



# Beschluss

## des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des Auswertungs- und Berichtskonzepts zur Berichtslegung gemäß § 8 QSFFx-RL zur Veröffentlichung und Umsetzung

Vom 16. März 2023

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 16. März 2023 beschlossen, den Bericht des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) „*Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur – Auswertungs- und Berichtskonzept zur Strukturabfrage gemäß QSFFx-RL für die Erfassungsjahre 2023 und 2024*“ gemäß **Anlage** für die Veröffentlichung auf den Internetseiten des IQTIG ([www.iqtig.org](http://www.iqtig.org)) freizugeben und das IQTIG mit der konkreten Umsetzung des Auswertungs- und Berichtskonzepts zu beauftragen.

Der Jahresbericht über das Erfassungsjahr 2023 ist vom IQTIG bis zum 15. August 2024 vorzulegen. Der Jahresbericht über das Erfassungsjahr 2024 ist vom IQTIG bis zum 15. Mai 2025 vorzulegen.

Berlin, den 16. März 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



# Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur

Auswertungs- und Berichtskonzept zur  
Strukturabfrage gemäß QSFFx-RL  
für die Erfassungsjahre 2023 und 2024

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 9. Dezember 2022

---

# Impressum

**Thema:**

Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur. Auswertungs- und Berichtskonzept zur Strukturabfrage gemäß QSFFx-RL für die Erfassungsjahre 2023 und 2024

**Ansprechpartnerinnen:**

Dr. Nicole Mohr, Dr. Magdalena Cordes

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

14. Mai 2020

**Datum der Abgabe:**

31. Mai 2021, überarbeitete Fassung vom 09. Dezember 2022

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0  
Telefax: (030) 58 58 26-999

[info@iqtig.org](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	6
Abkürzungsverzeichnis.....	7
Kurzfassung .....	8
1 Hintergrund .....	11
2 Auftrag und Auftragsverständnis .....	12
3 Methodisches Vorgehen .....	17
4 Datengrundlage.....	19
4.1 Regelbetrieb und Erhebung der Strukturdaten .....	19
4.2 Datengrundlage.....	19
4.3 Checkliste .....	20
4.4 Umsetzung der Datengrundlage im Auswertungs- und Berichtskonzept.....	22
4.4.1 Darstellung in Abhängigkeit des Erfassungsjahres.....	22
4.4.2 Stratifizierung bzw. Darstellung von Kollektiven .....	23
4.4.3 Strukturierung und Darstellung der Mindestanforderungen.....	23
5 Plausibilitätsprüfung.....	27
6 Jahresberichte zur Strukturabfrage.....	29
6.1 Allgemeine Anmerkungen.....	29
6.2 Erfassungsjahr 2023 .....	31
6.2.1 Datengrundlage und Kennzahlen.....	31
6.2.2 Auswertungs- und Darstellungsbeispiele.....	32
6.3 Erfassungsjahr 2024 und folgende.....	37
6.3.1 Datengrundlage und Kennzahlen.....	37
6.3.2 Auswertungs- und Darstellungsbeispiele.....	39
7 Aufbereitung der Daten für den strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser .....	48
7.1 Allgemeine Anmerkungen.....	48
7.2 Datengrundlage und Kennzahlen.....	49
7.3 Auswertungs- und Darstellungsbeispiel.....	49
8 Diskussion.....	53
8.1 Allgemeine Anmerkungen.....	53

8.2	Limitationen .....	55
9	Fazit und Ausblick.....	57
	Literatur.....	58

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Strukturierung der Mindestanforderungen in Anlage 3 der QSFFx-RL .....	20
Tabelle 2: Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen .....	21
Tabelle 3: Strukturierung der allgemeinen Mindestanforderungen in den Jahresberichten .....	24
Tabelle 4: Strukturierung der spezifischen Mindestanforderungen in den Jahresberichten .....	25
Tabelle 5: Strukturierung der Mindestanforderungen an die Prozessqualität in den Jahresberichten.....	25
Tabelle 6: Empfehlungen zur Plausibilitätsprüfung .....	27
Tabelle 7: Rahmenkonzept der Jahresberichte zur Strukturabfrage .....	29
Tabelle 8: Gliederungskonzept der Jahresberichte zur Strukturabfrage .....	30
Tabelle 9: Datengrundlage und Kennzahlen (EJ 2023).....	31
Tabelle 10: Darstellungsbeispiel: Datengrundlage (EJ 2023).....	32
Tabelle 11: Darstellungsbeispiel: Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum (EJ 2023).....	33
Tabelle 12: Darstellungsbeispiel: Spezifische Mindestanforderungen in der Übersicht (EJ 2023).....	33
Tabelle 13: Darstellungsbeispiel: Basisinformationen einer Mindestanforderung (EJ 2023 und folgende).....	35
Tabelle 14: Darstellungsbeispiel: Tabellarische Zusammenfassung der Strukturdaten einer Mindestanforderung (EJ 2023) .....	35
Tabelle 15: Strukturdaten in der standortbezogenen Auswertung (EJ 2023) .....	36
Tabelle 16: Datengrundlage und Kennzahlen (EJ 2024 und folgende) .....	37
Tabelle 17: Darstellungsbeispiel: Datengrundlage (EJ 2024 und folgende).....	39
Tabelle 18: Darstellungsbeispiel: Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum (EJ 2024 und folgende) .....	40
Tabelle 19: Darstellungsbeispiel: Tage mit und ohne Erfüllung der Mindestanforderungen in der tabellarischen Übersicht aller Standorte (EJ 2024 und folgende).....	41
Tabelle 20: Darstellungsbeispiel: Spezifische Mindestanforderungen in der Übersicht (EJ 2024 und folgende).....	43
Tabelle 21: Darstellungsbeispiel: Tabellarische Zusammenfassung der Strukturdaten einer Mindestanforderung (EJ 2024 und folgende).....	45
Tabelle 22: Strukturdaten in der standortbezogenen Auswertung (EJ 2024 und folgende) .....	46
Tabelle 23: Rahmenkonzept der Aufbereitung der Daten für den strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser.....	48

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Darstellungsbeispiel: Balkendiagramm der Strukturdaten einer Mindestanforderung (EJ 2023) ..... 35

Abbildung 2: Darstellungsbeispiel: Tage mit und ohne Erfüllung der Mindestanforderungen in der grafischen Übersicht aller Standorte (EJ 2024 und folgende) ..... 41

Abbildung 3: Darstellungsbeispiel: Anzahl der Standorte mit ununterbrochener Erfüllung der Mindestanforderungen, Standorte mit Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum (n = 275), Anzahl maximal zu erfüllender Mindestanforderungen: 22 ..... 42

Abbildung 4: Darstellungsbeispiel: Anzahl der Standorte mit ununterbrochener Erfüllung der Mindestanforderungen, Standorte ohne Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum (n = 813), Anzahl maximal zu erfüllender Mindestanforderungen: 26 ..... 43

Abbildung 5: Darstellungsbeispiel: Balkendiagramm der Strukturdaten einer Mindestanforderung (EJ 2024 und folgende) ..... 45

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
CSV	Comma Separated Values
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
MD-QK-RL	Richtlinie zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes
PPP-RL	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik
Qb-R	Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser
QFR-RL	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen
QSFFx-RL	Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur
SGB	Sozialgesetzbuch
SOP	Standard Operating Procedure
SQB	Strukturierter Qualitätsbericht der Krankenhäuser
XML	Extensible Markup Language

# Kurzfassung

## Hintergrund

Der Bruch des hüftgelenknahen Oberschenkelknochens (Femur) ist eine häufige Fraktur des älternden Menschen. Nationale und internationale Leitlinien fordern eine zeitnahe Operation – wenn möglich innerhalb von 24 Stunden nach Krankenhausaufnahme. In der externen stationären Qualitätssicherung wird dies mittels der Qualitätsindikatoren zur präoperativen Verweildauer gemessen. Unzureichende Ergebnisse in den vergangenen Jahren führten dazu, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im November 2019 die Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)<sup>1</sup> beschloss. Diese regelt strukturelle und prozedurale Mindestanforderungen, die Standorte erfüllen müssen, um u. a. eine zeitnahe Operation der Patientinnen und Patienten sicherzustellen.

## Auftrag und Auftragsverständnis

Mit Beschluss vom 14. Mai 2020 wurde das IQTIG mit der Entwicklung eines Auswertungs- und Berichtskonzepts zur Strukturabfrage gemäß § 8 QSFFx-RL beauftragt (G-BA 2020). Dieses soll Empfehlungen zur bundesweiten und standortbezogenen Auswertung der Strukturdaten für jährliche Berichte sowie zur Aufbereitung der Strukturdaten für eine Veröffentlichung im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser nach § 123b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V enthalten. Inhalte sollen die Angaben der Krankenhäuser zur Erfüllung bzw. Nichterfüllung der Mindestanforderungen der QSFFx-RL sein. Das Erfassungsinstrument sowie die Mindestanforderungen sind verbindlich vom G-BA geregelt. Eine Datenvalidierung soll durch das IQTIG als der Datenannahmestelle konzeptioniert werden. Die Umsetzung des Auswertungs- und Berichtskonzepts erfolgt ebenfalls durch das IQTIG, sobald dieses vom G-BA abgenommen wurde. Ziel der Strukturabfrage ist die Schaffung einer einrichtungsbezogenen Transparenz über die Erfüllung der Mindestanforderungen. Dies soll für den G-BA eine Basis für die Definition und Ermittlung eines Umsetzungsgrades und der Identifikation von Anpassungsbedarfen an der QSFFx-RL bilden.

## Methodisches Vorgehen

Auf Basis der Vorgaben der Beauftragung und der QSFFx-RL wurde das Auswertungs- und Berichtskonzept entwickelt. Kriterien bei der Entwicklung waren ein möglichst hohes Maß an Datenqualität, Objektivität, Praktikabilität, Übersichtlichkeit und Verständlichkeit der Strukturdaten. Ein Beteiligungsverfahren gemäß § 137a Abs. 7 SGB V wurde durchgeführt und die Rückmeldungen im vorliegenden Konzept berücksichtigt.

---

<sup>1</sup> 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. In der Fassung vom 22. November 2019, zuletzt geändert am 17. Dezember 2020, in Kraft getreten am 8. April 2021. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/118/> (abgerufen am: 20.05.2021).

## **Datengrundlage und Plausibilitätsprüfung**

Die Datengrundlage ist in der QSFFx-RL geregelt. Unter Anwendung einer Checkliste (Anlage 3 der QSFFx-RL) werden die Angaben der Krankenhäuser zur Erfüllung bzw. Nichterfüllung der Mindestanforderungen zwischen dem 15. November und dem 31. Dezember eines Jahres erhoben. Ab dem Erfassungsjahr (EJ) 2024 liegen zu dieser Angabe zudem Zeitpunkte bzw. Zeiträume der Nicht- bzw. Wiedererfüllung innerhalb eines Erfassungsjahres vor. Im Falle der Nichterfüllung einer Mindestanforderung kann ein Krankenhaus zusätzlich den Grund für die Nichterfüllung angeben. Die erweiterte Datengrundlage ab dem Erfassungsjahr 2024 hat zur Folge, dass die Auswertungsmöglichkeiten ab dem Erfassungsjahr 2024 gesondert dargestellt werden. Die Strukturabfrage ermöglicht die Identifikation von Krankenhäusern mit Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum, sodass diese in den Auswertungen genutzt werden, um entsprechende Kollektive zu stratifizieren und die Ergebnisse der betreffenden Krankenhäuser gesondert dargestellt werden können. Zusätzlich werden Empfehlungen zur übersichtlichen Strukturierung und einfach verständlichen Bezeichnung der Mindestanforderungen in den Berichten ausgesprochen.

Eine Plausibilitätsprüfung sollte sowohl auf Ebene der Krankenhäuser, der Landesverbände der Krankenkassen als auch auf der Ebene des IQTIG implementiert werden. Empfehlungen zur Plausibilitätsprüfung werden ausgesprochen.

## **Jahresberichte und Aufbereitung der Daten für den strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser**

Das Konzept zum Jahresbericht zur Strukturabfrage enthält Empfehlungen zur bundesweiten und standortbezogenen Auswertung. Die bundesweiten Strukturdaten werden in Form eines PDF (Portable Document File) in Tabellen und Grafiken zusammengefasst. Neben Informationen zur Anzahl der teilnehmenden Krankenhäuser enthält dieser Bericht Übersichtsdarstellungen mit den Strukturdaten zur mehreren Mindestanforderungen. Einzelne Kapitel zu den Mindestanforderungen enthalten weitere Kennzahlen und Informationen zur Dokumentation der Gründe einer Nichterfüllung. Die standortbezogene pseudonymisierte Darstellung der Strukturdaten erfolgt in Form eines maschinenlesbaren Datenformats. Hierdurch ist die Darstellung standortbezogener Kennzahlen möglich.

Die Aufbereitung der Daten für den strukturierten Qualitätsbericht erfolgt ebenfalls auf Standortebene. Erste Empfehlungen zur Darstellung der Strukturdaten wurden anhand von Beispielen konkretisiert, die allgemeine Kennzahlen der Standorte sowie die Angaben der Standorte zur Erfüllung bzw. Nichterfüllung der Mindestanforderungen enthalten.

## **Diskussion**

In der Diskussion werden einzelne Aspekte des Auswertungs- und Berichtskonzepts näher beleuchtet. Sowohl die Mindestanforderungen und damit die erhobenen Strukturdaten als auch das Erfassungsinstrument sind vom G-BA geregelt worden.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit und Verständlichkeit wird die Nutzung von Kurztiteln zur Darstellung der Mindestanforderungen empfohlen. Um Fehlinterpretationen vorzubeugen erfolgt

zusätzlich eine Darstellung des vollständigen Textes einer Mindestanforderung gemäß QSFFx-RL in den jeweiligen Kapiteln zur Mindestanforderung.

Limitiert ist das vorliegende Auswertungs- und Berichtskonzept dadurch, dass kein Probetrieb der Richtlinie vorgesehen ist und das Konzept ohne Kenntnis der vorliegenden Daten entwickelt wurde. Änderungen in der Datengrundlage können Auswirkungen auf die Darstellbarkeit der Auswertungsempfehlungen haben. Eine Limitation der Strukturabfragen ist die begrenzte Validierung der Selbstauskünfte der Krankenhäuser im Regelbetrieb.

### **Fazit und Ausblick**

Es ist zu erwarten, dass in den ersten Jahren nach Inkrafttreten der QSFFx-RL Anpassungsbedarfe an der Richtlinie notwendig sein werden. Gleichzeitig werden im Regelbetrieb Limitationen des Erfassungsinstruments, der geplanten Datenflüsse, der Plausibilitätsprüfungen und Datenaufbereitung zutage treten. Insofern wird das vorliegende Auswertungs- und Berichtskonzept als Grundlage für die Umsetzung der Jahresberichte zu den Strukturabfragen der Erfassungsjahre 2023 und 2024 verstanden. Stetige Weiterentwicklungen und Anpassungen der Berichtsformate sind daher vorgesehen.

# 1 Hintergrund

Ein Bruch (Fraktur) im oberen, dem Hüftgelenk zugewandten Teil des Oberschenkelknochens (Femur) wird als hüftgelenknahe Femurfraktur bezeichnet. In Deutschland dokumentieren über 155.000 hüftgelenknahe Femurfrakturen im Jahr 2019 die Relevanz der Thematik in der Versorgung (Destatis 2021). Die zumeist unfallbedingte Fraktur ist eine typische und häufige Verletzung älterer Menschen.

Eine frühzeitige Operation gilt als wichtiger Bestandteil der Versorgung und wird in nationalen und internationalen Leitlinien gefordert (NICE 2011, DGU 2015, AAOS 2014). In der externen stationären Qualitätssicherung wird diese Anforderung durch eine bundesweite Erfassung des Zeitraums zwischen Krankenhausaufnahme eines Patienten bzw. einer Patientin und dem Operationsbeginn<sup>2</sup> gemessen (IQTIG 2019a, IQTIG 2019b). Die im Einzelfall angestrebte präoperative Verweildauer liegt in Abhängigkeit der Versorgungsform zwischen 24 Stunden (hüftkopferhaltend/osteosynthetisch) und 48 Stunden (hüftkopfersetzend/endoprothetisch). Der bundesweite Referenzbereich gibt vor, dass nicht mehr als 15 % der Patientinnen und Patienten diese präoperative Verweildauer überschreiten sollten. Da die Qualitätsindikatoren zur präoperativen Verweildauer in den letzten Jahren wiederholt außerhalb dieses Referenzbereichs lagen und eine hohe Zahl an Krankenhäusern die Anforderung nicht einhalten konnte, wurde vom IQTIG ein besonderer Handlungsbedarf gesehen (IQTIG 2020).

Mit Beschluss der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahe Femurfraktur (QSFFx-RL) im November 2019 setzte der G-BA schließlich verbindliche Standards für Struktur, Personal und Verfahrensabläufe (sog. Mindestanforderungen) fest. Standorte, die hüftgelenknahe Femurfrakturen versorgen, müssen diese seit dem 1. Januar 2021 erfüllen. Eine Strukturabfrage soll jährlich Transparenz über die Erfüllung bzw. Nichterfüllung der Anforderungen innerhalb eines Erfassungsjahres herstellen. Die Ergebnisse sollen in Form eines Berichts vom IQTIG ausgewertet und dem G-BA übermittelt werden. Weiterhin soll eine Veröffentlichung der Strukturabfragedaten im strukturierten Qualitätsbericht (SQB) gemäß der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)<sup>3</sup> erfolgen.

---

<sup>2</sup> Im Falle einer Fraktur während eines stationären Aufenthaltes (sog. Inhouse-Fraktur) wird statt der Krankenhausaufnahme der Zeitpunkt der Fraktur zur Berechnung der präoperativen Verweildauer herangezogen.

<sup>3</sup> Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Neufassung vom 16. Mai 2013, zuletzt geändert am 17. Dezember 2020, in Kraft getreten am 17. März 2021. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/39/> (abgerufen am 20.05.2021).

## 2 Auftrag und Auftragsverständnis

Mit Beschluss vom 14. Mai 2020 wurde das IQTIG mit der Entwicklung eines Auswertungs- und Berichtskonzepts zur Erstellung der Jahresberichte gemäß § 8 Abs. 7 Satz 1 QSFFx-RL beauftragt (G-BA 2020). Die Beauftragung nennt zwei Berichtsformate, die im vorliegenden Konzept entwickelt werden sollen (Absatz I Nummer 2 Satz 1 bis 2) (G-BA 2020):

*„Entwicklung eines Auswertungs- und Berichtskonzeptes zur Erstellung der Jahresberichte gemäß § 8 Absatz 7 Satz 1 QSFFx-RL. Dies schließt die Aufbereitung der Daten gemäß § 8 Absatz 7 Satz 2 QSFFx-RL zum Zwecke der Veröffentlichung im strukturierten Qualitätsbericht nach § 136b Absatz 1 Nr. 3 SGB V ein.“*

Die Beauftragung verweist auf zwei Berichtsformate, die in der QSFFx-RL genannt werden:

- den Jahresbericht zu den Ergebnissen der Strukturabfrage gemäß § 8 Abs. 7 Satz 1 QSFFx-RL sowie die
- Aufbereitung der Daten für den strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser (SQB) gemäß § 8 Abs. 7 Satz 2 QSFFx-RL.

### **Jahresbericht zu den Ergebnissen der Strukturabfrage**

In § 8 Abs. 7 Satz 1 QSFFx-RL ist der Jahresbericht zur Strukturabfrage (im vorliegenden Konzept vereinfacht Jahresbericht genannt) wie folgt beschrieben:

*„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 15. Mai des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres in Form eines Jahresberichts.“*

Dem Auftragsverständnis des IQTIG nach soll das beauftragte Konzept Empfehlungen zu Gliederung sowie tabellarischen und grafischen Darstellungsmöglichkeiten der Ergebnisse der Strukturabfragen enthalten. Im o. g. Absatz der QSFFx-RL ist lediglich eine *standortbezogene* Auswertung der Daten genannt. Rückmeldeberichte an die Krankenhäuser sind nicht genannt. Die in § 8 Abs. 5 Satz 2 und 3 der QSFFx-RL formulierten Ziele der Jahresberichte (siehe auch Seite 15) sind zudem die Schaffung einer Grundlage für eine *Ermittlung des Umsetzungsgrades der Richtlinie* sowie die *Identifikation von Anpassungsbedarfen*. Dem Verständnis des IQTIG nach ist somit auch eine zusammenfassende *bundesweite* Darstellung der Strukturabfragedaten intendiert. Die Empfehlungen zur Darstellung der Ergebnisse der Strukturabfragen in den Jahresberichten enthalten somit sowohl *bundesweite* als auch *standortbezogene* pseudonymisierte Auswertungen und sind in Kapitel 6 zu finden.

### **Aufbereitung der Daten für den strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser**

Die Veröffentlichung der Strukturdaten im SQB ist in § 8 Abs. 7 Satz 2 QSFFx-RL geregelt:

*„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.“*

Folglich soll das Konzept Empfehlungen zu Gliederung und tabellarischen Darstellungen der Strukturabfragedaten im SQB enthalten. Diese sind im Kapitel 7 zu finden.

