Gemeinsamer Bundesausschuss

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Spezifikation für das Erfassungsjahr 2026 gemäß Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)

Vom 18. Juni 2025

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 18. Juni 2025 auf der Grundlage von § 8 Absatz 6 der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) die Änderung der Spezifikation für das Erfassungsjahr 2026 nach Maßgabe der Empfehlungen zur Spezifikation des IQTIG gemäß **Anlage** beschlossen.

Der G-BA beauftragt das IQTIG mit der Erstellung und Veröffentlichung der Spezifikation für die QS-Filter- und Dokumentationssoftware gemäß den Empfehlungen zur Spezifikation der QSFFx-RL.

Die Spezifikation der QSFFx-RL einschließlich der technischen Dokumentation ist vom IQTIG auf dessen Internetseite unter www.iqtig.org zu veröffentlichen.

Berlin, den 18. Juni 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Spezifikationsjahr 2026 nach QSFFx-RL

Spezifikation zur Strukturabfrage mittels EDV-technischer Aufbereitung der Dokumentation und der Datenübermittlung gemäß QSFFx-RL

Erläuterungen und Dokumente

15. Januar 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Spezifikationsjahr 2026 nach QSFFx-RL

Ansprechperson	Andreas Mariaschk
Datum der Abgabe	15. Januar 2025

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

DATENQUELLEN UND BETRACHTETE ZEITRÄUME

Strukturabfrage	Spezifikationsjahr 2026

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 4
Abbildungsverzeichnis 5
Abkürzungsverzeichnis 6
1 Einleitung 7
2 Modulspezifische Empfehlungen 9
2.1 Hüftgelenknahe Femurfraktur: Checkliste (Modul FFX) 9
2.2 Hüftgelenknahe Femurfraktur: Erinnerungswesen (Modul FFXE) 9
3 Zeit- und Releaseplanung 10
3.1 Zeitplanung 10
3.2 Releaseplanung 12
Anhang 14
Impressum 15

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Releaseplanung der Spezifikation für die Strukturabfrage gemäß QSFFx-RL 2026 13

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitplanung für die Spezifikationsversion 2026 V01 11

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IK	Institutionskennzeichen
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
LVKK/EK	Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen
QS	Qualitätssicherung
QSFFx-RL	Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur
SJ	Spezifikationsjahr

1 Einleitung

Die Spezifikation ist die Gesamtheit aller Vorgaben zur QS-Dokumentation bzw. zur Datenerhebung bezogen auf ein Spezifikationsjahr. Sie bestimmt insbesondere die QS-Dokumentation und die Übermittlung der Daten. Grundlage des hier aufgeführten Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahrens) ist die Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)[1]. Diese wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen.

Die Spezifikation für die Strukturabfrage gemäß QSFFx-RL enthält alle Vorgaben zur Erfassung bestimmter Mindestanforderungen. Hierzu zählen eine standortbezogene Abfrage von allgemeinen und spezifischen Mindestanforderungen und eine Abfrage von Mindestanforderungen an die Prozessqualität im Krankenhaus sowie deren Export und Versand von den Krankenhäusern an bestimmte Adressaten im Datenfluss bezogen auf ein Spezifikationsjahr. Die Adressaten im Datenfluss sind hierbei die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen (LVKK/EK) sowie das Institut für Transparenz und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (IQTIG). Aufbauend auf den Vorgaben der QSFFx-RL wird durch das IQTIG eine technische Spezifikation erstellt und auf den Webseiten des IQTIG veröffentlicht.[2]

Zielsetzung und Zielgruppe

Die Spezifikation gemäß QSFFx-RL ist ein komplexes Regelwerk, das mithilfe verschiedener Komponenten verbindliche Grundlagen für alle Prozesse im Zusammenhang mit der Erfassung und Übermittlung von QS-Daten bei den unterschiedlichen Verfahrensteilnehmern (Leistungserbringer, LVKK/EK und IQTIG) vorgibt und beschreibt. Die Komponenten der Spezifikation sind daher so ausgestaltet, dass sie von QS- und/oder IT-/EDV-Expertinnen und Experten verstanden werden. Die Spezifikation richtet sich ausschließlich an diesen Teilnehmerkreis. Die Regelung und die Art der Darlegung der Spezifikationskomponenten sind auf eine möglichst automatisierte Nutzung durch diesen Personenkreis ausgerichtet.

Externe Qualitätssicherungsmaßnahmen, die eine Beurteilung der Qualität anhand von Strukturabfragen zum Ziel haben, stellen eine Reihe von Anforderungen an die Datenerhebung, Datenerfassung und Plausibilitätsprüfung, um valide, reliable und vergleichbare Daten gewinnen zu können. Die Erfassung und Plausibilitätsprüfung durch unterschiedliche Softwareumsetzungen beinhaltet grundsätzlich die Gefahr einer Verzerrung der Daten. Die Vorgaben der Spezifikation, die eine einheitliche Festlegung von Datenfeldbeschreibungen, Plausibilitätsregeln, Grundsätzen der Benutzerschnittstellengestaltung und Datenübermittlungsformaten umfassen, sollen dazu dienen, dieser Gefahr entgegenzuwirken. Dadurch werden die Erhebung valider und vergleichbarer Daten sowie ein unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten sicherer Datenfluss gewährleistet.

[1] https://www.g-ba.de/richtlinien/118/

[2] https://iqtig.org/datenerfassung/spezifikationen/spezifikation-fuer-die-strukturabfrage-gemaess-qsffx-rl/

Die Komponenten der Spezifikation sind als verbindliche Handlungsanleitung zu betrachten. Damit soll erreicht werden, dass alle Verfahrensteilnehmer (Leistungserbringer, Softwareanbieter, LVKK/EK und IQTIG) die Komponenten korrekt anwenden und Dokumentationspflichten erkennen sowie Klarheit darüber besteht, wie Datenlieferungen zu verschlüsseln und an welche Datenannahmestelle sie zu versenden sind. Diese verbindlichen Vorgaben der Spezifikation sind einzuhalten. Die Art der Umsetzung kann jedoch individuell auf die Zielgruppen der Software ausgerichtet werden. Ein Beispiel hierfür wäre die verfahrensspezifische Zurverfügungstellung und Erläuterung der generischen technischen Fehlermeldungen. Da beispielsweise die Fehlermeldungstexte der administrativen Prüfungen allgemein formuliert sind, können Verfahrensteilnehmer (Softwareanbieter, LVKK/EK) die Meldungstexte so konkretisieren, dass sie für den Empfänger (insbesondere für Ärztinnen und Ärzte) für den individuellen Fall verständlich sind. Diese Fehlermeldungen sind nicht Bestandteil der vorliegenden Spezifikationsempfehlungen.

Auf der Website des IQTIG stehen Informationen für Endanwender zu den einzelnen Verfahren und zur Erleichterung der Dokumentation bereit. Zu Letzterem gehören die Dokumentationsbögen, Ausfüllhinweise und Anwenderinformationen. Diese Dokumente, die sich an Leistungserbringer richten, die Anwender der QS-Software sind (z. B. Ärztinnen oder Ärzte), sind unter Berücksichtigung verschiedener Anforderungen möglichst anwenderorientiert und verständlich formuliert. Neben der Verständlichkeit werden beispielsweise auch Aspekte wie Einheitlichkeit, technische Umsetzbarkeit und Aufwand bei Verfahrensteilnehmern berücksichtigt. Die Spezifikation richtet sich an alle beteiligten Leistungserbringer und die von ihnen beauftragten Softwarehersteller.

