



Medizinisch-Soziales Zentrum
Uckermark gGmbH
Kreiskrankenhaus Prenzlau

Qualitätsbericht 2017





Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V

für das Berichtsjahr 2017

**MSZ Uckermark gGmbH,
Kreiskrankenhaus Prenzlau**

Dieser Qualitätsbericht wurde am 12. November 2018 erstellt.

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|---|-----------|
| - | Einleitung | 3 |
| A | Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts | 5 |
| A-1 | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses | 5 |
| A-2 | Name und Art des Krankenhausträgers | 6 |
| A-3 | Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus | 6 |
| A-4 | Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie | 6 |
| A-5 | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses | 7 |
| A-6 | Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses | 10 |
| A-7 | Aspekte der Barrierefreiheit..... | 11 |
| A-8 | Forschung und Lehre des Krankenhauses | 12 |
| A-9 | Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus | 12 |
| A-10 | Gesamtfallzahlen..... | 12 |
| A-11 | Personal des Krankenhauses..... | 13 |
| A-12 | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung | 21 |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung | 34 |
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen | 35 |
| B-1 | Klinik für Innere Medizin und Klinik für Altersmedizin..... | 35 |
| B-2 | Chirurgische Klinik I und II..... | 46 |
| B-3 | Fachbereich Frauenheilkunde | 57 |
| B-4 | Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie, Notfallzentrum..... | 64 |
| C | Qualitätssicherung | 70 |
| C-1 | Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 70 |
| C-1.1 | Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate | 70 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 91 |

| | | |
|-----|---|-----|
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V..... | 92 |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung..... | 92 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ... | 102 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V | 102 |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V..... | 102 |

- Einleitung

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

| | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Ltrn. Unternehmensstrategie & Medizincontrolling |
| Titel, Vorname, Name | Dr. Heide Wiechmann |
| Telefon | 03334/69-2466 |
| Fax | 03334/69-2467 |
| E-Mail | heide.wiechmann@glg-mbh.de |

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

| | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Verwaltungsdirektorin |
| Titel, Vorname, Name | Marita Schönemann |
| Telefon | 03984/33-300 |
| Fax | 03984/33-309 |
| E-Mail | marita.schoenemann@krankenhaus-prenzlau.de |

Weiterführende Links

Link zur Homepage des Krankenhauses: <http://www.glg-mbh.de>

Liebe Leserinnen und Leser dieses Qualitätsberichtes,

das Kreiskrankenhaus Prenzlau ist ein modernes Krankenhaus der Grundversorgung mit Kliniken für Innere Medizin und Altersmedizin, einer Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie, Notfallzentrum sowie einem Operativen Zentrum mit den Bereichen Chirurgie und operativer Gynäkologie. Das Haus verfügt über 130 stationäre Betten, eine leistungsstarke Funktionsdiagnostik und ein Ambulantes Zentrum. Eine modern ausgestattete Physiotherapie und Ergotherapie runden das Angebot für ambulante und stationäre Patienten ab.

Das Kreiskrankenhaus Prenzlau wird durch die Medizinisch-Soziale Zentrum Uckermark gGmbH, welche seit September 2005 ein 100%iges Tochterunternehmen der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH ist, betrieben. Gesellschafter der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH sind der Landkreis Barnim (71,1 %), der Landkreis Uckermark (25,1 %) sowie die Stadt Eberswalde (3,8 %). Mit Gründung der GLG konnte das Ziel verwirklicht werden, Krankenhäuser zweier Landkreise -Barnim und Uckermark- in eine Gesellschaft zu vereinen, um eine abgestimmte und umfassende Gesundheitsversorgung anzubieten.

Mit diesem strukturierten Qualitätsbericht, der entsprechend den gesetzlichen Anforderungen nach Struktur- und Leistungsdaten je Fachabteilung gegliedert ist, möchten wir Ihnen unsere erbrachten Leistungen des Geschäftsjahres 2017 präsentieren.

Wir möchten die Gelegenheit nutzen und uns bei allen kooperierenden Kliniken sowie niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für die gute Zusammenarbeit bedanken. Wir danken den Patientinnen und Patienten für das entgegengebrachte Vertrauen und unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihre engagierte Arbeit.

Weitere ausführlichere Informationen über unser Haus sowie unsere Gesellschaft bieten die Seiten unserer Homepage www.glg-mbh.de sowie der jährlich erscheinende Jahresrückblick.

Im Namen der Betriebsleitung des Kreiskrankenhauses Prenzlau

Marita Schönemann

Verwaltungsdirektorin

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

| Krankenhaus | |
|-------------------------|---|
| Krankenhausname | MSZ Uckermark gGmbH, Kreiskrankenhaus Prenzlau |
| Hausanschrift | Stettiner Straße 121 17291 Prenzlau |
| Telefon | 03984/33-0 |
| Fax | 03984/33-309 |
| Institutionskennzeichen | 261200117 |
| Standortnummer | 00 |
| URL | http://www.glg-mbh.de |

Ärztliche Leitung

| Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin | |
|--------------------------------------|--|
| Funktion | Leitender Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Oliver Günter |
| Telefon | 03984/33-200 |
| Fax | 03984/33-108 |
| E-Mail | oliver.guenter@krankenhaus-prenzlau.de |

Pflegedienstleitung

| Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin | |
|---|--|
| Funktion | Pflegedienstleitung |
| Titel, Vorname, Name | Heike Rakow |
| Telefon | 03984/33-350 |
| Fax | 03984/33-653 |
| E-Mail | heike.rakow@krankenhaus-prenzlau.de |

Verwaltungsleitung

| Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin | |
|---------------------------------------|--|
| Funktion | Verwaltungsdirektorin |
| Titel, Vorname, Name | Marita Schönemann |
| Telefon | 03984/33-300 |
| Fax | 03984/33-309 |
| E-Mail | marita.schoenemann@krankenhaus-prenzlau.de |

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

| Krankenhausträger | |
|-------------------|--|
| Name | Medizinisch-Soziales Zentrum Uckermark gGmbH |
| Art | Öffentlich |

Zur Medizinisch-Soziales Zentrum Uckermark gGmbH gehören neben dem Kreiskrankenhaus Prenzlau noch folgende Einrichtungen:

- Krankenhaus Angermünde
- Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) Prenzlau GmbH
- Beratungs- und Behandlungsstelle für Abhängigkeitskranke
- AISS - Angermünder Institut für Suchttherapie und Suchtmedizin
- Wohnstätte Criewen für chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke
- Wohnstätte Gutshaus Criewen für chronisch psychisch Kranke

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

| Krankenhausart | |
|----------------|---|
| Krankenhausart | Akademisches Lehrkrankenhaus |
| Universität | Pommersche Medizinische Universität Szczecin (Republik Polen) |

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

| Psychiatrie | |
|------------------------------------|------|
| Psychiatrisches Krankenhaus | Nein |
| Regionale Versorgungsverpflichtung | Nein |

A-5

Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------|--|--|
| MP03 | Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare | Pfiff-Kurse |
| MP04 | Atemgymnastik/-therapie | wird nach ärztlicher Anordnung durchgeführt |
| MP06 | Basale Stimulation | wird durch Physiotherapie und Ergotherapie angeboten |
| MP08 | Berufsberatung/Rehabilitationsberatung | Die Berufs- und Rehabilitationsberatung wird im Rahmen der Sozialarbeit durch Sozialpädagogen angeboten. |
| MP12 | Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) | Die Bobath-Therapie wird durch Mitarbeiter der Physiotherapie angeboten. |
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung | Ernährungsberater, Diabetesberater führen auf Anforderung Beratungen durch |
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege | strukturiertes Entlassmanagement wird durchgeführt |
| MP16 | Ergotherapie/Arbeitstherapie | nach ärztliche Anordnung |
| MP17 | Fallmanagement/ Case Management/ Primary Nursing/ Bezugspflege | Auf allen Pflegestationen wird eine Gruppen- bzw. Bezugspflege durchgeführt. |
| MP18 | Fußreflexzonenmassage | Die Fußreflexzonenmassage wird durch die Physiotherapie angeboten. |
| MP21 | Kinästhetik | Die Kinästhetik wird durch Mitarbeiter der Physiotherapie und des Pflegedienstes angeboten. |
| MP24 | Manuelle Lymphdrainage | Physiotherapie |
| MP25 | Massage | insbesondere bei Palliativpatienten zur Entspannung |
| MP26 | Medizinische Fußpflege | Die medizinische Fußpflege erfolgt durch externe Podologen. |

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------|--|---|
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie | Physiotherapie |
| MP34 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst | Externe Verbundpartner bieten unseren Patienten psychologische und psychotherapeutische Leistungen an. (Hinweis: angestellte Psychologen im Haus) |
| MP35 | Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik | Physiotherapie |
| MP37 | Schmerztherapie/-management | Ein strukturiertes Schmerzmanagement steht den Patienten zur Verfügung (Schmerzeinschätzung nach Skala, tgl. Besuche durch ausgebildete Pflegefachkraft bzw. Schmerztherapeuten, individuelle Therapieplanung). |
| MP63 | Sozialdienst | Der Sozialdienst führt Beratungen zu weiterführenden Versorgungsformen, zur Hilfsmittelversorgung, Vermittlung von AHB und Antragsmodalitäten für Renten durch. |
| MP64 | Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit | Es werden regelmäßig Foren zu speziellen Themen für die Öffentlichkeit angeboten, regelmäßige Teilnahme/Präsens an öffentlichen Veranstaltungen in der Uckermark. |
| MP39 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen | nach Bedarf werden innerhalb der Abteilungen entsprechende Fragestellungen geklärt |
| MP40 | Spezielle Entspannungstherapie | Physiotherapie |
| MP13 | Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen | Diabetesberatung durch ausgebildete Diabetesberaterin nach DDG |

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------|--|--|
| MP11 | Sporttherapie/ Bewegungstherapie | durch Physiotherapie |
| MP44 | Stimm- und Sprachtherapie/ Logopädie | eine Logopädin ist im Krankenhaus tätig |
| MP45 | Stomatherapie/ -beratung | bei Bedarf durch Fachkraft möglich |
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/ Orthopädietechnik | durch externen Partner angeboten |
| MP48 | Wärme- und Kälteanwendungen | Physiotherapie |
| MP51 | Wundmanagement | ausgebildete Wundmanager stehen den Abteilungen zur Verfügung, sie beraten auf Anforderung |
| MP68 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/ Tagespflege | Es werden vom Krankenhaus regelmäßige Fortbildungsveranstaltung für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen angeboten Es findet eine intensive Zusammenarbeit mit dem ambulanten Pflegedienst der GLG statt. |
| MP52 | Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu Selbsthilfegruppen | |

Durch Kooperation mit der radiologischen Praxis Dr. Al Ahmar im Kreiskrankenhaus Prenzlau werden alle konventionellen Röntgenverfahren, die Phlebographie sowie die Computertomographie zur Diagnostik angeboten.

