

# Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur

**Auswertungs- und Berichtskonzept zur Strukturabfrage  
gemäß QSFFx-RL ab Erfassungsjahr 2025**

## Impressum

Titel	Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur. Auswertungs- und Berichtskonzept zur Strukturabfrage gemäß QSFFx-RL ab Erfassungsjahr 2025
Zuständigkeit	Abteilung Verfahrensmanagement
Abgabe	27. Oktober 2025
Aktualisierung	17. November 2025, 28. November 2025, 12. Dezember 2025

### Auftrag

---

Auftraggeber	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Auftragstitel	Entwicklung einer Spezifikation und eines Auswertungs- und Berichtskonzeptes gemäß der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)
Auftragsdatum	14. Mai 2020

### Herausgeber

---

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen  
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin  
info@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-0

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis .....	5
Abkürzungsverzeichnis .....	6
1 Einleitung .....	7
1.1 Hintergrund .....	7
1.2 Entwicklung des Auswertungs- und Berichtskonzeptes .....	8
2 Datengrundlage .....	10
2.1 Erhebung der Nachweisdaten – Daten der Strukturabfrage .....	10
2.2 Checkliste .....	10
3 Darstellung der Mindestanforderungen .....	12
4 Prüfung auf Vollständigkeit .....	13
5 Auswertungen .....	14
5.1 Datengrundlage und Kennzahlen.....	14
5.2 Stratifizierung bzw. Darstellung von Kollektiven.....	15
6 Jahresberichte zur Strukturabfrage.....	17
6.1 Allgemeine Anmerkungen .....	17
6.2 Darstellung bundesbezogener Daten – Auswertungs- und Darstellungsbeispiele .....	19
6.3 Darstellung der standortbezogenen Strukturdaten.....	30
7 Aufbereitung der Daten für den strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser .....	32
8 Diskussion .....	33
8.1 Allgemeine Anmerkungen .....	33
8.2 Limitationen .....	34
9 Fazit und Ausblick.....	36
Literatur .....	37
Anhang.....	39

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Strukturierung der Mindestanforderungen in Anlage 3 der QSFFx-RL .....	11
Tabelle 2: Datengrundlage und Kennzahlen (EJ 2025 und folgende) .....	14
Tabelle 3: Rahmenkonzept der Jahresberichte zur Strukturabfrage .....	17
Tabelle 4: Gliederungskonzept der Jahresberichte zur Strukturabfrage .....	18
Tabelle 5: Darstellungsbeispiel: Datengrundlage .....	19
Tabelle 6: Übersicht Anzahl Standorte .....	20
Tabelle 7: Darstellungsbeispiel: Tage mit Erfüllung und mit Nichterfüllung der Mindestanforderungen in der tabellarischen Übersicht aller Standorte .....	20
Tabelle 8: Darstellungsbeispiel: Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum .....	25
Tabelle 9: Darstellungsbeispiel: Spezifische Mindestanforderungen in der Übersicht .....	25
Tabelle 10: Darstellungsbeispiel: Tabellarische Zusammenfassung der Strukturdaten einer Mindestanforderung .....	29
Tabelle 11: Darstellungsbeispiel: Tabellarische Zusammenfassung der Strukturdaten einer Mindestanforderung (EJ 2025). .....	29
Tabelle 12: Strukturdaten in der standortbezogenen Auswertung (maschinenlesbare Datenbank) (EJ 2025 und folgende) .....	30
Tabelle 13: Auflistung aller für die Mindestanforderungen verwendeten Kurzbezeichnungen und Verortung in der Checkliste (Anlage 3 QSFFx-RL) .....	39

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Datenflüsse des Nachweisverfahrens und der Strukturabfrage gemäß QSFFx-RL ..	8
Abbildung 2: Darstellungsbeispiel: Tage mit Erfüllung und mit Nichterfüllung der Mindestanforderungen in der grafischen Übersicht aller Standorte (n = 836).....	21
Abbildung 3: Darstellungsbeispiel: Detailansicht zu Standorten mit Nichterfüllung.....	22
Abbildung 4: Darstellungsbeispiel: Tage mit Erfüllung und mit Nichterfüllung der Mindestanforderungen in der grafischen Übersicht aller Standorte mit unterjähriger Neu- oder Wiederanmeldung .....	23
Abbildung 5: Darstellungsbeispiel: Anzahl der Standorte mit ununterbrochener Erfüllung der Mindestanforderungen, Standorte ohne Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum (n = 716), Anzahl maximal zu erfüllender Mindestanforderungen: 26.....	24
Abbildung 6: Darstellungsbeispiel: Anzahl der Standorte mit ununterbrochener Erfüllung der Mindestanforderungen, Standorte mit Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum (n = 118), Anzahl maximal zu erfüllender Mindestanforderungen: 13.....	24
Abbildung 7: Darstellungsbeispiel: Diagramm mit Strukturdaten einer Mindestanforderung: Tage mit Erfüllung und mit Nichterfüllung (Standorte mit Tagen mit Erfüllung und mit Nichterfüllung werden in beiden Kategorien gezählt) (n = 836) .....	27
Abbildung 8: Darstellungsbeispiel: Detailansicht zu Tagen mit Nichterfüllung (Standorte mit Tagen mit Erfüllung und mit Nichterfüllung werden in beiden Kategorien gezählt): Angabe einer Nichterfüllung von $\geq 3$ Standorten .....	28
Abbildung 9: Darstellungsbeispiel: Detailansicht zu Tagen mit Nichterfüllung (Standorte mit Tagen mit Erfüllung und mit Nichterfüllung werden in beiden Kategorien gezählt): Angabe einer Nichterfüllung von $< 3$ Standorten .....	28
Abbildung 10: Darstellungsbeispiel: Anzahl der genannten Gründe für die Nichterfüllung einer Mindestanforderung (Mehrfachnennung möglich) .....	30

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
LVKK/EK	Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen
MD-QK-RL	Richtlinie zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes
QSFFx-RL	Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur
RL	Richtlinie
SGB	Sozialgesetzbuch
SOP	Standardvorgehensweise ( <i>Standard Operating Procedure</i> )
SQB	Strukturierter Qualitätsbericht der Krankenhäuser

# 1 Einleitung

## 1.1 Hintergrund

Ein Bruch (Fraktur) im oberen, dem Hüftgelenk zugewandten Teil des Oberschenkelknochens (Femur) wird als hüftgelenknahe Femurfraktur bezeichnet. Über 145.000 hüftgelenknahe Femurfrakturen im Jahr 2021 in Deutschland, die an 1.141 Standorten versorgt wurden, verdeutlichen die Relevanz der Thematik in der Gesundheitsversorgung (IQTIG 2023). Die zumeist unfallbedingte Fraktur ist eine typische und häufige Verletzung älterer Menschen.

Eine frühzeitige Operation gilt als wichtiger Bestandteil der Versorgung und wird in internationalen Leitlinien gefordert (AAOS 2021, NICE 2023).<sup>1</sup> In der externen stationären Qualitätssicherung wird diese Anforderung durch eine bundesweite Erfassung des Zeitraums zwischen Krankenhausaufnahme einer Patientin bzw. eines Patienten und dem Operationsbeginn<sup>2</sup> gemessen (IQTIG 2024a).

Mit Beschluss der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)<sup>3</sup> im November 2019 legte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) verbindliche Standards (sogenannte Mindestanforderungen) für Struktur, Personal und Verfahrensabläufe fest. Standorte, die hüftgelenknahe Femurfrakturen versorgen, müssen diese Mindestanforderungen seit dem 1. Januar 2021 erfüllen.

Die Erfüllung der Mindestanforderungen weisen die Krankenhäuser gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen (LVKK/EK) nach (§ 6 QSFFx-RL). Bei diesem Nachweisverfahren ist vorgesehen, dass jeder Standort zwischen dem 15. November und 31. Dezember eines Jahres die Checkliste gemäß Anlage 3 QSFFx-RL an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermittelt (§ 6 Abs. 1 Satz 1 QSFFx-RL) (Abbildung 1). Zusätzlich muss eine Nichterfüllung einer Mindestanforderung, die länger als 48 Stunden anhält, unverzüglich an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeldet werden, ebenso deren Wiedererfüllung (§ 6 Abs. 1 Satz 3 QSFFx-RL). Standorte haben zudem unterjährig die Möglichkeit, erstmals oder erneut unter Stichtagsangabe am Verfahren teilzunehmen (§ 6 Abs. 1 Satz 2 QSFFx-RL). Alle Checklisten, die im Rahmen des Nachweisverfahrens im Laufe eines Erfassungsjahres an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermittelt werden, werden nach Abschluss des Erfassungsjahres (EJ+1) gesammelt (Strukturabfrage nach § 8 QSFFx-RL) an das IQTIG übermittelt (Abbildung 1). Die Strukturabfrage soll jährlich Transparenz über die Erfüllung bzw. Nichterfüllung der Anforderungen innerhalb eines Erfassungsjahres herstellen.

---

<sup>1</sup> Die nationalen Leitlinien „Schenkelhalsfraktur“ und „Pertrochantäre Oberschenkelfraktur“ befinden sich derzeit in Erstellung (siehe auch [www.awmf.org](http://www.awmf.org)).

<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> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahe Femurfraktur gemäß § 136 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 22. November 2019, zuletzt geändert am 17. April 2025, in Kraft getreten am 6. Juni 2025. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/118/> (abgerufen am: 19.09.2025).

