



Universitätsklinikum Ulm

Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

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 Krankenhausträgers6
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus6
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....7
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses7
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit7
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses8
A-9	Anzahl der Betten14
A-10	Gesamtfallzahlen.....14
A-11	Personal des Krankenhauses15
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung17
A-13	Besondere apparative Ausstattung30
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.....34
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen36
B-1	Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie.....36
C	Qualitätssicherung41
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....41
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate41
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung45
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V45
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V45

C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	45
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	45
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	45
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	46
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	46
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)	46
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	46

Einleitung

Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V für das Berichtsjahr 2021 des Universitätsklinikums Ulm

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts	
Funktion	Leiter Stabsstelle Qualitäts- und Risikomanagement
Titel, Vorname, Name	Dr. Oliver Mayer
Telefon	0731/500-43010
Fax	0731/500-43002
E-Mail	oliver.mayer@uniklinik-ulm.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts	
Funktion	Leitender Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Udo X. Kaisers
Telefon	0731/500-43000
Fax	0731/500-43002
E-Mail	vorstand.vorsitzender@uniklinik-ulm.de

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <http://www.uniklinik-ulm.de/>

Link zu weiterführenden Informationen: <https://www.uniklinik-ulm.de/weitere-bereiche/qualitaets-und-risikomanagement.html>

Link	Beschreibung
https://www.uniklinik-ulm.de/patienten-besucher/experten-finden.html	Für Patienten & Besucher
https://www.uniklinik-ulm.de/kliniken-zentren/uebersicht-von-a-z.html	Unsere Kliniken & Zentren
https://www.uniklinik-ulm.de/forschung/forschungsschwerpunkte.html	Forschung am UKU
https://www.uniklinik-ulm.de/ausbildung-karriere/uebersicht.html	Ausbildung & Karriere am UKU
https://www.uniklinik-ulm.de/ueber-uns/profil.html	Über das UKU

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2022:

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27. März 2020 bzw. 21. April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2022 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	Universitätsklinikum Ulm
Hausanschrift	Albert-Einstein-Allee 29 89081 Ulm
Zentrales Telefon	0731/500-0
Fax	0731/500-43002
Zentrale E-Mail	info.allgemein@uniklinik-ulm.de
Postanschrift	Postfach 3880 89070 Ulm
Institutionskennzeichen	260840200
URL	http://www.uniklinik-ulm.de/

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Leitender Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Udo X. Kaisers
Telefon	0731/500-43000
Fax	0731/500-43002
E-Mail	vorstand.vorsitzender@uniklinik-ulm.de

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Pflegedirektor
Titel, Vorname, Name	Robert Jeske
Telefon	0731/500-43050
Fax	0731/500-43052
E-Mail	vorstand.pd@uniklinik-ulm.de

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Kaufmännische Direktorin und stellvertretende Vorstandsvorsitzende
Titel, Vorname, Name	Bettina Rottke
Telefon	0731/500-43030
E-Mail	vorstand.kd@uniklinik-ulm.de

Allgemeine Kontaktdaten des Standortes

Standort	
Standortname:	Universitätsklinikum Ulm
Hausanschrift:	Hopfenhausstraße 6 89584 Ehingen
Telefon:	07391/586-58000
Fax:	07391/586-58002
E-Mail:	info.allgemein@uniklinik-ulm.de
Postfach:	3880 89070 Ulm
Institutionskennzeichen:	260840200
Standortnummer aus dem Standortregister:	773647000
Standortnummer (alt)	00
URL:	http://www.uniklinik-ulm.de/

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Leitender Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Udo X. Kaisers
Telefon	0731/500-43000
Fax	0731/500-43002
E-Mail	vorstand.vorsitzender@uniklinik-ulm.de

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Pflegedirektor
Titel, Vorname, Name	Robert Jeske
Telefon	0731/500-43050
Fax	0731/500-43052
E-Mail	vorstand.pd@uniklinik-ulm.de

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Kaufmännische Direktorin und stellvertretende Vorstandsvorsitzende
Titel, Vorname, Name	Bettina Rottke
Telefon	0731/500-43030
E-Mail	vorstand.kd@uniklinik-ulm.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	
Name	Land Baden-Württemberg
Art	Öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhausart	
Krankenhausart	Universitätsklinikum

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		Wird über den Hauptstandort abgedeckt.