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Leistungsangebot | Zusatzangaben | Kommentar |
|------|--|---|-----------|
| NM01 | Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum | | |
| NM03 | Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | |
| NM09 | Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) | | |
| NM14 | Fernsehgerät am Bett/im Zimmer | kostenfrei | |
| NM18 | Telefon am Bett | Kosten pro Tag: 1,00€ Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,15€ | |
| NM19 | Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer | | |
| NM30 | Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen | kostenfrei | |
| NM40 | Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen | | |
| NM49 | Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen | | |
| NM11 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | |
| NM17 | Rundfunkempfang am Bett | kostenfrei | |
| NM42 | Seelsorge | | |
| NM10 | Zwei-Bett-Zimmer | | |
| NM60 | Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen | | |

| Nr. | Leistungsangebot | Zusatzangaben | Kommentar |
|------|--|---|--|
| NM65 | Hotelleistungen | | Einzelzimmer auf Wunsch Flachbild-TV, elektrisch verstellbares Bett, PC mit Schreibtisch und Internet in unmittelbarer Zimmernähe, auf Wunsch Hygieneset mit Fön und Bademantel, tägliche Tageszeitung |
| NM66 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) | Angebote für besondere Ernährungsgewohnheiten: Dieses Angebot ist besonders für Patienten mit religiösem Hintergrund zugeschnitten. | vor allem auf Patienten mit religiösem Hintergrund zugeschnitten |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr. | Aspekt der Barrierefreiheit |
|------|--|
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen |
| BF23 | Allergenarme Zimmer |
| BF24 | Diätetische Angebote |
| BF25 | Dolmetscherdienst |
| BF26 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal |
| BF28 | Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit |
| BF04 | Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung |
| BF02 | Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung |
| BF06 | Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche oder Ähnliches |
| BF07 | Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette |
| BF17 | Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergroße, elektrisch verstellbar) |
| BF20 | Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten |

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

| Nr. | Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten | Kommentar |
|------|--|---|
| FL03 | Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) | Das Kreiskrankenhaus Prenzlau ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Fakultät Stettin. Es steht Medizinstudenten aller deutschen Universitäten zur Ableistung von Famulaturen zur Verfügung. |

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| Nr. | Ausbildung in anderen Heilberufen |
|------|---|
| HB01 | Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin |
| HB06 | Ergotherapeut und Ergotherapeutin |
| HB11 | Podologe und Podologin |

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

| Betten | |
|--------|-----|
| Betten | 116 |

A-10 Gesamtfallzahlen

| Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle | |
|--|-------|
| Vollstationäre Fallzahl | 4634 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |
| Ambulante Fallzahl | 15694 |

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 32,24

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|-----------------|-------------------|
| Stationär | 26,8 |
| Ambulant | 5,44 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|--------------------------|-------------------|
| Direkt | 32,02 |
| Nicht Direkt | 0,22 |

Davon Fachärzte/innen insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 24,12

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|-----------------|-------------------|
| Stationär | 18,68 |
| Ambulant | 5,44 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|--------------------------|-------------------|
| Direkt | 23,9 |
| Nicht Direkt | 0,22 |

Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 0

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 51,43

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|-----------------|-------------------|
| Stationär | 48,08 |
| Ambulant | 3,35 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|--------------------------|-------------------|
| Direkt | 51,43 |
| Nicht Direkt | 0 |

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 7,18

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|-----------------|-------------------|
| Stationär | 4,54 |
| Ambulant | 2,64 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|--------------------------|-------------------|
| Direkt | 7,18 |
| Nicht Direkt | 0 |

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 9,44

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|------------------------|--------------------------|
| Stationär | 6,93 |
| Ambulant | 2,51 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|---------------------------------|--------------------------|
| Direkt | 9,44 |
| Nicht Direkt | 0 |

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 2,25

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|------------------------|--------------------------|
| Stationär | 1,13 |
| Ambulant | 1,12 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|---------------------------------|--------------------------|
| Direkt | 2,25 |
| Nicht Direkt | 0 |

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 2,13

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|-----------------|-------------------|
| Stationär | 2,13 |
| Ambulant | 0 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|--------------------------|-------------------|
| Direkt | 2,13 |
| Nicht Direkt | 0 |

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 2,87

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|-----------------|-------------------|
| Stationär | 2,87 |
| Ambulant | 0 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|--------------------------|-------------------|
| Direkt | 2,87 |
| Nicht Direkt | 0 |

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP21 - Physiotherapeut und Physiotherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 5,87

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|-----------------|-------------------|
| Stationär | 5,37 |
| Ambulant | 0,5 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|--------------------------|-------------------|
| Direkt | 5,87 |
| Nicht Direkt | 0 |

SP25 - Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin

Anzahl Vollkräfte: 1,56

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|-----------------|-------------------|
| Stationär | 1,56 |
| Ambulant | 0 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|--------------------------|-------------------|
| Direkt | 1,56 |
| Nicht Direkt | 0 |

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Voita

Anzahl Vollkräfte: 2,23

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|------------------------|--------------------------|
| Stationär | 2,23 |
| Ambulant | 0 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|---------------------------------|--------------------------|
| Direkt | 2,23 |
| Nicht Direkt | 0 |

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Anzahl Vollkräfte: 2,96

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|------------------------|--------------------------|
| Stationär | 2,86 |
| Ambulant | 0,1 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|---------------------------------|--------------------------|
| Direkt | 2,96 |
| Nicht Direkt | 0 |

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 1,78

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|------------------------|--------------------------|
| Stationär | 1,78 |
| Ambulant | 0 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|---------------------------------|--------------------------|
| Direkt | 1,78 |
| Nicht Direkt | 0 |

SP05 - Ergotherapeut und Ergotherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 1,85

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|------------------------|--------------------------|
| Stationär | 1,85 |
| Ambulant | 0 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|---------------------------------|--------------------------|
| Direkt | 1,85 |
| Nicht Direkt | 0 |

SP23 - Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin

Anzahl Vollkräfte: 1,46

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|------------------------|--------------------------|
| Stationär | 1,46 |
| Ambulant | 0 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|---------------------------------|--------------------------|
| Direkt | 1,46 |
| Nicht Direkt | 0 |

SP14 - Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin

Anzahl Vollkräfte: 0,03

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|------------------------|--------------------------|
| Stationär | 0,03 |
| Ambulant | 0 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|--------------------------|-------------------|
| Direkt | 0,03 |
| Nicht Direkt | 0 |

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

Anzahl Vollkräfte: 3,9

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|-----------------|-------------------|
| Stationär | 3,9 |
| Ambulant | 0 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|--------------------------|-------------------|
| Direkt | 0 |
| Nicht Direkt | 3,9 |

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

| Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements | |
|--|--|
| Funktion | Qualitätsmanagementbeauftragte |
| Titel, Vorname, Name | Frau Ines Tomschin |
| Telefon | 03984/33-390 |
| Fax | 03984/33-309 |
| E-Mail | ines.tomschin@krankenhaus-angermuende.de |

A-12.1.2 Lenkungsgremium

| Lenkungsgremium | |
|--|--|
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | Qualitätslenkungsausschusssitzung mit Beteiligung der Qualitätsmanagementbeauftragten der einzelnen Bereiche |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | halbjährlich |

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

| Angaben zur Person | |
|--------------------|----------------------|
| Angaben zur Person | Keine Person benannt |

A-12.2.2 Lenkungsgremium

| Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe | |
|---|--|
| Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe | Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement |
| Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich | Qualitätslenkungsausschusssitzung mit Beteiligung der Qualitätsmanagementbeauftragten der einzelnen Bereiche |
| 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: Qualitätsmanagement- handbuch MSZ Uckermark gGmbH, Kreiskrankenhaus Prenzlau Datum: 31.12.2015 | Die Qualitäts- und Risiko- managementdokumenta- tion und -prozesse sind im Qualitätshandbuch des Krankenhauses geregelt. Hierzu gehören u. a. Geschäftsordnungen der QM/RM-Gremien, verschiedene Vorgabedokumente oder die Betriebsvereinbarung zur Anwendung des Fehlermeldesystems. |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | | Regelmäßig wird u. a. über folgende Inhalte geschult: - Umgang mit Medizin- geräten, - Beatmung, Reanimation, Wundbehandlung, - Labor- u. Mikrobiologie- diagnostik, POCT, - hygienerrelevante Themen, - Strahlen-, Brand- u. Arbeitsschutz und - und viele weitere fachspezifische Fortbildungen. |
| RM03 | Mitarbeiterbefragungen | | Zur Kommunikation klinischer Risiken steht jedem Mitarbeiter das Fehlermeldesystem CIRS, das Meldesystem "besondere Vorkommnisse" und das Beschwerdemanagement- system zur Verfügung. Die Mitarbeiter-Befragung findet alle 3 Jahre statt. Als Erhebungsinstrument dient ein standardisierter Fragebogen. |

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Kommentar |
|------|---|---|---|
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) | Die Verfahrensanweisung "Reanimationsfall" regelt u. a. die Planungen des Notfallmanagements für interne med. Notfälle sowie zur Ausstattung der Kliniken mit Notfallkoffern. Standardisierte Notfallrufnummern sind etabliert. Die Teilnahme an Reanimationsfortbildungen ist für Mitarbeiter Pflicht. |
| RM05 | Schmerzmanagement | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) | Eine Verfahrensanweisung gewährleistet die sachgerechte schmerztherapeutische Betreuung der Patienten sowie die Verantwortungen im multiprofessionellen Schmerztherapieprozess. Ein Akutschmerzdienst bei invasiver Schmerztherapie ist über die Fachabteilung Anästhesie gewährleistet. |
| RM06 | Sturzprophylaxe | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) | Gemäß der Leitlinie Sturzprophylaxe in der Pflege wird für jeden Patienten ein individuelles Sturzrisikoprofil ermittelt und ggf. werden Präventionsmaßnahmen eingeleitet. Jährlich erfolgen interne Analysen zur Sturzhäufigkeit, -ursache, -ort, -zeit. |
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) | Anhand der Leitlinie Dekubitusprophylaxe in der Pflege wird sichergestellt, dass jeder dekubitusgefährdete Patient Prophylaxemaßnahmen erhält. Jährlich erfolgt eine Dekubitusinzidenzauswertung. Abweichungen/ Auffälligkeiten werden mit den Abteilungen thematisiert. |

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Kommentar |
|------|--|--|---|
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) | Die durch das klinische Ethikkomitee erarbeitete Verfahrensanweisung "Umgang mit Fixierungsmaßnahmen" regelt sowohl das Vorgehen als auch die Rahmenbedingungen für den Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen. |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) | Die Verfahrensanweisung " zum Umgang und Betrieb mit medizinischen Geräten gemäß MPBetreibV" schreibt die unverzügliche Außerbetriebsetzung von Geräten mit Fehlfunktionen und das Störungs-Meldeverfahren vor. Ein Geräteinventar gewährleistet die fristgemäße Überprüfung von Geräten. |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen | Tumorkonferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Qualitätszirkel | |
| RM11 | Standards zur sicheren Medikamentenvergabe | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) | Standards zur sicheren Medikamentenvergabe sind umgesetzt, dazu gehören u. a.: - Verfahrensanweisung (VA) "Risikomanagement Arzneimittel", - VA "Arznei- und Betäubungsmittelverkehr" und - VA Medikamente anfordern und lagern. |

