

2024

Referenzbericht

Klinik für Nuklearmedizin im Evangelischen Krankenhaus BETHESDA zu
Duisburg GmbH

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 2024

Übermittelt am:	22.10.2025
Automatisch erstellt am:	23.01.2026
Layoutversion vom:	29.01.2026



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 § 136b Abs. 1 Nr. 3 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).

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	6
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	10
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	31
B-1	Klinik für Nuklearmedizin	31
C	Qualitätssicherung	39
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	39
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	47
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	47
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	47
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	49
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	49
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 1 SGB V	50
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	51
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)	52
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	53
-	Diagnosen zu B-1.6	54
-	Prozeduren zu B-1.7	55

- **Einleitung**

Angaben zur verwendeten Software für die Erstellung des Berichtes

Hersteller: Saatmann GmbH
Produktname: Saatmann Qualitätsbericht
Version: 2025.3

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

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Position: Ärztliche Direktorin und Vorstandsvorsitzende
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Angelika Eggert
Telefon: 0201/723-5000
Fax: 0201/723-5002
E-Mail: angelika.eggert@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

Ärztliche Leitung

Position: Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Jochen A. Werner
Telefon: 0201/723-5000
Fax: 0201/723-5002
E-Mail: jochen.werner@uk-essen.de

Position: Ärztliche Direktorin und Vorstandsvorsitzende; seit 01.06.2025
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Angelika Eggert
Telefon: 0201/723-5000
Fax: 0201/723-5002
E-Mail: angelika.eggert@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

Verwaltungsleitung

Position: komm. Kaufmännischer Direktor
Titel, Vorname, Name: Herr Stefan Starke
Telefon: 0201/723-2600
Fax: 0201/723-5913
E-Mail: stefan.starke@uk-essen.de

Position: Kaufmännischer Direktor; seit 01.04.2025
Titel, Vorname, Name: Dr. Johannes Hütte
Telefon: 0201/723-2600
Fax: 0201/723-5913
E-Mail: johannes.huette@uk-essen.de

Standort dieses Berichts

Krankenhausname: Klinik für Nuklearmedizin im Evangelischen Krankenhaus BETHESDA zu Duisburg GmbH
Hausanschrift: Heerstraße (Eingang: Königgrätzer Straße) 219
47053 Duisburg
Postanschrift: Heerstraße 219
47053 Duisburg
Institutionskennzeichen: 260510381
Standortnummer: 773872000
URL: <https://nuklearmedizin.uk-essen.de/standort-duisburg/>

Ärztliche Leitung

Position: Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Jochen A. Werner
Telefon: 0201/723-5000
Fax: 0201/723-5002
E-Mail: jochen.werner@uk-essen.de

Position: Ärztliche Direktorin und Vorstandsvorsitzende; seit 01.06.2025
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Angelika Eggert
Telefon: 0201/723-5000
Fax: 0201/723-5002
E-Mail: angelika.eggert@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

Verwaltungsleitung

Position: komm. Kaufmännischer Direktor
Titel, Vorname, Name: Herr Stefan Starke
Telefon: 0201/723-2600
Fax: 0201/723-5913
E-Mail: stefan.starke@uk-essen.de

Position: Kaufmännischer Direktor; seit 01.04.2025
 Titel, Vorname, Name: Dr. Johannes Hütte
 Telefon: 0201/723-2600
 Fax: 0201/723-5913
 E-Mail: johannes.huette@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	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
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
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)		

Individuelle Hilfs- und Serviceangebote

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

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	
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

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

BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Vereinzel
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Vereinzel
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Vereinzel

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF25	Dolmetscherdienste	Digitaler Videodolmetscherdienst verfügbar
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	Englisch, Türkisch, Arabisch
BF30	Mehrsprachige Internetseite	
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
BF23	Allergenarme Zimmer	7-facher Raumlufwechsel
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-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	
FL02	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen	
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien	
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	
FL09	Doktorandenbetreuung	

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-9 Anzahl der Betten

Betten: 12

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	776
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	1720
Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB):	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	1,92	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,92	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,92	Es werden auch Leistungen für die ambulante Patientenversorgung erbracht.
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	42,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	0,92	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,92	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,92	Es werden auch Leistungen für die ambulante Patientenversorgung erbracht.

