

Gutachterliche Stellungnahme:

Verfügbarkeit von Geriatern für die Umsetzung der Anforderungen der QSFFx-RL des G-BA in der Versorgung von Krankenhausfällen mit hüftgelenknaher Femurfraktur ab dem 1.1.2024



IMPRESSUM

Auftraggeber:

GKV-Spitzenverband

Gutachter:

Dr. Matthias Meinck (Kompetenz-Centrum Geriatrie)

Unter Mitarbeit von:

Dr. Friedemann Ernst (Kompetenz-Centrum Geriatrie)

Dr. Norbert Lübke (Kompetenz-Centrum Geriatrie)

Zusammenfassung

Das Auslaufen der Übergangsregelung für die Etablierung der täglich verfügbaren geriatrischen Kompetenz gemäß § 12 Abs. 1 der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur - QSFFx-RL wurde mit drei Jahren ab Inkrafttreten am 01.01.2021 etabliert (G-BA 2020a)¹. Den femurfrakturversorgenden Kliniken verblieben ab Beschluss des G-BA im Dezember 2019 gerechnet insgesamt sogar vier Jahre, um die täglich verfügbare geriatrische Kompetenz durch geriatrisch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte sicherzustellen. Die femurfrakturversorgenden Kliniken hatten damit ausreichend Zeit Kooperationen mit geriatrischen Partnern einzugehen, interne Festanstellungen von geriatrisch qualifizierten Ärztinnen und Ärzten vorzunehmen, Ärzte in Aus- und Fortbildungen zu entsenden oder sogar eine geriatrische Einheit gemäß den geriatrischen Komplexbehandlungen (OPS-Kodes 8-550* bzw. 8-98a*) am eigenen Standort zu etablieren. Auf verschiedenen Wegen wurde den femurfrakturversorgenden Standorten empfohlen sich frühzeitig und angemessen auf das Auslaufen der Übergangsregelung am 31.12.2023 vorzubereiten.

Gemäß der mit diesem Gutachten erfolgten Bestanderhebungen und der darauf aufbauenden konservativen Prognose sind mit Ablauf des Jahres 2023 insgesamt rund 4.800 geriatrisch qualifizierte Ärztinnen und Ärzten bundesweit verfügbar, von denen etwa 2.700 auf den Tätigkeitsbereich stationär und 1.700 auf den Tätigkeitsbereich ambulant entfallen. Die Anzahl geriatrisch qualifizierter Ärztinnen und Ärzte hat sich dabei in den letzten Jahren und damit auch während der Corona-Pandemie kontinuierlich und deutlich erhöht. Gegenüber dem Jahr 2018 stehen insgesamt rund 2.200 geriatrisch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte mehr zur Verfügung (im Tätigkeitsbereich stationär rund 900 Ärztinnen und Ärzte und im Tätigkeitsbereich ambulant rund 1.100 Ärztinnen und Ärzte).

Gleichzeitig ist auch die Anzahl von Geriatrie-Standorten (Krankenhaus und Rehabilitation) in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Dabei nahm die Anzahl von Krankenhausstandorten mit Abrechnung geriatrischer Komplexbehandlungen am deutlichsten zu. Es wurden insgesamt 1.137 Geriatrie-Standorte in beiden Versorgungssektoren ermittelt. Schließt man geriatrische Krankenhausstandorte mit sehr wenigen geriatrischen Komplexbehandlungen aus (< 10 Fälle mit OPS-Kode 8-550* oder < 10 Fälle mit OPS-Kode 8-98a*), so verbleibt eine Anzahl von 908 Geriatrie-Standorten. Ferner verfügen rund 1.476 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte über eine hinreichende geriatrische Qualifikation.

Als potentielle externe geriatrische Kooperationspartner für die Übernahme der in der QSFFx-RL (G-BA 2023a)² ab dem 01.01.2024 geforderten geriatrischen Kompetenz seitens geriatrisch qualifizierter Ärztinnen und Ärzte stehen damit insgesamt rund 2.400 Einrichtungen zur Verfügung (Geriatrie-Standorte und geriatrisch qualifizierte Vertragsärztinnen und -ärzten). Im Jahr 2018 waren es noch rund 1.700 Einrichtungen (Lübke, Meinck 2018)³.

Diesen 2.400 potentiellen externen geriatrischen Kooperationspartnern stehen mit Stand 2022 1.005 femurfrakturversorgende Standorte mit > 20 richtlinienrelevanten Fällen gegenüber. Gemäß der durchgeführten Prognose sind für jeden dieser femurfrakturversorgenden Standorte Ende 2023 rechnerisch 4,75 geriatrisch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte verfügbar, von denen 2,69 Ärztinnen und Ärzte allein dem Tätigkeitsbereich stationär zugeordnet sind. Damit sind rein rechnerisch ausreichend potentielle Kooperationspartner als auch geriatrisch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte verfügbar. 55% dieser 1.005 femurfrakturversorgenden Standorte verfügen durch das bereits bestehende Angebot von geriatrisch frührehabilitativen Komplexbehandlungen am eigenen Standort über geriatrisch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte und damit über eine gute Ausgangsbasis für die Erfüllung der orthogeriatrischen Anforderungen der QSFFx-RL (G-BA 2023a)².

Das Kooperationsverhältnis, also die verfügbare Anzahl geriatrisch qualifizierter Ärztinnen und Ärzte als auch die Anzahl von Geriatrie-Standorten (Krankenhaus- und Rehabilitationseinrichtungen) zu femurfrakturversorgenden Standorten variiert in den Bundesländern deutlich (0,13 bis 11,35 bzw. 0,43 bis 1,28). Fasst man alle potentiellen geriatrischen Kooperationspartner zusammen (Geriatrie-Standorte und geriatrisch qualifizierte Vertragsärztinnen und -ärzten), so ergibt sich ein Kooperationsverhältnis von 1,00 bis 12,22 in den Bundesländern. In einzelnen Bundesländern und Regionen könnte es daher auch häufiger der Unterstützung von geriatrisch qualifizierten Vertragsärztinnen und -ärzten bedürfen. Über die Kooperationsbereitschaft selbst liegen keine berichtsfähigen Informationen vor.

Aufgrund der in den letzten Jahren deutlich gestiegenen Anzahl geriatrisch qualifizierter Ärztinnen und Ärzte und der Anzahl potentieller geriatrischer Kooperationspartner, der langen Übergangszeit für die femurfrakturversorgenden Kliniken sowie dem bereits vorhanden geriatrischen Leistungsangebot bei mehr als der Hälfte der femurfrakturversorgenden Standorte mit > 20 Fällen erscheint ein Auslaufen der genannten Übergangsregelung somit möglich.

Mit dem Auslaufen der Übergangsregelung wird zudem der geplante Weg zur Etablierung orthogeriatriischer Kooperationsmodelle unterstützt, die nicht mehr nur auf geriatrischen Konsilen auf Abruf basieren und gemäß der QSFFx-RL ab dem 01.01.2027 zum Standard in der Versorgung hüftgelenknaher Frakturen im Krankenhaus werden sollen (G-BA 2023a)². Dies erscheint fachlich gut begründet, da für orthogeriatriische Kooperationsmodelle auf Abruf keine ausreichende Evidenz für die Verbesserung patientenrelevanter Endpunkte besteht.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
Inhaltsverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	7
Abkürzungsverzeichnis	8
Hintergrund	9
Auftrag	10
Methodisches Vorgehen	12
1.1 Verwendete Datengrundlagen	12
1.2 Durchgeführte Analysen	14
Ergebnisse	16
1.3 Ambulant und stationär tätige Geriater in Deutschland	16
1.4 Geriatrische Weiterbildungsstätten	21
1.5 Femurfrakturversorgende Krankenhausstandorte.....	22
1.6 Geriatric-Standorte.....	26
1.7 Vergleich der aktuellen Erhebungen mit früheren Ergebnissen und den Veränderungen im Zeitverlauf.....	31
1.8 Bewertung der Umsetzbarkeit des Auslaufens der Übergangsregelung zur täglich verfügbaren geriatrischen Kompetenz	35
Literatur.....	40

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Ärztinnen und Ärzte mit geriatrischer Qualifikation gemäß § 12 Abs. 1 QSFFx-RL (2022* = einschließlich der Fachkunde Geriatrie in Rheinland-Pfalz mit Stand 08/2023)	17
Abbildung 2	Prozentuale Zunahme der Anzahl von Ärztinnen und Ärzten mit geriatrischer Qualifikation gemäß § 12 Abs. 1 der QSFFx-RL nach Bundesländern (ohne Rheinland-Pfalz)	19
Abbildung 3	Weiterbildungsstätten Geriatrie 2023 (Quelle: www.dggeriatrie.de)	22
Abbildung 4	Verteilung von Fällen gemäß QSFFx-RL im Jahr 2022 auf die versorgenden Krankenhausstandorte (absteigend sortiert; Quelle: Krankenhausabrechnungsdaten)	23
Abbildung 5	Krankenhausstandorte mit Fällen gemäß QSFFx-RL im Jahr 2022 (Quelle: Krankenhausabrechnungsdaten): blau > 20 Fälle, gelb 11 bis 20 Fälle; orange ≤ 10 Fälle	24
Abbildung 6	Alterstraumazentren gemäß DGU in Deutschland: zertifiziert (blau) und Zertifizierung in Vorbereitung (orange) (Quelle: AUC mit Stand 11.10.2023)	25
Abbildung 7	Geriatrie-Standorte 2022 (davon Krankenhausstandorte mit > 10 OPS-Kodes 8-550* oder > 10 OPS-Kodes 8-98a*) (Quelle: Krankenhausabrechnungsdaten, QS-Reha-Verfahren der GKV, Basisdokumentation MoGeRe): Kreis = Krankenhaus, Quadrat = stat./ambulante Reha-Einrichtung, Dreieck = mobile Reha-Einrichtung	27
Abbildung 8	Gegenüberstellung femurfrakturversorgende Krankenhausstandorte mit > 20 richtlinienrelevanten Fällen (blau) und Geriatrie-Standorte (rot s. Abbildung 7) (davon Krankenhausstandorte mit > 10 OPS-Kodes 8-550* oder > 10 OPS-Kodes 8-98a*) (Quelle: Krankenhausabrechnungsdaten des GKV-SV, Teilnehmer am QS-Reha-Verfahren und der Basisdokumentation MoGeRe der GKV)	29
Abbildung 9	femurfrakturversorgende Krankenhausstandorte (N>20 Fälle; N=1.005) innerhalb (blau: N=959) und außerhalb (orange: N=46) der 20 km-Entfernungsradien der Geriatrie-Standorte (gelb: N=908) (Quelle: Krankenhausabrechnungsdaten des GKV-SV, Teilnehmer am QS-Reha-Verfahren und der Basisdokumentation MoGeRe der GKV)	30
Abbildung 10	Verhältnis potentieller geriatrischer Kooperationseinrichtungen zu femurfrakturversorgenden Standorten nach Bundesländern 2022	35

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Verwendete Datenquellen	12
Tabelle 2	Ärztinnen und Ärzte mit geriatrischer Qualifikation gemäß § 12 Abs. 1 der QSFFx-RL: nach Bundesländern: Stand 2022*	18
Tabelle 3	Prognose von Ärztinnen und Ärzten mit geriatrischer Qualifikation gemäß § 12 Abs. 1 der QSFFx-RL: nach Bundesländern 2023 und 2024	19
Tabelle 4	Verhältnis von Ärztinnen und Ärzten mit geriatrischer Qualifikation gemäß § 12 Abs. 1 der QSFFx-RL zu femurfrakturversorgenden Standorten nach Bundesländern 2023 und 2024 (Prognose)	20
Tabelle 5	Weiterbildungsstätten nach Bundesländern	21
Tabelle 6	Geriatric-Standorte 2022 (Quelle: Krankenhausabrechnungsdaten, QS-Reha-Verfahren der GKV, Basisdokumentation MoGeRe) und Krankenhausstandorte mit Fällen gemäß QSFFx-RL nach Bundesländern	28
Tabelle 7	Femurfrakturversorgende Standorte mit > 20 richtlinienrelevanten Fällen außerhalb eines Entfernungsradius zur nächstgelegenen Geriatric-Standort nach Bundesländern	31
Tabelle 8	Ärztinnen und Ärzte mit Qualifikationen gemäß § 12 Abs. 1 der QSFFx-RL	31
Tabelle 9	Geriatric Einrichtungen mit Vorhandensein von Ärztinnen und Ärzten mit Qualifikationen gemäß § 12 Abs. 1 der QSFFx-RL	32
Tabelle 10	Verhältnis potentieller geriatric Kooperations-Einrichtungen zu femurfrakturversorgenden Standorten nach Bundesländern 2022	34

Abkürzungsverzeichnis

ATZ	Alterstraumzentren
AUC	Akademie für Unfallchirurgie
BÄK	Bundesärztekammer
BVG	Bundesverband Geriatrie
DGG	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie
DGU	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten, German Modification (ICD-10-GM)
IK	Indikationskriterium
KCG	Kompetenz-Centrum Geriatrie
KH	Krankenhaus
LÄK	Landesärztekammer
MD	Medizinischer Dienst
MoGeRe	Mobile Geriatrie Rehabilitation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
QSFFx-RL	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses 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)
SGB	Sozialgesetzbuch
SOP	Standard Operating Procedure (Standardvorgehensweise)
WBS	Weiterbildungsstätte

Hintergrund

Mit der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses 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) wurden seitens des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Dezember 2019 Mindestanforderungen an Struktur- und Prozessqualität definiert. Das Inkrafttreten der QSFFx-RL erfolgte am 01.01.2021 (G-BA 2020a)¹. Die Richtlinie beinhaltet seit Erstfassung auch Anforderungen für eine umfallchirurgisch-geriatrische Kooperation. Für diese wurde in § 4 Abs. 5 als Mindestanforderung eine täglich verfügbare geriatrische Kompetenz für die perioperative Versorgung definiert und spezifiziert:

(5) ... Diese erfolgt durch einen Facharzt mit geriatrischer Kompetenz (Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie, Facharzt mit der Schwerpunktbezeichnung Geriatrie, Facharzt mit der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie, Facharzt mit der fakultativen Weiterbildung klinische Geriatrie, Facharzt mit Fachkunde Geriatrie). Er ist Teil des behandelnden umfallchirurgisch-geriatrischen, multiprofessionellen Teams. Dies kann auch im Weg einer Kooperation gewährleistet werden.

Bei Inkrafttreten der Richtlinie erschien dem G-BA eine in der Fläche ausreichende Verfügbarkeit der in § 4 Abs. 5 genannten Qualifikation noch nicht sicher gegeben (G-BA 2020b)⁴. Daher wurde im § 12 Abs. 1 eine Übergangsregelung aufgenommen, die bis zum 31.12.2023 befristet ist. Bis zum 31.12.2026 kann die täglich verfügbare geriatrische Kompetenz noch als Konsil sichergestellt werden, bevor dann diese zweite Übergangsregelung auslaufen soll.

Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) beauftragte im Rahmen der Beratungen zur Erstellung der QSFFx-RL das Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG) 2018 mit einer Bestandsaufnahme verfügbarer geriatrisch aus- und fortgebildeter Ärztinnen und Ärzte, geriatrischer Weiterbildungsstätten und geriatrischer Versorgungseinrichtungen (Lübke, Meinck 2018)³. Mit dem anstehenden Auslaufen der Übergangsregelung gemäß § 12 Abs. 1 der QSFFx-RL (G-BA 2023a)² wurde seitens des GKV-SV eine erneute gutachterliche Stellungnahme beim KCG beauftragt.