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Kommentar |
|------|--|---|--|
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen | | <p>Spezifische standardisierte Aufklärungsbögen stehen mehrsprachig zur Verfügung.</p> <p>Die Art und der Umfang der Aufklärung erfolgt nach den Regelungen der Vorgabedokumente "Aufklärung der Patienten für vorgesehene ärztliche Maßnahmen" und "Einsatz von Dolmetschern bei Risikoaufklärung".</p> |
| RM13 | Anwendung von standardisierten OP-Checklisten | | <p>Eine Checkliste "Patientensicherheit im OP" wurde nach den Empfehlungen der WHO erarbeitet.</p> <p>Die Checkliste begleitet den Patienten von der OP-Planung auf der Station bis zum Ende des Eingriffs im OP und bildet wesentliche Sicherheitsstandards ab.</p> |
| RM14 | Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwartetem Blutverlust | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) | <p>Im Rahmen des Team-Time-Out's erfolgt die präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust.</p> <p>Das Team-Time-Out wird in der "Checkliste Patientensicherheit im OP" abgebildet und ist verpflichtend vorgeschrieben.</p> |
| RM15 | Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) | Die präoperative, vollständige Abfrage und Präsentation notwendiger Befunde erfolgt mit Hilfe der Checkliste "Patientensicherheit im OP". |

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Kommentar |
|------|--|---|---|
| RM16 | Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) | Eine Verfahrensweisung regelt die Verwendung von Patientenidentifikationsarmbändern. Eine standardisierte OP-Checkliste wurde anhand der Empfehlungen der WHO erarbeitet und wird angewendet. |
| RM17 | Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) | Standards in der Schmerztherapie für die Aufwachphase und für die postoperative Versorgung werden umgesetzt. Verantwortungen, Prinzipien und Therapiekonzepte sind in der Verfahrensweisung zur Schmerztherapie verbindlich festgeschrieben. |
| RM18 | Entlassungsmanagement | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) | Eine Checkliste zum Entlassungsmanagement wird angewendet. Eine Leitlinie regelt Inhalte, Grundsätze und Rahmenbedingungen für das Entlassungsgespräch. |

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinterne Fehlermeldesystems

| Internes Fehlermeldesystem | |
|----------------------------------|---|
| Internes Fehlermeldesystem | Ja |
| Regelmäßige Bewertung | Ja |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | monatlich |
| Verbesserung Patientensicherheit | Risiko: Fehlinterpretation von Laborwerten durch zwei unterschiedliche Einheiten eines Parameters; Maßnahme: Standardisierung der Parameter; Risiko: Erreichbarkeit des Reanimatiionsteams nicht gesichert; Maßnahme: WLAN-Notfalltelefone mit Display zur ggf. notwendigen Rückrufmöglichkeit; Risiko: unklare An- und Abordnungen der Medikationstherapie; Maßnahme: verbesserte Dokumentationsanweisung, Abkürzelung der Gabe von Medikamenten in der PKMS-Dokumentation. |

| Nr. | Instrument und Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|---|---------------|
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor | |
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen | monatlich |
| IF03 | Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem | "bei Bedarf" |

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

| Übergreifendes Fehlermeldesystem | |
|----------------------------------|-----------|
| Übergreifendes Fehlermeldesystem | Ja |
| Regelmäßige Bewertung | Ja |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | monatlich |

| Nr. | Instrument und Maßnahme | Kommentar |
|------|---|---|
| EF01 | CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung) | |
| EF02 | CIRS Berlin (Ärztekammer Berlin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung) | |
| EF03 | KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung) | |
| EF00 | Sonstiges | CIRS anderer Krankenhäuser des GLG-Verbundes. |

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

| Hygienepersonal | Anzahl (Personen) | Kommentar |
|--|-------------------|--|
| Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen | 1 | CA Dr. T. Talaska Stabsstelle Krankenhaushygiene GLG 16225 Eberswalde Rudolf-Breitscheid-Str. 36 |
| Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen | 2 | Weisungsbefugnis zu hygienerelevanten Entscheidungen Unterstützung der Arbeit der HFK Unterstützung bei der Einhaltung der Hygienerichtlinien und Maßnahmen der Infektionsprävention Anregung von Verbesserungen der Hygienepläne, der Funktionsabläufe sowie aller Maßnahmen der Infektionsprävention Anleitung und fachliche Führung der hygienebeauftragten Ärzte der jeweiligen Kliniken Aktive Beteiligung an der Medizinischen Führungsverantwortung im Falle eines Ausbruchsgeschehens |
| Fachgesundheits- und Krankenpfleger und Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK) | 1 | Umsetzung infektionspräventiver Maßnahmen Vermitteln von Maßnahmen und Inhalten von Hygieneplänen Mitwirkung bei der Erstellung und Umsetzung von Hygienemaßnahmen Durchführung hygienisch-mikrobiologischer Untersuchungen Mitwirkung bei der Erfassung und Bewertung von nosokomialen Infektionen und von Erregern mit speziellen Resistenzen Durchführung von Begehungen aller Bereiche Durchführung spezifischer Hygienefortbildungen in enger Abstimmung und Zusammenarbeit mit dem Krankenhaushygieniker |

| Hygienepersonal | Anzahl (Personen) | Kommentar |
|----------------------------------|-------------------|--|
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 10 | Multiplikatoren hygienerelevanter Fragen, Aufgaben und Pflichten: Unterstützung der HFK bei der Umsetzung von Hygienemaßnahmen Regelmäßige Teilnahme an hygienespezifischen Weiterbildungen Mitwirkung an der Erstellung bereichsspezifischer Standards Umsetzung und Schulung von Hygienepraktiken Mitwirkung an der Erkennung und Bewältigung eines Ausbruchsgeschehens |

| Hygienekommission | |
|--------------------------------|--------------|
| Hygienekommission eingerichtet | Ja |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | halbjährlich |

| Hygienekommission Vorsitzender | |
|--------------------------------|--|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Friedhelm Schrank, ab 11/2017 Dr. med. Thomas Rösel |
| Telefon | 03984/33-200 |
| Fax | 03984/33-108 |
| E-Mail | friedhelm.schrank@krankenhaus-prenzlau.de thomas.roesel@krankenhaus-prenzlau.de |

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt.

| 1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage | |
|--|----|
| Der Standard liegt vor | Ja |
| Der Standard thematisiert insbesondere | |
| a) Hygienische Händedesinfektion | Ja |
| b) Adäquate Hautdesinfektion der Kathetereinstichstelle | Ja |
| c) Beachtung der Einwirkzeit | Ja |
| d) Weitere Hygienemaßnahmen | |
| - sterile Handschuhe | Ja |
| - steriler Kittel | Ja |
| - Kopfhaube | Ja |
| - Mund-Nasen-Schutz | Ja |
| - steriles Abdecktuch | Ja |
| Standard durch Geschäftsführung/Hygienekom. autorisiert | Ja |

| 2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern | |
|--|----|
| Der Standard liegt vor | Ja |
| Standard durch Geschäftsführung/Hygienekom. autorisiert | Ja |

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

| Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie | |
|--|----|
| Die Leitlinie liegt vor | Ja |
| Leitlinie an akt. hauseigene Resistenzlage angepasst | Ja |
| Leitlinie durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert | Ja |

| Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe | |
|---|----|
| Der Standard liegt vor | Ja |
| 1. Der Standard thematisiert insbesondere | |
| a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe | Ja |
| b) Zu verwendende Antibiotika | Ja |
| c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe | Ja |
| 2. Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert | Ja |
| 3. Antibiotikaprophylaxe bei operierten Patienten strukturiert überprüft | Ja |

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

| Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel | |
|--|----|
| Der Standard liegt vor | Ja |
| Der interne Standard thematisiert insbesondere | |
| a) Hygienische Händedesinfektion | Ja |
| b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen | Ja |
| c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden | Ja |
| d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe | Ja |
| e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion | Ja |
| Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert | Ja |

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

| Händedesinfektionsmittelverbrauch | |
|---|----------------------------|
| Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen | |
| - Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben | Ja |
| - Händedesinfektionsmittelverbrauch | 30,00 ml pro Patiententag |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen | |
| - Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben | Ja |
| - Händedesinfektionsmittelverbrauch | 102,00 ml pro Patiententag |
| Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs | Ja |

A-12.3.2.5 Umgang mit 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) | Ja |
| Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang | |
| Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren | Ja |

A-12.3.2.6 *Hygienebezogenes Risikomanagement*

| Nr. | Instrument und Maßnahme | Zusatzangaben |
|------------|---|-------------------------------------|
| HM03 | Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen | Name: MRE Netzwerk Barnim-Uckermark |
| HM04 | Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) | Teilnahme (ohne Zertifikat) |
| HM05 | Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten | |
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen | |

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

| Lob- und Beschwerdemanagement | | Kommentar / Erläuterungen |
|---|----|---|
| Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt | Ja | Die Patienten, Angehörigen, Besucher und Mitarbeiter haben die Möglichkeit, ihre Meinung, Hinweise und Kritik zu äußern. Unser Beschwerdemanagement dient der Steigerung der Servicequalität, der Wiederherstellung von Kundenzufriedenheit, der Vermeidung und Reduzierung von Fehler-, Folge- und Beschwerdekosten sowie der Nutzung der Beschwerdeinformationen im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses, dem Informationsgewinn und der Ursachenanalyse. |
| Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) | Ja | Beschwerden werden schriftlich wie auch mündlich entgegen genommen. Eine Rückmeldung erfolgt innerhalb von 3 Tagen. Die Ergebnisse werden analysiert und Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet, koordiniert und überwacht. Die Krankenhausbetriebsleitung wird jährlich über die Ergebnisse informiert. |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden | Ja | |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden | Ja | Patienten haben zusätzlich die Möglichkeit zur Meinungsäußerung über die Patientenbefragung. Diesen Fragebogen erhält jeder Patient im Zuge der administrativen Entlassung in den entsprechenden Abteilungen. |
| Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert | Ja | |

Regelmäßige Einweiserbefragungen

| | |
|--------------|----|
| Durchgeführt | Ja |
|--------------|----|

Regelmäßige Patientenbefragungen

| | |
|--------------|--|
| Durchgeführt | Ja |
| Kommentar | Seit 2017 erfolgt die systematische Patientenbefragung auf der Basis des standardisierten Fragebogens des CLINOTEL-Krankenhausverbundes mit Benchmarking der Ergebnisse. |