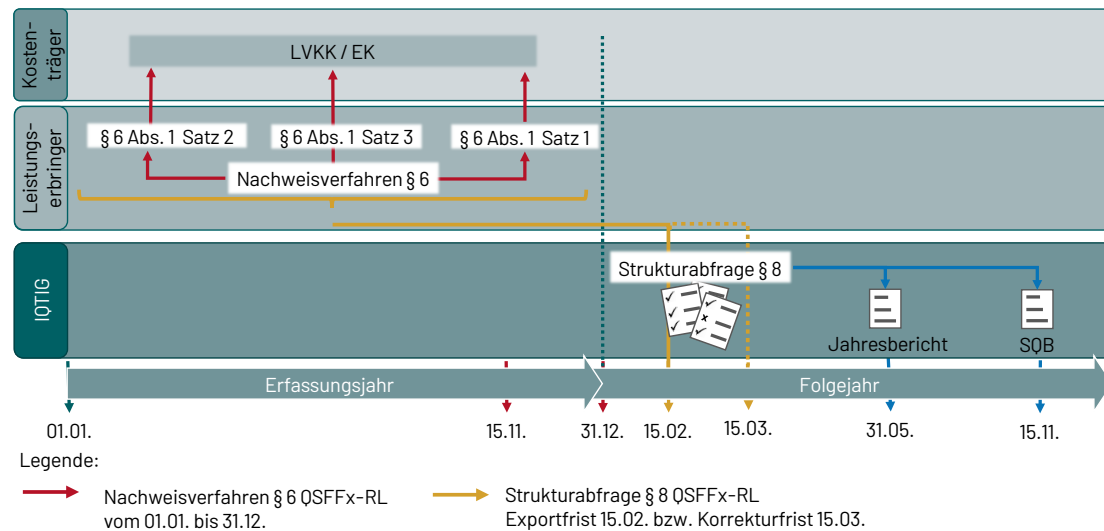


Abbildung 1: Datenflüsse des Nachweisverfahrens und der Strukturabfrage gemäß QSFFx-RL

## 1.2 Entwicklung des Auswertungs- und Berichtskonzeptes

Mit Beschluss vom 14. Mai 2020 wurde das IQTIG mit der Entwicklung eines Auswertungs- und Berichtskonzeptes zur Erstellung der Jahresberichte gemäß § 8 Abs. 7 Satz 1 QSFFx-RL beauftragt (G-BA 2020). Die Beauftragung nennt zwei Berichtsformate, deren Konzept im Auswertungs- und Berichtskonzept von 2022 (IQTIG 2022) entwickelt wurde:

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

Bei dem vorgelegten Produkt handelt es sich um ein Folgeauswertungs- und Berichtskonzept, das auf dem Auswertungs- und Berichtskonzept für die Erfassungsjahre 2023 und 2024 aufsetzt. In der Erstfassung finden sich detaillierte Ausführungen zum Auftragsverständnis. Dieses aktualisierte Konzept soll für alle folgenden Erfassungsjahre gelten. Anpassungen bzw. Aktualisierungen werden bei richtlinienrelevanten Änderungen vorgenommen.

Grundlage für das aktualisierte Auswertungs- und Berichtskonzept stellen das erste Konzept aus dem Jahr 2022, die Jahresberichte für die Erfassungsjahre 2023 und 2024 sowie Beratungen der AG Umsetzung QSFFx des G-BA dar. Die für die Konzeptentwicklung zugrunde liegenden Kriterien haben weiterhin Bestand: Es soll ein möglichst hohes Maß an

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

erreicht werden.

Um eine hohe *Datenqualität* zu ermöglichen, prüft das IQTIG die Daten der Strukturabfrage (Abschnitt 2.1). Die deskriptive Darstellung der Ergebnisse der Strukturabfrage soll ein möglichst hohes Maß an *Objektivität* sicherstellen. Da zwischen letztmöglichem Zeitpunkt der Datenlieferung (15.3. EJ+1) und Berichtsabgabe ein Zeitraum von elf 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.

## 2 Datengrundlage

### 2.1 Erhebung der Nachweisdaten – Daten der Strukturabfrage

Gemäß § 6 QSFFx-RL haben Krankenhäuser die Nicht- bzw. Wiedererfüllung einer oder mehrerer Mindestanforderungen, die länger als 48 Stunden anhalten, unverzüglich gegenüber den LVKK/EK anzuzeigen. Zwischen dem 15. November und 31. Dezember des Erfassungsjahres besteht zugleich die Pflicht, den standortbezogenen Nachweis als Stichtagsmeldung gegenüber den entsprechenden Datenannahmestellen nachzuweisen. Für den Fall, dass ein Krankenhaus erstmals, unterjährig oder erneut die von der QSFFx-RL betroffenen Leistungen erbringen möchte, ist ein entsprechender Stichtag zu wählen, an dem alle Mindestanforderungen erfüllt werden (§ 6 Abs. 1 Satz 2 QSFFx-RL). Zu allen diesen Meldeanlässen ist es erforderlich, dass die Daten gemäß Anlage 3 QSFFx-RL auf Basis einer vom IQTIG veröffentlichten Spezifikation an die Datenannahmestellen als Checkliste übermittelt werden.

Alle Checklisten, die im Zuge der zuvor genannten Meldeanlässe während des Erfassungsjahres an die Datenannahmestellen übermittelt werden, werden von den Leistungserbringern bzw. durch die beauftragten Softwareanbieter kumuliert und inklusive einer Konformitätserklärung (Anlage 4 QSFFx-RL) bis zum 15. Februar des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres an das IQTIG als Strukturabfrage übermittelt. 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 der 15. März im Folgejahr des Erfassungsjahres (§ 8 Abs. 3 Satz 3 QSFFx-RL). Kommt ein Standort seiner Pflicht zur Teilnahme an der Strukturabfrage nicht nach, erfolgt eine Meldung an die LVKK/EK. Die Daten der Strukturabfrage werden zudem für den strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser aufbereitet (§ 8 Abs. 7 Satz 3 QSFFx-RL), die Übermittlung an die Annahmestelle erfolgt jeweils bis zum 15. November im Folgejahr des Erfassungsjahres (§ 8 Abs. 6 Qb-R)<sup>4</sup>.

Die Daten der Strukturabfrage liegen somit für jede Mindestanforderung als binäres Merkmal (Erfüllung oder Nichterfüllung) im zeitlichen Verlauf des Erfassungsjahres vor.

### 2.2 Checkliste

Die zu erhebenden Strukturdaten der Standorte sind in der Checkliste (Anlage 3 QSFFx-RL) geregelt. Diese stellt eine ausfüllbare Zusammenfassung der 26 in § 3 bis § 5 ausformulierten Mindestanforderungen dar und enthält insgesamt 39 mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantwortende Items. Tabelle

---

<sup>4</sup> Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 16. Mai 2013, zuletzt geändert am 18. Juni 2025, in Kraft getreten am 2. August 2025. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/39/> (abgerufen am: 22.10.2025).

1 zeigt die Abschnitte der Checkliste, deren Items in Analogie zu den Paragraphen der Richtlinie in drei Abschnitte unterteilt sind.<sup>5</sup>

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

Nummerierung entsprechend Anlage 3 QSFFx-RL	Abschnitte
A1.1–A8:	<b>Allgemeine Mindestanforderungen (13)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 25 Items gemäß § 3 QSFFx-RL</li> </ul>
B1–B6	<b>Spezifische Mindestanforderungen (6)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 7 Items gemäß § 4 QSFFx-RL</li> </ul>
C1–C7	<b>Mindestanforderungen an die Prozessqualität (7)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 7 Items gemäß § 5 QSFFx-RL</li> </ul>

### Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen

Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen bedingen, dass nicht alle Checklistenitems bzw. Datenfelder von allen Standorten befüllt werden müssen. Die Verortung dieser Regelungen in der QSFFx-RL korrespondiert mit Datenfeldern gemäß der aktuell gültigen Spezifikation.

Der Ausnahmetatbestand zur Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum (§ 10 Abs. 1 QSFFx-RL) ist zeitlich nicht befristet. In der Checkliste sowie der Spezifikation ist er als Filterfrage hinterlegt. Im Falle der Erfüllung werden die Datenfelder des Abschnitts „Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum sind erfüllt“ und im Falle der Nichterfüllung die Datenfelder des Abschnitts „Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum sind nicht erfüllt“ 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 5.2).

Regelungen zu Ausnahmetatbeständen und Übergangsregelungen sind der aktuellen Fassung der QSFFx-RL zu entnehmen.

<sup>5</sup> Aus Gründen der Übersichtlichkeit erfolgt an dieser Stelle keine vollständige Darstellung aller Checklistenitems. Hierfür wird auf den Anhang des vorliegenden Auswertungs- und Berichtskonzepts sowie die Checkliste gemäß Anlage 3 der QSFFx-RL verwiesen.

### 3 Darstellung der Mindestanforderungen

Wie in Kapitel 2 dargestellt, basiert die Strukturabfrage auf den Angaben der Krankenhäuser zu insgesamt 26 verschiedenen Mindestanforderungen. Zur eindeutigen Regelung und zum Verständnis der oder 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 (siehe Anhang).

Thematisch verwandte Checklistenitems werden im Auswertungskonzept gemeinschaftlich in Abschnitten (Tabelle 1) dargestellt. Die Zuordnung orientiert sich dabei an den in der Richtlinie formulierten Mindestanforderungen (vgl. § 3 bis § 5 QSFFx-RL). Eine detaillierte Strukturierung findet sich im Anhang und in der entsprechend gültigen Spezifikation.

## 4 Prüfung auf Vollständigkeit

Gemäß § 8 Abs. 7 Satz 5 QSFFx-RL erinnert das IQTIG die Krankenhäuser bei nicht fristgerechter Lieferung der Daten zur Strukturabfrage oder der Erklärung über die Richtigkeit der Angaben (Konformitätserklärung) bis zum 15. Februar des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres. Damit das IQTIG seiner Pflicht für das Erinnerungswesen nachkommen kann, benötigt es die Information, welche Krankenhäuser im Erfassungsjahr am Nachweisverfahren teilgenommen haben, sowie deren E-Mail-Adressen. Hierfür übermitteln die Leistungserbringer dem IQTIG das Modul FFxE, das die Standort-ID sowie die E-Mail-Adresse enthält (§ 6 Abs. 1 Satz 6 QSFFx-RL).

## 5 Auswertungen

### 5.1 Datengrundlage und Kennzahlen

Für die Strukturabfragen ab dem Erfassungsjahr 2025 liegen die Angaben der Standorte im Rahmen des Nachweisverfahrens gemäß § 6 Abs. 1 Satz 1 bis 2 QSFFx-RL vor. Über 48 Stunden andauernde Nichterfüllungen sowie die Wiedererfüllung einzelner Mindestanforderungen sind ab dem im Nachweisverfahren gewählten Stichtag anzuzeigen (§ 6 Abs. 1 Satz 3 QSFFx-RL). Die Ergebnisse der Strukturabfragen ermöglichen somit eine Darstellung der Mindestanforderungen auf Tagesbasis (siehe Tabelle 2).

Limitationen der Datengrundlage und deren Auswirkung auf die Aussagekraft der Auswertungen werden gemäß Gliederungskonzept (Tabelle 4) in Kapitel 8 (Diskussion) der Jahresberichte beschrieben.