Spezifikation für die Strukturabfrage gemäß QSFFX-RL

Das vorliegende Dokument beschreibt und erläutert die für das Spezifikationsjahr 2026 empfohlenen Änderungen der Spezifikation für die Strukturabfrage gemäß QSFFx-RL.

2 Modulspezifische Empfehlungen

Modulspezifische Empfehlungen für das Spezifikationsjahr 2026, die ausschließlich für ein Modul gelten, werden im Folgenden beschrieben und erläutert.

2.1 Hüftgelenknahe Femurfraktur: Checkliste (Modul FFX)

Das Modul FFX beinhaltet die Checkliste, welche im Rahmen des Nachweisverfahren an die LVKK/EK sowie im Rahmen der Strukturabfrage an das IQTIG exportiert wird.

Der Ausnahmetatbestand gemäß § 10 Abs. 2 wird um ein Jahr verlängert (bis 31. Dezember 2026). Dementsprechend wird der Ausfüllhinweis des technischen Feldes ANFVOLLSTA angepasst.

Gemäß § 8 Abs. 2 Satz 1 können die Krankenhäuser dem G-BA bis 31. Dezember 2025 Gründe für die Nichterfüllung von Mindestanforderungen mitteilen. Die entsprechenden Datenfelder hierzu werden entfernt.

2.2 Hüftgelenknahe Femurfraktur: Erinnerungswesen (Modul FFXE)

Das Modul FFXE beinhaltet die automatisierte Meldung der Standort-ID und einer validen E-Mailadresse als Grundlage für das Erinnerungswesen an das IQTIG.

Für das Spezifikationsjahr 2026 werden keine Änderungen am Modul FFXE empfohlen.

3 Zeit- und Releaseplanung

Die Spezifikation für die Strukturabfrage gemäß QSFFx-RL wird in einem jährlichen Intervall veröffentlicht. Innerhalb dieses Jahreszyklus kann es Updates der Spezifikation geben. Änderungen an der Spezifikation können z.B. aus Änderungen der QSFFx-RL resultieren, die der G-BA beschlossen hat.

3.1 Zeitplanung

Die Spezifikation unterliegt einem definierten, mit dem G-BA und mit Verfahrensteilnehmern abgestimmten Releasezyklus. Um eine fristgerechte Umsetzung der Spezifikationen sicherzustellen, ist die Einhaltung aller Fristen daher eine wesentliche Voraussetzung. Hierbei sind die im folgenden beschriebenen Anforderungen und Fristen zu berücksichtigen.

Die reguläre Zeitplanung für die Erstellung, Beratung und Finalisierung der Spezifikationsempfehlung bis zur Veröffentlichung der technischen Spezifikationsversionen 2026 V01 kann Abbildung 1 entnommen werden.

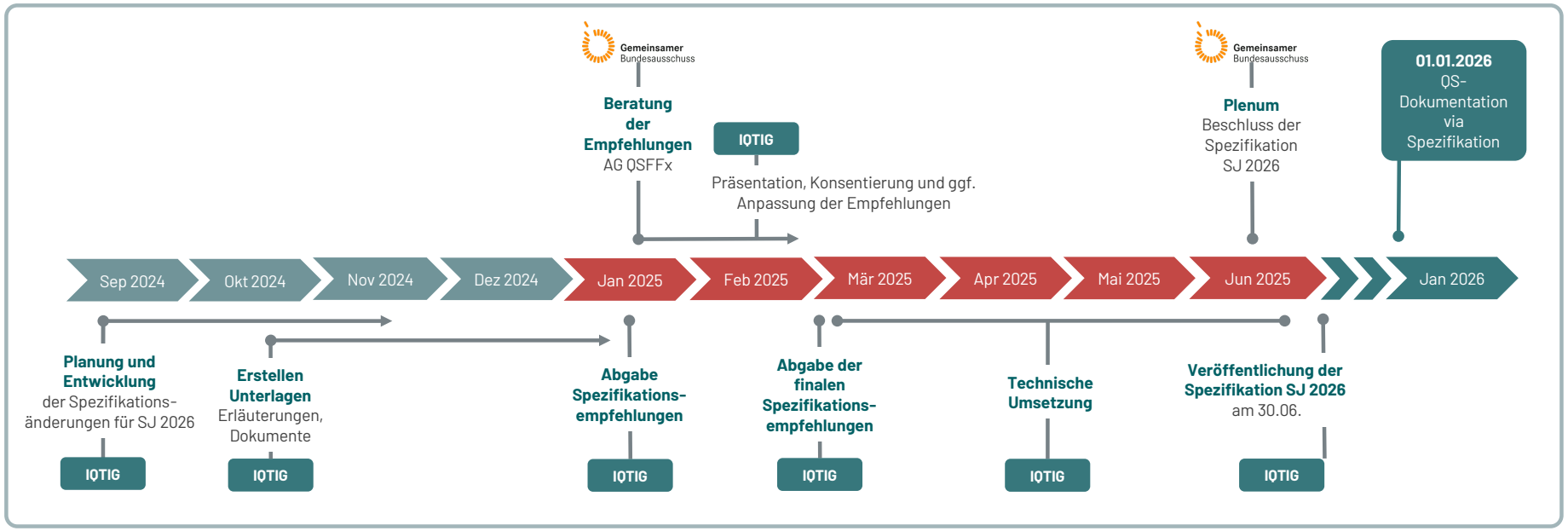

Abbildung 1: Zeitplanung für die Spezifikationsversion 2026 V01

© IQTIG 2025

Auf Basis der in Abbildung 1 dargestellten Fristen kann ein fristgerechter Verfahrensstart gewährleistet werden. Das IQTIG schlägt vor, die Beratungen in der AG sowie die Vorstellung der Empfehlung und Konsentierung möglicher Anpassungswünsche bis Mitte Februar 2025 abzuschließen. Die finalen Unterlagen könnten bis Anfang März 2025 übermittelt werden, sodass ab diesem Zeitpunkt mit der technischen Umsetzung begonnen werden kann. Ein Plenumsbeschluss im Juni 2025 wäre ausreichend, um die Bereitstellung mit der Spezifikation für die Strukturabfrage gemäß QSFFx-RL 2026 V01 am 30. Juni 2025 zu ermöglichen.

Zusätzliche und erst nach den mit der AG abgestimmten Fristen eingebrachte Änderungsvorschläge seitens der Bänke des G-BA können erst für das jeweils darauffolgende Spezifikationsjahr vorgemerkt werden und bedürfen eines erneuten Beschlusses des G-BA. Hiervon ausgenommen sind ausschließlich Korrekturen im Rahmen von Updates, die aus technischen Gründen notwendig sind (z. B. Fehlerkorrekturen). Diese erfolgen in Eigenverantwortung des IQTIG im Rahmen der Releaseplanung. Der G-BA wird über Updates der Spezifikationen informiert.

3.2 Releaseplanung

Der Beschluss der Spezifikationen und ihrer regelmäßigen Änderungen auf der Grundlage der Empfehlungen des IQTIG sowie die Regelungen der Richtlinie bilden zusammen die verbindliche Grundlage für die technischen Spezifikationen. Die vollständigen, widerspruchs- und interpretationsfreien Vorgaben der Beschlüsse zu den Spezifikationen und den Regelungen der Richtlinie sind Voraussetzung für die Erstellung der technischen Spezifikationen und deren Veröffentlichungen nach dem Plenumsbeschluss. Sollte es zu Abweichungen zwischen beschlossener Spezifikation oder Änderungen daran und den Regelungen der QSFFx-RL kommen, sollten Richtlinie und Spezifikationen zum nächstmöglichen Zeitpunkt wieder in Übereinstimmung gebracht werden. Bis dies erfolgt, folgen die technischen Spezifikationen im Zweifel den Vorgaben des Richtlinientextes.