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

| | |
|-----------|--|
| Möglich | Ja |
| Kommentar | Möglich über den Fragebogen zur Patientenzufriedenheit, durch telefonische Beschwerdtaufnahme oder Abgabe von Online-Bewertungen auf Bewertungsportalen. |

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

| | |
|----------------------|--|
| Funktion | Verwaltungsdirektorin |
| Titel, Vorname, Name | Marita Schönemann |
| Telefon | 03984/33-300 |
| Fax | 03984/33-309 |
| E-Mail | marita.schoenemann@krankenhaus-prenzlau.de |

A-13 Besondere apparative Ausstattung

| Nr. | Vorhandene Geräte | Umgangssprachliche Bezeichnung | 24h verfügbar | Kommentar |
|------|------------------------------------|---|---------------|---|
| AA08 | Computertomograph (CT) | Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen | Ja | an externen Partner vergeben |
| AA14 | Gerät für Nierenersatzverfahren | Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse) | Ja | intermittierende Verfahren werden durch externe Partner durchgeführt. |
| AA23 | Mammographiegerät | Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse | - | an externen Partner vergeben |
| AA10 | Elektroenzephalographiegerät (EEG) | Hirnstrommessung | Nein | |

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1 Klinik für Innere Medizin und Klinik für Altersmedizin

B-1.1 Allgemeine Angaben Klinik für Innere Medizin und Klinik für Altersmedizin

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|--|
| Fachabteilung | Klinik für Innere Medizin und Klinik für Altersmedizin |
| Fachabteilungsschlüssel | 0100 |
| Art | Hauptabteilung |

Chefärzte/-ärztinnen

| Chefarzt/Chefärztin | |
|----------------------|--|
| Funktion | Chefarzt Innere Medizin |
| Titel, Vorname, Name | Christian Scheer |
| Telefon | 03984/33-400 |
| Fax | 03984/33-108 |
| E-Mail | christian.scheer@krankenhaus-prenzlau.de |

| Chefarzt/Chefärztin | |
|----------------------|--|
| Funktion | Chefarzt Altersmedizin |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Oliver Günter |
| Telefon | 03984/33-200 |
| Fax | 03984/33-108 |
| E-Mail | oliver.guenter@krankenhaus-prenzlau.de |

Öffentliche Zugänge

| Straße | Ort | Homepage |
|----------------------|----------------|---|
| Stettiner Straße 121 | 17291 Prenzlau | http://www.glg-mbh.de |

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Keine Vereinbarungen geschlossen |

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin und Klinik für Altersmedizin

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin und Klinik für Altersmedizin | Kommentar |
|------|---|--|
| VC29 | Behandlung von Dekubitalgeschwüren | |
| VC32 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes | |
| VC35 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens | |
| VC36 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes | |
| VC37 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes | |
| VC38 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand | |
| VC39 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels | |
| VC40 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels | |
| VH08 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege | |
| VH24 | Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen | |
| VI01 | Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten | Ergometrie, Stressechokardiographie |
| VI02 | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes | |
| VI03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit | Diagnostik mittels farbkodierter Dopplerechokardiographie (auch über die Speiseröhre) wird durch einen Kardiologen sichergestellt. Außerdem werden 1- und 2-Kammer-Herzschrittmachersysteme implantiert. Herzschrittmacher, ICDs und 3-Kammer-HSM/ICDs werden ambulant kontrolliert. |
| VI05 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten | |
| VI06 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten | Duplexsonographie der Hirngefäße |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin und Klinik für Altersmedizin | Kommentar |
|------|---|---|
| VI07 | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) | |
| VI08 | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen | |
| VI09 | Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen | |
| VI10 | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten | |
| VI11 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) | Hier werden alle endoskopischen Verfahren einschließlich Gastroskopie (Magenspiegelung), Koloskopie (Darmspiegelung) und ERCP (Spiegelung der Gallenwege) durchgeführt. |
| VI12 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs | |
| VI14 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas | |
| VI15 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge | |
| VI18 | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen | vor allem gastorintestinale Tumore |
| VI19 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten | |
| VI20 | Intensivmedizin | |
| VI24 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen | |
| VI27 | Spezialsprechstunde | |
| VI29 | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis | |
| VI30 | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen | |
| VI31 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen | |
| VI33 | Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen | |
| VI35 | Endoskopie | |
| VI38 | Palliativmedizin | |
| VI39 | Physikalische Therapie | |
| VI40 | Schmerztherapie | |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin und Klinik für Altersmedizin | Kommentar |
|------|---|--|
| VI42 | Transfusionsmedizin | |
| VI43 | Chronisch entzündliche Darmerkrankungen | |
| VN10 | Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen | |
| VN15 | Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems | |
| VN19 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen | |
| VO01 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien | |
| VO03 | Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens | |
| VO04 | Diagnostik und Therapie von Spondylopathien | |
| VO05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens | |
| VO09 | Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien | |
| VP03 | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen | |
| VP04 | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen | |
| VP06 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen | |
| VP10 | Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen | |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen | in Zusammenarbeit mit Röntgenpraxis Dr. med. Al-Ahmar im Krankenhaus |
| VR02 | Native Sonographie | |
| VR04 | Duplexsonographie | |
| VR05 | Sonographie mit Kontrastmittel | |
| VR10 | Computertomographie (CT), nativ | in Zusammenarbeit mit Röntgenpraxis Dr. med. Al-Ahmar im Krankenhaus |
| VR11 | Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel | in Zusammenarbeit mit Röntgenpraxis Dr. med. Al-Ahmar im Krankenhaus |

B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Klinik für Innere Medizin und Klinik für Altersmedizin

Die zutreffenden Angaben sind unter Abschnitt A-7 benannt.

B-1.5 Fallzahlen Klinik für Innere Medizin und Klinik für Altersmedizin

| Fallzahlen | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 3049 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|--|
| 1 | I50 | 210 | Herzinsuffizienz |
| 2 | I10 | 140 | Essentielle (primäre) Hypertonie |
| 3 | J18 | 131 | Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet |
| 4 | J44 | 118 | Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit |
| 5 | F10 | 106 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol |
| 6 | I63 | 96 | Hirnfarkt |
| 7 | I48 | 93 | Vorhofflimmern und Vorhofflattern |
| 8 | N30 | 93 | Zystitis |
| 9 | E86 | 89 | Volumenmangel |
| 10 | K29 | 89 | Gastritis und Duodenitis |

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|--|
| 1 | 8-550 | 619 | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung |
| 2 | 1-632 | 479 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie |
| 3 | 8-980 | 341 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) |
| 4 | 1-440 | 303 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas |
| 5 | 1-650 | 291 | Diagnostische Koloskopie |
| 6 | 5-452 | 168 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes |
| 7 | 5-469 | 151 | Andere Operationen am Darm |
| 8 | 1-710 | 120 | Ganzkörperplethysmographie |
| 9 | 1-444 | 118 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt |
| 10 | 8-543 | 98 | Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie |

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

Zusätzlich wurden Leistungen der CT und MRT Diagnostik erbracht, die unter den TOP 10 einzuordnen sind.

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Ambulanz für Endoskopien | |
|----------------------------|---|
| Ambulanzart | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) (AM04) |
| Kommentar | Gastroskopien und Koloskopien, auch als Vorsorgeuntersuchungen |
| Angebotene Leistung | Endoskopie (VI35) |

| Herzschrittmacher - Ambulanz | |
|------------------------------|---|
| Ambulanzart | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) (AM05) |
| Kommentar | - Überprüfung der Funktionsfähigkeit der Herzschrittmacher - Kardiologische Beratung der Patienten Die KV-Zulassung galt bis zum 3. Quartal 2017. Die Leistung wird nun in Zusammenarbeit und unter der Ermächtigung von Herrn DM Hechler in unserem Haus weitergeführt. |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31) |

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|---|
| 1 | 1-440 | 835 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas |
| 2 | 1-650 | 793 | Diagnostische Koloskopie |
| 3 | 1-444 | 487 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt |
| 4 | 5-469 | 149 | Andere Operationen am Darm |
| 5 | 5-452 | 116 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes |
| 6 | 5-378 | < 4 | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators |
| 7 | 5-493 | < 4 | Operative Behandlung von Hämorrhoiden |

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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



B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 15,56

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|-----------------|-------------------|
| Stationär | 13,25 |
| Ambulant | 2,31 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|--------------------------|-------------------|
| Direkt | 15,37 |
| Nicht Direkt | 0,19 |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 230,11

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 9,45

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|-----------------|-------------------|
| Stationär | 7,14 |
| Ambulant | 2,31 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|--------------------------|-------------------|
| Direkt | 9,26 |
| Nicht Direkt | 0,19 |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 427,03

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) |
|------|---|
| AQ06 | Allgemeinchirurgie |
| AQ23 | Innere Medizin |
| AQ26 | Innere Medizin und Gastroenterologie |
| AQ28 | Innere Medizin und Kardiologie |
| AQ42 | Neurologie |
| AQ51 | Psychiatrie und Psychotherapie |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung | Kommentar |
|------|-----------------------------------|----------------|
| ZF07 | Diabetologie | |
| ZF09 | Geriatric | |
| ZF28 | Notfallmedizin | |
| ZF30 | Palliativmedizin | |
| ZF36 | Psychotherapie – fachgebunden – | Psychoonkologe |
| ZF45 | Suchtmedizinische Grundversorgung | |

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 21,48

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|-----------------|-------------------|
| Stationär | 21,2 |
| Ambulant | 0,28 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|--------------------------|-------------------|
| Direkt | 21,48 |
| Nicht Direkt | 0 |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 143,82

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,78

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|------------------------|--------------------------|
| Stationär | 4,07 |
| Ambulant | 0,71 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|---------------------------------|--------------------------|
| Direkt | 4,78 |
| Nicht Direkt | 0 |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 749,14

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,13

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|------------------------|--------------------------|
| Stationär | 2,13 |
| Ambulant | 0 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|---------------------------------|--------------------------|
| Direkt | 2,13 |
| Nicht Direkt | 0 |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 1431,46

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,39

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|------------------------|--------------------------|
| Stationär | 2,39 |
| Ambulant | 0 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|---------------------------------|--------------------------|
| Direkt | 2,39 |
| Nicht Direkt | 0 |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 1275,73

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------------|---|
| PQ05 | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten |
| PQ04 | Intensivpflege und Anästhesie |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------------|----------------------------|
| ZP07 | Geriatric |
| ZP20 | Palliative Care |

B-2 Chirurgische Klinik I und II

B-2.1 Allgemeine Angaben Chirurgische Klinik I und II

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|------------------------------|
| Fachabteilung | Chirurgische Klinik I und II |
| Fachabteilungsschlüssel | 1500 |
| Art | Hauptabteilung |

Chefärzte/-ärztinnen

| Chefarzt/Chefärztin | |
|----------------------|--|
| Funktion | Chefarzt Allgemein- und Viszeralchirurgie |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Friedhelm Schrank, ab 11/2017 Dipl. Med. Wolf-German Geike |
| Telefon | 03984/33-100 |
| Fax | 03984/33-449 |
| E-Mail | friedhelm.schrank@krankenhaus-prenzlau.de wolf-german.geike@krankenhaus-prenzlau.de |

| Chefarzt/Chefärztin | |
|----------------------|--|
| Funktion | Chefarzt Unfallchirurgie/Orthopädie |
| Titel, Vorname, Name | Dipl. Med. Wolf-German Geike |
| Telefon | 03984/33-100 |
| Fax | 03984/33-449 |
| E-Mail | wolf-german.geike@krankenhaus-prenzlau.de |

Öffentliche Zugänge

| Straße | Ort | Homepage |
|----------------------|----------------|---|
| Stettiner Straße 121 | 17291 Prenzlau | http://www.glg-mbh.de |

Ab November 2017 sind die Fachbereiche Allgemein- und Unfallchirurgie/Orthopädie unter einer Leitung von Chefarzt Wolf-German Geike.

