

FAQ-Liste: QSFFx-RL zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur

Diese FAQ-Liste stellt eine Arbeitshilfe zur Umsetzung der QSFFx-RL für die Mitgliedseinrichtungen des Bundesverbandes Geriatrie dar. Die Inhalte wurden mit größter Sorgfalt durch die Autorinnen und Autoren zusammengestellt, dennoch besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit. Die Liste ist als ein lernendes System zu verstehen, d.h. sie bezieht sich auf die aktuell verfügbaren Informationen des Normgebers (G-BA) und wird bei Bedarf aktualisiert bzw. ergänzt. Jede FAQ ist daher mit einem Datum versehen.

Ergänzende fachliche Bewertungen sind mit einem **i** gekennzeichnet. Diese spiegeln die fachliche Auslegung des Bundesverbandes Geriatrie und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie wieder.

Anwendungsbereich der QSFFx-RL

Für wen gilt die QSFFx-RL?

17. Juni 2024

Adressat der Richtlinie sind zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V, in denen die vom sachlichen Anwendungsbereich der Richtlinie erfassten Leistungen erbracht werden. Die Anforderungen der QSFFx-RL kommen nur dann zur Anwendung, wenn die in § 1 Absatz 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Fehlen einzelne Voraussetzungen, kommt der Anwendungsbereich der QSFFx-RL nicht zum Tragen und die Anforderungen der QSFFx-RL müssen nicht erfüllt werden.

Für welche Patientinnen und Patienten bzw. Diagnosen gilt die QSFFx-RL?

17. Juni 2024

Die QSFFx-RL gilt für Patientinnen und Patienten mit einer nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur im Erwachsenenalter bei einer Kombination aus Diagnosen und Prozeduren nach Anlage 1 der Richtlinie. Hierzu gehören insbesondere Schenkelhalsfrakturen (S72.0-), petrochantäre Frakturen (S72.1-) und pathologische Frakturen bei Osteoporose (M80.-) in Verbindung mit geschlossenen und offenen Repositionen (5-79). Die Versorgung von Periimplantatfrakturen (periosteosynthetische und periprothetische Frakturen) des hüftgelenknahen Femurs ist nicht von den Vorgaben der Richtlinie umfasst.

In welchem rechtlichen Verhältnis steht die QSFFx-RL zum OPS 8-550.-?

17. Juni 2024

Bei der QSFFx-RL und dem OPS 8-550.- handelt es sich um zwei untergesetzliche Normen. Obwohl die QSFFx-RL und der OPS 8-550.- Mindestanforderungen in Bezug auf dieselben Versorgungssegmente treffen, liegt der jeweiligen Befugnisnorm gezielt ein abweichender Regelungsauftrag zugrunde. Damit stehen beide untergesetzliche Normen in keinem Über- bzw. Unterordnungsverhältnis zueinander, sondern bilden miteinander in Einklang stehende, sich ergänzende, teils aufeinander aufbauende spezielle Regelungen.

Geriatrische Kompetenz

Was bedeutet „tägliche Gewährleistung“ geriatrischer Kompetenz?

17. Juni 2024

§ 4 Absatz 5 QSFFx-RL gibt vor, dass für Patientinnen und Patienten mit positivem geriatrischen Screening täglich geriatrische Kompetenz für die perioperative Versorgung zu gewährleisten ist. Ausschlaggebendes Merkmal ist auf struktureller Ebene somit die Sicherstellung einer täglichen perioperativen Verfügbarkeit (Mo – So, inkl. Feiertage).

Welche Qualifikationen erfüllen die „geriatrische Kompetenz“?

17. Juni 2024

Die geriatrische Kompetenz erfolgt gemäß § 4 Absatz 4 QSFFx-RL durch einen Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie, Facharzt mit der Schwerpunktbezeichnung Geriatrie, Facharzt mit der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie, Facharzt mit der fakultativen Weiterbildung klinische Geriatrie oder einen Facharzt mit Fachkunde Geriatrie. Für alle Facharztbezeichnungen gilt gemäß § 3 Absatz 4 QSFFx-RL, dass sie sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer richten. Assistenzärztinnen und -ärzte in Weiterbildung sind damit nicht vom Regelungsumfang der QSFFx-RL erfasst.

- ❗ Aus fachlicher Sicht ist die Fachkunde Geriatrie zur Erfüllung der Mindestvoraussetzungen nicht geeignet.