Um Planungssicherheit zu gewährleisten und angemessen auf Fehler reagieren zu können, werden die Termine zur Veröffentlichung von Spezifikationspaketen (Versionen) eines Spezifikationsjahres und zu Rückmeldefristen in der Releaseplanung aufgeführt.

Die genannten Termine aus Tabelle 1 sind als Zielwerte zu betrachten und basieren auf Vorgaben des G-BA, Abstimmungen mit den Verfahrensteilnehmern sowie Anforderungen aus der technischen Umsetzung. Diese Termine ermöglichen den beteiligten Verfahrensteilnehmern den notwendigen Zeitraum für die Implementierung und Testung.

Die Spezifikation für das Spezifikationsjahr 2026 wird in der Version 01 nach Beschluss durch den G-BA veröffentlicht.

Tabelle 1: Releaseplanung der Spezifikation für die Strukturabfrage gemäß QSFFx-RL 2026

Frist	Meilenstein	Bereitstellung	Bemerkung
nach Beschluss durch das Plenum bzw. 30. Juni 2025	Version 2026 V01	Veröffentlichung auf der IQTIG-Webseite (http://www.iqtig.org)	Finale Version
15. September 2025	Frist für Fehlerrückmeldungen	E-Mail an verfahrenssupport@iqtig.org oder Nutzung der Kommunikationsplattform	
30. September 2025	Version 2026 V02	Veröffentlichung auf der IQTIG-Webseite (http://www.iqtig.org)	Fehlerkorrekturen

Über die in der Tabelle 1 aufgeführten Meilensteine hinaus erfolgt eine regelmäßige Abstimmung mit Softwareherstellern und weiteren Verfahrensteilnehmern (z. B. Softwareanbieter und Landesverbänden der Krankenkassen) in Form von Informationstreffen, Workshops und über die Kommunikationsplattform des IQTIG. Zudem wurden neue Meilensteine in den Prozess der Systempflege integriert (z. B. die Bereitstellung von Änderungsempfehlungen) und Festlegungen getroffen, die die Qualität der Spezifikation erhöhen und die Richtlinienkonformität sicherstellen (z. B. werden wesentliche Änderungen nur im Rahmen finaler Versionen berücksichtigt).

Unterjährige Updates:

Die Releaseplanung ist so konzipiert, dass die Spezifikation vor Beginn des Spezifikationsjahres finalisiert und unterjährig nicht mehr aktualisiert wird. Eine unterjährige Aktualisierung sollte nur in Ausnahmefällen erfolgen. Sie sollte nur dann vorgenommen werden, wenn ein gravierender Fehler den Abschluss eines Großteiles der Bögen verhindert und kein anderer „Workaround" als Übergangslösung gefunden werden kann.

In unterjährigen Updates können keine schnittstellenrelevanten Änderungen oder strukturelle Änderungen an Spezifikationskomponenten vorgenommen werden, da jederzeit die Rückwärtskompatibilität gewährleistet bleiben muss. Das bedeutet, dass z. B.:

- keine neuen Datenfelder in die Dokumentation aufgenommen werden können,
- Regeln nicht von weich auf hart gesetzt werden können und
- Kann-Felder nicht zu Muss-Feldern umgewandelt werden können.

Zusammengefasst: Es können nur aufweichende Maßnahmen, jedoch keine Verschärfungen, in unterjährigen Aktualisierungen vorgenommen werden. Dies ist von hoher Bedeutung, da ansonsten zwar die mit einem Update adressierten Probleme gelöst werden, an anderer Stelle aber auch neue Probleme im Datenfluss entstehen.

Anhang

Datenfeldbeschreibungen und Ausfüllhinweise

Hüftgelenknahe Femurfraktur: Checkliste (FFX)

Allgemeine Hinweise: Kontrollen zur Einhaltung von Qualitätsanforderungen dieser Richtlinie durch den Medizinischen Dienst (MD) erfolgen gemäß der MD-Qualitätskontroll-RL (MD-QK-RL). Die dafür notwendigen Unterlagen sind für die Prüfungen vorzuhalten. Die Facharztbezeichnung richtet sich nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließt auch diejenigen Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen. Nach § 6 Abs. 1 QSFFx-RL ist der standortbezogene Nachweis über die Erfüllung der Mindestanforderungen nach dieser Richtlinie einschließlich der gegebenenfalls zum Zeitpunkt des Nachweises vorliegenden Abweichungen von den Krankenhäusern stichtagsbezogen gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zwischen dem 15. November und dem 31. Dezember eines Jahres zu führen. Für den Fall, dass ein Krankenhaus erstmals, unterjährig oder erneut die von dieser Richtlinie betroffenen Leistungen erbringen möchte, ist ein entsprechender Stichtag zu wählen, an dem alle Mindestanforderungen erfüllt werden. Unberührt davon ist eine Nichterfüllung einzelner Mindestanforderungen, die nach dem vom Krankenhaus für die Nachweisführung nach Satz 1 und 2 ausgewählten Stichtag auftritt und die länger als 48 Stunden andauert, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unverzüglich anzuzeigen, ebenso wie deren Wiedererfüllung. Es ist darauf zu achten, dass in den Begründungsfeldern bei Nichterfüllung einzelner Mindestanforderungen keine personenidentifizierenden Daten hinterlegt werden dürfen.

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Basis (B)			
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden			
Basis			
1	Name der Einrichtung	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (max. 100 Zeichen)	-
2	leistungserbringender Standort	☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Nummer / Kennzeichen des Standorts gemäß dem Standortverzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V	-
3	Institutionskennzeichen	☐☐☐☐☐☐☐☐☐ IK-Nummer / Haupt-IK-Nummer des Standorts gemäß dem Standortverzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V	-
Checkliste (C)			
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden			
Checkliste			
4	laufende Nummer der Checkliste	☐☐☐ **Gültige Angabe:** 1 - 999	-
Anlass der Dokumentation			

