GBA
Gemeinsamer
Bundesausschuss

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)

in der Fassung vom 22. November 2019
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 30.12.2020 B6)
in Kraft getreten am 1. Januar 2021

zuletzt geändert am 22. Januar 2026
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 22.04.2026 B1)
in Kraft getreten am 23. April 2026

Inhalt

§ 1 Rechtsgrundlage und Gegenstand der Richtlinie ... 3
§ 2 Ziele ... 3
§ 3 Allgemeine Mindestanforderungen ... 3
§ 4 Spezifische Mindestanforderungen ... 4
§ 5 Mindestanforderungen an die Prozessqualität ... 5
§ 6 Nachweisverfahren ... 6
§ 7 Folgen der Nichterfüllung der Mindestanforderungen und Dokumentationspflichten 7
§ 8 Strukturabfrage ... 7
§ 9 Evaluation ... 9
§ 10 Ausnahmetatbestände ... 9
§ 11 Jährliche Anpassung der ICD-10-GM- und OPS-Kodes ... 9
§ 12 Übergangsregelungen ... 9

Anlage 1 Diagnosen (ICD)- und Prozeduren (OPS)-Kodes zur hüftgelenknahen Femurfraktur ... 11

Die hüftgelenknahe Femurfraktur wird durch folgende ICD-Kodes nach ICD-10-GM Version 2026 definiert: ... 11

Anlage 2 zur Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur ... 13

Regelungsinhalte Standard Operating Procedure (SOP) ... 13

Anlage 3 Checkliste zum Nachweis über die Erfüllung der Mindestanforderungen ... 16

Anlage 4 Erklärung der Richtigkeit der Angaben gemäß § 8 Absatz 4 QSFFx-RL ... 29

§ 1 Rechtsgrundlage und Gegenstand der Richtlinie

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt diese Richtlinie als eine Maßnahme zur Qualitätssicherung auf der Grundlage von § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.

(2) [1]In dieser Richtlinie werden Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur im Erwachsenenalter bei einer Kombination aus Diagnosen und Prozeduren nach Anlage 1 festgelegt. [2]Die Versorgung von Periimplantatfrakturen (periosteosynthetische und periprothetische Frakturen) des hüftgelenknahen Femurs ist nicht von den Vorgaben dieser Richtlinie umfasst. [3]Die Mindestanforderungen sind am Standort zu erfüllen. [4]Es wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 KHG in Verbindung mit dem Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 SGB V zugrunde gelegt.

(3) Die Richtlinie definiert zudem das Nachweisverfahren zur Feststellung der Erfüllung der Mindestanforderungen und die Berichtspflichten.

§ 2 Ziele

Die Ziele dieser Richtlinie umfassen:

1. die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und frühestmöglichen operativen Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur, in der Regel innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme oder nach Auftreten eines Inhouse-Sturzes, sofern der Allgemeinzustand der Patientin oder des Patienten dies zulässt,
2. die Gewährleistung der Patientensicherheit,
3. die Gewährleistung dieser Versorgung unabhängig von Wohnort oder sozioökonomischer Situation,
4. die Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung,
5. die Vermeidung oder Minderung der perioperativen Morbidität, insbesondere postoperatives Delir und Depression und Mortalität,
6. die Vermeidung oder Minderung verletzungsbedingter Pflegebedürftigkeit und Institutionalisierung sowie Wiedererlangung der Mobilität und
7. die Erhaltung der Lebensqualität.

§ 3 Allgemeine Mindestanforderungen

(1) Das Krankenhaus hat bezogen auf den die Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur versorgenden Standort die folgenden Mindestanforderungen jederzeit zu erfüllen:

a) das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilungen Chirurgie oder Unfallchirurgie sowie Innere Medizin am Standort;

b) es sind jeweils ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind und im Bedarfsfall verfügbar sind;

c) der in Buchstabe b genannte Arzt verfügt über die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ und die in Buchstabe b genannte Pflegekraft verfügt über die Weiterbildung „Notfallpflege“;

d) es ist jeweils ein Facharzt im Gebiet Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar;

e) das in Buchstabe b genannte Personal nimmt regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil;

f) das Krankenhaus hält eine Intensivstation mit mindestens sechs Betten vor, von denen mindestens drei zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet sind;

g) es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung.

(2) [1]Das Krankenhaus verfügt über die für die Durchführung von Diagnostik und Therapie nach aktuellem medizinischen Standard erforderliche medizinisch-technische Ausstattung. [2]Insbesondere die folgende Ausstattung ist am Standort vorzuhalten:

a) ein Schockraum und

b) 24-stündig verfügbare computer-tomographische Bildgebung, die auch gegeben ist, wenn sie durch die Kooperation mit einem im unmittelbaren räumlichen Bezug zum Standort befindlichen Leistungserbringer jederzeit (24h) sichergestellt wird.

(3) [1]Es besteht die Möglichkeit der Weiterverlegung eines Notfallpatienten auf dem Luftweg in ein Krankenhaus der Basisnotfallversorgung oder einer höheren Stufe gemäß den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern. [2]Es ist ausreichend, wenn die Hubschrauberlandestelle mit einem boden-gebundenen Zwischentransport (z. B. mit einem Rettungswagen) erreichbar ist.

(4) [1]Für alle Facharztbezeichnungen dieser Richtlinie gilt, dass sie sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer richten. [2]Das schließt auch diejenigen Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

§ 4 Spezifische Mindestanforderungen

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

(2) Die Durchführung der mit den Kombinationen aus Diagnosen und Prozeduren nach Anlage 1 beschrieben Operationen hat durch oder unter Anleitung und Aufsicht einer Fachärztin oder eines Facharztes für Chirurgie, für Allgemeinchirurgie, für Orthopädie oder für Orthopädie und Unfallchirurgie zu erfolgen.

(3) [1]Die ärztliche Versorgung in der Fachabteilung nach Absatz 1 ist durch eine täglich 24-stündige Arztpräsenz im Krankenhaus (Bereitschaftsdienst möglich) sicherzustellen, die auch eine jederzeitige operative Patientenversorgung gewährleistet. [2]Ist die präsente Ärztin oder der präsente Arzt nicht eine Fachärztin oder ein Facharzt der Qualifikation nach Absatz 2, ist zusätzlich ein Rufbereitschaftsdienst mit eben dieser Qualifikation sicherzustellen.

(4) [1]Die Einrichtung und Ausstattung des Operationssaals muss sowohl osteosynthetische als auch endoprothetische Versorgungen zulassen. [2]Entsprechende Implantate und Instrumente müssen jederzeit zur Verfügung stehen.