Können Fachärztinnen und -ärzte für Innere Medizin zur Gewährleistung der „geriatrischen Kompetenz“ eingesetzt werden?

17. Juni 2024

Nein, gemäß § 12 Absatz 1 QSFFx-RL wurden im Rahmen der Einführungsphase bis 31. Dezember 2023 Fachärztinnen und -ärzte für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Neurologie anerkannt. Diese Übergangsphase ist zum 01. Januar 2024 ausgelaufen.

Können zur Gewährleistung der „geriatrischen Kompetenz“ Konsile eingesetzt werden?

17. Juni 2024

Ja, gemäß der Übergangsregelung des § 12 Absatz 1 QSFFx-RL kann die geriatrische Versorgung der Patientinnen und Patienten bis zum 31. Dezember 2026 auch auf Anforderung im Sinne eines Konsils sichergestellt werden. Ab 2027 ist ein Konsildienst auf Anforderung nicht mehr ausreichend.

In den Tragenden Gründen zur QSFFx-RL vom 22. November 2019 ist konkretisiert, dass die Einbindung geriatrischer Kompetenz bei bestehender Behandlungsnotwendigkeit frühzeitig zu erfolgen hat.

- ❗ Nach Anforderung ist das geriatrische Konsil aus fachlicher Sicht daher zeitnah (in der Regel innerhalb von 24 Stunden) zu erbringen. Die 24-Stunden-Regelung ergibt sich aus dem übergeordneten Wortlaut der QSFFx-RL bzw. den dazugehörigen Tragenden Gründen.

Kann die „geriatrische Kompetenz“ auch telemedizinisch gewährleistet werden?

17. Juni 2024

Ja, eine telemedizinische Gewährleistung der täglichen geriatrischen Kompetenz für die perioperative Versorgung von Patientinnen und Patienten ist nach § 4 Absatz 5 QSFFx-RL nicht ausgeschlossen. In diesem Zusammenhang verweist der G-BA auf § 7 Absatz 4 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä).

Den Ärztinnen und Ärzten obliegt damit ein Ermessensspielraum bei der Durchführung von Konsilen. Die Entscheidung, ob ein Konsil in Präsenz oder im Rahmen der Telemedizin durchgeführt wird, richtet sich nach den medizinischen Erforderlichkeiten. Die Möglichkeit einer persönlichen Inaugenscheinnahme der Patientinnen und Patienten durch einen Facharzt mit geriatrischer Kompetenz muss bei medizinischem Bedarf jedoch gegeben und nachweisbar sein.

- ❗ Sofern eine telemedizinische Betreuung erfolgt, sollte aus fachlicher Sicht eine Inaugenscheinnahme mindestens einmal (in der Regel innerhalb von 72 Stunden nach Anforderung) erfolgen, um geriatrische Interventionen daraus abzuleiten.

Sind bei der telemedizinischen Durchführung von Konsilen bestimmte Anforderungen zu erfüllen?

17. Juni 2024

Der QSFFx-RL sind keine spezifischen Anforderungen zu entnehmen. Es wird daher auf die Telekonsilien-Vereinbarung gemäß § 367 Absatz 1 SGB V verwiesen. Ein wesentlicher Punkt der Definition von Telekonsilien ist der Ausschluss von Telefonaten als entsprechende Leistung. Stattdessen muss die Kommunikation zwischen den anfordernden und den durchführenden Ärztinnen bzw. Ärzten in einer gesicherten telemedizinischen Infrastruktur erfolgen, um die berechtigten Datenschutzinteressen der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

Besteht bei der Durchführung telemedizinischer Konsile eine Informationspflicht?

17. Juni 2024

In § 7 Absatz 4 der MBO-Ä ist geregelt, dass Ärztinnen und Ärzte Ihre Patientinnen und Patienten im persönlichen Kontakt beraten und behandeln. Sie können dabei Kommunikationsmedien unterstützend einsetzen. Eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien ist im Einzelfall erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung, Behandlung sowie Dokumentation gewahrt wird. Zudem muss die Patientin oder der Patient über die Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien aufgeklärt werden.

Durch die Art und Weise der geriatricspezifischen Befunderhebung ist der Einsatz von Telemedizin gegenwärtig als unterstützende Leistung zu verstehen. Für eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien liegt in der orthogeriatrischen Versorgung aktuell keine fundierte wissenschaftliche Evidenz vor.