5.1	Nachweis über die Erfüllung der Mindestanforderungen	☐ 1 = ja	-
5.2	Meldung der Nicht- oder Wiedererfüllung von Mindestanforderungen gemäß § 6 Abs. 1 Satz 3 QSFFx-RL	☐ 1 = ja	Gemäß § 6 Abs. 1 QSFFx-RL. Hier ist die Meldung einer Nicht- oder Wiedererfüllung einzelner Mindestanforderungen, die länger als 48 Stunden andauern, zu hinterlegen.
5.3	Abmeldung vom Nachweisverfahren	☐ 1 = ja	Hinweis: Diese Meldung ist zu tätigen, sofern ein Krankenhaus welches einen Nachweis nach § 6 Absatz 1 Sätze 1 oder 2 QSFFx-RL geführt hat, keine Leistungen (Kombination aus Diagnosen und Prozeduren) entsprechend Anlage 1 mehr erbringen wird.
wenn Feld 5.1 = 1			
6	Art des Nachweises	☐ 1 = Erstmaliger Nachweis (Erstanmeldung) 2 = Jährlicher Nachweis nach § 6 Abs. 1 Satz 1 (Statusmeldung) 3 = Erneuter Nachweis nach Abmeldung vom Nachweisverfahren (Wiederanmeldung)	Erstmeldung - §6 Abs. 1 Satz 2 QSFFx-RL*: „Für den Fall, dass ein Krankenhaus erstmals, unterjährig oder erneut die von dieser Richtlinie betroffenen Leistungen erbringen möchte, ist ein entsprechender Stichtag zu wählen, an dem alle Mindestanforderungen erfüllt werden." Statusmeldung - §6 Abs. 1 Satz 1 QSFFx-RL: „Ein standortbezogener Nachweis über die Erfüllung der Mindestanforderungen nach dieser Richtlinie einschließlich der gegebenenfalls zum Zeitpunkt des Nachweises vorliegenden Abweichungen ist von den Krankenhäusern stichtagsbezogen gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in Form einer auf der Strukturabfrage nach § 8 basierenden Checkliste (Anlage 3) regelmäßig zwischen dem 15. November und dem 31. Dezember eines Jahres zu führen." Wiederanmeldung - Eine Wiederanmeldung ist dann zu wählen, wenn ein Krankenhaus nach einer Abmeldung erneut die von dieser Richtlinie betroffenen Leistungen erbringen möchte. Gemäß § 6 Abs. 1. Satz 2 ist in diesem Fall ein entsprechender Stichtag zu wählen, an dem alle Mindestanforderungen erfüllt werden. *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. URL: https://www.g-ba.de/richtlinien/118/

Stichtag			
wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.3 = 1			
7	Stichtag	☐☐.☐☐.☐☐☐☐	-
Meldung der Nicht- / oder Wiedererfüllung von Mindestanforderungen			
wenn Feld 5.2 = 1			
8	Datum des Eintretens der Nichterfüllung bzw. der Wiedererfüllung	☐☐.☐☐.☐☐☐☐	-
Allgemeine Mindestanforderungen			
Überregionales Traumazentrum			
wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.2 = 1			
9	Die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum sind vollständig erfüllt	☐ gemäß Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung (siehe Anhang zu Anlage 3) 0 = nein 1 = ja	Gemäß § 10 Abs. 1 QSFFx-RL; Anlage 3, A8. Hinweis: Der Anhang zu Anlage 3 spezifiziert die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß Weißbuch Schwerverletztenversorgung Stand Mai 2012 (S. 17f.) abschließend. Wenn die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Anhang zu Anlage 3 vollständig erfüllt sind, dann gelten die Allgemeinen Mindestanforderungen gemäß § 3 Abs. 1 bis 4 QSFFx-RL (Anlage 3, A1.1 bis A7) als erfüllt (Ausnahmetatbestand gemäß § 10 Abs. 1 QSFFx-RL). Ein Ausfüllen von A1.1-A7 (Anlage 3) ist dann nicht erforderlich.
Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum sind nicht erfüllt			
wenn Feld 9 = 0			
10	Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Chirurgie oder Unfallchirurgie oder Allgemeine Chirurgie oder Orthopädie oder Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort	☐ 0 = nein 1 = ja	Gemäß § 3 Abs. 1a QSFFx-RL; Anlage 3, A1.1.
~~wenn Feld 10 = 0~~			

~~11~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ (max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL.~~ ~~Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.~~ ~~Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
~~wenn Feld 9 = 0~~			
~~12~~ 11	Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Innere Medizin am Standort	□ 0 = nein 1 = ja	Gemäß § 3 Abs. 1a QSFFx-RL; Anlage 3, A1.2.
~~wenn Feld 12 = 0~~			
~~13~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ (max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL.~~ ~~Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.~~ ~~Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
wenn Feld ~~12~~ 11 = 0			
~~14~~ 12	Die Anforderungen gemäß § 10 Abs. 2 QSFFx-RL (Ausnahmetatbestand) sind vollständig erfüllt	□ 0 = nein 1 = ja	Gemäß § 10 Abs. 2 QSFFx-RL; Anlage 3, A1.3. Abweichend von § 3 Abs. 1 Buchstabe a QSFFx-RL können Krankenhäuser die Patientenversorgung bis zum 31. Dezember ~~2025~~ 2026 weiterführen, wenn sie: a) im Jahr 2018 Eingriffe, die mit einem OPS-Kode gemäß Anlage 1 kodiert sind, abgerechnet haben und b) über eine Fachabteilung für Chirurgie oder Unfallchirurgie (oder über eine vergleichbare Fachabteilung siehe A2.1) verfügen und c) die ärztliche Versorgung im Gebiet der Inneren Medizin durch eine täglich 24 stündige Arztpräsenz im Krankenhaus (Bereitschaftsdienst möglich) sicherstellen. Ist die präsente Ärztin oder der präsente Arzt keine Fachärztin oder kein Facharzt für Innere Medizin, ist zusätzlich ein Rufbereitschaftsdienst mit eben dieser Qualifikation sicherzustellen.
~~wenn Feld 14 = 0~~			

~~15~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ (max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL.~~ ~~Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.~~ ~~Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
wenn Feld 9 = 0			
~~16~~ 13	Es sind jeweils ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet und im Bedarfsfall verfügbar sind	□ 0 = nein 1 = ja	Gemäß § 3 Abs. 1b QSFFx-RL; Anlage 3, A2.
~~wenn Feld 16 = 0~~			
~~17~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ (max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL.~~ ~~Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.~~ ~~Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
wenn Feld ~~16~~ 13 = 1			
~~18~~ 14	Der für die Notfallversorgung benannte Arzt verfügt über die Zusatzweiterbildung "Klinische Akut- und Notfallmedizin"	□ 0 = nein 1 = ja	Gemäß § 3 Abs. 1c QSFFx-RL; Anlage 3, A2.1. Die Anforderung an die Zusatzweiterbildungen „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ ist spätestens ab dem 01.01.2026 zu erfüllen.
~~wenn Feld 18 = 0~~			
~~19~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ (max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL.~~ ~~Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.~~ ~~Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
~~wenn Feld 16 = 1~~			

~~20~~ 15	Die für die Notfallversorgung benannte Pflegekraft verfügt über die Weiterbildung "Notfallpflege"	☐ 0 = nein 1 = ja	Gemäß § 3 Abs. 1c QSFFx-RL; Anlage 3, A2.2. Die Anforderung an die Weiterbildung „Notfallpflege“ ist spätestens ab dem 01.01.2026 zu erfüllen.
~~wenn Feld 20 = 0~~			
~~21~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~(max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL.~~ ~~Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.~~ ~~Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
~~wenn Feld 16 = 1~~			
~~22~~ 16	Der für die Notfallversorgung benannte Arzt und die für die Notfallversorgung benannte Pflegekraft nehmen regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil	☐ 0 = nein 1 = ja	Gemäß § 3 Abs. 1e QSFFx-RL; Anlage 3, A2.3.
~~wenn Feld 22 = 0~~			
~~23~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~(max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL.~~ ~~Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.~~ ~~Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
wenn Feld 9 = 0			
~~24~~ 17	Es ist jeweils ein Facharzt im Gebiet Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar	☐ 0 = nein 1 = ja	Gemäß § 3 Abs. 1d QSFFx-RL; Anlage 3, A3. Hinweis: Diese Anforderung zur Verfügbarkeit eines Facharztes für Chirurgie gilt ebenfalls als erfüllt, wenn ein vergleichbarer Facharzt (Facharzt für Allgemeinchirurgie, Facharzt für Orthopädie oder Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie) innerhalb von maximal 30 Minuten beim Patienten verfügbar ist.
~~wenn Feld 24 = 0~~			