Tabelle 2: Datengrundlage und Kennzahlen (EJ 2025 und folgende)

Thema	Beschreibung
<b>Datengrundlage</b>	<p>Angaben der Standorte in den Datenfeldern der Spezifikation zum Zeitpunkt des Nachweisverfahrens gemäß § 6 Abs. 1 QSFFx-RL inklusive Vorjahresdaten.</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> <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> </ul>

\* Freitextangabe von Gründen bei Nichterfüllung nur noch im Erfassungsjahr 2025 möglich.

### **Aggregation der Tage auf Standortebene**

Sofern ein Standort das Nachweisverfahren gemäß § 6 Abs. 1 Satz 1 QSFFx-RL führt, liegen die entsprechenden Strukturdaten ab dem 1. Januar des Erfassungsjahres vor. Rechnerisch ergeben sich somit für diesen Standort im betreffenden Erfassungsjahr 365 Tage (in Schaltjahren 366 Tage), an denen er die Leistungen gemäß Anlage 1 QSFFx-RL erbringen könnte. Die Auswertungen der Erfassungsjahre 2023 und 2024 zeigen, dass die Mehrheit der datenliefernden Standorte ganzjährig Leistungen erbringt.

Dennoch unterziehen sich Standorte im Einzelfall erst unterjährig dem Nachweisverfahren gemäß § 6 Abs. 1 Satz 2 QSFFx-RL. 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 2024 wurde zudem in § 6 Abs. 1 die Möglichkeit der Abmeldung eingeführt. Von ihr können Krankenhäuser Gebrauch machen, die einen Nachweis nach § 6 Abs. 1 Satz 1 oder 2 QSFFx-RL geführt haben und keine Leistungen (Kombination aus Diagnosen und Prozeduren) entsprechend Anlage 1 mehr erbringen werden. Eine Wiederaufnahme der Leistung kann jederzeit erfolgen.

### **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 den Angaben der Standorte.

### **Auswertung der Freitextangaben**

Das Ausmaß der qualitativen Auswertungen der Freitexte orientiert sich an den Auswertungen der Erfassungsjahre 2023 und 2024. Hier wurden anhand der Freitexte des Erfassungsjahrs 2023 Kategorien entwickelt. Mit den Angaben aus Erfassungsjahr 2024 wurden die vorhandenen Kategorien geprüft und erweitert. Die Kategorisierung fand unabhängig von 2 Personen statt. Bestand Dissens über die Zuordnung, wurde diese diskutiert und abschließend festgelegt.

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

Einige Items des Erfassungsinstruments sind Filterfragen (siehe Beispiel in Abschnitt 2.2), 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:

- 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.

## 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 sind im Rahmenkonzept in Tabelle 3 zusammengefasst. Die Jahresberichte zur Strukturabfrage werden entsprechend dem Gliederungskonzept der Jahresberichte in Tabelle 4 in zwei Dateiformaten übermittelt.

- zusammenfassende Darstellung *bundesweiter* Strukturdaten: PDF (Portable Document File)
- Darstellung *standortbezogener* pseudonymisierter Strukturdaten: maschinenlesbares Format (Excel)

Die Datenwerte in den Darstellungsbeispielen beruhen auf den Daten des Jahresberichts zum Erfassungsjahr 2024 (IQTIG 2025).

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

Tabelle 3: 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> <li>▪ Bereitstellung einer Informationsgrundlage für den G-BA zur Identifikation von Anpassungsbedarfen (§ 8 Abs. 5 Satz 3 QSFFx-RL)</li> </ul>
<b>Zielgruppe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ G-BA</li> <li>▪ Öffentlichkeit, Akteure im Gesundheitswesen</li> </ul>
<b>Dateneingabe</b>	Krankenhausstandorte
<b>Datenannahme</b>	IQTIG
<b>Datenaufbereitung</b>	IQTIG
<b>Datenvalidierung</b>	Krankenhausstandorte, IQTIG
<b>Berichterstellung</b>	IQTIG
<b>Berichtempfänger</b>	G-BA

Thema	Beschreibung
<b>Fristen</b>	<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: Krankenhausstandorte → IQTIG</li> </ul> <p><b>bis 15. März EJ + 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ IQTIG → Krankenhausstandorte (Erinnerung gem. § 8 Abs. 7 Satz 3 QSFFx-RL)</li> <li>▪ Annahmefrist korrigierter Datensätze durch das IQTIG</li> <li>▪ Datenfluss: Krankenhausstandorte → IQTIG</li> </ul> <p><b>31. Mai EJ + 1</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 4: Gliederungskonzept der Jahresberichte zur Strukturabfrage

Gliederungsempfehlung und Inhalte	Dateiformat
<p><b>Titel</b></p> <p>Strukturabfrage zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur. Erfassungsjahr XXXX. Jahresbericht gemäß QSFFx-RL</p> <p><b>Inhaltsverzeichnis</b></p> <p>Kurzfassung</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Einleitung</li> <li>2. Methodisches Vorgehen <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Datengrundlage</li> <li>2.2. Datenauswertung und -darstellung</li> </ol> </li> <li>3. Ergebnisse <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. Datengrundlage</li> <li>3.2. Übersicht über die Erfüllung der Mindestanforderungen</li> <li>3.3. Allgemeine Mindestanforderungen</li> <li>3.4. Spezifische Mindestanforderungen</li> <li>3.5. Mindestanforderungen an die Prozessqualität</li> </ol> </li> <li>4. Diskussion <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1. Diskussion der Datengrundlage</li> <li>4.2. Diskussion der Ergebnisse</li> </ol> </li> <li>5. Fazit und Ausblick</li> </ol> <p>Literatur</p> <p>Anhang</p>	<p>Portable Document File (PDF)</p>
pseudonymisierte Kennzahlen der standortbezogenen Auswertung	maschinenlesbares Format

## 6.2 Darstellung bundesbezogener Daten – Auswertungs- und Darstellungsbeispiele

Die bundesbezogenen Daten der Strukturabfrage werden als Jahresbericht im PDF-Format erstellt. Zur Veranschaulichung der Ergebnisse werden Abbildungen und Tabellen genutzt, die hier im Folgenden beispielhaft (anhand von Daten aus EJ 2024) vorgestellt werden.

### Darstellung der Datengrundlage (bundesweit)

Verortung in Abschnitt 3.1 des Gliederungskonzeptes gemäß Tabelle 4

Das in Tabelle 5 gezeigte Beispiel stellt die Datengrundlage detailliert dar und enthält ebenfalls die Angaben des Vorjahres. Standorte werden als abgemeldet gezählt, wenn sie zum Ende der Korrekturfrist (15. März EJ+1) abgemeldet sind. Standorte, die sich nach einer Abmeldung erneut zum Verfahren angemeldet haben, werden als Wiederanmeldung geführt.

Tabelle 5: Darstellungsbeispiel: Datengrundlage

Standorte	Vorjahr		EJ	
	n	Anteil	n	Anteil
Beleg zur Erfüllung wurde vollständig geführt	882	99,77 %	881	93,72 %
davon 39 unterjährige Neu- und 6 Wiederanmeldungen	0	0,00 %	45	5,11 %
▪ im ersten Quartal (3 Neu-, 1 Wiederanmeldung)	0	0,00 %	4	0,45 %
▪ im zweiten Quartal (2 Neuanmeldungen)	0	0,00 %	2	0,23 %
▪ im dritten Quartal (2 Wiederanmeldungen)	0	0,00 %	2	0,23 %
▪ im vierten Quartal (34 Neu-, 3 Wiederanmeldungen)	0	0,00 %	37	4,20 %
Beleg zur Erfüllung nicht (vollständig) geführt	0	0,00 %	28	2,98 %
▪ Daten der Strukturabfrage nicht geliefert (Beleg nicht vollständig geführt)	0	0,00 %	11	1,17 %
▪ Konformitätserklärung nicht geliefert (Beleg nicht vollständig geführt)	0	0,00 %	8	0,85 %
▪ Daten der Strukturabfrage und Konformitätserklärung nicht geliefert (Beleg nicht geführt)	0	0,00 %	9	0,96 %
Abmeldungen	2	0,23 %	31	3,30 %

## Darstellung der Grundgesamtheit der Standorte

Verortung in Abschnitt 3.1 des Gliederungskonzeptes gemäß Tabelle 4

In Tabelle 6 werden verschiedene Anzahlen an Standorten in Abhängigkeit zu ihrer Datenquelle und möglichen Einschränkungen der Interpretation in einer Übersicht dargestellt.

Tabelle 6: Übersicht Anzahl Standorte

Quelle Standortanzahl	EJ 2023	EJ 2024	EJ 2025	ff.
Auswertungsmo- dul HGV-OSFRAK mit Qualitätsindi- kator (mind. 1 Fall)	1.023	993		
dem IQTIG als lie- ferpflichtig be- kannt	905	947		
Strukturabfrage: Beleg vollständig geführt	882	890		
Strukturabfrage: in Auswertung eingeschlossen	882	881		

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

Verortung in Abschnitt 3.1 des Gliederungskonzeptes gemäß Tabelle 4

In Abschnitt 3.1 des Gliederungskonzeptes der Jahresberichte (gemäß Tabelle 4) werden die Strukturdaten zu den Mindestanforderungen in der Übersicht dargestellt. Ziel ist es, Lesenden eine schnelle Übersicht über die bundesweiten Strukturdaten aller Mindestanforderungen zu ermöglichen.

Tabelle 7 stellt beispielhaft einen bundesweiten Überblick über die durchschnittliche Anzahl der Tage mit Erfüllung und mit Nichterfüllung der Mindestanforderungen über alle Standorte hinweg dar. Tabellarische Darstellungen zur Erfüllung und Nichterfüllung der Mindestanforderungen enthalten absolute und relative Angaben des aktuellen und vorherigen Erfassungsjahres.