(5) [1]Für Patienten mit positivem geriatrischen Screening ist täglich geriatrische Kompetenz für die perioperative Versorgung zu gewährleisten. [2]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). [3]Er ist Teil des behandelnden unfallchirurgisch-geriatrischen,

multiprofessionellen Teams. [4]Dies kann auch im Weg einer Kooperation gewährleistet werden.

(6) [1]Physiotherapie durch einen Physiotherapeuten/ eine Physiotherapeutin muss täglich für jeden Patienten zur Atemgymnastik und frühzeitigen Mobilisierung ab dem ersten postoperativen Tag zur Verfügung stehen. [2]Diese kann auch im Wege einer Kooperation gewährleistet werden.

(7) Wird eine Patientin oder ein Patient nach erfolgter operativer Versorgung im Rahmen einer Kooperation gemäß Absatz 5 oder 6 zur Durchführung oder Fortsetzung der postoperativen Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur an einen anderen Standort verlegt, sind an diesem Standort für die Dauer der postoperativen Versorgung die Mindestanforderungen nach den Absätzen 5 und 6 zu erfüllen. Der verlegende Standort trägt bei einer Verlegung nach Satz 1 Sorge dafür, dass der Patient oder die Patientin nur an einen kooperierenden Standort verlegt wird, welcher sicherstellen kann, dass die Mindestanforderungen nach den Absätzen 5 und 6 erfüllt werden. Dies ist vom verlegenden Standort bei jeder Verlegung nach Satz 1 zu dokumentieren.

§ 5 Mindestanforderungen an die Prozessqualität

(1) [1]Das Krankenhaus ist verpflichtet, unverzüglich nach Aufnahme einer Patientin oder eines Patienten mit einer Diagnose nach Anlage 1 die weitere Versorgung mit dem Ziel zu planen, dass die operative Versorgung innerhalb von 24 Stunden erfolgt. [2]Zeigen sich bei der Planung Hindernisse, die eine operativen Versorgung der Patientin oder des Patienten innerhalb von 24 Stunden entgegenstehen könnten, sind unverzüglich Maßnahmen zu ergreifen, um diese Hindernisse auszuräumen. [3]Insbesondere für typische Hindernisse erstellt das Krankenhaus verbindliche, interdisziplinär abgestimmte, schriftliche und jederzeit verfügbare Standard Operating Procedures (SOP) entsprechend dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens.

(2) Haben Dritte auf Veranlassung des Krankenhauses Aufgaben bei der Versorgung von Patienten mit Femurfraktur, ist die Beachtung der für die Aufgabenerfüllung des Dritten relevanten SOP vom Krankenhaus durch vertragliche Vereinbarung mit dem Dritten sicherzustellen.

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

(4) Diese SOP zur Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur müssen mindestens umfassen:

- SOP „Besondere Situationen der Einwilligungsfähigkeit“
- SOP „Perioperative Planung: Priorisierung von Eingriffen, Planung von OP-Kapazitäten, Planung von OP-Teams“
- SOP „Operationsverfahren“
- SOP „Umgang mit gerinnungshemmender Medikation“
- SOP „Patientenorientiertes Blutmanagement (PBM)“
- SOP „Ortho-geriatrische Zusammenarbeit für Patienten mit positivem geriatrischen Screening“
- SOP „Physiotherapeutische Maßnahmen“

Die Regelungsinhalte der SOP sind in Anlage 2 aufgeführt.

(5) [1]Bei einer Verlegung gemäß § 4 Absatz 7 hat der aufnehmende Standort für die Dauer der postoperativen Versorgung die SOP „Ortho-geriatrische Zusammenarbeit für Patienten

mit positivem geriatrischen Screening“ und „Physiotherapeutische Maßnahmen“ vorzuhalten. [2]Der verlegende Standort trägt bei einer Verlegung nach § 4 Absatz 7 Sorge dafür, dass der Patient oder die Patientin nur an einen kooperierenden Standort verlegt wird, welcher sicherstellen kann, dass die SOP „Ortho-geriatrische Zusammenarbeit für Patienten mit positivem geriatrischen Screening“ und „Physiotherapeutische Maßnahmen“ vorgehalten werden. [3]Dies ist vom verlegenden Standort zu dokumentieren.

§ 6 Nachweisverfahren

(1) [1]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. [2]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. [3]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, muss den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unverzüglich angezeigt werden, ebenso wie deren Wiedererfüllung. [4]In der Anzeige nach Satz 3 sind die konkreten nicht erfüllten Mindestanforderungen und der Zeitpunkt des Eintritts der Nichterfüllung bzw. der Wiedererfüllung aufzuführen. [5]Die Übermittlung der Checkliste nach Satz 1 oder Satz 2 und der Anzeigen nach Satz 3 hat standortbezogen in elektronischer Form auf Basis einer vom G-BA beschlossenen Spezifikation nach § 8 Absatz 6 und unter Nutzung einer fortgeschrittenen elektronischen Signatur zu erfolgen. [6]Mit Übermittlung der Daten nach § 6 Satz 1 oder 2 QSFFx-RL erfolgt eine auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation automatisierte Meldung der Standort-ID und einer E-Mailadresse an die Datenannahmestelle gemäß § 8 Absatz 3 QSFFx-RL. [7]Die Meldung der E-Mailadresse dient ausschließlich als Grundlage des Erinnerungswesens gemäß § 8 Absatz 7 QSFFx-RL. [8]Sofern ein Krankenhaus, welches einen Nachweis nach den Sätzen 1 oder 2 geführt hat, keine Leistungen (Kombination aus Diagnosen und Prozeduren) entsprechend Anlage 1 mehr erbringen wird, informiert das Krankenhaus schriftlich oder elektronisch unter Nutzung einer fortgeschrittenen elektronischen Signatur im Rahmen des Nachweisverfahrens die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Datenannahmestelle gemäß § 8 Absatz 3 QSFFx-RL. [9]Eine Wiederaufnahme der Leistung (Kombination aus Diagnosen und Prozeduren) entsprechend Anlage 1 kann nach den Sätzen 1, 2 oder 3 jederzeit wieder erfolgen.

(2) [1]Der Eingang der übermittelten Daten ist empfängerseitig unter Nutzung einer fortgeschrittenen elektronischen Signatur zu bestätigen. [2]Die vom G-BA beschlossene Spezifikation gemäß § 8 Absatz 6 ermöglicht es Krankenhäusern diese Daten für die Strukturabfrage nach § 8 vorzuhalten.