Auftrag

Auftraggeber	<p>Peter Follert Dipl.-Psych. MBA Referatsleiter Qualitätssicherung Abteilung Medizin, GKV-Spitzenverband Reinhardtstr. 28, 10117 Berlin Tel. 030 206288 - 1318 Fax: - 8316 Mob.: 01522 2651223 (peter.follert@gkv-spitzenverband.de)</p> <p>Dr. med. Cornelia Gleisberg Abteilung Medizin, GKV-Spitzenverband Reinhardtstr. 28, 10117 Berlin Tel. 030 206288 - 1318 (cornelia.gleisberg@gkv-spitzenverband.de)</p>
Ansprechpartner bei Auftraggeber	Dr. Cornelia Gleisberg
Auftragsdatum	18.07.2023
Thema	Verfügbarkeit von Geriatern für die Umsetzung der Anforderungen der QSFFx-RL des G-BA in der Versorgung von Krankenhausfällen mit hüftgelenknaher Femurfraktur ab dem 1.1.2024
Verwendungszusammenhang für den Auftrag	Vorbereitungen von Beratungen in der AG Femurfraktur des Gemeinsamen Bundesausschusses zur weiteren Ausgestaltung der orthogeriatrischen Kooperation bei der Versorgung von Krankenhausfällen mit hüftgelenknaher Femurfraktur
Auftragserwartung	<ul style="list-style-type: none"> - Bestimmung der aktuellen Anzahl sowohl im ambulanten wie auch stationären Bereich tätiger Geriater in Deutschland (ggf. bundeslandbezogen) - Bestimmung der aktuellen Anzahl an Weiterbildungsstätten, Weiterbildungsberechtigten in Deutschland (bundeslandbezogen) - aktuelle bundesweite Darstellung der Standorte orthopädisch- unfallchirurgischer „Femurfrakturversorger“ und der Geriatrie (Krankenhaus/ Rehabilitation) - Vergleich der aktuellen Erhebungen mit früheren Ergebnissen und den Veränderungen im Zeitverlauf (Anzahl Geriater, Weiterbildungsstätten/Weiterbildungsberechtigte und Versorgungseinrichtungen) - Bewertung der Umsetzbarkeit des Auslaufens der Übergangsregelung gemäß § 12 Abs. 1 der QSFFx-RL des G-BA ab dem 1.1.2024
Spezifizierung des Auftrages	Darstellung der orthopädisch-unfallchirurgischen „Femurfrakturversorger“ und der Geriatrie mittels eines geografischen Informationssystems (z.B. Regiograph)
erste Rücksprache mit Auftraggeber spätestens nach:	bei Bedarf

methodische Hinweise	<p>Die Abfrage von länderbezogenen Daten der Ärztestatistik erfolgt durch den Auftraggeber bei der Bundesärztekammer, welche die Datenlieferungen für die Bundesstatistik von den Landesärztekammern erhält. Ein Einbezug in das Gutachten erfolgt bei fristgerechtem Vorliegen dieser Daten.</p> <p>Für die standortbezogenen Analysen werden Abrechnungsdaten für den Krankenhausbereich und Daten aus dem QS-Reha-Verfahren für den Rehabilitationsbereich seitens des Auftraggebers zur Verfügung gestellt.</p>
Umfang	kompakte, weitgehend grafisch gehaltene Ergebnisdarstellung
primärer Adressatenkreis	Vertreter des GKV-SV und ggf. weiterer Kassenverbände auf Bundesebene in der AG Umsetzung der QSFFx-RL des G-BA.
gewünschter Fertigstellungstermin	15.10.2023

Methodisches Vorgehen

1.1 Verwendete Datengrundlagen

Eine Übersicht der verwendeten Datenquellen wurde in Tabelle 1 zusammengestellt. Daten zu geriatrisch **qualifizierten Ärztinnen und Ärzten (Geriatern)** wurden seitens der Bundesärztekammer (BÄK) differenziert nach einzelnen Landesärztekammern (Bundesländern) mit Stand 31.12.2022 für die Jahre 2015 bis 2022 als Sonderauswertung der Bundesärztestatistik (<https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztestatistik/2022>) zur Verfügung gestellt. Zusätzlich wurden Zahlen zu Ärztinnen und Ärzten mit der Fachkunde Geriatrie von der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz eingeholt, die jedoch lediglich den aktuellen Stand zum August 2023 wiedergeben. Einbezogen wurden alle in § 12 Abs. 1 der RL-QSFF (G-BA 2023a)² aufgeführten erwerbbaeren geriatrischen Qualifikationen:

- Fachärzte Innere Medizin und Geriatrie oder Schwerpunkt Geriatrie
- Fachärzte mit Zusatz-Weiterbildung Geriatrie
- Fachärzte mit Fachkunde Geriatrie

Ausgeschlossen wurden damit Fachärzte mit der nur in Hessen erwerbbaeren Zusatz-Weiterbildung Ambulante Geriatrie, da diese die Qualifikationsanforderungen der Richtlinie nicht erfüllen. Die fakultative Weiterbildung klinische Geriatrie ist in der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie aufgegangen und wird daher in den Ärztestatistiken auf Landes- und Bundeebene nicht mehr separat ausgewiesen.

Differenziert wurde wie im Auftrag explizit formuliert und soweit möglich zusätzlich nach den Tätigkeitsbereichen ambulant und stationär. Ferner wurde die Entwicklung anhand von Zeitreihen in absoluten und relativen Veränderungen dargestellt. Die Entwicklungen der einzelnen geriatrischen Qualifikationen war nicht Gegenstand des Auftrags und wurde daher nicht näher betrachtet.

Tabelle 1 Verwendete Datenquellen

Bereich	Quelle	Stand
Ärztinnen/Ärzte mit geriatrischer Qualifikation		
- Facharzt Innere Medizin und Geriatrie	Ärztestatistik der BÄK	12/2022
- Schwerpunkt Geriatrie	Ärztestatistik der BÄK	12/2022
- Zusatz-Weiterbildung Geriatrie	Ärztestatistik der BÄK	12/2022
- Fachkunde Geriatrie	LÄK Rheinland-Pfalz	08/2023
Femurfrakturversorgende Krankenhausstandorte*		
- vollstationär	Krankenhausabrechnungsdaten	2022
AltersTraumZentren DGU	Alterstraumaregister der AUC	10/2023
Geriatrische Krankenhausstandorte:		
- vollstationär (Abrechnung OPS-Kode 8-550*)	Krankenhausabrechnungsdaten	2022
- teilstationär (Abrechnung OPS-Kode 8-98a*)	Krankenhausabrechnungsdaten	2022
Geriatrische Rehabilitationsstandorte:		
- stationär	QS-Reha-Teilnehmer	2021-2023
- ambulant	QS-Reha-Teilnehmer	2021-2023
- mobil	GKV-Basisdokumentation MoGeRe	2022
Weiterbildungsstätten Geriatrie	DGG	08/2023

* Krankenhausstandorte mit richtlinienrelevanten Leistungen

Femurfrakturversorgende und geriatrische Krankenhausstandorte wurden seitens des GKV-SV mittels Auswertungen von Krankenhausabrechnungsdaten identifiziert. Die femurfrakturversorgenden Standorte wurden anhand der fallbasierten Vorgaben gemäß Anlage 1 der QSFFx-RL (Kodes aus ICD und OPS) und der Ableitung eines Mindestalters der Versicherten von 18 Jahren entsprechend der Formulierung „Erwachsenenalter“ in § 1 der QSFFx-RL in den Krankenhausabrechnungsdaten identifiziert; G-BA 2023a)². Mit Beschluss vom 17.08.2023 des G-BA erfolgte aktuell – vorbehaltlich der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit - die Klarstellung, dass Periimplantatfrakturen nicht von der QSFFx-RL umfasst sind (G-BA 2023b)⁵. Periimplantatfrakturen (periosteosynthetische und periprothetische Frakturen) können jedoch derzeit von den Krankenhäusern nicht spezifisch kodiert werden und damit auch nicht in den Krankenhausabrechnungsdaten erkannt werden. Gleiches gilt für die von QSFFx-RL nicht eingeschlossenen intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfrakturen, sofern diese mit den in der Anlage 1 der QSFFx-RL aufgeführten ICD- und OPS-Kodes von den versorgenden Krankenhäusern abgerechnet werden. Hierdurch kommt es zu einer gewissen Überschätzung der Fallzahl, weniger der Anzahl femurfrakturversorgender Standorte mit richtlinienrelevanten Fällen.

Alterstraumatologische Zentren sind Einrichtungen, die besonders auf die Frakturversorgung im höheren Lebensalter ausgerichtet sind. Seitens der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) werden über die Internetseiten der Akademie für Unfallchirurgie (AUC) alle Standorte von ihr zertifizierter AltersTraumaZentren (ATZ) (<https://map.traumaportal-dgu.de/maps/alterstraumazentren.html>) tagesaktuell aus dem Alterstraumaregister generiert und veröffentlicht. Auf Anfrage wurden die Daten von der AUC freundlicher Weise in einer Exceldatei mit Stand 11.10.2023 dem KCG zur Verfügung gestellt. Vergleichbare standortbezogene Daten über das zweite deutsche Zertifizierungsverfahren (Trägerschaft des Bundesverbands Geriatrie, der DGG und der DGGG) sind hingegen öffentlich nicht verfügbar und liegen dem KCG nicht vor.

Geriatrische Krankenhausstandorte wurden anhand kodierter geriatrischer Komplexbehandlungen (OPS 8-550* und 8-98a*) identifiziert. Die Abrechnung der Krankenhausfälle mittels einer geriatricspezifischen DRG wurde nicht als zusätzliche Bedingung definiert. Damit wurden sowohl Standorte mit voll- als auch teilstationärem geriatrischen Leistungsangebot erfasst. **Geriatrische Rehabilitationsstandorte** wurden anhand teilnehmender Einrichtungen am gesetzlich verpflichtenden Qualitätssicherungsverfahren nach § 135a Abs. 2 Nr. 1 SGB V in der Indikation Geriatrie identifiziert. Hierfür wurden seitens des GKV-SV eine entsprechende Adressdatei mit den teilnehmenden Einrichtungen der letzten Erhebungsrunde, Jahre 2021-2023, zur Verfügung gestellt. Damit wurden alle einrichtungsgebundenen Rehabilitationseinrichtungen (stationär und ambulant) in der Indikation Geriatrie erfasst. Zusätzlich wurden aus der Basisdokumentation zur mobilen geriatrischen Rehabilitation teilnehmende Einrichtungen mit Datenlieferungen im Jahr 2022 einbezogen, da diese nicht in das QS-Reha-Verfahren der GKV integriert sind. Entsprechende Daten lagen dem KCG bereits vor.

Weiterbildungsstätten Geriatrie wurden den Internetseiten der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) entnommen (www.dggeriatrie.de). Der Fokus liegt hier aufgrund der Perspektive der Fachgesellschaft auf dem Fach Geriatrie auf den Möglichkeiten zum Erwerb des Facharztes Innere Medizin und Geriatrie und dem Erwerb der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie und damit nicht auf einem Schwerpunkt Geriatrie oder der Fachkunde Geriatrie. Der Datenabruf erfolgte im Zeitraum 21.-24.08.2023. Verfügbare Merkmale waren Name der Klinik, Abteilung, Praxis sowie der Name des/der Weiterbildungsberechtigten und die Adresse mit Straße, Hausnummer und fünfstelliger PLZ. Aus dem Namen

der Einrichtung wurden Arztpraxen abgeleitet, um diese von den klinischen Weiterbildungsstätten abgrenzen zu können, die i.d.R. jeweils die vollen Weiterbildungszeiten anbieten.

1.2 Durchgeführte Analysen

Die Standorte wurden anhand von Adressdaten (Straße, Hausnummer und fünfstelliger Postleitzahl) verarbeitet. Die Standortzuordnung bei Fällen mit Standortwechseln ist nicht immer valide möglich, so dass es gerade bei Standorten mit geringen Fallzahlen zu Fehlzusordnungen kommen kann. Die Datenauswertungen erfolgten mittels Excel 2019 und IBM SPSS Statistics 21, die Erstellung kartographischer Abbildungen mit Regiograph Analyse 2019.

Die Auswertungen fokussieren auf **femurfrakturversorgende Standorte** mit ≥ 20 richtlinienrelevanten Fällen, da davon auszugehen ist, dass für diese Standorte die Aufrechterhaltung der Versorgung zukünftig gewährleistet sein wird und damit geriatrischer Kompetenz täglich verfügbar sein muss. Damit wird auch berücksichtigt, dass Periimplatattrakturen und intraoperativ verursachte hüftgelenknahe Femurfrakturen sowie Fälle ohne Notwendigkeit des Einbezugs geriatrischer Kompetenz in die perioperative Versorgung (Versicherte ohne Anwendung des geriatrischen Screenings bzw. ohne auffälligen Befund im geriatrischen Screening) nicht ausgeschlossen werden konnten. Zusätzlich wurde für **geriatrische Krankenhausstandorte** auch eine Einschränkung auf Standorte mit > 10 Abrechnungen des OPS-Kodes 8-550* oder > 10 Abrechnungen des OPS-Kodes 8-98a* vorgenommen. Geolokalisierte Datenanalysen zu **geriatrisch qualifizierten Vertragsärztinnen und -ärzten** konnten nicht durchgeführt werden, da hierfür keine Daten vorlagen.

Mittels Regiograph Analyse 2019 wurden Entfernungsradien für alle Geriatrie-Standorte berechnet. Hierbei wurde die Radien 20 km und 15 km gewählt, die sich eher an den Gegebenheiten außerhalb von Ballungsgebieten orientieren, in denen weniger geriatrische Kooperationspartner zur Verfügung stehen, aber i.d.R. Distanzen schneller zurückgelegt werden können. Die Anzahl femurfrakturversorgender Standorte außerhalb der definierten Entfernungsradien des jeweils nächstgelegenen Geriatrie-Standortes wurde in Tabelle 7 nach Bundesländern zusammengefasst. Die femurfrakturversorgenden Standorte innerhalb und außerhalb des Entfernungsradius zum nächstgelegenen Geriatrie-Standort (20 km) wurde auch kartographisch dargestellt (Abbildung 9). Eigene Möglichkeiten zur Ermittlung der deutlich aussagefähigeren Fahrzeitradien (z.B. 30 Minuten) bestehen beim KCG nicht.

Die Entwicklung von geriatrisch qualifizierten Ärztinnen und Ärzten gemäß § 12 Abs. 1 der QSFFx-RL der Jahre 2015 bis 2022 wurde mit dem mittleren jährlichen Zuwachs im jeweiligen Bundesland für die Jahre 2023 und 2024 linear fortgeschrieben und als **Prognose** gekennzeichnet. Lediglich für Rheinland-Pfalz wurde abweichend verfahren, da die Zahlen zur Fachkunde Geriatrie nicht längsschnittlich vorlagen (lediglich Stand August 2023) und der umfangreiche Erwerb durch eine großzügige Übergangsregelung bei Einführung zu einer Verzerrung geführt hätte. Hier wurden für die Prognose lediglich die Zuwächse der anderen geriatrischen Qualifikationen (Facharzttitel und Zusatz-Weiterbildung Geriatrie) berücksichtigt. Die Prognose ist insgesamt aufgrund des verwendeten Berechnungsverfahrens als eher neutral einzuschätzen, könnte also sowohl unter- als auch übertroffen werden.