Tabelle 7: Darstellungsbeispiel: Tage mit Erfüllung und mit Nichterfüllung der Mindestanforderungen in der tabellarischen Übersicht aller Standorte

Tage mit Erfüllung bzw. Nichterfüllung der Mindestanforderungen	Vorjahr		EJ	
	Tage	Anteil	Tage	Anteil
Erfüllung aller Mindestanforderungen	365,00	100,00 %	363,32	99,27 %
Nichterfüllung einer oder mehrerer Mindestanforderungen	0,00	0,00 %	2,68	0,73 %

Tage mit Erfüllung bzw. Nichterfüllung der Mindestanforderungen	Vorjahr		EJ	
	Tage	Anteil	Tage	Anteil
▪ Nichterfüllung einer Mindestanforderung	0,00	0,00 %	2,43	0,66 %
▪ gleichzeitige Nichterfüllung von zwei oder mehr Mindestanforderungen	0,00	0,00 %	0,25	0,07 %

Das Diagramm 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) bundesweit über alle Standorte hinweg in türkiser Farbe auf. Sobald ein Standort die Nichterfüllung einer Mindestanforderung meldet, wird die entsprechende Anzahl an Tagen im Diagramm senffarben dargestellt. Mit einem schwarzen vertikalen Strich wird zudem die Anzahl an Standorten abgetragen, die ganzjährig alle Mindestanforderungen erfüllt. Wenn Standorte in einem Erfassungsjahr Tage mit Erfüllung und mit Nichterfüllung melden, werden sie in beiden Kategorien der Legende zu der in Klammern stehenden Anzahl an Standorten gezählt. Diese grafische Darstellung ermöglicht einen Gesamteindruck über die Anzahl der Standorte, die alle Mindestanforderungen erfüllen, und gibt einen ersten Eindruck über die Nichterfüllungen.

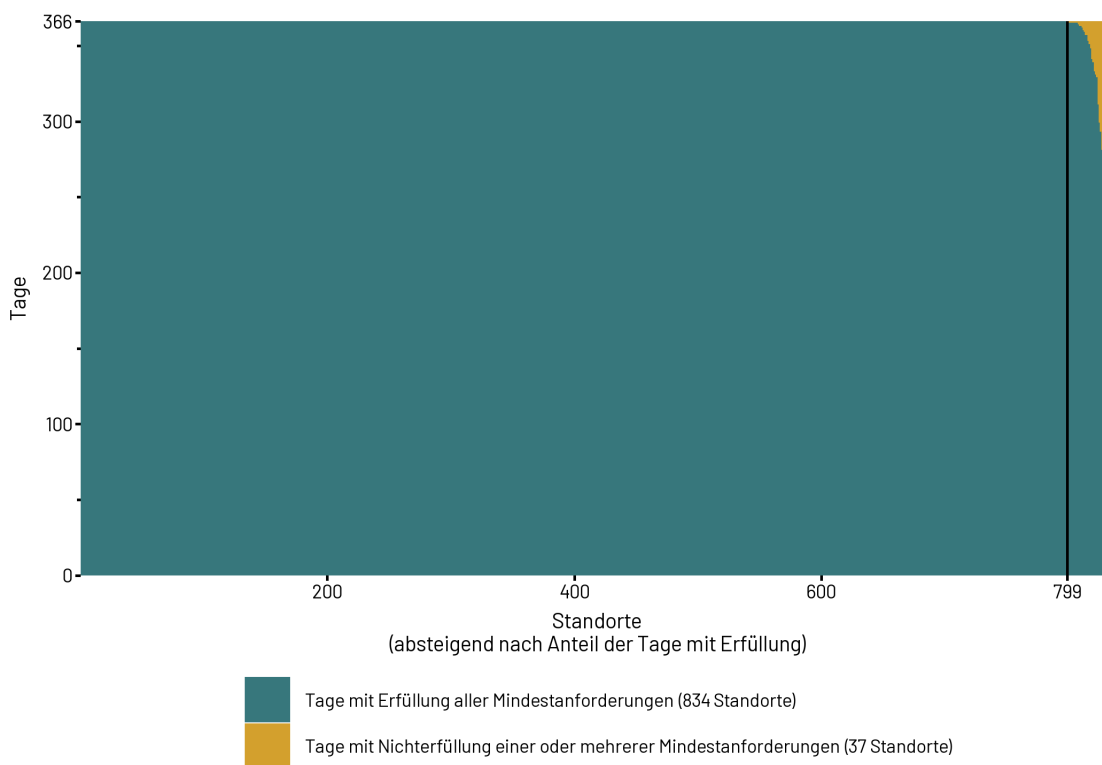


Abbildung 2: Darstellungsbeispiel: Tage mit Erfüllung und mit Nichterfüllung der Mindestanforderungen in der grafischen Übersicht aller Standorte (n = 836)

Der Bereich des Diagramms, der Standorte mit Erfüllung und mit Nichterfüllung abbildet, wird zusätzlich in einer gesonderten, vergrößerten Detailansicht betrachtet, um hier die Verteilung der Tage mit Nichterfüllung besser ablesen zu können (Abbildung 3). Zusätzlich sind in der Abbildung Lage- und Streuungsmaße enthalten.

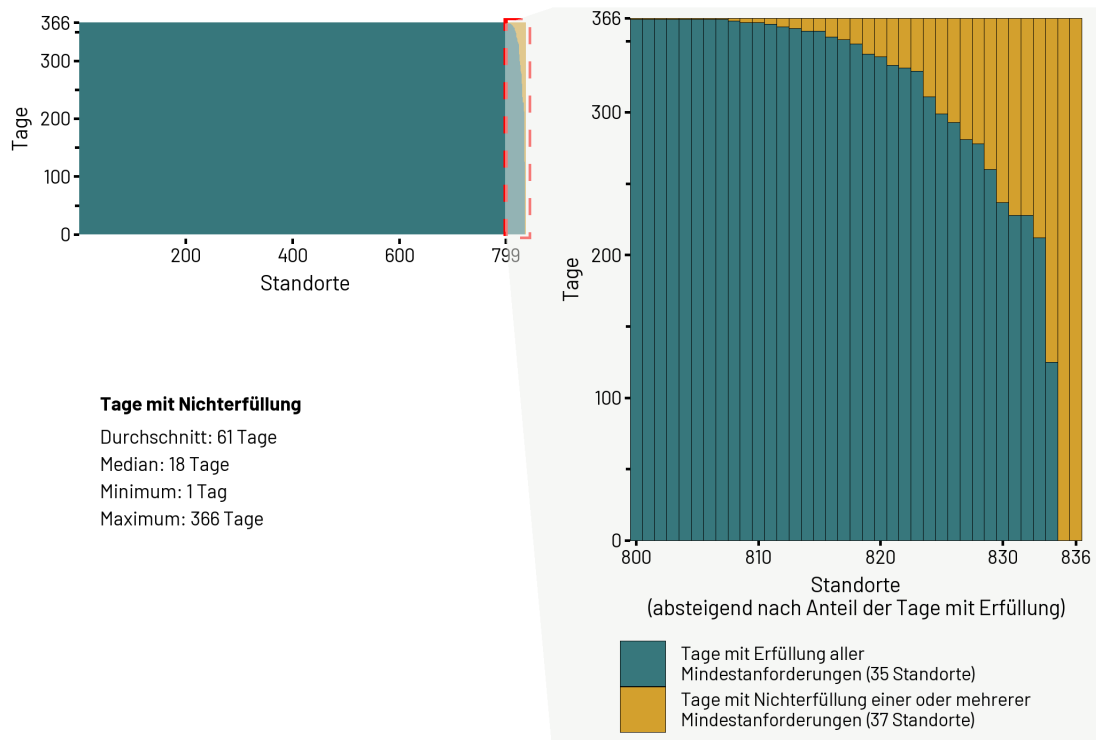


Abbildung 3: Darstellungsbeispiel: Detailansicht zu Standorten mit Nichterfüllung

Abbildung 4 stellt die Angaben zu Tagen mit Erfüllung und mit Nichterfüllung aller Mindestanforderungen separat für Standorte mit unterjähriger Neu- oder Wiederanmeldung dar. In Grau wird hier zusätzlich der Zeitraum vor der Neu- oder Wiederanmeldung dargestellt, für den keine Angaben zur Auswertung vorliegen.

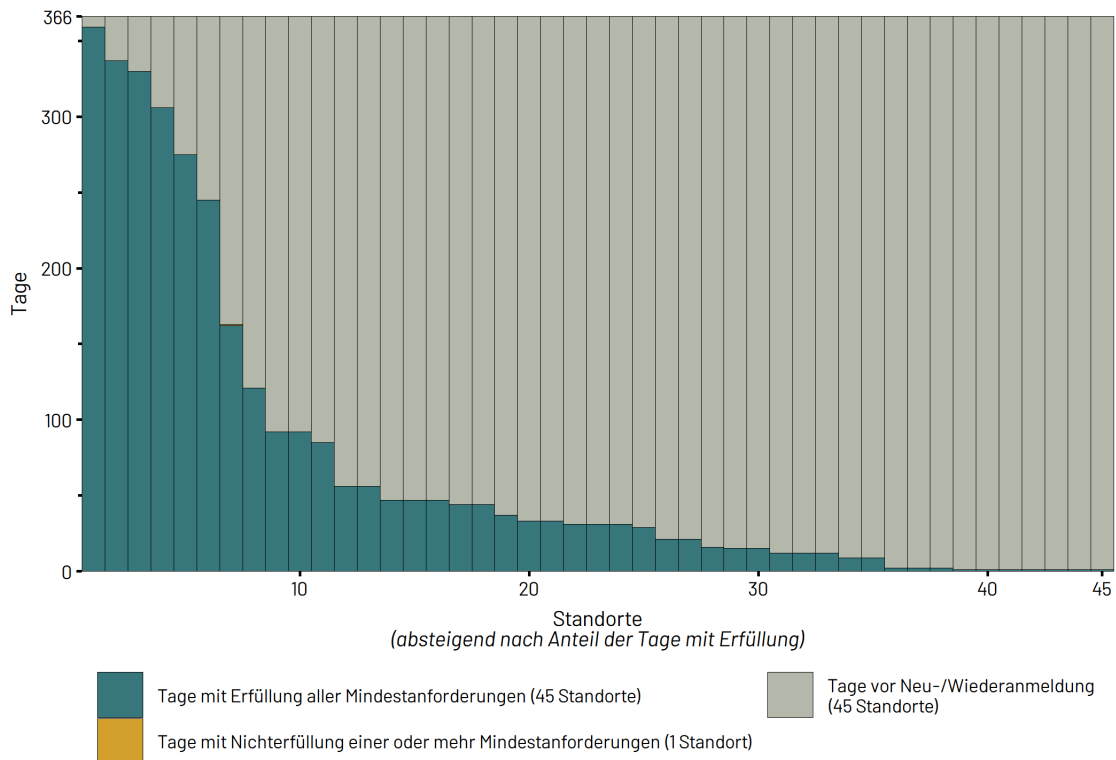


Abbildung 4: Darstellungsbeispiel: Tage mit Erfüllung und mit Nichterfüllung der Mindestanforderungen in der grafischen Übersicht aller Standorte mit unterjähriger Neu- oder Wiederanmeldung

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

Verortung in Abschnitt 6.2 des Gliederungskonzeptes gemäß Tabelle 4

In Abbildung 5 und Abbildung 6 werden die Standorte dargestellt, die die Mindestanforderungen ununterbrochen während des gesamten Erfassungsjahres erfüllt haben. 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 1, Standorte mit unterjähriger Neuanmeldung (gemäß § 6 Abs. 1 Satz 2 QSFFx-RL) und diejenigen, die von der Abmeldung gemäß § 6 Abs. 1 Satz 8 QSFFx-RL Gebrauch machen, ausgeschlossen. In den Abbildungen wird folglich dargestellt, wie viele Standorte welche Anzahl von Mindestanforderungen an 365 bzw. 366 Tagen im Erfassungsjahr erfüllt haben.

