

Gemeinsames Positionspapier von BV Geriatrie, DGG und KCG zur Auslegung der QSFFx-RL: Gewährleistung täglich geriatrischer Kompetenz ab 01.01.2027

(Stand 14.09.2026)

Hintergrund

Die Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) legt Mindestanforderungen an die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur fest, um die Versorgungsqualität im Krankenhaus zu verbessern. Da für die Wirksamkeit orthogeriatrischer Zusammenarbeit in der Behandlung älterer Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknahen Femurfrakturen belastbare Evidenz aus Metaanalysen vorliegt, hat der G-BA in der Richtlinie u. a. strukturelle und prozessuale Mindestanforderungen an eine orthogeriatrische Zusammenarbeit festgelegt. Alle prüfungsrelevanten Anforderungen können der jeweils aktuellen Richtlinienversion entnommen werden. Dieses Positionspapier bezieht sich in erster Linie auf die Gewährleistung täglich geriatrischer Kompetenz gemäß § 4 Absatz 5 der Richtlinie. Die nachfolgenden Empfehlungen basieren auf dem Wortlaut der Richtlinie sowie dem systematischen Zusammenhang der Regelungen gemäß der Tragenden Gründe.

Vorgaben des Normgebers

Gemäß § 4 Absatz 5 der Richtlinie ist für Patientinnen und Patienten mit positivem geriatrischen Screening täglich geriatrische Kompetenz für die perioperative Versorgung zu gewährleisten. Diese hat durch eine fachärztliche Person mit geriatrischer Kompetenz (Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie, Facharzt mit der Schwerpunktbezeichnung Geriatrie, Facharzt mit der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie, Facharzt mit der fakultativen Weiterbildung klinische Geriatrie, Facharzt mit Fachkunde Geriatrie) zu erfolgen, welche Teil des behandelnden unfallchirurgisch-geriatrischen multiprofessionellen Teams ist. Die Kompetenz kann auch im Weg einer Kooperation, auch mit Vertragsärztinnen und -ärzten, gewährleistet werden. Eine telemedizinische Gewährleistung der täglichen geriatrischen Kompetenz ist dabei nach § 4 Absatz 5 der Richtlinie unter Einhaltung des § 7 Absatz 4 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) nicht ausgeschlossen.¹ Nach einem positivem geriatrischen Screening (gemäß Anlage 2 Standard operating procedure (SOP) 2.2.5.) hat die frühzeitige Einbindung einer fachärztlichen Person mit geriatrischer Kompetenz in den Behandlungsverlauf zu erfolgen.²

Gemäß § 12 Absatz 1 der Richtlinie erfolgt die Umsetzung dieses Merkmals stufenweise. Abweichend von § 4 Absatz 5 kann bis 6 Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie am 01.01.2021 die geriatrische Kompetenz auf Anforderung im Sinne eines Konsils sichergestellt werden.

Operationalisierung ab 01.01.2027

Gemäß § 12 Absatz 1 der Richtlinie läuft die zuvor genannte Übergangsregelung zum 31.12.2026 aus, sodass ab dem 01.01.2027 ein geriatrisches Konsil auf Anforderung nicht mehr ausreicht.

¹ Vgl. G-BA (2024): Häufig gestellte Fragen und ihre Antworten zur Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL). Kapitel II, Frage 3. Stand 8. Mai 2024. Abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5437/2024-05-08_FAQ-Liste_QSFFx-RL.pdf

² Vgl. G-BA (2019): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur. Stand 22. November 2019. Seite 7. Abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6714/2019-11-22_2020-03-27_2020-04-16_2020-11-20_QSFFx-RL_Erstfassung_konsolidiert_TrG.pdf

Im Vordergrund steht dann eine verbindlich organisierte, integrative orthogeriatrische Zusammenarbeit mit geteilter, prozessbegleitender Verantwortung für die Patientinnen und Patienten. Die konkrete Ausgestaltung der Zusammenarbeit hängt dabei wesentlich von den lokalen Gegebenheiten und dem jeweiligen Versorgungsmodell ab und ist in der SOP 2.6³ festzulegen. Zur Gewährleistung einer täglich verfügbaren geriatrischen Kompetenz und ihrer frühzeitigen Einbindung in den Behandlungsverlauf sind die nachfolgenden Mindeststandards und allgemeinen Grundsätze der Behandlung einzuhalten:

Bei allen Patientinnen und Patienten mit einem Alter ≥ 70 Jahren muss frühzeitig i.d.R. bei Aufnahme anhand eines validierten Erhebungsinstrumentes ein Screening mit dem Zweck der Identifikation geriatrischer Patientinnen und Patienten erfolgen.⁴ Im Falle eines positiven geriatrischen Screenings ist die zeitnahe Einbindung geriatrischer Kompetenz und die Einleitung einer integrierten orthogeriatrischen Zusammenarbeit ab dem 01.01.2027 obligat. Aufgrund der geforderten täglichen Verfügbarkeit hat die Einbindung geriatrischer Kompetenz innerhalb von 24 Stunden nach positivem geriatrischen Screening zu erfolgen. Referenzstandard im Sinne des § 7 Absatz 4 Satz 1 MBO-Ä ist die Beratung und Behandlung im persönlichen Kontakt.

Unterstützend ist im Sinne des § 7 Absatz 4 Satz 2 MBO-Ä eine telemedizinische Gewährleistung der geriatrischen Kompetenz zulässig. Ärztinnen und Ärzte dürfen demnach unterstützend über telemedizinische Kommunikationsmedien ärztlich beraten und behandeln, soweit mindestens einer oder einem an der Behandlung beteiligten Ärztin oder Arzt die Patientin oder der Patient sowie der krankhafte Zustand bzw. die Beschwerden aufgrund einer persönlichen Untersuchung bekannt sind. Das bedeutet, dass im Rahmen der orthogeriatrischen Zusammenarbeit die initiale Einbindung geriatrischer Kompetenz in den Behandlungsverlauf auch telemedizinisch erfolgen kann, ohne dass geriatrieseitig ein unmittelbarer Patientenkontakt gegeben sein muss, da mehrere Ärztinnen und Ärzte integrativ in die Behandlung eingebunden sind. Bei der Wahl des Kommunikationsmediums ist dabei sicherzustellen, dass die über die eingesetzten Kommunikationsmedien erhobenen Daten für eine medizinisch fachgemäße und sorgfältige Behandlung bzw. Beratung ausreichend sind.⁵ Ein ausschließliches ärztliches Telefonat erfüllt die Anforderungen der telemedizinischen Einbindung nicht. Die initiale telemedizinische Einbindung kann aus fachlicher Sicht sorgfältig erfolgen, wenn mindestens

- eine Kommunikation zwischen zwei Ärztinnen bzw. Ärzten mittels elektronischen Austausches der patientenbezogenen, medizinischen Fragestellung sowie der sonstigen, für die telemedizinische Beurteilung der medizinischen Fragestellung relevanten Patienteninformationen erfolgt,
- eine digitale Möglichkeit zur Einsichtnahme in die Patientenakte vorliegt oder die relevanten Patienteninformationen elektronisch über einen zulässigen Dienst im Sinne des § 2 der Telekonsilien-Vereinbarung gemäß § 367 Absatz 1 SGB V⁶ ausgetauscht werden und eine ordnungsgemäße Dokumentation erfolgt,

³ Vgl. G-BA (2019): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur. Stand 22. November 2019. Seite 8. Abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6714/2019-11-22_2020-03-27_2020-04-16_2020-11-20_QSFFx-RL_Erstfassung_konsolidiert_TrG.pdf

⁴ Vgl. Begutachtungsleitfaden G-BA-Richtlinien-Kontrollen (2025): Strukturmerkmalsbewertung Nummer 46. Version 2025.1. Abrufbar unter: https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGL_G-BA_MD-QK-RL_2025-1_2025-07-01.pdf

⁵ Vgl. Bundesärztekammer (2019): Hinweise und Erläuterungen zu § 7 Abs. 4 MBO-Ä – Behandlung im persönlichen Kontakt und Fernbehandlung. Seite 3. Stand 22.03.2026. Abrufbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Recht/_Bek_BAEK_Fernbehandlung_Online_FINAL_10.12.2020.pdf