(3) [1]Der GKV-Spitzenverband veröffentlicht jeweils zum 1. Januar eines Kalenderjahres ein verbindliches Verzeichnis der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen auf seiner Internetseite. [2]Das Verzeichnis enthält die Namen und Adressen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, die zuständigen Abteilungen sowie die entsprechenden E-Mail-Adressen. [3]Das IQTIG führt ein Verzeichnis der Datenannahmestellen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, welches für die elektronische Übermittlung in maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation verwendet wird. [4]Das Verzeichnis nach Satz 3 enthält die Bezeichnungen der Kassenarten, die Datenannahmestellen mit Namen, Adresse,

Telefonnummer und E-Mail-Adresse für allgemeine Kontaktaufnahmen bezogen auf die elektronische Datenübermittlung, die Zuordnung des regionalen Zuständigkeitsbereiches der Datenannahmestellen je Landesverband der Krankenkassen oder Ersatzkassen, das Institutskennzeichen (jeweils logisch und physikalisch) sowie die zur Datenübermittlung verbindlich zu verwendenden E-Mail-Adressen für die Datenannahme.

(4) [1]Kontrollen zur Einhaltung von Qualitätsanforderungen dieser Richtlinie durch den Medizinischen Dienst (MD) erfolgen gemäß der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie. [2]Die dafür notwendigen Unterlagen sind für die Prüfungen vorzuhalten.

§ 7 Folgen der Nichterfüllung der Mindestanforderungen und Dokumentationspflichten

(1) Im Fall einer Nichterfüllung von Mindestanforderungen darf die Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur in der Einrichtung über die Diagnostik und Erstversorgung hinaus nicht erfolgen.

(2) [1]Die Nichterfüllung von Mindestanforderungen führt zu einem Wegfall des Vergütungsanspruchs. [2]Maßgeblich hierfür ist der Status der Erfüllung der Mindestanforderungen zum Zeitpunkt der Aufnahme und der Operation sowie der Zeitpunkt der Verlegung gemäß § 4 Absatz 7 QSFFx-RL zur Durchführung oder Fortsetzung der postoperativen Versorgung.

(3) Die Mindestanforderungen für die erstmalige Leistungserbringung gelten als nicht erfüllt, solange die Erfüllung nicht im Verfahren nach § 6 nachgewiesen wurde.

(4) Sollte aufgrund der Nichterfüllung der Mindestanforderungen gemäß § 4, welche die operative Versorgung betreffen, eine medizinisch indizierte frühestmögliche operative Versorgung einer Patientin oder eines Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur nicht zeitgerecht möglich sein, ist diese Patientin oder dieser Patient nach der Diagnostik und Erstversorgung unter Abwägung der medizinischen Vor- und Nachteile schnellstmöglich in ein geeignetes Krankenhaus zu verlegen.

(5) Bei Nichterfüllung von Mindestanforderungen nach § 4, die die operative Versorgung betreffen hat eine Information an die Rettungsleitstelle zu erfolgen.

(6) Bei Krankenhäusern, die gemäß § 8 Absatz 7 bis zum Ende der Korrekturfrist am 15. März die Daten der Strukturabfrage und die Erklärung über die Richtigkeit der Angaben nicht oder nicht vollständig übermittelt haben, ist entsprechend § 8 Absatz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes ein pauschaler Abschlag in Höhe von 20.000 Euro vorzunehmen.

(7) Übermittelt ein Krankenhaus trotz zweimaliger Aufforderung durch die Landesverbände der Krankenkassen oder die Ersatzkassen mit jeweils vierwöchiger Fristsetzung erforderliche Daten des Nachweisverfahrens nach § 6 nicht, ist ein Abschlag in Höhe von 75 Prozent für die im Zeitraum vom Tag nach Ablauf der zweiten Frist bis zum Tag der tatsächlichen Übermittlung der erforderlichen Daten erbrachten Leistungen nach Anlage 1 vorzunehmen.

§ 8 Strukturabfrage

(1) [1]Die Erfüllung der Mindestanforderungen nach dieser Richtlinie wird vom G-BA jährlich für alle Krankenhausstandorte, die hüftgelenknahe Femurfrakturen versorgen, im Rahmen einer Strukturabfrage ermittelt. [2]Hierzu haben die Krankenhäuser standortbezogen die von ihnen gemachten Angaben in der Checkliste nach § 6 Absatz 1 Satz 1 oder Satz 2 und die von Ihnen gemäß § 6 Absatz 1 Satz 3 erhobenen Daten über die Zeiten der Nichterfüllung einzelner Anforderungen jeweils für das gesamte zurückliegende Kalenderjahr (Erfassungsjahr) in elektronischer Form an den G-BA zu übermitteln, sofern in dem Erfassungsjahr keine Abmeldung nach § 6 Absatz 1 Satz 8 erfolgt ist .

(2) [1]Die Krankenhäuser können dem G-BA Gründe für die Nichterfüllung von Mindestanforderungen mitteilen. [2]Diese Angaben sind im Jahresbericht gemäß Absatz 7 Satz 1 zu berücksichtigen. [3]Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.

(3) [1]Die Datenannahmestelle ist das IQTIG. [2]Die Datenannahmestelle prüft die an sie übermittelten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität und informiert die Einrichtung bei Korrekturbedarf. [3]Eine Übersendung der korrigierten Daten durch die Einrichtung an die Datenannahmestelle ist bis zum 15. März des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres möglich.

(4) [1]Die Übermittlung erfolgt einmal jährlich bis zum 15. Februar des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres standortbezogen an das IQTIG als zuständige Datenannahmestelle zusammen mit einer Erklärung über die Richtigkeit der Angaben, die von dem Geschäftsführer oder einer vertretungsberechtigten Person der Einrichtung unterzeichnet ist. [2]Hierzu ist die Übermittlung eines Formulars gemäß Anlage 4 zu nutzen. [3]Alternativ kann das Formular in elektronischer Form und auf elektronischen Weg und unter Nutzung einer fortgeschrittenen elektronischen Signatur übermittelt werden.

(5) [1]Die Daten der Strukturabfrage werden im Auftrag des G-BA vom IQTIG ausgewertet und die Ergebnisse gemäß Absatz 7 standortbezogen veröffentlicht. [2]Die Ergebnisse der Strukturabfrage dienen dem G-BA dazu, einrichtungsbezogen Transparenz über die Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie herzustellen. [3]Auf Grundlage dieser Daten ermittelt der G-BA den Umsetzungsgrad der Richtlinie und überprüft im Rahmen der ihm obliegenden ständigen Überprüfungspflicht die Anforderungen der Richtlinie und deren gegebenenfalls erforderliche Anpassung.