Es erfolgte zudem eine Gegenüberstellung vorhandener geriatrisch qualifizierter Ärztinnen und Ärzte gemäß § 12 Abs. 1 der QSFFx-RL (G-BA 2023a)² bzw. identifizierter Geriatrie-Standorte mit den vorhandenen femurfrakturversorgenden Standorten mit > 20 richtlinienrelevanten Leistungen differenziert nach Bundesländern, die als **Kooperationsverhältnis** bezeichnet werden. Die Ergebnisse beschreiben, wie viele geriatrisch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte bzw. Geriatrie-Standorte i.S. potentieller Kooperationspartner auf einen femurfrakturversorgenden Standort im jeweiligen Bundesland bzw. bundesweit entfallen. Diese Ergebnisse können Bundesländer mit günstigen und weniger günstigen Kooperationsmöglichkeiten identifizieren, auch wenn nicht alle femurfrakturversorgenden Standorte überhaupt eine (externe) Kooperation benötigen, sofern am eigenen Standort bereits eine etablierte geriatrische Versorgung existiert.

Ergebnisse

1.3 Ambulant und stationär tätige Geriater in Deutschland

Die nachfolgende Aufstellung ambulant und stationär tätiger Geriater folgt den in § 12 Abs. 1 der QSFFx-RL aufgeführten Qualifikationsanforderungen (G-BA 2023a)². Neben den beiden Tätigkeitsbereichen ambulant und stationär wird auch die Gesamtanzahl der jeweiligen Qualifikationen berichtet. Andere Tätigkeitsbereiche sowie nicht berufstätige Ärztinnen und Ärzte werden nicht gesondert ausgewiesen. Soweit möglich, erfolgt auch eine Darstellung der Veränderungen im Zeitverlauf zwischen 2015 -2022. Berücksichtigt wurden folgende Qualifikationen:

1. Ärztinnen und Ärzte mit Facharzttitel Geriatrie: Seitens der geriatrischen Fachgesellschaften wird seit Jahrzehnten die Etablierung eines eigenen Facharztes im Bereich der Inneren Medizin angestrebt, welcher lediglich in drei Bundesländern etabliert wurde, ohne dass sich eine entsprechende Grundlage in der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer findet. In einzelnen Bereichen können Ärztinnen und Ärzte zudem den Schwerpunkt Geriatrie wählen. Ganz überwiegend ist das der Schwerpunkt Geriatrie im Bereich der Inneren Medizin. Nur in sehr wenigen Bundesländern gibt es darüber hinaus Schwerpunkte in den Bereichen Allgemeinmedizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie (z.B. Rheinland-Pfalz).

2. Fachärzte mit Zusatz-Weiterbildung Geriatrie: Die Zusatz-Weiterbildung Geriatrie wird in allen 16 Bundesländern angeboten und ist der langjährige Standard in der Leitung geriatrischer Abteilungen, Kliniken im Krankenhaus- und Rehabilitationsbereich. Im Anschluss an den Erwerb einer Facharztkompetenz in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung ist die 18-monatige Tätigkeit in einer Weiterbildungsstätte erforderlich. Mittlerweile wurde in vielen Landesärztekammern das Vorliegen einer Facharztanerkennung als Voraussetzung auf wenige Gebiete eingeschränkt (z.B. Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Neurologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie). Damit können Ärztinnen und Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Chirurgie die Zusatz-Weiterbildung Geriatrie grundsätzlich nicht mehr erwerben, auch wenn diese bereits vorher die absolute Ausnahme darstellten.

3. Fachärzte mit Fachkunde Geriatrie: Die Fachkunde Geriatrie besteht nur in Rheinland-Pfalz und damit in keiner weiteren Weiterbildungsordnung. Voraussetzung für den Erwerb ist eine Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung. Die Weiterbildungsinhalte sind jedoch integraler Bestandteil des jeweiligen Schwerpunkts in den Gebieten Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, sowie der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie. Damit beschränkt sich faktisch der Erwerb der Fachkunde Geriatrie auf die vier genannten Fachgebiete, was sich in den bereitgestellten Daten der LÄK Rheinland-Pfalz auch widerspiegelt.

Die initiale Übergangsregelung zum Erwerb der Fachkunde Geriatrie aus dem Jahr 2013 ist nach Verlängerung bis zum 31.12.2017 nunmehr ausgelaufen (Landesärztekammer Rheinland-Pfalz 2020)⁶. Damit muss sich nun jeder, der diese Fachkunde erwerben will, prospektiv geplant 12 Monate unter Aufsicht und Anleitung eines Weiterbildungsberechtigten für Geriatrie weiterbilden. Hinzu kommen 40 h Kursweiterbildung und 80 dokumentierte Behandlungsfälle bei Patienten mit mind. zwei geriatrischen Krankheitsbildern (Landesärztekammer Rheinland-Pfalz 2022)⁷. Nach Auskunft der LÄK Rheinland-

Pfalz hatten mit Stand vom 10.08.2023 882 Ärzte die Fachkunde erworben. Angefragte Daten zur Entwicklung der letzten Jahre konnten von der LÄK Rheinland-Pfalz leider nicht bereitgestellt werden. Es ist davon auszugehen, dass sich der sehr umfangreiche Erwerb der Fachkunde der letzten Jahre aufgrund des Auslaufens der initialen Übergangsregelung nicht weiter fortsetzen wird.

Ärztinnen und Ärzte mit geriatrischen Qualifikation gemäß § 12 Abs. 1 QSFFx-RL

Die zuvor beschriebenen drei geriatrischen Aus- und Weiterbildungsbereiche wurden aufsummiert und als Ärztinnen und Ärzte mit geriatrischer Qualifikation gemäß § 12 Abs. 1 der QSFFx-RL (G-BA 2023a)² in Abbildung 1 im Zeitverlauf dargestellt. Es zeigt sich eine stetige Zunahme von Ärztinnen und Ärzten mit entsprechender Qualifikation. Unter Berücksichtigung der nur mit Stand 08/2023 verfügbaren Fachkunde Geriatrie von Ärztinnen und Ärzten in Rheinland-Pfalz ergibt sich zudem eine deutlich höhere Gesamtanzahl für das Jahr 2022, welche gesondert in der Abbildung ausgewiesen wurde.

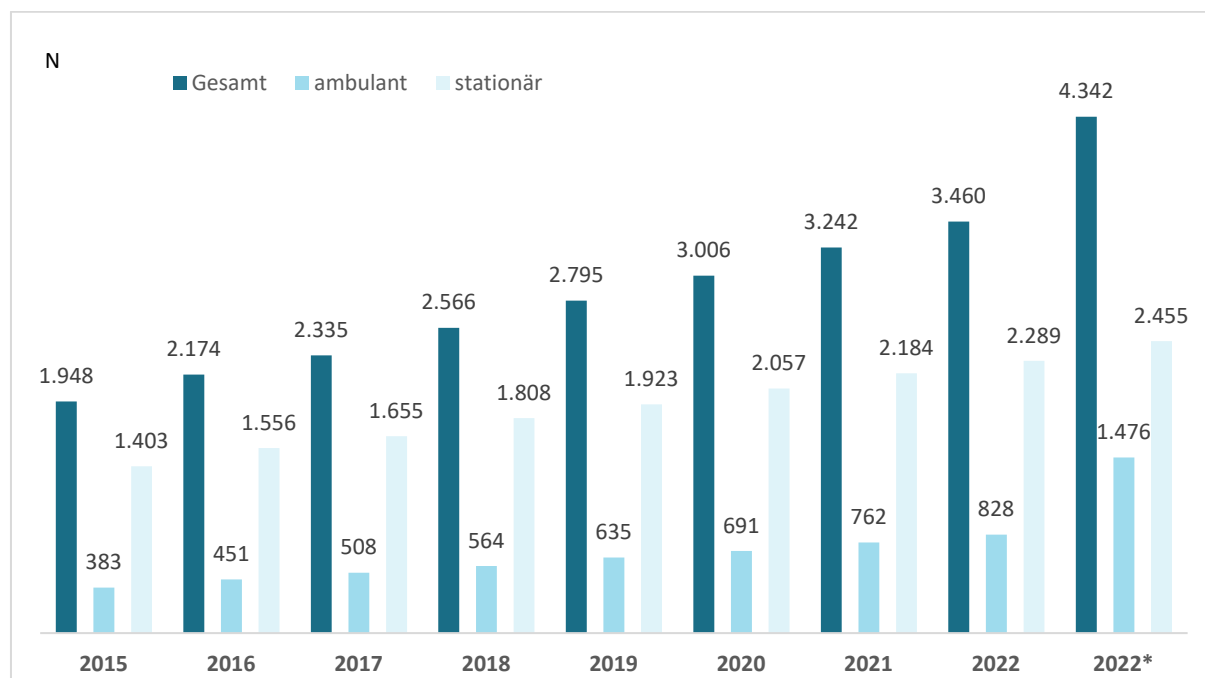


Abbildung 1 Ärztinnen und Ärzte mit geriatrischer Qualifikation gemäß § 12 Abs. 1 QSFFx-RL (2022* = einschließlich der Fachkunde Geriatrie in Rheinland-Pfalz mit Stand 08/2023)

Im Beobachtungszeitraum überwiegen Ärztinnen und Ärzte im Tätigkeitsbereich stationär. Unter Berücksichtigung der Fachkunde Geriatrie zeigt sich im Jahr 2022 jedoch eine deutliche Verschiebung zugunsten des Tätigkeitsbereichs ambulant. In Tabelle 2 wurde zusätzlich die aktuelle Anzahl von Ärzten und Ärztinnen mit geriatrischer Qualifikation gemäß § 12 Abs. 1 QSFFx-RL (G-BA 2023a)² nach Bundesländern dargestellt. Zur Darstellung der Veränderung im Zeitverlauf wurde dabei auch die prozentuale Veränderung zwischen 2015 und 2022 ermittelt.

Für Deutschland ergibt sich damit ein Zuwachs von +122,9% über die letzten sieben Jahre, wobei dieser im Tätigkeitsbereich ambulant gerade durch die Fachkunde Geriatrie mit +285,4% weitaus deutlicher ausfällt als im Tätigkeitsbereich stationär mit +74,3%. Die durchschnittliche jährliche Veränderung im

Beobachtungszeitraum beträgt damit 17,6%. Ohne Berücksichtigung der Fachkunde Geriatrie in Rheinland-Pfalz ergibt sich eine prozentuale Zunahme von +77,6% für Deutschland über die sieben betrachteten Jahre Jahr (ambulant: +116,2% und stationär: +63,2%) und damit von durchschnittlich +11,1% pro Jahr.

Tabelle 2 Ärztinnen und Ärzte mit geriatrischer Qualifikation gemäß § 12 Abs. 1 der QSFFx-RL: nach Bundesländern: Stand 2022*

Bundesländer	Gesamt		davon im Tätigkeitsbereich:			
	N	% ²	ambulant		stationär	
	N	% ²	N	% ²	N	% ²
Baden-Württemberg	342	+108,5	73	+180,8	238	+88,9
Bayern	500	+138,1	95	+196,9	360	+29,3
Berlin	192	+52,4	50	+316,7	122	+23,2
Brandenburg	122	+64,9	28	+100,0	85	+46,6
Bremen	49	+226,7	15	+200,0	25	+177,8
Hamburg	91	+106,8	20	+300,0	58	+75,8
Hessen	204	+64,5	53	+278,6	139	+49,5
Mecklenburg-Vorpommern	67	+67,5	15	+87,5	51	+64,5
Niedersachsen	79	+113,5	18	+260,0	50	+72,4
Nordrhein-Westfalen	1.018	+54,5	235	109,8	672	+34,7
Rheinland-Pfalz ¹	1.029	+1082,8	681	+7466,7	265	+282,1
Saarland	37	+76,2	2	+100,0	32	+100,0
Sachsen	169	+144,9	25	+257,1	131	+133,9
Sachsen-Anhalt	72	+89,5	13	+160,0	53	+65,6
Schleswig-Holstein	289	+35,0	137	+10,5	118	+53,2
Thüringen	82	+215,4	16	+300,0	56	+166,7
Deutschland	4.342	+122,9	1.476	+285,4	2.455	+74,3

¹ einschließlich der Fachkunde Geriatrie mit Stand 08/2023; ² prozentuale Veränderung 2015 vs. 2022

Die Veränderung in den letzten sieben Jahren variiert zwischen den Bundesländern recht deutlich, besonders im Tätigkeitsbereich ambulant (+10,5% in Schleswig-Holstein bis +7466,7% in Rheinland-Pfalz unter Berücksichtigung der Fachkunde Geriatrie) und weniger im Tätigkeitsbereich stationär (+23,2% in Berlin bis 282,1% in Rheinland-Pfalz unter Berücksichtigung der Fachkunde Geriatrie). Die prozentuale Veränderung der Gesamtanzahl von Ärztinnen und Ärzten mit Qualifikation gemäß § 12 Abs. 1 der QSFFx-RL wurde zusätzlich in Abbildung 2 grafisch dargestellt. Das Bundesland Rheinland-Pfalz wurde aufgrund der extrem hohen prozentualen Zunahme von der grafischen Darstellung ausgenommen.

Aus den in Tabelle 2 zusammengefassten prozentualen Veränderungswerten der einzelnen Bundesländer zwischen 2015 und 2022 wurden **durchschnittliche jährliche Veränderungswerte für die einzelnen Bundesländer in diesem Zeitraum ermittelt und diese für die Jahre 2023 und 2024 linear fortgeschrieben**. Für Rheinland-Pfalz hiervon abweichend der durchschnittliche jährliche Veränderungswert ohne Berücksichtigung der Fachkunde Geriatrie berechnet, um die im Beobachtungszeitraum aufgetretene weitgehend einmalige Wirkung der Übergangsregelung bei Einführung zu eliminieren und den aktuelleren Datenstand (August 2023) angemessen zu berücksichtigen. Die prognostizierte Zunahme in Rheinland-Pfalz stützt sich damit ausschließlich auf Ärztinnen und Ärzte mit Facharzttitel Geriatrie oder der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie. Die Bestandszahlen von Ärztinnen und Ärzten mit Fachkunde Geriatrie wurden jedoch additiv berücksichtigt. Die ermittelten Trendwerte sind in Tabelle 3 Tabelle 2 zusammengefasst.