Sofern innerhalb von 72 Stunden nach Anforderung des telemedizinischen Konsils mindestens einmal eine Inaugenscheinnahme stattfindet, entfällt aus fachlicher Sicht die oben angesprochene Aufklärung der Patientinnen und Patienten. Die Aufklärung der Patientinnen und Patienten ist gemäß § 7 Absatz 4 der MBO-Ä lediglich bei der ausschließlichen Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien obligatorisch.

Muss die "tägliche geriatrische Kompetenz" auch bei Verlegung an einen anderen Standort gewährleistet sein?

17. Juni 2024

Wird eine Patientin oder ein Patient nach erfolgter operativer Versorgung im Rahmen einer Kooperation zur Durchführung oder Fortsetzung der postoperativen Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur an einen anderen Standort verlegt, ist gemäß § 4 Absatz 7 QSFFx-RL an diesem Standort für die Dauer der postoperativen Versorgung die Mindestanforderung der „täglichen Gewährleistung geriatrischer Kompetenz“ zu erfüllen. Gemäß § 5 Absatz 5 QSFFx-RL hat der aufnehmende Standort zudem die SOP „Ortho-geriatrische Zusammenarbeit für Patienten mit positivem geriatrischen Screening“ vorzuhalten.

Physiotherapie

Was bedeutet „tägliche Verfügbarkeit“ von Physiotherapie?

17. Juni 2024

Gemäß § 4 Absatz 6 QSFFx-RL muss für alle Patientinnen und Patienten auf struktureller Ebene täglich Physiotherapie durch einen Physiotherapeuten/eine Physiotherapeutin zur Atemgymnastik und frühzeitigen Mobilisierung ab dem ersten postoperativen Tag zur Verfügung stehen. In der Anlage 2.7 wird zudem konkretisiert, dass diese auch bei den Patientinnen und Patienten einsatzfähig sein müssen.

Gemäß der FAQ des BfArM Nr. 8038 bedeutet tägliche Verfügbarkeit, dass bei bestehender Behandlungsnotwendigkeit Patientinnen und Patienten auch am Wochenende von Physiotherapeutinnen bzw. -therapeuten behandelt werden.

Kann die Atemgymnastik und frühzeitige Mobilisierung auch durch andere Berufsgruppen, z. B. Pflegefachpersonen, sichergestellt werden?

17. Juni 2024

Gemäß der Tragenden Gründe zur QSFFx-RL vom 22. November 2019 hat die Physiotherapie durch eine Physiotherapeutin/einen Physiotherapeuten und nicht durch bspw. eine Pflegefachperson zu erfolgen.

Wie ist die „tägliche Verfügbarkeit“ von Physiotherapie auf prozessualer Ebene zu operationalisieren?

17. Juni 2024

Eine Operationalisierung (wie sie beispielsweise in den Muster-SOPs der DGU formuliert wurde: 1-8 Tage bzw. 16-23 Tage bei GFK) ist der QSFFx-RL auf prozessualer Ebene nicht zu entnehmen. Vielmehr sind der Einsatz der Physiotherapie, konkrete Maßnahmen, Art und Frequenz der Anwendungen in den SOPs zu regeln.

Im Rahmen der Behandlungspriorisierung sollten frisch operierte Patientinnen und Patienten im Sinne der frühzeitigen Mobilisation vorrangig behandelt werden. In den Tragenden Gründen vom 22. November 2019 führt der G-BA aus, dass frühes funktionelles Training und Mobilisation motorischen Einschränkungen bei geriatrischen Patientinnen und Patienten entgegenwirkt und eine gute Ausgangssituation für weitere Trainingsmaßnahmen schafft, 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.

Muss für die „tägliche Verfügbarkeit“ der Physiotherapie ein Ausfallkonzept vorgehalten werden?

17. Juni 2024

Der QSFFx-RL sind keine Regelungen zu einem Ausfallkonzept zu entnehmen.

In den Klarstellungen und Änderungen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 8 und § 301 Absatz 2 Satz 6 SGB V zum OPS 2022 heißt es jedoch, dass das Vorhalten eines Therapiebereiches durch eine Person sichergestellt werden kann. Für den Fall, dass diese Person für den Therapiebereich nicht zur Verfügung steht, ist eine entsprechende Vertretung mit der geforderten Qualifikation sicherzustellen.

Muss die "tägliche Verfügbarkeit" der Physiotherapie bei Verlegung an einen anderen Standort fortgeführt werden?

