



# 2023

## Referenzbericht

Klinik für Nuklearmedizin am Bethesda Krankenhaus Duisburg

Lesbare Version der an die Annahmestelle übermittelten XML-Daten  
des strukturierten Qualitätsberichts nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über das  
Jahr 2023

Übermittelt am:	30.10.2024
Automatisch erstellt am:	23.01.2025
Layoutversion vom:	23.01.2025



## Vorwort

Alle zugelassenen deutschen Krankenhäuser sind seit dem Jahr 2003 gesetzlich dazu verpflichtet, regelmäßig strukturierte Qualitätsberichte über das Internet zu veröffentlichen. Die Berichte dienen der Information von Patientinnen und Patienten sowie den einweisenden Ärztinnen und Ärzten. Krankenkassen können Auswertungen vornehmen und für Versicherte Empfehlungen aussprechen. Krankenhäusern eröffnen die Berichte die Möglichkeit, ihre Leistungen und ihre Qualität darzustellen.

Rechtsgrundlage der Qualitätsberichte der Krankenhäuser ist der § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V. Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist es, Beschlüsse über Inhalt, Umfang und Datenformat des Qualitätsberichts zu fassen.

So hat der G-BA beschlossen, dass der Qualitätsbericht der Krankenhäuser in einer maschinenverwertbaren Version vorliegen soll. Diese maschinenverwertbare Version in der Extensible Markup-Language (XML), einer speziellen Computersprache, kann normalerweise nicht als Fließtext von Laien gelesen, sondern nur in einer Datenbank von elektronischen Suchmaschinen (z.B. Internet-Klinikportalen) genutzt werden.

Suchmaschinen bieten die Möglichkeit, auf Basis der Qualitätsberichte die Strukturen, Leistungen und Qualitätsinformationen der Krankenhäuser zu suchen und miteinander zu vergleichen. Dies ermöglicht z.B. den Patientinnen und Patienten eine gezielte Auswahl eines Krankenhauses für ihren Behandlungswunsch.

Mit dem vorliegenden **Referenzbericht des G-BA** liegt nun eine für Laien **lesbare** Version des **maschinenverwertbaren** Qualitätsberichts (XML) vor, die von einer Softwarefirma automatisiert erstellt und in eine PDF-Fassung umgewandelt wurde. Das hat den Vorteil, dass sämtliche Daten aus der XML-Version des Qualitätsberichts nicht nur über Internetsuchmaschinen gesucht und ggf. gefunden, sondern auch als Fließtext eingesehen werden können. Die Referenzberichte des G-BA dienen jedoch nicht der chronologischen Lektüre von Qualitätsdaten oder dazu, sich umfassend über die Leistungen von Krankenhäusern zu informieren. Vielmehr können die Nutzerinnen und Nutzer mit den Referenzberichten des G-BA die Ergebnisse ihrer Suchanfrage in Suchmaschinen gezielt prüfen bzw. ergänzen.

### **Hinweis zu Textpassagen in blauer Schrift:**

Der maschinenverwertbare Qualitätsbericht wird vom Krankenhaus in einer Computersprache verfasst, die sich nur sehr bedingt zum flüssigen Lesen eignet. Daher wurden im vorliegenden Referenzbericht des G-BA Ergänzungen und Umstrukturierungen für eine bessere Orientierung und erhöhte Lesbarkeit vorgenommen. Alle Passagen, die nicht im originären XML-Qualitätsbericht des Krankenhauses oder nicht direkt in den G-BA-Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser enthalten sind, wurden – wie hier – durch blaue Schriftfarbe gekennzeichnet.

Das blaue Minuszeichen „-“ bedeutet, dass an dieser Stelle im XML-Qualitätsbericht keine Angaben gemacht wurden. So kann es beispielsweise Fälle geben, in denen Angaben nicht sinnvoll sind, weil ein bestimmter Berichtsteil nicht auf das Krankenhaus zutrifft. Zudem kann es Fälle geben, in denen das Krankenhaus freiwillig ergänzende Angaben zu einem Thema machen kann, diese Möglichkeit aber nicht genutzt hat. Es kann aber auch Fälle geben, in denen Pflichtangaben fehlen.

Diese und weitere Verständnisfragen zu den Angaben im Referenzbericht lassen sich häufig durch einen Blick in die Ausfüllhinweise des G-BA in den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser klären ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)).

## Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	3
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	4
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	4
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	5
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	6
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	8
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	9
A-9	Anzahl der Betten	10
A-10	Gesamtfallzahlen	10
A-11	Personal des Krankenhauses	11
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	14
A-13	Besondere apparative Ausstattung	30
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	30
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	32
B-1	Klinik für Nuklearmedizin	32
C	Qualitätssicherung	40
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	40
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	51
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	51
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	51
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	53
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	53
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 1 SGB V	54
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	55
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)	56
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	57
-	Diagnosen zu B-1.6	58
-	Prozeduren zu B-1.7	59

- **Einleitung**

**Angaben zur verwendeten Software für die Erstellung des Berichtes**

Hersteller: Saatmann GmbH  
Produktname: Saatmann Qualitätsbericht  
Version: 2024.4

**Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts**

Position: Leitung Stabsstelle Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement  
Titel, Vorname, Name: Herr Oliver Steidle  
Telefon: 0201/723-8052  
Fax: 0201/723-5225  
E-Mail: [oliver.steidle@uk-essen.de](mailto:oliver.steidle@uk-essen.de)

**Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts**

Position: Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender  
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Jochen A. Werner  
Telefon: 0201/723-5001  
Fax: 0201/723-5002  
E-Mail: [jochen.werner@uk-essen.de](mailto:jochen.werner@uk-essen.de)

**Weiterführende Links**

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <https://www.uk-essen.de>  
Link zu weiterführenden Informationen: <https://www.ume.de>