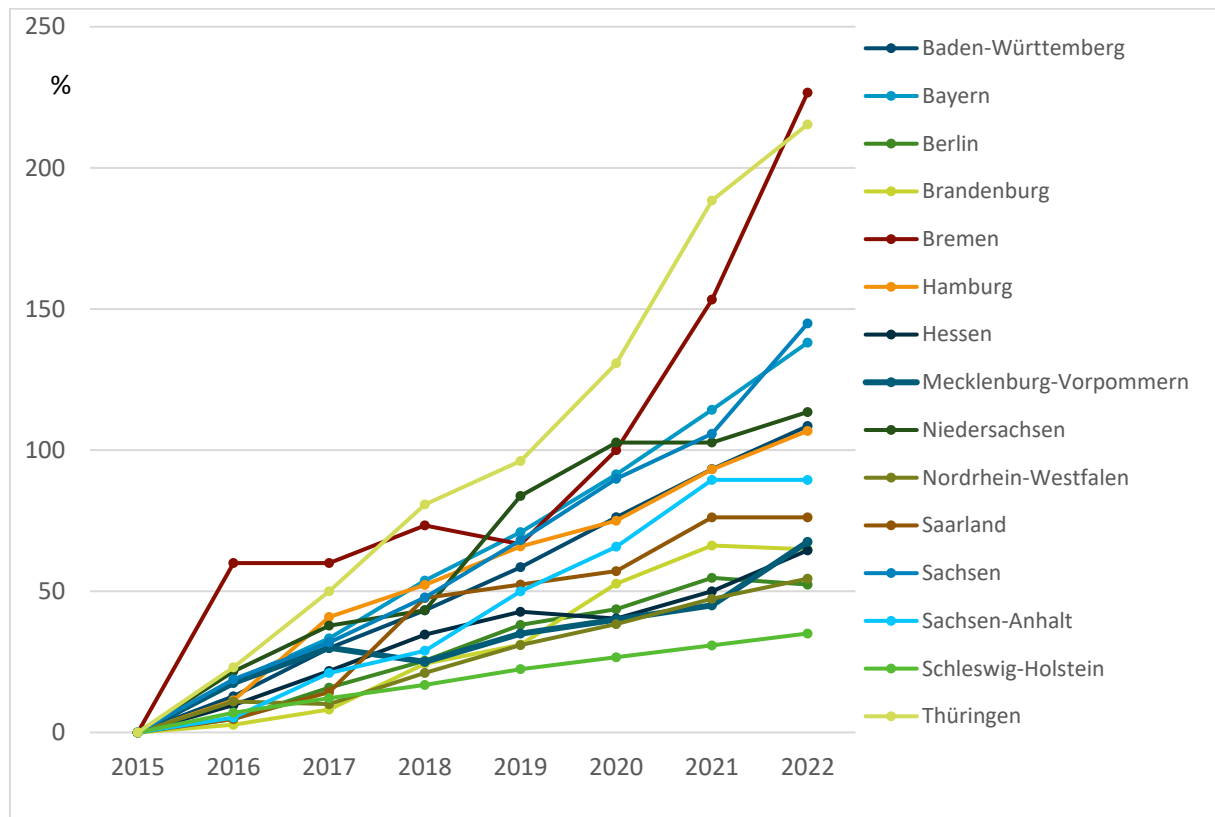


Abbildung 2 Prozentuale Zunahme der Anzahl von Ärztinnen und Ärzten mit geriatrischer Qualifikation gemäß § 12 Abs. 1 der QSFFx-RL nach Bundesländern (ohne Rheinland-Pfalz)

Gemäß der durchgeführten linearen Trendfortschreibung könnten mit Ablauf des Jahres 2023 fast 4.780 Ärztinnen und Ärzte mit der in der QSFFx-RL geforderten geriatrischen Qualifikation zur Verfügung stehen. Mit Ablauf des Jahres 2024 könnten es dann bereits gut 5.260 Ärztinnen und Ärzte sein (s. Tabelle 3Tabelle 2).

Tabelle 3 Prognose von Ärztinnen und Ärzten mit geriatrischer Qualifikation gemäß § 12 Abs. 1 der QSFFx-RL: nach Bundesländern 2023 und 2024

Bundesländer	Gesamt		davon im Tätigkeitsbereich:			
			ambulant		stationär	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Baden-Württemberg	395	456	92	116	268	302
Bayern	599	717	122	156	375	391
Berlin	206	222	73	105	126	130
Brandenburg	133	146	32	37	91	97
Bremen	65	86	19	25	31	39
Hamburg	105	121	29	41	64	71
Hessen	223	243	74	104	149	159
Mecklenburg-Vorpommern	73	81	17	19	56	61
Niedersachsen	92	107	25	34	55	61
Nordrhein-Westfalen	1.097	1.183	272	315	705	740
Rheinland-Pfalz	1.043	1.059	694	711	340	347

Bundesländer	Gesamt		davon im Tätigkeitsbereich:			
			ambulant		stationär	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Saarland	41	45	2	3	37	42
Sachsen	204	246	34	47	156	186
Sachsen-Anhalt	81	92	16	20	58	63
Schleswig-Holstein	303	319	139	141	127	137
Thüringen	107	140	23	33	69	86
Deutschland	4.769	5.262	1.661	1.904	2.707	2.912

Die für 2023 und 2024 prognostizierte Anzahl von Ärztinnen und Ärzten mit geriatrischer Qualifikation gemäß § 12 Abs. 1 der QSFFx-RL (G-BA 2023a)² wurde in Relation zu den in Abschnitt 1.5 ermittelten femurfrakturversorgenden Standorten mit richtlinienrelevanten Leistungen gesetzt (s. Tabelle 4). Die im jeweiligen Bundesland 2023 für jede Klinik verfügbare Gesamtanzahl geriatrisch qualifizierter Ärztinnen und Ärzte variiert zwischen 1,00 (Niedersachsen) und 17,38 (Rheinland-Pfalz) und im Tätigkeitsbereich stationär zwischen 0,60 (Niedersachsen) und 5,67 (Rheinland-Pfalz). Auch im Tätigkeitsbereich ambulant liegen deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern vor (0,13 -11,57).

Tabelle 4 Verhältnis von Ärztinnen und Ärzten mit geriatrischer Qualifikation gemäß § 12 Abs. 1 der QSFFx-RL zu femurfrakturversorgenden Standorten nach Bundesländern 2023 und 2024 (Prognose)

Bundesländer	Gesamt		davon im Tätigkeitsbereich:			
			ambulant		stationär	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Baden-Württemberg	4,25	4,90	0,99	1,25	2,88	3,25
Bayern	3,94	4,72	0,80	1,03	2,47	2,57
Berlin	6,06	6,53	2,15	3,09	3,71	3,82
Brandenburg	3,59	3,95	0,86	1,00	2,46	2,62
Bremen	7,22	9,56	2,11	2,78	3,44	4,33
Hamburg	6,18	7,12	1,71	2,41	3,76	4,18
Hessen	3,05	3,33	1,01	1,42	2,04	2,18
Mecklenburg-Vorpommern	2,92	3,24	0,68	0,76	2,24	2,44
Niedersachsen	1,00	1,16	0,27	0,37	0,60	0,66
Nordrhein-Westfalen	4,35	4,69	1,08	1,25	2,80	2,94
Rheinland-Pfalz	17,38	17,65	11,57	11,85	5,67	5,78
Saarland	2,73	3,00	0,13	0,20	2,47	2,80
Sachsen	3,52	4,24	0,59	0,81	2,69	3,21
Sachsen-Anhalt	2,61	2,97	0,52	0,65	1,87	2,03
Schleswig-Holstein	10,45	11,00	4,79	4,86	4,38	4,72
Thüringen	3,82	5,00	0,82	1,18	2,46	3,07
Deutschland	4,75	5,24	1,65	1,89	2,69	2,90

Damit ist rein rechnerisch bundesweit von 4,75 geriatrisch qualifizierten Ärztinnen und Ärzten pro femurfrakturversorgenden Standort auszugehen, die für die täglich verfügbare geriatrische Kompetenz im Jahr 2023 eingesetzt werden könnten. Bis Ende 2024 dürfte sich die Zahl auf 5,24 weiter erhöhen.

1.4 Geriatrische Weiterbildungsstätten

Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie präsentiert auf ihrer Website eine Übersicht von Weiterbildungsstätten (WBS) für Geriatrie. Für einzelne WBS sind dabei mehrere Ärztinnen und Ärzte als Weiterbildungsberechtigte aufgeführt. Zudem werden für einzelne Kliniken (i.d.R. Krankenhäuser) zwei oder ganz selten auch mehr Strukturen als unterschiedliche Weiterbildungsstätten an einem Standort ausgewiesen. Hierbei handelt es sich dann bspw. um eine geriatrische und eine alterstraumatologische oder eine geriatrische und eine psychiatrische Abteilung / Klinik eines Krankenhauses an einem Standort. Sofern diese unter der gleichen Postanschrift firmieren, wurden diese in einer separaten Spalte der Tabelle 5 zusätzlich auch gemeinsam ausgewiesen. In Abbildung 3 sind diese Weiterbildungsstätten Geriatrie mitausgewiesen, da diese grundsätzlich auch mehr Weiterbildungsstellen anbieten dürften.

Die Gesamtanzahl der bundesweit verfügbaren WBS beträgt im Jahr 2023 719 WBS. Auf eine separate Ausweisung der Anzahl Weiterbildungsberechtigter Ärztinnen und Ärzte wird verzichtet. Die Dauer der jeweils zuerkannten Weiterbildungszeit kann 18 Monaten (Regelfall), 12 Monate oder sechs Monate betragen. Sechs Monate finden sich eigentlich nur in den wenigen aufgeführten Arztpraxen. Auf eine Darstellung hierzu wird ebenso verzichtet.

Tabelle 5 Weiterbildungsstätten nach Bundesländern

Bundesländer	Weiterbildungsstätten			
	Gesamt	davon:	ohne doppelte Standorte	in Arztpraxen
Baden-Württemberg	115		93	4
Bayern	104		98	2
Berlin	36		30	1
Brandenburg	21		21	0
Bremen	5		5	0
Hamburg	16		13	1
Hessen	42		42	4
Mecklenburg-Vorpommern	20		17	0
Niedersachsen	68		59	1
Nordrhein-Westfalen	151		143	9
Rheinland-Pfalz	40		39	5
Saarland	14		11	0
Sachsen	27		25	0
Sachsen-Anhalt	24		21	0
Schleswig-Holstein	26		26	5
Thüringen	10		10	0
Deutschland	719		653	32

Im Vorgutachten wurden mit Stand 2016 604 Weiterbildungsstätten ausgewiesen. Damit hat sich deren Anzahl in den letzten sieben Jahren deutlich erhöht. Nachfolgende Abbildung 3 zeigt die kartografische Verteilung der Weiterbildungsstätten in Deutschland.

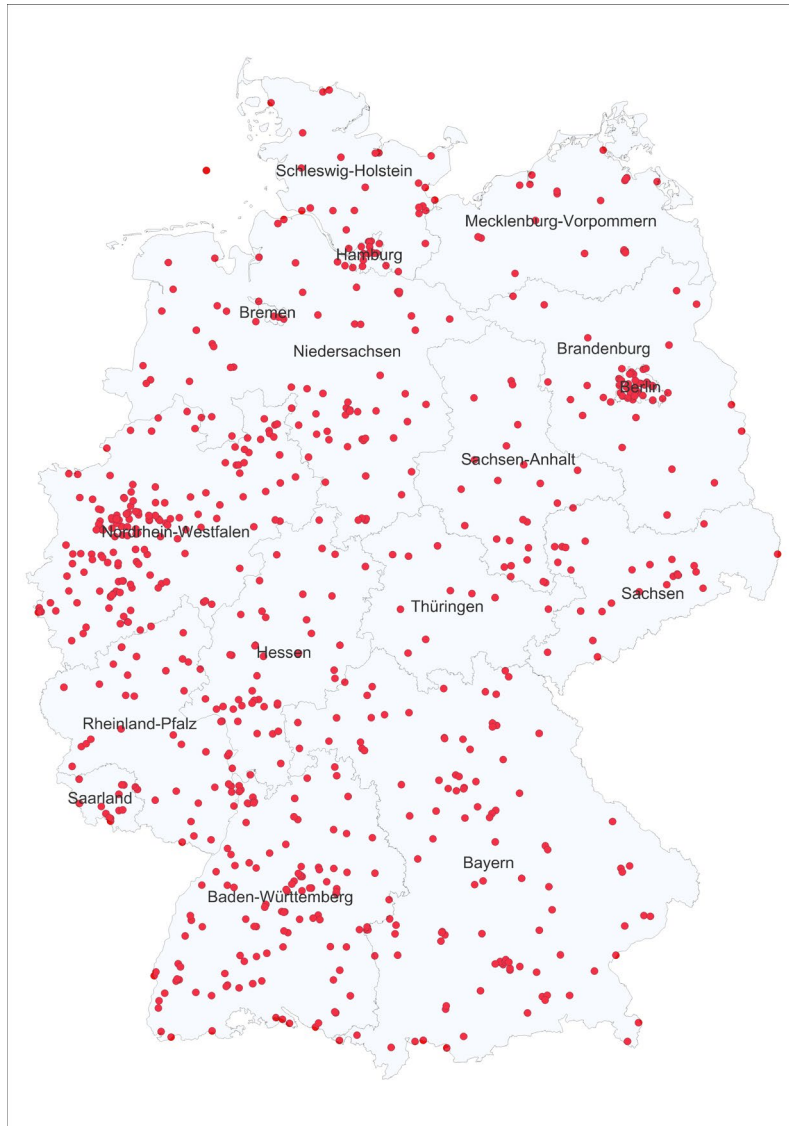


Abbildung 3 Weiterbildungsstätten Geriatrie 2023 (Quelle: www.dggeriatrie.de)

1.5 Femurfrakturversorgende Krankenhausstandorte

Anhand der Krankenhausabrechnungsdaten des Jahres 2022 wurden 1.140 Standorte mit insgesamt 110.295 Leistungen gemäß QSFFx-RL identifiziert. Hiervon wiesen allein 31 Standorte lediglich einen, 26 Standorte zwei und 13 Standorte drei richtlinienrelevante Fälle im Jahr 2022 auf. Zehn und weniger richtlinienrelevante Fälle wurden in 113 femurfrakturversorgenden Standorten (9,9%) dokumentiert, die gemeinsam lediglich 384 richtlinienrelevante Fälle (0,3%) versorgten. 20 und weniger richtlinienrelevante Fälle wurden in 135 femurfrakturversorgenden Standorten (11,8%) dokumentiert, die gemeinsam 733 richtlinienrelevante Fälle (0,7%) versorgten. Damit wurden im Jahr 2022 an insgesamt

1.027 Klinikstandorten jeweils mehr als zehn richtlinienrelevante Fälle und an 1.005 Klinikstandorten mehr als 20 richtlinienrelevante Fälle versorgt.

Die deutlich rechtsschiefe Verteilung aller richtlinienrelevanten Fälle auf die 1.140 femurfrakturversorgenden Standorte findet sich in Abbildung 4. Standorte mit mehr als 200 richtlinienrelevanten Fällen finden sich zudem nur ganz vereinzelt. Eine Klinik mit rund 450 Fällen stellt einen Ausreißerwert dar.