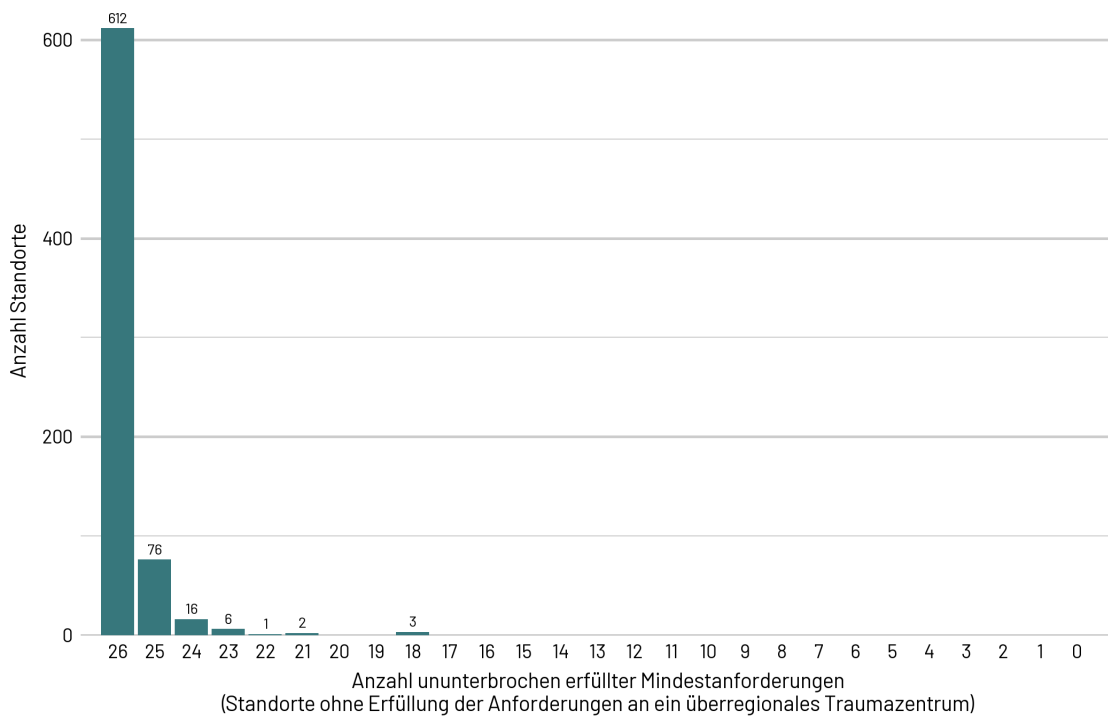


Abbildung 5: Darstellungsbeispiel: Anzahl der Standorte mit ununterbrochener Erfüllung der Mindestanforderungen, Standorte ohne Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum (n = 716), Anzahl maximal zu erfüllender Mindestanforderungen: 26

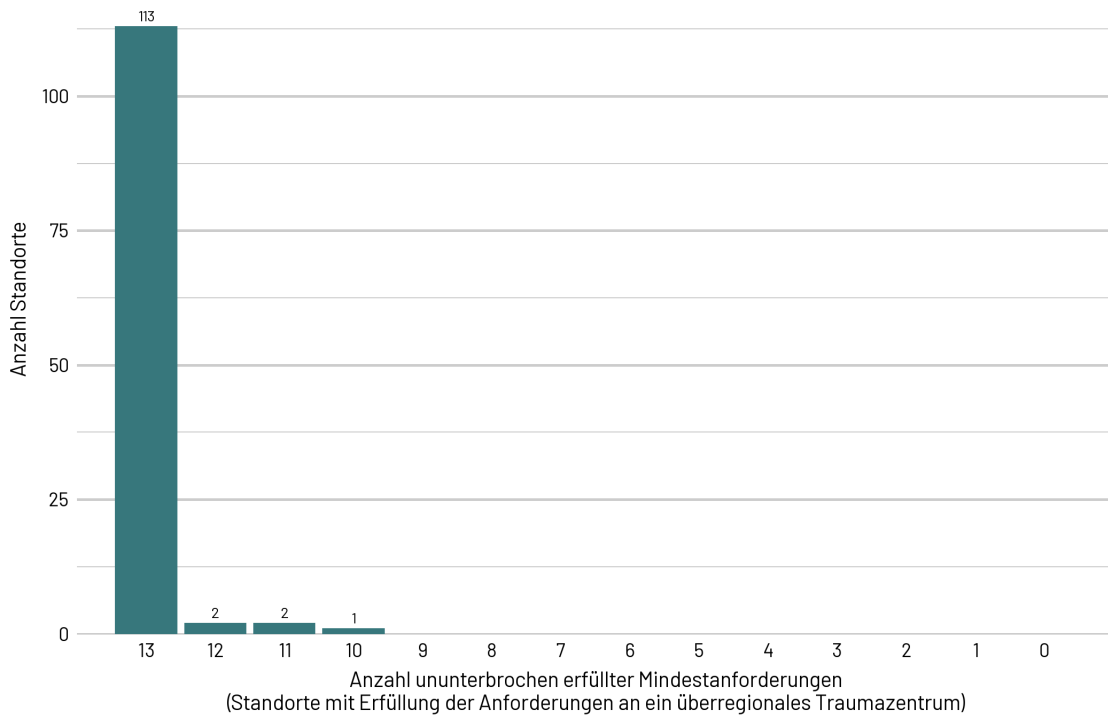


Abbildung 6: Darstellungsbeispiel: Anzahl der Standorte mit ununterbrochener Erfüllung der Mindestanforderungen, Standorte mit Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum (n = 118), Anzahl maximal zu erfüllender Mindestanforderungen: 13

Die Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum wird ebenso mit Daten des vorangegangenen Erfassungsjahres dargestellt (Tabelle 8). Diese Darstellung gibt einen Aufschluss über die zugrunde liegenden Grundgesamtheiten der nachfolgenden Darstellungen.

Tabelle 8: Darstellungsbeispiel: Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum

Standorte	2023		2024	
	n	Anteil	n	Anteil
Die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum sind vollständig erfüllt	132	14,97 %	123	13,96 %
Die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum sind nicht vollständig erfüllt	750	85,03 %	758	86,04 %

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

Verortung in Abschnitt 3.2 des Gliederungskonzeptes gemäß Tabelle 4

Das in Tabelle 9 gezeigte Beispiel baut auf der Darstellung des Jahresberichtes zum Erfassungsjahr 2024 auf. Anzahl sowie Anteil der Tage mit Angabe einer Erfüllung bzw. Nichterfüllung für jede Mindestanforderung werden aufgeführt. Die Daten werden mit den Ergebnissen des vorherigen Erfassungsjahres dargestellt.

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

Tabelle 9: Darstellungsbeispiel: Spezifische Mindestanforderungen in der Übersicht

Spezifische Mindestanforderungen	Vorjahr		EJ	
	Tage	Anteil	Tage	Anteil
<b>Versorgung in eigenständiger Organisationseinheit</b>				
Tage mit Erfüllung	365,00	100,00 %	366,00	100,00 %
Tage mit Nichterfüllung	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %
<b>Fachärztliche Durchführung oder Anleitung des Eingriffs</b>				
Tage mit Erfüllung	365,00	100,00 %	365,89	99,97 %
Tage mit Nichterfüllung	0,00	0,00 %	0,11	0,03 %
<b>24-stündige (fach-)ärztliche Präsenz oder Rufbereitschaft</b>				
Tage mit Erfüllung	365,00	100,00 %	365,62	99,90 %
Tage mit Nichterfüllung	0,00	0,00 %	0,38	0,10 %

Spezifische Mindestanforderungen	Vorjahr		EJ	
	Tage	Anteil	Tage	Anteil
<b>Ausstattung des Operationssaals für osteosynthetische und endoprothetische Versorgung</b>				
Tage mit Erfüllung	365,00	100,00 %	366,00	100,00 %
Tage mit Nichterfüllung	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %
<b>Geriatrische Kompetenz für Patientinnen und Patienten mit geriatrischem Screening</b>				
Tage mit Erfüllung (gesamt)	365,00	100,00 %	365,15	99,77 %
▪ Tage mit Erfüllung über Inanspruchnahme der Übergangsregelung*	67,04	18,37 %	50,08	13,68 %
▪ Tage ohne Erfüllung über Inanspruchnahme der Übergangsregelung*	297,96	81,63 %	315,07	86,08 %
Tage mit Nichterfüllung	0,00	0,00 %	0,85	0,23 %
<b>Tägliche physiotherapeutische Versorgung möglich</b>				
Tage mit Erfüllung	365,00	100,00 %	365,90	99,97 %
Tage mit Nichterfüllung	0,00	0,00 %	0,10	0,03 %

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

**Darstellung der einzelnen Mindestanforderungen (bundesweit)**

Verortung in den Abschnitten 3.3 bis 3.5 des Gliederungskonzepts gemäß Tabelle 4

Die Darstellung der einzelnen Mindestanforderungen baut auf der Struktur des Jahresberichtes zum Erfassungsjahr 2024 auf. Abbildung 7 stellt die Strukturdaten im Überblick dar.