Belegärztinnen und Belegärzte		
Anzahl	0	

A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	5,68	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,68	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	5,68	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	38,50	

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, 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	

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer		
Anzahl (gesamt)	1,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	1,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer, 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	

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	

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)	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	Es werden auch Leistungen für die ambulante Patientenversorgung erbracht.

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	Es werden auch Leistungen für die ambulante Patientenversorgung erbracht.

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:	oliver.steidle@uk-essen.de

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:	ruth.hecker@uk-essen.de

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 30.12.2024
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	QMH UK Essen vom 30.12.2024
RM05	Schmerzmanagement	QMH UK Essen vom 30.12.2024
RM06	Sturzprophylaxe	QMH UK Essen vom 30.12.2024
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	QMH UK Essen vom 30.12.2024
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	QMH UK Essen vom 30.12.2024
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	QMH UK Essen vom 30.12.2024
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 30.12.2024
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	QMH UK Essen vom 30.12.2024
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen	QMH UK Essen vom 30.12.2024
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	QMH UK Essen vom 30.12.2024
RM18	Entlassungsmanagement	QMH UK Essen vom 30.12.2024

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	30.12.2024
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 (Ärztækammern 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: 0201/723-5000
Fax: 0201/723-5002
E-Mail: 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	124	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
Kopfhaut	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 Antibiotikaprophylaxe	
Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert	ja
Die standardisierte Antibiotikaprophylaxe wird bei jedem operierten Patienten mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft	ja
Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	ja
Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	ja
Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	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 Wundauflage	ja
Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	ja

A-12.3.2.4 Umsetzung der Händedesinfektion

Händedesinfektion (ml/Patiententag)	
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen	ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	31,00
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 Besiedlung 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	Über den online verfügbaren PEQ-Fragebogen; zusätzlich über SayWay Feedback-Stelen im Eingangsbereich des Haupthauses und rotierend in den Kliniken. Patienten und Besucher haben die Möglichkeit, mithilfe der Anwendungssoftware, installiert auf einem Tablet, ein Feedback abzugeben. Die Auswertung der Befragungsergebnisse erfolgt über ein Online-Reporting-Tool.
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 (seit 2023 auch online verfügbar) durch. Diese wird quartalsweise bezüglich Rücklaufquote und Ergebnis durch die Stabsstelle QM/kRM ausgewertet und an die entsprechende Klinik rückgemeldet.

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
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

Position: Stellvertreterin
 Titel, Vorname, Name: Frau Silke Nick
 Telefon: 0201/723-85399
 Fax: 0201/723-5225
 E-Mail: 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: patientenfuesprecher@uk-essen.de

Position: Patientenfürsprecher
 Titel, Vorname, Name: Herr Detlef Schliffke
 Telefon: 0201/723-2515
 E-Mail: patientenfuesprecher@uk-essen.de

Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Kommentar: Die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher sind ehrenamtlich tätig und stehen den Patientinnen, Patienten und Angehörigen bei Problemen, Missverständnissen und Konflikten als unabhängige Ansprechpartner zur Verfügung.

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:	jochen.schnurrer@uk-essen.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:	34
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	52
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, zum Beispiel 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, zum Beispiel bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnisses, Verträglichkeit (inklusive potenzieller 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

ASo1 Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen

Aufnahme ins Krankenhaus

ASo3 Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese

ID Pharma	30.12.2024
Erläuterungen	Teil der elektronischen Patientenakte

Aufnahme ins Krankenhaus

ASo4 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

ASo5 Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzmittelnwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)

QMH UK Essen	30.12.2024
Erläuterungen	Vorstandsanweisung Arzneimitteltherapie

Medikationsprozess im Krankenhaus

ASo6 SOP zur guten Verordnungspraxis

QMH UK Essen	30.12.2024
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)

Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung

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 Teil A § 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 Teil A § 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 Teil A § 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 Abschlüsse vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Die Notfallstufe ist noch nicht vereinbart.