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

#### Krankenhaus

Krankenhausname: Universitätsklinikum Essen (AöR)  
Hausanschrift: Hufelandstr. 55  
45147 Essen  
Postanschrift: Hufelandstr. 55  
45122 Essen  
Institutionskennzeichen: 260510381  
URL: <https://www.uk-essen.de>  
Telefon: 0201/723-0  
E-Mail: [info@uk-essen.de](mailto:info@uk-essen.de)

#### Ärztliche Leitung

Position: Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender  
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Jochen A. Werner  
Telefon: 0201/723-5001  
Fax: 0201/723-5002  
E-Mail: [jochen.werner@uk-essen.de](mailto:jochen.werner@uk-essen.de)

Position: Stv. Ärztlicher Direktor  
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Thorsten Brenner  
Telefon: 0201/723-1401  
Fax: 0201/723-5949  
E-Mail: [thorsten.brenner@uk-essen.de](mailto:thorsten.brenner@uk-essen.de)

#### Pflegedienstleitung

Position: Pflegedirektorin  
Titel, Vorname, Name: Frau Andrea Schmidt-Rumposch  
Telefon: 0201/723-2610  
Fax: 0201/723-5915  
E-Mail: [andrea.schmidt-rumposch@uk-essen.de](mailto:andrea.schmidt-rumposch@uk-essen.de)

#### Verwaltungsleitung

Position: komm. Kaufmännischer Direktor  
Titel, Vorname, Name: Herr Stefan Starke  
Telefon: 0201/723-2601  
Fax: 0201/723-5913  
E-Mail: [stefan.starke@uk-essen.de](mailto:stefan.starke@uk-essen.de)

### Standort dieses Berichts

Krankenhausname: Klinik für Nuklearmedizin am Bethesda Krankenhaus Duisburg  
Hausanschrift: Heerstraße (Eingang: Königgrätzer Straße) 219  
47053 Duisburg  
Postanschrift: Heerstraße 219  
47053 Duisburg  
Institutionskennzeichen: 260510381  
Standortnummer: 773872000  
Standortnummer alt: 00  
URL: <https://nuklearmedizin.uk-essen.de/>

### Ärztliche Leitung

Position: Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender  
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Jochen A. Werner  
Telefon: 0201/723-5001  
Fax: 0201/723-5002  
E-Mail: [jochen.werner@uk-essen.de](mailto:jochen.werner@uk-essen.de)

Position: Stv. Ärztlicher Direktor  
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Thorsten Brenner  
Telefon: 0201/723-1401  
Fax: 0201/723-5949  
E-Mail: [thorsten.brenner@uk-essen.de](mailto:thorsten.brenner@uk-essen.de)

### Pflegedienstleitung

Position: Pflegedirektorin  
Titel, Vorname, Name: Frau Andrea Schmidt-Rumposch  
Telefon: 0201/723-2610  
Fax: 0201/723-5915  
E-Mail: [andrea.schmidt-rumposch@uk-essen.de](mailto:andrea.schmidt-rumposch@uk-essen.de)

### Verwaltungsleitung

Position: komm. Kaufmännischer Direktor  
Titel, Vorname, Name: Herr Stefan Starke  
Telefon: 0201/723-2601  
Fax: 0201/723-5913  
E-Mail: [stefan.starke@uk-essen.de](mailto:stefan.starke@uk-essen.de)

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes NRW  
Art: öffentlich

### A-3 **Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus**

Universitätsklinikum: Ja  
Lehrkrankenhaus: Nein

### A-5 **Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses**

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	- Einzelpflegetrainings und Initial-Pflegekurse durch Pflegeexperten - Ehrenamtlicher Hospizdienst bietet Trauerseminare und Angehörigenbetreuung an.
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Advanced Practice Nurse Ernährung sowie Diätberatung
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	Eigene Bildungsakademie
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	- Familiäre Pflege (Pflegekurse, Gesprächskreise für pflegende Angehörige, Trainings und Beratung, Schulung von Angehörigen) - Ehrenamtlicher Hospizdienst

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Die Abteilung Entwicklung und Forschung Pflege unterstützt Pflegefachpersonen dabei, eine evidenzbasierte pflegerische Versorgung unter Berücksichtigung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse, gesetzlicher Vorgaben sowie der internen Ziele der UME sicherzustellen.
MP45	Stomatherapie/-beratung	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	An der UME ist das Institut für PatientenErleben zentrale Anlaufstelle für dieses wichtige Thema. In Zukunft wird die Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen noch weiter ausgebaut und gefördert, um unsere Patienten bestmöglich zu informieren und ihnen den Zugang so leicht wie möglich zu machen.
MP63	Sozialdienst	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	

## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Besondere Ausstattung des Krankenhauses			
Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM69	Information zu weiteren nichtmedizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		Telefon, Radio, Fernsehen, WLAN (ggf. kostenpflichtig)

  

Individuelle Hilfs- und Serviceangebote			
Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		



Patientenzimmer			
Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Position: Beschwerdemanagementbeauftragte  
 Titel, Vorname, Name: Frau Martina Beher  
 Telefon: 0201/723-85399  
 Fax: 0201/723-5225  
 E-Mail: [patientenrueckmeldungen@uk-essen.de](mailto:patientenrueckmeldungen@uk-essen.de)

### A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen		
Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung		
Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Vereinzelt
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Vereinzelt
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Vereinzelt

**Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung**

BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Vereinzelt
------	---	------------

**Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung**

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	Englisch, Türkisch
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung	Kirchsaal; Raum der Stille

**Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien**

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF24	Diätische Angebote	

**Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit**

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	Vorhanden

**Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit**

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme	

**Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit**

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF37	Aufzug mit visueller Anzeige	

**Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung**

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	



## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	0,90	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,90	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,90	Es werden auch Leistungen für die ambulante Patientenversorgung erbracht, der Anteil lässt sich aus den Daten derzeit nicht ermitteln.
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	42,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	Es werden auch Leistungen für die ambulante Patientenversorgung erbracht, der Anteil lässt sich aus den Daten derzeit nicht ermitteln.