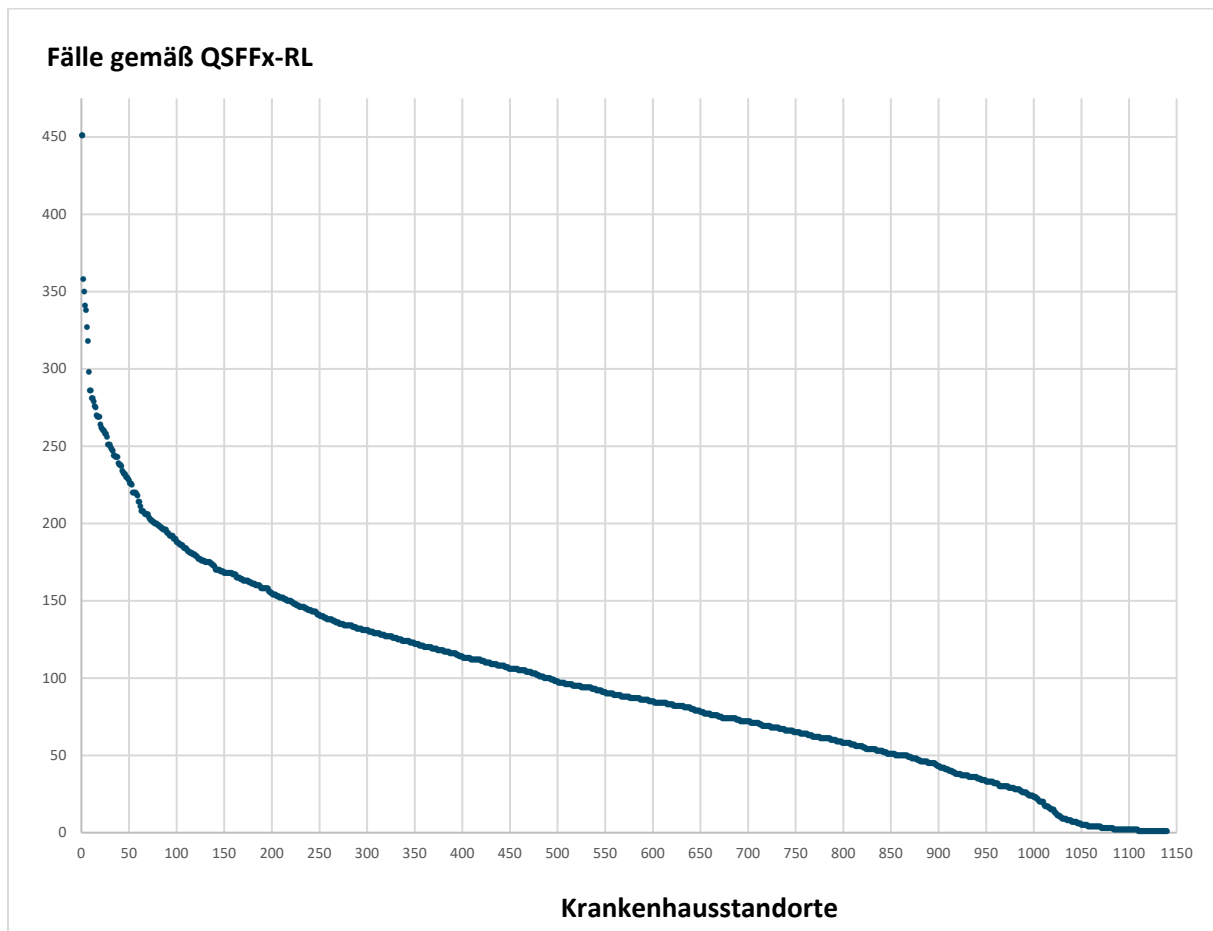


Abbildung 4 Verteilung von Fällen gemäß QSFFx-RL im Jahr 2022 auf die versorgenden Krankenhausstandorte (absteigend sortiert; Quelle: Krankenhausabrechnungsdaten)

Abbildung 5 zeigt kartografisch die femurfrakturversorgenden Standorte in Deutschland. Hierbei differenziert nach Standorten mit zehn und weniger Fällen - orange, mit zwanzig und weniger Fällen - gelb und alle anderen Standorte blau.

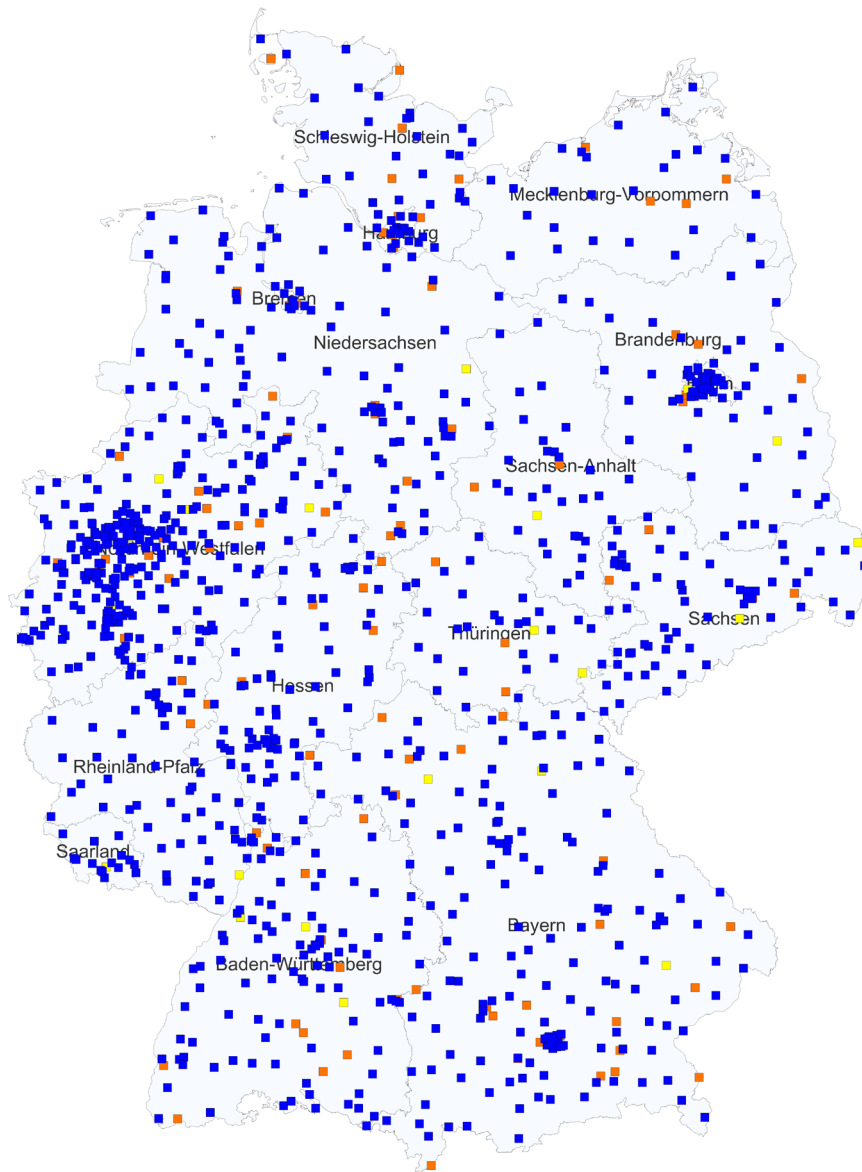


Abbildung 5 Krankenhausstandorte mit Fällen gemäß QSFFx-RL im Jahr 2022 (Quelle: Krankenhausabrechnungsdaten): blau > 20 Fälle, gelb 11 bis 20 Fälle; orange ≤ 10 Fälle

92.137 der 110.295 richtlinienrelevante Fälle des Jahres 2022 und damit 83,5% wiesen ein Alter ≥ 70 Jahren auf, was weitgehend der Teilgruppe entsprechen sollte, für die ein geriatrisches Screening in den Notaufnahmen der frakturversorgenden Kliniken durchgeführt werden dürfte. Die konkrete Altersgrenze ist jedoch von den Kliniken in einer in der QSFFx-RL geforderten SOP festzulegen (G-BA 2023a)² und sollte sich auch an der erfolgten Validierung des von der Klinik gewählten Screenings ausrichten. Lediglich 11 der 1.140 Krankenhausstandorte mit richtlinienrelevanten Fällen versorgten ausschließlich Patienten und Patienten < 70 Jahre. Damit ist davon auszugehen, dass nahezu alle Standorte mit richtlinienrelevanten Fällen formal die geforderte geriatrische Kompetenz auch in der Praxis täglich verfügbar halten müssten.

Die Krankenhausabrechnungsdaten lassen weiterhin eine Unterscheidung femurfrakturversorgender Kliniken nach geriatrischer Leistungserbringung am selben Standort zu. In 554 der 1.005 femurfrakturversorgenden Krankenhausstandorte mit > 20 Fällen (55,1%) ist eine eigene geriatrische Einheit verfügbar, da Abrechnungen geriatrischer Komplexbehandlungen vorgenommen werden (> 10 Abrechnungen des OPS-Kode 8-550* oder > 10 Abrechnungen des OPS-Kodes 8-98a*). Auf diese 554 femurfrakturversorgenden Standorte entfielen mit 62.341 Fällen 56,5% aller richtlinienrelevanten Fälle und mit 52.432 Fällen 56,9 % aller richtlinienrelevanten Fälle im Alter ≥ 70 Jahren. Damit ergibt sich für femurfrakturversorgende Standorte mit Abrechnung geriatrischer Komplexbehandlungen am selben Standort kein Hinweis auf eher größere Klinikstandorte oder eine häufigere Versorgung älterer Patientinnen und Patienten.

Mit Stand 11.10.2023 existieren in Deutschland 150 DGU-zertifizierte Alterstraumazentren (ATZ) weitere 50 Kliniken sind in Vorbereitung auf ihre Zertifizierung. Abbildung 6 zeigt ihre kartographische Verteilung in Deutschland. In einzelnen Regionen (z.B. große Teile von Niedersachsen, Brandenburg, Sachsen und Thüringen) und in einem Bundesland insgesamt (Mecklenburg-Vorpommern) finden sich bisher keine ATZ. Laufende Zertifizierungsphasen könnten (z.B. Niedersachsen) die Verteilung der ATZ in der Fläche deutlich verbessern.

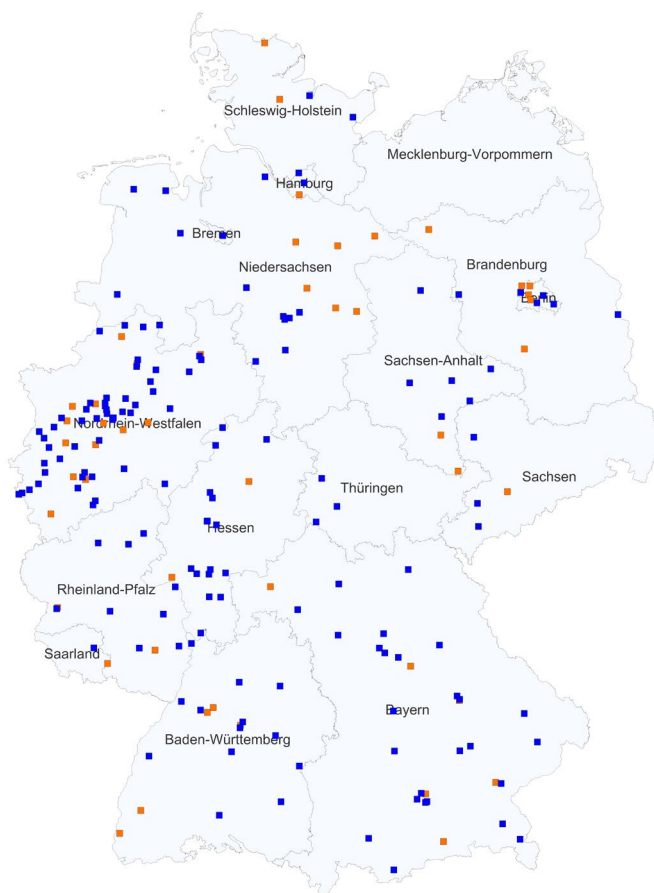


Abbildung 6 Alterstraumazentren gemäß DGU in Deutschland: zertifiziert (blau) und Zertifizierung in Vorbereitung (orange) (Quelle: AUC mit Stand 11.10.2023)

1.6 Geriatrie-Standorte

In den Krankenhausabrechnungsdaten des Jahres 2022 wurden alle Standorte mit Abrechnung spezifisch geriatrischer Komplexbehandlungen (OPS-Kodes 8-550* oder 8-98a*) identifiziert. An 671 Klinikstandorten wurden hierbei > 10 Fälle mit dem OPS-Kode 8-550* und an 149 Klinikstandorten > 10 Fälle mit dem OPS-Kode 8-98a* abgerechnet. An insgesamt 682 Klinikstandorten wurde entweder der OPS-Kode 8-550* oder der OPS-Kode 8-98a* bei jeweils > 10 Fällen abgerechnet, die in den weiteren Auswertungen zu Geriatrie-Standorten einbezogen wurden.

Ergänzend wurden alle Teilnehmer am QS-Reha-Verfahren der GKV in der Indikation Geriatrie (Umlauf 2021-2023) und der Basisdokumentation mobile geriatrische Rehabilitation (2022) als geriatrische Rehabilitationseinrichtungen bestimmt. Über Standortdaten (Adressdaten) hinaus liegen zu diesen geriatrischen Einrichtungen keine weiteren Informationen vor.

Insgesamt wurden neben den o.g. 682 geriatrischen Krankenhausstandorten 43 ambulante, 20 mobile und 163 stationäre geriatrische Rehabilitationseinrichtungen identifiziert und weiter als Geriatrie-Standorte ausgewertet. Insgesamt bestehen damit bundesweit 908 Geriatrie-Standorte, die grundsätzlich für eine ortho-geriatrische Kooperation in Frage kommen. In Abbildung 7 sind alle identifizierten Geriatrie-Standorte kartographisch abgebildet.

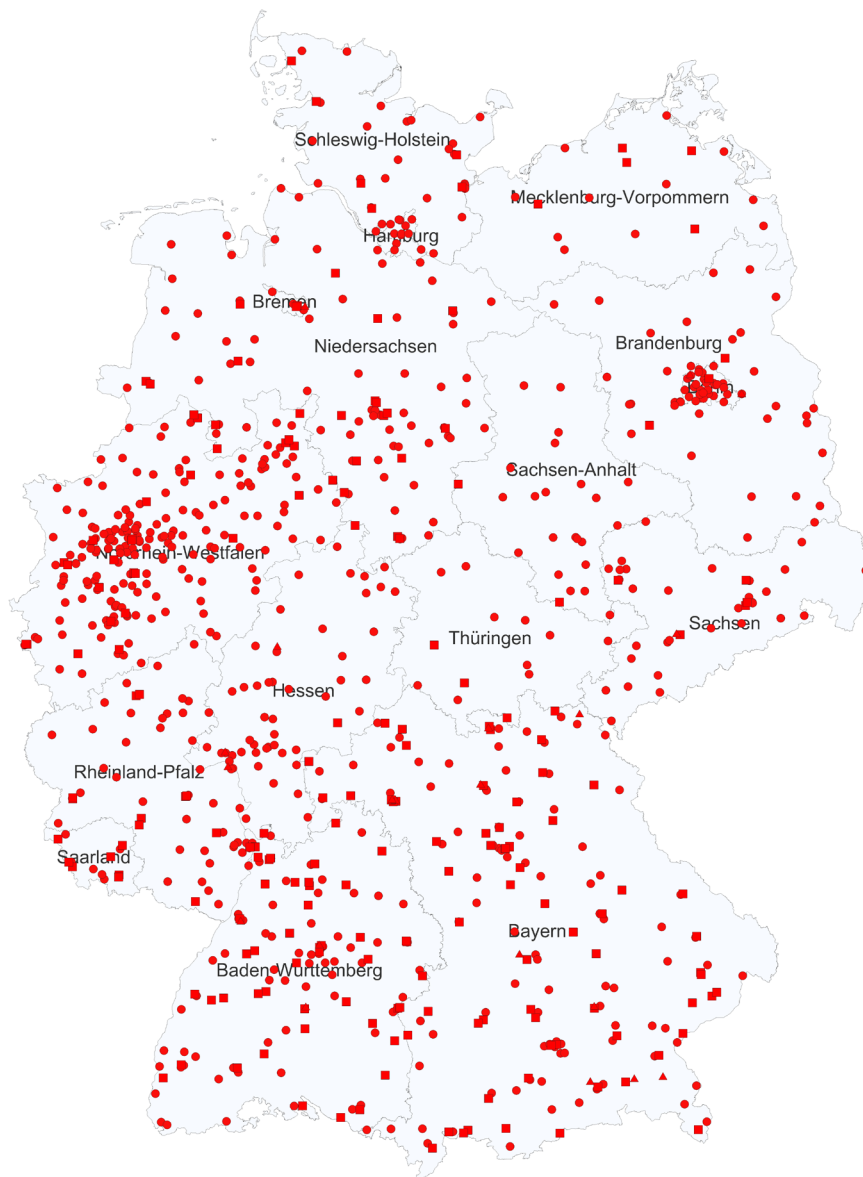


Abbildung 7 Geriatrie-Standorte 2022 (davon Krankenhausstandorte mit > 10 OPS-Kodes 8-550* oder > 10 OPS-Kodes 8-98a*) (Quelle: Krankenhausabrechnungsdaten, QS-Reha-Verfahren der GKV, Basisdokumentation MoGeRe): Kreis = Krankenhaus, Quadrat = stat./ambulante Reha-Einrichtung, Dreieck = mobile Reha-Einrichtung

Die Anzahl der einzelnen Geriatrie-Standorte aus den Versorgungsbereichen nach Bundesländern ist der nachfolgenden Tabelle 6 zusammengefasst. Zusätzlich wurde die Anzahl der QSFFx-Versorger im jeweiligen Bundesland aufgeführt und das Kooperationsverhältnis Geriatrie-Standorte zu Standorten mit > 20 Fällen gemäß QSFFx ermittelt. Lediglich in fünf Bundesländern ergibt sich eine Standortrelation ≥ 1 , d.h. es bestehen mehr Geriatrie-Standorte als Standorte mit QSFFx-Fällen. In allen anderen Bundesländern (N=11) beträgt die Standortrelation < 1 , es bestehen also mehr Standorte mit QSFFx-

Fällen als Geriatrie-Standorte. In den Bundesländern Thüringen, Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern ist die Standortrelation mit Werten < 0,7 deutlich zuungunsten der Geriatrie ausgeprägt, ganz besonders in Thüringen mit einem Wert von 0,43.

