with thirty-day and ninety-day mortality after proximal femoral fracture. *J Bone Joint Surg Am* 2015;97:1333-9.

15 Beaupre, L.A., Jones, A., et al. (2005): Best practices for elderly hip fracture patients. A Systematic Overview of the Evidence.; *J Gen Intern Med* 2005; 20:1019-1025.

16 Simunovic, N., Devereaux, P.J. et al. (2010): Effect of early surgery after hip fracture on mortality and complications: systematic review and meta-analysis; *CMAJ* Oct 19, 182(15) 2010. DOI:10.1530/cmaj. 092220

17 Moja L, Piatti A, et al. (2012): Timing Matters in Hip Fracture Surgery: Patients Operated within 48 Hours Have Better Outcomes. A Meta-Analysis and Meta-Regression of over 190,000 Patients. *PLoS ONE* 7(10): e46175. doi:10.1371 /journal.pone.0046175

18 Pincus, D., Ravi, B. et al. (2017): Association between wait time and 30-day mortality in adults undergoing hip fracture surgery.; *JAMA*.2017;318(20): 1994-2003.doi:10.1001/Jama.2017.17606.

19 Shiga, T., Wajima, Z. et al. (2008): Is operative delay associated with increased mortality of hip fracture patients? Systematic review, meta-analysis and meta-regression.; *Can J Anesth* 55:3, March 2008, pp146-154.

20 Tarazona S FJ, Cuesta P D, Belenguer VA, De la C JM, Sivera S, Avellana Z JA. Importance of Surgical Delay on Mortality in Patients with Hip Fracture: Mini-Review. *Biomed J Sci &Tech Res* 3(4)- 2018. BJSTR.MS.ID.000945. DOI: 10.26717/BJSTR.2018.03.000945.

21 Muhm, M., Arend, G. et al. (2013): Mortality and quality of life after proximal femur fracture – effect of time until surgery and reasons for delay. *Eur J. Trauma Surg* (2013): 39; 267-275.

22 Muhm, M., Klein, D. et al. (2014): Mortality after proximal femur fracture with a delay of surgery of more than 48 h; *Eur J Trauma Emerg Surg* (2014); 40:201-212.

23 Müller, F. Galler, M. et al. (2018): Analyse von 2000 operativ versorgten proximalen Femurfrakturen, multiple Variable beeinflussen die Mortalität.; *Unfallchirurg* 2018, 121, 550-559.

Empfehlungen internationaler Leitlinien zur präoperativen Verweildauer explizit berücksichtigt
4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 24

Prospektiv randomisierte Studien liegen zu dieser Fragestellung nicht vor, da ein diesbezügliches Studiendesign mit einer Kontrollgruppe aus nicht frühzeitig operierten Patienten allgemein als unethisch und somit als nicht praktikabel angesehen wird.

Dabei wird der Begriff „frühzeitig“ unterschiedlich interpretiert. Die Empfehlungen und Einschätzungen zur präoperativen Verweildauer reichen u.a. von 24 Stunden, über 36 Stunden bis hin zu 48 Stunden nach Aufnahme ins Krankenhaus (vgl. u.a. Leitlinien der AWMF zur Schenkelhalsfraktur⁸ sowie zur pertrochantären Fraktur⁹, Scottish Standards for hip-fracture-care⁷, Quality-Based Procedures Clinical Handbook for Hip Fracture Health Quality Ontario & Ministry of Health and Long-Term Care²⁵).

Mögliche Gründe für verzögerten Operationszeitpunkt:

Im Einzelfall können Vorerkrankungen oder andere Faktoren dazu führen, dass eine Operation nicht ohne Aufschub durchgeführt werden kann. So werden insbesondere ein reduzierter Allgemeinzustand des Patienten, eine bereits initiierte gerinnungshemmende Medikation und ungeklärte Betreuungsverhältnisse zur Begründung eines patientenbedingten notwendigen Aufschubs der Operation und damit einer verlängerter präoperativen Verweildauer angeführt²⁶,²⁷. Des Weiteren werden in der Literatur folgende - eine Operation verzögernde - Gründe genannt, die als „patientenbezogen“ bezeichnet werden²⁸:

„Fraktur initial radiologisch nicht darstellbar, weitere Bildgebung notwendig, älteres Frakturgeschehen, Sekundärdisklokation einer bekannten Fraktur nach konservativem Mobilisationsversuch“.

Zwar kann es im Einzelfall Gründe für einen Operationssaufschub geben, nichtsdestotrotz kann ein rechtzeitiges Erkennen und eine aktive Suche nach möglichen Gründen für eine Verzögerung sowie eine prompte Einleitung von Maßnahmen dazu beitragen, Patientinnen und Patienten dennoch frühzeitig operieren zu können (NICE-Guideline 124; dort: Seite 54)²⁴.