### **Inhalt der Strukturabfrage**

Die Inhalte der Berichtsformate zur Strukturabfrage sind in § 8 Abs. 1 QSFFx-RL wie folgt geregelt:

*„Die Erfüllung der Mindestanforderungen nach dieser Richtlinie wird vom G-BA jährlich für alle Krankenhausstandorte, die hüftgelenknahe Femurfrakturen versorgen, im Rahmen einer Strukturabfrage ermittelt. 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.“*

Die Inhalte der Jahresberichte entsprechen somit den Daten, die die Krankenhäuser im Rahmen des Nachweisverfahrens gemäß § 6 Abs. 1 Satz 1 bis 3 QSFFx-RL an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermitteln. Diese enthalten die Angaben der Krankenhäuser über die Erfüllung der in § 3 bis § 5 QSFFx-RL definierten Mindestanforderungen. Da die Mindestanforderungen bereits verbindlich vom G-BA geregelt sind, ist eine Darstellung der aktuellen Literatur nicht Gegenstand des Auswertungs- und Berichtskonzepts.

Die Inhalte der Berichtsformate werden in § 8 Abs. 2 weiter spezifiziert:

*„Die Krankenhäuser können dem G-BA Gründe für die Nichterfüllung von Mindestanforderungen mitteilen. Diese Angaben sind im Jahresbericht gemäß Absatz 7 Satz 1 zu berücksichtigen.“*

Dieser Anforderung wird in den Kapiteln 6 und 7 des vorliegenden Berichts nachgekommen. Eine weitere Vorgabe zu den Inhalten der Berichtsformate ist die Festlegung in § 8 Abs. 7 Satz 6 QSFFx-RL:

*„Krankenhäuser, die bis zum Ende der Korrekturfrist am 1. 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.“*

Die vorgegebene Formulierung zur Kennzeichnung der Standorte ist ebenfalls in den entsprechenden Kapiteln der Berichtsformate eingepflegt. Zur Entwicklung der Aufbereitung der Strukturabfragedaten verweist die Beauftragung in Absatz I Nummer 2 Satz 3 auf die Qb-R:

*„Dabei ist zu berücksichtigen, dass Details zum Datenformat, -inhalt und den Liefermodalitäten die Qb-R regelt.“*

In den „Regelungen zu den strukturierten Qualitätsberichten“ heißt es ferner (§ 3 Abs. 2 Satz 1 Qb-R):

*„Der konkrete Inhalt und Umfang des vom Krankenhaus zu erstellenden und zu übermittelnden Qualitätsberichts werden in Anlage 1 für das jeweilige Berichtsjahr zu diesen Regelungen vorgegeben.“*

Neben den Regelungen der QSFFx-RL unterliegen die Inhalte der Daten zur Aufbereitung für den strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser somit auch den Regelungen der Qb-R. Das IQTIG versteht die entsprechenden Empfehlungen im Kapitel 7 somit als Diskussionsgrundlage, die in den für die Qb-R verantwortlichen Gremien des G-BA besprochen werden müssen (siehe auch Besonderheit zur Umsetzung des Auswertungs- und Berichtskonzepts im Regelbetrieb unten).

### **Erfassungsinstrument**

Das Erfassungsinstrument zur Ermittlung der Strukturabfragedaten ist in der QSFFx-RL in Form der Checkliste in Anlage 3 bereits verbindlich geregelt. Details zur Checkliste und deren Umsetzung im vorliegenden Konzept finden sich in den Abschnitten 4.3 und 4.4. Für den Regelbetrieb erfolgt die Operationalisierung der Checkliste über eine Spezifikation gemäß § 6 Abs. 1 Satz 5 der QSFFx-RL. Die Spezifikationsempfehlungen wurden erstmalig am 15. Februar 2021 an den G-BA übermittelt. Nach Verschiebung des Verfahrensstarts wurde eine Überarbeitung am 15. Februar 2022, eine weitere Anpassung entsprechend der Rückmeldungen der AG Umsetzung QSFFx-RL am 01. April 2022 und eine weitere Anpassung entsprechend im Unterausschuss Qualitätssicherung vorgenommener Richtlinienanpassungen am 22. April 2022 an den G-BA übermittelt (IQTIG 2022). Eine Freigabe der Spezifikationsempfehlungen erfolgte im Plenum am 19. Mai 2022. Das vorliegende Auswertungs- und Berichtskonzept basiert auf der in diesen Spezifikationsempfehlungen enthaltenden Datenfeldbeschreibung.

### **Plausibilitätsprüfung**

Vorgaben zur Plausibilitätsprüfung sind im Beauftragungstext nicht hinterlegt. In § 8 Abs. 3 Satz 2 QSFFx-RL heißt es jedoch:

*„Die Datenannahmestelle prüft die an sie übermittelten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität und informiert die Einrichtung bei Korrekturbedarf.“*

Ausführungen zur Plausibilitätsprüfung finden sich in Kapitel 5.

### **Umsetzung des Auswertungs- und Berichtskonzeptes im Regelbetrieb**

Zur Umsetzung des Konzeptes heißt es in Absatz II Nr. 2 Satz 4 der Beauftragung (G-BA 2020):

*„Die konkrete Umsetzung des vom IQTIG zu erstellenden Auswertungs- und Berichtskonzeptes erfolgt durch das IQTIG nach Abnahme durch den G-BA.“*

Die Umsetzung des Konzeptes im Regelbetrieb erfolgt somit ebenfalls durch das IQTIG. Voraussetzung dafür ist eine Abnahme durch den G-BA. Dem Verständnis des IQTIG nach soll das entwickelte Konzept demnach in den für die QSFFx-RL zuständigen Gremien des G-BA diskutiert und ggf. angepasst werden. Die Aufbereitung der Daten für den strukturierten Qualitätsbericht nimmt hier eine Sonderrolle ein, da sie zusätzlich in den für die Qb-R zuständigen Gremien besprochen werden muss.

### **Ziel der Jahresberichte gemäß Beauftragung und QSFFx-RL**

Leitbild bei der Entwicklung der Inhalte des Auswertungs- und Berichtskonzeptes sind die Ziele der Strukturabfrage gemäß QSFFx-RL. Diese werden in § 8 Abs. 5 Satz 2 und 3 wie folgt festgelegt:

*„Die Ergebnisse der Strukturabfrage dienen dem G-BA dazu, einrichtungsbezogenen Transparenz über die Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie herzustellen. 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.“*

Demnach ist ein Ziel der Strukturabfrage die *Schaffung einer einrichtungsbezogenen Transparenz*. Gleichzeitig soll der Bericht zur Strukturabfrage eine Grundlage für die Ermittlung des *Umsetzungsgrades der Richtlinie* darstellen, welcher dem G-BA als Grundlage für erforderliche Anpassungen an der Richtlinie dient.

Nach dem Verständnis des IQTIG wird die *Schaffung einrichtungsbezogener Transparenz* durch Darstellung standortbezogener Ergebnisse auf verschiedenen Ebenen erreicht: Standorte, die ihrer Datenlieferpflicht nicht nachkommen, werden gemäß § 8 Absatz 7 Satz 6 QSFFx-RL im Jahresbericht und im strukturierten Qualitätsbericht benannt. Der strukturierte Qualitätsbericht enthält zudem weitere standortbezogene Ergebnisse (siehe Kapitel 7). Zusätzlich zum bundesbezogenen Jahresbericht im PDF Format werden standortbezogene pseudonymisierte Auswertungsergebnisse im maschinenlesbaren Format an den G-BA übermittelt. Dabei werden nur Auswertungsergebnisse und keine Rohdaten übermittelt. Der Begriff des *Umsetzungsgrades* ist weder in der Richtlinie noch in der Beauftragung definiert. Die Entwicklung eines entsprechenden Maßes ist dem Verständnis des IQTIG nach mit der Beauftragung nicht intendiert. Vielmehr wird darunter eine objektive, valide und übersichtliche deskriptive Darstellung der Strukturdaten verstanden (siehe auch Kapitel 3). Eine Aus- oder Bewertung der Strukturdaten hinsichtlich eines möglichen Nutzens oder Schadens der zugrundeliegenden Mindestanforderungen ist somit in den Berichtsformaten nicht enthalten. Ebenfalls nicht bewertet werden die Mindestanforderungen hinsichtlich ihrer Realisierbarkeit durch die Krankenhäuser. Eventuelle Anpassungsbedarfe werden vom G-BA ermittelt und sind nicht Gegenstand der Jahresberichte.

Abzugrenzen von den o. g. Zielen der Jahresberichte zur Strukturabfrage sind die Ziele der Richtlinie selbst gemäß § 2 QSFFx-RL. Die Fragestellung, ob die Vorgaben zur Strukturqualität tatsächlich zur Verbesserung der Versorgung im Sinne der Ziele nach § 2 der QSFFx-RL führen, soll und kann mit den jährlichen Strukturabfragen nicht beantwortet werden. Dies soll im Rahmen einer Evaluation gemäß § 9 QSFFx-RL und der Beauftragung des G-BA vom 18. Februar 2021 adressiert werden (G-BA 2021). Folglich enthält das Auswertungs- und Berichtskonzept keine Bewertung der Strukturabfragedaten hinsichtlich der zu erreichenden Ziele gemäß § 2 QSFFx-RL.

### 3 Methodisches Vorgehen

#### Konzeptentwicklung

Zur Ausarbeitung des Auftragsverständnisses wurden Vorgaben aus der Beauftragung und der QSFFx-RL zusammengetragen. Die zu konzeptionierenden Berichtsformate wurden mithilfe eines Rahmenkonzepts beschrieben, um Besonderheiten zur Aufbereitung und Darstellung der Strukturdaten herauszuarbeiten. Auf Basis der Richtlinienvorgaben mögliche grafische und tabellarische Darstellungen wurden in einem vorläufigen Auswertungs- und Berichtskonzept zusammengefasst. Unter Zuhilfenahme artverwandter Strukturabfragen (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)<sup>4</sup>; Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)<sup>5</sup>) wurde das Auswertungskonzept weiterentwickelt. Nach Abschluss des Beteiligungsverfahrens wurde das finale Auswertungs- und Berichtskonzept erstellt.

#### Kriterien bei der Konzeptentwicklung

Damit die Berichtsformate eine Informationsgrundlage zur Erreichung o.g. Ziele der Strukturabfrage ermöglichen, soll die Entwicklung des Konzeptes entlang von Kriterien erfolgen. Dazu gehören ein möglichst hohes Maß an

- Datenqualität,
- Objektivität,
- Praktikabilität und
- Übersichtlichkeit bzw. Verständlichkeit.

Um eine hohe *Datenqualität* zu ermöglichen, werden Empfehlungen zur Plausibilitätsprüfung (Kapitel 5) ausgesprochen. Die deskriptive Darstellung der Ergebnisse der Strukturabfrage soll ein möglichst hohes Maß an *Objektivität* sicherstellen. Da zwischen letztmaliger Datenlieferung und Berichtsabgabe ein Zeitraum von 10 Wochen liegt, wurde auf eine *Praktikabilität* in der Auswertung der Daten geachtet. Damit die Jahresberichte ihre Ziele gemäß Auftragsverständnis erreichen, sollen die Strukturdaten möglichst *übersichtlich* und *verständlich* aufbereitet werden.

#### Beteiligungsverfahren

Gemäß § 137a Abs. 7 SGB V wurde ein Beteiligungsverfahren durchgeführt. Hierzu wurden die in § 137a Abs. 7 SGB V genannten Institutionen angeschrieben und zu einem Online-Workshop eingeladen. Im Rahmen des vierstündigen Workshops wurden den Teilnehmenden die Inhalte des vorläufigen Auswertungs- und Berichtskonzept präsentiert und zur Diskussion gestellt. Ein

---

<sup>4</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), in der Fassung vom 19. September 2019, zuletzt geändert am 15. Oktober 2020, in Kraft getreten am 1. Januar 2021. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/113/> (abgerufen am 19.04.2021).

<sup>5</sup> Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – QFR-RL. In der Fassung vom 20. September 2005, zuletzt geändert am 3. Dezember 2020, in Kraft getreten am 1. Dezember 2020. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/41/> (abgerufen am 19.04.2021).

Protokoll der Workshops findet sich im Anhang zu diesem Bericht. Anmerkungen der Teilnehmenden wurden bei der Entwicklung des finalen Konzeptes berücksichtigt.

## 4 Datengrundlage

Zur Einordnung der Datengrundlage soll diesem Kapitel eine kurze Zusammenfassung des geplanten Regelbetriebs der QSFFx-RL vorangestellt werden. Zum einfacheren Verständnis ist dieser auf die für die Strukturabfrage relevanten Aspekte zusammengefasst.

### 4.1 Regelbetrieb und Erhebung der Strukturdaten

Die erstmalige Strukturabfrage erfolgt im Jahr 2024 für das Erfassungsjahr 2023 (§ 12 Abs. 3 QSFFx-RL). Der Erhebungsbogen zur Ermittlung der Strukturabfragedaten ist in Anlage 3 der Richtlinie (Checkliste) hinterlegt. Diese stellt eine ausfüllbare Zusammenfassung der in § 3 bis § 5 ausformulierten Mindestanforderungen dar. Im Rahmen des Nachweisverfahrens (§ 6 QSFFx-RL) übermitteln Standorte, die Leistungen gemäß Anlage 1 der QSFFx-RL durchführen, die ausgefüllte Checkliste an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und weisen somit die Erfüllung der Mindestanforderungen stichtagsbezogen nach. Eventuell zum Zeitpunkt des Ausfüllens vorliegende Abweichungen sind im Nachweisverfahren ebenfalls anzugeben. Ab dem Stichtag muss jede Nichterfüllung einer Mindestanforderung, die länger als 48 Stunden andauert, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen ebenfalls unter Angabe des Zeitpunktes des Eintritts der Nichterfüllung sowie der Wiedererfüllung mitgeteilt werden (§ 6 Abs. 1 Satz 1 bis 3 QSFFx-RL).

Datenannahmestelle für die Strukturabfragedaten gemäß der o. g. Vorgaben ist das IQTIG (§ 8 Abs. 3 Satz 1 QSFFx-RL). Die Standorte übermitteln dem IQTIG die Daten eines Erfassungsjahres bis zum 15. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres zusammen mit einer Konformitätserklärung (Anlage 4) (§ 8 Abs. 4 Satz 1 QSFFx-RL). Nach Prüfung der Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität informiert das IQTIG sofern notwendig den betreffenden Standort (§ 8 Abs. 3 Satz 2 QSFFx-RL) und erinnert an den Versand der Strukturabfragedaten (§ 8 Abs. 7 Satz 4 QSFFx-RL). Datenannahmeschluss der korrigierten Daten ist im Jahr 2024 für die Daten des Erfassungsjahres 2023 der 1. Juni 2024 (§ 12 Abs. 5 QSFFx-RL). In den darauffolgenden Jahren ist der Datenannahmeschluss für die korrigierten Daten jeweils der 1. März EJ+1 (§ 8 Abs. 3 Satz 3 QSFFx-RL). Kommt ein Standort seiner Pflicht zur Teilnahme an der Strukturabfrage nicht nach, erfolgt eine Meldung an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. Anschließend erfolgt die Datenaufbereitung und -auswertung gemäß den Vorgaben des G-BA. Zusätzlich erfolgt eine Aufbereitung der Daten zur Verwendung im strukturierten Qualitätsbericht nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V.

### 4.2 Datengrundlage

#### Strukturdaten

Die Datengrundlage der Strukturabfrage wird in der QSFFx-RL wie folgt definiert (§ 8 Abs. 1 Satz 2):

*„Hierzu haben die Krankenhäuser standortbezogen die von ihnen gemachten Angaben in der Checkliste nach § 6 Absatz 1 Satz 1 oder Satz 2 [Anm.: im Nachweisverfahren] und die von Ihnen gemäß § 6 Absatz 1 Satz 3 [Anm.: freiwillige Angabe der Gründe für Nichterfüllung einzelner Mindestanforderungen] 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.“*

Die Datengrundlage der Strukturabfragen setzt sich somit zusammen aus den in den Datenfeldern der Spezifikation von den Standorten dokumentierten Angaben innerhalb eines Erfassungsjahres

- zur Erfüllung der Mindestanforderungen zum Stichtag,
- zum Zeitpunkt der Nichterfüllung einer Mindestanforderung (ab Stichtag) und zum
- Zeitpunkt der Wiedererfüllung einer Mindestanforderung (ab Stichtag).

Die Daten der Strukturabfrage liegen somit für jede Mindestanforderung als binäres Merkmal (Erfüllung oder Nichterfüllung) vor.

### Gründe für Nichterfüllung

Die o. g. Strukturdaten werden ergänzt durch die in § 8 Abs. 2 QSFFx-RL genannten Daten:

*„Die Krankenhäuser können dem G-BA Gründe für die Nichterfüllung von Mindestanforderungen mitteilen. Diese Angaben sind im Jahresbericht gemäß Absatz 7 Satz 1 zu berücksichtigen.“*

Im Falle einer Nichterfüllung von Mindestanforderungen haben die Krankenhäuser somit die Möglichkeit, die Gründe für die Nichterfüllung anzugeben (§ 8 Abs. 2 QSFFx-RL). Diese liegen in Form von Freitexten vor.

## 4.3 Checkliste

Die zu erhebenden Strukturdaten der Standorte sind in einer Checkliste (Anlage 3 zur QSFFx-RL) geregelt. Die Checkliste enthält insgesamt 39 mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantwortende Items. Tabelle 1 zeigt die Abschnitte der Checkliste, deren Items in Analogie zu den Paragraphen der Richtlinie in drei Abschnitte unterteilt sind.

Tabelle 1: Strukturierung der Mindestanforderungen in Anlage 3 der QSFFx-RL

Nummerierung entsprechend Anlage 3 QSFFx-RL	Abschnitte
A1.1 – A8:	<b>Allgemeine Mindestanforderungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 25 Items gemäß § 3 der QSFFx-RL</li> <li>▪ darunter zwei Ausnahmetatbestände gemäß § 10 und eine Übergangsregelung gemäß § 12 der QSFFx-RL.</li> </ul>

B1 – B6	<b>Spezifische Mindestanforderungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 7 Items gemäß § 4 der QSFFx-RL</li> <li>▪ darunter eine Übergangsregelung gemäß § 12 der QSFFx-RL.</li> </ul>
C1 – C7	<b>Mindestanforderungen an die Prozessqualität<sup>6</sup></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 7 Items gemäß § 5 der QSFFx-RL</li> </ul>

Aus Gründen der Übersichtlichkeit erfolgt an dieser Stelle keine vollständige Darstellung aller Checklistenitems. Hierfür wird auf den Anhang des Auswertungs- und Berichtskonzepts verwiesen. Dieser gibt einen vollständigen Überblick auf alle Checklistenitems, sowie deren Nummerierung und Feldtexte gemäß Anlage 3 der QSFFx-RL. Zusätzlich enthält sie die Auslösebedingungen und Antwortmöglichkeiten der einzelnen Checklistenitems. Darüber hinaus wird im Anhang auf die Datenfelder gemäß den Spezifikationsempfehlungen zur QSFFx-RL (Kapitel „Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise“ ab Seite 16) vom 22. April 2022 verwiesen (IQTIG 2022).

### Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen

Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen bedingen, dass nicht alle Checklistenitems bzw. Datenfelder von allen Standorten befüllt werden müssen (siehe auch Auslösebedingungen im Anhang des Auswertungs- und Berichtskonzepts). Die Verortung in der QSFFx-RL, die korrespondierenden Datenfelder gemäß Spezifikationsempfehlung vom 22. April 2022 sowie die voraussichtliche Gültigkeit sind in Tabelle 2 zusammengefasst.

Tabelle 2: Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen

Verortung in Richtlinie	Datenfeld gemäß Spezifikationsempfehlung (IQTIG 2022)	Inhalt	Gültigkeit
<b>Ausnahmetatbestände</b>			
§ 10 Abs. 1	8	Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum	unbefristet
§ 10 Abs. 2	13/14	Innere Medizin am Standort	bis 31. Dezember 2025
<b>Übergangsregelungen</b>			
§ 12 Abs. 1	67/68	Geriatrische Versorgung	abgestuft bis 31. Dezember 2023 bzw. 2026

<sup>6</sup> Im betreffenden Abschnitt der Checkliste sind ausschließlich Strukturvorgaben enthalten, da lediglich das Vorhalten von SOPs geregelt ist. Die tatsächliche Einhaltung der Prozessvorgaben wird nicht gemessen, sodass es sich bei den Anforderungen nicht entsprechend der Definition von Donabedian um Prozessqualität, sondern um Strukturqualität handelt. Der Einfachheit halber wird im vorliegenden Konzept die Formulierung der QSFFx-RL übernommen, eine Anpassung des Begriffes wird jedoch empfohlen.

Verortung in Richtlinie	Datenfeld gemäß Spezifikationsempfehlung (IQTIG 2022)	Inhalt	Gültigkeit
§ 12 Abs. 6	17/18 19/20	Ärztliche Zusatzweiterbildung Pflegerische Weiterbildung	bis 31. Dezember 2025

Der Ausnahmetatbestand zur Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum (§ 10 Abs. 1 der QSFFx-RL) ist zeitlich nicht befristet. In der Checkliste sowie den Spezifikationsempfehlungen ist er im Sinne einer Filterfrage hinterlegt. Im Falle der Erfüllung werden die Datenfelder 37 bis 56, im Falle der Nichterfüllung die Datenfelder 9 bis 36 ausgelöst. Inhaltlich wird die Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß Weißbuch Schwerverletztenversorgung Stand 2012 abgefragt (DGU 2012). Die Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum wird bei der Ergebnisdarstellung als Stratifizierungsmerkmal genutzt (siehe auch Abschnitt 4.4.2).