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	
Funktion	Schwerbehindertenvertretung
Titel, Vorname, Name	Alexa Stomberg
Telefon	0731/500-69010
Fax	0731/500-69012
E-Mail	sbv.stomberg@uniklinik-ulm.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung

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	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Das Universitätsklinikum Ulm selbst ist eine universitäre Einrichtung.
FL02	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen	Beschäftigte des Universitätsklinikums sind als Dozenten und Lehrbeauftragte an Fachhochschulen tätig.
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Famulatur: Innerhalb der Famulaturzeit ist verpflichtend ein Teil in stationären Reha-Einrichtungen abzuleisten. Praktisches Jahr: Umfasst eine Dauer von 48 Wochen mit je 16 Wochen in Innerer Medizin, Chirurgie und wahlweise einem übrigen Fachgebiet und ist b.B. in Teilzeit möglich.
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	Für das Universitätsklinikum Ulm als universitäre Einrichtung ist die Zusammenarbeit mit anderen nationalen und internationalen Universitäten und Hochschulen zum Beispiel in Forschungsverbänden die Regel und in seiner Vielzahl im Rahmen dieses Qualitätsberichts nicht darstellbar.

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien	Das Klinikum nimmt als universitäre Einrichtung an einer Vielzahl multizentrischer Phase-I/II Studien teil. Details entnehmen Sie bitte den Internetseiten der einzelnen Klinikumseinrichtungen.
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	Das Klinikum nimmt als universitäre Einrichtung an einer Vielzahl multizentrischer Phase-III/IV Studien teil. Details entnehmen Sie bitte den Internetseiten der einzelnen Klinikumseinrichtungen.

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	Das Klinikum initiiert und leitet als universitäre Einrichtung multizentrische und klinisch-wissenschaftliche Studien. Ein eigenes Klinisches Studienzentrum koordiniert diese Aktivitäten.
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	Das Klinikum gibt als universitäre Einrichtung wissenschaftliche Journale heraus. Details entnehmen Sie bitte den Internetseiten der einzelnen Klinikumseinrichtungen.
FL09	Doktorandenbetreuung	Die Doktorandenausbildung/-betreuung erfolgt durch die vom Land geförderte (ehem. Exzellenzinitiative) International Graduate School in Molecular Medicine Ulm mit strukturierten Programmen für Naturwissenschaftler und Mediziner, die international und interdisziplinär ausgerichtet sind.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	Sie führen eigenverantwortlich Pflegeinterventionen durch, unterstützen, schulen, beraten, führen ärztlich veranlasste Maßnahmen aus und assistieren bei Behandlungen. In beiden Pflegeberufen wird im Kloster Wiblingen und in den verschiedenen Kliniken des Universitätsklinikums ausgebildet.
HB02	Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	Die Pflegeschule ist d. größte Schule m. insg. 270 Plätzen & bildet in d. Allg. Pflegeausbildung (Pflegefachfrau & Pflegefachmann) & in d. Gesundheits- & Kinderkrankenpflege aus. Opt. wird d. duale, ausbildungsintegrierte Studiengang Angewandte Gesundheits- & Pflegewissenschaften (B.Sc.) angeboten.
HB05	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	Die MTRA-Schule hat 75 Plätze. MTRA sind in der Rö-Diagnostik, Tomographie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin und Dosimetrie tätig. Die Ausbildung erfolgt in Kleingruppen und einzeln am Patienten. Für Absolventen wird der verkürzte duale Studiengang Medizintechnische Wissenschaften (B.Sc.) angeboten.