Belegärztinnen und Belegärzte		
Anzahl	0	

**A-11.2      Pflegepersonal**

<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger</b>		
Anzahl (gesamt)	3,01	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,59	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,42	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	3,01	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	38,50	

<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind</b>		
Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

<b>Medizinische Fachangestellte</b>		
Anzahl (gesamt)	3,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	3,00	Zusätzlich 1 VK in Ausbildung
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

#### Medizinische Fachangestellte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

### A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal und Genesungsbegleitung in Psychiatrie und Psychosomatik

#### A-11.3.1 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

#### A-11.3.2 Angaben zu Genesungsbegleitung

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

#### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

#### SP55 Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)

Anzahl (gesamt)	0,67	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,67	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,67	Eine Trennung in ambulant und stationär kann derzeit nicht vorgenommen werden.

### SP56 Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)

Anzahl (gesamt)	1,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,00	Eine Trennung in ambulant und stationär kann derzeit nicht vorgenommen werden.

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Position:	Leitung Stabsstelle Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement
Titel, Vorname, Name:	Herr Oliver Steidle
Telefon:	0201/723-8052
Fax:	0201/723-5225
E-Mail:	<a href="mailto:oliver.steidle@uk-essen.de">oliver.steidle@uk-essen.de</a>

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen	Vorstand, Chief Patient Safety Officer (CPSO), Leitung Stabsstelle
Funktionsbereiche:	Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement
Tagungsfrequenz:	quartalsweise

### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

#### A-12.2.1 Verantwortliche Person Risikomanagement

Position:	Chief Patient Safety Officer (CPSO)
Titel, Vorname, Name:	Dr. med. Ruth Hecker
Telefon:	0201/723-1493
Fax:	0201/723-5225
E-Mail:	<a href="mailto:ruth.hecker@uk-essen.de">ruth.hecker@uk-essen.de</a>

### A-12.2.2 Lenkungsgremium Risikomanagement

Lenkungsgremium eingerichtet:	Ja
Beteiligte Abteilungen	Vorstand, Chief Patient Safety Officer (CPSO), Leitung Stabsstelle
Funktionsbereiche:	Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement
Tagungsfrequenz:	quartalsweise

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	QMH UK Essen vom 29.12.2023
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	QMH UK Essen vom 29.12.2023
RM05	Schmerzmanagement	QMH UK Essen vom 29.12.2023
RM06	Sturzprophylaxe	QMH UK Essen vom 29.12.2023
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	QMH UK Essen vom 29.12.2023
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	QMH UK Essen vom 29.12.2023
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	QMH UK Essen vom 29.12.2023
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Tumorkonferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Pathologiebesprechungen Palliativbesprechungen Qualitätszirkel
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	QMH UK Essen vom 29.12.2023
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	QMH UK Essen vom 29.12.2023
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	QMH UK Essen vom 29.12.2023
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	QMH UK Essen vom 29.12.2023
RM18	Entlassungsmanagement	QMH UK Essen vom 29.12.2023



### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem eingerichtet: Ja  
 Tagungsfrequenz: wöchentlich  
 Maßnahmen: Patientensicherheit ist ein fester Bestandteil des Qualitäts- und klinischen Risikomanagements. Aus Fehlern lernen!

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	letzte Aktualisierung / Tagungsfrequenz
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	29.12.2023
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	quartalsweise

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nutzung von einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen: Ja  
 Tagungsfrequenz: quartalsweise

Nr.	Erläuterung
EF01	CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundesärztekammer)
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)
EF06	CIRS NRW (Ärzttekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer)
EF14	CIRS Health Care

## A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

### A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienekommission eingerichtet: Ja  
 Tagungsfrequenz: halbjährlich

#### Vorsitzender:

Position: Ärztlicher Direktor  
 Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Jochen A. Werner  
 Telefon: 0201/723-5001  
 Fax: 0201/723-5002  
 E-Mail: [jochen.werner@uk-essen.de](mailto:jochen.werner@uk-essen.de)

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	2	
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	47	Modul 1 der curricularen Fortbildung erfolgt inhouse (40 Stunden, von der Ärztekammer zertifiziert)
Hygienefachkräfte (HFK)	10	
Hygienebeauftragte in der Pflege	99	Hauseigener Kurs (40 Stunden), analog der Fortbildung zum hygienebeauftragten Arzt

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Hygienestandard ZVK	
Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert	ja
Standard thematisiert Hygienische Händedesinfektion	ja
Standard thematisiert Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	ja
Standard thematisiert die Beachtung der Einwirkzeit	ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen	
sterile Handschuhe	ja
steriler Kittel	ja
Kopfhabe	ja
Mund Nasen Schutz	ja
steriles Abdecktuch	ja

Venenverweilkatheter	
Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert	ja

### A-12.3.2.2 Antibiotikaprophylaxe Antibiotikatherapie

Antibiotikatherapie	
Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert	ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst:	ja

### Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert	ja
Die standardisierte Antibiotikaphylaxe wird bei jedem operierten Patienten mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft	ja
Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe	ja
Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	ja
Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe	ja

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

#### Standard Wundversorgung Verbandwechsel

Standard Wundversorgung Verbandwechsel liegt vor	ja
Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittel-kommission oder die Hygienekommission autorisiert	ja
Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	ja
Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	ja
Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	ja
Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	ja
Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	ja

### A-12.3.2.4 Umsetzung der Händedesinfektion

#### Haendedesinfektion (ml/Patiententag)

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen	ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	25,00
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	Der Standort besitzt keine Intensivstation, wodurch eine Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Intensivstationen nicht möglich ist.