Tabelle 6 Geriatrie-Standorte 2022 (Quelle: Krankenhausabrechnungsdaten, QS-Reha-Verfahren der GKV, Basisdokumentation MoGeRe) und Krankenhausstandorte mit Fällen gemäß QSFFx-RL nach Bundesländern

Bundesländer	Geriatrie-Standorte					Standorte mit QSFFx-Fällen ²	Kooperationsverhältnis Spalten 1 : 6
	Gesamt	Krh. ¹	Rehabilitation				
			stat.	ambulant	mobil		
1	2	3	4	5	6	7	
Baden-Württemberg	119	67	40	9	3	93	1,28
Bayern	174	97	60	7	10	152	1,14
Berlin	30	28	0	1	1	34	0,88
Brandenburg	37	34	2	0	1	37	1,00
Bremen	7	4	1	1	1	9	0,78
Hamburg	13	13	0	0	0	17	0,76
Hessen	52	48	2	0	2	73	0,71
Mecklenburg-Vorpommern	16	11	5	0	0	25	0,64
Niedersachsen	87	66	17	4	0	92	0,95
Nordrhein-Westfalen	204	178	19	7	0	252	0,81
Rheinland-Pfalz	52	41	5	5	1	60	0,87
Saarland	15	8	5	2	0	15	1,00
Sachsen	37	31	4	1	1	58	0,64
Sachsen-Anhalt	23	22	1	0	0	31	0,74
Schleswig-Holstein	30	24	0	6	0	29	1,03
Thüringen	12	10	2	0	0	28	0,43
Deutschland	908	682	163	43	20	1.005	0,90

¹ davon Krankenhaus-Standorte mit Abrechnung von > 10 OPS-Kodes 8-550* oder > 10 OPS-Kodes 8-98a

² Standorte mit > 20 QSFFx-Fällen

Alle 908 Geriatrie-Standorte wurden als potentielle orthogeriatriische Kooperationspartner gemäß der QSFFx-RL in Abbildung 8 den 1.005 femurfrakturversorgenden Standorten mit ≥ 20 richtlinienrelevanten Fällen kartografisch gegenübergestellt.

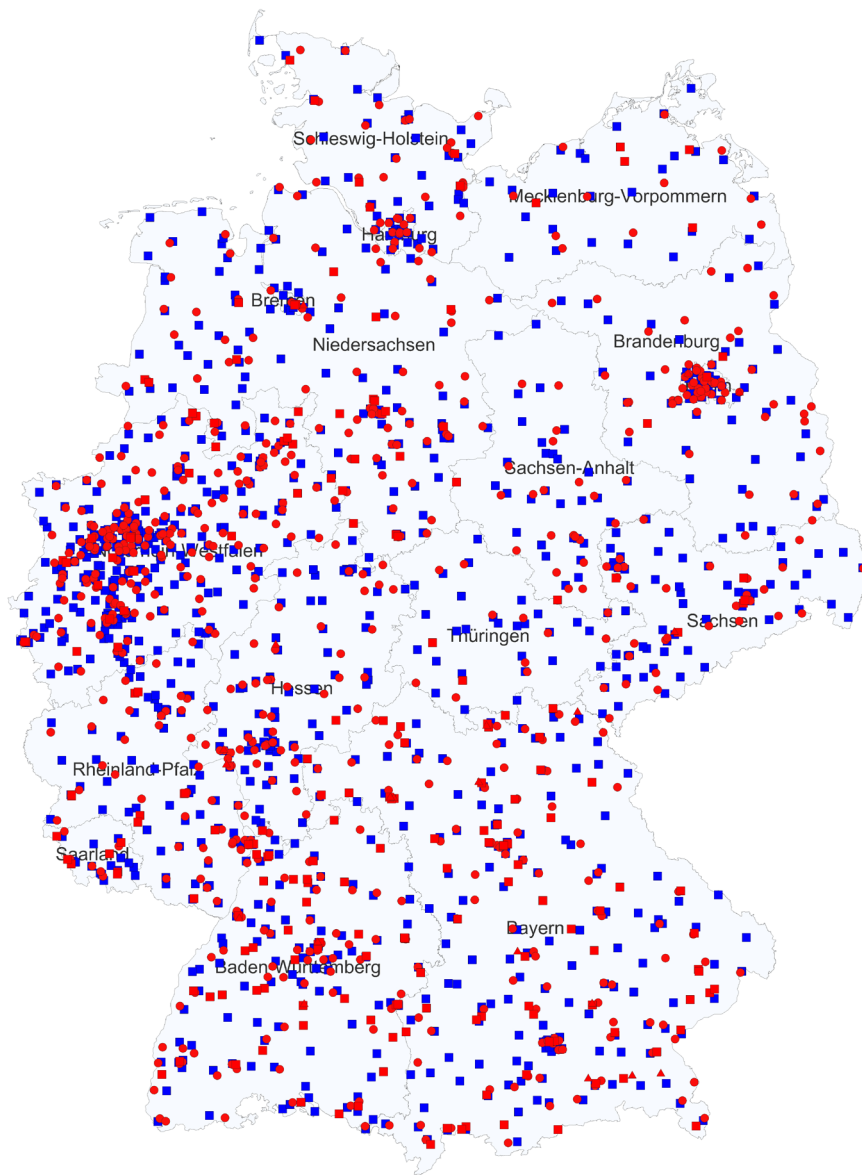


Abbildung 8 Gegenüberstellung femurfrakturversorgende Krankenhausstandorte mit > 20 richtlinienrelevanten Fällen (blau) und Geriatrie-Standorte (rot s. Abbildung 7) (davon Krankenhausstandorte mit > 10 OPS-Kodes 8-550* oder > 10 OPS-Kodes 8-98a*) (Quelle: Krankenhausabrechnungsdaten des GKV-SV, Teilnehmer am QS-Reha-Verfahren und der Basisdokumentation MoGeRe der GKV)

Zusätzlich wurden Entfernungsradien von 20 km für die 908 identifizierten Geriatrie-Standorte berechnet und ermittelt, wie umfänglich die 1.005 Krankenhausstandorte mit > 20 richtlinienrelevanten-Fällen hiervon abgedeckt werden (s. Abbildung 9).

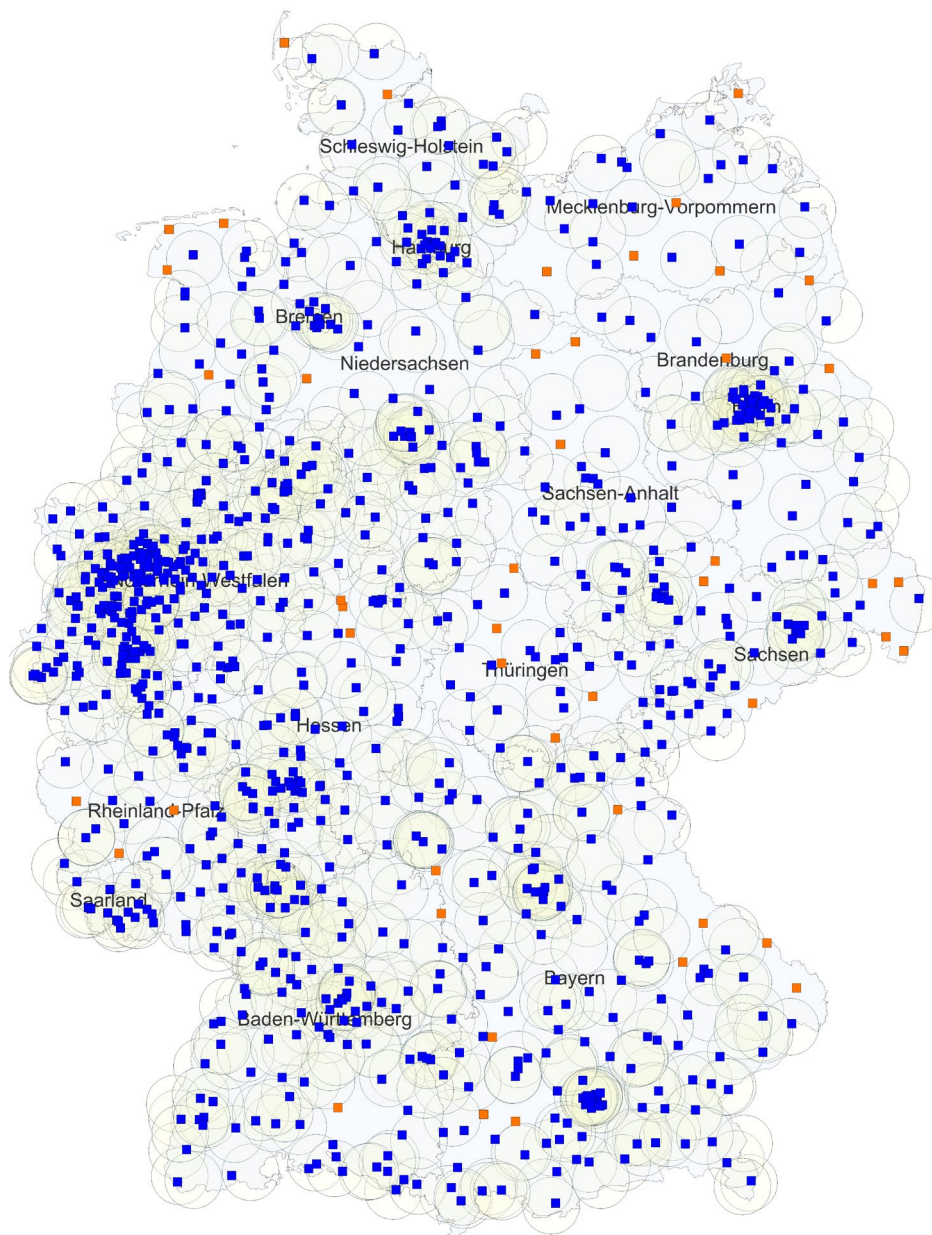


Abbildung 9 femurfrakturversorgende Krankenhausstandorte (N>20 Fälle; N=1.005) innerhalb (blau: N=959) und außerhalb (orange: N=46) der 20 km-Entfernungsradien der Geriatrie-Standorte (gelb: N=908) (Quelle: Krankenhausabrechnungsdaten des GKV-SV, Teilnehmer am QS-Reha-Verfahren und der Basisdokumentation MoGeRe der GKV)

Insgesamt liegen 46 femurfrakturversorgende Krankenhausstandorte mit > 20 richtlinienrelevanten Fällen außerhalb einer Entfernung von 20 km zum nächstgelegenen Geriatrie-Standort (4,6%). Überwiegend handelt es sich um Einrichtungen in eher strukturschwachen Regionen und geografischen Randlagen (z.B. grenz- und küstennah). Ein gehäuftes Vorkommen zeigt sich in Bayern (N=9), Sachsen (N=7) sowie Thüringen, Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern (jeweils N=5) (s. auch Tabelle 7). Engt man den Entfernungsradius um die Geriatrie-Standorte auf 15 km ein, dann erhöht sich die Anzahl außerhalb liegender femurfrakturversorgender Kliniken auf 105 (15,0%).

Tabelle 7 Femurfrakturversorgende Standorte mit > 20 richtlinienrelevanten Fällen außerhalb eines Entfernungsradius zur nächstgelegenen Geriatrie-Standort nach Bundesländern

Bundesländer	Entfernungsradius von	
	15 km	20 km
Baden-Württemberg	4	2
Bayern	24	9
Berlin	0	0
Brandenburg	7	3
Bremen	0	0
Hamburg	0	0
Hessen	6	3
Mecklenburg-Vorpommern	10	5
Niedersachsen	17	5
Nordrhein-Westfalen	1	0
Rheinland-Pfalz	7	3
Saarland	0	0
Sachsen	11	7
Sachsen-Anhalt	6	2
Schleswig-Holstein	3	2
Thüringen	9	5
Deutschland	105	46

1.7 Vergleich der aktuellen Erhebungen mit früheren Ergebnissen und den Veränderungen im Zeitverlauf

Gegenüber den Vorgutachten (Lübke, Meinck 2018)³ konnte die Bestandsaufnahme unmittelbar auf die **Qualifikationsanforderungen gemäß § 12 Abs. 1 der QSFFx-RL (G-BA 2023a)**² ausgerichtet werden. Damit zeigen sich unter Betrachtung der bundesweit erwerblichen Qualifikationsanforderung Facharzttitle Geriatrie und Zusatz-Weiterbildung Geriatrie eine über die Jahre stabile Zunahme geriatrisch qualifizierter Ärztinnen und Ärzte. Die Fachkunde Geriatrie wurde erst in diesem Gutachten und ab dem Jahr 2022 berücksichtigt, da deren Einbezug in der QSFFx-RL so 2018 noch nicht absehbar war.

Tabelle 8 Ärztinnen und Ärzte mit Qualifikationen gemäß § 12 Abs. 1 der QSFFx-RL

geriatrisch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte	Jahr			
	2018 ¹	2022	2023 ²	2024 ²
Tätigkeitsbereich - stationär	1.808	2.455	2.707	2.912
Tätigkeitsbereich - ambulant	564	1.476	1.661	1.904
Gesamt	2.566	4.342	4.769	5.262

¹ ohne Fachkunde Geriatrie, ² Prognose

Die Zunahme geriatrisch qualifizierter Ärztinnen und Ärzte ist über die letzten sieben Jahre und damit auch zwischen 2018 und 2022 substantiell. Sie wurde als Prognose für die Jahre 2023 und 2024 linear fortgeschrieben und könnte die weitere Entwicklung sowohl über- als auch unterschätzen. Hinweise auf einen negativen Einfluss der Corona-Pandemie konnten bisher nicht ausgemacht werden. Es ist

jedoch nicht ausgeschlossen, dass die eingetretene Zunahme geriatrisch qualifizierter Ärztinnen und Ärzte ohne Corona-Pandemie höher ausgefallen wäre.

Mit der für Ende 2023 zu erwartenden Anzahl von fast 4.800 geriatrisch qualifizierten Ärztinnen und Ärzten dürften gegenüber 2018 rund 2.200 geriatrisch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte zusätzlich zur Verfügung stehen. Für jeden Standort mit > 20 richtlinienrelevanten Leistungen würden rechnerisch damit gegenüber 2018 zwei geriatrisch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte mehr und 4,7 geriatrisch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte insgesamt zur Verfügung stehen.