Erläuterungen: Eine Notfallstufe wird derzeit verhandelt. Die Entscheidung 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 Kassenaerztlichen 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 Kassenaerztlichen 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/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
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
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
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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie		
VRoo	Ultraschalluntersuchungen	Ultraschalluntersuchungen maligner und benigner Schilddrüsenpatienten, stationäre Akutdiagnostik im Bedarfsfall. Präoperatives zervikales Lymphknotenmapping.
	Native Sonographie	Ultraschalluntersuchungen maligner und benigner Schilddrüsenpatienten, stationäre Akutdiagnostik im Bedarfsfall. Präoperatives zervikales Lymphknotenmapping.
	Duplexsonographie	Ultraschalluntersuchungen maligner und benigner Schilddrüsenpatienten, stationäre Akutdiagnostik im Bedarfsfall. Präoperatives zervikales Lymphknotenmapping.
	Szintigraphie	Schilddrüsendiagnostik, maligne und degenerative Skelettdiagnostik, Sentinel-Lymph-Node-Szintigraphie mit sondengestützter Operation
	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
	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
	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen
	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden	Neben der Radiojodtherapie schwerpunktmäßig PSMA-Therapie

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

	Therapie mit offenen Radionukliden	Neben der Radiojodtherapie mit I-131 schwerpunktmäßig PSMA-Therapie
	Radiojodtherapie	Therapie von benignen und malignen Schilddrüsenerkrankungen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
	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: 776

Teilstationäre Fallzahl: 0

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

Ambulanz	
Ambulanzart:	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V(AM01)
Kommentar:	
Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie	
Angebotene Leistung:	Nuklearmedizinische Privatambulanz Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. A. Bockisch; Termine nach Vereinbarung; Telefon 0201/723-2032 (VR00)
Angebotene Leistung:	Nuklearmedizinische Privatambulanz Prof. Dr. med. Ken Herrmann; Termine nach Vereinbarung; Telefon 0201/723-2032 (VR00)

Ambulanz

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Angeborene Leistung:	Nuklearmedizinische Privatambulanz Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. A. Bockisch; Termine nach Vereinbarung; Telefon 0201/723-2032 (VR00)
Angeborene Leistung:	Ultraschalluntersuchungen (VR00)
Angeborene Leistung:	Native Sonographie (VR_02)
Angeborene Leistung:	Duplexsonographie (VR_04)
Angeborene Leistung:	Szintigraphie (VR_18)
Angeborene Leistung:	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT) (VR_19)
Angeborene Leistung:	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner (VR_20)
Angeborene Leistung:	Therapie mit offenen Radionukliden (VR_38)

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Angeborene Leistung:	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI_10)
----------------------	--

Privatambulanz

Ambulanzart:	Privatambulanz(AM07)
Kommentar:	Prof. Dr. med. K. Herrmann in Vertretung durch Dr. med. C. Berliner; Termine nach Vereinbarung; Telefon 0203/6008-1451

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Angeborene Leistung:	Nuklearmedizinische Privatambulanz Prof. Dr. med. Ken Herrmann; Termine nach Vereinbarung; Telefon 0201/723-2032 (VR00)
Angeborene Leistung:	Native Sonographie (VR_02)
Angeborene Leistung:	Eindimensionale Dopplersonographie (VR_03)
Angeborene Leistung:	Duplexsonographie (VR_04)
Angeborene Leistung:	Szintigraphie (VR_18)
Angeborene Leistung:	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT) (VR_19)
Angeborene Leistung:	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden (VR_33)
Angeborene Leistung:	Therapie mit offenen Radionukliden (VR_38)
Angeborene Leistung:	Radiojodtherapie (VR_39)
Angeborene Leistung:	Spezialsprechstunde (VR_40)