**A-12.3.2.5 Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)**

MRE	
Die standardisierte Information der Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z.B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke	ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort an deren Mitarbeitern des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	ja
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen	ja
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten	ja

### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	CDAD-KISS HAND-KISS ITS-KISS MRSA-KISS NEO-KISS OP-KISS	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	MRE Netzwerk Essen ESCMID (European Society for Clinical Microbiology and Infectious Diseases) DGHM (Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie), Berliner Mikrobiologische Gesellschaft	Prof. Köck ist Mitglied der DGHM und dort Mitglied der Ständigen Arbeitsgemeinschaft (StAG) für Mikrobiologisch-Infektiologische Qualitätsstandards (MIQ). Er ist Mitglied der European Society for Clinical Microbiology and Infectious Diseases und der Berliner Mikrobiologischen Gesellschaft.
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Gold	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		Intensive Kontrollen der Aufbereitung von Medizinprodukten und enge Zusammenarbeit mit der ZSVA.
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Schulungskonzept in Zusammenarbeit mit der Bildungsakademie der Universitätsklinik zur Ausbildung aller Mitarbeiter, neuer Mitarbeiter und Weiterbildungskonzept für Hygienbeauftragte Pflegende und Ärzte: Vor-Ort-Schulungen, E-Learning.

#### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	ja	Anregungen, Beschwerden, Sorgen, Lob und Hinweise aller Art von Patienten, deren Angehörigen und Besuchern werden entgegengenommen. Jede Rückmeldung wird beantwortet und streng vertraulich behandelt.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	ja	Eine Dienstanweisung regelt den Umgang mit Patientenrückmeldungen. Für die Dokumentation und Auswertung steht ein Softwaretool zur Verfügung.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	ja	Eine Dienstanweisung regelt den Umgang mit Patientenrückmeldungen. Für die Dokumentation und Auswertung steht ein Softwaretool zur Verfügung.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	ja	Eine Dienstanweisung regelt den Umgang mit Patientenrückmeldungen. Für die Dokumentation und Auswertung steht ein Softwaretool zur Verfügung.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	ja	Eine Dienstanweisung regelt den Umgang mit Patientenrückmeldungen. Die Zeitziele sind klar hinterlegt.
Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	ja	Seit 2023 sind unsere anonymen PEQ Fragebögen auch online verfügbar (über einen Link oder QR-Code auf der Internetseite der Stabsstelle Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement).
Im Krankenhaus werden Patientenbefragungen durchgeführt	ja	Im Zeitraum von 2011 bis 2019 wurde am UK Essen alle zwei Jahre eine zentral strukturierte, schriftliche Patientenbefragung durchgeführt. Des Weiteren führen wir seit Februar 2017 eine kontinuierliche Patientenbefragung mittels PEQ-Fragebögen durch. Diese wird quartalsweise bezüglich Rücklaufquote und Ergebnis durch die Stabsstelle QM/kRM ausgewertet und an die entsprechende Klinik rückgemeldet.
Im Krankenhaus werden Einweiserbefragungen durchgeführt	ja	Im Jahr 2015 wurde erstmals eine zentral strukturierte Einweiserbefragung durchgeführt. Diese wurde 2018/2019 wiederholt. Seit 2022 wird eine Einweiserzufriedenheitsbefragung klinikbezogen durchgeführt, ausgewertet und analysiert (online, alternativ: papiergestützt). Eine Wiederholung ist mindestens alle drei Jahre geplant.

### **Ansprechperson für das Beschwerdemanagement**

Position: Beschwerdemanagementbeauftragte  
Titel, Vorname, Name: Frau Martina Beher  
Telefon: 0201/723-85399  
Fax: 0201/723-5225  
E-Mail: [patientenrueckmeldungen@uk-essen.de](mailto:patientenrueckmeldungen@uk-essen.de)

Position: Stellvertreterin  
Titel, Vorname, Name: Frau Silke Nick  
Telefon: 0201/723-85399  
Fax: 0201/723-5225  
E-Mail: [patientenrueckmeldungen@uk-essen.de](mailto:patientenrueckmeldungen@uk-essen.de)

### **Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement**

Link zum Bericht: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

Kommentar: Frau Beher und Frau Nick stehen für die Patientenrückmeldungen als Ansprechpartnerinnen zur Verfügung. Ein Bericht für die Öffentlichkeit wird nicht erstellt.

### **Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin**

Position: Patientenfürsprecherin  
Titel, Vorname, Name: Frau Christa van de Sand  
Telefon: 0201/723-2515  
E-Mail: [patientenfuersprecher@uk-essen.de](mailto:patientenfuersprecher@uk-essen.de)

Position: Patientenfürsprecher  
Titel, Vorname, Name: Herr Detlef Schliffke  
Telefon: 0201/723-1670  
E-Mail: [patientenfuersprecher@uk-essen.de](mailto:patientenfuersprecher@uk-essen.de)

### **Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin**

Kommentar: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

### **Zusatzinformationen für anonyme Eingabemöglichkeiten**

Link zur Internetseite: <https://qualitaetsmanagement.uk-essen.de/patientenrueckmeldungen/>



**Zusatzinformationen für Patientenbefragungen**

Link zur Internetseite: <https://qualitaetsmanagement.uk-essen.de/patientenrueckmeldungen/>

**Zusatzinformationen für Einweiserbefragungen**

Link zur Internetseite: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

## **A-12.5            Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)**

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

### **A-12.5.1            Verantwortliches Gremium AMTS**

Das zentrale Gremium oder eine zentrale Arbeitsgruppe, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht, ist die Arzneimittelkommission.

### **A-12.5.2            Verantwortliche Person AMTS**

Die Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit ist eine eigenständige Position.