~~25~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~(max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL.~~ ~~Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.~~ ~~Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
~~wenn Feld 9 = 0~~			
~~26~~ 18	Die Intensivstation verfügt über mindestens sechs Intensivtherapiebetten	☐ 0 = nein 1 = ja	Gemäß § 3 Abs. 1f QSFFx-RL; Anlage 3, A4.1.
~~wenn Feld 26 = 0~~			
~~27~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~(max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL.~~ ~~Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.~~ ~~Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
~~wenn Feld 9 = 0~~			
~~28~~ 19	Mindestens drei Intensivtherapiebetten sind zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet	☐ 0 = nein 1 = ja	Gemäß § 3 Abs. 1f QSFFx-RL; Anlage 3, A4.2.
~~wenn Feld 28 = 0~~			
~~29~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~(max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL.~~ ~~Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.~~ ~~Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
~~wenn Feld 9 = 0~~			
~~30~~ 20	Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung	☐ 0 = nein 1 = ja	Gemäß § 3 Abs. 1g QSFFx-RL; Anlage 3, A5.
~~wenn Feld 30 = 0~~			

~~31~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL. Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025. Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
~~wenn Feld 9 = 0~~			
~~32~~ 21	Es ist ein Schockraum verfügbar	☐ 0 = nein 1 = ja	Gemäß § 3 Abs. 2a QSFFx-RL; Anlage 3, A6.1.
~~wenn Feld 32 = 0~~			
~~33~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL. Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025. Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
~~wenn Feld 9 = 0~~			
~~34~~ 22	Die 24-stündige Verfügbarkeit von Computertomographie ist sichergestellt	☐ 0 = nein 1 = ja	Gemäß § 3 Abs. 2b QSFFx-RL; Anlage 3, A6.2. Hinweis: Die computertomographische Bildgebung kann auch durch einen kooperierenden Leistungserbringer im unmittelbaren räumlichen Bezug zum Standort jederzeit (24h) sichergestellt werden.
~~wenn Feld 34 = 0~~			
~~35~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL. Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025. Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
~~wenn Feld 9 = 0~~			

~~36~~ 23	Es besteht die Möglichkeit der Weiterverlegung eines Notfallpatienten auf dem Luftweg in ein Krankenhaus der Basisnotfallversorgung oder einer höheren Stufe	☐ 0 = nein 1 = ja	Gemäß § 3 Abs. 3 QSFFx-RL; Anlage 3, A7. Gemäß den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern. Es ist ausreichend wenn die Hubschrauberlandestelle mit einem bodengebundenen Zwischentransport (z.B. mit einem Rettungswagen) erreichbar ist. Hinweis: Die Landestelle muss nicht in unmittelbarer Nähe des Krankenhauses gelegen sein, sondern ein für Hubschrauberlandungen geeigneter, in einiger Entfernung gelegener Sportplatz oder eine Wiese sind ausreichend.
~~wenn Feld 36 = 0~~			
~~37~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~(max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL.~~ ~~Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.~~ ~~Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum sind erfüllt			
wenn Feld 9 = 1			

~~38~~ 24	A - Strukturen und Prozesse: Erfüllung aller 12 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3	☐ 0 = nein 1 = ja	A - Strukturen und Prozesse 1. Klinik/ Fachabteilung für Unfallchirurgie oder Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie ist vorhanden. 2. 24-stündige Verfügbarkeit: Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildungsqualifikation Spezielle Unfallchirurgie (im Rufdienst innerhalb von 20–30 Minuten anwesend) oder Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie ist gegeben. 3. 24-stündige Verfügbarkeit (im Rufdienst innerhalb von 20–30 Minuten anwesend): Facharzt für Viszeralchirurgie ist gegeben. 4. 24-stündige Verfügbarkeit (im Rufdienst innerhalb von 20–30 Minuten anwesend): Facharzt für Anästhesiologie ist gegeben. 5. 24-stündige Verfügbarkeit (im Rufdienst innerhalb von 20–30 Minuten anwesend): Facharzt für Radiologie ist gegeben. 6. 24-stündige Verfügbarkeit (im Rufdienst innerhalb von 20–30 Minuten anwesend): Facharzt für Neurochirurgie ist gegeben. 7. 24-stündige Verfügbarkeit (im Rufdienst innerhalb von 20–30 Minuten anwesend) aller sonstigen an der Versorgung von Verletzungen beteiligten Fachdisziplinen ist gegeben. 8. 24-stündige Bereitschaft der Notaufnahme für die Versorgung von mindestens zwei Schwerverletzten ist sichergestellt. 9. 24-stündige Notfalloperationskapazität ist sichergestellt. 10. 24-stündige Vorhaltung entsprechender Intensivkapazität für mindestens zwei gleichzeitig zu behandelnde Schwerverletzte ist gegeben. 11. Maßgebliche Beteiligung an der präklinischen Notfallrettung. 12. Klinische Forschung wird betrieben.
~~wenn Feld 38 = 0~~			
~~39~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~(max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL.~~ ~~Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.~~ ~~Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
~~wenn Feld 9 = 1~~			

~~40~~ 25	B - Personal - Ärztliche Leitungsebene: Erfüllung aller 2 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3	☐ 0 = nein 1 = ja	B – Personal - Ärztliche Leitungsebene 1. Ein Facharzt für Orthopädie/Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildungsqualifikation Spezielle Unfallchirurgie oder einem Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie ist Teil der ärztlichen Leitungsebene (Chefarzt /Ärztlicher Direktor). Diese Ärztin/ dieser Arzt verfügt über eine Habilitation oder gleichwertige wissenschaftliche Qualifikation und verfügt über die volle Weiterbildungsbefugnis in der Zusatzweiterbildungsqualifikation Spezielle Unfallchirurgie. 2. Ein Facharzt für Orthopädie/Unfallchirurgie mit Zusatzqualifikation Spezielle Unfallchirurgie oder Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie ist Teil der Stellvertretung der ärztlichen Leitungsebene.
~~wenn Feld 40 = 0~~			
~~41~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ (max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL.~~ ~~Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.~~ ~~Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
~~wenn Feld 9 = 1~~			
~~42~~ 26	B - Personal - Basisteam im Schockraum: Erfüllung aller 8 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3	☐ 0 = nein 1 = ja	B – Personal - Basisteam im Schockraum 1. Ein Facharzt bzw. Weiterbildungsassistent für Orthopädie und Unfallchirurgie ist verfügbar.* 2. Ein Weiterbildungsassistent in Orthopädie und Unfallchirurgie oder in Zusatzweiterbildung Spezielle Unfallchirurgie oder Weiterbildungsassistent in Viszeralchirurgie oder Allgemeinchirurgie ist verfügbar.* 3. Ein Facharzt für Anästhesiologie bzw. Weiterbildungsassistent (FA-Standard) ist verfügbar. 4. Ein Facharzt für Radiologie bzw. Weiterbildungsassistent (FA-Standard) ist verfügbar. 5. Zwei Pflegekräfte Chirurgie sind verfügbar. 6. Eine Pflegekraft Anästhesiologie ist verfügbar. 7. Eine medizinisch-technische Radiologiefachkraft (MTRA) ist verfügbar. 8. Transportpersonal ist verfügbar. *Die Hälfte der im Schockraum eingesetzten verantwortlichen unfallchirurgischen Ärzte (d. h. 1 Dienst- und Oberarzt) verfügt über eine Fortbildung im Schockraummanagement in mindestens Advanced-Trauma-Life-Support-(ATLS®-)Kurs-Standard.