(6) [1]Der G-BA beschließt die Erstfassung der Spezifikation und alle Änderungen für die Erhebung der Daten im Zusammenhang mit dem Nachweisverfahren nach § 6 und der Strukturabfrage nach § 8. [2]Der G-BA beauftragt dafür das IQTIG, hierzu die EDV-technische Aufbereitung der Dokumentation und der Datenübermittlung, die Prozesse zum Datenfehlermanagement sowie die EDV-technischen Vorgaben zur Datenprüfung und ein Datenprüfprogramm insbesondere zur Überprüfung von Vollständigkeit und Plausibilität, zu entwickeln. [3]Die vom G-BA beschlossene Spezifikation wird in der jeweils aktuellen Fassung öffentlich zugänglich gemacht und durch das IQTIG im Internet veröffentlicht.

(7) [1]Das IQTIG wertet im Auftrag und gemäß den Vorgaben des G-BA die Daten der Strukturabfrage standortbezogen aus und übermittelt dem G-BA die Ergebnisse jährlich bis zum 31. Mai des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres in Form eines Jahresberichts. [2]Der Bericht wird vom G-BA veröffentlicht. [3]Darüber hinaus bereitet das IQTIG die Daten zum Zwecke der Veröffentlichung im strukturierten Qualitätsbericht nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V standortbezogen auf, so dass diese im Rahmen des Lieferverfahrens gemäß den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) direkt vom IQTIG an die Annahmestelle übermittelt werden können. [4]Details zum Datenformat und den Liefermodalitäten regelt die Qb-R. [5]Übermittelt ein Krankenhaus die Strukturabfragedaten oder die Erklärung über die Richtigkeit der Angaben nicht fristgerecht bis zum 15. Februar, erinnert das IQTIG unverzüglich schriftlich oder elektronisch unter Nutzung einer fortgeschrittenen elektronischen Signatur an deren Übermittlung. [6]In der vom IQTIG zu protokollierenden Erinnerung ist auf die Rechtsfolgen einer Pflichtverletzung des Krankenhauses nach Satz 7 und 8 sowie nach § 7 Absatz 6 hinzuweisen. [7]Krankenhäuser, die bis zum Ende der Korrekturfrist am 15. März die Daten der Strukturabfrage und die Erklärung über die Richtigkeit der Angaben nicht oder nicht vollständig übermittelt haben, werden im Bericht nach Satz 1 und im strukturierten Qualitätsbericht nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V dargestellt und die Anforderungen der Richtlinie als „Beleg zur Erfüllung nicht (vollständig) geführt“ kenntlich gemacht. [8]Zudem erfolgt nach Ende der Korrekturfrist unverzüglich eine Mitteilung des

IQTIG über die Nichterfüllung der Dokumentationspflichten an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen.

§ 9 Evaluation

(1) [1]Der G-BA beauftragt das IQTIG die Auswirkungen dieser Richtlinie sowie die Erreichung der in § 2 genannten Ziele qualitativ und quantitativ jährlich über einen Zeitraum von 5 Jahren zu evaluieren. [2]Darüber hinaus sind die Anwendung der SOP in den Krankenhäusern sowie die Untersuchung der Fragestellung ob, wie viele und warum Leistungen in Krankenhäusern erbracht worden sind, obwohl die Mindestanforderungen nicht erfüllt wurden, Gegenstand der Evaluation. [3]Die Evaluation soll erstmals für die Jahre 2021 bis 2025 erfolgen. [4]Auf Grundlage der Evaluationsergebnisse prüft der G-BA, ob Anpassungen an der Richtlinie notwendig sind.

(2) Der G-BA beauftragt das IQTIG Kennzahlen zur Festlegung von standortbezogenen Mindestanforderungen an die Prozess- und Ergebnisqualität nach § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V zu entwickeln.

§ 10 Ausnahmetatbestände

(1) Bei einem Krankenhaus, das die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012 erfüllt und zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) an der Notfallversorgung teilnimmt, gelten die Anforderungen gemäß § 3 Absätze 1 bis 4 als erfüllt.

(2) [1]Abweichend von § 3 Absatz 1 Buchstabe a können Krankenhäuser die Patientenversorgung weiterführen, wenn sie

a) im Jahr 2018 Eingriffe, die mit einer der OPS gemäß Anlage 1 kodiert sind, abgerechnet haben, und

b) über eine Fachabteilung für Chirurgie oder Unfallchirurgie verfügen und

c) die ärztliche Versorgung im Gebiet der Inneren Medizin durch eine täglich 24-stündige Arztpräsenz im Krankenhaus (Bereitschaftsdienst möglich) sicherstellen. [2]Ist die präsente Ärztin oder der präsente Arzt nicht eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin, ist zusätzlich ein Rufbereitschaftsdienst mit eben dieser Qualifikation sicherzustellen und

d) gemäß § 26 Absatz 2 Nummer 2 oder 3 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an der speziellen Notfallversorgung teilnehmen.

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

Der Unterausschuss Qualitätssicherung nimmt die durch die jährliche Aktualisierung des ICD-10-GM sowie des vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) erforderlichen Anpassungen in der Anlage 1 der Richtlinie vor, soweit gemäß dem ersten Kapitel § 4 Absatz 2 Satz 2 der Verfahrensordnung der Kerngehalt der Richtlinie nicht berührt wird.

§ 12 Übergangsregelungen

(1) [1]Abweichend von § 4 Absatz 5 kann bis 3 Jahre nach dem Inkrafttreten die geriatrische Versorgung der Patienten auch durch Einbezug eines Facharztes für Innere Medizin oder eines Facharztes für Allgemeinmedizin oder eines Facharztes für Neurologie und bis 6 Jahre nach Inkrafttreten durch einen Facharzt mit geriatrischer Kompetenz auf

Anforderung im Sinne eines Konsils sichergestellt werden. [2]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.

(2) [1]Die Regelungen nach § 7 Absatz 3 und 7 finden nach Abschluss des erstmaligen standortbezogenen Nachweises über die Erfüllung der Mindestanforderungen nach dieser Richtlinie gemäß Absatz 4 ab dem 1. Januar 2024 Anwendung, es sei denn ein Absender oder Empfänger der elektronisch in maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation zu übermittelnden Angaben macht geltend, er könne die Angaben auf diesem Wege wegen technischer Probleme nicht übermitteln oder entgegennehmen. [2]In diesem Fall kann der Nachweis bis spätestens 31. Juli 2024 geführt werden, so dass die Regelung nach § 7 Absatz 3 und 7 zum 1. August 2024 Anwendung findet. [3]Die Geltendmachung im Sinne von Satz 1 hat durch den jeweiligen Absender oder Empfänger unverzüglich gegenüber den jeweils zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu erfolgen.