Position:	Leiter der Apotheke
Titel, Vorname, Name:	Dr. rer. biol. hum. Jochen Schnurrer
Telefon:	0201/723-3290
Fax:	0201/723-4266
E-Mail:	<a href="mailto:jochen.schnurrer@uk-essen.de">jochen.schnurrer@uk-essen.de</a>

### **A-12.5.3            Pharmazeutisches Personal**

Anzahl Apotheker:	28
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	32
Erläuterungen:	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

### **A-12.5.4            Instrumente Maßnahmen AMTS**

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z.B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat. Die folgenden Aspekte können, gegebenenfalls unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese),

der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation der Patientin oder des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung. Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z. B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen und Ähnliches) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

- Entlassung

Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

**Allgemeines**

**AS01 Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen**

**Aufnahme ins Krankenhaus**

**AS03 Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese**

ID Pharma	29.12.2023
Erläuterungen	Teil der elektronischen Patientenakte

**Aufnahme ins Krankenhaus**

**AS04 Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)**

**Medikationsprozess im Krankenhaus**

**AS05 Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)**

QMH UK Essen	29.12.2023
Erläuterungen	Vorstandsweisung Arzneimitteltherapie

**Medikationsprozess im Krankenhaus**

**ASo6 SOP zur guten Verordnungspraxis**

QMH UK Essen

29.12.2023

Erläuterungen

Vorstandsanweisung  
Arzneimitteltherapie

**Medikationsprozess im Krankenhaus**

**ASo7 Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, das heißt strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)**

**Medikationsprozess im Krankenhaus**

**ASo8 Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)**

**Medikationsprozess im Krankenhaus**

**ASo9 Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln**

Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung

Zubereitung durch pharmazeutisches Personal

Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen

**Medikationsprozess im Krankenhaus**

**AS10 Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln**

Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)

**Medikationsprozess im Krankenhaus**

**AS11 Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln**

**Medikationsprozess im Krankenhaus**

**AS12 Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern**

Fallbesprechungen

Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)

## Entlassung

### AS13 Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen

Aushändigung des Medikationsplans

bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs

Schulung

Entlassrezepte Druck durch Apotheke

## A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können unter anderem Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?: ja

Kommentar: Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch u. Gewalt werden im Universitätsklinikum Essen vorgehalten. Seit 03/2024: Rechtsmedizinische Ambulanz des Instituts für Rechtsmedizin, Leiterin Dr. med. Anna Holzer, Mo-Do 9-16 Uhr, Fr 9-13 Uhr, Tel. 723-3786. Betreuung von Betroffenen von körperlicher Gewalt, Sensibilisierung/Schulung von Mitarbeitern. Der Standort Nuklearmedizin am Bethesda-Krankenhaus Duisburg kann auf die zentralen Strukturen des Universitätsklinikums Essen zurückgreifen.

### A-12.6.1 Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

Gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

#### Versorgung Kinder Jugendliche

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

## A-13 **Besondere apparative Ausstattung**

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA30	Single-Photon-Emissions-computertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens	keine_Angabe_erforderlich	
AA32	Szintigraphiescanner/ Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten	keine_Angabe_erforderlich	
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	keine_Angabe_erforderlich	

## A-14 **Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V**

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschläge vor.

### A-14.1 **Teilnahme an einer Notfallstufe**

Die Notfallstufe ist noch nicht vereinbart.

Erläuterungen: Eine Notfallstufe (Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung) wird derzeit verhandelt. Die Entscheidung des MAGS steht noch aus.

Die Notfallstufe oder Nichtteilnahme wurde noch nicht vereinbart.

### A-14.3 **Teilnahme am Modul Spezialversorgung**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

### A-14.4 **Kooperation mit Kassenaerztlicher Vereinigung**

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde: nein

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 3 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden: nein



## **B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen**

### **B-1 Klinik für Nuklearmedizin**

#### **B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Klinik für Nuklearmedizin"**

Fachabteilungsschlüssel: 3200  
 Art: Klinik für  
 Nuklearmedizin

#### **Ärztliche Leitung**

##### **Chefärztin oder Chefarzt:**

Position: Klinikdirektor  
 Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Ken Herrmann  
 Telefon: 0201/723-2032  
 Fax: 0201/723-5964  
 E-Mail: [ken.herrmann@uk-essen.de](mailto:ken.herrmann@uk-essen.de)  
 Anschrift: Hufelandstr. 55  
 45147 Essen  
 URL: <https://nuklearmedizin.uk-essen.de>

Position: Standortleitung  
 Titel, Vorname, Name: Dr. med. Christoph Berliner  
 Telefon: 0203/6008-1451  
 Fax: 0203/6008-1499  
 E-Mail: [christoph.berliner@uk-essen.de](mailto:christoph.berliner@uk-essen.de)  
 Anschrift: Heerstraße 219  
 47053 Duisburg  
 URL: <https://nuklearmedizin.uk-essen.de>

#### **B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen**

Zielvereinbarung gemäß §135c SGB V: Ja

#### **B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

##### **Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie**

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
-----	--------------------------------	-----------