~~wenn Feld 42 = 0~~			
~~43~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ (max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL.~~ ~~Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.~~ ~~Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
~~wenn Feld 9 = 1~~			
~~44~~ 27	B - Personal - Erweitertes Schockraumteam: Erfüllung aller 13 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3	□ 0 = nein 1 = ja	B – Personal - Erweitertes Schockraumteam 1. Ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildungsqualifikation Spezielle Unfallchirurgie oder FA für Chirurgie mit SP Unfallchirurgie (Oberarzt) ist innerhalb von 20–30 Minuten verfügbar. * 2. Ein Facharzt für Viszeralchirurgie oder Allgemeinchirurgie (Oberarzt) ist innerhalb von 20–30 Minuten verfügbar. 3. Ein Facharzt für Anästhesiologie (Oberarzt) ist innerhalb von 20–30 Minuten verfügbar. 4. Ein Facharzt für Neurochirurgie (Oberarzt) ist innerhalb von 20–30 Minuten verfügbar. 5. Ein Facharzt für Radiologie (Oberarzt) mit Kenntnissen in interventioneller Radiologie ist innerhalb von 20–30 Minuten verfügbar. 6. Ein Facharzt für Gefäßchirurgie ist innerhalb von 20–30 Minuten verfügbar. 7. Ein Facharzt für Herz- und/oder Thoraxchirurgie ist innerhalb von 20–30 Minuten verfügbar. 8. Ein Facharzt für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie ist innerhalb von 20–30 Minuten verfügbar. 9. Ein Facharzt für HNO ist innerhalb von 20–30 Minuten verfügbar. 10. Ein Facharzt für Augenheilkunde ist innerhalb von 20–30 Minuten verfügbar. 11. Ein Facharzt für Urologie ist innerhalb von 20–30 Minuten verfügbar. 12. Zwei OP-Pflegekräfte sind innerhalb von 20–30 Minuten verfügbar. 13. Weitere Rufdienste zur gleichzeitigen Versorgung mehrerer Schwerverletzter sind innerhalb von 20–30 Minuten verfügbar. *Die Hälfte der im Schockraum eingesetzten verantwortlichen unfallchirurgischen Ärzte (d. h. 1 Dienst- und Oberarzt) verfügt über eine Fortbildung im Schockraummanagement in mindestens Advanced-Trauma-Life-Support-(ATLS®-)Kurs-Standard.
~~wenn Feld 44 = 0~~			

~~45~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL. Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025. Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
~~wenn Feld 9 = 1~~			
~~46~~ 28	B - Personal - Fakultativ verfügbares Personal: Erfüllung aller 3 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3	☐ 0 = nein 1 = ja	B – Personal - Fakultativ verfügbares Personal 1. Ein Facharzt für Gynäkologie ist fakultativ verfügbar. 2. Ein Facharzt mit Zusatzweiterbildung Handchirurgie (Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Facharzt für plastische Chirurgie) ist fakultativ verfügbar. 3. Ein Facharzt für Kinderchirurgie oder Pädiatrie ist fakultativ verfügbar.
~~wenn Feld 46 = 0~~			
~~47~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL. Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025. Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
~~wenn Feld 9 = 1~~			

~~48~~ 29	C - Räumliche Anforderungen - Notaufnahme: Erfüllung aller 8 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3	☐ 0 = nein 1 = ja	C - Räumliche Anforderungen - Notaufnahme 1. Ein Schockraum zur gleichzeitigen Versorgung von mindestens zwei Schwerverletzten mit einer Grundfläche von wenigstens 50m2 oder zwei einzeln nutzbare Schockräume ist vorhanden. 2. Bei Neuplanungen bzw. Umbauten ist in unmittelbarer Nähe des Schockraums eine Computertomografieeinrichtung vorzusehen. 3. Der Schockraum soll sich in räumlicher Nähe zur Krankenanfahrt, dem Hubschrauberlandeplatz, der radiologischen Abteilung und der Operationsabteilung befinden. 4. Für die zeitnahe Erkennung und Behandlung von Verletzungen einschl. lebensbedrohlicher Körperhöhlenverletzungen wird im Schockraum entweder eine Bildgebung auf Basis von Ultraschall und Röntgen oder eines dort installierten CT vorgehalten. 5. Eine interventionelle Angiografieeinheit wird vorgehalten. 6. In zentralen interdisziplinären Notaufnahmen liegt ein gemeinsam konsentiertes Protokoll mit Darstellung der Verantwortlichkeit der Erstbehandlung von Schwerverletzten vor. 7. In unmittelbarer Nachbarschaft zum Schockraum liegt ein Notfall-OP zur Durchführung von Notfalleingriffen (separates Narkosegerät, OP-Siebe für unfall-, viszeral-, neuro-, thorax- und kieferchirurgische Noteingriffe). 8. Im Schockraum werden alle für die Notfallversorgung erforderlichen Materialien/Instrumente in allen kinderspezifischen Größen vorgehalten.
~~wenn Feld 48 = 0~~			
~~49~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~(max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL.~~ ~~Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.~~ ~~Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
~~wenn Feld 9 = 1~~			
~~50~~ 30	C - Räumliche Anforderungen - Operationsabteilung: Erfüllung der Mindestanforderung gemäß dem Anhang zu Anlage 3	☐ 0 = nein 1 = ja	C - Räumliche Anforderungen - Operationsabteilung Es werden Operationssäle für die gleichzeitige Versorgung von zwei Schwerverletzten vorgehalten.
~~wenn Feld 50 = 0~~			

~~51~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ (max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL.~~ ~~Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.~~ ~~Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
~~wenn Feld 9 = 1~~			
~~52~~ 31	D - Personelle Ausstattung der Intensivstation: Erfüllung aller 8 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3	□ 0 = nein 1 = ja	D - Voraussetzungen der Intensivstation - Personelle Ausstattung der Intensivstation 1. Ein Facharzt mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin mit hauptamtlicher Tätigkeit auf der Intensivstation ist Teil der ärztlichen Stationsleitung. 2. Eine Pflegekraft mit Fachweiterbildung Anästhesie und Intensivtherapie mit hauptamtlicher Tätigkeit auf der Intensivstation ist Teil der pflegerischen Stationsleitung. 3. Ein Weiterbildungsassistent (WA) für bis zu 12 Betten bzw. zwei Weiterbildungsassistenten bei höherer Bettenzahl sind mit 24/365-Präsenz im durchgehenden Schichtdienst verfügbar. 4. Ein Facharzt mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin (durchgehende Anwesenheit im Regeldienst: Anwesenheit innerhalb 20–30 Minuten im Rufdienst) ist verfügbar. 5. Eine Pflegekraft für 2 Behandlungsplätze im Schichtdienst ist verfügbar. 6. Eine Pflegekraft für 1 Behandlungsplatz bei besonderen Situationen (schwere Verbrennungen, extrakorporale Lungenersatzverfahren, > 60% Patienten mit Organersatzverfahren) ist verfügbar. 7. Physiotherapie ist verfügbar. 8. Fachspezifische psychologische Betreuung ist verfügbar.
~~wenn Feld 52 = 0~~			
~~53~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□ (max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL.~~ ~~Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.~~ ~~Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~