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Keine Vereinbarung geschlossen |

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Chirurgie

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote Klinik für Chirurgie | Kommentar |
|------|---|--|
| VC05 | Schrittmachereingriffe | In Zusammenarbeit mit der Inneren Klinik. |
| VC06 | Defibrillatoreingriffe | In Zusammenarbeit mit der Inneren Klinik. |
| VC13 | Operationen wegen Thoraxtrauma | Anlegen einer Thoraxdrainage |
| VC18 | Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen | |
| VC19 | Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen | |
| VC21 | Endokrine Chirurgie | Schilddrüsenchirurgie |
| VC22 | Magen-Darm-Chirurgie | |
| VC23 | Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie | |
| VC24 | Tumorchirurgie | Notfalleingriffe |
| VC25 | Transplantationschirurgie | Hauttransplantation |
| VC26 | Metall-/Fremdkörperentfernungen | |
| VC27 | Bandrekonstruktionen/Plastiken | |
| VC28 | Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik | Endoprothetischer Gelenkersatz bei Frakturen und degenerativen Veränderungen an: Schultern, Ellenbogen, Hüften und Knien, sowie an Großzehengrundgelenken Diagnostik und Behandlung degenerativer Erkrankungen |
| VC29 | Behandlung von Dekubitalgeschwüren | |
| VC30 | Septische Knochenchirurgie | |
| VC31 | Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen | |
| VC32 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes | |
| VC33 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses | |
| VC34 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax | |
| VC35 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens | |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote Klinik für Chirurgie | Kommentar |
|------|---|---|
| VC36 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes | inklusive arthroskopischer Rotatorenmanschettenrekonstruktion und "Bankart"-Operation |
| VC37 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes | inklusive Prothetik |
| VC38 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand | |
| VC39 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels | |
| VC40 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels | |
| VC41 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes | |
| VC42 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen | |
| VC45 | Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule | z.B. Kyphoplastie |
| VC49 | Chirurgie der Bewegungsstörungen | |
| VC50 | Chirurgie der peripheren Nerven | z.B. Nervenengpasssyndrom an den Extremitäten |
| VC55 | Minimalinvasive laparoskopische Operationen | |
| VC56 | Minimalinvasive endoskopische Operationen | |
| VC57 | Plastisch-rekonstruktive Eingriffe | |
| VC60 | Adipositaschirurgie | |
| VC62 | Portimplantation | |
| VC63 | Amputationschirurgie | |
| VC64 | Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie | |
| VC65 | Wirbelsäulenchirurgie | z.B. Kyphoplastien, Fixateur interna bei Frakturen |
| VC66 | Arthroskopische Operationen | |
| VC67 | Chirurgische Intensivmedizin | In Kooperation mit der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie. |
| VC68 | Mammachirurgie | |
| VC69 | Verbrennungschirurgie | |
| VC71 | Notfallmedizin | |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote Klinik für Chirurgie | Kommentar |
|------|---|---|
| VO01 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien | inklusive Umstellungsoperationen |
| VO02 | Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes | |
| VO03 | Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens | |
| VO04 | Diagnostik und Therapie von Spondylopathien | |
| VO05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens | |
| VO06 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln | |
| VO07 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen | |
| VO09 | Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien | |
| VO10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes | |
| VO14 | Endoprothetik | |
| VO15 | Fußchirurgie | |
| VO16 | Handchirurgie | |
| VO18 | Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie | |
| VO19 | Schulterchirurgie | |
| VO20 | Sportmedizin/Sporttraumatologie | |
| VO21 | Traumatologie | |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen | in Zusammenarbeit mit Röntgenpraxis Herr Dr. med. Al-Ahmar im Krankenhaus |
| VR02 | Native Sonographie | |
| VR03 | Eindimensionale Dopplersonographie | |
| VR04 | Duplexsonographie | |
| VR10 | Computertomographie (CT), nativ | in Zusammenarbeit mit Röntgenpraxis Herr Dr. med. Al-Ahmar im Krankenhaus |
| VR11 | Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel | in Zusammenarbeit mit Röntgenpraxis Herr Dr. med. Al-Ahmar im Krankenhaus |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote Klinik für Chirurgie | Kommentar |
|------|---|---|
| VR12 | Computertomographie (CT), Spezialverfahren | in Zusammenarbeit mit Röntgenpraxis Herr Dr. med. Al-Ahmar im Krankenhaus |
| VR15 | Arteriographie | in Zusammenarbeit mit Röntgenpraxis Herr Dr. med. Al-Ahmar im Krankenhaus |
| VR16 | Phlebographie | in Zusammenarbeit mit Röntgenpraxis Herr Dr. med. Al-Ahmar im Krankenhaus |

B-2.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Klinik für Chirurgie

Die zutreffenden Angaben sind im Abschnitt A-7 benannt.

B-2.5 Fallzahlen Klinik für Chirurgie

| Fallzahlen | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 1185 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|--|
| 1 | K80 | 104 | Cholelithiasis |
| 2 | S06 | 94 | Intrakranielle Verletzung |
| 3 | M51 | 73 | Sonstige Bandscheibenschäden |
| 4 | M54 | 50 | Rückenschmerzen |
| 5 | M75 | 46 | Schulterläsionen |
| 6 | S52 | 45 | Fraktur des Unterarmes |
| 7 | K40 | 43 | Hernia inguinalis |
| 8 | S82 | 35 | Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes |
| 9 | A46 | 34 | Erysipel [Wundrose] |
| 10 | M20 | 31 | Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen |

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|---|
| 1 | 5-511 | 107 | Cholezystektomie |
| 2 | 5-814 | 79 | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes |
| 3 | 5-794 | 69 | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens |
| 4 | 5-790 | 56 | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese |
| 5 | 5-788 | 55 | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes |
| 6 | 5-892 | 51 | Andere Inzision an Haut und Unterhaut |
| 7 | 5-385 | 49 | Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen |
| 8 | 5-530 | 46 | Verschluss einer Hernia inguinalis |
| 9 | 5-793 | 40 | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens |
| 10 | 5-469 | 35 | Andere Operationen am Darm |

B-2.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

In der PDF Ansicht werden nur die operativen Prozeduren 5-*** gelistet.

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Ambulanz für D-Arzt-Patienten | |
|--------------------------------------|---|
| Ambulanzart | D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz (AM09) |
| Kommentar | Untersuchung, Beratung, Therapie und Meldung an die Berufsgenossenschaft nach einem Arbeits- oder Schulunfall |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40) |
| Angebotene Leistung | Fußchirurgie (VO15) |
| Angebotene Leistung | Handchirurgie (VO16) |
| Angebotene Leistung | Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26) |
| Privatambulanz | |
| Ambulanzart | Privatambulanz (AM07) |
| Notfallambulanz | |
| Ambulanzart | Notfallambulanz (24h) (AM08) |

| Chirurgische Sprechstunde | |
|----------------------------------|---|
| Ambulanzart | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11) |
| Kommentar | Vorbereitung und Aufklärung vor Operationen, Nachsorge |
| Angebotene Leistung | Arthroskopische Operationen (VC66) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC19) |
| Angebotene Leistung | Minimalinvasive endoskopische Operationen (VC56) |
| Angebotene Leistung | Minimalinvasive laparoskopische Operationen (VC55) |
| Angebotene Leistung | Portimplantation (VC62) |
| Angebotene Leistung | Spezialsprechstunde (VC58) |
| Angebotene Leistung | Sportmedizin/Sporttraumatologie (VO20) |

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|-------------|----------------|---------------|---|
| 1 | 5-787 | 23 | Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht |
| 2 | 8-201 | 15 | Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese |
| 3 | 5-490 | 7 | Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion |
| 4 | 5-788 | 7 | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes |
| 5 | 5-097 | 6 | Blepharoplastik |
| 6 | 5-812 | 6 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken |
| 7 | 8-200 | 5 | Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese |
| 8 | 5-840 | 4 | Operationen an Sehnen der Hand |
| 9 | 5-385 | < 4 | Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen |
| 10 | 5-401 | < 4 | Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße |

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 8,03

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|-----------------|-------------------|
| Stationär | 6,43 |
| Ambulant | 1,6 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|--------------------------|-------------------|
| Direkt | 8,01 |
| Nicht Direkt | 0,02 |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 184,29

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 6,02

Kommentar: Basisweiterbildung 2 Jahre
FA für Allgemeinchirurgie 2 Jahre

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|-----------------|-------------------|
| Stationär | 4,42 |
| Ambulant | 1,6 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|--------------------------|-------------------|
| Direkt | 6 |
| Nicht Direkt | 0,02 |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 268,10

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) |
|------|---|
| AQ06 | Allgemeinchirurgie |
| AQ10 | Orthopädie und Unfallchirurgie |
| AQ09 | Kinderchirurgie |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|---------------------------|
| ZF28 | Notfallmedizin |
| ZF43 | Spezielle Unfallchirurgie |

B-2.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 11,65

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|-----------------|-------------------|
| Stationär | 11,48 |
| Ambulant | 0,17 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|--------------------------|-------------------|
| Direkt | 11,65 |
| Nicht Direkt | 0 |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 103,22

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,4

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|------------------------|--------------------------|
| Stationär | 0 |
| Ambulant | 0,4 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|---------------------------------|--------------------------|
| Direkt | 0,4 |
| Nicht Direkt | 0 |

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,32

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|------------------------|--------------------------|
| Stationär | 0,32 |
| Ambulant | 0 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|---------------------------------|--------------------------|
| Direkt | 0,32 |
| Nicht Direkt | 0 |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 3703,13

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------------|---|
| PQ05 | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten |

B-3 Fachbereich Frauenheilkunde

B-3.1 Allgemeine Angaben Fachbereich Frauenheilkunde

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|-----------------------------|
| Fachabteilung | Fachbereich Frauenheilkunde |
| Fachabteilungsschlüssel | 2400 |
| Art | Hauptabteilung |

Chefärzte/-ärztinnen

| Chefarzt/Chefärztin | |
|----------------------|--|
| Funktion | Abteilungsleiter |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Janusz Rudzinski |
| Telefon | 03984/33-200 |
| Fax | 03984/33-108 |
| E-Mail | janusz.rudzinski@krankenhaus-prenzlau.de |

Öffentliche Zugänge

| Straße | Ort | Homepage |
|----------------------|----------------|---|
| Stettiner Straße 121 | 17291 Prenzlau | http://www.glg-mbh.de |

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Keine Vereinbarung geschlossen |

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote Fachbereich Frauenheilkunde

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote Fachbereich Frauenheilkunde | Kommentar |
|------|--|---------------------------------|
| VG02 | Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse | |
| VG03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse | |
| VG04 | Kosmetische/Plastische Mammachirurgie | Plastische Bauchdeckenchirurgie |
| VG05 | Endoskopische Operationen | |
| VG06 | Gynäkologische Chirurgie | |
| VG07 | Inkontinenzchirurgie | |
| VG08 | Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren | |
| VG13 | Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane | |
| VG14 | Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes | |
| VG15 | Spezialsprechstunde | |
| VG16 | Urogynäkologie | |
| VG17 | Reproduktionsmedizin | Plastische Intimchirurgie |

B-3.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Fachbereich Frauenheilkunde

Die zutreffenden Angaben sind unter Abschnitt A-7 benannt.