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)	Die OTA-Schule verfügt über 60 Plätze. Die Ausbildung erfolgt dual an Akademie und Uniklinikum. OTA betreuen Patienten vor und nach Operationen und bereiten Operationseinheiten vor. Für Absolventen wird der verkürzte duale Studiengang Medizintechnische Wissenschaften (B.Sc.) angeboten.
HB09	Logopädin und Logopäde	Die Schule für Logopädie hat 60 Schulplätze. Ein Großteil der praktischen Ausbildung findet in Therapieräumen im Kloster Wiblingen statt. Ab dem 2. Semester werden Patienten von den Lehrgangsteilnehmern behandelt. Zudem gibt es drei vierwöchige Praktika in Einrichtungen außerhalb der Lehranstalt.
HB10	Hebamme und Entbindungspfleger	Schule m. 90 Plätzen. -Großteil v. Schülern ext. Koop.partner belegt (dort absolvieren ang. Hebammen Praxisphasen) -Seit 2017 erfolgt Hebammenausb. in Komb. m. dualem Studium (B.Sc.) -Seit 2021 Ausb. Hebammen in primärqualifizier. Bachelorstudiengang in Koop. m. DHBW (18 Plätze v. UKU belegt)

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB12	Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)	Die MTLA-Schule hat 96 Plätze. MTLA sind in der Klinischen Chemie, Histo- und Hämatologie & Mikrobiologie tätig. Die Ausbildung erfolgt in 11 schuleigenen Laboren und in Klinikumseinrichtungen. Für Absolventen wird der verkürzte duale Studiengang Medizintechnische Wissenschaften (B.Sc.) angeboten.
HB13	Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF)	Die MTAF-Schule hat 75 Plätze und ist die einzige in Süddeutschland. MTAF sind in der neurophysiologischen, kardiovaskulären, audiologischen und pneumologischen Funktionsdiagnostik tätig. Der Unterricht erfolgt in Kleingruppen, die Praktika am Klinikum. Ein dualer Studiengang (B.Sc.) wird angeboten.

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB16	Diätassistentin und Diätassistent	Die Schule für Diätassistenten verfügt über 60 Schulplätze. Die neue, moderne Lehrküche ermöglicht eine optimale praktische Ausbildung.
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer	Einjährige Ausbildung mit 25 Plätzen an der Krankenpflegehilfeschule.
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	Sie führen eigenverantwortlich Pflegeinterventionen durch, unterstützen, schulen, beraten, führen ärztlich veranlasste Maßnahmen aus und assistieren bei Behandlungen. In beiden Pflegeberufen wird im Kloster Wiblingen und in den verschiedenen Kliniken des Universitätsklinikums ausgebildet.

A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	0

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	8438
Fallzahl stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1,04

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	1,04	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,04	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1,04

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	1,04	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,04	
Nicht Direkt	0	

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 0

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

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

Anzahl Vollkräfte: 1,7

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	1,7	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,7	
Nicht Direkt	0	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements	
Funktion	Leiter Stabsstelle Qualitäts- und Risikomanagement
Titel, Vorname, Name	Dr. Oliver Mayer
Telefon	0731/500-43010
Fax	0731/500-43021
E-Mail	oliver.mayer@uniklinik-ulm.de

A-12.1.2 Lenkungs-gremium

Lenkungs-gremium	
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Risiko- und Qualitätskommission: Stimmberechtigte Mitglieder: Leitender Ärztlicher Direktor (Vorsitzender), Stellv. LÄD, KD, PD, Ärztliche Direktoren der Fächer Frauenheilkunde, Herz-Thorax-Gefäßchirurgie, Innere Medizin III, Radiologie, Pathologie, Psychosomatik. Geschäftsführung: Stabsstelle QRM.
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement	
Funktion	Leiter Stabsstelle Qualitäts- und Risikomanagement
Titel, Vorname, Name	Dr. Oliver Mayer
Telefon	0731/500-43010
Fax	0731/500-43021
E-Mail	oliver.mayer@uniklinik-ulm.de