~~wenn Feld 0 = 1~~			
~~54~~ 32	E - Ausstattung /apparative Ausstattung: Erfüllung aller 18 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3	☐ 0 = nein 1 = ja	E - Ausstattung/apparative Ausstattung - Nachfolgende Ausstattung/apparative Ausstattung ist in der Notaufnahme verfügbar: 1. Blutspendedienst/ Blutdepot 2. Labor 3. Mikrobiologie 4. Hubschrauberlandeplatz (24-Stunden-Betrieb) 5. Beatmung 6. Pulsoxymetrie 7. Absauganlage 8. Kapnografie 9. Blutgasanalysator (BGA-Gerät) 10. Schnellinfusionssystem 11. EKG-Monitor 12. Defibrillator 13. invasive Druckmessung 14. Not-OP-Sets (Laparotomie, ext. Stabilisierung Becken, Kraniotomie, Thorakotomie, Bülau-Drainage, Perikardpunktion, suprapubische Harnableitung, Bronchoskopie, Schwerstverbranntenerstversorgung) 15. Notfallmedikamente 16. bildgebende Diagnostik (Ultraschallgerät, Gefäßdoppler, konventionelle Rö.-Diagnostik, CT, Angiografie-arbeitsplatz mit Intervention, MRT) 17. Schienen- und Extensionssysteme 18. Temperiersysteme (für Patienten, für Infusionen und Blut)
~~wenn Feld 54 = 0~~			

~~55~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~□□□□□□□□□□□□□□□□□~~ ~~□□□□□□□□□□□□□□□□□~~ ~~□□□□□□□□□□□□□□□□□~~ ~~□□□□□□□□□□□□□□□□□~~ ~~□□□□□□□□□□□□□□□□□~~ ~~(max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL.~~ ~~Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.~~ ~~Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
~~wenn Feld 9 = 1~~			
~~56~~ 33	E - Ausstattung /apparative Ausstattung: Erfüllung aller 3 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3	□ 0 = nein 1 = ja	E - Ausstattung/apparative Ausstattung - Nachfolgende Ausstattung/apparative Ausstattung ist im OP-Bereich verfügbar: 1. Temperiersysteme (für Patienten, für Infusionen und Blut) 2. Cell-Saver 3. Röntgen-Bildverstärker
~~wenn Feld 56 = 0~~			
~~57~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~□□□□□□□□□□□□□□□□□~~ ~~□□□□□□□□□□□□□□□□□~~ ~~□□□□□□□□□□□□□□□□□~~ ~~□□□□□□□□□□□□□□□□□~~ ~~□□□□□□□□□□□□□□□□□~~ ~~(max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL.~~ ~~Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.~~ ~~Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
Spezifische Mindestanforderungen			
wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.2 = 1			
~~58~~ 34	Die Versorgung der Patienten erfolgt in einer ärztlich geleiteten Fachabteilung, die eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses ist	□ 0 = nein 1 = ja	Gemäß § 4 Abs. 1 QSFFx-RL; Anlage 3, B1.
~~wenn Feld 58 = 0~~			
~~59~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~□□□□□□□□□□□□□□□□□~~ ~~□□□□□□□□□□□□□□□□□~~ ~~□□□□□□□□□□□□□□□□□~~ ~~□□□□□□□□□□□□□□□□□~~ ~~□□□□□□□□□□□□□□□□□~~ ~~(max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL.~~ ~~Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.~~ ~~Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~

~~wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.2 = 1~~			
~~60~~ 35	Die Durchführung der mit den Kombinationen aus Diagnosen und Prozeduren nach Anlage 1 QSFFx-RL beschriebenen Operationen erfolgt durch oder unter Anleitung und Aufsicht einer Fachärztin oder eines Facharztes für Chirurgie	☐ 0 = nein 1 = ja	Gemäß § 4 Abs. 2 QSFFx-RL; Anlage 3, B2. Alternative Spezialisierungen: Allgemeinchirurgie, Orthopädie oder für Orthopädie und Unfallchirurgie. Das Ausmaß der Anleitung bzw. der Aufsicht hängt von den Kenntnissen und Fähigkeiten des in der Weiterbildung befindlichen Arztes bzw. der Ärztin ab. Hinweis auf § 7 Abs. 5 QSFFx-RL "Bei Nichterfüllung von Mindestanforderungen nach § 4 QSFFx-RL, die die operative Versorgung betreffen, hat eine Information an die Rettungsleitstelle zu erfolgen."
~~wenn Feld 60 = 0~~			
~~61~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~(max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL:~~ ~~Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.~~ ~~Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
~~wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.2 = 1~~			
~~62~~ 36	Die ärztliche Versorgung in der Fachabteilung ist durch eine täglich 24 stündige Arztpräsenz im Krankenhaus (Bereitschaftsdienst möglich) sichergestellt, die auch eine jederzeitige operative Patientenversorgung gewährleistet	☐ 0 = nein 1 = ja	Gemäß § 4 Abs. 3 QSFFx-RL; Anlage 3, B3. Ist die präsente Ärztin oder der präsente Arzt keine Fachärztin oder kein Facharzt für Chirurgie, für Allgemeinchirurgie,für Orthopädie oder für Orthopädie und Unfallchirurgie, ist zusätzlich ein Rufbereitschaftsdienst mit eben dieser Qualifikation sichergestellt. Hinweis auf § 7 Abs.5 QSFFx-RL "Bei Nichterfüllung von Mindestanforderungen nach § 4 QSFFx-RL, die die operative Versorgung betreffen, hat eine Information an die Rettungsleitstelle zu erfolgen."
~~wenn Feld 62 = 0~~			
~~63~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~(max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL:~~ ~~Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.~~ ~~Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
~~wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.2 = 1~~			

~~64~~ 37	Die Einrichtung und Ausstattung des Operationssaals lässt sowohl osteosynthetische als auch endoprothetische Versorgungen zu. Entsprechende Implantate und Instrumente stehen jederzeit zur Verfügung	☐ 0 = nein 1 = ja	Gemäß § 4 Abs. 4 QSFFx-RL; Anlage 3, B4. Hinweis auf § 7 Abs.5 QSFFx-RL "Bei Nichterfüllung von Mindestanforderungen nach § 4 QSFFx-RL, die die operative Versorgung betreffen, hat eine Information an die Rettungsleitstelle zu erfolgen."
~~wenn Feld 64 = 0~~			
~~65~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~(max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL.~~ ~~Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.~~ ~~Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
~~wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.2 = 1~~			

~~66~~ 38	Für Patienten mit positivem geriatrischen Screening ist täglich geriatrische Kompetenz für die perioperative Versorgung gewährleistet	☐ 0 = nein 1 = ja	Gemäß Anlage 3, B5. Alternative Spezialisierungen: 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 oder Facharzt mit Fachkunde Geriatrie. Der Facharzt mit geriatrischer Kompetenz ist Teil des behandelnden unfallchirurgisch-geriatrischen, multiprofessionellen Teams. Dies kann auch im Wege einer Kooperation gewährleistet werden (§ 4 Abs. 5 QSFFx-RL). Hinweis: Diese Anforderung ist spätestens ab dem 1. Januar 2027 zu erfüllen. Hinweis: Im Falle einer Verlegung eines Patienten oder einer Patientin nach erfolgter operativer Versorgung im Rahmen einer Kooperation gemäß § 4 Absätze 5 oder 6 zur Durchführung oder Fortsetzung der postoperativen Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur an einen anderen Standort, sind an diesem Standort für die Dauer der postoperativen Versorgung die Mindestanforderungen nach § 4 Absätze 5 und 6 der Richtlinie zu erfüllen. Der verlegende Standort trägt bei einer solchen Verlegung nach § 4 Abs. 7 Satz 1 Sorge dafür, dass der Patient oder die Patientin nur an einen kooperierenden Standort verlegt wird, welcher sicherstellen kann, dass diese Mindestanforderungen erfüllt werden. Dies ist vom verlegenden Standort bei jeder Verlegung zu dokumentieren.
~~wenn Feld 66 = 0~~			
~~67~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~(max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL.~~ ~~Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.~~ ~~Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
wenn Feld ~~66~~ 38 = 0			