(3) Die Strukturabfrage gemäß § 8 erfolgt erstmals im Jahr 2024 für das Jahr 2023. Der G-BA beschließt bis zum 31. März 2020 die Checkliste gemäß Anlage 3 und Erklärung über die Richtigkeit der Angaben gemäß Anlage 4.

(4) [1]Das Nachweisverfahren gemäß § 6 ist ab 1. Januar 2024 anzuwenden. [2]Voraussetzung dafür ist, dass der erstmalige standortbezogene Nachweis über die Erfüllung der Mindestanforderungen nach dieser Richtlinie von den Krankenhäusern stichtagsbezogen gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in Form einer auf der Strukturabfrage nach § 8 basierenden Checkliste (Anlage 3) zwischen dem 15. November und dem 31. Dezember 2023 zu führen ist. [3]Davon unberührt gelten die festgelegten Mindestanforderungen dieser Richtlinie, die in § 7 geregelten Pflichten und Folgen der Nichterfüllung sowie die Durchführung von Kontrollen zur Einhaltung von Qualitätsanforderungen dieser Richtlinie durch den Medizinischen Dienst (MD) gemäß der Richtlinie zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes (MD-QK-RL) ab dem Tag des Inkrafttretens der Richtlinie. [4]Den Krankenhäusern und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie dem IQTIG wird zur technischen Vorbereitung der Datenübermittlungspflichten für das Nachweisverfahren und die Strukturabfrage nach Absatz 4 Satz 1 und 2 zwischen April 2023 und November 2023 empfohlen, testweise Daten zu übermitteln (Testbetrieb), wenn diese von den Softwareherstellern dafür bereit gestellt werden. [5]Das IQTIG unterstützt die Umsetzung der Spezifikation insbesondere durch Workshops, Informationsveranstaltungen sowie der Koordination von Testbetrieben und berichtet dem UA QS des G-BA regelmäßig über den Umsetzungsstand.

(5) [1]Abweichend von § 8 Absatz 3 und 7 in Verbindung mit § 7 Absatz 6 ist eine Übersendung korrigierter Daten zum Jahr 2023 bis zum 1. Juni 2024 möglich. [2]Abweichend von § 7 Absatz 7 gilt für das Nachweisverfahren in den ersten zwei Quartalen 2024 jeweils eine sechswöchige Fristsetzung zur Übermittlung der Daten nach Aufforderung. [3]Die Ergebnisse der Daten der Strukturabfrage sind abweichend von § 8 Absatz 7 Satz 1 zum Jahr 2023 bis zum 15. August 2024 durch das IQTIG in Form von Jahresberichten an den G-BA zu übermitteln.

(6) Die Anforderungen an die Zusatzweiterbildungen gemäß § 3 Absatz 1 Buchstabe c „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ sowie an die Weiterbildung gemäß § 3 Absatz 1 Buchstabe c „Notfallpflege“ sind spätestens ab dem 1. Januar 2026 zu erfüllen.

Anlage 1 Diagnosen (ICD)- und Prozeduren (OPS)-Kodes zur hüftgelenknahen Femurfraktur

Die Richtlinie gilt für alle operativ osteosynthetisch und endoprothetisch versorgten Patienten ab 18 Jahren mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die sich durch die Kombination aus mindestens einem der unten aufgeführten ICD-Kodes mit mindestens einem der unten aufgeführten OPS-Kodes ergibt. Die Richtlinie gilt nicht für die Versorgung von Periimplantatfrakturen (periosteosynthetische und periprothetische Frakturen) des hüftgelenknahen Femurs oder für die Versorgung von intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfrakturen, auch wenn diese Frakturen eine Kombination aus einem unten aufgeführten ICD-Kode mit mindestens einem der unten aufgeführten OPS-Kodes aufweisen.

Die hüftgelenknahe Femurfraktur wird durch folgende ICD-Kodes nach ICD-10-GM Version 2026 definiert:

ICD	
S72.0-	**Schenkelhalsfraktur**
S72.00	Teil nicht näher bezeichnet
S72.01	Intrakapsulär
S72.03	Subkapital
S72.04	Mediozervikal Transzervikal o.n.A.
S72.05	Basis Zervikotrochantärer Abschnitt
S72.08	Sonstige Teile Femurkopf o.n.A. Fraktur der Hüfte o.n.A.
S72.1-	**Pertrochantäre Fraktur**
S72.10	Trochantär, nicht näher bezeichnet Transtrochantär Trochanter major Trochanter minor
S72.11	Intertrochantär
S72.2	Subtrochantäre Fraktur
M80.05	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]

M80.15	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovarektomie : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M80.25	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M80.35	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M80.55	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M80.85	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M80.95	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk

Die operativen Verfahren werden durch folgende Operationen- und Prozedurenschlüssel – OPS 2026 abgebildet:

OPS	
5-790.*e	**Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Schenkelhals**
5-790.*f	**Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Femur proximal**
5-793.*e	**Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Schenkelhals**
5-793.*f	**Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Femur proximal**
5-794.*e	**Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Schenkelhals**
5-794.*f	**Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Femur proximal**
5-820.*	**Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk**
5-790.*g	**Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Femurschaft**
5-791.*g	**Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Femurschaft**
5-792.*g	**Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Femurschaft**

*) gilt für alle entsprechenden Sechssteller des angegebenen OPS-Kodes

Anlage 2 zur Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur

Regelungsinhalte Standard Operating Procedure (SOP)

Für alle SOP gilt: Die für die SOP verantwortliche Person, das Erstellungs- oder Aktualisierungsdatum, die Quellen und die Gültigkeitsdauer sind anzugeben.

2.1 SOP „Besondere Situationen der Einwilligungsfähigkeit“

Diese SOP umfassen Regelungen zu folgenden Punkten:

1. Prüfung der Einwilligungsfähigkeit und/oder Klärung der Betreuungsverhältnisse nach einem internen Algorithmus.
2. Prüfung auf Vorliegen einer Patientenverfügung (nach § 1901a BGB).
3. Umgang mit bewusstlosen Patienten.
4. Umgang mit fremdsprachigen Menschen.
5. Umgang mit Menschen mit Behinderung.
6. Benennung von Verantwortlichkeiten für den strukturierten Austausch mit Betreuer oder Angehörigen und die Dokumentation von Informationen insbesondere zu Mobilisation, Medikation und Verlegung.
7. Kontaktdaten der Betreuungsgerichte im Einzugsbereich des Standortes sind in der Notaufnahme und/oder den aufnehmenden Stationen hinterlegt und im Bedarfsfall zugänglich.