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe	
Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe	Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Risiko- und Qualitätskommission: Stimmberechtigte Mitglieder: Leitender Ärztlicher Direktor (Vorsitzender), Stellv. LÄD, KD, PD, Ärztliche Direktoren der Fächer Frauenheilkunde, Herz-Thorax-Gefäßchirurgie, Innere Medizin III, Radiologie, Pathologie, Psychosomatik. Geschäftsführung: Stabsstelle QRM.
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: QRM-Handbuch Datum: 24.01.2023	
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		Qualitäts- und Risikomanagement (QRM)-Zirkel QRM-Schulungen (Workshopreihe in 3 Modulen) Schulungen zur DIN EN ISO 9001:2015
RM03	Mitarbeiterbefragungen		Mitarbeiterbefragung 2019
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: Versorgung innerklinischer Notfälle und Notfälle im Bereich des Campus... Datum: 12.06.2017	Die Regelungen zum klinischen Notfallmanagement sind in der Zentralen interdisziplinären Notaufnahme (ZINA) am Standort Oberer Eselsberg zur Stärkung des interdisziplinären Behandlungsgedankens und Erfüllung der Forderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur gestuften Notfallversorgung verortet.
RM05	Schmerzmanagement	Name: Rahmenkonzept Schmerzmanagement in der Pflege Postoperatives Schmerzmanagement Datum: 01.08.2023	Universitätsklinikum Ulm übergreifend geregelt.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM06	Sturzprophylaxe	Name: elektronische Sturzerfassung via KIS Datum: 31.08.2020	Universitätsklinikum Ulm übergreifend geregelt.
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: elektronische Erfassung via KIS Datum: 30.11.2020	Universitätsklinikum Ulm übergreifend geregelt.
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: 5- und 7-Punkt Fixierung Datum: 20.11.2019	Prozess der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie III.
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: Prozessbeschreibung als Bestandteil des QM-Systems Medizintechnik Datum: 08.11.2022	Universitätsklinikum Ulm übergreifend geregelt.
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Tumorkonferenzen - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Pathologiebesprechungen - Palliativbesprechungen - Qualitätszirkel	Universitätsklinikum Ulm übergreifend geregelt.
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		Universitätsklinikum Ulm übergreifend geregelt.
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten		Universitätsklinikum Ulm übergreifend geregelt.
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Name: OP-Checkliste Datum: 15.01.2020	Universitätsklinikum Ulm übergreifend geregelt.
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Name: OP-Checkliste Datum: 11.10.2022	Universitätsklinikum Ulm übergreifend geregelt.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Name: Checkliste OP-Sicherheit und Prozess. Leitfaden Patientenidentifikation. Datum: 04.05.2021	Universitätsklinikum Ulm übergreifend geregelt.
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Name: Verfahrensanweisung Aufwachraum und postoperative Besonderheiten Datum: 16.08.2018	Universitätsklinikum Ulm übergreifend geregelt.
RM18	Entlassungsmanagement	Name: SOP Entlassmanagement Datum: 11.07.2019	Universitätsklinikum Ulm übergreifend geregelt. Zusätzlich: Kurzanleitung, Einwilligung, Ausfüll- und Umsetzungshinweise, Assessmentbogen I+II, Rahmenvertrag, Checkliste, Merkblatt Frühentlassung

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem	
Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf
Verbesserung Patientensicherheit	Risikomanagementsystem am UKU mit den standortrelevanten Elementen internes und externes CIRS

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	08.12.2021
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	halbjährlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	jährlich

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem	
Übergreifendes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf

Nr.	Instrument und Maßnahme	Kommentar
EF00	Sonstiges	CIRSmedical ÄZQ - Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaustygienikern	1	
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1	
Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1	Orientierende Begehung in Echingen alle 3 Jahre durch 1 HFK (Standort Oberer Eselsberg).

Hygienekommission	
Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Steffen Stenger
Telefon	0731/500-65301
Fax	0731/500-65302
E-Mail	steffen.stenger@uniklinik-ulm.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden keine zentralen Venenkatheter eingesetzt, wodurch ein standortspezifischer Standard für zentrale Venenverweilkatheter nicht nötig ist.