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie		
VR00	Nuklearmedizinische Privatambulanz Prof. Dr. med. Ken Herrmann; Termine nach Vereinbarung; Telefon 0201/723-2032	
VR00	Nuklearmedizinische Privatambulanz Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. A. Bockisch; Termine nach Vereinbarung; Telefon 0201/723-2032	Im Zeitraum Februar 2024 - August 2024
VR00	Ultraschalluntersuchungen	Ultraschalluntersuchungen maligner und benigner Schilddrüsenpatienten, stationäre Akutdiagnostik im Bedarfsfall. Präoperatives zervikales Lymphknotenmapping.
VR02	Native Sonographie	Ultraschalluntersuchungen maligner und benigner Schilddrüsenpatienten, stationäre Akutdiagnostik im Bedarfsfall. Präoperatives zervikales Lymphknotenmapping.
VR04	Duplexsonographie	Ultraschalluntersuchungen maligner und benigner Schilddrüsenpatienten, stationäre Akutdiagnostik im Bedarfsfall. Präoperatives zervikales Lymphknotenmapping.
VR18	Szintigraphie	Schilddrüsendiagnostik, maligne und degenerative Skelettdiagnostik, Sentinel-Lymph-Node-Szintigraphie mit sondengestützter Operation
VR19	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)	Maligne und degenerative Skelettdiagnostik, Diagnostik der Lungen; Vorbereitungsdiagnostik für SIRT, PET oder PET/CT zur Diagnostik verschiedener Tumoren mit unterschiedlichen Tracern zur onkologischen und kardiologischen Diagnostik, Demenzabklärung, Entzündungsdiagnostik, pädiatrische Diagnostik
VR20	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner	PET oder PET/CT zur Diagnostik verschiedener Tumoren mit unterschiedlichen Tracern mit Durchführung am Standort in Essen, kardiologische Diagnostik, nephrologische Diagnostik, pädiatrische Diagnostik, Sentinel-Lymph-Node-Szintigraphie mit sondengestützter Operation, Schilddrüsendiagnostik
VR21	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen

#### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

VR33	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden	Neben der Radiojodtherapie schwerpunktmäßig PSMA-Therapie
VR38	Therapie mit offenen Radionukliden	Neben der Radiojodtherapie mit I-131 schwerpunktmäßig PSMA-Therapie
VR39	Radiojodtherapie	Therapie von benignen und malignen Schilddrüsenerkrankungen

#### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
V110	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	Radiojodtherapie u.a. nach I-124-Dosimetrie zur Therapieoptimierung, moderne medikamentöse Therapie, Nachsorge, Diagnostik mit PET/CT und SPECT/CT beim Schilddrüsenkarzinom

#### B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	357
Teilstationäre Fallzahl:	0
Kommentar:	01.05.2023 - 31.12.2023

#### B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

#### B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

#### B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

<b>Ambulanz</b>	
Ambulanzart:	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V(AM01)
Kommentar:	
<b>Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie</b>	
Angebote Leistung:	Nuklearmedizinische Privatambulanz Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. A. Bockisch; Termine nach Vereinbarung; Telefon 0201/723-2032 (VR00)
Angebote Leistung:	Nuklearmedizinische Privatambulanz Prof. Dr. med. Ken Herrmann; Termine nach Vereinbarung; Telefon 0201/723-2032 (VR00)
<b>Ambulanz</b>	
Ambulanzart:	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)(AM05)
Kommentar:	Montag bis Donnerstag 08:00-16:30 Uhr, Freitag 08:00-15:00 Uhr; Telefon 0201/723-2081; Zentrale Terminvergabe 0201/723-2919
<b>Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie</b>	
Angebote Leistung:	Nuklearmedizinische Privatambulanz Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. A. Bockisch; Termine nach Vereinbarung; Telefon 0201/723-2032 (VR00)
Angebote Leistung:	Ultraschalluntersuchungen (VR00)
Angebote Leistung:	Native Sonographie (VR02)
Angebote Leistung:	Duplexsonographie (VR04)
Angebote Leistung:	Szintigraphie (VR18)
Angebote Leistung:	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT) (VR19)
Angebote Leistung:	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner (VR20)
Angebote Leistung:	Therapie mit offenen Radionukliden (VR38)
<b>Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin</b>	
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI10)

<b>Privatambulanz</b>	
Ambulanzart:	Privatambulanz(AM07)
Kommentar:	Prof. Dr. med. K. Herrmann; Termine nach Vereinbarung; Telefon 0201/723-2032
<b>Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie</b>	
Angeborene Leistung:	Nuklearmedizinische Privatambulanz Prof. Dr. med. Ken Herrmann; Termine nach Vereinbarung; Telefon 0201/723-2032 (VR00)
Angeborene Leistung:	Native Sonographie (VR02)
Angeborene Leistung:	Eindimensionale Dopplersonographie (VR03)
Angeborene Leistung:	Duplexsonographie (VR04)
Angeborene Leistung:	Szintigraphie (VR18)
Angeborene Leistung:	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT) (VR19)
Angeborene Leistung:	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden (VR33)
Angeborene Leistung:	Therapie mit offenen Radionukliden (VR38)
Angeborene Leistung:	Radiojodtherapie (VR39)
Angeborene Leistung:	Spezialsprechstunde (VR40)
<b>Ambulanz</b>	
Ambulanzart:	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (AM06)
Kommentar:	Montag bis Donnerstag 08:00-16:30 Uhr, Freitag 08:00-15:00 Uhr; Telefon 0201/723-2081; Zentrale Terminvergabe 0201/723-2919
<b>Leistungen im Katalog nach § 116b SGB V</b>	
Angeborene Leistung:	11. Diagnostik und Versorgung von Tumoren bei Kindern und Jugendlichen (LK15_11)
Angeborene Leistung:	onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (LK29)

### **B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)**

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht

### **B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

Stationäre BG-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

**B-1.11 Personelle Ausstattung**

**B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

**Hauptabteilung:**

**Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften**

Anzahl (gesamt)	0,90	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,90	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,90	Es werden auch Leistungen für die ambulante Patientenversorgung erbracht, der Anteil lässt sich aus den Daten derzeit nicht ermitteln.
Fälle je Vollkraft	396,66667	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	42,00	

**davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften**

Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	Es werden auch Leistungen für die ambulante Patientenversorgung erbracht, der Anteil lässt sich aus den Daten derzeit nicht ermitteln.
Fälle je Vollkraft		

**Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ44	Nuklearmedizin	Weiterbildungsbefugnis vorhanden

## Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

### B-1.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	3,01	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,59	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,42	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	3,01	Übernahme seit Mai 2023
Fälle je Anzahl	118,60465	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	38,50	