Ferner sind in die fachlichen Beratungen wissenschaftliche Gutachten der Kompetenzzentren KCQ (Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung / Qualitätsmanagement) und KCG (Kompetenz-Centrum Geriatrie) eingegangen, die öffentlich zugänglich sind und auf entsprechenden Internetseiten eingesehen werden können^{29, 30}.

24 **The Management of Hip Fracture in Adults. NICE clinical guideline 124. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Jun 2011, update 2017** <https://www.nice.org.uk/guidance/cg124/evidence/full-guideline-pdf-183081997> (Zugriff: 01.07.2020).

25 **Quality-Based Procedures Clinical Handbook for Hip Fracture, Health Quality Ontario & Ministry of Health and Long-Term Care May 2013** http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/ecfa/docs/qbp_hipfracture.pdf (Zugriff: 01.07.2020)

26 **IQTIG 11/2017; Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur; Zusammenstellung und Analyse der verfügbaren Daten zum Qualitätsindikator.**

27 **Clinical Decision-Making: Is the Patient Fit for Theatre? - A Report from the Scottish Hip Fracture Audit (2008): ISD Scotland Publications Information Services Division NHS National Services Scotland Gyle Square 1 South Gyle Crescent;** https://www.shfa.scot.nhs.uk/docs/Theatre_Delay_Report.pdf (Zugriff: 01.07.2020).

28 **Ruffing, T., Haunschild, M. et al. (2016): Verzögerte Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen, Analyse des Strukturierten Dialogs Rheinland-Pfalz. Unfallchirurg 2016; DOI 10.1007/s00113-016-0243-8**

29 **Kralewski, C., Giehl, J. (2018): Hüftgelenknahe Femurfrakturen - Strukturelle und prozessuale Mindestanforderungen an das Krankenhaus. KCQ 2018** <https://www.kccq.de/adbimage/1242/asset-original//hueftgelenknahe-femurfrakturen.pdf> (Zugriff: 01.07.2020)

30 **Lübke, N., Meinck, M. (2018): Aktualisierter Auszug aus der gutachterlichen Stellungnahme: „Vorprüfung zur Eignung orthopädisch-geriatrischer Kooperation als Element der Qualitätssicherung in der Versorgung hüftgelenksnaher**

Das Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung (ESQS) bezieht seit vielen Jahren die Leistungsbereiche „Hüftendoprothesenversorgung (Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation einschließlich endoprothetische Versorgung Femurfraktur, Hüft-Endoprothesenwechsel und komponentenwechsel)“ sowie „Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung“ ein. In beiden Leistungsbereichen sind die Qualitätsindikatoren zur präoperativen Verweildauer bei der Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur von besonderer Bedeutung, da mit der Zunahme der präoperativen Verweildauer die Morbidität und Mortalität steigen. Gleichzeitig liegen seit mehreren Jahren die Ergebnisse des Indikators „präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur“ bei einer hohen Zahl von Krankenhäusern außerhalb des definierten Referenzbereichs von $\leq 15\%$ (rechnerische Auffälligkeit).

Ferner ist nach Abschluss des Strukturierten Dialogs eine hohe Zahl von Krankenhäusern in diesem Indikator qualitativ auffällig. Analysen des „Strukturierten Dialogs“ (SD), der mit rechnerisch auffälligen Kliniken geführt wurde, zeigten strukturelle wie auch organisatorische klinikinterne Mängel auf, die zu einem Operationsaufschub führten: u. a. personelle und räumliche Engpässe in der Verfügbarkeit von OP-Kapazitäten, insbesondere am Wochenende und außerhalb der Regelarbeitszeit unzureichende Präsenz von Fachärzten, die für die Durchführung oder Assistenz einer Operation zur Verfügung standen. Ein weiterer Grund für eine Operationsverzögerung waren nicht ausreichende oder fehlende Intensivüberwachungsplätze für die perioperative Versorgung der Patienten (Stabilisierung, Nachbeatmung). Neben diesen strukturellen Mängeln führten auch ungeklärte Verantwortlichkeiten und fehlende verbindliche Standards zu klinikinternen Abläufen wie der interdisziplinären Priorisierung von Operationen zu einem Operationsaufschub. Der Indikator wird seit mehreren Jahren als Indikator mit besonderem Handlungsbedarf bewertet.

Die QSFFx-RL soll durch verbindliche Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der Krankenhäuser insbesondere eine qualitativ hochwertige und frühestmögliche operative Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahe 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, gewährleisten.