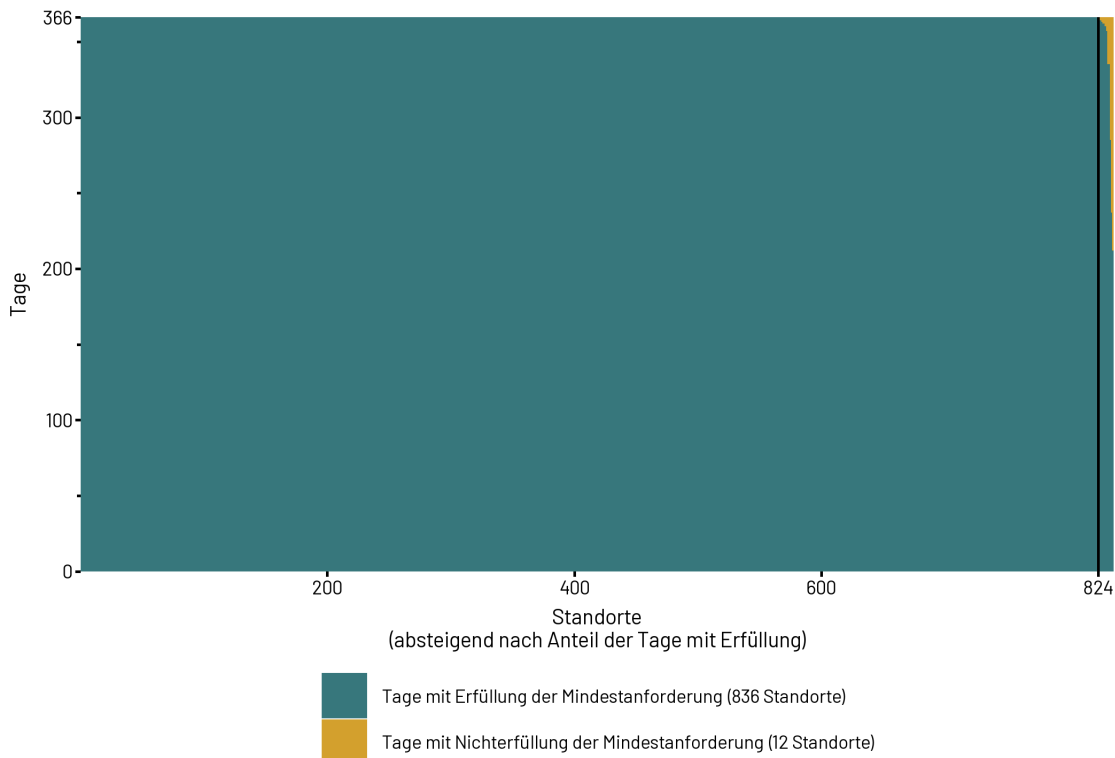


Abbildung 7: Darstellungsbeispiel: Diagramm mit Strukturdaten einer Mindestanforderung: Tage mit Erfüllung und mit Nichterfüllung (Standorte mit Tagen mit Erfüllung und mit Nichterfüllung werden in beiden Kategorien gezählt) (n = 836)

Der Bereich der Grafik, der Standorte mit Nichterfüllung abbildet, wird zusätzlich in einer gesonderten Darstellung betrachtet, sofern für diese Mindestanforderung Nichterfüllungen gemeldet wurden. Die Ausgabe von Lage- und Streuungsmaßen erfolgt, wenn mindestens 3 Standorte Tage mit Nichterfüllungen gemeldet haben (Darstellungsbeispiel Abbildung 8). Meldeten weniger als drei Standorte eine Nichterfüllung, werden die Lage- und Streuungsmaße nicht ausgewertet (Abbildung 9).

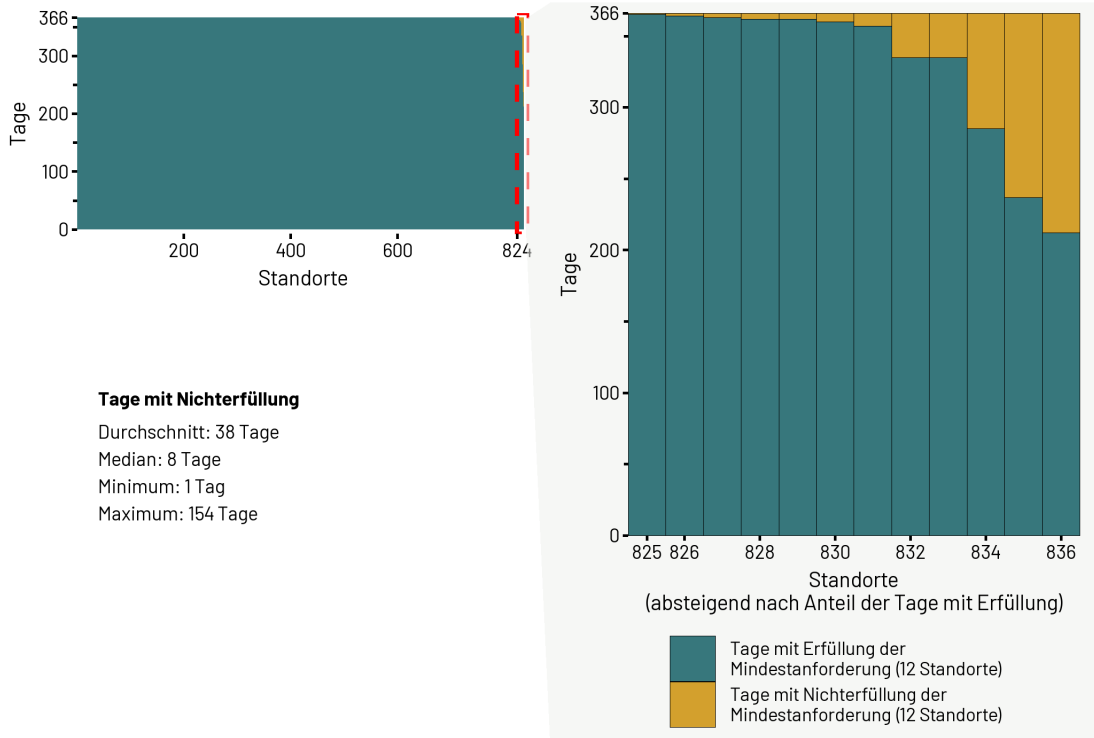


Abbildung 8: Darstellungsbeispiel: Detailansicht zu Tagen mit Nichterfüllung (Standorte mit Tagen mit Erfüllung und mit Nichterfüllung werden in beiden Kategorien gezählt): Angabe einer Nichterfüllung von  $\geq 3$  Standorten

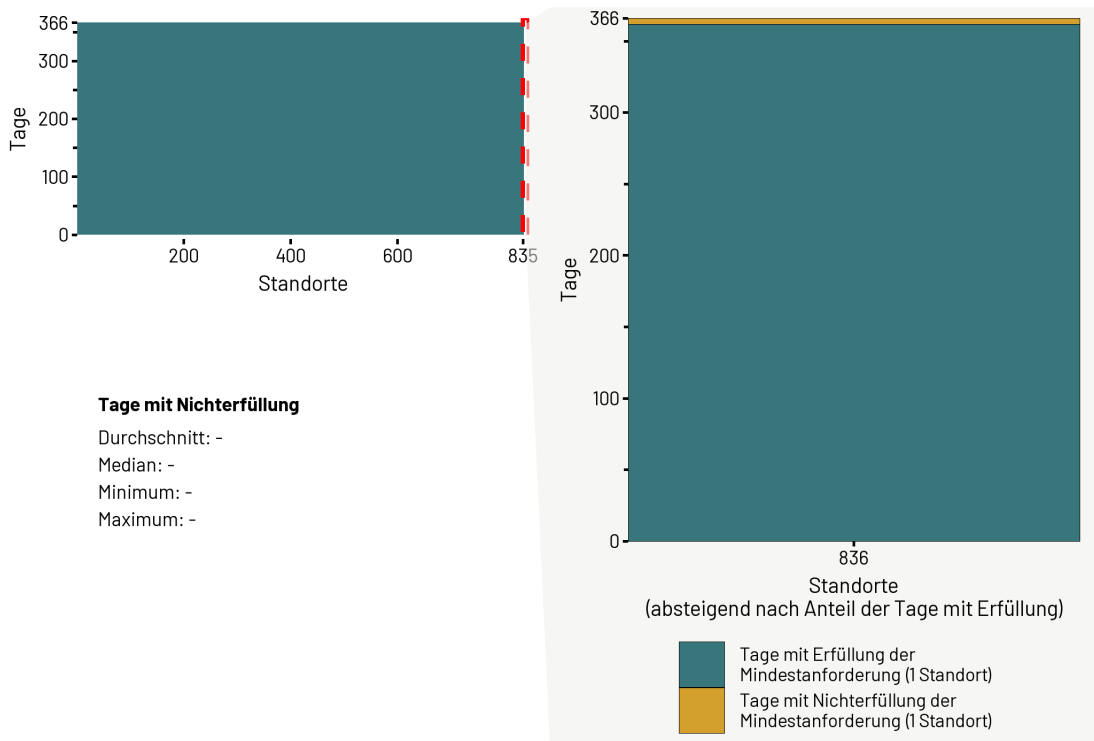


Abbildung 9: Darstellungsbeispiel: Detailansicht zu Tagen mit Nichterfüllung (Standorte mit Tagen mit Erfüllung und mit Nichterfüllung werden in beiden Kategorien gezählt): Angabe einer Nichterfüllung von  $< 3$  Standorten

Eine detaillierte Darstellung der Strukturdaten zur betreffenden Mindestanforderung kann der beispielhaften Tabelle 10 entnommen werden. Bei der Darstellung der allgemeinen Mindestanforderungen entfällt die Stratifizierung nach Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum.

Tabelle 10: Darstellungsbeispiel: Tabellarische Zusammenfassung der Strukturdaten einer Mindestanforderung

Mindestanforderung	erfüllt		nicht erfüllt	
	Tage	Anteil	Tage	Anteil
<b>Fachärztliche Durchführung oder Anleitung des Eingriffs</b>	365,89	99,97 %	0,11	0,03 %
davon in Standorten mit Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum (n = 124)	366,00	100,00 %	0,00	0,00 %
davon in Standorten ohne Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum (n = 759)	365,87	99,97 %	0,13	0,03 %

Im Erfassungsjahr 2025 enthält diese Tabelle zudem eine quantitative Auswertung der Gründe für eine Nichterfüllung (gemäß Anforderung in § 8 Abs. 2 Satz 2 QSFFx-RL; nur bis EJ 2025).

Tabelle 11: Darstellungsbeispiel: Tabellarische Zusammenfassung der Strukturdaten einer Mindestanforderung (EJ 2025).