Ambulanz	
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
Ambulanz	
Ambulanzart:	Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (AM17)
Kommentar:	Montag bis Donnerstag 08:00-16:30 Uhr, Freitag 08:00-15:00 Uhr; Telefon 0201/723-2081; Zentrale Terminvergabe 0201/723-2919
Leistungen im Katalog nach § 116b SGB V	
Angeborene Leistung:	Neuromuskuläre Erkrankungen (LK44)
Angeborene Leistung:	onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (LK29)
Angeborene Leistung:	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren (LK33)
Angeborene Leistung:	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren (LK36)
Angeborene Leistung:	onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax (LK41)

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)	1,92	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,92	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,92	Es werden auch Leistungen für die ambulante Patientenversorgung erbracht.
Fälle je Vollkraft	404,16667	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	42,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	0,92	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,92	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,92	Es werden auch Leistungen für die ambulante Patientenversorgung erbracht.
Fälle je Vollkraft	843,47826	

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)	5,68	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,68	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	5,68	
Fälle je Anzahl	136,61972	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	38,50	

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer		
Anzahl (gesamt)	1,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	1,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	
Fälle je Anzahl		

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	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	186		100,00	0	
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	14		100,00	0	
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	30		100,00	0	
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	90		100,00	0	
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	30		100,00	0	
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6)	34		100,00	0	
Karotis-Revaskularisation (10/2)	64		100,00	0	
Gynäkologische Operationen (15/1)	521		100,00	0	
Geburtshilfe (16/1)	1217		100,00	0	
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	91		100,00	0	
Mammachirurgie (18/1)	511		100,00	0	
Cholezystektomie (CHE)	42		100,00	0	
Dekubitusprophylaxe (DEK)	821		100,00	0	
Herzchirurgie (HCH)	1466		100,00	0	
Offenchirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	276	HCH	100,00	0	
Koronarchirurgische Operation (HCH_KC)	765	HCH	100,00	0	
Offenchirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR)	241	HCH	100,00	0	
Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH)	105	HCH	100,00	0	
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	142		100,00	0	
Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	113	HEP	100,00	0	
Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	32	HEP	100,00	0	

Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)	28		100,00	0	
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	18	HTXM	100,00	0	
Herztransplantation (HTXM_TX)	10	HTXM	100,00	0	
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	20		100,00	0	
Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	5	KEP	100,00	0	
Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	15	KEP	100,00	0	
Leberlebendspende (LLS)	7		100,00	0	
Lebertransplantation (LTX)	83		100,00	0	
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	37		100,00	0	
Neonatologie (NEO)	503		100,00	0	
Nierenlebendspende (NLS)	19		100,00	0	
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG)	2195		100,00	0	
Nieren- und Pankreas-(Nieren-)transplantation (PNTX)	79		100,00	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

Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kürzel Leistungsbereich	DEK
Bezeichnung des Ergebnisses	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)
Ergebnis ID	52009
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. Mit Hilfe 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</p>
Einheit	
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 - 1,07

Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 5,00
Grundgesamtheit	775
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,76
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	≤ 2,45 (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)

Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kürzel Leistungsbereich	DEK
Bezeichnung des Ergebnisses	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)
Ergebnis ID	52326
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,35
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,35 - 0,35
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,49
Grundgesamtheit	775
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)
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	

Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kürzel Leistungsbereich	DEK
Bezeichnung des Ergebnisses	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)
Ergebnis ID	521801
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,49
Grundgesamtheit	775
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)
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	

Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kürzel Leistungsbereich	DEK
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben.
Ergebnis ID	521800
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,49
Grundgesamtheit	775
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)
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	

Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kürzel Leistungsbereich	DEK
Bezeichnung des Ergebnisses	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)
Ergebnis ID	52010
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 0,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,49
Grundgesamtheit	775
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)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	Sentinel Event

Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
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, zertifiziertes Zentrum für Personalisierte Medizin, zertifizierte Organkrebszentren
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	www.onkozert.de ; www.krebsgesellschaft.de

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	https://www.krebshilfe.de/helfen/rat-hilfe/onkologische-spitzenzentren/

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

C-6.1 Strukturqualitätsvereinbarungen

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser darzustellen (QSFFx-RL):

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der QSFFx-RL Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur festgelegt. Die Mindestanforderungen sind am Standort zu erfüllen.