~~68~~ 39	Die Anforderungen gemäß § 12 Abs. 1 QSFFx-RL (Übergangsregelung zur geriatrischen Versorgung) sind erfüllt	☐ 0 = nein 1 = ja	Gemäß § 12 Abs. 1 QSFFx-RL; Anlage 3, B5.1. Hinweis: Abweichend von § 4 Absatz 5 kann bis zum 31. Dezember 2026 die geriatrische Versorgung der Patienten durch einen Facharzt mit geriatrischer Kompetenz auf Anforderung im Sinne eines Konsils sichergestellt werden. Die geriatrische Kompetenz ist 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, Facharzt mit Fachkunde Geriatrie zu gewährleisten. Hinweis: Im Falle einer Verlegung eines Patienten oder einer Patientin nach erfolgter operativer Versorgung im Rahmen einer Kooperation gemäß § 4 Absätze 5 oder 6 zur Durchführung oder Fortsetzung der postoperativen Versorgung an einen anderen Standort, sind auch an diesem Standort für die Dauer der postoperativen Versorgung die Mindestanforderungen nach § 4 Absätze 5 und 6 der Richtlinie zu erfüllen. Der verlegende Standort trägt bei einer solchen Verlegung Sorge dafür, dass der Patient oder die Patientin nur an einen kooperierenden Standort verlegt wird, welcher sicherstellen kann, dass diese Mindestanforderungen erfüllt werden. Dies ist vom verlegenden Standort bei jeder Verlegung zu dokumentieren.
~~wenn Feld 68 = 0~~			
~~69~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~(max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL.~~ ~~Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.~~ ~~Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.2 = 1			

~~70~~ 40	Physiotherapie durch einen Physiotherapeuten/ eine Physiotherapeutin steht täglich für jeden Patienten zur Atemgymnastik und frühzeitigen Mobilisierung ab dem ersten postoperativen Tag zur Verfügung	☐ 0 = nein 1 = ja	Gemäß § 4 Abs. 6 QSFFx-RL; Anlage 3, B6. Diese Anforderung kann auch auf dem Wege einer Kooperation gewährleistet werden. Hinweis: Im Falle einer Verlegung eines Patienten oder einer Patientin nach erfolgter operativer Versorgung im Rahmen einer Kooperation gemäß § 4 Absätze 5 oder 6 zur Durchführung oder Fortsetzung der postoperativen Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur an einen anderen Standort, sind an diesem Standort für die Dauer der postoperativen Versorgung die Mindestanforderungen nach § 4 Absätze 5 und 6 der Richtlinie zu erfüllen. Der verlegende Standort trägt bei einer solchen Verlegung gemäß § 4 Abs. 7 Satz 1 Sorge dafür, dass der Patient oder die Patientin nur an einen kooperierenden Standort verlegt wird, welcher sicherstellen kann, dass diese Mindestanforderungen erfüllt werden. Dies ist vom verlegenden Standort bei jeder Verlegung zu dokumentieren.
~~wenn Feld 70 = 0~~			
~~71~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL.~~ ~~Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.~~ ~~Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
Mindestanforderungen an die Prozessqualität			
~~wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.2 = 1~~			
~~72~~ 41	Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP "Besondere Situationen der Einwilligungsfähigkeit"	☐ 0 = nein 1 = ja	Gemäß Anlage 2 QSFFx-RL; Anlage 3, C1.
~~wenn Feld 72 = 0~~			
~~73~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL.~~ ~~Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.~~ ~~Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
~~wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.2 = 1~~			

74 42	Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP "Perioperative Planung: Priorisierung von Eingriffen, Planung von OP Kapazitäten, Planung von OP-Teams"	☐ 0 = nein 1 = ja	Gemäß Anlage 2 QSFFx-RL; Anlage 3, C2.
wenn Feld 74 = 0			
75	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (max. 1000 Zeichen)	Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL. Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025. Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.
wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.2 = 1			
76 43	Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP "Operationsverfahren"	☐ 0 = nein 1 = ja	Gemäß Anlage 2 QSFFx-RL; Anlage 3, C3.
wenn Feld 76 = 0			
77	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (max. 1000 Zeichen)	Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL. Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025. Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.
wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.2 = 1			
78 44	Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP "Umgang mit gerinnungshemmender Medikation"	☐ 0 = nein 1 = ja	Gemäß Anlage 2 QSFFx-RL; Anlage 3, C4.
wenn Feld 78 = 0			
79	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (max. 1000 Zeichen)	Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL. Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025. Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.
wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.2 = 1			

~~80~~ 45	Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP "Patientenorientiertes Blutmanagement (PBM)"	☐ 0 = nein 1 = ja	Gemäß Anlage 2 QSFFx-RL; Anlage 3, C5.
~~wenn Feld 80 = 0~~			
~~81~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~(max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL.~~ ~~Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.~~ ~~Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
~~wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.2 = 1~~			
~~82~~ 46	Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP "Orthogeriatrische Zusammenarbeit für Patienten mit positivem geriatrischen Screening"	☐ 0 = nein 1 = ja	Gemäß Anlage 2 QSFFx-RL; Anlage 3, C6. Hinweis: Im Falle einer Verlegung eines Patienten oder einer Patientin nach erfolgter operativer Versorgung im Rahmen einer Kooperation gemäß § 4 Absätze 5 oder 6 zur Durchführung oder Fortsetzung der postoperativen Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur hat dieser Standort für die Dauer der postoperativen Versorgung die SOPs „Ortho-geriatrische Zusammenarbeit für Patienten mit positiven geriatrischen Screening“ sowie „Physiotherapeutische Maßnahmen“ gemäß Anlage 2 der RL vorzuhalten.
~~wenn Feld 82 = 0~~			
~~83~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~(max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL.~~ ~~Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.~~ ~~Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
~~wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.2 = 1~~			

~~84~~ 47	Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP "Physiotherapeutische Maßnahmen"	☐ 0 = nein 1 = ja	Gemäß Anlage 2 QSFFx-RL; Anlage 3, C7. Hinweis: Im Falle einer Verlegung eines Patienten oder einer Patientin nach erfolgter operativer Versorgung im Rahmen einer Kooperation gemäß § 4 Absätze 5 oder 6 zur Durchführung oder Fortsetzung der postoperativen Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur hat dieser Standort für die Dauer der postoperativen Versorgung die SOPs „Ortho-geriatrische Zusammenarbeit für Patienten mit positiven geriatrischen Screening“ sowie „Physiotherapeutische Maßnahmen“ gemäß Anlage 2 der RL vorzuhalten.
~~wenn Feld 84 = 0~~			
~~85~~	~~Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung~~	~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐~~ ~~(max. 1000 Zeichen)~~	~~Gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL.~~ ~~Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.~~ ~~Der Inhalt darf keine personenbezogenen Daten enthalten.~~
Aktueller Status			
~~wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.2 = 1~~			
~~86~~ 48	Erfüllung der Mindestanforderungen gemäß Checkliste	☐ 0 = nein 1 = ja	Die Einrichtung erfüllt zum oben genannten Stichtag / Datum die Mindestanforderungen für die Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß dieser Checkliste.

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org
iqtig.org

© IQTIG 2025