Mindestanforderung	erfüllt		nicht erfüllt		bei Nichterfüllung: davon mit Angabe der Gründe	
	Tage	Anteil	Tage	Anteil	Anzahl	Anteil
<b>Fachärztliche Durchführung oder Anleitung des Eingriffs</b>	365,89	99,97 %	0,11	0,03 %	2	10,00 %
davon in Standorten mit Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum (n = 124)	366,00	100,00 %	0,00	0,00 %	0	- %
davon in Standorten ohne Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum (n = 759)	365,87	99,97 %	0,13	0,03 %	2	10,00 %

Abschließend wird im Erfassungsjahr 2025 je Mindestanforderung eine Freitextauswertung der Gründe für eine Nichterfüllung dargestellt, sofern Gründe angegeben wurden (Abbildung 10).

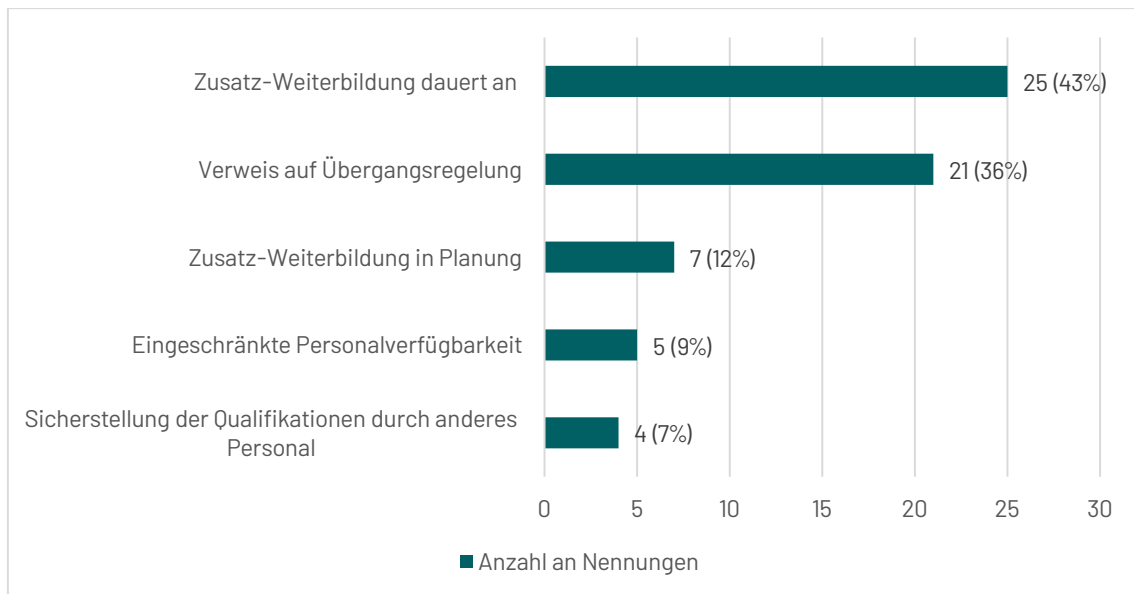


Abbildung 10: Darstellungsbeispiel: Anzahl der genannten Gründe für die Nichterfüllung einer Mindestanforderung (Mehrfachnennung möglich)

### 6.3 Darstellung der standortbezogenen Strukturdaten

Format und Darstellung der standortbezogenen Strukturdaten bauen auf den Erläuterungen in Abschnitt 5.1 auf. Empfohlene Felder und Kennzahlen für die maschinenlesbare Datenbank für die Erfassungsjahre 2025 und folgende finden sich in Tabelle 12. Es werden nur Auswertungsergebnisse und keine Rohdaten übermittelt.

Tabelle 12: Strukturdaten in der standortbezogenen Auswertung (maschinenlesbare Datenbank) (EJ 2025 und folgende)

Variablen	Erläuterung
Standort	Pseudonym des Standortes
Beleg zur Erfüllung vollständig geführt	entsprechend Anforderung in § 8 Abs. 7 Satz 7 QSFFx-RL; maschinenlesbare Datenbank enthält nur Standorte mit vollständiger Strukturabfrage (Vollständig = Daten der Strukturabfrage und Konformitätserklärung übermittelt)
Anzahl der maximal möglichen Tage im Meldezeitraum des Erfassungsjahres	Anzahl der Tage zwischen Stichtag und 31. Dezember der Erfassungsjahres (max. 365 bzw. 366 Tage)
Anzahl der Tage mit Erfüllung der Mindestanforderungen	Anzahl der Tage im Meldezeitraum mit Angabe der Erfüllung aller Mindestanforderungen (max. 365 bzw. 366 Tage)
Anzahl der Tage mit Angabe der Nichterfüllung mindestens einer Mindestanforderung	Stellt den unter § 7 Abs. 1 QSFFx-RL genannten Fall dar (max. 365 bzw. 366 Tage)

<b>Variablen</b>	<b>Erläuterung</b>
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 ganzjährig erfüllten Mindestanforderungen	Anzahl der Mindestanforderungen, für die eine ganzjährige Erfüllung (365 bzw. 366 Tage) angegeben wurde
Anzahl der mindestens einen Tag nicht erfüllten Mindestanforderungen	Anzahl der Mindestanforderungen, für die mindestens für einen Tag eine Nichterfüllung im Meldezeitraum (max. 365 bzw. 366 Tage) angegeben wurde
Anzahl der Tage mit Angabe einer Erfüllung für jede Mindestanforderung im Meldezeitraum	Anzahl der Tage (max. 365 bzw. 366 Tage)
Anzahl der Tage mit Angabe einer Nichterfüllung für jede Mindestanforderung im Meldezeitraum	Anzahl der Tage (max. 365 bzw. 366 Tage)
freiwillige Angabe von Gründen der Nichterfüllung*	Freitext(e) des entsprechenden Datenfeldes
Inanspruchnahme eines Ausnahmetatbestandes oder einer Übergangsregelung	Anzahl der Tage mit Inanspruchnahme (max. 365 bzw. 366 Tage)
freiwillige Angabe von Gründen bei Inanspruchnahme eines Ausnahmetatbestandes oder einer Übergangsregelung*	Freitext(e) des entsprechenden Datenfeldes

\* Freitextangabe von Gründen nur noch in Erfassungsjahr 2025 möglich. Personen- oder standortidentifizierende Angaben werden bei der Darstellung durch „xxx“ ersetzt.

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

Die Aufbereitung der Daten für den strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser erfolgt ausschließlich standortbezogen. Seit dem Erfassungsjahr 2024 werden die Angaben gemäß Checkliste aus Anlage 3 in den strukturierten Qualitätsbericht aufgenommen. Die Daten werden im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser an folgender Stelle verortet: C-6.2 Strukturabfrage zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur.

Die Darstellung der Daten erfolgt gemäß den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) und ist der gültigen Version zu entnehmen.

## 8 Diskussion

Das vorliegende Konzept enthält Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Auswertung und Darstellung der Ergebnisse der jährlichen Strukturabfragen zur QSFFx-RL. Auswertungsempfehlungen sind generell anwendbar und nicht auf einzelne Erfassungsjahre beschränkt. Auf Basis des Konzeptes sollen die aktualisierten 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 2024b). Kernaufgabe des IQTIG ist „die Entwicklung von Verfahren [...] zur Messung und Bewertung der Versorgungsqualität“ (IQTIG 2024b: 38). Sowohl die in der QSFFx-RL enthaltenen Struktur- und Prozessvorgaben als auch das zu verwendende Erfassungsinstrument sind vom G-BA verbindlich vorgegeben. 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 QSFFx-RL bis einschließlich 2025 beschrieben. Da es sich um Freitextangaben der Krankenhäuser handelt, können diese sowohl qualitativ als auch quantitativ ausgewertet werden. Auf eine umfängliche Diskussion qualitativer Analysemethoden hinsichtlich ihrer *limitierten Objektivität* soll an dieser Stelle verzichtet werden. Zunächst soll der Leser bzw. der Leserin einen Überblick zur generellen Nutzung dieser Möglichkeit durch die Krankenhäuser erhalten. 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, die in einigen Fällen mit einer ungenauen Darstellung des dahinter liegenden Sachverhaltes einhergeht. Beispielsweise wird ein Datenfeld gemäß Spezifikation als „Chirurgische und/oder orthopädische Abteilung“ im Auswertungs- und Berichtskonzept empfohlen, wohingegen es in der Anlage 3 der Richtlinie wie folgt formuliert ist: „Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Chirurgie oder Unfallchirurgie oder Allgemeine Chirurgie 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 im Anhang des Jahresberichtes zu finden sein wird.

## 8.2 Limitationen

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“. Dies soll über Standardvorgehensweisen (Standard Operating Procedures; SOP) geschehen, deren Inhalte in Anlage 2 der QSFFx-RL näher definiert sind. Anzumerken ist an dieser Stelle, dass im Rahmen der Strukturabfrage lediglich das Vorliegen einer SOP – also die zugrunde liegende Struktur – erhoben wird. Ob jedoch die Vorgaben der SOP eingehalten wurden, wird nicht abgefragt.

Ferner definieren einige Mindestanforderungen, die im Rahmen der Strukturabfrage erhoben werden, bereits Prozesse, sodass es sich nicht mehr nur um eine Strukturabfrage im eigentlichen Sinne handelt. In § 3 Abs. 1 Satz 1 Buchst. g QSFFx-RL (Checklistenitem A5 gemäß Anlage 3 QSFFx-RL) heißt es bspw. „es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung“.

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 2019: 174). Eine interne Validierung in Form einer 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 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)<sup>6</sup>; ihre Ergebnisse werden jedoch in den Berichtsformaten nicht dargestellt.

Es ist zu beachten, dass die Ergebnisse der Strukturabfrage lediglich die Erfüllung der in der QSFFx-RL geregelten Mindestanforderungen darstellen. Ein Umsetzungsgrad wurde bisher vom G-BA nicht definiert und kann daher in den Jahresberichten gemäß § 8 Abs. 5 QSFFx-RL noch nicht dargestellt werden. Das IQTIG prüft, ob der Umsetzungsgrad, der gemäß Beauftragung zur Evaluation der QSFFx-RL geprüft wird (G-BA 2021), mit den Daten der Strukturabfrage dargestellt werden kann. Zudem sind aus den Jahresberichten allein keine Aussagen zur Versorgungsqualität und zur Erreichung der Ziele der Richtlinie aus § 2 QSFFx-RL abzuleiten.