- Im Rahmen des Nachweisverfahrens (§ 6 QSFFx-RL) ist jährlich zwischen dem 15.11. und 31.12. der Status der Erfüllung der Mindestvorgaben an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Nichterfüllungen einzelner Mindestanforderungen, die mehr als 48 Stunden andauern, sind auch unterjährig unverzüglich zu melden, ebenso wie deren Wiedererfüllung.
- Alle Meldungen, die im Laufe eines Jahres an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gesendet wurden, sind bis zum 15. Februar des Folgejahres in Form einer Strukturabfrage (§ 8 QSFFx-RL) an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu übermitteln. Diese Daten bilden die Grundlage für die im Folgenden dargestellten Angaben.

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.	1
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 2024 gilt im ersten und zweiten Quartal ein Umsetzungsgrad von 95 % und im dritten und vierten Quartal 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
C61	239	Bösartige Neubildung der Prostata
E05.0	215	Hyperthyreose mit diffuser Struma
C73	136	Bösartige Neubildung der Schilddrüse
E05.1	96	Hyperthyreose mit toxischem solitärem Schilddrüsenknoten
E05.2	56	Hyperthyreose mit toxischer mehrknotiger Struma
E04.2	22	Nichttoxische mehrknotige Struma
E04.1	5	Nichttoxischer solitärer Schilddrüsenknoten
E05.9	4	Hyperthyreose, nicht näher bezeichnet
E04.0	(Datenschutz)	Nichttoxische diffuse Struma
E04.9	(Datenschutz)	Nichttoxische Struma, nicht näher bezeichnet
E05.3	(Datenschutz)	Hyperthyreose durch ektopisches Schilddrüsengewebe

- **Prozeduren zu B-1.7**

Verpflichtend im Qualitätsbericht anzugebende Prozeduren

OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
8-531.00	362	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie bis 1,2 GBq I-131: Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)
8-530.5	240	Therapie mit offenen Radionukliden: Sonstige systemische Therapie mit offenen Radionukliden
8-530.d2	240	Therapie mit offenen Radionukliden: Intravenöse Radioliganden-Therapie: Therapie mit Lutetium-177-PSMA-Liganden aus nicht patientenindividueller Herstellung
3-724.x	141	Teilkörper-Single-Photon-Emissionscomputertomographie ergänzend zur planaren Szintigraphie: Sonstige
8-531.10	132	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie über 1,2 bis unter 5 GBq I-131: Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)
3-70c.10	126	Ganzkörper-Szintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik: Tumorszintigraphie mit tumorselektiven Substanzen: Mit Technetium-99m-PSMA
3-70c.1x	108	Ganzkörper-Szintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik: Tumorszintigraphie mit tumorselektiven Substanzen: Mit sonstigen tumorselektiven Substanzen
3-70c.00	91	Ganzkörper-Szintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik: Ganzkörper-Szintigraphie mit Radiojod: Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin [rh-TSH]
9-984.7	78	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2
3-036	48	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung
9-984.8	31	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3
8-531.20	24	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie mit 5 oder mehr GBq I-131: Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)
3-701	19	Szintigraphie der Schilddrüse
9-984.6	15	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1
8-531.01	12	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie bis 1,2 GBq I-131: Mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)
9-984.9	12	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4
3-034	5	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]
8-531.21	5	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie mit 5 oder mehr GBq I-131: Mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)
3-72x	(Datenschutz)	Andere Single-Photon-Emissionscomputertomographie
3-202	(Datenschutz)	Native Computertomographie des Thorax



OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
3-732.0	(Datenschutz)	Single-Photon-Emissionscomputertomographie mit Computertomographie [SPECT/CT] der Lunge: Mit Niedrigdosis-Computertomographie zur Schwächungskorrektur
3-73x	(Datenschutz)	Andere Single-Photon-Emissionscomputertomographie mit Computertomographie [SPECT/CT]
8-531.11	(Datenschutz)	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie über 1,2 bis unter 5 GBq I-131: Mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)

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 § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V und den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 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

Dieses Dokument wurde automatisiert erstellt durch
impressum health & science communication oHG (impressum.de).