Der **Zuwachs an geriatrischen Weiterbildungsstätten** zwischen 2018 und August 2023 (N = 604 vs. 719) scheint sich noch nicht spürbar auf die jährlichen Zuwachsraten an geriatrisch-qualifizierten Ärztinnen und Ärzten auszuwirken. Ein positiver Effekt der QSFFx-RL auf den Erwerb geriatrischer Qualifikationen dürfte sich zudem aufgrund ihres zeitlichen Umfangs auch erst im Verlauf des Jahres 2023 und danach in der bundesweiten Ärztestatistik zeigen. Jedoch kann aus der Zunahme der Weiterbildungsstätten Geriatrie auf einen weiteren Zuwachs geriatrisch qualifizierter Ärztinnen und Ärzte geschlossen werden, wie sie auch in der durchgeführten Prognose ausgeführt ist.

Mit den im Vorgutachten und den in Abschnitten 1.3, 1.5 und 1.6 dieses Gutachtens durchgeführten aktuellen Bestandserhebungen konnten die in Tabelle 9 aufgeführten **potenziellen Kooperationspartner für die femurfrakturversorgenden Standorte** ermittelt werden. Der Vergleich zeigt eine deutliche Zunahme in zwei Bereichen: vollstationäre Geriatrie im Krankenhaus und geriatrisch qualifizierte Vertragsärztinnen und -ärzte.

Tabelle 9 Geriatrische Einrichtungen mit Vorhandensein von Ärztinnen und Ärzten mit Qualifikationen gemäß § 12 Abs. 1 der QSFFx-RL

Geriatrische Einrichtungen	2018 (Vorgutachten)	2022
Krankenhaus - vollstationär ¹	542	756
Krankenhaus - teilstationär ²	153	155
Rehabilitation - stationär	159	163
Rehabilitation - ambulant	60	43
Rehabilitation - mobil	14	20
Geriatrie-Standorte	928	1.137
+ geriatrisch qualifizierte Vertragsärzte	756*	1.476
Gesamt	1.684	2.613

¹ Standorte mit Abrechnung OPS 8-550; ² Standorte mit Abrechnung OPS 8-98a; * ohne Fachkunde Geriatrie

Im Unterschied zum Vorgutachten wurden in Abschnitt 1.6 geriatrische Krankenhausstandorte zusätzlich eingeschränkt, sofern die Abrechnung von > 10 OPS-Kodes 8-550* oder > 10 OPS-Kodes 8-98a* in 2022 vorlag. Damit ergibt sich eine Gesamtanzahl geriatrischer Krankenhausstandorte von nur noch 682 und damit deutlich weniger als in Tabelle 9 für den Vergleich zum Vorgutachten ausgeführt. Damit wird aber berücksichtigt, dass teilstationäre geriatrische Krankenhausbehandlungen i.d.R. an Standorten erbracht werden, an denen auch vollstationäre geriatrische Krankenhausbehandlungen erfolgen und vereinzelt auch Fehlkodierungen in den Krankenhausabrechnungsdaten auftreten. Zudem können voll- und teilstationäre geriatrische Leistungen in einer geriatrischen Einheit am Standort mit einer fachärztlichen Behandlungsleitung mit entsprechender geriatrischer Qualifikation erfolgen. Sie sind

damit personell wie organisatorisch nicht unabhängig voneinander und sollten als ein potentieller geriatrischer Kooperationspartner betrachtet werden.

Neben der weiteren Zunahme von Standorten mit Abrechnung vollstationärer geriatrischer Komplexbehandlungen (OPS 8-550*) zeigt sich auch eine deutliche Zunahme von geriatrisch qualifizierten Vertragsärztinnen und -ärzten. Da jedoch im Vorgutachten Ärztinnen und Ärzte mit der in Rheinland-Pfalz erworbenen Fachkunde Geriatrie noch unberücksichtigt blieben, ist dies kein vollständiger realer Zuwachs an geriatrisch qualifizierten Vertragsärztinnen und -ärzten. Der Einbezug dieser Qualifikation in die Übergangsregelung der QSFFx-RL (G-BA 2020a)¹ erfolgte auf Vorschlag und Wunsch der Leistungserbringerseite auch unter Kenntnis einer weitgehend nur regionalen Verfügbarkeit und ist aus fachlicher Sicht nicht unumstritten.

Ohne Einbezug von geriatrisch qualifizierten Vertragsärztinnen und -ärzten stehen den 1.140 Standorte mit richtlinienrelevanten Fällen in 2022 formal gut ein potentieller geriatrischer Kooperationspartner zur Verfügung (1,13) und damit deutlich mehr als noch im Jahr 2018. Wenn man unter den geriatrischen Krankenhausstandorten jedoch nur diejenigen berücksichtigt, die mehr als 10 Fälle mit geriatrischen Prozeduren (OPS-Kode 8-550* oder 8-98a*) im Jahr 2022 abgerechnet haben (N=682), kann zusammen mit den geriatrischen Rehabilitationsstandorten nur noch von 908 Geriatrie-Standorten ausgegangen werden, das rechnerische Kooperationsverhältnis geht auf 0,90 zurück (s. Tabelle 10).

Unter Einbezug geriatrisch qualifizierter Vertragsärztinnen und -ärzte verbessert sich das rechnerische Kooperationsverhältnis jedoch deutlich und beträgt 2,6. Damit stehen jedem Standort mit QSFFx-Fällen gut 2 ½ potentielle geriatrische Kooperationspartner zur Verfügung. Schränkt man auch hier die Anzahl der geriatrischen Krankenhausstandorte auf Kliniken mit mehr als 10 Fällen mit geriatrischen Prozeduren ein (OPS-Kode 8-550* oder 8-98a*), dann beträgt das rechnerische Kooperationsverhältnis immerhin noch 2,37 (s. Tabelle 10).

Betrachtet man die in Tabelle 10 ebenso ausgewiesenen einzelnen Bundesländer so zeigt sich eine deutliche Spanne im Verhältnis der verfügbaren geriatrischen Kooperationspartner zu den femurfrakturversorgenden Standorten 2022 (hier lediglich Einbezug der Standorte mit > 20 richtlinienrelevanten Fällen). Für die Geriatrie-Standorte (Krankenhaus und Rehabilitation) liegt diese Spanne zwischen 0,43 bis 1,28. Nur in fünf Bundesländern existiert damit für jeden femurfrakturversorgenden Standort mit richtlinienrelevanten Fällen rechnerisch mindestens ein Geriatrie-Standort für eine mögliche Kooperation. Erst unter Einbezug der in den Bundesländern verfügbaren geriatrisch qualifizierten Vertragsärztinnen und -ärzten ist ein rechnerisches Kooperationsverhältnis von ≥ 1 in jedem Bundesland erfüllt. Damit wird deutlich, dass in mehreren Bundesländern Geriatrie-Standorte auch mehr als eine Kooperationsvereinbarung übernehmen müssten bzw. das geriatrisch qualifizierte Vertragsärztinnen und -ärzte die Absicherung tragfähiger Kooperationen wirksam unterstützen müssen.

Ergänzend erfolgt in Abbildung 10 die Darstellung des Verhältnisses potentieller geriatrischer Kooperationspartner zu femurfrakturversorgenden Standorten.

Tabelle 10 Verhältnis potentieller geriatrischer Kooperationseinrichtungen zu femurfrakturversorgenden Standorten nach Bundesländern 2022

Bundesländer	Potentielle geriatrische Kooperationspartner			Standorte mit QSFFx-Fällen ³	Kooperationsverhältnis		
	Geriatric-Standorte ¹	Vertrags-ärzte ²	Gesamt		Spalten 1 : 4	Spalten 2 : 4	Spalten 3 : 4
	1	2	3		4	5	6
Baden-Württemberg	119	73	192	93	1,28	0,78	2,06
Bayern	174	95	269	152	1,14	0,63	1,77
Berlin	30	50	80	34	0,88	1,47	2,35
Brandenburg	37	28	65	37	1,00	0,76	1,76
Bremen	7	15	22	9	0,78	1,67	2,44
Hamburg	13	20	33	17	0,76	1,18	1,94
Hessen	52	53	105	73	0,71	0,73	1,44
Mecklenburg-Vorpommern	16	15	31	25	0,64	0,60	1,24
Niedersachsen	87	18	105	92	0,95	0,20	1,14
Nordrhein-Westfalen	204	235	439	252	0,81	0,93	1,74
Rheinland-Pfalz	52	681	733	60	0,87	11,35	12,22
Saarland	15	2	17	15	1,00	0,13	1,13
Sachsen	37	25	62	58	0,64	0,43	1,07
Sachsen-Anhalt	23	13	36	31	0,74	0,42	1,16
Schleswig-Holstein	30	137	167	29	1,03	4,72	5,76
Thüringen	12	16	28	28	0,43	0,57	1,00
Deutschland	908	1.476	2.384	1.005	0,90	1,47	2,37

¹ davon Krankenhaus-Standorte mit Abrechnung von > 10 OPS-Kodes 8-550* oder > 8-98a

² mit geriatrischer Qualifikation

³ Standorte mit > 20 QSFFx-Fällen

Die Betrachtung der Kooperationsverhältnisse dient zur Verdeutlichung der Unterschiede zwischen den Bundesländern. Mögliche Unterschiede innerhalb der einzelnen Bundesländer können darüber hinaus bestehen.

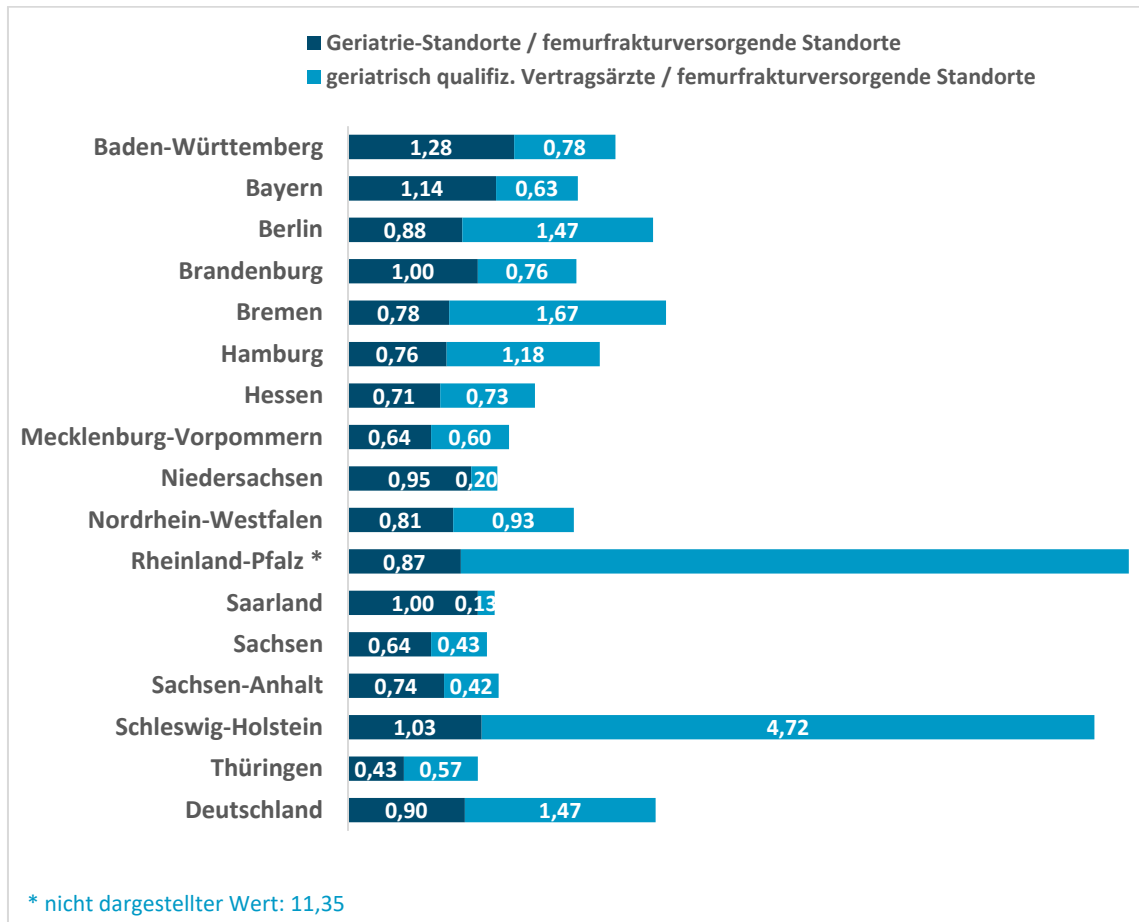


Abbildung 10 Verhältnis potentieller geriatrischer Kooperationseinrichtungen zu femurfrakturversorgenden Standorten nach Bundesländern 2022

1.8 Bewertung der Umsetzbarkeit des Auslaufens der Übergangsregelung zur täglich verfügbaren geriatrischen Kompetenz

Die praktische Umsetzbarkeit des Auslaufens der Übergangsregelung zur täglich verfügbaren geriatrischen Kompetenz hängt von folgenden Faktoren ab:

- von der quantitativen und qualitativen Verfügbarkeit geriatrisch qualifizierter Ärzte und Ärztinnen
- von der Kooperationsbereitschaft der bestehenden Geriatrie-Standorte und damit vom Einsatz der dort angestellten geriatrisch qualifizierten Ärztinnen und Ärzte ggf. unterstützt von geriatrisch qualifizierten Vertragsärztinnen und -ärzten

- von der Anzahl femurfrakturversorgender Standorte und ihrer Erreichbarkeit durch Geriatrie-Standorte und ggf. zusätzlich verfügbarer geriatrisch qualifizierter Vertragsärztinnen und -ärzte

Quantitative Verfügbarkeit geriatrisch qualifizierter Ärztinnen und Ärzten gemäß § 12 Abs. 1 der QSFFx-RL

Mit Auslaufen der Übergangsregelung gemäß § 12 Abs. 1 der QSFFx-RL soll ab dem 01.01.2024 die geforderte täglich verfügbare geriatrische Kompetenz nur noch durch geriatrisch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte (Ärzte mit Facharzttitle, Zusatz-Weiterbildung oder mit Fachkunde) sichergestellt werden (G-BA 2023a)². Auch für diesen orthogeriatrischen Kooperationsgrad liegt jedoch nur begrenzt Evidenz für die Verbesserung patientenrelevanter Endpunkte vor. Erst über Konsile auf Abruf hinausgehende Kooperationen (s. Vorgutachten: Lübke, Meinck 2018)³ sprechen deutlicher für eine Wirksamkeit, so dass mit Ablauf weiterer drei Jahre zum 01.01.2027 die tägliche Verfügbarkeit geriatrischer Kompetenz nicht mehr nur „auf Anforderung im Sinne eines Konsils“ erfolgen soll (s. ebenso § 12 Abs. 1 QSFFx-RL) (G-BA 2023a)². Eine konkrete Positivdefinition, welcher Kooperationsgrad mit welchen konkreten Kriterien dann allerdings erfüllt werden muss, findet sich in der Richtlinie nicht. Der Zeitpunkt des Auslaufens der hier zu diskutierenden Übergangsregelung ist damit zugleich der Beginn einer weiteren Übergangsregel, deren fristgerechter Umsetzung damit ebenso tangiert ist, jedoch nicht negativ beeinflusst werden sollte.

