

Qualitätskontrollen gemäß MD-QK-RL des GBA gemäß §275a SGB V

Dr. Peter Dinse

Krankenhaus-Qualitätstag NRW der KGNW am 17.06.2021

Geschäftsführer: Dr. Martin Rieger
Ärztlicher Direktor: Dr. Peter Dinse

© MDK Westfalen-Lippe

MDK MEDIZINISCHER DIENST
DER KRANKENVERSICHERUNG
WESTFALEN-LIPPE

Agenda

- Rechtsrahmen der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie (MD-QK-RL)
- Qualitätskontrollen der Medizinischen Dienste
am Beispiel
der Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenksnahen
Femurfraktur (QSFFx-RL) des GBA vom 17.12.2020

§ 275a SGB V: Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst

1) Der Medizinische Dienst führt nach Maßgabe der folgenden Absätze und der **Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137** Absatz 3 Kontrollen zur Einhaltung von Qualitätsanforderungen in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern durch. Voraussetzung für die Durchführung einer solchen Kontrolle ist, dass der Medizinische Dienst hierzu **von einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 festgelegten Stelle oder einer Stelle nach Absatz 4 beauftragt wurde**. Die Kontrollen sind **aufwandsarm** zu gestalten und **können unangemeldet** durchgeführt werden.

§ 275a SGB V: Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst

(2) Art und Umfang der vom Medizinischen Dienst durchzuführenden Kontrollen bestimmen sich abschließend nach dem konkreten Auftrag, den die in den Absätzen 3 und 4 genannten Stellen erteilen. Der Auftrag muss bei **Kontrollen, die durch Anhaltspunkte begründet sein müssen**, in einem **angemessenen Verhältnis zu den Anhaltspunkten stehen**, die Auslöser für die Kontrollen sind. Gegenstand der Aufträge können sein

1. die **Einhaltung der Qualitätsanforderungen** nach den §§ 135b und 136 bis 136c,
2. die **Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation** der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung und
3. die **Einhaltung der Qualitätsanforderungen der Länder**, soweit dies landesrechtlich vorgesehen ist.

Werden bei Durchführung der Kontrollen **Anhaltspunkte für erhebliche Qualitätsmängel offenbar, die außerhalb des Kontrollauftrags liegen**, so teilt der Medizinische Dienst diese dem Auftraggeber nach Absatz 3 oder Absatz 4 sowie dem Krankenhaus unverzüglich mit. Satz 2 gilt nicht für Stichprobenprüfungen zur Validierung der Qualitätssicherungsdaten nach § 137 Absatz 3 Satz 1.

§ 275a SGB V: Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst

(3) Die **vom Gemeinsamen Bundesausschuss hierfür bestimmten Stellen beauftragen** den Medizinischen Dienst nach Maßgabe der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 mit Kontrollen nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 3 Nummer 1 und 2. Soweit der Auftrag auch eine Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation nach Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 beinhaltet, sind dem Medizinischen Dienst vom Gemeinsamen Bundesausschuss die Datensätze zu übermitteln, die das Krankenhaus im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung den zuständigen Stellen gemeldet hat und deren Richtigkeit der Medizinische Dienst im Rahmen der Kontrolle zu prüfen hat.

(4) Der Medizinische Dienst kann auch von den für die Krankenhausplanung zuständigen Stellen der Länder mit Kontrollen nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 3 Nummer 3 beauftragt werden.

=> Beauftragende Stellen, insbesondere: KK, GBA, IQTIG, Länder

Gesetzliche Vorgaben im SGB V und Richtlinien des GBA

Den Vorgaben ist nachzukommen.

Hierbei werden dem BGA, den Kassen und Ersatzkassen, den Medizinischen Diensten und den Kliniken definierte Rollen zugewiesen.

Die Kontrollen nach MD-QK-RL erfordern ein

- einheitliches und
- nachvollziehbares

Vorgehen

und eine gute Kommunikation.