17. Juni 2024

Wird eine Patientin oder ein Patient nach erfolgter operativer Versorgung im Rahmen einer Kooperation zur Durchführung oder Fortsetzung der postoperativen Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur an einen anderen Standort verlegt, ist gemäß § 4 Absatz 7 QSFFx-RL an diesem Standort für die Dauer der postoperativen Versorgung die Mindestanforderung der "täglichen Verfügbarkeit" der Physiotherapie zu erfüllen. Gemäß § 5 Absatz 5 QSFFx-RL hat der aufnehmende Standort zudem die SOP „Physiotherapeutische Maßnahmen“ vorzuhalten.

Geriatrisches Screening/Assessment

Wann ist das geriatrische Screening durchzuführen?

17. Juni 2024

Zur Identifikation der besonders vulnerablen geriatrischen Patientengruppe mit erhöhtem Risiko für unerwünschte Ereignisse im Verlauf der Behandlung ist ein präoperatives geriatrisches Screening durchzuführen. Gemäß der Anlage 2.2 QSFFx-RL sind in den SOPs Regelungen für die Durchführung eines geriatrischen Screenings anhand eines validierten Erhebungsinstrumentes in der Regel bei Aufnahme festzulegen.

Bei welchen Patientinnen und Patienten muss ein geriatrisches Screening erfolgen?

17. Juni 2024

Ausschlaggebend ist der Einsatz eines validierten Erhebungsinstrumentes. Das Alter richtet sich demnach nach dem jeweiligen validierten Erhebungsinstrument. Die validierten Erhebungsinstrumente benennen in der Regel ein Einschlussalter von ≥ 70 Jahren.

Wer darf das geriatrische Screening durchführen? Muss dies zwingend durch eine Ärztin bzw. einen Arzt mit geriatrischer Kompetenz erfolgen?

17. Juni 2024

Ausschlaggebend ist der Einsatz eines validierten Erhebungsinstrumentes. In den Tragenden Gründen vom 22. November 2019 führt der G-BA beispielhaft das geriatrische Screening nach Lachs et al. und das ISAR-Screening aus. Die notwendige Qualifikation richtet sich demnach nach dem jeweiligen validierten Erhebungsinstrument. Das ISAR-Screening wird beispielsweise für Notaufnahmen empfohlen, in denen keine direkte Beurteilung durch einen/eine Geriater/in erfolgt.

Ist nach einem positiven geriatrischen Screening die postoperative Durchführung geriatrischer Assessments obligatorisch?

17. Juni 2024

Ja, für Patientinnen und Patienten mit positiven geriatrischen Screening sieht die Anlage 2.6 die postoperative Durchführung geriatrischer Assessments in fünf Bereichen (Selbständigkeit, Mobilität, Kognition, Emotion, Schmerzen) vor.

Gemäß der Tragenden Gründe zur QSFFx-RL vom 22. November 2019 sollten validierte Testverfahren eingesetzt werden. Zur Auswahl der Assessments wird daher auf die S1-Leitlinie „Geriatrisches Assessment der Stufe 2“ hingewiesen (AWMF, Registernummer: 084 – 002).

Wann ist das geriatrische Assessment zu erbringen?

17. Juni 2024

Gemäß der Anlage 2.6 ist das Assessment postoperativ zu erbringen. Einen konkreten Zeitraum zur Durchführung der Assessments gibt die QSFFx-RL im Gegensatz zum OPS 8-550.- nicht vor.

Interdisziplinäre Visiten/Teambesprechungen

Welche Professionen sind an den „interdisziplinären Visiten“ bzw. „Teambesprechungen“ zu beteiligen?

17. Juni 2024

Gemäß den Anlagen 2.6 und 2.7 der QSFFx-RL zählen hierzu geriatrische, (unfall-)chirurgische und physiotherapeutische Ansprechpartnerinnen bzw. -partner.

Sind im Rahmen der ortho-geriatrischen Zusammenarbeit für Patientinnen und Patienten mit positivem geriatrischen Screening interdisziplinäre Visiten und wöchentliche Teambesprechungen nachzuweisen?

17. Juni 2024

Gemäß Anlage 2.6 der QSFFx-RL handelt es sich um eine Und/oder-Regelung, sodass eine Wahlmöglichkeit bei der ortho-geriatrischen Zusammenarbeit besteht. In Abgrenzung hierzu ist gemäß der Anlage 2.7 die Teilnahme der Physiotherapie an Visiten und interdisziplinärer Abstimmung im Behandlungsteam gefordert.