Medizinische Fachangestellte		
Anzahl (gesamt)	3,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	3,00	Zusätzlich 1 VK in Ausbildung
Personal in der stationären Versorgung	0,00	
Fälle je Anzahl		

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	
PQ07	Pflege in der Onkologie	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ20	Praxisanleitung	
PQ21	Casemanagement	

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP01	Basale Stimulation	
ZP02	Bobath	
ZP03	Diabetes	
ZP05	Entlassungsmanagement	
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP15	Stomamanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	
ZP20	Palliative Care	

**B-1.11.3      Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



## C Qualitätssicherung

### C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

#### C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate

Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	von	Dokumen- ta- tionsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	190		100	0	
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	21		100	0	
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	35		100	0	
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	88		100	0	
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	20		100	0	
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6)	47		100	0	
Karotis-Revaskularisation (10/2)	52		100	0	
Gynäkologische Operationen (15/1)	489		100	0	
Geburtshilfe (16/1)	1264		100	0	
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	108		100	0	
Mammachirurgie (18/1)	487		100	0	
Cholezystektomie (CHE)	60		100	0	
Dekubitusprophylaxe (DEK)	861		100	0	
Herzchirurgie (HCH)	1508		100	0	
Offenchirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	330	HCH	100	0	
Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH)	263	HCH	100	0	
Koronarchirurgische Operation (HCH_KC)	813	HCH	100	0	
Offenchirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR)	261	HCH	100	0	
Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH)	69	HCH	100	0	
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	172		100	0	

Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	von	Dokumen- ta- tionsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	140	HEP	100	0	
Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	33	HEP	100	0	
Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunst- herzen (HTXM)	26		100	0	
Herzunterstützungssysteme/Kunst- herzen (HTXM_MKU)	21	HTXM	100	0	
Herztransplantation (HTXM_TX)	5	HTXM	100	0	
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	16		100	0	
Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	6	KEP	100	0	
Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	10	KEP	100	0	
Leberlebenspende (LLS)	Daten- schutz		Daten- schutz	Daten- schutz	
Lebertransplantation (LTX)	57		100	0	
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	28		100	0	
Neonatalogie (NEO)	544		100	0	
Nierenlebenspende (NLS)	17		100	0	
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG)	2091		100	0	
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	296		100	0	
Nieren- und Pankreas- (Nieren-)transplantation (PNTX)	81		100	0	

**I. Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt**

**I.A Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden**

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen</b>
<b>Kürzel Leistungsbereich</b>	<b>DEK</b>
<b>Bezeichnung des Ergebnisses</b>	<b>Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>
<b>Ergebnis ID</b>	<b>52009</b>
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Einheit	

Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,04 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 12,02
Grundgesamtheit	356
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,32
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	<= 2,27 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen</b>
<b>Kürzel Leistungsbereich</b>	<b>DEK</b>
<b>Bezeichnung des Ergebnisses</b>	<b>Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)</b>
<b>Ergebnis ID</b>	<b>52326</b>
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,37
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,37 - 0,37
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 1,07
Grundgesamtheit	356
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
<b>Ergebnis Bewertung</b>	



<b>Leistungsbereich</b>	<b>Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen</b>
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen</b>
<b>Kürzel Leistungsbereich</b>	<b>DEK</b>
<b>Bezeichnung des Ergebnisses</b>	<b>Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)</b>
<b>Ergebnis ID</b>	<b>521801</b>
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 1,07
Grundgesamtheit	356
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



<b>Leistungsbereich</b>	<b>Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen</b>
<b>Ergebnis Bewertung</b>	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	



<b>Leistungsbereich</b>	<b>Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen</b>
<b>Kürzel Leistungsbereich</b>	<b>DEK</b>
<b>Bezeichnung des Ergebnisses</b>	<b>Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben.</b>
<b>Ergebnis ID</b>	<b>521800</b>
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:  <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>.          Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus sowohl gem. ICD-10-GM (BfArM) wie auch gem. NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation gem. EPUAP/NPUAP beschreibt zusätzlich die Kategorien „Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 1,07
Grundgesamtheit	356
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



<b>Leistungsbereich</b>	<b>Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen</b>
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
<b>Ergebnis Bewertung</b>	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen</b>
<b>Kürzel Leistungsbereich</b>	<b>DEK</b>
<b>Bezeichnung des Ergebnisses</b>	<b>Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)</b>
<b>Ergebnis ID</b>	<b>52010</b>
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 1,07
Grundgesamtheit	356
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

### **C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V**

Über § 136a und § 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene nach § 112 SGB V keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

### **C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

### **C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung**

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Qualitätsmanagement
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientenbefragung Universitätsklinikum Essen
Ergebnis	Patientenzufriedenheit, Versorgungsqualität, Servicequalität
Messzeitraum	Quartalsweise
Datenerhebung	Seit Februar 2017, kontinuierlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	Andere Krankenhäuser
Vergleichswerte	Messungen aus den Vorjahren
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Qualitätsmanagement
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Einweiserbefragung Universitätsklinikum Essen
Ergebnis	Einweiserzufriedenheit, Versorgungsqualität
Messzeitraum	Jährlich
Datenerhebung	Seit 2022 anlassbezogen (online oder papiergestützt)
Rechenregeln	
Referenzbereiche	Andere Krankenhäuser
Vergleichswerte	Messungen aus den Vorjahren
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Westdeutsches Tumorzentrum
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zertifiziertes Onkologisches Zentrum, zertifizierte Organkrebszentren (Brust-, Genital-, Haut- und Lungenkrebs, Uro-, Viszeral- und Kinderonkologie, Kopf-Hals-Tumoren, Neuroonkologie, Sarkome)
Ergebnis	Zertifizierte Organkrebszentren
Messzeitraum	Entsprechend den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft
Datenerhebung	Entsprechend den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	<a href="http://www.onkozert.de">www.onkozert.de</a> ; <a href="http://www.krebsgesellschaft.de">www.krebsgesellschaft.de</a>