MD-QK-RL: Stand 04.05.2021



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

[Über den G-BA](#)

[Themen](#) [› Richtlinien](#)

[Beschlüsse](#)

[Bewertungsverfahren](#)

[Startseite](#) // [Richtlinien](#) // [Qualitätssicherung](#) // [MD-Qualitätskontroll-Richtlinie](#)

MD-Qualitätskontroll-Richtlinie

Richtlinie zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes – MD-QK-RL

Die Richtlinie regelt die Grundsätze zu den Qualitätskontrollen des Medizinischen Dienstes (MD) in Krankenhäusern. Sie legt die Anhaltspunkte fest, aus denen sich eine Qualitätskontrolle ergeben kann, und regelt generelle Fragen zu Beauftragung, Umfang, Art und Verfahren der Kontrollen sowie zum Umgang mit den Ergebnissen.

[!\[\]\(51514032c8ca341817228f39f1307b05_img.jpg\) Dokument zum Download](#)

(pdf 256.85 kB)

Fassung vom:

21.12.2017 BAnz AT 12.12.2018 B2

Letzte Änderung:

17.12.2020 BAnz AT 03.05.2021 B2

In Kraft getreten am:

04.05.2021

MD-QK-RL

Teil A – Allgemeiner Teil (§1-§17)

Teil B – Besonderer Teil (§1-§36)

Abschnitt 1 (§1-§7)
Kontrolle der Dokumentation
der externen QS im KH

Abschnitt 2 (§8-§24)
Kontrolle der Qualitätsanforderungen
gem. §136 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

Abschnitt 3 (§25-§36)
Kontrolle der Einhaltung von
Regelungen zu Notfallstrukturen

QSKH-RL RL über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
außer Kraft ab 01.01.2021

Plan. QI-RL RL zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren
Indikatoren aus den indirekten /landesbezogenen QS-Verfahren → IQTIG

DeQS-RL RL zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung sektorenübergreifende
und sektorspezifische Verfahren der ambulanten und stationären Qualitätssicherung
(Landesarbeitsgemeinschaften, IQTIG, z.B. Cholezystektomie, Transplantationsmedizin)

MD-QK-RL

Teil A – Allgemeiner Teil (§1-§17)

Teil B – Besonderer Teil (§1-§36)

Abschnitt 1 (§1-§7)
Kontrolle der Dokumentation
der externen QS im KH

Abschnitt 2 (§8-§24)
Kontrolle der Qualitätsanforderungen
gem. §136 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

Abschnitt 3 (§25-§36)
Kontrolle der Einhaltung von
Regelungen zu Notfallstrukturen

Unterabschnitt 1 (§8-§9) Allgemeine Vorschriften

Unterabschnitt 2 (§10-§14) Kontrollen aufgrund von Anhaltspunkten

Unterabschnitt 3 (§15-§19) Kontrollen aufgrund von Stichproben

Unterabschnitt 4 (§20-§24) Anlassbezogene Kontrollen

MD-QK-RL

Teil A – Allgemeiner Teil (§1-§17)

Teil B – Besonderer Teil (§1-§36)

Abschnitt 1 (§1-§7)

Kontrolle der Dokumentation der externen QS im KH

Abschnitt 2 (§8-§24)

Kontrolle der Qualitätsanforderungen
gem. §136 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

Abschnitt 3 (§25-§36)

Kontrolle der Einhaltung von
Regelungen zu Notfallstrukturen

Unterabschnitt 1 (§25-§26) Allgemeine Vorschriften

Unterabschnitt 2 (§27-§31) Kontrollen aufgrund von Anhaltspunkten

Unterabschnitt 3 (§32-§36) Kontrollen aufgrund von Stichproben

Aktueller Stand

Richtlinien gemäß Abschnitt 2 / 3	Aktueller Stand	Aufgenommen in Anlage zu Teil B Abs. 2
QFR-RL	In Kraft	x
QBAA-RL	In Kraft	x
MHI-RL	In Kraft	x
KiHe-RL	In Kraft	x
KiOn-RL	In Kraft	x
QSFFx-RL	In Kraft	x
LDR-Brachytherapie	In Kraft	
RL-Liposuktion Stadium III	In Kraft	
RL Bronchoskopische Lungenvolumenreduktion	In Kraft	
Beschluss Lungendeneravierung durch Katheterablation	In Kraft	
Beschluss gestuftes System Notfallstrukturen (Abs. 3)	In Kraft	
PPP-RL	In Kraft	
Beschluss CAR-T-Zell	In Kraft	
Beschluss Zolgensma	In Kraft	