B-3.5 Fallzahlen Fachbereich Frauenheilkunde

| Fallzahlen | |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 240 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|---|
| 1 | O03 | 27 | Spontanabort |
| 2 | N83 | 25 | Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri |
| 3 | D25 | 17 | Leiomyom des Uterus |
| 4 | N81 | 15 | Genitalprolaps bei der Frau |
| 5 | N87 | 12 | Dysplasie der Cervix uteri |
| 6 | N92 | 12 | Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation |
| 7 | N99 | 12 | Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert |
| 8 | N61 | 9 | Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse] |
| 9 | Q83 | 8 | Angeborene Fehlbildungen der Mamma [Brustdrüse] |
| 10 | C50 | 7 | Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] |

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|--|
| 1 | 5-704 | 49 | Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik |
| 2 | 1-471 | 46 | Biopsie ohne Inzision am Endometrium |
| 3 | 5-469 | 44 | Andere Operationen am Darm |
| 4 | 5-690 | 39 | Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri] |
| 5 | 1-672 | 31 | Diagnostische Hysteroskopie |
| 6 | 5-683 | 31 | Uterusexstirpation [Hysterektomie] |
| 7 | 5-651 | 30 | Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe |
| 8 | 5-681 | 19 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus |
| 9 | 5-657 | 16 | Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung |
| 10 | 5-671 | 14 | Konisation der Cervix uteri |

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|---|
| 1 | 5-751 | 774 | Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio] |
| 2 | 5-690 | 561 | Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri] |
| 3 | 1-471 | 87 | Biopsie ohne Inzision am Endometrium |
| 4 | 1-672 | 87 | Diagnostische Hysteroskopie |
| 5 | 5-663 | 24 | Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation] |
| 6 | 5-691 | 5 | Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers |
| 7 | 1-472 | < 4 | Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri |
| 8 | 5-469 | < 4 | Andere Operationen am Darm |
| 9 | 5-651 | < 4 | Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe |
| 10 | 5-681 | < 4 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus |

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 2,55

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|-----------------|-------------------|
| Stationär | 1,33 |
| Ambulant | 1,22 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|--------------------------|-------------------|
| Direkt | 2,55 |
| Nicht Direkt | 0 |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 180,45

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 2,55

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|-----------------|-------------------|
| Stationär | 1,33 |
| Ambulant | 1,22 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|--------------------------|-------------------|
| Direkt | 2,55 |
| Nicht Direkt | 0 |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 180,45

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) |
|------|---|
| AQ14 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe |
| AQ16 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie |

B-3.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,89

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|-----------------|-------------------|
| Stationär | 0,63 |
| Ambulant | 0,26 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|--------------------------|-------------------|
| Direkt | 0,89 |
| Nicht Direkt | 0 |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 380,95

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,58

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|-----------------|-------------------|
| Stationär | 0,3 |
| Ambulant | 0,28 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|--------------------------|-------------------|
| Direkt | 0,58 |
| Nicht Direkt | 0 |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 800

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,16

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|------------------------|--------------------------|
| Stationär | 0,16 |
| Ambulant | 0 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|---------------------------------|--------------------------|
| Direkt | 0,16 |
| Nicht Direkt | 0 |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 1500

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------------|----------------------------|
| ZP06 | Ernährungsmanagement |

B-4 Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie, Notfallzentrum

B-4.1 Allgemeine Angaben der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie, Notfallzentrum

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|---|
| Fachabteilung | Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie, Notfallzentrum |
| Fachabteilungsschlüssel | 3700 |
| Art | Hauptabteilung |

Chefärzte/-ärztinnen

| Chefarzt/Chefärztin | |
|----------------------|--|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med., M. A. Thomas Rösel |
| Telefon | 03984/33-200 |
| Fax | 03984/33-108 |
| E-Mail | thomas.roesel@krankenhaus-prenzlau.de |

Öffentliche Zugänge

| Straße | Ort | Homepage |
|----------------------|----------------|---|
| Stettiner Straße 121 | 17291 Prenzlau | http://www.glg-mbh.de |

Das Krankenhaus verfügt über eine Intensivstation mit insgesamt 7 Betten, die interdisziplinär (fachabteilungsübergreifend) belegt werden. Die Betten der Intensivstation sind den einzelnen Fachabteilungen zugeordnet. Somit können für diesen Bereich keine entlassenen Patientenzahlen mit entsprechenden Diagnosen ausgewiesen werden.

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Keine Vereinbarung geschlossen |

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie, Notfallzentrum

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie, Notfallzentrum |
|------------|---|
| VX00 | Anästhesie |
| VX00 | Intensivmedizin |
| VN23 | Schmerztherapie |
| VI38 | Palliativmedizin |
| VN18 | Neurologische Notfall- und Intensivmedizin |
| VC67 | Chirurgische Intensivmedizin |
| VC71 | Notfallmedizin |

B-4.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie, Notfallzentrum

Die zutreffenden Angaben sind unter Abschnitt A-7 benannt.

B-4.5 Fallzahlen der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie, Notfallzentrum

| Fallzahlen | |
|--------------------------------|---|
| Vollstationäre Fallzahl | 160 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |
| Kommentar | Es handelt sich um eine interdisziplinäre, nicht bettenführende Fachabteilung. Insgesamt wurden hier im Berichtszeitraum 724 Patienten mitbehandelt. |

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Schmerzsprechstunde | |
|----------------------------|---|
| Ambulanzart | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) (AM04) |
| Kommentar | Schmerzsprechstunde (KV-Zulassung bis 31.03.2016), ab 01.04.2016 nur noch für Selbstzahler) Diese ambulante Sprechstunde ist für chronisch schmerzkrankte Patienten mit komplexen Schmerzproblemen eingerichtet. Patienten mit Tumorschmerzen, können von uns palliativmedizinisch mitbetreut werden. |
| Angebotene Leistung | Schmerztherapie (VI40) |

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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



B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 6,1

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|-----------------|-------------------|
| Stationär | 5,79 |
| Ambulant | 0,31 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|--------------------------|-------------------|
| Direkt | 6,09 |
| Nicht Direkt | 0,01 |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 27,63

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 6,1

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|-----------------|-------------------|
| Stationär | 5,79 |
| Ambulant | 0,31 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|--------------------------|-------------------|
| Direkt | 6,09 |
| Nicht Direkt | 0,01 |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 27,63

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen) |
|------|---|
| AQ01 | Anästhesiologie |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|--------------------------------|
| ZF28 | Notfallmedizin |
| ZF30 | Palliativmedizin |
| ZF15 | Intensivmedizin |
| ZF01 | Ärztliches Qualitätsmanagement |

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

B-4.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 10,23

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|-----------------|-------------------|
| Stationär | 10,23 |
| Ambulant | 0 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|--------------------------|-------------------|
| Direkt | 10,23 |
| Nicht Direkt | 0 |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 15,64

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,43

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte |
|------------------------|--------------------------|
| Stationär | 1,43 |
| Ambulant | 0 |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte |
|---------------------------------|--------------------------|
| Direkt | 1,43 |
| Nicht Direkt | 0 |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 111,89

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------------|---|
| PQ04 | Intensivpflege und Anästhesie |
| PQ05 | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten |

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 | Fallzahl | Dokumentationsrate |
|---|---------------|--------------------|
| Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU) | 107 | 100,0 |
| Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1) | 59 | 100,0 |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation (09/1) | 16 | 100,0 |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3) | (Datenschutz) | (Datenschutz) |
| Hüftendoprothesenversorgung (HEP) | 30 | 100,0 |
| Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP) | 30 | 100,0 |
| Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE) | (Datenschutz) | (Datenschutz) |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1) | 20 | 100,0 |
| Knieendoprothesenversorgung (KEP) | 31 | 100,0 |
| Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP) | 29 | 100,0 |
| Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesenwechsel und –komponentenwechsel (KEP_WE) | 4 | 100,0 |
| Mammachirurgie (18/1) | 11 | 100,0 |
| Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK) | 182 | 100,0 |

C-1.2.[1] Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem QS-Verfahren für das Krankenhaus

C-1.2.[1] A Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren.