Eine weitere Limitation könnte in einem unterschiedlichen Umgang mit der Möglichkeit der Abmeldung (§ 6 Abs. 1 Satz 8 QSFFx-RL) und der Meldung einer Nichterfüllung/Wiedererfüllung bestehen (§ 6 Abs. 1 Satz 3 QSFFx-RL): Erfüllt ein Standort eine Mindestanforderung nicht mehr, hat er die Möglichkeit, sich abzumelden oder eine Nichterfüllung zu melden. Meldet er sich ab, wird

---

<sup>6</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 17. Juli 2025, in Kraft getreten am 9. Oktober 2025. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/102/> (abgerufen am: 15.05.2025)

der Zeitraum der Abmeldung nicht zum Zeitraum der Leistungserbringung gezählt, 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 ihm nicht erfüllt wurden.

### **Limitationen des Auswertungs- und Berichtskonzeptes**

Änderungen der Spezifikation oder Anpassungen der Richtlinie können ggf. zur Nichtdarstellbarkeit von Kennzahlen führen. Anpassungen des Konzeptes sollten möglichst so vorgenommen werden, dass der Beschluss zur Anwendung rechtzeitig vor Erstellung des jeweils nächsten Jahresberichtes vorliegt.

## 9 Fazit und Ausblick

Das Strukturverfahren gemäß QSFFx-RL befindet sich im Regelbetrieb, trotzdem sind Änderungen der Richtlinie weiterhin möglich. Deren Auswirkungen auf das Auswertungs- und Berichtskonzept gilt es dann zu prüfen, um eventuelle Anpassungen vorzunehmen. Darüber hinaus ist eine Weiterentwicklung in Form einer Implementation der Prüfungen gemäß MD-QK-RL denkbar, um die Datenvalidität transparent darzustellen. Aufbauend auf dem vorliegenden Auswertungs- und Berichtskonzept empfiehlt das IQTIG in regelmäßigen mehrjährigen Abständen in Zusammenarbeit mit dem G-BA eine stetige Weiterentwicklung und Anpassung der Berichtsformate. 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] (2021): Management of Hip Fractures in the Elderly. Evidence-Based Clinical Practice Guideline. Published: 03.12.2021. Rosemont, US-IL: AAOS. URL: <https://www.aaos.org/globalassets/quality-and-practice-resources/hip-fractures-in-the-elderly/hipfxcpqg.pdf> (abgerufen am: 19.02.2025).

DGU [Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie]; Hrsg. (2012): Weißbuch Schwerverletztenversorgung. Empfehlungen zur Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletztenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland. 2., erweiterte Auflage. Stand: Mai 2012. (Orthopädie und Unfallchirurgie, Mitteilungen und Nachrichten, Supplement 1, Juni 2012). Stuttgart: Georg Thieme. 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: 18.07.2024).

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: 19.02.2025).

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: 19.02.2025).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur: Änderungen für das Jahr 2024. [Stand:] 20.06.2024. Berlin: G-BA. BAnz AT 19.09.2024 B2. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6683/2024-06-20\\_QSFFx-RL\\_Aenderungen-2024\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6683/2024-06-20_QSFFx-RL_Aenderungen-2024_BAnz.pdf) (abgerufen am: 19.09.2025).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): 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: 19.02.2025).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022): Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur. Auswertungs- und Berichtskonzept zur Strukturabfrage gemäß QSFFx-RL für die Erfassungsjahre 2023 und 2024. Stand: 09.12.2022.

Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG\\_QSFFx-Auswertungs-und-Berichtskonzept\\_2022-12-09\\_01.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_QSFFx-Auswertungs-und-Berichtskonzept_2022-12-09_01.pdf) (abgerufen am: 19.02.2025).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023): Evaluation zu Auswirkungen der Anforderungen der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) auf die Versorgungsqualität. Zwischenbericht 2023. Stand: 22.11.2023. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024a): Hüftgelenkversorgung: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung. Auswertungsjahr 2024. Berichtszeitraum Q1/2023 – Q4/2023. Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach QSKH-RL (Prospektive Rechenregeln, Veröffentlichungsversion). Stand: 31.05.2024. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/auswertung/aj2024/hqv-osfrak/DeQS-RL\\_HGV-OSFRAK\\_AJ2024\\_QIDB-RR-E\\_V02\\_2024-05-31.pdf](https://iqtig.org/downloads/auswertung/aj2024/hqv-osfrak/DeQS-RL_HGV-OSFRAK_AJ2024_QIDB-RR-E_V02_2024-05-31.pdf) (abgerufen am: 19.02.2025).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024b): Methodische Grundlagen V2.1. [Stand:] 27.11.2024. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen\\_Version-2.1\\_2024-11-27.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.1_2024-11-27.pdf) (abgerufen am: 19.09.2025).

IQTIG [Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024c): Strukturabfrage zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur. Berichtsjahr 2023. Jahresbericht gemäß QSFFx-RL. [Stand:] 15.08.2024. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/auswertung/ej2023/ffx/QSFFx-RL\\_FFX\\_EJ2023\\_JAHRB\\_V01\\_2024-08-15.pdf](https://iqtig.org/downloads/auswertung/ej2023/ffx/QSFFx-RL_FFX_EJ2023_JAHRB_V01_2024-08-15.pdf) (abgerufen am: 30.09.2025).

IQTIG [Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen] (2025): Strukturabfrage zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur. Erfassungsjahr 2024. Jahresbericht gemäß QSFFx-RL. [Stand:] 25.07.2025. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/auswertung/ej2024/ffx/QSFFx-RL\\_FFX\\_EJ2024\\_JAHRB\\_V01\\_2025-07-25.pdf](https://iqtig.org/downloads/auswertung/ej2024/ffx/QSFFx-RL_FFX_EJ2024_JAHRB_V01_2025-07-25.pdf) (abgerufen am: 20.10.2025).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2023): NICE Clinical Guideline CG124. Hip fracture: management [Guidance]. Published: 22.06.2011, last updated: 06.01.2023. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-4923-6. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg124/resources/hip-fracture-management-pdf-35109449902789> (abgerufen am: 19.02.2025).

## Anhang

Tabelle 13: Auflistung aller für die Mindestanforderungen verwendeten Kurzbezeichnungen und Verortung in der Checkliste (Anlage 3 QSFFx-RL)

Verortung in Checkliste gemäß Anlage 3	Kurzbezeichnung	ausformulierte Mindestanforderung
A1.1	Chirurgische und/oder orthopädische Abteilung am Standort	Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Chirurgie oder Unfallchirurgie oder Allgemeine Chirurgie oder Orthopädie oder Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort.
A1.2	Innere Medizin am Standort	Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Innere Medizin am Standort
A2	Für die Notfallversorgung verantwortliche/r Ärztin/Arzt und Pflegekraft benannt	Es sind jeweils ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet und im Bedarfsfall verfügbar sind.
A2.1	Ärztliche Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“	Der für die Notfallversorgung benannte Arzt verfügt über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“.
A2.2	Pflegerische Weiterbildung „Notfallpflege“	Die für die Notfallversorgung benannte Pflegekraft verfügt über die Weiterbildung „Notfallpflege“.
A2.3	Teilnahme an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin	Der für die Notfallversorgung benannte Arzt und die für die Notfallversorgung benannte Pflegekraft nehmen regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil.
A3	Fachärztliche Verfügbarkeit Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von 30 Minuten	Es ist jeweils ein Facharzt im Gebiet Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar.
A4.1	Mindestens sechs intensivmedizinische Betten	Die Intensivstation verfügt über mindestens sechs Intensivtherapiebetten.
A4.2	Mindestens drei intensivmedizinische Betten mit Beatmungsmöglichkeit	Mindestens drei Intensivtherapiebetten sind zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet.

<b>Verortung in Checkliste gemäß Anlage 3</b>	<b>Kurzbezeichnung</b>	<b>ausformulierte Mindestanforderung</b>
A5	Strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten	Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung.
A6.1	Es ist ein Schockraum verfügbar	Es ist ein Schockraum verfügbar.
A6.2	24-stündige Verfügbarkeit von Computertomographie	Die 24-stündige Verfügbarkeit von Computertomographie ist sichergestellt.
A7	Weiterverlegungsmöglichkeit auf dem Luftweg	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 bodengebundenen Zwischentransport (z. B. mit einem Rettungswagen) erreichbar ist.
B1	Versorgung in eigenständiger Organisationseinheit	Die Versorgung der Patienten erfolgt in einer ärztlich geleiteten Fachabteilung, die eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses ist.
B2	Fachärztliche Durchführung oder Anleitung des Eingriffs	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.
B3	24-stündige (fach-) ärztliche Präsenz oder Rufbereitschaft	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 Unfallchirurgie, ist zusätzlich ein Rufbereitschaftsdienst mit eben dieser Qualifikation sichergestellt.
B4	Ausstattung des Operationssaals für osteosynthetische und endoprothetische Versorgung	Die Einrichtung und Ausstattung des Operationssaals lässt sowohl osteosynthetische als auch endoprothetische Versorgungen zu. Entsprechende Implantate und Instrumente stehen jederzeit zur Verfügung.

<b>Verortung in Checkliste gemäß Anlage 3</b>	<b>Kurzbezeichnung</b>	<b>ausformulierte Mindestanforderung</b>
B5	Geriatrische Kompetenz für Patienten mit geriatrischem Screening	Für Patienten mit positivem geriatrischem 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.
B6	Tägliche physiotherapeutische Versorgung möglich	Physiotherapie durch einen Physiotherapeuten / eine Physiotherapeutin steht täglich für jeden Patienten zur Atemgymnastik und frühzeitigen Mobilisierung ab dem ersten postoperativen Tag zur Verfügung.
C1	SOP „Besondere Situationen der Einwilligungsfähigkeit“	Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP „Besondere Situationen der Einwilligungsfähigkeit“ gemäß Anlage 2.
C2	SOP „Perioperative Planung“	Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP „Perioperative Planung: Priorisierung von Eingriffen, Planung von OP-Kapazitäten, Planung von OP-Teams“ gemäß Anlage 2.
C3	SOP „Operationsverfahren“	Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP „Operationsverfahren“ gemäß Anlage 2.
C4	SOP „Umgang mit gerinnungshemmender Medikation“	Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP „Umgang mit gerinnungshemmender Medikation“ gemäß Anlage 2.
C5	SOP „Patientenorientiertes Blutmanagement (PBM)“	Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP „Patientenorientiertes Blutmanagement (PBM)“ gemäß Anlage 2.
C6	SOP „Ortho-geriatrische Versorgung“	Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP „Ortho-geriatrische Zusammenarbeit für Patienten mit positivem geriatrischem Screening“ gemäß Anlage 2.
C7	SOP „Physiotherapeutische Maßnahmen“	Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP „Physiotherapeutische Maßnahmen“ gemäß Anlage 2.