Die weiteren Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen sind zeitlich befristet. Aufgrund ihrer Auslösebedingungen (siehe Anlage) liegen jedoch nicht für jeden Standort alle Angaben zu ihrer Erfüllung bzw. Nichterfüllung vor.

#### 4.4 Umsetzung der Datengrundlage im Auswertungs- und Berichtskonzept

Die Vorgabe der QSFFx-RL und die Datengrundlage der Strukturabfragen haben Konsequenzen für die Darstellungen im vorliegenden Auswertungs- und Berichtskonzept. Diese sollen im Folgenden erläutert werden.

##### 4.4.1 Darstellung in Abhängigkeit des Erfassungsjahres

Die zur Verfügung stehenden Strukturabfragedaten des Erfassungsjahres 2023 unterscheiden sich von den Daten der folgenden Erfassungsjahre. Folglich unterscheiden sich auch die Auswertungs- und Darstellungsmöglichkeiten zwischen den Strukturabfragen.

##### Erfassungsjahr 2023

Die Auswertung der Strukturdaten erfolgt für das Jahr 2023 auf Basis der Daten des erstmaligen standortbezogenen Nachweises (§ 12 Abs. 3 Satz 1). Auswertungsgrundlage der Strukturabfragen im Erfassungsjahr 2023 sind somit die Angaben der Standorte zum Stichtag. Für die Ergebnisdarstellung der Strukturabfragen liegt somit die einmalige Angabe der Erfüllung bzw. Nichterfüllung der Mindestanforderungen als binäres Merkmal vor. Im Falle der Nichterfüllung kann zusätzlich der Grund der Nichterfüllung in Freitextform vorliegen.

##### Erfassungsjahr 2024 und folgende

Für die folgenden Erfassungsjahre (ab Erfassungsjahr 2024) liegen zusätzliche Informationen zu den Strukturdaten vor. Nach Abschluss des erstmaligen Nachweisverfahrens sind die Standorte

verpflichtet, über 48 Stunden andauernde Nicht- und Wiedererfüllungen einzelner Mindestanforderungen anzuzeigen (§ 6 Abs. 1 Satz 3). Dies schließt die freitextliche Angabe der Gründe einer Nichterfüllung gemäß § 8 Abs. 2 ein. Für die Strukturabfragen ab dem Erfassungsjahr 2024 liegen somit neben den Daten des regelmäßigen Nachweisverfahrens auch die Meldungen der Standorte zur unterjährigen Nicht- bzw. Wiedererfüllung einzelner Mindestanforderungen vor. Die Ergebnisse der Strukturabfragen ermöglichen somit eine Darstellung der Mindestanforderungen auf Tagesbasis (sofern diese länger als 48 Stunden vorlag) einschließlich der Gründe einer Nichterfüllung in Freitextform.

Das vorliegende Auswertungs- und Berichtskonzept stellt daher die beiden beauftragten Berichtsformate (gemäß Auftragsverständnis in Kapitel 2) sowohl für das Erfassungsjahr 2023 (Abschnitt 6.2) und die Erfassungsjahre ab 2024 (Abschnitt 6.3 und 7.3) dar.

#### **4.4.2 Stratifizierung bzw. Darstellung von Kollektiven**

Wie in Abschnitt 4.3 ausgeführt sind einige Items des Erfassungsinstruments Filterfragen, die Unterschiede in den verfügbaren Strukturdaten der Krankenhäuser zur Folge haben. Im vorliegenden Auswertungs- und Berichtskonzept wird die Angabe des Standortes zur Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum (gemäß § 10 Abs. 1 QSFFx-RL) genutzt, um zwei Strata zu bilden. Diese sind:

- Standorte *mit* Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum
- Standorte *ohne* Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum

Überregionale Traumazentren werden im Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung als „Kliniken der Maximalversorgung“ bezeichnet, an die vergleichsweise hohe Ansprüche hinsichtlich struktureller Ausstattung und der Definition prozeduraler Prozesse gesetzt werden (DGU 2012: 17). Die Gegenüberstellung dieser beiden Strata kann somit möglicherweise Hinweise für die Erfüllbarkeit einer Mindestanforderung in Abhängigkeit der Versorgungsaufgaben des zugrunde liegenden Krankenhauses liefern.

#### **4.4.3 Strukturierung und Darstellung der Mindestanforderungen**

Wie in Abschnitt 4.3 dargestellt, basiert die Strukturabfrage auf den Angaben der Krankenhäuser zu insgesamt 39 verschiedenen Mindestanforderungen. Zur eindeutigen Regelung und zum Verständnis des Ausfüllenden sind diese in der Checkliste gemäß Anlage 3 QSFFx-RL im Volltext hinterlegt. Die vollständige Darstellung des Regelungstextes in den Jahresberichten würde jedoch auf Kosten des Kriteriums der Verständlichkeit gehen. Zur Verbesserung der Lesbarkeit der Strukturdaten in den Jahresberichten sieht das vorliegende Konzept daher eine eigenständige Strukturierung vor und führt verkürzte Titel für die Mindestanforderungen ein.

Thematisch verwandte Checklistenitems werden im Auswertungskonzept gemeinschaftlich in Abschnitten und Unterabschnitten dargestellt (siehe Tabelle 3, Tabelle 4 und Tabelle 5). Die Zuordnung orientiert sich dabei an den in der Richtlinie formulierten Mindestanforderungen (vgl. § 3 bis § 5 QSFFx-RL) und den in der Checkliste vorgegebenen Feldnummern.

Tabelle 3: Strukturierung der allgemeinen Mindestanforderungen in den Jahresberichten

<b>Allgemeine Mindestanforderungen</b>	
Datenfeld (gemäß Spezifikation vom 22. April 2022) (IQTIG 2022)	Kurztitel und Strukturierung
8	<b>Überregionales Traumazentrum</b> Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum
<b>Standorte ohne Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum</b>	
9/10 11/12 13/14	<b>Abteilungen am Standort</b> Chirurgische und/oder orthopädische Abteilung Internistische Abteilung Ausnahmetatbestand der internistischen Versorgung*
15/16 17/18 19/20 21/22	<b>Personal in der Notfallversorgung</b> Verantwortliche/r Ärztin/Arzt und Pflegekraft benannt Ärztliche Zusatzweiterbildung* Pflegerische Weiterbildung* Teilnahme an fachspezifischen Fortbildungen
23/24	<b>Fachärztliche Verfügbarkeit</b> Fachärztliche Verfügbarkeit innerhalb von 30 Minuten
25/26 27/28	<b>Intensivmedizinische Versorgung</b> Intensivmedizinische Betten Intensivmedizinische Betten mit Beatmungsmöglichkeit
29/30	<b>Behandlungspriorisierung</b> Strukturierte Behandlungspriorisierung
31/32 33/34	<b>Medizinisch-technische Ausstattung</b> Schockraum Computertomographie
35/36	<b>Weiterverlegungsmöglichkeit</b> Weiterverlegungsmöglichkeit auf dem Luftweg
<b>Standorte mit Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum</b>	
37/38	<b>Strukturen und Prozesse</b> Strukturen und Prozesse
	<b>Personal</b>

<b>Allgemeine Mindestanforderungen</b>	
39/40	Ärztliche Leitungsebene
41/42	Basisteam im Schockraum
43/44	Erweitertes Schockraumteam
45/46	Fakultativ verfügbares Personal
<b>Räumliche Anforderungen</b>	
47/48	Notaufnahme
49/50	Operationsabteilung
<b>Voraussetzungen der Intensivstation</b>	
51/52	Personelle Ausstattung der Intensivstation
<b>Ausstattung/apparative Ausstattung</b>	
53/54	Notaufnahme
55/56	OP-Bereich

\* Zeitlich befristeter Ausnahmetatbestand oder Übergangsregelung

Tabelle 4: Strukturierung der spezifischen Mindestanforderungen in den Jahresberichten

<b>Spezifische Mindestanforderungen</b>	
<i>Datenfeld (gemäß Spezifikation vom 22. April 2022) (IQTIG 2022)</i>	<i>Kurztitel und Strukturierung</i>
57/58	Versorgung in eigenständiger Organisationseinheit
59/60	Fachärztliche Durchführung oder Anleitung des Eingriffs
61/62	(Fach-)Ärztliche Präsenz oder Rufbereitschaft
63/64	Ausstattung des Operationssaals
65/66	Geriatrische Kompetenz
67/68	Übergangsregelung zur geriatrischen Kompetenz*
69/70	Tägliche physiotherapeutische Versorgung möglich

\* Übergangsregelung

Tabelle 5: Strukturierung der Mindestanforderungen an die Prozessqualität in den Jahresberichten

<b>Mindestanforderungen zur Prozessqualität</b>	
<i>Datenfeld (gemäß Spezifikation vom 22. April 2022) (IQTIG 2022)</i>	<i>Kurztitel und Strukturierung</i>
71/72	SOP „Besondere Situationen der Einwilligungsfähigkeit“
73/74	SOP „Perioperative Planung“

<b>Mindestanforderungen zur Prozessqualität</b>	
75/76	SOP „Operationsverfahren“
77/78	SOP „Umgang mit gerinnungshemmender Medikation“
79/80	SOP „Patientenorientiertes Blutmanagement“
81/82	SOP „Orthogeriatrische Versorgung“
83/84	SOP „Physiotherapeutische Maßnahmen“

## 5 Plausibilitätsprüfung

Die Beauftragung zur Spezifikation der QSFFx-RL sieht eine Prüfung auf *Plausibilität* und *Vollständigkeit* der Strukturabfragedaten vor (G-BA 2020). Diese können an verschiedenen Stellen des Datenflusses verortet sein. In vorliegender Strukturabfrage sind die Leistungserbringer, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie das IQTIG am Datenfluss beteiligt. Nach Empfehlung des IQTIG sollten Prüfregelein soweit möglich in der Spezifikation hinterlegt werden und automatisiert auf Ebene des Standortes erfolgen. Eine Ergänzung ist bei Nutzung eines Datenprüfprogramms auf Ebene der Datenannahmestellen möglich. Eine Prüfung auf *Vollständigkeit* der Strukturabfragedaten (entsprechend der Definition in Tabelle 6), die Grundlage einer Erinnerung gemäß § 8 Abs. 7 Satz 4 QSFFx-RL ist, wurde in § 6 Absatz 1 geschaffen. Dieser sieht die Meldung der am Nachweisverfahren teilnehmenden Standorte an das IQTIG vor, was die Grundlage für die Bewertung der Vollständigkeit der Strukturabfrage bildet. Tabelle 6 enthält Empfehlungen möglicher Prüfvorgänge in der Strukturabfrage zur QSFFx-RL. Prüfungen des Medizinischen Dienstes gemäß § 6 Abs. 4 QSFFx-RL sind nicht Bestandteil des vorliegenden Konzeptes, sondern unterliegen den Regelungen der Richtlinie zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes (MD-QK-RL)<sup>7</sup>.

Tabelle 6: Empfehlungen zur Plausibilitätsprüfung

Prüfung	Beschreibung
<b>Vorgabe des Datenfeldformates</b>	Datenfeldeigenschaften ermöglichen entweder die binäre Angabe von JA/NEIN oder die Eingabe von Freitext ( <i>begrenzt auf 1.000 Zeichen</i> ).
<b>Freiwillige Angabe von Gründen der Nichterfüllung</b>	Die Angabe der Nichterfüllung (Angabe = NEIN) einer Mindestanforderung löst die Möglichkeit zur Angabe der Gründe in Freitextform aus (Filterfrage).
<b>Ausnahmetatbestand gemäß § 10 Abs. 1 QSFFx-RL</b>	Die Erfüllung der Anforderungen eines überregionalen Traumazentrums (Datenfeld 8 = JA) führt zur Auslösung der Datenfelder 37 bis 56. Die Nichterfüllung der Anforderungen eines überregionalen Traumazentrums (Datenfeld 8 = NEIN) führt zur Auslösung der Datenfelder 9 bis 36.
<b>Vollständigkeit des Teildatensatzes</b>	Datenfelder zu Mindestanforderungen müssen mit JA oder NEIN beantwortet sein (Pflichtfelder). Erst eine vollständige Angabe ermöglicht einen Export der Daten. Durch Filterfragen ausgelöste Datenfelder werden ebenfalls geprüft. Prüf-

<sup>7</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Abs. 3 SGB V zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes nach § 275a SGB V. In der Fassung vom 21. Dezember 2017, zuletzt geändert am 3. Dezember 2021, in Kraft getreten am 17. Dezember 2020. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/102/> (abgerufen am 19.04.2021).

Prüfung	Beschreibung
	mechanismus nicht möglich bei Teildatensätzen zur Meldung zum gegenwärtigen Zeitpunkt und Meldung einer Nicht- bzw. Wiedererfüllung.
<b>Erfüllung der Mindestanforderungen</b>	Prüfung des Teildatensatzes „Nachweis über die Erfüllung oder Nichterfüllung der Mindestanforderungen zu einem gewählten Stichtag“ (Datenfeld 5.5. der Spezifikationsempfehlungen = JA) auf Erfüllung <i>aller</i> Mindestanforderungen, sofern die Selbsteinstufung zum Stichtag mit JA beantwortet wurde (Datenfeld 85 = JA) (unter Berücksichtigung der im Erfassungsjahr geltenden Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen).
<b>Plausibilität zwischen Datensätzen</b>	Bei Angabe einer Wiedererfüllung im Teildatensatz „Meldung der Nicht- oder Wiedererfüllung einzelner Mindestanforderungen“ (Datenfeld 5.3 der Spezifikationsempfehlung = JA) wird vorher die dokumentierte Nichterfüllung der Mindestanforderung geprüft.
<b>Vollständigkeit der zu übermittelnden Datensätze und Formulare</b>	Prüfung auf Empfang des Datensatzes in Kombination mit einer zugehörigen Konformitätserklärung gemäß Anlage 4
<b>Einhaltung von Datenschutzvorgaben</b>	Prüfung der Freitextfelder auf personenbezogene Daten
<b>Vollzähligkeit</b>	Soll-Ist-Abgleich zwischen den Standorten, die am Nachweisverfahren teilgenommen haben und die eine Strukturabfrage an das IQTIG übermittelt haben.

## 6 Jahresberichte zur Strukturabfrage

### 6.1 Allgemeine Anmerkungen

Die Jahresberichte zur Strukturabfrage bilden sowohl bundesweite als auch standortbezogene Ergebnisse der Strukturabfrage ab. Wichtige Eckdaten zum Setting der Jahresberichte werden im Rahmenkonzept in Tabelle 7 zusammengefasst. Die Jahresberichte zur Strukturabfrage werden entsprechend des Gliederungskonzepts in Tabelle 8 in zwei Dateiformaten übermittelt werden.

- Zusammenfassende Darstellung *bundesweiter* Strukturdaten: PDF (Portable Document File)
- Darstellung *standortbezogener* pseudonymisierter Strukturdaten: maschinenlesbares Format (XML, CSV o. ä.)

Da sich die Datengrundlage und folglich die Kennzahlen und Darstellungsbeispiele in den ersten Erfassungsjahren unterscheiden, sind diese in den Abschnitten 6.2 und 6.3 getrennt aufgeführt. Jegliche Datenwerte in den Darstellungsbeispielen sind fiktiv. Technische Limitationen können dazu führen, dass die Darstellungsbeispiele im Rahmen der Umsetzung des Konzeptes optisch angepasst werden müssen.

Der Umfang der qualitativ auszuwertenden Datenfelder kann zum aktuellen Zeitpunkt nicht verlässlich abgeschätzt werden, sodass eine qualitative Auswertung derzeit nicht vollständig konzeptioniert werden kann. Das Ausmaß der qualitativen Auswertungen der Freitexte richtet sich deshalb für die EJ 2023 und 2024 nach der Menge der übermittelten Freitexte. Bei umfangreicher Übermittlung von Freitextdaten könnte eine Einschränkung darin bestehen, eine qualitative Auswertung vorerst nur bei den Mindestanforderungen durchzuführen, bei denen bundesweit eine hohe Nichterfüllungsquote registriert wird. Für die nachfolgenden Erfassungsjahre können dann, auf Basis der Erkenntnisse aus den Erfassungsjahren 2023 und 2024, konkretere Konzeptionierungen in das Auswertungs- und Berichtskonzept aufgenommen werden.

Limitationen der Datengrundlage und deren Auswirkung auf die Aussagekraft der Auswertungen werden gemäß Gliederungskonzept (Tabelle 8) in Kapitel 7 (Diskussion und Empfehlungen) der Jahresberichte beschrieben.

Primärer Adressat der Jahresberichte ist der G-BA. Das IQTIG empfiehlt, darüber hinaus die Jahresberichte der Öffentlichkeit und Akteuren im Gesundheitswesen zugänglich zu machen.

Tabelle 7: Rahmenkonzept der Jahresberichte zur Strukturabfrage

Thema	Beschreibung
<b>Ziele des Berichtsformats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schaffung einrichtungsbezogener Transparenz (§ 8 Abs. 5 Satz 2 QSFFx-RL)</li> <li>▪ Bereitstellung einer Informationsgrundlage für den G-BA zur Definition und Ermittlung eines Umsetzungsgrads der Richtlinie (§ 8 Abs. 5 Satz 3 QSFFx-RL)</li> </ul>

Thema	Beschreibung
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bereitstellung einer Informationsgrundlage für den G-BA zur Identifikation von Anpassungsbedarfen (§ 8 Abs. 5 Satz 3 QSFFx-RL)</li> </ul>
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ G-BA</li> <li>▪ Öffentlichkeit und Akteure im Gesundheitswesen</li> </ul>
Dateneingabe	Krankhäuser
Datenannahme	IQTIG
Datenaufbereitung	IQTIG
Datenvalidierung	Krankenhäuser, Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen*, IQTIG
Berichterstellung	IQTIG
Berichtempfänger	G-BA
Fristen	<p><b>Bis 15. Februar EJ + 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Versand der Strukturabfragedaten und der Konformitätserklärung</li> <li>▪ Datenfluss: Krankenhäuser → IQTIG</li> </ul> <p><b>Bis 1. März EJ + 1 (Ausnahme: 1. Juni 2024 für EJ 2023)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ IQTIG → Krankenhäuser (Erinnerung gem. § 8 Abs. 7 Satz 3 QSFFx-RL)</li> <li>▪ Annahmefrist korrigierter Datensätze durch das IQTIG</li> <li>▪ Datenfluss: Krankenhäuser → IQTIG</li> </ul> <p><b>15. Mai EJ + 1 (Ausnahme: 15. August 2024 für EJ 2023)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Übermittlung des Jahresberichts an den G-BA</li> <li>▪ Datenfluss: IQTIG → G-BA</li> </ul>

Tabelle 8: Gliederungskonzept der Jahresberichte zur Strukturabfrage

Gliederungsempfehlung und Inhalte	Dateiformat
<p><b>Titel</b></p> <p>Jahresbericht des Erfassungsjahres XXXX zur Strukturabfrage gemäß § 8 Abs. 7 Satz 1 QSFFx-Richtlinie</p> <p><b>Inhaltsverzeichnis</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kurzfassung</li> <li>2. Hintergrund</li> <li>3. Auftrag und Auftragsverständnis</li> <li>4. Methodisches Vorgehen</li> <li>5. Leseanleitung</li> <li>6. Bundesweite Darstellung der Strukturdaten</li> </ol>	<p>Portable Document File (PDF)</p>

Gliederungsempfehlung und Inhalte	Dateiformat
6.1 Datengrundlage 6.2 Übersicht 6.3 Allgemeine Mindestanforderungen 6.4 Spezifische Mindestanforderungen 6.5 Mindestanforderungen an die Prozessqualität 6.6 Darstellung der Standorte gemäß § 8 Abs. 7 Satz 6 7. Diskussion und Empfehlungen 8. Fazit und Ausblick 9. Literatur Anhang	
Pseudonymisierte Kennzahlen der standortbezogenen Auswertung	Maschinenlesbares Format

## 6.2 Erfassungsjahr 2023

### 6.2.1 Datengrundlage und Kennzahlen

Datengrundlage der Strukturabfrage im Erfassungsjahr 2023 sind die Angaben der Standorte zum Zeitpunkt des erstmaligen Nachweisverfahrens gemäß § 12 Abs. 3 Satz 1 QSFFx-RL. Für die Ergebnisdarstellung der Strukturabfragen liegt somit die einmalige Angabe der Erfüllung bzw. Nichterfüllung der Mindestanforderungen als binäres Merkmal vor. Im Falle der Nichterfüllung kann zusätzlich der Grund der Nichterfüllung in Freitextform vorliegen (siehe auch Tabelle 9). Da gemäß § 12 Abs. 4 Satz 2 im Zeitraum vom 15. November bis 31. Dezember 2023 eine *Erfüllung* der Mindestanforderungen zu melden ist, sind für die Strukturabfrage des Erfassungsjahres 2023 keine Daten zu Nichterfüllungen und deren Gründe in Freitextform zu erwarten. Dies führt zudem dazu, dass die Strukturabfrage 2023 Aufschluss darüber geben wird, wie viele Standorte die Mindestanforderungen des QSFFx-RL erfüllen, jedoch nicht darüber, wie viele potentielle weitere Versorgungsstandorte die Anforderungen nicht erfüllen.