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie	
Die Leitlinie liegt vor	Nein

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe	
Der Standard liegt vor	Am Standort werden keine Operationen durchgeführt

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel	
Der Standard liegt vor	Am Standort wird keine Wundversorgung durchgeführt

Bei Bedarf wird auf die Ressourcen des Hauptstandortes zugegriffen.

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Händedesinfektionsmittelverbrauch	
Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Nein
Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Keine Intensivstation vorhanden
Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs	Nein

Nur ambulante Versorgung.

A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

MRSA	
Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke	Ja
Informationsmanagement für MRSA liegt vor	Ja
Risikoadaptiertes Aufnahmescreening	
Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen)	Nein
Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang	
Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren	Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		<ul style="list-style-type: none"> -Pflichtschulung Hygiene: 4 Angebote/Jahr -Hygieneschulung für neue Mitarbeiter -zahlreiche Individual-Schulungen -Schulung in fünf Modulen für Hygienebeauftragte in der Pflege -Jährlicher Refresherkurs für Hygienebeauftragte -Tag der Händehygiene

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	https://www.uniklinik-ulm.de/service/lob-und-beschwerde.html
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	Leitfaden für das Beschwerdemanagement
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	https://www.uniklinik-ulm.de/patienten-besucher/lob-beschwerde.html
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	https://www.uniklinik-ulm.de/patienten-besucher/lob-beschwerde.html
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Ja	

Regelmäßige Einweiserbefragungen	
Durchgeführt	Nein

Regelmäßige Patientenbefragungen

Durchgeführt	Nein
--------------	------

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Möglich	Ja
Link	https://www.uniklinik-ulm.de/service/lob-und-beschwerde.html
Kommentar	

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Funktion	Stabsstelle Qualitäts- und Risikomanagement
Titel, Vorname, Name	Marion Kolcak
Telefon	0731/500-43012
Fax	0731/500-43021
E-Mail	marion.kolcak@uniklinik-ulm.de

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

Link zum Bericht	http://www.uniklinik-ulm.de/service/ueber-das-klinikum/zentrale-einrichtungen/klinikumsvorstand/qualitaet/home/unser-team.html
Kommentar	

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher

Funktion	Ombudsperson
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Doris Henne-Bruns
Telefon	0731/500-43001
Fax	0731/500-43002
E-Mail	petra.merkle@uniklinik-ulm.de

Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher

Funktion	Ombudsperson
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Gerhard Lang
Telefon	0731/500-43001
Fax	0731/500-43002
E-Mail	petra.merkle@uniklinik-ulm.de

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern

Kommentar

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

Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe

Zentrales Gremium oder zentrale Arbeitsgruppe vorhanden, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht?

Ja - Arzneimittelkommission

Durch den Hauptstandort abgedeckt.

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit einer konkreten Person übertragen: Ja

Angaben zur Person

Angaben zur Person

Es gibt eine eigenständige Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit

Verantwortliche Person AMTS

Funktion

Ärztlicher Direktor Klinik für Innere Medizin I, Vorsitzender der AMK

Titel, Vorname, Name

Prof. Dr. Thomas Seufferlein

Telefon

0731/500-44501

Fax

0731/500-44502

E-Mail

Direktionssekretariat.Innere1@uniklinik-ulg.de

Durch den Hauptstandort abgedeckt.

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl (Personen)
Apothekerinnen und Apotheker	0
Weiteres pharmazeutisches Personal	0

Erläuterungen

Bei Bedarf kann auf Ressourcen des Hauptstandortes zugegriffen werden.

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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 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 u.Ä.) 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.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen	

Durch den Hauptstandort abgedeckt.

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 u. a. Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	
Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?	Ja

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.

Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt?