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

Diese SOP umfassen Regelungen zu folgenden Punkten:

1. Feststellung der Dringlichkeit der operativen Versorgung nach eindeutiger Handlungsanweisung unter Anwendung eines strukturierten Systems zur Behandlungspriorisierung. Dabei sind hüftgelenknahe Femurfrakturen als dringlich zu priorisieren.
2. Tages-Notfall-Liste nach eindeutiger Handlungsanweisung zur Integration „dringlicher chirurgischer Notfälle“ in die tägliche Operationsplanung vorzusehen oder in einem eigenen, für den Eingriff geeigneten Notfall-Operationssaal zu versorgen.
3. Regelung zu Verantwortlichkeiten der Erstbehandlung von Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur.
4. Regelungen und Ablaufpläne zur interdisziplinären Priorisierung von Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur für etwaig präoperativ erforderliche Zusatzdiagnostik.
5. Regelungen für die Durchführung eines geriatrischen Screenings anhand eines validierten Erhebungsinstrumentes in der Regel bei Aufnahme.
6. Regelungen zur Sturzprophylaxe. Diese Regelungen beinhalten die Erfassung und Dokumentation des Sturzrisikos sowie die Maßnahmenplanung zur Sturzvermeidung von Patientinnen und Patienten.
7. Regelungen zu Ablauforganisation und Kommunikation für die OP-Saalbereitstellung. Schriftliches Vorliegen von Verantwortlichkeiten und Erreichbarkeiten. Die Dringlichkeit der Saalbereitstellung ergibt sich aus dem interdisziplinären Konsens über die Kategorisierung der nichtelektiven Eingriffe.

8. Regelungen anhand von Kriterien zur postoperativen Versorgung der Patienten insbesondere entsprechend der Fallschwere und des Überwachungsbedarfs.
9. Eine leitliniengerechte, medikamentöse und physikalische Thromboembolie-Prophylaxe ist als Standard formuliert.
10. Es liegen Regelungen vor zum Umgang mit Patienten, die unter der Behandlung metforminhaltiger, oraler Antidiabetika stehen.
11. Die Regelungen beinhalten zudem konkrete zeitliche Festlegungen zu Einnahme- und Absetzungsmodalitäten sowie alternative Konzepte zur Blutzuckerregulierung prä-, peri- und postoperativ, die die individuellen Erfordernisse der betroffenen Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur berücksichtigen.
12. Regelungen zur präoperativen Einschätzung und zum Management von Delir und Dekubitus.

2.3 SOP „Operationsverfahren“

Diese SOP umfassen Regelungen zu folgenden Punkten:

1. Zur Wahl des operationstechnischen Verfahrens liegt ein schriftlich fixierter Algorithmus vor.
2. Die Wahl des Verfahrens ist unter anderem am Gebrechlichkeitszustand des Patienten, der Knochenqualität, der prätraumatischen Aktivität und am Frakturtyp zu orientieren.
3. Für konservativ zu behandelnde Frakturen liegt ein eigener Behandlungsablauf vor unter Berücksichtigung von Frakturtyp und Begleiterkrankungen des Patienten.
4. Regelungen zur Möglichkeit der Verlegung in ein anderes Krankenhaus (gegebenenfalls mit Angebot zusätzlicher osteosynthetischer und /oder endoprothetischer Operationsverfahren) sind schriftlich fixiert.

2.4 SOP „Umgang mit gerinnungshemmender Medikation“

Diese SOP umfassen Regelungen zu folgenden Punkten:

1. Frühestmögliche Erhebung der Blutungs- und Thrombosevorgeschichte sowie bezüglich gerinnungsrelevanter Medikamente und dem Zeitpunkt der letzten Medikamenteneinnahme, sowie Regelungen für Patienten, bei denen keine Angabe zum Zeitpunkt der letzten Einnahme der neuen/direkten oralen Antikoagulanzien (NOAK/DOAK) vorliegt, einschließlich des Einsatzes entsprechender Labortests. Liegt für den Einnahmezeitpunkt keine verlässliche Angabe vor, kann die (Rest-)Aktivität für DOAK (aktuell für die Wirkstoffe Rivaroxaban, Apixaban, Dabigatran, Edoxaban) jederzeit mit geeigneten Testverfahren bestimmt werden, um zu einer der Sorgfaltspflicht genügenden Beurteilung hinsichtlich des frühestmöglichen Operationszeitpunktes zu gelangen. Bezüglich der Testverfahren und Wirkstoffe sind regelmäßige Aktualisierungen der SOP vorzunehmen.
2. Regelungen zur Bestimmung und Durchführung des Gerinnungsstatus mit zeitlichen Vorgaben für die Regelversorgung tagsüber, für die Nacht sowie für den Not-, Wochenend- und Feiertagsdienst.
3. Stratifizierung des Thromboembolierisikos zur Entscheidung über ein (prä- und/oder postoperatives) Bridging bzw. Switching nach Algorithmus.
4. Regelungen zum Umgang mit Patienten mit erhöhter Blutungstendenz auf Grund von Erkrankungen des Gerinnungssystems (z.B. Hämophiliepatienten, Patienten mit von Willebrand-Syndrom).

5. Regelungen für die Indikationsstellung von regionalen Anästhesieverfahren (Nervenblockaden, spinale und peridurale Anästhesieverfahren) unter Berücksichtigung der antikoagulativen Therapie.
6. Regelungen zum Umgang mit in der Routineversorgung eingesetzten antikoagulativen Wirkstoffen sowohl zur Thromboseprophylaxe als auch bei bereits zuvor antikoagulierten Patienten - unter Beachtung der Indikationen und möglichen Kontraindikationen.
7. Regelungen (mit Dosierungsalgorithmen) für Patienten mit Niereninsuffizienz sind für gerinnungshemmende Medikamente wirkstoffspezifisch festgelegt.
8. Regelungen zu prä- und postoperativem Umgang mit Antikoagulantien.

2.5 SOP „Patientenorientiertes Blutmanagement (PBM)“

Diese SOP umfassen Regelungen zu folgenden Punkten:

1. Regelungen zur präoperativen Einschätzung der Anämietoleranz einschließlich Regelungen zu begleiterkrankungsabhängigen, hämoglobinbasierten Transfusionstriggern, die ein Überschreiten der individuellen Anämietoleranz mit hoher Wahrscheinlichkeit verhindern.
2. Regelungen zur Indikationsstellung und Gabe von Erythrozytenkonzentraten (EK), Thrombozytenkonzentraten (TK), Plasmakonzentraten (FFP) und Gerinnungsfaktor-Konzentraten.
3. Regelungen zum Einsatz fremdblutsparender Maßnahmen.