Tabelle 9: Datengrundlage und Kennzahlen (EJ 2023)

<b>Datengrundlage</b>	Angaben der Standorte in den Datenfeldern der Spezifikation zum Zeitpunkt des erstmaligen standortbezogenen Nachweises gemäß § 12 Abs. 4 QSFFx-RL.  Für alle Items der Checkliste liegt die einmalige Angabe der Standorte zur Erfüllung bzw. Nichterfüllung der Mindestanforderungen vor. Fakultativ liegt bei Nichterfüllung eines Checklistenitems eine Begründung in Freitextform vor
<b>Kennzahlen</b> (allgemein)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl der Standorte</li> <li>▪ Anzahl bzw. Anteil der Standorte mit Erfüllung der Mindestanforderung (bundesweit, pro Stratum und standortbezogen)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl bzw. Anteil der Standorte mit Nichterfüllung der Mindestanforderung (bundesweit, pro Stratum und standortbezogen)</li> <li>▪ Anzahl bzw. Anteil der Standorte mit Angabe des Grunds einer Nichterfüllung (bundesweit und pro Stratum)</li> <li>▪ Grund für Nichterfüllung (standortbezogen)</li> </ul>
--	--

## 6.2.2 Auswertungs- und Darstellungsbeispiele

### Darstellung der Datengrundlage (bundesweit)

*Verortung in Abschnitt 6.1 des Gliederungskonzeptes gemäß Tabelle 8*

In Abschnitt 6.1 des Gliederungskonzeptes (Tabelle 8) wird die Datengrundlage der Strukturabfrage dargestellt. In Tabelle 10 ist dies beispielhaft aufgeführt. Kennzahlen sind die Anzahl der datenliefernden Standorte sowie die Anzahl der Standorte ohne fristgerechte Datenlieferung. Diese werden gemäß § 8 Abs. 7 Satz 6 QSFFx-RL mit „Beleg zur Erfüllung nicht (vollständig) geführt“ zusammengefasst.

*Tabelle 10: Darstellungsbeispiel: Datengrundlage (EJ 2023)*

Standorte	2023	
	n	%
Beleg zur Erfüllung wurde vollständig geführt	1.000	91
Beleg zur Erfüllung nicht (vollständig) geführt	100	9

### Darstellung der Mindestanforderungen in der Übersicht (bundesweit)

*Verortung in Abschnitt 6.2 des Gliederungskonzeptes gemäß Tabelle 8*

In Abschnitt 6.2 des Gliederungskonzeptes (Tabelle 8) werden die Strukturdaten zu den Mindestanforderungen in der Übersicht dargestellt. Ziel ist es, dem Leser bzw. der Leserin eine schnelle Übersicht der bundesweiten Strukturdaten aller Mindestanforderungen zu ermöglichen.

Gemäß § 10 Abs. 1 QSFFx-RL gelten bei Krankenhäusern, die die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum erfüllen, die Anforderungen gemäß § 3 Absätze 1 bis 4 QSFFx-RL (allgemeine Mindestanforderungen) als erfüllt. Die Checklistenitems A1.1 bis A7 der Anlage 3 der Richtlinie müssen entsprechend nicht ausgefüllt werden. Daraus ergibt sich für allgemeinen Mindestanforderungen eine andere Grundgesamtheit als für die spezifischen Mindestanforderungen und die Mindestanforderungen an die Prozessqualität. Um diese Grundgesamtheit darzustellen, wird in Tabelle 11 zunächst die Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum dargestellt.

Tabelle 11: Darstellungsbeispiel: Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum (EJ 2023)

Standorte	2023	
	n	%
Die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum sind vollständig erfüllt	800	80
Die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum sind nicht vollständig erfüllt	200	20

Beispielhaft soll die Darstellung der Erfüllung der Mindestanforderungen an dieser Stelle anhand der Strukturdaten zu den „Spezifischen Mindestanforderungen“ (§ 4 QSFFx-RL) erläutert werden. In Tabelle 12 werden die Strukturdaten aller Mindestanforderungen des Paragraphen übersichtlich zusammengefasst. Die absolute Anzahl sowie der relative Anteil der Standorte mit Angabe einer Erfüllung bzw. Nichterfüllung ist für jede Mindestanforderung aufgeführt.

Die Darstellung der Strukturdaten des § 3 (Allgemeine Mindestanforderungen) und des § 5 (Mindestanforderungen an die Prozessqualität) orientiert sich am gewählten Beispiel.

Tabelle 12: Darstellungsbeispiel: Spezifische Mindestanforderungen in der Übersicht (EJ 2023)

Spezifische Mindestanforderungen	2023	
	n	%
<b>Versorgung in eigenständiger Organisationseinheit</b>		
erfüllt	800	80
nicht erfüllt	200	20
<b>Fachärztliche Durchführung oder Anleitung des Eingriffs</b>		
erfüllt	900	90
nicht erfüllt	100	10
<b>(Fach-)Ärztliche Präsenz oder Rufbereitschaft</b>		
erfüllt	700	70
nicht erfüllt	300	30
<b>Ausstattung des Operationssaals</b>		
erfüllt	950	95
nicht erfüllt	50	5
<b>Geriatrische Kompetenz</b>		
erfüllt (gesamt)	900	90
erfüllt ohne Inanspruchnahme der Übergangsregelung*	800	80

Spezifische Mindestanforderungen	2023	
	erfüllt über Inanspruchnahme der Übergangsregelung*	100
nicht erfüllt	100	10
<b>Tägliche physiotherapeutische Versorgung möglich</b>		
erfüllt	950	95
nicht erfüllt	50	5

\* kann bis 31. Dezember 2023 bzw. 2026 anstelle der übergeordneten Mindestanforderung „Geriatrische Kompetenz“ erfüllt werden.

### Darstellung der Mindestanforderungen (bundesweit)

Verortung in den Abschnitten 6.3 bis 6.5 des Gliederungskonzeptes gemäß Tabelle 8

In den Abschnitten 6.3 bis 6.5 des Gliederungskonzeptes (Tabelle 8) werden die Strukturdaten aller Mindestanforderungen in Unterkapiteln gesondert und ausführlicher dargestellt. Die Strukturierung und Betitelung entspricht den Empfehlungen in Abschnitt 4.4.3. Ziel ist es, dem Leser oder der Leserin weitere Kennzahlen zu einzelnen Mindestanforderungen zur Verfügung zu stellen.

Beispielhaft soll dies an dieser Stelle anhand der Strukturdaten zur Mindestanforderung „Versorgung in eigenständiger Organisationseinheit“ erläutert werden. Ein Abschnitt setzt sich aus drei Informationsblöcken zusammen:

- Basisinformationen zur Mindestanforderung
- Balkendiagramm der Strukturdaten
- Tabellarische Darstellung der Strukturdaten
- Freitextauswertung der Gründe für eine Nichterfüllung (sofern vorhanden, siehe mögliche Einschränkung in Abschnitt 6.1 auf S. 29)

Einleitend werden allgemeine *Basisinformationen* zur Mindestanforderung dargestellt (siehe Tabelle 13). Die grafische Darstellung als *Balkendiagramm* (Abbildung 1) stellt die Strukturdaten im Überblick und in untergeordneten Strata (sofern möglich) dar. Bei Mindestanforderungen, bei denen es eine Übergangsregelung gibt (zum Beispiel „Geriatrische Kompetenz“) enthält der Balken „erfüllt“ Standorte mit und ohne Inanspruchnahme der Übergangsregelung (entspricht „erfüllt: gesamt“ aus Tabelle 12). Bei den allgemeinen Mindestanforderungen entfällt die Stratifizierung nach der Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum, da die Standorte mit einer solchen Erfüllung die Datenfelder der allgemeinen Mindestanforderungen nicht ausfüllen. Eine detaillierte Darstellung der Strukturdaten zur betreffenden Mindestanforderung kann einer *Tabelle* entnommen werden (siehe Tabelle 14). Diese enthält zudem eine quantitative Auswertung der Gründe für eine Nichterfüllung (gemäß Anforderung in § 8 Abs. 2 Satz 2 QSFFx-RL). Auch in dieser Tabelle entfällt, aus den oben genannten Gründen, die Stratifizierung bezüglich der überregionalen Traumazentren für die Darstellung der allgemeinen Mindestanforderungen.

Tabelle 13: Darstellungsbeispiel: Basisinformationen einer Mindestanforderung (EJ 2023 und folgende)

Kurztitel	Versorgung in eigenständiger Organisationseinheit
Verortung in Richtlinie	§ 4 Abs. 1 QSFFx-RL (Spezifische Mindestanforderungen)
Feldtext in Strukturabfrage gemäß Anlage 3 QSFFx-RL	Die Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgt in einer ärztlich geleiteten Fachabteilung, die eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses ist
Ausnahmetatbestand	nein
Übergangsregelung	nein

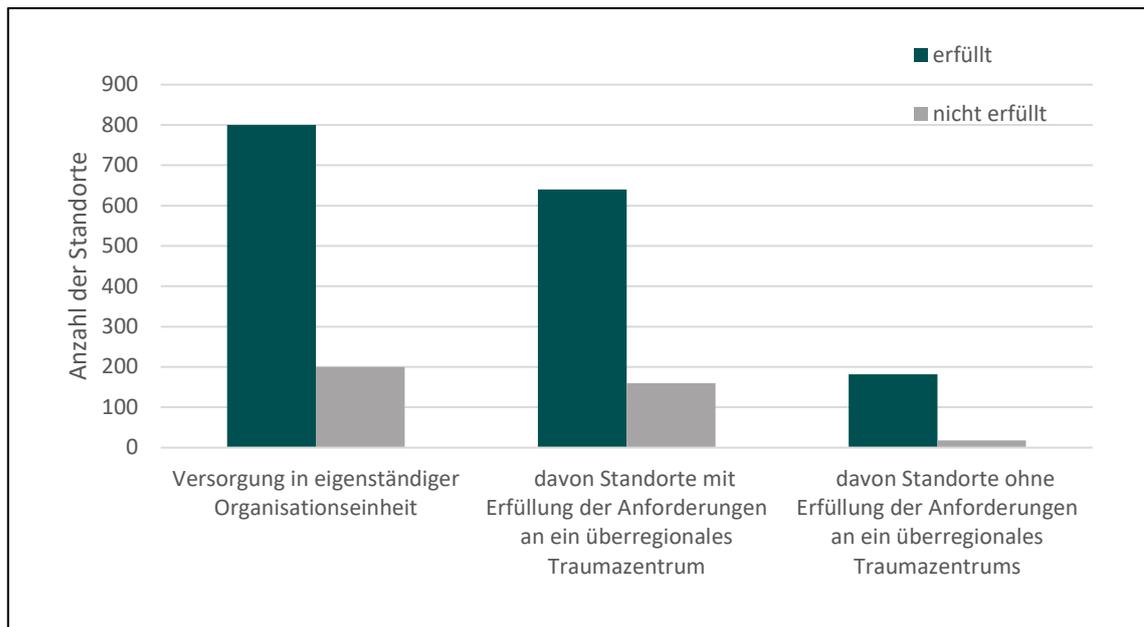


Abbildung 1: Darstellungsbeispiel: Balkendiagramm der Strukturdaten einer Mindestanforderung (EJ 2023)

Tabelle 14: Darstellungsbeispiel: Tabellarische Zusammenfassung der Strukturdaten einer Mindestanforderung (EJ 2023)

Mindestanforderung (Anzahl der Standorte)	Gesamt	Erfüllt		Nicht erfüllt		Bei Nichterfüllung: Davon mit Angabe der Gründe für Nichterfüllung	
		n	%	n	%	n	%
<b>Versorgung in eigenständiger Organisationseinheit</b>	1000	800	80 %	200	20 %	75	38 %
<i>davon Standorte mit Erfüllung der Anforderungen an</i>	800	640	80 %	160	20 %	70	44 %

Mindestanforderung (Anzahl der Standorte)	Gesamt	Erfüllt		Nicht erfüllt		Bei Nichterfüllung: Davon mit Angabe der Gründe für Nichterfüllung	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
<i>ein überregionales Traumazentrum</i>							
<i>davon Standorte ohne Er- füllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum</i>	200	182	91 %	18	9 %	5	28 %

### Darstellung der standortbezogenen Strukturdaten

Die standortbezogenen Ergebnisse werden vollständig pseudonymisiert (bis auf die Standorte, die die Nachweise gemäß § 8 Abs. 7 QSFFx-RL nicht vollständig geführt haben) und in maschinenlesbarem Format (z. B. XML, CSV o. ä.) übermittelt. Dabei werden Auswertungsergebnisse dargestellt.

Empfohlene Felder und Kennzahlen sowie Erläuterungen finden sich in Tabelle 15. Grafische Darstellungen sind aufgrund des gewählten Formats nicht möglich. Darüber hinaus werden die Gründe der Nichterfüllung vollständig berichtet (Anforderung gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL). Der Anforderung zur Kennzeichnung der Standorte, die den „Beleg zur Erfüllung nicht (vollständig) geführt“ haben, wird durch ein entsprechendes Feld nachgekommen (Anforderung gemäß § 8 Abs. 7 Satz 6 QSFFx-RL).

Tabelle 15: Strukturdaten in der standortbezogenen Auswertung (EJ 2023)

Felder bzw. Kennzahlen	Erläuterung
Standort	Pseudonym des Standortes bzw. Klarname, falls innerhalb der Korrekturfrist keine vollständigen Daten der Strukturabfrage übermittelt wurden (Anforderung gemäß § 8 Abs. 7 Satz 6 QSFFx-RL)
Beleg zur Erfüllung nicht (vollständig) geführt	Entsprechend Anforderung in § 8 Abs. 7 Satz 6 QSFFx-RL
Anzahl zu erfüllender Mindestanforderungen	Unter Berücksichtigung der im Erfassungsjahr geltenden Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen (kann sich zwischen den Erfassungsjahren unterscheiden) und der Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum
Anzahl der erfüllten Mindestanforderungen	Anzahl der Datenfelder mit JA (unter Berücksichtigung von Ausnahmetatbeständen und Übergangsregelungen)
Anzahl der nicht erfüllten Mindestanforderungen	Anzahl der Datenfelder mit NEIN (unter Berücksichtigung von Ausnahmetatbeständen und Übergangsregelungen)

Felder bzw. Kennzahlen	Erläuterung
Angabe über Erfüllung bzw. Nichterfüllung jeder Mindestanforderung	Angabe von JA oder NEIN in entsprechendem Datenfeld
Grund der Nichterfüllung	Freitext des entsprechenden Datenfeldes
Inanspruchnahme eines zeitlich begrenzten Ausnahmetatbestandes oder einer Übergangsregelung	JA falls eines der betreffenden Datenfelder mit NEIN beantwortet wurde.
Angaben von Gründen für Nichterfüllung	JA falls eine Mindestanforderung nicht erfüllt wurde und im korrespondierenden Freitextfeld eine Angabe gemacht wurde.

## 6.3 Erfassungsjahr 2024 und folgende

### 6.3.1 Datengrundlage und Kennzahlen

Die Datengrundlage der Erfassungsjahre 2024 und folgende geht über die des Erfassungsjahres 2023 hinaus. Für die Strukturabfragen ab dem Erfassungsjahr 2024 liegen ebenfalls die Angaben der Standorte im Rahmen des regelmäßigen Nachweisverfahrens gemäß § 6 Abs. 1 Satz 1 bis 2 QSFFx-RL vor. Nach Abschluss des erstmaligen Nachweisverfahrens sind die Standorte darüber hinaus verpflichtet, über 48 Stunden andauernde Nichterfüllungen sowie die Wiedererfüllung einzelner Mindestanforderungen anzuzeigen (§ 6 Abs. 1 Satz 3 QSFFx-RL). Die Ergebnisse der Strukturabfragen ermöglichen somit eine Darstellung der Mindestanforderungen auf Tagesbasis (sofern diese länger als 48 Stunden vorgelegen hat) (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Datengrundlage und Kennzahlen (EJ 2024 und folgende)

Thema	Beschreibung
<b>Datengrundlage</b>	<p>Angaben der Standorte in den Datenfeldern der Spezifikation zum Zeitpunkt des erstmaligen standortbezogenen Nachweises gemäß § 12 Abs. 4 QSFFx-RL (nur EJ 2023) und des Nachweisverfahrens gemäß § 6 Abs. 1 QSFFx-RL (EJ 2024ff.). Ab dem EJ 2025 liegen zudem die Daten des Vorjahres vor.</p> <p>Für alle Datenfelder der Spezifikation liegen die Angaben der Standorte zur Erfüllung bzw. Nichterfüllung der Mindestanforderungen im Rahmen des erstmaligen und des regelhaften Nachweisverfahrens sowie tageweise Nichterfüllungen von Mindestanforderungen gemäß QSFFx-RL vor. Fakultativ liegt bei Nichterfüllung eines Checklistenitems eine Begründung in Freitextform vor.</p>
<b>Kennzahlen</b> (allgemein)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl der Standorte</li> <li>▪ Anzahl bzw. Anteil der Tage mit Erfüllung aller Mindestanforderungen (bundesweit, pro Stratum und standortbezogen)</li> </ul>

Thema	Beschreibung
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl bzw. Anteil der Tage mit Nichterfüllung mindestens einer Mindestanforderung (bundesweit, pro Stratum und standortbezogen)</li> <li>▪ Anzahl der Tage mit ununterbrochener Erfüllung von Mindestanforderungen</li> <li>▪ Anzahl bzw. Anteil der Tage mit Erfüllung pro Mindestanforderung (bundesweit und standortbezogen)</li> <li>▪ Anzahl bzw. Anteil der Tage mit Nichterfüllung pro Mindestanforderung (bundesweit und standortbezogen)</li> <li>▪ Anzahl bzw. Anteil der Standorte mit Angabe des Grundes einer Nichterfüllung (bundesweit und pro Stratum)</li> <li>▪ Grund für Nichterfüllung (standortbezogen)</li> <li>▪ <i>(soweit möglich werden alle Kennzahlen den Ergebnissen des Vorjahres gegenübergestellt)</i></li> </ul>

### Aggregation der Tage auf Standortebene

Sofern ein Standort das Nachweisverfahren gemäß § 6 Abs. 1 Satz 1 QSFFx-RL geführt hat, liegen diese Strukturdaten ab dem 1. Januar des Erfassungsjahres vor. Rechnerisch ergeben sich somit für diesen Standort im betreffenden Erfassungsjahr 365 Tage, an denen er die Leistungen gemäß Anlage 1 QSFFx-RL erbringen könnte. Es ist zu erwarten, dass diese Konstellation für die Mehrheit der datenliefernden Standorte zutreffen wird.

Dennoch werden sich Standorte im Einzelfall erst unterjährig dem Nachweisverfahren gemäß § 6 Abs. 1 Satz 2 QSFFx-RL unterziehen. Für diese errechnet sich die maximal mögliche Anzahl der Tage aus dem Zeitraum zwischen dem gewählten Stichtag und dem 31. Dezember des Erfassungsjahres.

Mit Anpassung der Richtlinie für das Jahr 2023 wurde zudem in § 6 Abs. 1 die Möglichkeit der Abmeldung eingeführt. Dies betrifft Krankenhäuser, welche einen Nachweis nach § 6 Abs. 1 Satz 1 oder 2 geführt haben und keine Leistungen (Kombination aus Diagnosen und Prozeduren) entsprechend Anlage 1 mehr erbringen werden. Eine Wiederaufnahme der Leistung kann jederzeit erfolgen. Für Standorte, die von dieser Abmeldung Gebrauch machen, wird der Zeitraum der Abmeldung von der maximal möglichen Anzahl der Tage, an denen Leistungen gemäß Anlage 1 QSFFx-RL erbracht werden können, abgezogen. Der Zeitraum der Abmeldung gilt demnach nicht als „Nichterfüllung“.

Eine Limitation könnte in einem unterschiedlichen Umgang mit der Möglichkeit der Abmeldung (§ 6 Abs. 1 Satz 8 QSFFx-RL) und der Meldung einer Nichterfüllung/Wiedererfüllung (§ 6 Abs. 1 Satz 3 QSFFx-RL): Erfüllt ein Standort eine Mindestanforderung nicht mehr, hat es die Möglichkeit, sich abzumelden oder eine Nichterfüllung zu melden. Meldet es sich ab, wird der Zeitraum der Abmeldung nicht zum Zeitraum der Leistungserbringung hinzugezählt, es wird keine „Nichterfüllung“ dokumentiert. Die Daten geben dann keinen Aufschluss über den Grund der Abmeldung. Meldet der Standort eine Nichterfüllung und später die entsprechende Wiedererfüllung,

wird dieser Zeitraum als „Nichterfüllung“ gewertet und es ist ersichtlich, welche Mindestanforderungen in diesem Zeitraum nicht erfüllt wurden.