Die vorgenommenen Auswertungen haben gezeigt, dass sich der langjährige Trend einer Zunahme hinreichend geriatrisch qualifizierter Ärztinnen und Ärzte kontinuierlich fortgesetzt hat. Mit Beschluss im Dezember 2019 und dem Inkrafttreten der QSFFx-RL am 01.01.2021 (G-BA 2020a)¹ einschließlich der genannten Übergangsregelung hat die Anzahl von Ärztinnen und Ärzten mit einer ausreichenden geriatrischen Qualifikation weiter weitgehend linear zugenommen. Auch die Corona-Pandemie keine deutliche Verlangsamung der Zunahme bewirkt, obwohl diese erhebliche Einflüsse auf die geriatrische Versorgung bewirkt hat (Grund et al. 2021)⁸. In Anbetracht der Vorlaufzeiten für den Erwerb geriatrischer Qualifikationen, wären richtlinienrelevante Effekte zudem erst ab dem Jahr 2023 zu erwarten.

Gemäß der im Gutachten durchgeführten Prognose sollten zum Zeitpunkt des Auslaufens der Übergangsregelung insgesamt rund 4.800 Ärzte und Ärztinnen über eine geriatrischer Qualifikation gemäß § 12 Abs. 1 der QSFFx-RL (G-Ba 2023a)² verfügen, von denen 2.700 dem Tätigkeitsbereich stationär zugeordnet sind. Damit stehen gegenüber dem Jahr 2018 gut 2.200 geriatrisch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte zusätzlich zur Verfügung, von denen etwa 900 auf den Tätigkeitsbereich stationär entfallen (s. Tabelle 3). Es bestehen jedoch in den Bundesländern gewisse Unterschiede in der Relation vorhandener Ärztinnen und Ärzte zur Anzahl femurfrakturversorgender Standorte (s. Tabelle 4).

Kooperationsbezogene Verfügbarkeit geriatrisch qualifizierter Ärztinnen und Ärzte gemäß § 12 Abs. 1 der QSFFx-RL

Geriatrisch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte haben originäre Tätigkeiten an Geriatrie-Standorten (Krankenhaus-/Rehabilitationseinrichtungen) zu erfüllen, die durch Vorgaben geregelt sind und die Möglichkeiten zusätzlicher Aufgaben und damit ggf. auch von orthogeriatrischen Kooperationen ein-

schränken. Mit der zwischen 2018 und 2023 deutlich gestiegenen Anzahl zertifizierter Alterstraumzentren (ATZ) (s. Abschnitt 1.5 und Abbildung 6) kann für eine deutlich größere Teilmenge femurfrakturversorgender Standorte unterstellt werden, dass seitens ihrer Träger eine ausreichende qualitative Verfügbarkeit geriatrischer Kompetenz bereits gewährleistet ist (N=150). Zudem erfolgt bei 55% aller femurfrakturversorgenden Standorten mit > 20 richtlinienrelevanten Fällen bereits jetzt die Abrechnung geriatrischer Komplexbehandlungen (> 10 OPS-Kodes 8-550* oder > 10 OPS-Kodes 8-98a), so dass davon auszugehen ist, dass an diesen Standorten zumindest die nach § 275d SGB V vom Medizinischen Dienst überprüften Strukturvorgaben für geriatrische Komplexbehandlungen erfüllt sind. Damit sollten auch dort gute personelle Voraussetzungen und ein hinreichendes Interesse für die interne Absicherung der täglich verfügbaren geriatrischen Kompetenz an diesen Standorten vorhanden sein.

Die Mindestvorgaben geriatrischer Komplexbehandlungen sollen im nächsten Jahr dahingehend modifiziert werden, dass für die fachärztliche Behandlungsleitung geriatrisch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte an mindestens 4 von 7 Tagen pro Woche insgesamt mindestens 21 h in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein müssen (OPS-Vorabfassung 2024; www.klassifikationen.bfarm.de). Damit ergibt sich formal ein erheblicher und präzise definierter zeitlicher Freiraum für die Gewährleistung der täglich verfügbaren geriatrischen Kompetenz gemäß der QSFFx-RL am eigenen und/oder an anderen femurfrakturversorgenden Standorten. Da aber andererseits in einzelnen geriatrischen Einheiten auch geteilte Rufbereitschaften mit internistischen Fachabteilungen bestehen, muss davon ausgegangen werden, dass auch einzelne Geriatrie-Standorte außerhalb der üblichen Arbeitszeiten (nachts und an Wochenenden) und Abwesenheiten (Urlaub, Krankheit, Fortbildung) gewisse Schwierigkeiten haben können, die Anforderungen der QSFFx-RL für die orthogeriatrische Kooperation mit eigenem Personal zu erfüllen.

Geriatrisch qualifizierte Vertragsärztinnen und -ärzte erfüllen formal die Qualifikationsanforderungen gemäß der QSFFx-RL. Ein Einbezug in die Sicherstellung der täglich verfügbaren geriatrischen Kompetenz erscheint allerdings schwieriger. Zum einen wird mit der Aufnahme einer vertragsärztlichen Tätigkeit i.d.R. keine (weitere) Tätigkeit im Krankenhaus angestrebt. Zum andern lässt sich die Anforderung einer täglich verfügbaren Kooperation nur schwer mit der Aufrechterhaltung einer vertragsärztlichen Tätigkeit vereinbaren - zumindest nicht in einer Einzelpraxis. Bereits im Vorgutachten (Lübke, Meinck 2018)³ wurde daher hierin kein großes Potential gesehen. Insofern dürfte die im Gutachten dargelegte Zunahme geriatrisch qualifizierter Vertragsärztinnen und -ärzten der letzten Jahre das reale Kooperationspotential auf Seiten der Geriatrie nur begrenzt ausgeweitet haben.

Außerhalb von Praxiszeiten, an Wochenenden sowie in Urlaubs- und Krankheitszeiten könnte aber der Einbezug geriatrisch qualifizierter Vertragsärztinnen und -ärzten in Vereinbarungen zur punktuellen Sicherstellung der täglichen Verfügbarkeit geriatrischer Kompetenz gemäß der QSFFx-RL eine relevante Unterstützung darstellen. Eine regelhafte Absicherung der orthogeriatrischen Kooperation allein durch geriatrisch qualifizierte Vertragsärztinnen und -ärzten dürfte allerdings die Ausnahme bleiben, bedarf sie doch der engen Abstimmung mehrerer geriatrisch qualifizierter Vertragsärztinnen und -ärzten mit einer femurfrakturversorgenden Klinik. Selbst in Arztnetzen sind - wenn überhaupt - zumeist nur einzelne geriatrisch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte vorhanden, so dass auch diese Strukturen nicht grundsätzlich bessere Kooperationsmöglichkeiten als einzelne niedergelassene Vertragsärzte im Verbund anzubieten in der Lage wären.

Anzahl und Verteilung von Geriatrie-Standorten und geriatrisch qualifizierten Ärztinnen und Ärzten in Relation zu Standorten mit richtlinienrelevanter Versorgung

Im Vorgutachten (Lübke, Meinck 2018)³ wurden 920 Geriatrie-Standorte (Stand 2018) und rund 1.260 femurfrakturversorgende Kliniken (Stand 2016) identifiziert. Darüber hinaus wurden 756 geriatrisch qualifizierte Vertragsärztinnen und -ärzten ermittelt und die Anzahl potentieller geriatrische Kooperationspartner mit insgesamt 1.684 beziffert. Gutachtlich wurde seinerzeit daraus geschlossen, dass „*allenfalls eine Mindestanforderung gemäß Modell 1 (geriatrisches Konsil auf Abruf) realistisch*“ (S. 46 - 47) erscheint.

Die Anzahl an Standorten mit richtlinienrelevanten Leistungen ist 2022 deutlich kleiner als noch im Vorgutachten 2018 und dürfte sich mit der nun erst verzögert startenden Umsetzung des Nachweisverfahrens und des Strukturabfrageverfahrens der QSFFx-RL sowie den bisher noch nicht erfolgten Qualitätskontrollen durch die Medizinischen Dienste in den nächsten Monaten und Jahren noch relevant reduzieren.

Unter Beachtung eines Entfernungsradius von 20 km um jeden Geriatrie-Standort zeigte sich eine überwiegend gute räumliche Nähe zur Mehrzahl femurfrakturversorgender Standorte mit > 20 richtlinienrelevanten Fällen. Lediglich 45 femurfrakturversorgende Kliniken lagen nicht in einem solchen Entfernungsradius von mindestens einem Geriatrie-Standort. Deren Anzahl erhöht sich jedoch bei einem Entfernungsradius von 15 km schon deutlicher (N=105) (s. Tabelle 7). Zwischen den Bundesländern zeigten sich hierbei deutliche Unterschiede.

Die im Abschnitt 1.7 erfolgten Analysen zum Kooperationsverhältnis betrachten jedoch nur eine Möglichkeit der Sicherstellung einer täglich verfügbaren geriatrischen Kompetenz, sollen lediglich regionale Unterschiede für die Umsetzung externer Kooperationen verdeutlichen. Femurfrakturversorgende Standorte konnten und können auch durch Anstellung oder gezielte Aus-/Fortbildung von eigenem ärztlichem Personal geriatrisch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte hinzugewinnen. Gerade bei ungünstigen regionalen/lokalen Kooperationsaussichten wäre die Sicherstellung eigener geriatrischer Kompetenz auf diesen Wegen eine nachvollziehbare Strategie, um ein diesbezüglich eher ungünstiges Umfeld angemessen zu reagieren. Gut die Hälfte der femurfrakturversorgenden Standorte weist bereits jetzt aufgrund der am Standort bereits etablierten geriatrischen Versorgung gute Ausgangsbedingungen auf, ohne einen externen Kooperationspartner auskommen zu können.

Für (externe) Kooperationen ist unverändert eine sehr umfangreiche Bereitschaft seitens der bestehenden Geriatrie-Standorte erforderlich. Die bestehenden Geriatrie-Standorte werden somit nicht auf jede Kooperationsanfrage eingehen (können), da ansonsten hausinterne Aufgaben nicht mehr angemessen gewährleistet werden können. Dies könnte gerade bei kleineren Geriatrie-Standorten der Fall sein. Die bestehenden Geriatrie-Standorte können mit gezielten Kooperationsangeboten damit aber auch einen Beitrag zu einer gewissen Konzentration femurfrakturversorgender Standorte leisten, was eine Verlagerung des Leistungsvolumens auf die verbleibenden femurfrakturversorgenden Standorte zur Folge hätte. Die Gewährleistung der geriatrischen Versorgung gemäß der QSFFx-RL könnte dort ggf. effektiver und damit wirtschaftlicher zu gewährleisten sein. Gerade bei längeren Distanzen (Fahrzeiten) und wenigen richtlinienrelevanten Fällen an einem Standort könnte insofern eine zusätzliche externe Kooperation von den jeweiligen Geriatrie-Standorten auch kritisch hinterfragt werden.

Für die Umsetzung der täglich verfügbaren geriatrischen Kooperation durch geriatrisch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte erscheint ihre ungleiche Verteilung in den Bundesländern und vermutlich auch in

einzelnen Regionen dieser Bundesländer eine Herausforderung. So wurde für einzelne Bundesländer ein relativ ungünstiges Kooperationsverhältnis zwischen geriatrisch qualifizierten Ärztinnen und Ärzten und femurfrakturversorgenden Standorten identifiziert (s. Tabelle 4 und Tabelle 10). Ferner weisen einzelne Bundesländer ein relativ ungünstiges Kooperationsverhältnis von Geriatrie-Standorten (Krankenhaus und Rehabilitation) und femurfrakturversorgenden Standorten auf (s. Tabelle 10). Zudem wurden einzelne Bundesländer identifiziert, in denen mehr femurfrakturversorgende Kliniken außerhalb eines engeren Entfernungsradius um den nächstgelegenen Geriatrie-Standort bestehen. Ein ungünstiges Kooperationsverhältnis und eine große Distanz zum nächstgelegenen Geriatrie-Standort könnten die Umsetzungsprobleme auf lokaler Ebene verstärken, dem aber durch proaktives gezieltes Handeln der femurfrakturversorgenden Standorte begegnet werden kann (s. obige Ausführungen zur Anstellung, Aus-/Weiterbildung von eigenem ärztlichem Personal, Etablierung eigener geriatrischer Versorgung). Sofern hier einzelne Standorte auf diese Herausforderung nicht angemessen und rechtzeitig reagiert haben und nun in kurzer Zeit keine praktikablen Lösungen finden, spricht dies nicht für die Weiterführung der Übergangsregelung, da auch diese nicht sicherstellt, dass diese Kliniken die gewonnene Zeit zielgerichtet nutzen.

Wenngleich zwar davon auszugehen ist, dass in mehreren Bundesländern einzelne femurfrakturversorgende Standorte nach Auslaufen der Übergangsregelung ggf. auch aufgrund fehlender täglich verfügbarer geriatrischer Kompetenz aus der Versorgung ausscheiden müssen, spricht dies insgesamt dennoch nicht für eine Verlängerung der Übergangsregelung.

Es ist vor dem Hintergrund dieses Gutachtens vielmehr unverändert davon auszugehen, dass die Ende 2023 auslaufende Übergangsregelung seitens der femurfrakturversorgenden Standorte ganz überwiegend umgesetzt werden kann. Zum einen stehen rein rechnerisch ausreichend Geriatrie-Standorte und zur weiteren Unterstützung von Kooperationen geriatrisch qualifizierte Vertragsärztinnen und -ärzte zur Verfügung, sofern diese vor Ort überhaupt benötigt werden. Zum anderen lässt die noch bedeutendere Gesamtanzahl geriatrisch qualifizierter Ärztinnen und Ärzte v.a. im Tätigkeitsbereich stationär den Weiterbetrieb von bis zu 1.000 femurfrakturversorgenden Standorten durch Bereitstellung täglicher verfügbarer geriatrischer Kompetenz rechnerisch zu.

Literatur

1. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses 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): veröffentlicht im BAnz AT 30.12.2020 B6.
2. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses 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): zuletzt geändert am 7. Dezember 2022, veröffentlicht im BAnz AT 12.01.2023 B4.
3. Lübke N, Meinck M. Wirksamkeit orthogeriatischer Kooperationen: Praxis und Umsetzbarkeit orthogeriatischer Kooperationen in Deutschland. Hamburg: Kompetenz-Centrum Geriatrie, 2018.
4. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur: vom 22.11.2019 (Gemäß Hinweisen des BMG vom 8. Oktober 2020 und Beschluss vom 20. November 2020 aktualisierte Fassung).
5. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL): Ausschluss von Periimplantatfrakturen und weitere Änderungen vom 17.08.2023.
6. Landesärztekammer Rheinland-Pfalz. Weiterbildungsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Rheinland-Pfalz: verabschiedet in der 9. Sitzung der 14. Vertreterversammlung vom 28.04.2021 - in Kraft ab 02.01.2022, 1. Änderung in der 3. Sitzung der 15. Vertreterversammlung vom 05.10.2022 - in Kraft getreten am 02.02.2023, genehmigt durch Schreiben des Ministeriums für Wissenschaft und Gesundheit Rheinland-Pfalz vom 13.12.2022, Az.: 3126-0038# 2022/0009-1501 15205.
7. Landesärztekammer Rheinland-Pfalz. Weiterbildungsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Rheinland-Pfalz: verabschiedet in der 6. Sitzung der 11. Vertreterversammlung vom 05.05.2004, i. d. F. 2022.
8. Grund S, Jamour M, Becker C, et al. Stationäre Geriatrie: Das COVID-Versorgungsparadox. *Dtsch Arztebl* 2021;118(21):A1044-9.