2.6 SOP „Ortho-geriatrische Zusammenarbeit für Patienten mit positivem geriatrischen Screening“

Diese SOP umfassen Regelungen zu folgenden Punkten:

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

2.7 SOP „Physiotherapeutische Maßnahmen“

Diese SOP umfassen Regelungen zu folgenden Punkten:

1. Benennung der Ansprechpartner
2. Sicherstellung von täglich verfügbaren und am Patienten einsatzfähigen Physiotherapeuten
3. Festlegung von Standards zu Atem- und Aktivierungstherapie und postoperativer Mobilisierung abhängig von Frakturtyp und Operationsverfahren
4. Teilnahme an Visiten und interdisziplinäre Abstimmung im Behandlungsteam
5. Dokumentation der Therapie.

Anlage 3 Checkliste zum Nachweis über die Erfüllung der Mindestanforderungen

Selbsteinstufung:

Die medizinische Einrichtung _____

in _____

_____

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

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

Allgemeine Hinweise:

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

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

Nach § 6 Absatz 1 ist der standortbezogene Nachweis über die Erfüllung der Mindestanforderungen nach dieser Richtlinie einschließlich der 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.

Abschnitt A Allgemeine Mindestanforderungen	ja	nein	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)**
A1.1 Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Chirurgie oder Unfallchirurgie oder Allgemeine Chirurgie oder Orthopädie oder Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort (**§ 3 Absatz 1a**).	❍	❍	
A1.2 Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Innere Medizin am Standort (**§ 3 Absatz 1a).**	❍	❍	
*Wenn **A1.2 (Fachabteilung für Innere Medizin)** mit Nein beantwortet wurde:* **A1.3** Sind die Anforderungen gemäß **§ 10 Absatz 2*** (Ausnahmetatbestand) vollständig erfüllt? **Hinweis: Abweichend von § 3 Absatz 1 Buchstabe a können Krankenhäuser die Patientenversorgung weiterführen, wenn sie:* *a) im Jahr 2018 Eingriffe, die mit einer der OPS 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 nicht eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin, ist zusätzlich ein Rufbereitschaftsdienst mit eben dieser Qualifikation sicherzustellen **und*** *d) gemäß § 26 Absatz 2 Nummern 2. und 3. der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an der speziellen Notfallversorgung teilnehmen.*	❍	❍	

A2 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 (**§ 3 Absatz 1b**).	❍	❍	
A2.1 Der für die Notfallversorgung benannte Arzt verfügt über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“* (**§ 3 Absatz 1c**). **Hinweis: Die Anforderung an die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ ist spätestens ab dem 1. Januar 2026 zu erfüllen.*	❍	❍	
A2.2 Die für die Notfallversorgung benannte Pflegekraft verfügt über die Weiterbildung „Notfallpflege“* (**§ 3 Absatz 1c**). **Hinweis: Die Anforderung an die Weiterbildung „Notfallpflege“ ist spätestens ab dem 1. Januar 2026 zu erfüllen.*	❍	❍	
A2.3 Der für die Notfallversorgung benannte Arzt und die für die Notfallversorgung benannte Pflegekraft nehmen regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil (**§ 3 Absatz 1e**).	❍	❍	
A3 Es ist jeweils ein Facharzt im Gebiet Innere Medizin, Chirurgie* und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar (**§ 3 Absatz 1d**). **Hinweis: Die Anforderung zur Verfügbarkeit eines Facharztes für Chirurgie gilt ebenfalls als erfüllt, wenn ein vergleichbarer Facharzt (Facharzt für Allgemeinchirurgie, Facharzt für Orthopädie oder Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie) innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar ist.*	❍	❍	
A4.1 Die Intensivstation verfügt über mindestens sechs Intensivtherapiebetten (**§ 3 Absatz 1f**).	❍	❍	
A4.2 Mindestens drei Intensivtherapiebetten sind zur	❍	❍	

Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet (**§ 3 Absatz 1f**).			
A5 Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung (**§ 3 Absatz 1g**).	❍	❍	
A6.1 Es ist ein Schockraum verfügbar (**§ 3 Absatz 2a**).	❍	❍	
A6.2 Die 24-stündige Verfügbarkeit von Computertomographie* ist sichergestellt (**§ 3 Absatz 2b**). **Hinweis: Die computertomographische Bildgebung kann auch durch einen kooperierenden Leistungserbringer im unmittelbaren räumlichen Bezug zum Standort jederzeit (24h) sichergestellt werden.*	❍	❍	
A7 Es besteht die Möglichkeit der Weiterverlegung eines Notfallpatienten auf dem Luftweg in ein Krankenhaus der Basisnotfallversorgung oder einer höheren Stufe gemäß den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern. Es ist ausreichend wenn die Hubschrauberlandestelle mit einem boden-gebundenen Zwischentransport* (z.B. mit einem Rettungswagen) erreichbar ist (**§ 3 Absatz 3**). **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 A8 mit Ja beantwortet wird, ist ein Ausfüllen von A1-A7 nicht erforderlich. **A8** Alle Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012 (siehe Anhang zu Anlage 3) sind erfüllt (**§ 10 Absatz 1**)*: A - Strukturen und Prozesse			

Erfüllung aller 12 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3	❍	❍	
B – Personal			
<u>Ärztliche Leitungsebene</u>			
Erfüllung aller 2 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3	❍	❍	
<u>Basisteam im Schockraum</u>			
Erfüllung aller 8 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3	❍	❍	
<u>Erweitertes Schockraumteam</u>			
Erfüllung aller 13 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3	❍	❍	
<u>Fakultativ verfügbares Personal</u>			
Erfüllung aller 3 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3	❍	❍	
C - Räumliche Anforderungen			
<u>Notaufnahme</u>			
Erfüllung aller 8 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3	❍	❍	
<u>Operationsabteilung</u>			
Erfüllung der Mindestanforderung gemäß dem Anhang zu Anlage 3			
D - Voraussetzungen der Intensivstation	❍	❍	
<u>Personelle Ausstattung der Intensivstation</u>			
Erfüllung aller 8 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3	❍	❍	
E - Ausstattung/apparative Ausstattung			
Erfüllung aller 18 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3			
Erfüllung aller 3 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3 an die	❍	❍	

nachfolgende Ausstattung/apparative Ausstattung im OP **Hinweis: Der Anhang zu Anlage 3 spezifiziert die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß Weißbuch Schwerverletztenversorgung Stand Mai 2012 (Seite 17ff.) abschließend. Wenn die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Anhang zu Anlage 3 vollständig erfüllt sind, dann gelten die Allgemeinen Mindestanforderungen gemäß § 3 Absatz 1 bis 4 (A1.1 bis A7) als erfüllt (Ausnahmeregelung gemäß § 10 Absatz 1).*	❍ ❍	❍ ❍	