### Aggregation der Tage auf Bundesebene

Die bundesweite Anzahl der Tage, an denen eine Leistungserbringung möglich gewesen wäre, ergibt sich somit aus der Addition aller Tage aller Standorte. Im (theoretischen) Fall von 1.000 Standorten, die jeweils 365 Tage die Versorgung gemäß QSFFx-RL durchführen könnten, ergeben sich somit maximal 365.000 Versorgungstage im Erfassungsjahr. Diese teilen sich auf in Tage *mit* und *ohne* Erfüllung der Mindestanforderungen entsprechend der Angaben der Standorte.

### 6.3.2 Auswertungs- und Darstellungsbeispiele

#### Darstellung der Datengrundlage (bundesweit)

Verortung in Abschnitt 6.1 des Gliederungskonzeptes gemäß Tabelle 8

Das in Tabelle 17 gezeigte Beispiel baut auf der Darstellung im Erfassungsjahr 2023 auf (siehe Abschnitt 6.2.2, Tabelle 10). Ergänzend werden nun Ergebnisse des vorherigen Erfassungsjahres hinzugefügt.

Tabelle 17: Darstellungsbeispiel: Datengrundlage (EJ 2024 und folgende)

Standorte	2024		2025	
	n	%	n	%
<b>Beleg zur Erfüllung wurde vollständig geführt</b>	<b>900</b>	<b>90</b>	<b>1000</b>	<b>91</b>
<b>davon unterjährige Neuanmeldungen</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>50</b>	<b>5</b>
im ersten Quartal	90	9	40	4
im zweiten Quartal	5	1	5	1
im dritten Quartal	0	0	0	0
im vierten Quartal	0	0	0	0
<b>Beleg zur Erfüllung nicht (vollständig) geführt</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>9</b>

Entsprechend der Tabelle 11 für das Erfassungsjahr 2023 wird zunächst die Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum, ergänzt um die Ergebnisse des vorherigen Erfassungsjahres, dargestellt (Tabelle 18). Diese Darstellung gibt einen Aufschluss über die zugrundeliegenden Grundgesamtheiten der nachfolgenden Darstellungen.

Tabelle 18: Darstellungsbeispiel: Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum (EJ 2024 und folgende)

Standorte	2023		2024		2025	
	n	%	n	%	n	%
Die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum sind vollständig erfüllt	800	73	820	75	850	74
Die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum sind nicht vollständig erfüllt	300	27	280	25	300	26

### Darstellung der Tage mit und ohne Erfüllung aller Mindestanforderungen (bundesweit)

Verortung in Abschnitt 6.2 des Gliederungskonzeptes gemäß Tabelle 8

In Abschnitt 6.2 des Gliederungskonzeptes (gemäß Tabelle 8) werden die Strukturdaten zu den Mindestanforderungen in der Übersicht dargestellt. Ziel ist es, dem Leser bzw. der Leserin eine schnelle Übersicht der bundesweiten Strukturdaten aller Mindestanforderungen zu ermöglichen.

Abbildung 2 und Tabelle 19 stellen beispielhaft einen bundesweiten Überblick über die Anzahl der Tage mit und ohne Erfüllung der Mindestanforderungen über alle Standorte hinweg dar. Das Balkendiagramm in Abbildung 2 führt auf der X-Achse die Standorte absteigend nach Anteil der Tage mit Erfüllung der Mindestanforderungen (mit oder ohne Inanspruchnahme einer Übergangsregelung; dunkelgrün) auf. Sobald vom Standort die Nichterfüllung einer Mindestanforderung gemeldet wird, wird die entsprechende Anzahl an Tagen im Diagramm grau dargestellt. Gesondert aufgeführt werden Standorte mit unterjähriger Neu- oder Wiederanmeldung (hellgrün), sowie Standorte ohne fristgerechte Datenlieferung gemäß § 8 Abs. 7 Satz 6 der QSFFx-RL (dunkelgrau). Die Darstellung erfolgt bundesweit für alle Standorte sowie getrennt pro Stratum (gemäß Abschnitt 4.4.2, nicht dargestellt). Sofern Daten vorhanden sind, werden in Tabelle 19 die Ergebnisse des vorherigen Erfassungsjahres den jeweiligen Abbildungen gegenübergestellt. Die Darstellung ermöglicht somit eine Gegenüberstellung der Tage mit und ohne Erfüllung der Mindestanforderungen, als auch eine Beurteilung der Heterogenität zwischen den Krankenhäusern.

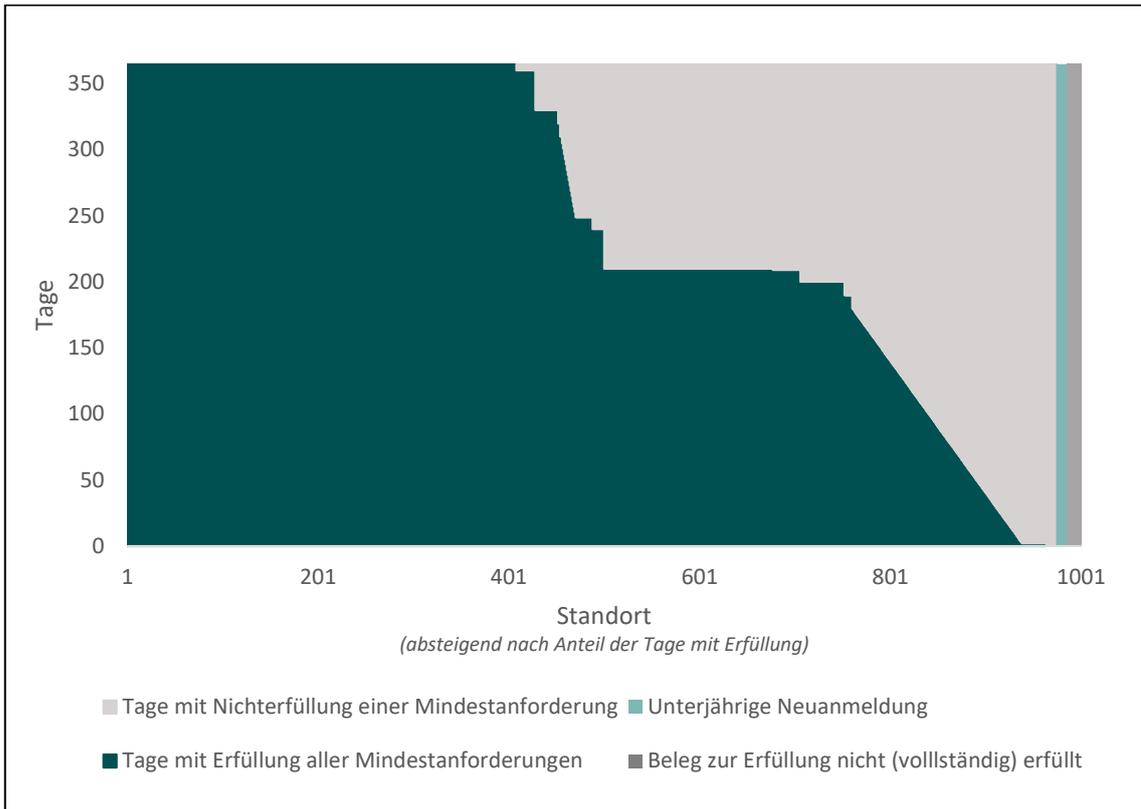


Abbildung 2: Darstellungsbeispiel: Tage mit und ohne Erfüllung der Mindestanforderungen in der grafischen Übersicht aller Standorte (EJ 2024 und folgende)

Tabelle 19: Darstellungsbeispiel: Tage mit und ohne Erfüllung der Mindestanforderungen in der tabellarischen Übersicht aller Standorte (EJ 2024 und folgende)

Tage mit Erfüllung bzw. Nichterfüllung der Mindestanforderungen (Anzahl der Tage auf Tausend gerundet)	2024		2025	
	n	%	n	%
<b>Erfüllung aller Mindestanforderungen</b>	<b>300</b>	<b>82</b>	<b>350</b>	<b>96</b>
<b>Nichterfüllung einer oder mehr Mindestanforderungen</b>	<b>65</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>4</b>
Nichterfüllung einer Mindestanforderung	15	4	5	1
Gleichzeitige Nichterfüllung von zwei oder mehr Mindestanforderungen	5	1	3	1

### Darstellung der ununterbrochenen Erfüllung von Mindestanforderungen (bundesweit)

Verortung in Abschnitt 6.2 des Gliederungskonzeptes gemäß Tabelle 8

Ab dem Erfassungsjahr 2024 erlaubt die Datengrundlage eine tagesgenaue Betrachtung der Erfüllung bzw. Nichterfüllung der Mindestanforderungen. In Abbildung 3 und Abbildung 4 werden

die Standorte dargestellt, die eine bestimmte Anzahl an Mindestanforderungen ununterbrochen während des gesamten Erfassungsjahres erfüllt haben (mit oder ohne Inanspruchnahme einer Übergangsregelung). Da sich die Anzahl der zu erfüllenden Mindestanforderungen aus der Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum ergibt, werden Standorte mit und ohne Erfüllung dieser Anforderungen in getrennten Abbildungen dargestellt. Als „ununterbrochen erfüllt“ werden Mindestanforderungen gezählt, die über das gesamte Erfassungsjahr erfüllt wurden. Bei dieser Darstellung werden, analog zu der Darstellung in Abbildung 2, Standorte mit unterjähriger Neuanmeldung (gemäß § 6 Abs. 1 Satz 2 QSFFx-RL) und diejenigen, die von der Abmeldung gemäß § 6 Abs. 1 Satz 8 Gebrauch machen, ausgeschlossen. In den Abbildungen wird folglich dargestellt, wie viele Standorte welche Anzahl von Mindestanforderungen an 365 Tagen im Erfassungsjahr erfüllt haben.

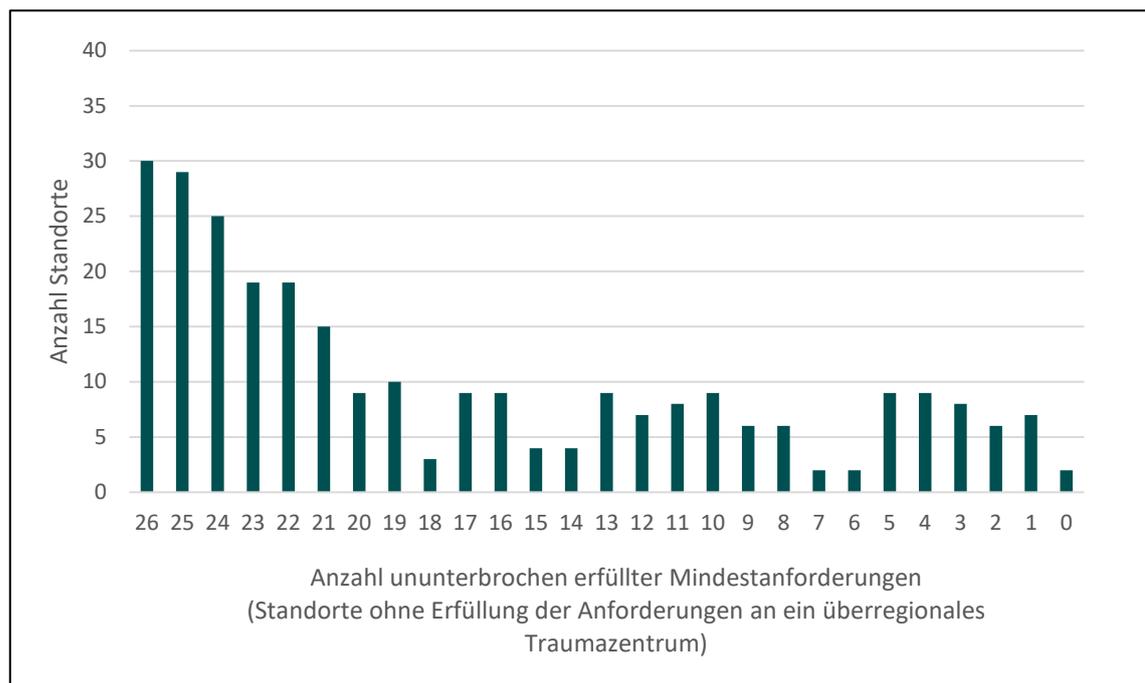


Abbildung 3: Darstellungsbeispiel: Anzahl der Standorte mit ununterbrochener Erfüllung der Mindestanforderungen, Standorte mit Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum (n = 275), Anzahl maximal zu erfüllender Mindestanforderungen: 22

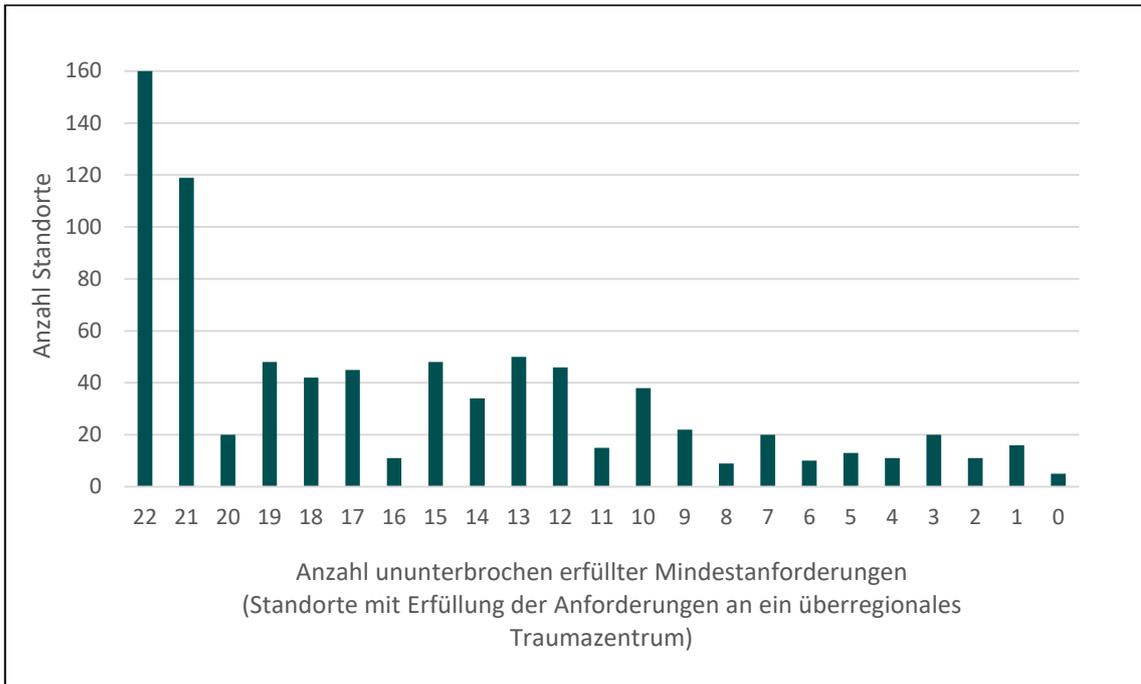


Abbildung 4: Darstellungsbeispiel: Anzahl der Standorte mit ununterbrochener Erfüllung der Mindestanforderungen, Standorte ohne Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum (n = 813), Anzahl maximal zu erfüllender Mindestanforderungen: 26

**Darstellung der Mindestanforderungen in der Übersicht (bundesweit)**

Verortung in Abschnitt 6.2 des Gliederungskonzeptes gemäß Tabelle 8

Das in Tabelle 20 gezeigte Beispiel baut auf der Darstellung im Erfassungsjahr 2023 auf (siehe Abschnitt 6.2.2, Tabelle 12). Entsprechend der erweiterten Datengrundlage werden Anzahl sowie Anteil der Tage mit Angabe einer Erfüllung bzw. Nichterfüllung für jede Mindestanforderung aufgeführt. Sofern Daten vorhanden sind, werden die Ergebnisse des vorherigen Erfassungsjahres ebenfalls dargestellt.

Die Darstellung der Strukturdaten des § 3 (Allgemeine Mindestanforderungen) und des § 5 (Mindestanforderungen an die Prozessqualität) orientiert sich am gewählten Beispiel.

Tabelle 20: Darstellungsbeispiel: Spezifische Mindestanforderungen in der Übersicht (EJ 2024 und folgende)

Spezifische Mindestanforderungen (Anzahl der Tage auf Tausend gerundet)	2024		2025	
	n	%	n	%
<b>Versorgung in eigenständiger Organisationseinheit</b>				
Tage mit Erfüllung	300	82	300	82
Tage mit Nichterfüllung	65	18	65	18

Spezifische Mindestanforderungen (Anzahl der Tage auf Tausend gerundet)	2024		2025	
	n	%	n	%
<b>Fachärztliche Durchführung oder Anleitung des Eingriffs</b>				
Tage mit Erfüllung	350	96	350	96
Tage mit Nichterfüllung	15	4	15	4
<b>(Fach-)Ärztliche Präsenz oder Rufbereitschaft</b>				
Tage mit Erfüllung	300	82	300	82
Tage mit Nichterfüllung	65	18	65	18
<b>Ausstattung des Operationssaals</b>				
Tage mit Erfüllung	360	99	360	99
Tage mit Nichterfüllung	5	1	5	1
<b>Geriatrische Kompetenz</b>				
Tage mit Erfüllung (Gesamt)	330	90	330	90
Tage mit Erfüllung ohne Inanspruchnahme der Übergangsregelung*	300	82	300	82
Tage mit Erfüllung über Inanspruchnahme der Übergangsregelung*	30	8	30	8
Tage mit Nichterfüllung	35	10	35	10
<b>Tägliche physiotherapeutische Versorgung möglich</b>				
Tage mit Erfüllung	360	99	360	99
Tage mit Nichterfüllung	5	1	5	1

\* kann bis 31. Dezember 2023 bzw. 2026 anstelle der übergeordneten Mindestanforderung „Geriatrische Kompetenz“ erfüllt werden

### Darstellung der einzelnen Mindestanforderungen (bundesweit)

Verortung in den Abschnitten 6.3 bis 6.5 des Gliederungskonzepts gemäß Tabelle 8

Die Darstellung der einzelnen Mindestanforderungen baut auf der Struktur des Erfassungsjahres 2023 auf (siehe Abschnitt 6.2.2 mit Einteilung in die genannten vier Abschnitte). Einleitend werden allgemeine *Basisinformationen* zur Mindestanforderung zusammengefasst (entsprechend Tabelle 13, hier nicht erneut dargestellt). Die grafische Darstellung als *Balkendiagramm* (Abbildung 5) stellt die Strukturdaten im Überblick und in untergeordneten Strata (sofern möglich) dar. Die erweiterte Datengrundlage ermöglicht nun eine Darstellung entsprechend Abbildung 2. Bei Mindestanforderungen, bei denen es eine Übergangsregelung gibt (zum Beispiel „Geriatrische Kompetenz“) enthält der Balken „Tage mit Erfüllung einer Mindestanforderung“ Standorte

mit und ohne Inanspruchnahme der Übergangsregelung (entspricht „Tage mit Erfüllung (Gesamt)“ aus Tabelle 20). Eine detaillierte Darstellung der Strukturdaten zur betreffenden Mindestanforderung kann einer *Tabelle* entnommen werden (siehe Tabelle 21). Diese enthält zudem eine quantitative Auswertung der Gründe für eine Nichterfüllung (gemäß Anforderung in § 8 Abs. 2 Satz 2 QSFFx-RL). Bei der Darstellung der allgemeinen Mindestanforderungen entfällt die Stratifizierung nach der Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum. Grafische und tabellarische Darstellungen werden den Ergebnissen des Vorjahres gegenübergestellt. Abschließend wird je Mindestanforderung die Freitextauswertung der Gründe für eine Nichterfüllung dargestellt, sofern diese durchgeführt wurde (siehe mögliche Einschränkung in Abschnitt 6.1 auf S. 29).