Im Zeitraum 27.03.2020 bis 30.06.2021 werden gemäß GBA-Beschluss in den Krankenhäusern keine Qualitätskontrollen des MD gemäß der MD-QK-Richtlinie durchgeführt.

Agenda

- Rechtsrahmen der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie (MD-QK-RL)
- Qualitätskontrollen der Medizinischen Dienste
am Beispiel
der Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenksnahen
Femurfraktur (QSFFx-RL) des GBA vom 17.12.2020

Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses
über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von
Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß
§ 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V
zugelassene Krankenhäuser

(Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen
Femurfraktur/QSFFx-RL)

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

zuletzt geändert am 17. Dezember 2020
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 07.04.2021 B3)
in Kraft getreten am 8. April 2021

QSFFx – RL: §2 Ziele

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

QSFFx-RL: §3 Allgemeine Mindestanforderungen Abs. 1

Das Krankenhaus hat bezogen auf den Standort jederzeit zu erfüllen:

- a) das Krankenhaus **verfügt** mindestens über die Fachabteilungen **Chirurgie oder Unfallchirurgie sowie Innere Medizin am Standort**
- b) es sind jeweils ein für die **Notfallversorgung verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft** benannt, die **fachlich und organisatorisch eindeutig** der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind und im Bedarfsfall **verfügbar** sind
=> Dienstplan
- c) der in Buchstabe b genannte **Arzt** verfügt über die **Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“** und die in Buchstabe b genannte **Pflegekraft** verfügt über die Weiterbildung **„Notfallpflege“**
=> Weiterbildungsurkunden

QSFFx-RL: §3 Allgemeine Mindestanforderungen Abs. 1

Das Krankenhaus hat bezogen auf den Standort jederzeit zu erfüllen:

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

Sichtweise der SEG 4 - **Strukturmerkmalsbewertung (SMB)**

Fachärzte Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesie innerhalb maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar

Die Verfügbarkeit einer Ärztin/eines Arztes innerhalb von 30 Minuten am Patienten ist **im Regelfall nur bei Anwesenheit der Ärztin/des Arztes im Krankenhaus erfüllbar**.

Sofern die Verfügbarkeit einer Fachärztin/eines Facharztes innerhalb von 30 Minuten am Patienten **nicht durch einen Schichtdienst oder Bereitschaftsdienst mit Anwesenheit im Krankenhaus** sichergestellt wird, ist für die 30 minütige Verfügbarkeit ein **gesonderter Nachweis erforderlich**. Dieser Nachweis ist in Form einer **schriftlichen Dienstanweisung, Betriebsvereinbarung oder ergänzenden arbeitsvertraglichen Regelung** zu erbringen. **Nicht ausreichend** ist z. B. die alleinige Vorlage einer generellen Bestätigung der Geschäftsführung, Leitender Ärztinnen/Ärzte, einer individuellen Bestätigung der ärztlichen Diensthabenden oder einer SOP.

Unabhängig von der vom Krankenhaus eingerichteten Dienstform muss die Verfügbarkeit am Patienten innerhalb von 30 Minuten **auch unter Berücksichtigung etwaiger anderer dienstlicher Verpflichtungen gewährleistet sein**.