Es erfolgt postoperativ eine Verlegung an einen anderen Standort. Muss bei den interdisziplinären Visiten bzw. Teambesprechungen am neuen Standort eine Ansprechpartnerin bzw. ein Ansprechpartner der (Unfall-)chirurgie aus der verlegenden Klinik teilnehmen?

17. Juni 2024

Nein. Die QSFFx-RL fordert die Beteiligung von Fachärztinnen bzw. -ärzten mit der spezifisch geforderten Qualifikation. Eine Personenbindung besteht nicht, weshalb sie auch durch unterschiedliche Personen erfolgen kann.

Muss bei interdisziplinären Visiten/Teambesprechungen zwingend eine Fachärztin bzw. ein Facharzt teilnehmen oder genügt ein Assistenzarzt?

17. Juni 2024

Für alle Facharztbezeichnungen gilt gemäß § 3 Absatz 4 QSFFx-RL, dass sie sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer richten. Assistenzärztinnen und -ärzte in Weiterbildung sind damit nicht vom Regelungsumfang der QSFFx-RL erfasst.

Verlegung

Ist ein Kooperationsvertrag bei Verlegung an einen anderen Standort erforderlich? Was müssen die verlegenden Krankenhäuser beachten?

17. Juni 2024

Wird eine Patientin oder ein Patient nach erfolgter operativer Versorgung im Rahmen einer Kooperation zur Durchführung oder Fortsetzung der postoperativen Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur an einen anderen Standort verlegt, sind an diesem Standort für die Dauer der postoperativen Versorgung gemäß § 4 Absatz 7 i.V.m § 5 Absatz 5 die strukturellen und prozessualen Mindestanforderungen vorzuhalten. Der verlegende Standort (Primärversorger) trägt bei einer Verlegung Sorge dafür, dass die Patientinnen und Patienten nur an einen kooperierenden Standort verlegt werden, welcher sicherstellen kann, dass die strukturellen und prozessualen Mindestanforderungen erfüllt werden. Dies ist vom verlegenden Standort zu dokumentieren (bspw. in der jeweiligen Patientenakte oder übergeordnet im Rahmen einer vorliegenden Kooperationsvereinbarung).

Wie kann die Vorgabe des „Sorgetragens“ bei Verlegung erfüllt werden?

17. Juni 2024

Die Tatsache, dass die QSFFx-RL keine bestimmten Mittel zur Konkretisierung des „Sorgetragens“ vorschreibt, entspricht dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, da gerade auf diese Weise ein übermäßiger Eingriff in das Vertragsrecht bzw. die spezifische Konstellation des Einzelfalls vermieden wird.

Um der Verpflichtung des „Sorgetragens“ hinreichend nachzukommen, empfiehlt es sich, schriftliche Kooperationsvereinbarungen zu schließen und die Offenlegung von Dienstplänen und Qualifikationsnachweisen als eine selbstständige vertragliche Nebenleistungspflicht zu vereinbaren. In der Kooperationsvereinbarung sollte dann auch geregelt sein, dass der Primärversorger diese Informationen gegenüber dem MD als Nachweis nutzen darf. Auf Seiten des Sekundärversorgers sind die betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hierüber ggf. zu informieren. Das konkrete Vorgehen sollte hausintern mit dem zuständigen Datenschutzbeauftragten abgesprochen werden. Gleichzeitig ist jedoch zu betonen, dass der G-BA neben der Möglichkeit von Kooperationsvereinbarungen bewusst auch auf die Möglichkeit zur Dokumentation in der jeweiligen Patientenakte abstellt. Insbesondere im Zusammenhang mit Kapazitätsengpässen oder einer wohnortnahen Versorgung kann im Einzelfall eine Verlegung an einen nicht kooperierenden Standort begründet sein.

Wie kann die Vorgabe „für die Dauer der postoperativen Versorgung“ bei Verlegung definiert werden?

17. Juni 2024

Gemäß der Tragenden Gründe vom 22. Juni 2022 bezieht sich die postoperative Versorgung auf die weitere Versorgung des Patienten bzw. der Patientin hinsichtlich der hüftgelenknahen Femurfraktur. Behandlungen der Patienten aufgrund weiterer Erkrankungen mit anderen Behandlungsschwerpunkten (bspw. Herzinfarkt oder Schlaganfall) zählen nicht zur postoperativen Versorgung der Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur und sind nicht von den Regelungen der QSFFx-RL umfasst.

Die Verlegung in die postoperative Versorgung betrifft damit die Krankenhausbehandlung, mithin die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung als Akutbehandlung. Sie betrifft jedoch nicht einen Wechsel der Sektoren in eine stationäre geriatrische Reha.