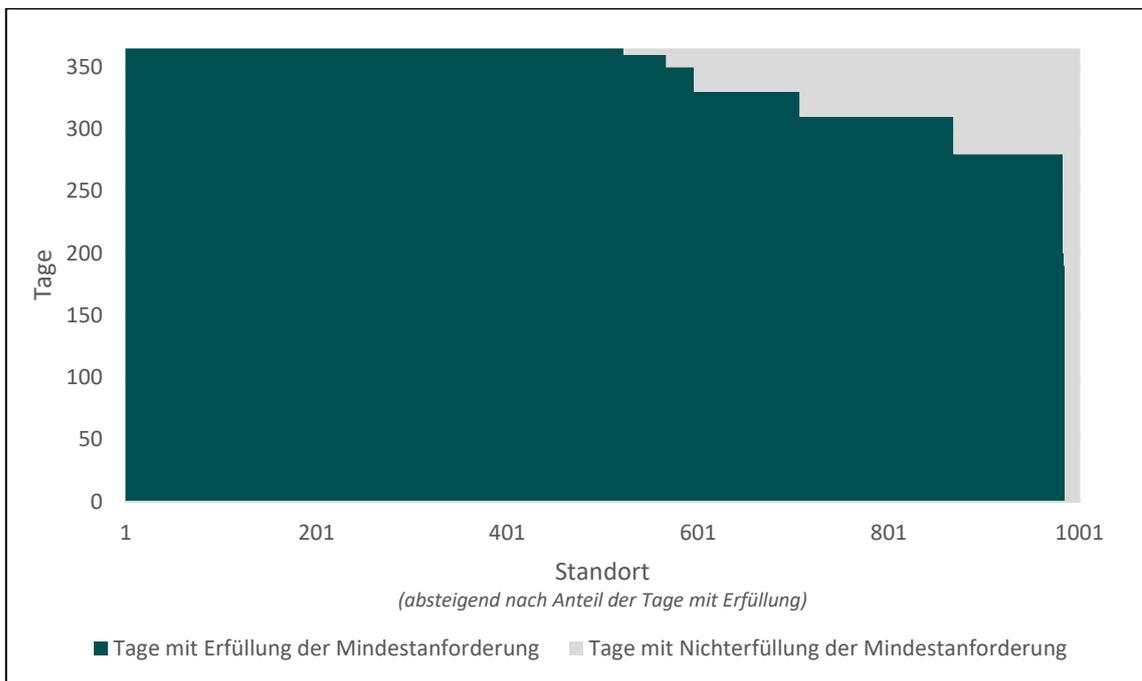


Abbildung 5: Darstellungsbeispiel: Balkendiagramm der Strukturdaten einer Mindestanforderung (EJ 2024 und folgende)

Tabelle 21: Darstellungsbeispiel: Tabellarische Zusammenfassung der Strukturdaten einer Mindestanforderung (EJ 2024 und folgende)

Mindestanforderung (Anzahl der Tage auf Tausend gerundet)	Gesamt n	Erfüllt		Nicht erfüllt		Bei Nichterfüllung: Davon mit Angabe der Gründe für Nichterfüllung	
		n	%	n	%	n	%
<b>Versorgung in eigenständiger Organisationseinheit</b>	365	200	55 %	165	45 %	90	55 %

Mindestanforderung (Anzahl der Tage auf Tausend gerundet)	Gesamt  n	Erfüllt		Nicht erfüllt		Bei Nichterfüllung: Davon mit Angabe der Gründe für Nichterfüllung	
		n	%	n	%	n	%
davon in Standorten mit Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum	200	150	75 %	50	25 %	30	60 %
davon in Standorten ohne Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum	165	50	30 %	115	70 %	60	52 %

### Darstellung der standortbezogenen Strukturdaten

Format und Darstellung der standortbezogenen Strukturdaten baut auf den Erläuterungen in Abschnitt 6.2.2 auf. Empfohlene Felder und Kennzahlen für die Erfassungsjahre 2024 und folgende finden sich in Tabelle 22.

Tabelle 22: Strukturdaten in der standortbezogenen Auswertung (EJ 2024 und folgende)

Felder bzw. Kennzahlen	Erläuterung
Standort	Pseudonym den Standortes bzw. Klarname, falls innerhalb der Korrekturfrist keine vollständigen Daten der Strukturabfrage übermittelt wurden (Anforderung gemäß § 8 Abs. 7 Satz 6 QSFFx-RL)
Beleg zur Erfüllung nicht (vollständig) geführt	Entsprechend Anforderung in § 8 Abs. 7 Satz 6 QSFFx-RL
Anzahl der maximal möglichen Tage im Meldezeitraum des Erfassungsjahres	Anzahl der Tage zwischen Stichtag und 31. Dezember der Erfassungsjahres
Anzahl der Tage mit Angabe der Nichterfüllung mindestens einer Mindestanforderung	Stellt den unter § 7 Abs. 1 QSFFx-RL genannten Fall dar (max. 365 Tage)
Anzahl der Tage mit Erfüllung der Mindestanforderungen	Anzahl der Tage im Meldezeitraum mit Angabe der Erfüllung aller Mindestanforderungen (max. 365 Tage)
Anzahl zu erfüllender Mindestanforderungen	Unter Berücksichtigung der im Erfassungsjahr geltenden Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen (kann sich zwischen den Erfassungsjahren unterscheiden) und der Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum

Felder bzw. Kennzahlen	Erläuterung
Anzahl der ganzjährig erfüllten Mindestanforderungen	Anzahl der Datenfelder, die ganzjährig mit JA beantwortet wurden (unter Berücksichtigung von Ausnahmetatbeständen und Übergangsregelungen)
Anzahl der mindestens einen Tag nicht erfüllten Mindestanforderungen	Anzahl der Datenfelder für die einmalig ein NEIN im Meldezeitraum angegeben wurde (unter Berücksichtigung von Ausnahmetatbeständen und Übergangsregelungen, wird pro Mindestanforderung einmal gezählt)
Anzahl der Tage mit Angabe einer Erfüllung bzw. Nichterfüllung für jede Mindestanforderung im Meldezeitraum	Angabe von JA oder NEIN in entsprechendem Datenfeld (max. 365 Tage)
Grund bzw. Gründe der Nichterfüllung	Freitext(e) des entsprechenden Datenfeldes
Inanspruchnahme eines zeitlich begrenzten Ausnahmetatbestandes oder einer Übergangsregelung	JA falls eines der betreffenden Datenfelder mit NEIN beantwortet wurde.
Angaben von Gründen für Nichterfüllung	JA falls eine Mindestanforderung nicht erfüllt wurde und im korrespondierenden Freitextfeld eine Angabe gemacht wurde.

## 7 Aufbereitung der Daten für den strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser

### 7.1 Allgemeine Anmerkungen

Die Aufbereitung der Daten für den strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser erfolgt ausschließlich standortbezogen. Wichtige Eckdaten zum Setting der Datenaufbereitung werden in Tabelle 23 zusammengefasst. Eine Empfehlung zur Gliederung der Strukturdaten der QSFFx-RL ist in Tabelle 13 aufgeführt.

Das IQTIG schlägt vor, ab dem ersten vollständigen Erfassungsjahr (2024) die Daten in den strukturierten Qualitätsbericht aufzunehmen. Jegliche Datenwerte in den Darstellungsbeispielen sind fiktiv. Das IQTIG liefert an dieser Stelle erste Vorschläge für Darstellungen und Inhalte, die in dem strukturierten Qualitätsbericht dargestellt werden könnten. Dies stellt keine abschließende Festlegung dar, weitere Details zur Umsetzung und der Zeitpunkt zur erstmaligen Aufnahme in die Qb-R werden mit der AG süQbe abgestimmt. Auch sollten hier Limitationen der Datengrundlage thematisiert werden.

Tabelle 23: Rahmenkonzept der Aufbereitung der Daten für den strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser

Thema	Beschreibung
<b>Ziele des Berichtsformats</b>	Gemäß § 1 der Qb-R: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verbesserung von Transparenz und Qualität der Versorgung</li> <li>▪ Information, Orientierungs- und Entscheidungshilfe</li> <li>▪ Grundlage für vergleichende Informationen und Empfehlungen</li> <li>▪ Darstellung der eigenen Leistung eines Leistungserbringers</li> </ul>
<b>Adressaten</b>	Öffentlichkeit und Akteure im Gesundheitswesen
<b>Datengrundlage</b>	Angaben der Standorte in der Checkliste zum Zeitpunkt des erstmaligen standortbezogenen Nachweises gemäß § 12 Abs. 4 QSFFx-RL. <i>Für alle Items der Checkliste liegt somit einmalig eine Angabe des Standortes zur Erfüllung bzw. Nichterfüllung der Mindestanforderungen vor. Fakultativ liegt bei Nichterfüllung eines Checklistenitems die Begründung für eine Nichterfüllung in Freitextform vor.</i>
<b>Dateneingabe</b>	Standorte
<b>Datenannahme</b>	IQTIG
<b>Datenaufbereitung</b>	IQTIG
<b>Datenvalidierung</b>	IQTIG, Standorte, Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen*

Thema	Beschreibung
<b>Berichterstellung</b>	Datenannahmestelle gemäß Qb-R
<b>Fristen</b>	Gemäß Qb-R
<b>Verortung im SQB</b>	C-6.3 Strukturabfrage zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur

\*Das IQTIG stellt ein Datenprüfprogramm zur Verfügung, das von den Landesstellen genutzt werden kann

## **Gliederungskonzept der Aufbereitung der Daten für den strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser**

### **Gliederungsempfehlung und Inhalte:**

#### **Titel**

C-6.3 Strukturabfrage zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur

#### **Inhalte**

1. Allgemeine Angaben
2. Allgemeine Mindestanforderungen
3. Spezifische Mindestanforderungen
4. Mindestanforderungen an die Prozessqualität

## **7.2 Datengrundlage und Kennzahlen**

Für die Datengrundlage wird auf das entsprechende Kapitel in den Jahresberichten zur Strukturabfrage (Abschnitt 6.3.1) verwiesen. Für eine Auflistung der Felder bzw. Kennzahlen in der standortbasierten Auswertung wird auf Tabelle 22 verwiesen.

## **7.3 Auswertungs- und Darstellungsbeispiel**

Das aufgezeigte Darstellungsbeispiel fasst zunächst die Ergebnisse der Strukturabfrage des betreffenden Standortes in „Allgemeine Angaben“ zusammen. Hierin enthalten ist die Anforderung zur Kennzeichnung der Standorte ohne fristgerechte Datenlieferung (Anforderung gemäß § 8 Abs. 7 Satz 6 QSFFx-RL). Darauf folgt eine Auflistung der Mindestanforderungen, die vom Standort als nicht erfüllt angegeben wurden. Mindestanforderungen werden nicht dargestellt, wenn diese im betreffenden Erfassungsjahr ersatzweise durch Erfüllung von zeitlich begrenzten Ausnahmetatbeständen oder Übergangsregelungen erfüllt wurden. Sollte auch der zeitlich begrenzte Ausnahmetatbestand oder die Übergangsregelung nicht erfüllt worden sein, werden die nicht erfüllte Mindestanforderung sowie der Ausnahmetatbestand bzw. die Übergangsregelung im betreffenden Abschnitt aufgeführt. Zur Orientierung wird im Darstellungsbeispiel auf die Datenfelder der Spezifikationsempfehlungen vom 22. April 2022 verwiesen (IQTIG 2022).

Auswertungs- und Darstellungsbeispiel:

## C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V (EJ 2024)

### C-6.3 Struktur- und Prozessvorgaben zur Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß QSFFx-RL

Gemäß der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) werden Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser 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 QSFFx-RL definiert.

<b>Allgemeine Angaben</b>	
Beleg zur Erfüllung der Anforderung der Richtlinie	<p>„Der Standort hat dem G-BA eine ganzjährige Erfüllung aller Mindestanforderungen gemäß QSFFx-RL mitgeteilt.“ oder</p> <p>„Der Standort hat dem G-BA eine Nichterfüllung einer oder mehrerer Mindestanforderungen an einzelnen oder mehreren Tagen mitgeteilt“ oder</p> <p>„Beleg zur Erfüllung nicht (vollständig) geführt“</p>
Anzahl der Tage mit Angabe der Nichterfüllung mindestens einer Mindestanforderung	14
Anzahl der mindestens 48 Stunden nicht erfüllten Mindestanforderungen	2

<b><u>Allgemeine Mindestanforderungen</u></b>		
<b>Mindestanforderung(en) mit Nichterfüllung</b>	<b>Anzahl der Tage mit Nichterfüllung</b>	<b>Gründe der Nichterfüllung</b>
<p><i>Es ist jeweils ein Facharzt im Gebiet Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar (§ 3 Abs. 1d).</i></p> <p><i>Im Beispiel Text des Datenfeldes 23 (wenn mit NEIN beantwortet)</i></p>	<p><b>3</b></p> <p><i>Im Beispiel: Anzahl der Tage zwischen Meldung der Nichterfüllung und der Wiedererfüllung im Datenfeld 23</i></p>	<p><i>Krankheiten und Personalengpässe</i></p> <p><i>Im Beispiel Freitexte des Datenfeldes 24</i></p>
<i>[...] weitere Mindestanforderungen, falls zutreffend</i>		
<i>Für die weiteren Mindestanforderungen des Abschnitts A hat der Standort dem G-BA eine ganzjährige Erfüllung mitgeteilt</i>		
<b><u>Spezifische Mindestanforderungen</u></b>		
<b>Mindestanforderung(en) mit Nichterfüllung</b>	<b>Anzahl der Tage mit Nichterfüllung</b>	<b>Gründe der Nichterfüllung</b>
<p><b>B – Personal</b></p> <p><i>Erweitertes Schockraumteam</i></p> <p><i>Erfüllung aller 13 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3</i></p>	<p><b>11</b></p>	<p><i>Krankheiten und Personalengpässe</i></p>
<i>Für die weiteren Mindestanforderungen des Abschnitts B hat der Standort dem G-BA eine ganzjährige Erfüllung mitgeteilt.</i>		

<b><u>Mindestanforderungen an die Prozessqualität</u></b>		
<b>Mindestanforderung(en) mit Nichterfüllung</b>	<b>Anzahl der Tage mit Nichterfüllung</b>	<b>Gründe der Nichterfüllung</b>
<i>Der Standort hat dem G-BA die ganzjährige Erfüllung aller Mindestanforderungen des Abschnitts C mitgeteilt.</i>		

Beispielhaft befüllte Felder sind kursiv dargestellt.

## 8 Diskussion

Das vorliegende Konzept enthält Empfehlungen zu Auswertung und Darstellung der Ergebnisse der jährlichen Strukturabfragen zur QSFFx-RL. Abhängig vom Berichtsformat und Erfassungsjahr werden Auswertungsempfehlungen vorgestellt, die mithilfe von Beispieldarstellungen verdeutlicht werden. Auf Basis des Konzeptes sollen die Empfehlungen mit dem Auftraggeber diskutiert werden. Das konsentrierte Konzept wird anschließend vom IQTIG umgesetzt.

### 8.1 Allgemeine Anmerkungen

Die einrichtungsbezogene Dokumentation von Struktur- und Prozessregelungen ist ein Instrument der Qualitätsmessung (IQTIG 2019c: 51). Kernaufgabe des IQTIG ist „die Entwicklung von Verfahren [...] zur Messung und Bewertung der Versorgungsqualität“ (IQTIG 2019c: 51). Sowohl die in der QSFFx-RL enthaltenen Struktur- und Prozessvorgaben als auch das zu verwendende Erfassungsinstrument sind vom G-BA verbindlich vorgegeben. Eine Entwicklung der Mindestanforderungen entlang der Eignungskriterien des IQTIG erfolgte nicht. Ausgehend von dieser Limitation ergibt sich, dass auch eine Gewichtung der Mindestanforderungen untereinander, auf deren Basis möglicherweise ein übergeordnetes Maß im Sinne eines *Umsetzungsgrades* bestimmt werden könnte, in den konzeptionierten Jahresberichten nicht vorgesehen ist. Die Bewertung der deskriptiven Ergebnisse der Strukturabfrage hinsichtlich eines erreichten Umsetzungsgrades obliegt somit dem G-BA. Hierzu muss zunächst ein Umsetzungsgrad definiert werden. Dies gilt in gleicher Weise für die Identifikation notwendiger *Anpassungsbedarfe*. Um eine objektive und übersichtliche Beurteilung der Strukturdaten zu ermöglichen werden diese im vorliegenden Konzept auf verschiedenen Ebenen zusammengefasst:

- Übersichtsdarstellung zum Vergleich der Strukturdaten unterschiedlicher Mindestanforderungen
- Detaillierte Darstellung der Strukturdaten zu den einzelnen Mindestanforderungen
- Darstellung der Strukturdaten in Kollektiven
- Darstellung der standortbezogenen Strukturdaten in maschinenlesbarem Format

Die Berücksichtigung der Gründe für eine Nichterfüllung der Mindestanforderungen in den Berichten zur Strukturabfrage ist in § 8 Abs. 2 Satz 2 der QSFFx-RL vorgeschrieben. Da es sich um Freitextangaben der Krankenhäuser handelt, können diese sowohl qualitativ als auch quantitativ ausgewertet werden. Eine Möglichkeit zur qualitativen Analyse ist die narrative Zusammenfassung der dokumentierten Begründungen im Jahresbericht. Entsprechende Ansätze sind geeignet, um „die Ursachen für ein bestimmtes Indikatorergebnis oder [...] mögliche Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung zu ermitteln“ (IQTIG 2019c: 43). Auf eine umfängliche Diskussion qualitativer Analysemethoden hinsichtlich ihrer *limitierten Objektivität* soll an dieser Stelle verzichtet werden.

Neben einer eingeschränkten Objektivität ist im vorliegenden Konzept die *fehlende Praktikabilität* ein weiterer Grund, dass die Gründe für eine Nichterfüllung einer Mindestanforderung zu-

nächst gegebenenfalls eingeschränkt qualitativ ausgewertet werden. Da es sich um die Neuentwicklung einer Richtlinie handelt, ist zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Konzepts nicht abschätzbar, wie groß der Umfang der auszuwertenden Daten bzw. Freitexte für qualitative Analysen sein wird.

Dies soll im Folgenden verdeutlicht werden: Im Erfassungsjahr 2020 haben 1.114 Standorte (Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung) bzw. 1.148 Standorte (Hüftendoprothesenversorgung) Fälle mit hüftgelenknaher Femurfraktur dokumentiert.<sup>8</sup> Gemäß Checkliste in Anlage 3 QSFFx-RL werden pro Standort mindestens 24 verschiedene Mindestanforderungen dokumentiert. Unter der Annahme, dass es sich bei den unter die QSFFx-RL fallenden Standorte um eine ähnliche Anzahl handelt wie im Regelverfahren zur Orthopädie und Unfallchirurgie, könnten rechnerisch im ersten Jahr bis zu 30.000 Freitextfelder von den Standorten befüllt werden. Ergänzt wird diese Zahl in den folgenden Erfassungsjahren durch die zusätzliche Möglichkeit, im Rahmen der unterjährigen Meldepflicht einer Nichterfüllung zusätzliche Gründe zu dokumentieren. Auslösebedingung zur Angabe von Gründen ist die Nichterfüllung einer Mindestanforderung, sodass *nicht* davon auszugehen ist, dass das rechnerische Maximum an befüllten Freitextfeldern vorliegen wird. Dennoch ist zwischen letztmaligem Datenempfang und der Abgabe der Jahresberichte lediglich ein Zeitraum von 10 Wochen vorgesehen (siehe Tabelle 7 und Tabelle 23). Der Umfang der qualitativ auszuwertenden Datenfelder kann folglich zum aktuellen Zeitpunkt nicht verlässlich abgeschätzt werden, sodass eine qualitative Auswertung derzeit nicht vollständig konzeptioniert werden kann. Das Ausmaß der qualitativen Auswertungen der Freitexte richtet sich deshalb für die EJ 2023 und 2024 nach der Menge der übermittelten Freitexte. Zudem soll die Auswertung der Freitextfelder quantitativ durch Darstellung der Anzahl der Standorte (EJ 2023) bzw. Tage (EJ 2024 und folgende), an denen die Standorte von der Möglichkeit zur Begründung der Nichterfüllung Gebrauch machten, erfolgen. Dies ermöglicht dem Leser bzw. der Leserin zunächst einen Überblick zur generellen Nutzung dieser Möglichkeit durch die Krankenhäuser. Ferner hat die Beauftragung zur Evaluation der QSFFx-RL die „Überprüfung eventueller Umsetzungshindernisse“ zum Ziel (G-BA 2021). Möglicherweise enthalten die Gründe der Nichterfüllung Hinweise auf die benannten Umsetzungshindernisse, sodass eine Berücksichtigung in der Evaluation gemäß § 9 Abs. 1 der Richtlinie geprüft werden kann.

Diskutiert werden soll auch die verkürzte Darstellung der Mindestanforderungen in den Überschriften, Tabellen und Grafiken der Jahresberichte. Im Sinne des Kriteriums der Verständlichkeit werden in Abschnitt 4.4.3 Empfehlungen zur Strukturierung und verkürzten textuellen Wiedergabe der Mindestanforderungen im Berichtskonzept eingeführt. Die verkürzte Darstellung der Mindestanforderungen geht in einigen Fällen mit einer ungenauen Darstellung des dahinterliegenden Sachverhaltes einher. Beispielsweise wird das Datenfeld 9 gemäß Spezifikation als „Chirurgische und/oder orthopädische Abteilung“ im Auswertungs- und Berichtskonzept empfohlen, wohingegen es in der Anlage 3 der Richtlinie wie folgt getextet ist: „Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Chirurgie oder Unfallchirurgie oder Allgemeine Chi-

---

<sup>8</sup> Vgl. die Bundesauswertungen zum Erfassungsjahr 2020 zum QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* bzw. zum QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* (Stand: 31.05.2021).

rurgie oder Orthopädie oder Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort“. Der gewählte Kurztitel gibt somit die geregelten Inhalte nicht vollständig wieder. Fehlinterpretationen soll entgegengewirkt werden, indem der vollständige Textinhalt gemäß Anlage 3 QSFFx-RL in den jeweiligen Kapiteln zu den Mindestanforderungen aufgeführt wird (siehe auch Tabelle 13).

Generell kurz gehalten ist auch die Darstellung der Mindestanforderungen im SQB. Ebenfalls aus Gründen der Verständlichkeit werden ausschließlich die nicht erfüllten Mindestanforderungen textuell ausformuliert. Da der SQB eine Vielzahl von Daten aus verschiedenen Quellen enthält, wird aus Gründen der Übersichtlichkeit empfohlen, auf die vollumfängliche Darstellung aller 39 Checklistenitems zu verzichten. Um Fehlinterpretationen entgegenzuwirken wird in Textform darauf hingewiesen, dass nicht aufgeführte Mindestanforderungen vom Standort als (ganzjährig) erfüllt angegeben wurden.