Sichtweise der SEG 4 - **Strukturmerkmalsbewertung** (SMB)

**Fachärzte Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesie
innerhalb maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar**

Zu berücksichtigen sind neben den Rüst- und Wegezeiten auf dem Weg zum Krankenhaus auch die entsprechenden Zeiten auf dem Krankenhausgelände selbst. Sicherzustellen ist binnen längstens 30 Minuten die Verfügbarkeit am Patienten. Über eine „gewöhnliche“ Rufbereitschaft ohne zusätzlichen Nachweis ist eine Anwesenheit am Patienten binnen 30 Minuten nicht plausibel.

QSFFx-RL: §3 Allgemeine Mindestanforderungen Abs. 2

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

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

=> Begehung der Klinik zu Schockraum und CT, ggf. Einsicht in Kooperationsvertrag, Dienstpläne für CT-Betrieb

Sichtweise der SEG 4 - **Strukturmerkmalsbewertung** (SMB)

Kooperation Kooperationsverträge

Kooperationsleistungen sind durch **schriftliche Kooperationsvereinbarungen/-verträge** nachzuweisen. Aus der Vereinbarung/dem Vertrag müssen der erforderliche Leistungszweck, die konkrete Beschreibung der zu erbringenden Leistung, der Leistungsumfang sowie die Leistungsdauer hervorgehen.

QSFFx-RL: §3 Allgemeine Mindestanforderungen Abs. 3

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.

=> **Begehung**

QSFFx-RL: §4 Spezifische Mindestanforderungen Abs. 1 und 2

- (1) Die Versorgung der Patienten hat in einer ärztlich geleiteten Fachabteilung zu erfolgen, die eine **fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses ist.**
=> Begehung
- (2) Die Durchführung der mit den Kombinationen aus Diagnosen und Prozeduren nach Anlage 1 beschriebenen Operationen hat durch oder unter Anleitung und Aufsicht einer **Fachärztin oder eines Facharztes für Chirurgie, für Allgemeinchirurgie, für Orthopädie oder für Orthopädie und Unfallchirurgie** zu erfolgen.
=> Facharzturkunden

QSFFx-RL: §4 Spezifische Mindestanforderungen Abs. 3

(3) Die ärztliche Versorgung in der Fachabteilung nach Absatz 1 ist durch eine täglich **24-stündige Arztpräsenz im Krankenhaus** (Bereitschaftsdienst möglich) sicherzustellen, die auch eine jederzeitige operative Patientenversorgung gewährleistet.

Ist die präsente Ärztin oder der präsente Arzt nicht eine Fachärztin oder ein Facharzt der Qualifikation nach Absatz 2, ist zusätzlich ein Rufbereitschaftsdienst mit eben dieser Qualifikation sicherzustellen.

=> **Dienstpläne**

QSFFx-RL: §4 Spezifische Mindestanforderungen Abs. 5

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, Facharzt mit der Schwerpunktbezeichnung Geriatrie, Facharzt mit der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie, Facharzt mit der fakultativen Weiterbildung klinische Geriatrie, Facharzt mit Fachkunde Geriatrie).

Er ist Teil des behandelnden unfallchirurgisch-geriatrischen, multiprofessionellen Teams.

Dies kann auch im Weg einer **Kooperation** gewährleistet werden

=> Dienstplan, Facharzturkunden, ggf. Kooperationsvertrag

QSFFx-RL: §4 Spezifische Mindestanforderungen Abs. 6

(6) Physiotherapie durch einen Physiotherapeuten/ eine Physiotherapeutin **muss täglich** für jeden Patienten **zur Atemgymnastik** und **frühzeitigen Mobilisierung** ab dem **ersten postoperativen Tag** zur Verfügung stehen.

Diese kann auch im Wege einer **Kooperation** gewährleistet werden

=> **Dienstplan, ggf. Kooperationsvertrag**

QSFFx-RL: §5 Mindestanforderungen an die Prozessqualität Abs. 1

Das Krankenhaus ist verpflichtet, **unverzüglich nach Aufnahme** einer Patientin oder eines Patienten mit einer Diagnose nach Anlage 1 die weitere Versorgung mit dem **Ziel zu planen**, dass die **operative Versorgung innerhalb von 24 Stunden** erfolgt.