C-1.2.[1] A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Qualitätsindikator (QI) | Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme |
| Kennzahlbezeichnung | Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme |
| Grundgesamtheit | 107 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Qualitätsindikator (QI) | Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus) |
| Kennzahlbezeichnung | Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen) |
| Grundgesamtheit | 98 |
| Ergebnis (Einheit) | 95,92% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Qualitätsindikator (QI) | Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2) |
| Kennzahlbezeichnung | Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben |
| Grundgesamtheit | 54 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Qualitätsindikator (QI) | Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung |
| Kennzahlbezeichnung | Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung |
| Grundgesamtheit | 82 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Qualitätsindikator (QI) | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen |
| Kennzahlbezeichnung | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle |
| Grundgesamtheit | 107 |
| Ergebnis (Einheit) | 1,01 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 1,58 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Qualitätsindikator (QI) | Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme |
| Kennzahlbezeichnung | Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus |
| Grundgesamtheit | 103 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Qualitätsindikator (QI) | Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus) |
| Kennzahlbezeichnung | Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen) |
| Grundgesamtheit | 106 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Qualitätsindikator (QI) | Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus) |
| Kennzahlbezeichnung | Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde aus anderem Krankenhaus aufgenommen) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) |
| Qualitätsindikator (QI) | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation |
| Kennzahlbezeichnung | Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle |
| Grundgesamtheit | 48 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 4,18 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) |
| Qualitätsindikator (QI) | Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden |
| Kennzahlbezeichnung | Blasenkatheter länger als 24 Stunden |
| Grundgesamtheit | 48 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,59% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) |
| Qualitätsindikator (QI) | Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung |
| Kennzahlbezeichnung | Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken |
| Grundgesamtheit | 10 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) |
| Qualitätsindikator (QI) | Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund |
| Kennzahlbezeichnung | Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung |
| Grundgesamtheit | 4 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 20,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) |
| Qualitätsindikator (QI) | Organerhaltung bei Ovareingriffen bei Patientinnen bis 45 Jahre |
| Kennzahlbezeichnung | Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung |
| Grundgesamtheit | 23 |
| Ergebnis (Einheit) | 65,22% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 72,82% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | U32 |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) |
| Qualitätsindikator (QI) | Beidseitige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund bei Patientinnen bis 45 Jahre |
| Kennzahlbezeichnung | Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung bei Patientinnen bis zu einem Alter von 45 Jahren |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel-Event |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen |
| Kennzahlbezeichnung | Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden |
| Grundgesamtheit | 62 |
| Ergebnis (Einheit) | 98,39% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Sondendislokation oder -dysfunktion |
| Kennzahlbezeichnung | Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde |
| Grundgesamtheit | 16 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Chirurgische Komplikationen |
| Kennzahlbezeichnung | Komplikationen während oder aufgrund der Operation |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | U32 |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen |
| Kennzahlbezeichnung | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt |
| Grundgesamtheit | 16 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,99 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Leitlinienkonforme Systemwahl |
| Kennzahlbezeichnung | Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem |
| Grundgesamtheit | 16 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Systeme 3. Wahl |
| Kennzahlbezeichnung | Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das nur in individuellen Einzelfällen gewählt werden sollte |
| Grundgesamtheit | 16 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 10,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Systeme 1. Wahl |
| Kennzahlbezeichnung | Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Mehrzahl der Fälle implantiert werden sollte |
| Grundgesamtheit | 16 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Systeme 2. Wahl |
| Kennzahlbezeichnung | Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Minderzahl der Fälle implantiert werden sollte |
| Grundgesamtheit | 16 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Chirurgische Komplikationen |
| Kennzahlbezeichnung | Komplikationen während oder aufgrund der Operation |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden |
| Kennzahlbezeichnung | Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen |
| Kennzahlbezeichnung | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,63 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
| Qualitätsindikator (QI) | Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen- Erstimplantation |
| Kennzahlbezeichnung | Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks |
| Grundgesamtheit | 17 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
| Qualitätsindikator (QI) | Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Kennzahlbezeichnung | Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 86,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | H20 |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
| Qualitätsindikator (QI) | Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur |
| Kennzahlbezeichnung | Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenk-ersetzenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 15,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | U32 |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
| Qualitätsindikator (QI) | Sturzprophylaxe |
| Kennzahlbezeichnung | Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz des Patienten nach der Operation zu vermeiden |
| Grundgesamtheit | 27 |
| Ergebnis (Einheit) | 96,30% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 80,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
| Qualitätsindikator (QI) | Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur |
| Kennzahlbezeichnung | Allgemeine Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 24,30% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
| Qualitätsindikator (QI) | Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation |
| Kennzahlbezeichnung | Allgemeine Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen |
| Grundgesamtheit | 17 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 6,03% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
| Qualitätsindikator (QI) | Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Kennzahlbezeichnung | Allgemeine Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 17,46% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
| Qualitätsindikator (QI) | Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur |
| Kennzahlbezeichnung | Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet |
| Grundgesamtheit | 13 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 11,11% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
| Qualitätsindikator (QI) | Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation |
| Kennzahlbezeichnung | Spezifische Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 7,42% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
| Qualitätsindikator (QI) | Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Kennzahlbezeichnung | Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 29,42% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | H20 |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
| Qualitätsindikator (QI) | Beweglichkeit bei Entlassung |
| Kennzahlbezeichnung | Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus |
| Grundgesamtheit | 17 |
| Ergebnis (Einheit) | 88,24% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | H20 |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
| Qualitätsindikator (QI) | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung |
| Kennzahlbezeichnung | Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Ergebnis (Einheit) | 0,61 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,33 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
| Qualitätsindikator (QI) | Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit |
| Kennzahlbezeichnung | Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben |
| Grundgesamtheit | 17 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel-Event |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Qualitätsindikator (QI) | Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur |
| Kennzahlbezeichnung | Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet |
| Grundgesamtheit | 20 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 15,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Qualitätsindikator (QI) | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung |
| Kennzahlbezeichnung | Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Ergebnis (Einheit) | 0,46 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,35 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Qualitätsindikator (QI) | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen |
| Kennzahlbezeichnung | Lageveränderung der Metallteile, Verschiebung der Knochenteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle |
| Grundgesamtheit | 20 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 4,92 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Qualitätsindikator (QI) | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen / Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur |
| Kennzahlbezeichnung | Nachblutungen oder Blutansammlungen im Operationsgebiet nach der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle |
| Grundgesamtheit | 20 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,54 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Qualitätsindikator (QI) | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen |
| Kennzahlbezeichnung | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Ergebnis (Einheit) | 2,23 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,02 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | U32 |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Knieendoprothesenversorgung |
| Qualitätsindikator (QI) | Indikation zur elektiven Knieendoprothesen- Erstimplantation |
| Kennzahlbezeichnung | Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks |
| Grundgesamtheit | 29 |
| Ergebnis (Einheit) | 96,55% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Knieendoprothesenversorgung |
| Qualitätsindikator (QI) | Indikation zur Schlittenprothese |
| Kennzahlbezeichnung | Angebrachter Grund für einen künstlichen Teilersatz des Kniegelenks |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Knieendoprothesenversorgung |
| Qualitätsindikator (QI) | Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Kennzahlbezeichnung | Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 86,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | H20 |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Knieendoprothesenversorgung |
| Qualitätsindikator (QI) | Beweglichkeit bei Entlassung |
| Kennzahlbezeichnung | Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus |
| Grundgesamtheit | 29 |
| Ergebnis (Einheit) | 86,21% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 80,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Knieendoprothesenversorgung |
| Qualitätsindikator (QI) | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung |
| Kennzahlbezeichnung | Patienten, die bei Entlassung keine 50 Meter laufen können – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle |
| Grundgesamtheit | 30 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 4,22 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
| Qualitätsindikator (QI) | HER2-Positivitätsrate |
| Kennzahlbezeichnung | Rate an Patientinnen und Patienten mit einem positiven HER2-Befund |
| Grundgesamtheit | 4 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
| Qualitätsindikator (QI) | Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung |
| Kennzahlbezeichnung | Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen und Patienten mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
| Qualitätsindikator (QI) | Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung |
| Kennzahlbezeichnung | Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen und Patienten mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
| Qualitätsindikator (QI) | Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation |
| Kennzahlbezeichnung | Zeitlicher Abstand zwischen der Diagnosestellung und der erforderlichen Operation beträgt unter 7 Tage |
| Grundgesamtheit | 5 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 18,44% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
| Qualitätsindikator (QI) | Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung |
| Kennzahlbezeichnung | Absicherung der Diagnose vor der Behandlung mittels Gewebeuntersuchung |
| Grundgesamtheit | 5 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
| Qualitätsindikator (QI) | Primäre Axilladisektion bei DCIS |
| Kennzahlbezeichnung | Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel-Event |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
| Qualitätsindikator (QI) | Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie |
| Kennzahlbezeichnung | Angebrachter Grund für eine Entfernung der Wächterlymphknoten |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | U32 |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
| Qualitätsindikator (QI) | Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4 |
| Kennzahlbezeichnung | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts eine erhebliche Schädigung der Haut durch Druck erworben haben, die bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke reicht (Grad/ Kategorie 4) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel-Event |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | U32 |

| Legende - Bewertung durch den Strukturierten Dialog | |
|--|---|
| A41 | = Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel |
| A42 | = Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt |
| A43 | = Unzureichende Qualität bei einem planungsrelevanten Qualitätsindikator |
| A99 | = Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| D50 | = Unvollständige oder falsche Dokumentation |
| D51 | = Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht |
| D99 | = Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| H20 | = Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit |
| H99 | = Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| N01 | = Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |
| N02 | = Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |
| N99 | = Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| R10 | = Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| S90 | = Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog |
| S91 | = Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen |
| S91 | = Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen |
| S99 | = Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| U31 | = Besondere klinische Situation |
| U32 | = Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |
| U33 | = Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) |
| U34 | = Ausnahmetatbestände erklären statistisch auffälliges Ergebnis bei einem planungsrelevanten Qualitätsindikator |
| U99 | = Sonstiges (im Kommentar erläutert) |

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

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP teil:

| DMP | Kommentar |
|------------------------------|---|
| Koronare Herzkrankheit (KHK) | Das Krankenhaus Prenzlau, Innere Medizin, bietet Patienten mit koronarer Herzkrankheit die Teilnahme an einem Disease-Management-Programm (DMP) an. Die Therapieziele sind das Aufhalten des Fortschreitens der Erkrankung sowie die Steigerung der Lebensqualität. Die therapeutischen Maßnahmen umfassen neben der medikamentösen/interventionellen Therapie auch Ernährungs- und Raucherberatung, körperliche Aktivität, psychosomatische und -soziale Betreuung, sowie die fortführende Rehabilitation. |
| Diabetes mellitus Typ 2 | Das Kreiskrankenhaus Prenzlau erarbeitet im Rahmen des Disease-Management-Programms Diabetes Typ 2 (DMP) für jeden Patienten eine entsprechende Therapie. Sie beinhaltet die medikamentöse Behandlung und ausführliche Schulungen und Anleitung der Patienten. Ziel des DMP ist die Optimierung der Kooperation aller am Behandlungs- und Betreuungsprozess von Patienten mit Diabetes beteiligten Institutionen für eine optimale Diagnostik und Therapie unter Einhaltung der festgelegten Leitlinien. |