## 8.2 Limitationen

### Limitationen des Auswertungs- und Berichtskonzeptes

Limitiert ist das vorliegende Auswertungs- und Berichtskonzept dadurch, dass es vor Einsatz der Spezifikation und ohne Probetrieb erstellt wurde. Etwaige strukturelle oder technische Limitationen zur Auswertung bzw. Darstellung der Ergebnisse, die sich erst im Regelbetrieb zeigen, sind nicht auszuschließen, insbesondere da kein Probetrieb der Strukturabfrage vorgesehen ist. Änderungen der Spezifikation oder Anpassungen der Richtlinie können ggf. zur Nichtdarstellbarkeit von Kennzahlen führen. Dieses Konzept bezieht sich deshalb zunächst auf die Erfassungsjahre 2023 und 2024. Danach sollte geprüft werden, ob das Konzept anzupassen ist.

### Limitation der Strukturdaten

Gegenstand der Richtlinie sind Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität. Das vorliegende Konzept soll entsprechend § 8 die Ergebnisse der Strukturabfrage abbilden. So regelt etwa § 5 QSFFx-RL „Mindestanforderungen an die Prozessqualität“ (siehe auch Fußnote 7). Dies soll über Standard Operating Procedures (SOPs) geschehen, deren Inhalte in Anlage 2 QSFFx-RL näher definiert sind. Anzumerken ist an dieser Stelle, dass im Rahmen der Strukturabfrage lediglich das Vorliegen einer SOP – also die zugrundeliegende Struktur – erhoben wird. Ob jedoch die Vorgaben der SOP in allen Fällen eingehalten wurden, kann nur mittels eines Prozessindikators ermittelt werden, der beispielsweise den Anteil der Fälle darstellt, in dem Prozessvorgaben eingehalten wurden.

Ferner definieren einige Mindestanforderungen, die im Rahmen der Strukturabfrage erhoben werden sollen, bereits Prozesse, sodass es sich nicht mehr um eine Strukturabfrage im eigentlichen Sinne handelt. In § 3 Abs. 1 Satz g QSFFx-RL (Checklistenitem A5 gemäß Anlage 2 QSFFx-RL) heißt es beispielsweise: „Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung“. Hier soll folglich nicht erhoben werden, ob ein entsprechendes System zur Behandlungspriorisierung vorliegt, sondern ob es „zur Anwendung“ kommt. Wie bei dem Vorliegen einer SOP stellt das Vorhandensein eines solchen Systems noch nicht sicher, dass es in jedem Fall zur korrekten Anwendung kommt. Auch dies kann methodisch adäquat nur mittels eines Prozessindikators festgestellt werden.

Ebenfalls limitiert ist die Strukturabfrage durch die begrenzte Möglichkeit zur Validierung der Daten. Eine allgemeine Übersicht zur Datenvalidierung in der externen stationären Qualitätssicherung findet sich in den Methodischen Grundlagen des IQTIG (IQTIG 2019c: 174). Eine interne Validierung im Sinne der statistischen Prüfung von Auffälligkeitskriterien ist aufgrund des deskriptiven Charakters der Strukturabfragen nicht möglich. Da die Daten auf Selbstauskünften der Standorte beruhen und die Strukturdaten als *Mindestanforderungen* definiert sind, ist eine Verzerrung der Daten durch eine bewusste oder unbewusste Angabe fehlerhafter Daten möglich. Eine unmittelbare Datenvalidierung durch das IQTIG ist in der QSFFx-RL nicht geregelt. Eine externe Validierung erfolgt gemäß den Vorgaben der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie (MD-QK-RL), deren Ergebnisse jedoch in den Berichtsformaten nicht dargestellt werden.

Es ist zu beachten, dass die Ergebnisse der Strukturabfrage lediglich die Erfüllung der in der QSFFx-RL geregelten Mindestanforderungen darstellen. Ein Umsetzungsgrad wurde bisher nicht definiert und kann in den Jahresberichten gemäß § 8 Abs. 5 QSFFx-RL nicht dargestellt werden. Zudem sind aus den Jahresberichten allein keine Aussagen zu Versorgungsqualität und zur Erreichung der Ziele der Richtlinie aus § 2 QSFFx-RL abzuleiten.

## 9 Fazit und Ausblick

Es ist zu erwarten, dass die ersten Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie eine Vielzahl inhaltlicher (die Mindestanforderungen betreffende), aber auch organisatorischer (den Regelbetrieb betreffende) Probleme bzw. Unklarheiten in den Regelungen offenlegen werden. Zeitlich begrenzte Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen sind bereits in der Richtlinie hinterlegt und gehen einher mit planbaren Anpassungen der Berichte entsprechend des vorliegenden Konzeptes. Weitere Änderungen des Richtlinien textes sind bei einer neu in Kraft getretenen Richtlinie zu erwarten und können Anpassungen am vorliegenden Auswertungs- und Berichtskonzept zur Folge haben. Das IQTIG empfiehlt daher zunächst den Aufbau eines grundlegenden und schlanken Berichtswesens, welches einfach verständlich und umsetzbar sein sollte. Darauf aufbauend soll im Regelbetrieb in Zusammenarbeit mit dem G-BA eine stetige Weiterentwicklung und Anpassung der Berichtsformate stattfinden.

Darüber hinaus ist eine Weiterentwicklung im Sinne einer Implementation der Prüfungen gemäß MD-QK-RL denkbar, um die Datenvalidität transparent darzustellen. Zusätzliche Möglichkeiten bietet die Bereitstellung der standortbezogenen Daten im maschinenlesbaren Format, die eine Nutzung der Daten auch in anderen Berichtsformaten vereinfacht (Qualitätsportal u. a.). Ebenso abzuwarten bleiben die Ergebnisse flankierender Beauftragungen, z. B. zur Evaluation der Richtlinie gemäß § 9 QSFFx-RL.

Insbesondere die Entwicklung von Kennzahlen, wie sie in § 9 Abs. 2 QSFFx-RL hinterlegt ist, kann wichtige Erkenntnisse liefern, die eine Umstellung des hier konzeptionierten Berichtswesens zur Folge haben könnten.

## Literatur

- AAOS [American Academy of Orthopaedic Surgeons] (2014): Evidence-Based Clinical Practice Guideline. Management of Hip Fractures in the Elderly. Adopted by the AAOS Board of Directors: 05.09.2014. Rosemont, US-IL: AAOS. URL: [https://www.aaos.org/uploadedFiles/Pre-Production/Quality/Guidelines\\_and\\_Reviews/guidelines/hip-fractures-elderly-clinical-practice-guideline-4-24-19%20-2.pdf](https://www.aaos.org/uploadedFiles/Pre-Production/Quality/Guidelines_and_Reviews/guidelines/hip-fractures-elderly-clinical-practice-guideline-4-24-19%20-2.pdf) (abgerufen am: 26.09.2019).
- Destatis [Statistisches Bundesamt] (2021): Gesundheit. Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten. 2019. [Stand:] 18.02.2021. (Gesundheit / Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten). Wiesbaden: Destatis URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/tiefgegliederte-diagnosedaten-5231301197015.html> [Herunterladen > Download] (abgerufen am: 25.05.2021).
- DGU [Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie]; Hrsg. (2012): Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung. 2., erweiterte Auflage. Stand: Mai 2012. (Orthopädie und Unfallchirurgie. Mitteilungen und Nachrichten. Supplement 1. Juni 2012). Berlin: DGU. URL: [https://www.dgu-online.de/fileadmin/published\\_content/5.Qualitaet\\_und\\_Sicherheit/PDF/20\\_07\\_2012\\_Weissbuch\\_Schwerverletztenversorgung\\_Auflage2.pdf](https://www.dgu-online.de/fileadmin/published_content/5.Qualitaet_und_Sicherheit/PDF/20_07_2012_Weissbuch_Schwerverletztenversorgung_Auflage2.pdf) (abgerufen am: 04.02.2020).
- DGU [Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie] (2015): AWMF-Registernummer 012-001. S2e-Leitlinie: Schenkelhalsfraktur des Erwachsenen [Langfassung]. Letztes Bearbeitungsdatum: 09.10.2015. Berlin: DGU. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/012-001\\_S2e\\_Schenkelhalsfraktur\\_2015-10-abgelaufen.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/012-001_S2e_Schenkelhalsfraktur_2015-10-abgelaufen.pdf) (abgerufen am: 22.03.2021).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2020): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung einer Spezifikation und eines Auswertungs- und Berichtskonzeptes gemäß der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL). [Stand:] 14.05.2020. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4305/2020-05-14\\_IQTIG-Beauftragung\\_Spezifikation-Konzept\\_QSFFx-RL.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4305/2020-05-14_IQTIG-Beauftragung_Spezifikation-Konzept_QSFFx-RL.pdf) (abgerufen am: 13.04.2021).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2021): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Evaluation zu Auswirkungen der Anforderungen der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur auf die Versorgungsqualität gemäß § 9 Abs. 1 QSFFx-RL. [Stand:] 18.02.2021. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4721/2021-02-18\\_IQTIG-Beauftragung\\_QSFFx-RL\\_Evaluation.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4721/2021-02-18_IQTIG-Beauftragung_QSFFx-RL_Evaluation.pdf) (abgerufen am: 13.04.2021).
- IQTIG [Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019a): Hüftendoprothesenversorgung. Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach QSKH-RL (Prospektive Rechenregeln, Veröffentlichungsversion). Erfassungsjahr 2020. Stand:

16.12.2019. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/auswertung/2020/hep/QSKH\\_HEP\\_2020\\_QIDB-RR-P\\_V01\\_2019-12-16.pdf](https://iqtig.org/downloads/auswertung/2020/hep/QSKH_HEP_2020_QIDB-RR-P_V01_2019-12-16.pdf) (abgerufen am: 22.03.2021).

IQTIG [Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019b): Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung. Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach QSKH-RL (Prospektive Rechenregeln, Veröffentlichungsversion). Erfassungsjahr 2020. Stand: 16.12.2019. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/auswertung/2020/17n1hftfrak/QSKH\\_17n1-HUEFTFRAK\\_2020\\_QIDB-RR-P\\_V01\\_2019-12-16.pdf](https://iqtig.org/downloads/auswertung/2020/17n1hftfrak/QSKH_17n1-HUEFTFRAK_2020_QIDB-RR-P_V01_2019-12-16.pdf) (abgerufen am: 22.03.2021).

IQTIG [Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020): Qualitätsreport 2020. Berlin: IQTIG. ISBN: 978-3-9818131-4-2. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG\\_Qualitaetsreport-2020\\_2021-02-11.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_Qualitaetsreport-2020_2021-02-11.pdf) (abgerufen am: 22.03.2021).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019c): Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) (abgerufen am: 13.04.2021).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022): Strukturabfrage gemäß QSFFx-RL. Empfehlungen zur Spezifikation. Erfassungsjahr 2023 (Erläuterungen und Dokumente). Stand: 22.04.2022. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2011): NICE Clinical Guideline CG124. Hip fracture: management [*Guidance*]. Published: 22.06.2011, last updated May 2017, © NICE 2020. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2449-3. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg124/resources/hip-fracture-management-pdf-35109449902789> (abgerufen am: 22.03.2021).



# Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur

Auswertungs- und Berichtskonzept zur  
Strukturabfrage gemäß QSFFx-RL  
für die Erfassungsjahre 2023 und 2024  
Anhang

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 9. Dezember 2022

---

# Impressum

**Thema:**

Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur. Auswertungs- und Berichtskonzept zur Strukturabfrage gemäß QSFFx-RL für die Erfassungsjahre 2023 und 2024. Anhang

**Ansprechpartnerinnen:**

Dr. Nicole Mohr, Dr. Magdalena Cordes

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

14. Mai 2020

**Datum der Abgabe:**

31. Mai 2021, überarbeitete Fassung vom 09. Dezember 2022

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0  
Telefax: (030) 58 58 26-999

[info@iqtig.org](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

## Inhaltsverzeichnis

Anhang A: Protokoll des Beteiligungsverfahrens gemäß § 137a (7) SGB V .....	4
Anhang B: Darstellung der Checklistenitems im Auswertungs- und Berichtskonzept .....	10
Literatur.....	22

## Anhang A: Protokoll des Beteiligungsverfahrens gemäß § 137a (7) SGB V

Beteiligungsverfahren gemäß § 137a (7) SGB V für das Berichts- und Auswertungskonzept im Rahmen der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)

Finales Protokoll, Stand: 3. März 2021

Datum	Uhrzeit	Ort/Raum	Teilnahme
Donnerstag, 28. Januar 2021	10:00 bis 14:00 Uhr	Online-Videokonferenz	Siehe Teilnehmerliste

TOP	Thema
1	<p><b>Begrüßung</b></p> <p>Das IQTIG begrüßt alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen und informiert über den Leitfaden zur Videokonferenz und den allgemeinen Sitzungsablauf. Die Präsentation zur Sitzung wurde den Teilnehmenden vorab zur Verfügung gestellt.</p>
2	<p><b>Hintergrund und Beauftragung</b></p> <p>Das IQTIG stellt den Hintergrund und die Beauftragung der Richtlinie vor.</p>
3	<p><b>Grundlagen der QSFFx-Richtlinie</b></p> <p>Das IQTIG stellt die Grundlagen der QSFFx-Richtlinie vor.</p>
4	<p><b>Auswertungs- und Berichtskonzept</b></p> <p>Das IQTIG stellt einen ersten Entwurf der Inhalte des Auswertungs- und Berichtskonzepts vor.</p>
5	<p><b>Diskussion</b></p> <p><u>Allgemeine Anmerkungen</u></p>

TOP	Thema
	<p>Die DKG weist darauf hin, dass die Strukturabfrage und das damit verbundene Berichtswesen gemäß Richtlinie und Tragender Gründe dem G-BA in erster Linie dazu dienen, im Rahmen der ihm obliegenden ständigen Überprüfungspflicht, die Anforderungen der Richtlinie und deren ggf. erforderliche Anpassung zu überprüfen. Die DKG weist ferner darauf hin, dass eine Nichterfüllung der Mindestanforderungen für sich gesehen keine Aussage über die Versorgungsqualität eines Leistungserbringers ermögliche. Die Anzahl der Tage einer Nichterfüllung von Mindestanforderungen zeige erst einmal lediglich, an wie vielen Tagen ein Standort eine oder mehrere Mindestanforderungen nicht erfüllt habe und demnach ggf. keine Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur versorgen dürfe. Der Fokus des Jahresberichts solle daher auf der Darstellung der Mindestanforderungen und nicht der Standorte liegen.</p> <p>Die DGU schlägt vor, zertifizierte Alterstraumazentren abzubilden, welche ohnehin alle Mindestanforderungen erfüllen müssten. Die DKG bedankt sich für den Hinweis. Ggf. könne dieser Sachverhalt als weiterer Ausnahmetatbestand (ATB) in der Richtlinie ergänzt werden. Die DGG stimmt zu, da dadurch nicht nur die Selbstauskunft über Mindestanforderungen, sondern auch tatsächlich geprüfte Mindestanforderungen dargestellt werden könnten.</p> <p><u>§ 8 – Strukturabfrage (Folie 16)</u></p> <p>Die DKG merkt an, dass bei der Datengrundlage für die jeweiligen Erfassungsjahre immer auch die Gründe der Krankenhäuser für die Nichterfüllung von Mindestanforderungen zu berücksichtigen seien. Den freiwilligen Angaben der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Abs. 2 QSFFX-RL) werde generell zu wenig Bedeutung zugeordnet. Diese Angaben seien elementarer Bestandteil der Strukturabfrage und müssten im Jahresbericht folglich angegeben werden. Dies sehe die RL in § 8 Absatz 2 Satz 2 QSFFX-RL explizit vor und dies sei für die Identifizierung von Umsetzungsproblemen in Bezug auf die Erfüllung der Mindestanforderungen von großer Bedeutung.</p> <p><u>Ziel des Jahresberichts (Folie 20)</u></p> <p>Die DKG hebt das Ziel des Jahresberichts hervor. Dies sei gemäß § 8 Absatz 5 Satz 2 und 3 QSFFX-RL in erster Linie, dem G-BA ein Instrument zur Verfügung zu stellen, welches Transparenz über mögliche Probleme der Erfüllung der Mindestanforderungen gebe, um so einen Anpassungsbedarf bei den Mindestanforderungen adressieren zu können. Der Fokus des Jahresberichts liege demnach auf einer übergreifenden, standortunabhängigen Darstellung der Erfüllung bzw. Nichterfüllung der Mindestanforderungen. Die gemäß § 8 Absatz 5 Satz 1 QSFFX-RL geforderte standortbezogene Veröffentlichung der Daten beziehe sich vor allem auf die Aufbereitung der Daten zum Zwecke der Veröffentlichung im strukturierten Qualitätsbericht gemäß § 8 Absatz 7 Satz 2 QSFFX-RL.</p>

### Teilnehmende Standorte (Folie 27)

Die DKG merkt an, dass die Zielsetzung des Jahresberichts auf die Mindestanforderungen zu setzen sei (siehe oben). Eine gesonderte Darstellung des ATB der überregionalen Traumazentren (gemäß Weißbuch Schwerverletztenversorgung, Stand Mai 2012 bzw. gemäß Checklistenitem A8 der Anlage 3) werde zur Erfassung der teilnehmenden Standorte nicht benötigt. Ein Fokus auf einzelne ATB oder Übergangsregelungen (ÜGR) sei nicht nachvollziehbar und zur Darstellung der teilnehmenden Standorte nicht hilfreich.

Die DGOU führt hingegen aus, dass eine Darstellung der überregionalen Traumazentren einen Mehrwert bringe. Hierüber könnten Mindestanforderungen identifiziert werden, deren Erfüllung für die Leistungserbringer problematisch sein könne. Dies gelte im Besonderen für Standorte, die die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum nicht erfüllten. Die DGU stimmt dieser Einschätzung zu.

Der GKV-SV betont, dass der Bericht für das erste Berichtsjahr (EJ 2021) einen rein deskriptiven Statusbericht zum Startzeitpunkt der RL darstelle. Die Folgeberichte werden dann Informationen über die Erfüllung bzw. Umsetzung der Richtlinie enthalten. Hierbei ist eine vollständige Auswertung und Darstellung sämtlicher Abfragedaten und unterjähriger Meldungen vorzusehen. Die Darstellungen im Bericht zur Strukturabfrage sollten entsprechend in den kommenden Jahren angepasst bzw. weiterentwickelt werden. Der MDK-BW stimmt der Einschätzung des GKV-SV zu.

Die DKG führt aus, dass eine rein deskriptive Darstellung der Ergebnisse der Strukturabfrage nachvollziehbar sei. Ein gesondertes Herausstellen eines ATB sei jedoch zu vermeiden. Vielmehr sollten alle ATB und ÜGR im Jahresbericht berücksichtigt werden.

### Mindestanforderungen Überblick (Folie 29)

Die DKG weist darauf hin, dass die beispielhaft dargestellten Mindestanforderungen in dieser Grafik im Jahresbericht differenzierter betrachtet werden müssten. Bei der Darstellung sollten Mindestanforderungen, die keinen ATB oder ÜGR betreffen, dargestellt werden, um eine „echte“ Nichterfüllung von Mindestanforderungen sichtbar zu machen. Bei Mindestanforderungen, die mit einem ATB oder eine Übergangsregelung korrespondieren, müsse berücksichtigt werden, dass laut Checkliste ggf. eine Nichterfüllung angegeben sein kann, obwohl die Richtlinienanforderungen aufgrund des ATB oder der ÜGR dennoch als erfüllt gelten. Daher sollten diese Anforderungen separat ausgewertet und dargestellt werden. Außerdem sollten die Grafiken um die Anzahl der Krankenhäuser ergänzt werden, die die Mindestanforderungen erfüllen, sodass visuell schnell ersichtlich werde, ob ein Umsetzungsproblem bei den Mindestanforderungen vorliege. Bei überregionalen Traumazentren müsse ferner berücksichtigt werden, dass die Angaben zu § 3 QSFFx-RL bzw. A1-A7 der Checkliste nicht vorlägen, wodurch ein Herauslösen dieser Standorte und Gegenüberstellung mit anderen Standorten hierzu nicht möglich sei. Es müsste bei der Darstellung der Daten des EJ 2021 ferner auf Limitationen hingewiesen werden. Hier müsste in einem Erläuterungstext bspw. dargestellt werden, dass es sich hierbei um eine stichtagsbezogene Meldung handele, da die Nicht- und Wiedererfüllung einzelner Mindestanforderungen erst ab dem 1.1.2022 gemeldet werden müsse.

### Mindestanforderungen (Folie 31)

Die DKG betont erneut die Wichtigkeit der Begründungstexte, die die Standorte angeben können, sofern sie eine Mindestanforderung nicht erfüllen. Die Begründungen würden dem G-BA die Möglichkeit bieten Probleme in der Umsetzung der Richtlinie zu identifizieren. Diese sollten an dieser Stelle sinnvoll aggregiert im Zusammenhang mit den einzelnen Mindestanforderungen aufgeführt werden. Sollte eine standortbezogene Veröffentlichung vorgesehen werden, sind die angegebenen Gründe wie von den Krankenhäusern übermittelt, vollständig zu veröffentlichen. Es sei zudem wichtig nicht datenschutzkonforme Angaben an die Standorte zurückzumelden, um diesen die Möglichkeit zur Korrektur zu geben.