Zeigen sich **bei der Planung Hindernisse**, die eine operative Versorgung der Patientin oder des Patienten innerhalb von 24 Stunden entgegenstehen könnten, sind unverzüglich Maßnahmen zu ergreifen, um diese Hindernisse **auszuräumen**.

Insbesondere **für typische Hindernisse** erstellt das Krankenhaus verbindliche, interdisziplinär abgestimmte, schriftliche und jederzeit verfügbare Standard Operating Procedures (**SOP**) entsprechend dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens.

=> Einsicht in SOP der Klinik

QSFFx-RL: §5 Mindestanforderungen an die Prozessqualität Abs. 4

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

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

QSFFx-RL: §5 Mindestanforderungen an die Prozessqualität Abs. 4

Anlage II 2.3 SOP „Operationsverfahren

Diese SOP umfassen Regelungen zu folgenden Punkten:

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

QSFFx-RL: § 6 Nachweisverfahren Abs. 4

1 Kontrollen zur Einhaltung von Qualitätsanforderungen dieser Richtlinie durch den Medizinischen Dienst (MD) erfolgen gemäß der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie.

2 Die dafür notwendigen Unterlagen sind für die Prüfungen vorzuhalten.

QSFFx-RL: §7 Folgen der Nichterfüllung der Mindestanforderungen und Dokumentationspflichten Abs. 1 und 2

- (1) Im Fall einer **Nichterfüllung von Mindestanforderungen** darf die **Versorgung** von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur in der Einrichtung **über die Diagnostik und Erstversorgung hinaus nicht erfolgen.**
- (2) Die **Nichterfüllung von Mindestanforderungen führt zu einem Wegfall des Vergütungsanspruchs.**
Maßgeblich hierfür ist der Status der Erfüllung der Mindestanforderungen zum Zeitpunkt der Aufnahme und der Operation.

QSFFx-RL: §10 Ausnahmetatbestände Abs. 1

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

Anlage III Checkliste zum Nachweis über die Erfüllung der Mindestanforderungen.

Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletztenversorgung Stand Mai 2012 (Seite 17ff.)
sind im Anhang zu Anlage 3 der Richtlinie aufgeführt (> 70 einzelne Punkte)

QSFFx-RL: § 12 Übergangsregelungen Abs. 1-4

- (1) 1 Abweichend von § 4 Absatz 5 kann **bis 3 Jahre** nach dem Inkrafttreten die geriatrische Versorgung der Patienten auch durch Einbezug eines Facharztes für Innere Medizin/ Allgemeinmedizin oder Neurologie und **bis 6 Jahre** nach Inkrafttreten durch einen Facharzt mit geriatrischer Kompetenz auf Anforderung im Sinne eines Konsils sichergestellt werden.
2...
- (2) Die Regelung nach § 7 Absatz 3 findet nach Abschluss des erstmaligen standortbezogenen Nachweises über die Erfüllung der Mindestanforderungen nach dieser Richtlinie gemäß Absatz 4 ab dem 1. Januar 2022 Anwendung.
- (3) Die Strukturabfrage gemäß § 8 erfolgt erstmals im Jahr 2022 für das Jahr 2021. Der G-BA beschließt bis zum 31. März 2020 die Checkliste gemäß Anlage 3 und Erklärung über die Richtigkeit der Angaben gemäß Anlage 4.
- (4) 1 Das Nachweisverfahren gemäß § 6 ist ab 1. Januar 2022 anzuwenden.



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

Vom 18. Februar 2021

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 18. Februar 2021 beschlossen, das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) im Rahmen seiner Aufgaben nach § 137a Absatz 3 SGB V wie folgt zu beauftragen:

Fazit

Wir haben Herausforderungen

nur gemeinsam werden wir sie gut meistern!

Zeit für einen Kaffee
und für Diskussionen?