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

Abschnitt B Spezifische Mindestanforderungen	ja	nein	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)**
B1 Die Versorgung der Patienten erfolgt in einer ärztlich geleiteten Fachabteilung, die eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses ist (**§ 4 Absatz 1**).	❍	❍	
B2 Die Durchführung der mit den Kombinationen aus Diagnosen und Prozeduren nach Anlage 1 beschrieben Operationen erfolgt durch oder unter Anleitung und Aufsicht einer Fachärztin oder eines Facharztes für Chirurgie, für Allgemeinchirurgie, für Orthopädie oder für Orthopädie und Unfallchirurgie (**§ 4 Absatz 2**).	❍	❍	
B3 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. Ist die präsente Ärztin oder der präsente Arzt nicht eine Fachärztin oder ein Facharzt für Chirurgie, für Allgemeinchirurgie, für Orthopädie oder für Orthopädie und Unfallchirurgie, ist zusätzlich ein Rufbereitschaftsdienst mit eben dieser Qualifikation sichergestellt (**§ 4 Absatz 3**).	❍	❍	

B4 Die Einrichtung und Ausstattung des Operationssaals lässt sowohl osteosynthetische als auch endoprothetische Versorgungen zu. Entsprechende Implantate und Instrumente stehen jederzeit zur Verfügung (**§ 4 Absatz 4**).	❍	❍	
B5 Für Patienten mit positivem geriatrischen Screening ist täglich geriatrische Kompetenz für die perioperative Versorgung zu gewährleisten. Diese erfolgt durch einen Facharzt mit geriatrischer Kompetenz Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie oder Facharzt mit der Schwerpunktbezeichnung Geriatrie oder Facharzt mit der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie oder 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 Absatz 5**)*/**. **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 B5 mit Nein beantwortet wurde: **B5.1** Sind die Anforderungen gemäß **§ 12 Absatz 1***[**] erfüllt? **Hinweis: Abweichend von § 4 Absatz 5 kann bis zum 31. Dezember 2023 die geriatrische Versorgung der Patienten auch durch Einbezug eines Facharztes für Innere Medizin/ Allgemeinmedizin oder Neurologie und bis zum 31. Dezember 2026 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 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.	❍	❍	
B6 Physiotherapie durch einen Physiotherapeuten/ eine Physiotherapeutin steht täglich für jeden Patienten zur Atemgymnastik und frühzeitigen Mobilisierung ab dem ersten postoperativen Tag zur Verfügung (**§ 4 Absatz 6**)*. *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.			

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

Abschnitt C Mindestanforderungen an die Prozessqualität	ja	nein	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)**
C1 Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP „Besondere Situationen der Einwilligungsfähigkeit“ gemäß Anlage 2.	❍	❍	
C2 Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP „Perioperative Planung: Priorisierung von Eingriffen, Planung von OP-Kapazitäten, Planung von OP-Teams“ gemäß Anlage 2.	❍	❍	
C3 Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP „Operationsverfahren“ gemäß Anlage 2.	❍	❍	
C4 Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP „Umgang mit gerinnungshemmender Medikation“ gemäß Anlage 2.	❍	❍	
C5 Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP „Patientenorientiertes Blutmanagement (PBM)“ gemäß Anlage 2.	❍	❍	
C6 Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP „Ortho-geriatrische Zusammenarbeit für Patienten mit positiven geriatrischen Screening“ gemäß Anlage 2*. *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 SOP „Ortho-geriatrische Zusammenarbeit für Patienten mit positiven geriatrischen Screening“ gemäß Anlage 2 der Richtlinie vorzuhalten.	❍	❍	
C7 Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP „Physiotherapeutische Maßnahmen“ gemäß Anlage 2*.	❍	❍	

*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 SOP „Physiotherapeutische Maßnahmen“ gemäß Anlage 2 der Richtlinie vorzuhalten.			

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

Anhang zu Anlage 3

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

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

B – Personal

Ärztliche Leitungsebene

1. Ein Facharzt für Orthopädie/Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildungsqualifikation Spezielle Unfallchirurgie oder ein 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.

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.
   Transportpersonal ist verfügbar.

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

Erweitertes Schockraumteam

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

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

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

Fakultativ verfügbares Personal

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

C- Räumliche Anforderungen

Notaufnahme

1. Ein Schockraum zur gleichzeitigen Versorgung von mindestens zwei Schwerverletzten mit einer Grundfläche von wenigstens 50 m^2 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).
   Im Schockraum werden alle für die Notfallversorgung erforderlichen Materialien/Instrumente in allen kinderspezifischen Größen vorgehalten.

Operationsabteilung

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

D- Voraussetzungen der Intensivstation

Personelle Ausstattung der Intensivstation

1. Ein Facharzt mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin mit hauptamtlicher Tätigkeit auf der Intensivstation ist Teil der ärztlichen Stationsleitung.
2. Eine Pflegekraft mit Fachweiterbildung Anästhesie und Intensivtherapie mit hauptamtlicher Tätigkeit auf der Intensivstation ist Teil der pflegerischen Stationsleitung.
3. Ein Weiterbildungsassistent (WA) für bis zu 12 Betten bzw. zwei Weiterbildungsassistenten bei höherer Bettenzahl sind mit 24.365-Präsenz im durchgehenden Schichtdienst verfügbar.
4. Ein Facharzt mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin (durchgehende Anwesenheit im Regeldienst: Anwesenheit innerhalb 20 bis 30 Minuten im Rufdienst) ist verfügbar.
5. Eine Pflegekraft für 2 Behandlungsplätze im Schichtdienst ist verfügbar,

6. Eine Pflegekraft für einen Behandlungsplatz bei besonderen Situationen (schwere Verbrennungen, extrakorporale Lungenersatzverfahren, > 60 % Patienten mit Organersatzverfahren) ist verfügbar.
7. Physiotherapie ist verfügbar.
8. Fachspezifische psychologische Betreuung ist verfügbar.

E - Ausstattung/apparative Ausstattung

Nachfolgende Ausstattung/apparative Ausstattung ist in der Notaufnahme verfügbar:

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

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

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

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

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

Standort-ID _____

Haupt-IK _____

Name _____

Datum _____

Unterschrift

_____

Geschäftsführende oder vertretungsberechtigte Person
der Einrichtung