Der DBR/SoVD bestätigt die Einschätzung des IQTIG, wonach es innerhalb der Richtlinienfristen nicht möglich sei, alle Freitexte auf ihre Datenschutzkonformität hin zu überprüfen und in den Bericht zur Strukturabfrage zu implementieren.

Die DKG weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass nicht datenschutzkonforme Inhalte ggf. automatisiert identifiziert werden könnten. In diesem Zusammenhang sei auch zu berücksichtigen, dass das IQTIG gemäß § 8 Abs. 3 QSFFx-RL die Krankenhäuser über Korrekturbedarf informieren müsse. Die DGOU weist daraufhin, dass aktuell keine Gewichtung der Mindestanforderungen vorläge. Aus medizinischer Sicht seien nicht alle Mindestanforderungen gleichwertig zu bewerten, sodass eine gewichtete Darstellung der Mindestanforderungen sinnvoll wäre.

Die DGU weist auf die missverständliche Überschrift „chirurgische- oder orthopädische Abteilung“ hin, welche „unfall-chirurgisch-orthopädische Abteilung am Standort“ lauten müsse. Wenn man auf orthopädische Abteilung fokussiere, stelle es eine falsche Realität dar. Das IQTIG bedankt sich für den Hinweis und erklärt, dass es sich hierbei um eine verkürzte Beispieldarstellung handele.

### Mindestanforderungen Überblick (Folie 42)

Die DKG merkt an, dass die Darstellung um die Tage mit Erfüllung der Mindestanforderungen ergänzt werden solle. Die DKG weist zudem daraufhin, dass Verzerrungen entstehen könnten, wenn Häuser unterjährig die Versorgung komplett einstellten. In der Strukturabfrage ab dem Erfassungsjahr 2022 würden diese als Standorte dargestellt, die Mindestanforderungen über eine Vielzahl an Tagen nicht erfüllten. Die DKG schlägt vor, den betreffenden Standorten in der Spezifikation die Möglichkeit zur Abmeldung einzuräumen, sodass dies in den Darstellungen der Strukturabfrage entsprechend berücksichtigt werden könne. Das IQTIG weist darauf hin, dass dies derzeit in der Richtlinie nicht abgebildet ist und vom G-BA entsprechend geregelt werden müsste. Die DKG weist auch in diesem Rahmen darauf hin, dass die Grafik nur die Tage mit einer „echten“ Nichterfüllung beinhalten sollte und die Mindestanforderungen, die zwar laut Checkliste als nicht erfüllt gelten, aber über einen ATB oder eine ÜGR erfüllt werden separat dargestellt werden sollten (siehe Hinweise zu Folie 29).

TOP	Thema
	<p><u>Standortbezug im Jahresbericht (Folie 47)</u></p> <p>Die DKG verweist auf die Zielsetzung der Strukturabfrage und der Jahresberichte (siehe oben), die eine Fokussierung auf die Mindestanforderungen vorsehe. Eine zusätzliche standortbezogene Auswertung der Richtlinie erscheine nicht notwendig. Die gemäß § 8 Absatz 5 Satz 1 QSFFx-RL geforderte standortbezogene Veröffentlichung der Daten werde bereits durch die Aufbereitung der Daten zum Zwecke der Veröffentlichung im strukturierten Qualitätsbericht gemäß § 8 Absatz 7 Satz 2 QSFFx-RL erfüllt. Sollte das IQTIG dennoch einen Standortbezug vorschlagen, müssten die freiwillig angegebenen Gründe für die Nichterfüllung gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL zwingend mitveröffentlicht werden. Die DKG weist darüber hinaus darauf hin, dass eine separate Darstellung in einem maschinenlesbaren Format (z.B. über eine .csv oder XML-Datei) nicht beauftragt wurde und des Weiteren ebenfalls bereits über die Qualitätsberichte gegeben sei, da diese im XML-Format vorlägen. Hier sollten - im Sinne der Datensparsamkeit und Aufwandsreduktion - doppelte Datenflüsse und -bestände vermieden werden. Hinsichtlich der Datenschutzkonformität bei Freitextangaben führt die DKG aus, dass eine Löschung der gesamten Angaben aus Datenschutzgründen nicht möglich sei. Hier sei ein Verfahren anzuwenden, mit dem das IQTIG Krankenhäuser über entsprechenden Korrekturbedarf gemäß § 8 Abs. 3 QSFFx-RL informiere.</p> <p>Der GKV-SV widerspricht dem, da die Richtlinie eine standortbezogene Auswertung vorschreibe.</p> <p>Der MDK-BW befürwortet die standortbezogene Darstellung ebenfalls. Die Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren zur präoperativen Verweildauer zeigten regionale Unterschiede. Hier würde die standortbezogene Darstellung eine Identifikation der regionalen Unterschieden und Ansatzmöglichkeiten zur Umkehr von Trends bieten. DBR/SoVD und DGU stimmen dem zu.</p> <p><u>Erfassungsjahr 2022ff (Folie 48)</u></p> <p>Die DKG weist in diesem Zusammenhang erneut darauf hin, dass eine standortbezogene Darstellung für die Erfüllung der Beobachtungspflicht des G-BA zu Anpassungsbedarf der Mindestanforderungen nicht dringend erforderlich sei. Des Weiteren müssten auch hier die Begründungstexte der Checklisten berücksichtigt werden.</p> <p><u>Darstellung im SQB (Folie 50)</u></p> <p>Die DKG schlägt vor, eine Veröffentlichung der Ergebnisse ab dem Erfassungsjahr 2022 vorzusehen. Eine Berücksichtigung der Daten der ersten Strukturabfrage bereits im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser (SQB) über das Jahr 2021 sei mit verschiedenen Problemen verbunden. Zum einen beruhen die Daten im ersten Jahr anders als in den folgenden Jahren allein auf einer stichtagsbezogenen Nachweisführung, wodurch die Aussagekraft dieser Angaben ggf. eingeschränkt sei. Zudem müsste in den Regelungen zum Qualitätsbericht (Qb-R) für dieses Übergangsjahr ein komplexes Veröffentlichungsprozedere und inhaltliche Vorgaben getroffen werden, die bereits im Folgejahr anzupassen seien. Zum anderen sei unklar, ob auch</p>

TOP	Thema
	<p>zeitlich eine Berücksichtigung der Ergebnisse der QSFFx-RL bereits in den Qb-R für das Berichtsjahr 2021 möglich sei, wenn die finalen Beratungen und Entscheidungen zum Auswertungs- bzw. Berichtswesen ggf. erst zu spät vorlägen. Sollten sich Verzögerungen der Spezifikation ergeben, wäre eine Veröffentlichung im Qualitätsbericht ebenfalls fraglich.</p> <p>Die DKG weist darauf hin, dass das IQTIG bei der Veröffentlichung der Ergebnisse der Strukturabfrage im SQB berücksichtigen müsse, dass für Krankenhäuser bislang die Möglichkeit zur Fehlerprüfung und Kommentierung externer Daten vorgesehen werde. Des Weiteren seien auch für die SQB die freiwilligen Gründe für die Nichterfüllung gemäß § 8 Abs. 2 QSFFx-RL zu berücksichtigen.</p> <p>Der GKV-SV widerspricht der Einschätzung der DKG und befürwortet eine Berücksichtigung der Ergebnisse des Erfassungsjahres 2021 im SQB.</p>
6	<p><b>Verabschiedung</b></p> <p>Das IQTIG verabschiedet die anwesenden Teilnehmer und bedankt sich für die rege Teilnahme</p>

## Anhang B: Darstellung der Checklistenitems im Auswertungs- und Berichtskonzept

Itemnummer <i>(gemäß Anlage 3 der QSFFx-RL)</i>	Datenfeld <i>(gemäß Spezifikations- empfehlungen (IQTIG 2022))</i>	Feldtext gemäß Anlage 3 der QSFFx-RL <i>(auf die Darstellung von Ausfüllhinweisen wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet)</i>	Bedingung zur Auslösung	Antwort- möglichkeiten
<b>Abschnitt A – Allgemeine Mindestanforderungen</b>				
A1.1	9	Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Chirurgie oder Unfallchirurgie oder Allgemeine Chirurgie oder Orthopädie oder Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort (§ 3 Abs. 1a).	8 = NEIN	JA/NEIN
A1.1	10	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	8 = NEIN und 9 = NEIN	Freitext
A1.2	11	Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Innere Medizin am Standort (§ 3 Abs. 1a).	8 = NEIN	JA/NEIN
A1.2	12	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	8 = NEIN und 11 = NEIN	Freitext
A1.3	13	Sind die Anforderungen gemäß § 10 Abs. 2 (Ausnahmeregelung) vollständig erfüllt?	8 = NEIN und 11 = NEIN	JA/NEIN
A1.3	14	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	8 = NEIN und 11 = NEIN und 13 = NEIN	Freitext

Itemnummer (gemäß Anlage 3 der QSFFx-RL)	Datenfeld (gemäß Spezifikations- empfehlungen (IQTIG 2022))	Feldtext gemäß Anlage 3 der QSFFx-RL (auf die Darstellung von Ausfüllhinweisen wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet)	Bedingung zur Auslösung	Antwort- möglichkeiten
A2	15	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 (§ 3 Abs. 1b).	8 = NEIN	JA/NEIN
A2	16	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	8 = NEIN und 15 = NEIN	Freitext
A2.1	17	Der für die Notfallversorgung benannte Arzt verfügt über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ (§ 3 Absatz 1c).	8 = NEIN	JA/NEIN
A2.1	18	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	8 = NEIN und 17 = NEIN	Freitext
A2.2	19	Die für die Notfallversorgung benannte Pflegekraft verfügt über die Weiterbildung „Notfallpflege“ (§ 3 Abs. 1c).	8 = NEIN	JA/NEIN
A2.2	20	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	8 = NEIN und 19 = NEIN	Freitext
A2.3	21	Der für die Notfallversorgung benannte Arzt und die für die Notfallversorgung benannte Pflegekraft nehmen regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil (§ 3 Abs. 1e).	8 = NEIN	JA/NEIN
A2.3	22	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	8 = NEIN und 21= NEIN	Freitext

<b>Itemnummer</b> <i>(gemäß Anlage 3 der QSFFx-RL)</i>	<b>Datenfeld</b> <i>(gemäß Spezifikations- empfehlungen</i> <i>(IQTIG 2022))</i>	<b>Feldtext gemäß Anlage 3 der QSFFx-RL</b> <i>(auf die Darstellung von Ausfüllhinweisen wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet)</i>	<b>Bedingung zur Auslösung</b>	<b>Antwortmöglichkeiten</b>
A3	23	Es ist jeweils ein Facharzt im Gebiet Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar (§ 3 Abs. 1d).	8 = NEIN	JA/NEIN
A3	24	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	8 = NEIN und 23 = NEIN	Freitext
A4.1	25	Die Intensivstation verfügt über mindestens sechs Intensivtherapiebetten (§ 3 Abs. 1f).	8 = NEIN	JA/NEIN
A4.1	26	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	8 = NEIN und 25 = NEIN	Freitext
A4.2	27	Mindestens drei Intensivtherapiebetten sind zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet (§ 3 Absatz 1f).	8 = NEIN	JA/NEIN
A4.2	28	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	8 = NEIN und 27 = NEIN	Freitext
A5	29	Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung (§ 3 Absatz 1g).	8 = NEIN	JA/NEIN
A5	30	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	8 = NEIN und 29 = NEIN	Freitext
A6.1	31	Es ist ein Schockraum verfügbar (§ 3 Abs. 2a).	8 = NEIN	JA/NEIN

<b>Itemnummer (gemäß Anlage 3 der QSFFx-RL)</b>	<b>Datenfeld (gemäß Spezifikations- empfehlungen (IQTIG 2022))</b>	<b>Feldtext gemäß Anlage 3 der QSFFx-RL (auf die Darstellung von Ausfüllhinweisen wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet)</b>	<b>Bedingung zur Auslösung</b>	<b>Antwort- möglichkeiten</b>
A6.1	32	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	8 = NEIN und 31 = NEIN	Freitext
A6.2	33	Die 24-stündige Verfügbarkeit von Computertomographie ist sichergestellt (§ 3 Absatz 2b).	8 = NEIN	JA/NEIN
A6.2	34	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	8 = NEIN und 33 = NEIN	Freitext
A7	35	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).	8 = NEIN	JA/NEIN
A7	36	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	8 = NEIN und 35 = NEIN	Freitext
A8	8	Alle Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012 (siehe Anhang zu Anlage 3) sind erfüllt (§ 10 Absatz 1).	-	JA/NEIN

Itemnummer (gemäß Anlage 3 der QSFFx-RL)	Datenfeld (gemäß Spezifikations- empfehlungen (IQTIG 2022))	Feldtext gemäß Anlage 3 der QSFFx-RL (auf die Darstellung von Ausfüllhinweisen wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet)	Bedingung zur Auslösung	Antwort- möglichkeiten
A8 A	37	<b>A – Strukturen und Prozesse</b> Erfüllung aller 12 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3	8 = JA	JA/NEIN
A8 A	38	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	8 = JA und 37 = NEIN	Freitext
A8 B	39	<b>B – Personal</b> <u>Ärztliche Leitungsebene</u> Erfüllung aller 2 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3	8 = JA	JA/NEIN
A8 B	40	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	8 = JA und 39 = NEIN	Freitext
A8 B	41	<b>B – Personal</b> <u>Basisteam im Schockraum</u> Erfüllung aller 8 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3	8 = JA	JA/NEIN
A8 B	42	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	8 = JA und 41 = NEIN	Freitext
A8 B	43	<b>B – Personal</b> <u>Erweitertes Schockraumteam</u>	8 = JA	JA/NEIN

Itemnummer (gemäß Anlage 3 der QSFFx-RL)	Datenfeld (gemäß Spezifikations- empfehlungen (IQTIG 2022))	Feldtext gemäß Anlage 3 der QSFFx-RL (auf die Darstellung von Ausfüllhinweisen wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet)	Bedingung zur Auslösung	Antwort- möglichkeiten
		Erfüllung aller 13 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3		
A8 B	44	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	8 = JA 43 = NEIN	Freitext
A8 B	45	<b>B – Personal</b> <u>Fakultativ verfügbares Personal</u> Erfüllung aller 3 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3	8 = JA	JA/NEIN
A8 B	46	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	8 = JA und 45 = NEIN	Freitext
A8 C	47	<b>C – Räumliche Anforderungen</b> <u>Notaufnahme</u> Erfüllung aller 8 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3	8 = JA	JA/NEIN
A8 C	48	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	8 = JA und 47 = NEIN	Freitext
A8 C	49	<b>C – Räumliche Anforderungen</b> <u>Operationsabteilung</u> Erfüllung der Mindestanforderung gemäß dem Anhang zu Anlage 3	8 = JA	JA/NEIN

Itemnummer (gemäß Anlage 3 der QSFFx-RL)	Datenfeld (gemäß Spezifikations- empfehlungen (IQTIG 2022))	Feldtext gemäß Anlage 3 der QSFFx-RL (auf die Darstellung von Ausfüllhinweisen wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet)	Bedingung zur Auslösung	Antwort- möglichkeiten
A8 C	50	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	8 = JA und 49 = NEIN	Freitext
A8 D	51	<b>D – Voraussetzungen der Intensivstation</b> <u>Personelle Ausstattung der Intensivstation</u> Erfüllung aller 8 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3	8 = JA	JA/NEIN
A8 D	52	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	8 = JA und 51 = NEIN	Freitext
A8 E	53	<b>E – Ausstattung/apparative Ausstattung</b> <u>Notaufnahme</u> Erfüllung aller 18 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3	8 = JA	JA/NEIN
A8 E	54	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	8 = JA und 53 = NEIN	Freitext
A8 E	55	<b>E – Ausstattung/apparative Ausstattung</b> <u>OP-Bereich</u> Erfüllung aller 3 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3 an die nachfolgende Ausstattung/apparative Ausstattung im OP	8 = JA	JA/NEIN

Itemnummer <i>(gemäß Anlage 3 der QSFFx-RL)</i>	Datenfeld <i>(gemäß Spezifikations- empfehlungen (IQTIG 2022))</i>	Feldtext gemäß Anlage 3 der QSFFx-RL <i>(auf die Darstellung von Ausfüllhinweisen wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet)</i>	Bedingung zur Auslösung	Antwort- möglichkeiten
A8 E	56	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	8 = JA und 55 = NEIN	Freitext
<b>Abschnitt B – Spezifische Mindestanforderungen</b>				
B1	57	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).	-	JA/NEIN
B1	58	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	57 = NEIN	Freitext
B2	59	Die Durchführung der mit den Kombinationen aus Diagnosen und Prozeduren nach Anlage 1 beschriebenen 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)	-	JA/NEIN
B2	60	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	59 = NEIN	Freitext
B3	61	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 präsenzte Ärztin oder der präsenzte Arzt nicht eine Fachärztin oder ein Facharzt für Chirurgie, für Allgemeinchirurgie, für Orthopädie oder für Orthopädie und	-	JA/NEIN

Itemnummer (gemäß Anlage 3 der QSFFx-RL)	Datenfeld (gemäß Spezifikations- empfehlungen (IQTIG 2022))	Feldtext gemäß Anlage 3 der QSFFx-RL (auf die Darstellung von Ausfüllhinweisen wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet)	Bedingung zur Auslösung	Antwort- möglichkeiten
		Unfallchirurgie, ist zusätzlich ein Rufbereitschaftsdienst mit eben dieser Qualifikation sichergestellt (§ 4 Absatz 3).		
B3	62	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	61 = NEIN	Freitext
B4	63	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).	-	JA/NEIN
B4	64	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	63 = NEIN	Freitext
B5	65	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).	-	JA/NEIN
B5	66	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	65 = NEIN	Freitext

Itemnummer (gemäß Anlage 3 der QSFFx-RL)	Datenfeld (gemäß Spezifikations- empfehlungen (IQTIG 2022))	Feldtext gemäß Anlage 3 der QSFFx-RL (auf die Darstellung von Ausfüllhinweisen wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet)	Bedingung zur Auslösung	Antwort- möglichkeiten
B5.1	67	Sind die Anforderungen gemäß § 12 Absatz 1 (Übergangsregelung zur geriatrischen Versorgung) erfüllt?	65 = NEIN	JA/NEIN
B5.1	68	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	65 = NEIN und 67 = NEIN	Freitext
B6	69	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).	-	JA/NEIN
B6	70	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	69 = NEIN	Freitext
<b>Abschnitt C – Mindestanforderungen an die Prozessqualität</b>				
C1	71	Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP „Besondere Situationen der Einwilligungsfähigkeit“ gemäß Anlage 2.	-	JA/NEIN
C1	72	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	71 = NEIN	Freitext
C2	73	Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP „Perioperative Planung: Priorisierung von Eingriffen, Planung von OP-Kapazitäten, Planung von OP-Teams“ gemäß Anlage 2.	-	JA/NEIN
C2	74	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	73 = NEIN	Freitext

<b>Itemnummer (gemäß Anlage 3 der QSFFx-RL)</b>	<b>Datenfeld (gemäß Spezifikations- empfehlungen (IQTIG 2022))</b>	<b>Feldtext gemäß Anlage 3 der QSFFx-RL (auf die Darstellung von Ausfüllhinweisen wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet)</b>	<b>Bedingung zur Auslösung</b>	<b>Antwort- möglichkeiten</b>
C3	75	Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP „Operationsverfahren“ gemäß Anlage 2.	-	JA/NEIN
C3	76	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	75 = NEIN	Freitext
C4	77	Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP „Umgang mit gerinnungshemmender Medikation“ gemäß Anlage 2.	-	JA/NEIN
C4	78	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	77 = NEIN	Freitext
C5	79	Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP „Patientenorientiertes Blutmanagement (PBM)“ gemäß Anlage 2.	-	JA/NEIN
C5	80	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	79 = NEIN	Freitext
C6	81	Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP „Ortho-geriatrische Zusammenarbeit für Patienten mit positiven geriatrischen Screening“ gemäß Anlage 2.	-	JA/NEIN
C6	82	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	81 = NEIN	Freitext
C7	83	Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP „Physiotherapeutische Maßnahmen“ gemäß Anlage 2.	-	JA/NEIN

<b>Itemnummer</b> <i>(gemäß Anlage 3 der QSFFx-RL)</i>	<b>Datenfeld</b> <i>(gemäß Spezifikations- empfehlungen</i> <i>(IQTIG 2022))</i>	<b>Feldtext gemäß Anlage 3 der QSFFx-RL</b> <i>(auf die Darstellung von Ausfüllhinweisen wurde aus Gründen der</i> <i>Übersichtlichkeit verzichtet)</i>	<b>Bedingung zur</b> <b>Auslösung</b>	<b>Antwort-</b> <b>möglichkeiten</b>
C7	84	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)	83 = NEIN	Freitext

## Literatur

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022): Strukturabfrage gemäß QSFFx-RL. Empfehlungen zur Spezifikation. Erfassungsjahr 2023 (Erläuterungen und Dokumente). Stand: 22.04.2022. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].