⁶ Vgl. GKV-SV, DKG, KV (2020): Vereinbarung gemäß § 367 Absatz 1 SGB V über technische Verfahren zu telemedizinischen Konsilien (Telekonsilien-Vereinbarung). Abrufbar unter: https://www.dkgev.de/fileadmin/Mediapool/2_Themen/2.1_Digitalisierung_Daten/2.1.3._Elektronische_Datenuebermittlung/Telekonsilien-Vereinbarung.pdf

- die Patientin oder der Patient vor Ort persönlich ärztlich untersucht wurde (diese Untersuchung muss nicht durch die telemedizinisch eingebundene Geriaterin oder den telemedizinisch eingebundenen Geriater erfolgen),
- der Gebrechlichkeitszustand (Frailty) vor Klinikaufnahme (z. B. mit der Clinical Frailty Scale) sowie das Delirrisiko mit geeigneten Verfahren erhoben wurden und
- Vitalparameter, relevante Untersuchungsbefunde, Medikation, Laborwerte und relevante Vorinformationen (insbesondere Diagnosen) vollständig vorliegen.

Bei initial ausschließlich telemedizinischem Einbezug der geriatrischen Kompetenz ist aus fachlicher Sicht spätestens nach 72 Stunden⁷ nach geriatrischem Erstkontakt eine Beratung und Behandlung im persönlichen Kontakt nachzuholen. Bei erforderlichem (früh)rehabilitativem Behandlungsbedarf ist unter Berücksichtigung der lokalen Gegebenheiten eine frühzeitige Verlegung in die Geriatrie anzustreben.

Regelungen, die für die gesamte perioperative Versorgung nur eine telemedizinische Gewährleistung der geriatrischen Kompetenz vorsehen, sind nicht mit § 7 Absatz 4 Satz 3 MBO-Ä vereinbar.

Zusammenfassung

- Bei allen Patientinnen und Patienten mit einem Alter ≥ 70 Jahren muss frühzeitig i.d.R. bei Aufnahme anhand eines validierten Erhebungsinstrumentes ein Screening mit dem Zweck der Identifikation geriatrischer Patientinnen und Patienten erfolgen.
- Bei positivem geriatrischen Screening ist die Einbindung geriatrischer Kompetenz innerhalb von 24 Stunden nach positivem geriatrischen Screening und die Einleitung einer integrierten orthogeriatrischen Behandlung obligat.
- Referenzstandard im Sinne des § 7 Absatz 4 Satz 1 MBO-Ä ist die Beratung und Behandlung im persönlichen Kontakt.
- Eine telemedizinische Gewährleistung der geriatrischen Kompetenz ist im Sinne des § 7 Absatz 4 Satz 2 MBO-Ä unterstützend zulässig. Dies schließt die initiale Einbindung geriatrischer Kompetenz in den Behandlungsverlauf ein. Bei der Wahl des Kommunikationsmediums (bspw. videobasierte synchrone Telemedizin) ist sicherzustellen, dass die über die eingesetzten Kommunikationsmedien erhobenen Daten für eine medizinisch fachgemäße und sorgfältige Behandlung bzw. Beratung ausreichend sind.
- Bei initial ausschließlich telemedizinischem Einbezug der geriatrischen Kompetenz ist spätestens nach 72 Stunden nach geriatrischem Erstkontakt eine Beratung und Behandlung im persönlichen Kontakt nachzuholen.
- Bei erforderlichem (früh)rehabilitativem Behandlungsbedarf ist unter Berücksichtigung der lokalen Gegebenheiten eine frühzeitige Verlegung in die Geriatrie anzustreben.
- Regelungen, die für die gesamte perioperative Versorgung nur eine telemedizinische Gewährleistung der geriatrischen Kompetenz vorsehen, sind nicht mit § 7 Absatz 4 Satz 3 MBO-Ä vereinbar.

⁷ Vgl. British geriatrics society (2019): The care of the older or frail orthopaedic trauma patient. Abrufbar unter: <https://www.boa.ac.uk/static/a30f1f4c-210e-4ee2-98fd14a8a04093fe/boast-frail-and-older-care-final.pdf>