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Westdeutsches Tumorzentrum
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Onkologisches Spitzenzentrum der Deutschen Krebshilfe
Ergebnis	Anerkennung i. R. CCC -2. Förderperiode erhalten
Messzeitraum	Alle 4 Jahre
Datenerhebung	Entsprechend den Vorgaben der Deutschen Krebshilfe
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	Andere Kliniken/Zentren
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	<a href="https://www.krebshilfe.de/helfen/rat-hilfe/onkologische-spitzenzentren/">https://www.krebshilfe.de/helfen/rat-hilfe/onkologische-spitzenzentren/</a>

## **C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V**

### **C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen Mm-R im Berichtsjahr**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

### **C-5.2 Angaben zum Prognosejahr**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

## **C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V**

### **Strukturqualitätsvereinbarungen**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-7                    Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1  
Nr 1 SGB V**

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Anzahl Fachärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus (FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen.	0
1.1	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3]	0
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]	0



## **C-8            Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr**

### **C-8.1           Monatsbezogener Erfüllungsgrad PpUG**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

### **C-8.2           Schichtbezogener Erfüllungsgrad PpUG**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



## **C-9                    Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)**

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL). Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt. Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung. Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei differenzierte Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Für das Berichtsjahr 2023 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

**C-10                    Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige  
Therapien**

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

- **Diagnosen zu B-1.6**

ICD-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
E05.0	107	Hyperthyreose mit diffuser Struma
C73	66	Bösartige Neubildung der Schilddrüse
E05.1	61	Hyperthyreose mit toxischem solitärem Schilddrüsenknoten
E05.2	32	Hyperthyreose mit toxischer mehrknotiger Struma
E05.9	30	Hyperthyreose, nicht näher bezeichnet
E04.9	23	Nichttoxische Struma, nicht näher bezeichnet
E04.2	16	Nichttoxische mehrknotige Struma
E04.0	14	Nichttoxische diffuse Struma
E07.9	4	Krankheit der Schilddrüse, nicht näher bezeichnet
C61	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung der Prostata
E05.3	(Datenschutz)	Hyperthyreose durch ektopisches Schilddrüsengewebe
E89.0	(Datenschutz)	Hypothyreose nach medizinischen Maßnahmen

- **Prozeduren zu B-1.7**

**Verpflichtend im Qualitätsbericht anzugebende Prozeduren**

OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
8-531.00	300	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie bis 1,2 GBq I-131: Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)
3-70c.00	57	Ganzkörper-Szintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik: Ganzkörper-Szintigraphie mit Radiojod: Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin [rh-TSH]
3-701	46	Szintigraphie der Schilddrüse
8-531.10	43	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie über 1,2 bis unter 5 GBq I-131: Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)
3-036	28	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung
9-984.7	22	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2
8-531.20	8	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie mit 5 oder mehr GBq I-131: Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)
3-034	7	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]
8-531.01	6	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie bis 1,2 GBq I-131: Mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)
3-73x	5	Andere Single-Photon-Emissionscomputertomographie mit Computertomographie [SPECT/CT]
9-984.8	5	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3
3-70c.1x	4	Ganzkörper-Szintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik: Tumorszintigraphie mit tumorselektiven Substanzen: Mit sonstigen tumorselektiven Substanzen
3-20x	(Datenschutz)	Andere native Computertomographie
3-22x	(Datenschutz)	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel
3-724.x	(Datenschutz)	Teilkörper-Single-Photon-Emissionscomputertomographie ergänzend zur planaren Szintigraphie: Sonstige
3-742	(Datenschutz)	Positronenemissionstomographie des gesamten Körperstammes
3-990	(Datenschutz)	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
3-997	(Datenschutz)	Computertechnische Bildfusion verschiedener bildgebender Modalitäten
8-530.5	(Datenschutz)	Therapie mit offenen Radionukliden: Sonstige systemische Therapie mit offenen Radionukliden
8-530.d0	(Datenschutz)	Therapie mit offenen Radionukliden: Intravenöse Radioliganden-Therapie: Therapie mit Lutetium-177-PSMA-Liganden



OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
8-531.11	(Datenschutz)	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie über 1,2 bis unter 5 GBq I-131: Mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)
9-984.6	(Datenschutz)	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1
9-984.9	(Datenschutz)	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4

**Freiwillig im Qualitätsbericht angegebene Prozeduren**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

## Disclaimer

Die bereitgestellten Informationen sind Angaben der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser stellen diese Daten zum Zweck der Veröffentlichung nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V und den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R) zur Verfügung. Die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gibt die Daten unverändert und ungeprüft wieder. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte kann keine Gewähr übernommen werden. Nach §§ 8 bis 10 Telemediengesetz ist die Geschäftsstelle des G-BA nicht verpflichtet, übermittelte oder gespeicherte fremde Informationen zu überwachen oder nach Umständen zu forschen, die auf eine rechtswidrige Tat hinweisen. Verpflichtungen zur Entfernung oder Sperrung der Nutzung konkreter Informationen nach den allgemeinen Gesetzen bleiben hiervon unberührt. Eine diesbezügliche Haftung ist jedoch erst ab dem Zeitpunkt der Kenntnis einer konkreten Rechtsverletzung möglich. Bei Bekanntwerden von entsprechenden Rechtsverletzungen wird die Geschäftsstelle diese Informationen umgehend entfernen.

**Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)**  
**Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin**  
**[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)**

Dieses Dokument wurde automatisiert erstellt durch die  
Gesundheitsforen Leipzig GmbH ([www.gesundheitsforen.net](http://www.gesundheitsforen.net)).