Folgen der Nichterfüllung der Mindestanforderungen

Was passiert, wenn Mindestanforderungen nicht eingehalten werden?

17. Juni 2024

Im Fall einer Nichterfüllung von Mindestanforderungen darf die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß § 7 Absatz 1 QSFFx-RL in der Einrichtung über die Diagnostik und Erstversorgung hinaus nicht erfolgen. Gemäß § 7 Absatz

2 QSFFx-RL 1 führt die Nichterfüllung von Mindestanforderungen zudem zu einem Wegfall des Vergütungsanspruchs.

Wird jede Nichterfüllung mit einem Vergütungswegfall sanktioniert?

17. Juni 2024

Das Landessozialgericht Sachsen-Anhalt hat mit Urteil vom 12. Oktober 2023 (L 6 KR 75/21) über die Frage entschieden, welche Rechtsfolgen es für Krankenhäuser hat, wenn sie Mindestanforderungen aus Qualitätssicherungsrichtlinien nicht einhalten. Nach Ansicht des Gerichts führt dies nicht automatisch zu einem vollständigen Wegfall des Vergütungsanspruches.

Nach Auffassung des LSG Sachsen-Anhalt obliegt es damit der Regelungskompetenz des G-BA, ob er jede in einer Qualitätssicherungs-Richtlinie enthaltene Vorgabe als Mindestanforderung einstuft und deren Nichterfüllung mit Vergütungswegfall sanktioniert, dies unterlässt oder weitere Differenzierungen vornimmt. § 137 Absatz 1 SGB V verlangt grundsätzlich ein abgestuftes Sanktionssystem, wenn Vorgaben einer Qualitätssicherungs-Richtlinie nicht eingehalten werden, die teilweise beschrieben werden. Die Sanktionen müssen zudem verhältnismäßig und angemessen sein. Der vollständige Wegfall des Vergütungsanspruches ist grundsätzlich das schärfste Sanktionsmittel. Damit ist eine Rechtsprechung, wonach es immer zum vollständigen Vergütungsverlust kommt, nicht vereinbar. Der G-BA hat einen solchen vollständigen Wegfall der Vergütung unter anderem in § 7 Absatz 2 QSFFx-RL normiert.

Gemäß § 7 Absatz 2 QSFFx-RL ist entscheidend, ob die Mindestanforderungen zum Zeitpunkt der Aufnahme, der Operation und der Verlegung zur Durchführung oder Fortsetzung der postoperativen Versorgung eingehalten werden. Abweichungen, die zwischen diesen Zeitpunkten liegen, können formal damit nicht zu einem vollständigen Vergütungswegfall führen. Zusätzlich ist folgend dem Urteil des LSG Sachsen-Anhalt zu diskutieren, ob sich die festgestellte Abweichung auf die Nichterfüllung von Mindestanforderungen der QSFFx-RL bezieht. Dies betrifft insbesondere die in § 5 QSFFx-RL genannten Mindestanforderungen an die Prozessqualität. Demnach sind vom Krankenhaus insbesondere für typische Hindernisse verbindliche, interdisziplinär abgestimmte, schriftliche und jederzeit verfügbare Standard Operating Procedures (SOP) entsprechend dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens zu erstellen. In diesem Zusammenhang legt der G-BA Mindestregelungsinhalte fest. Wird im Einzelfall von den SOP abgewichen, sind die Gründe in der Patientenakte zu dokumentieren.

Es ist daher zu prüfen, ob sich der festgestellte Mangel auf eine Mindestanforderung der QSFFx-RL bezieht. Strittig ist beispielsweise die Frage zur Operationalisierung der täglich verfügbaren und einsatzfähigen Physiotherapie. Eine Operationalisierung ist der QSFFx-RL auf prozessualer Ebene nicht zu entnehmen. Vielmehr sind der Einsatz der Physiotherapie, konkrete Maßnahmen, Art und Frequenz der Anwendungen in den SOPs zu regeln. Es kann es nicht die Intention des Normgebers gewesen sein, auch bei leichten Abweichungen einen vollständigen Vergütungswegfall als schärfstes Sanktionsmittel einzusetzen, denn das Sanktionsmittel muss verhältnismäßig und angemessen sein. Im Einzelfall können sich Widerspruch und Klage gegen Wegfall der Vergütung mit Verweis auf das abgestufte Sanktionssystem lohnen. i