Nein

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA01	Angiographiegerät/D SA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja	- Biplanare Angiographieeinheit zur Diagnostik, endovaskulärer Therapie und Therapiekontrolle bei Gefäßeingriffen (1x) - Monoplanare Angiographie-/Durchleuchtungseinheiten (3x) Das Gerät ist im Standortverband verfügbar.
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	- 128 Zeilen-Multidetektor-Spiral-CT (2x) - 384 Zeilen-Multidetektor-Spiral-CT - Ganzkörper-Knochendichtemessplatz Das Gerät ist im Standortverband verfügbar.
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja	Das Gerät ist im Standortverband verfügbar.
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja	Das Gerät ist im Standortverband verfügbar.
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie /-unterstützung		Ja	Einsatz bei akutem Lungenversagen. Das Gerät ist im Standortverband verfügbar.

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA18	Hochfrequenzthermot herapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	Das Gerät ist im Standortverband verfügbar.
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	-	Das Gerät ist im Standortverband verfügbar.
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja	- 3T-Magnetresonanztomograph (2x) - 1,5T-Magnetresonanztomograph - (PET)/Magnetresonanztomographie (MRT): Neues bildgebendes diagnostisches Verfahren mit integrierter Bildfusionierung zur Erfassung multipler Biomarker. Das Gerät ist im Standortverband verfügbar.
AA23	Mammographiergerät	Röntengerät für die weibliche Brustdrüse	-	Das Gerät ist im Standortverband verfügbar.
AA26	Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich	-	-PET/CT vereint 2 Untersuchungsarten in einem Gerät. -PET/MRT vereint 2 Untersuchungsarten in einem Gerät. Hochaufgelöste direkte Überlagerung von morphologischer (CT, MRT) und metabolischer (PET) 3D Bildgebung der inneren Organe und Körperbereiche. Das Gerät ist im Standortverband verfügbar.

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA30	Single-Photon-Emissionscomputer-tomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens	-	Drei SPECT-fähige Geräte verfügbar, eines davon als Kombinationsgerät mit Computertomographie (SPECT/CT) zur direkten Überlagerung von morphologischer (CT) und metabolischer (SPECT) 3D Bildgebung der inneren Organe und Körperbereiche. Die Geräte sind im Standortverband verfügbar.
AA32	Szintigraphiescanner/ Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	-	Vier Geräte zur Szintigraphie. Eines davon zur hochauflösenden Schilddrüsenszintigraphie. Mehrere Gammasonde zur intraoperativen Detektion von Lymphknoten sowie eine Gammasonde zur quantitativen Bestimmung der Radiojodspeicherung in der Schilddrüse. Das Gerät ist im Standortverband verfügbar.
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	-	In der Urologischen Klinik: -Urodynamik-Messplatz -zwei Uroflowmetrie-Geräte Ein Messplatz ist im Standortverband verfügbar.

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja	Das Gerät ist im Standortverband verfügbar.
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	-	Ein entsprechender Messplatz ist im Standortverband verfügbar.
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja	Das Gerät ist im Standortverband verfügbar.
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	-	Das Gerät ist im Standortverband verfügbar.
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	inkl. EPU-Labor mit 3D-Mappingsystemen. Das Verfahren ist im Standortverband verfügbar.
AA69	Linksherzkatheterlabor	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja	4 Hybrid-Herzkatheterlabore mit 24h-Rufbereitschaft einschließlich EPU-Labor und Aggregat-OP für Herzschrittmacher und ICD. Koronarangiographien und Klappeneingriffe finden hier statt. Das Linksherzkatheterlabor ist im Standortverband verfügbar.

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA70	Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall	Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen	Ja	Ein Behandlungsplatz ist im Standortverband verfügbar.
AA71	Roboterassistiertes Chirurgie-System	Operationsroboter	-	Allgemeinchirurgie Urologie Das Roboterassistierte Chirurgie-System ist im Standortverband verfügbar.
AA72	3D-Laparoskopie-System	Kamerasystem für eine dreidimensionale Darstellung der Organe während der Operation	-	roboterassistiertes 3D-Laparoskopie-System (DaVinci). Ein 3D-Laparoskopie-System ist im Standortverband verfügbar.

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

Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses	
Zugeordnete Notfallstufe	Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung
Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung	Nein

A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

Verfügt das Krankenhaus über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde?	Nein
Ist die Notfallambulanz des Krankenhauses gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 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 Strahlentherapie und Radioonkologie

B-1.1 Allgemeine Angaben der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie
Fachabteilungsschlüssel	3300
Art	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Thomas Wiegel
Telefon	0731/500-56101
Fax	0731/500-56110
E-Mail	thomas.wiegel@uniklinik-ulm.de
Straße/Nr	Albert-Einstein-Allee 23
PLZ/Ort	89081 Ulm
Homepage	https://www.uniklinik-ulm.de/strahlentherapie-und-radioonkologie.html

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie

Siehe auch Kapitel A-5

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie	Kommentar
VR32	Hochvoltstrahlentherapie	- Stereotaktische Bestrahlung intrakranieller Prozesse - Intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT) - Behandlung von benignen Erkrankungen, z. B. Omarthrose, Fersensporn
VR34	Radioaktive Moulagen	Z. B. zur Dosisaufsättigung bei der Behandlung von Mammakarzinom oder in einer Rezidivsituation
VR35	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	

B-1.5 Fallzahlen Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Terminvereinbarung: Tel. 0731/500-56202 o. 56200 Fax 0731/500-56206 Sprechzeiten nach vorheriger Vereinbarung: Mo - Fr: 08:00 - 15:00 Uhr
Angebotene Leistung	Hochvoltstrahlentherapie (VR32)
Angebotene Leistung	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie (VR35)

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden	
Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung vorhanden	Nein

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1,04

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	1,04	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,04	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1,04

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	1,04	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,04	
Nicht Direkt	0	

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
AQ18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
AQ58	Strahlentherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Die Schwerpunktfächer sind am Standort Oberer Eselsberg und Michelsberg / Safranberg abgedeckt.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze	Kommentar
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	233	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	25	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	36	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	93	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	53	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6)	49	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Karotis-Revaskularisation (10/2)	70	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze	Kommentar
Gynäkologische Operationen (15/1)	672	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Geburtshilfe (16/1)	2992	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	120	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Mammachirurgie (18/1)	501	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Dekubitusprophylaxe (DEK)	232	104,74 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Herzchirurgie (HCH)	1081	100,19 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Zaehlleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	140	100,71 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Zaehlleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH)	443	100,23 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Zaehlleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC)	298	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Zaehlleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR)	109	100,92 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze	Kommentar
Zaehlleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH)	175	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen berechnet.
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	132	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen berechnet.
Zaehlleistungsbereich Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	120	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen berechnet.
Zaehlleistungsbereich Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	15	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen berechnet.
Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)	< 4	< 4	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen berechnet.
Zaehlleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	< 4	< 4	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen berechnet.
Zaehlleistungsbereich Herztransplantation (HTXM_TX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	< 4	< 4	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen berechnet.
Zaehlleistungsbereich Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	< 4	< 4	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen berechnet.
Zaehlleistungsbereich Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze	Kommentar
Leberlebenspende (LLS)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation (LTX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatalogie (NEO)	688	100,29 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Nierenlebenspende (NLS)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI_LKG)	2129	100,14 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	312	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Nieren- und Pankreas-(Nieren-) transplantation (PNTX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.[1] Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus

Keine stationäre Versorgung an diesem Standort. Die Schwerpunktfächer werden am Standort Oberer Eselsberg und Michelsberg / Safranberg abgebildet.

C-1.2.[1] A.I Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch das Stellungnahmeverfahrens bedürfen oder für die eine Bewertung durch das Stellungnahmeverfahrens bereits vorliegt

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

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

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

C-5.1 Umsetzung der Mm-R im Berichtsjahr

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

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

Trifft nicht zu.

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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	5
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	0
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	0

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

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 Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

folgt

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.

Arzneimittel für neuartige Therapien

Werden am Krankenhausstandort Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet?

Nein