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

| Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 1 | |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie |
| Ergebnis | 97,8 % |
| Messzeitraum | 2017 |
| Datenerhebung | halbjährlich |
| Referenzbereiche | >= 90 % |
| Vergleichswerte | 95,9 % Gesamtprojekt |
| Quellenangaben | Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 169 Kliniken |

| Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 2 | |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Frühzeitige Rehabilitation – Logopädie |
| Ergebnis | 23,5 % |
| Messzeitraum | 2017 |
| Datenerhebung | halbjährlich |
| Referenzbereiche | >= 90 % |
| Vergleichswerte | 95,2 % Gesamtprojekt |
| Quellenangaben | Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 169 Kliniken |

| Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 3 | |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Antithrombotische Therapie - Antiaggregation als Sekundärprophylaxe |
| Ergebnis | 95,8 % |
| Messzeitraum | 2017 |
| Datenerhebung | halbjährlich |
| Referenzbereiche | >= 95 % |
| Vergleichswerte | 96,5 % Gesamtprojekt |
| Quellenangaben | Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 169 Kliniken |

| Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 4 | |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Antithrombotische Therapie - Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe |
| Ergebnis | 100,0 % |
| Messzeitraum | 2017 |
| Datenerhebung | halbjährlich |
| Referenzbereiche | >= 80 % |
| Vergleichswerte | 92,0 % Gesamtprojekt |
| Quellenangaben | Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 169 Kliniken |

| Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 5 | |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Frühzeitige Mobilisierung |
| Ergebnis | 97,9 % |
| Messzeitraum | 2017 |
| Datenerhebung | halbjährlich |
| Referenzbereiche | >= 90 % |
| Vergleichswerte | 94,3 % Gesamtprojekt |
| Quellenangaben | Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 169 Kliniken |

| Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 6 | |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Hirngefäßdiagnostik innerhalb von 48 Stunden bei Hirninfarkt und TIA |
| Ergebnis | 78,2 % |
| Messzeitraum | 2017 |
| Datenerhebung | halbjährlich |
| Referenzbereiche | >= 80 % |
| Vergleichswerte | 93,2 % Gesamtprojekt |
| Quellenangaben | Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 169 Kliniken |

| Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 7a | |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall |
| Ergebnis | 0,0 % |
| Messzeitraum | 2017 |
| Datenerhebung | halbjährlich |
| Referenzbereiche | nicht definiert |
| Vergleichswerte | 3,9 % Gesamtprojekt |
| Quellenangaben | Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 169 Kliniken |

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 7b

| | |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall exklusive Patienten mit Patientenverfügung |
| Ergebnis | 0,0 % |
| Messzeitraum | 2017 |
| Datenerhebung | halbjährlich |
| Referenzbereiche | nicht definiert |
| Vergleichswerte | 2,0 % Gesamtprojekt |
| Quellenangaben | Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 169 Kliniken |

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 8

| | |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Pneumonierate nach Schlaganfall |
| Ergebnis | 10,0 % |
| Messzeitraum | 2017 |
| Datenerhebung | halbjährlich |
| Referenzbereiche | nicht definiert |
| Vergleichswerte | 7,4 % Gesamtprojekt |
| Quellenangaben | Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 169 Kliniken |

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 9

| | |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Screening für Schluckstörungen |
| Ergebnis | 84,4 % |
| Messzeitraum | 2017 |
| Datenerhebung | halbjährlich |
| Referenzbereiche | >= 90 % |
| Vergleichswerte | 92,5 % Gesamtprojekt |
| Quellenangaben | Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 169 Kliniken |

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 10

| | |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Anteil der Patienten mit Bildgebung \leq 30 Minuten bei Intervall "Ereignis - Aufnahme" \leq 4 Stunden |
| Ergebnis | 67,6 % |
| Messzeitraum | 2017 |
| Datenerhebung | halbjährlich |
| Referenzbereiche | \geq 70 % |
| Vergleichswerte | 64,6 % Gesamtprojekt |
| Quellenangaben | Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 169 Kliniken |

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 11a

| | |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Frühe systemische Thrombolyse (NIHSSA 4-25, Alter 18-80 Jahre) |
| Ergebnis | 45,5 % |
| Messzeitraum | 2017 |
| Datenerhebung | halbjährlich |
| Referenzbereiche | nicht definiert |
| Vergleichswerte | 65,1 % Gesamtprojekt |
| Quellenangaben | Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 169 Kliniken |

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 11b

| | |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Frühe systemische Thrombolyse |
| Ergebnis | 37,9 % |
| Messzeitraum | 2017 |
| Datenerhebung | halbjährlich |
| Referenzbereiche | nicht definiert |
| Vergleichswerte | 43,5 % Gesamtprojekt |
| Quellenangaben | Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 169 Kliniken |

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 12

| | |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Behandlung auf einer Stroke Unit |
| Ergebnis | 94,9 % |
| Messzeitraum | 2017 |
| Datenerhebung | halbjährlich |
| Referenzbereiche | >= 85 % |
| Vergleichswerte | 93,1 % Gesamtprojekt |
| Quellenangaben | Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 169 Kliniken |

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 13

| | |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Door-to-needle time <= 1 Stunde |
| Ergebnis | 58,3 % |
| Messzeitraum | 2017 |
| Datenerhebung | halbjährlich |
| Referenzbereiche | >= 90 % |
| Vergleichswerte | 79,2 % Gesamtprojekt |
| Quellenangaben | Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 169 Kliniken |

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 14

| | |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose |
| Ergebnis | keine Angaben bei weniger als 5 Patienten |
| Messzeitraum | 2017 |
| Datenerhebung | halbjährlich |
| Referenzbereiche | >= 60 % |
| Vergleichswerte | 69,3 % Gesamtprojekt |
| Quellenangaben | Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 169 Kliniken |

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 15a

| | |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Sterblichkeit nach Rekanalisation |
| Ergebnis | 8,3 % |
| Messzeitraum | 2017 |
| Datenerhebung | halbjährlich |
| Referenzbereiche | nicht definiert |
| Vergleichswerte | 9,8 % Gesamtprojekt |
| Quellenangaben | Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 169 Kliniken |

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 15b

| | |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Sterblichkeit nach Rekanalisation exklusive Patienten mit Patientenverfügung |
| Ergebnis | 10,0 % |
| Messzeitraum | 2017 |
| Datenerhebung | halbjährlich |
| Referenzbereiche | nicht definiert |
| Vergleichswerte | 6,3 % Gesamtprojekt |
| Quellenangaben | Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 169 Kliniken |

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 16

| | |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Entlassungsziel Rehabilitation von Patienten mit alltagsrelevanten Behinderungen |
| Ergebnis | 47,8 % |
| Messzeitraum | 2017 |
| Datenerhebung | halbjährlich |
| Referenzbereiche | ≥ 70 % |
| Vergleichswerte | 77,5 % Gesamtprojekt |
| Quellenangaben | Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 169 Kliniken |

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 17

| | |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Sekundärprävention - Antihypertensiva bei Entlassung bei Patienten mit Hirninfarkt |
| Ergebnis | 100,0 % |
| Messzeitraum | 2017 |
| Datenerhebung | halbjährlich |
| Referenzbereiche | >= 95 % |
| Vergleichswerte | 96,8 % Gesamtprojekt |
| Quellenangaben | Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 169 Kliniken |

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 18

| | |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Sekundärprävention - Statingabe bei Entlassung |
| Ergebnis | 97,9 % |
| Messzeitraum | 2017 |
| Datenerhebung | halbjährlich |
| Referenzbereiche | >= 80 % |
| Vergleichswerte | 86,1 % Gesamtprojekt |
| Quellenangaben | Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 169 Kliniken |

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 19

| | |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Vorhofflimmern-Diagnostik |
| Ergebnis | 97,8 % |
| Messzeitraum | 2017 |
| Datenerhebung | halbjährlich |
| Referenzbereiche | >= 80 % |
| Vergleichswerte | 93,8 % Gesamtprojekt |
| Quellenangaben | Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 169 Kliniken |

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 20

| | |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Intraarterielle Therapie (IAT) |
| Ergebnis | keine Angaben bei weniger als 5 Patienten |
| Messzeitraum | 2017 |
| Datenerhebung | halbjährlich |
| Referenzbereiche | nicht definiert |
| Vergleichswerte | 67,1 % Gesamtprojekt |
| Quellenangaben | Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 169 Kliniken |

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 21

| | |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Door-to-Puncture-Time <= 90 Minuten |
| Ergebnis | keine Angaben bei weniger als 5 Patienten |
| Messzeitraum | 2017 |
| Datenerhebung | halbjährlich |
| Referenzbereiche | nicht definiert |
| Vergleichswerte | 65,1 % Gesamtprojekt |
| Quellenangaben | Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 169 Kliniken |

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 22

| | |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Frühzeitige Verlegung zur IAT |
| Ergebnis | keine Angaben bei weniger als 5 Patienten |
| Messzeitraum | 2017 |
| Datenerhebung | halbjährlich |
| Referenzbereiche | nicht definiert |
| Vergleichswerte | 39,2 % Gesamtprojekt |
| Quellenangaben | Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 169 Kliniken |

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 23

| | |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Erreichen des Rekanalisationsziels |
| Ergebnis | keine Angaben bei weniger als 5 Patienten |
| Messzeitraum | 2017 |
| Datenerhebung | halbjährlich |
| Referenzbereiche | nicht definiert |
| Vergleichswerte | 85,0 % Gesamtprojekt |
| Quellenangaben | Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 169 Kliniken |

Leistungsbereich: Balanced Score Card fachabteilungsspezifisch

| | |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Zielwerte für z.B. Mortalität (Beatmung, Sepsis), Kodierung, VWD (Costlier), Senkung Komplikationsrate, Reduzierung MDK-Anfängen/-Verluste, Sachkostensenkung, Fallschwere (PCCL), Epikrisenlaufzeit |
| Ergebnis | Analytisches Vergleichen |
| Messzeitraum | fortlaufend |
| Datenerhebung | quartalsweise |
| Vergleichswerte | CLINOTEL-Verbund, Bundesvergleichswerte |

Leistungsbereich: Qualitätssicherung mit Routinedaten im CLINOTEL-Verbund

| | |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Low Mortality Physiologische und metabolische Störungen Folgen medizinischer Maßnahmen Infektionen spezielle medizinische Kennzahlen Somatik |
| Ergebnis | analytische Vergleiche |
| Datenerhebung | monatlich |
| Vergleichswerte | CLINOTEL-Verbund |
| Quellenangaben | https://www.clinotel.de/ |

| Leistungsbereich: Qualitätssicherung nach Qesü-RL - NWIF | |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Vermeidung nosokomialer Infektionen / postoperative Wundinfektion (fall- und einrichtungsbezogen) |
| Ergebnis | Für 2017 liegen noch keine Datenauswertungen vor. |
| Messzeitraum | 2017 |
| Datenerhebung | quartalsweise |
| Quellenangaben | https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1549/Qes%C3%BC-RL_2017-10-19_iK-2018-02-08.pdf |

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

| Kniegelenk-Totalendoprothesen | |
|--------------------------------------|--|
| Mindestmenge | 50 |
| Erbrachte Menge | 29 |
| Ausnahmetatbestand | Aufbau eines neuen Leistungsbereiches (MM02) |

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 | 20 |
| 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. 1.1.1] | 16 |
| 1.1.1 | Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 1.1] | 11 |

Wir tun mehr ... für Ihre Gesundheit

IMPRESSUM

Herausgeber
MSZ Uckermark gGmbH, Kreiskrankenhaus Prenzlau

Verantwortlich für den Inhalt
Dr. Steffi Miroslau, Geschäftsführerin
Dr. Jörg Mocek, Geschäftsführer

Redaktion
Dr. Heide Wiechmann
Chefärzte der Abteilungen
Verwaltungsdirektorium

Foto auf dem Cover
Christina Schmidt



**Gesellschaft für Leben
und Gesundheit mbH**

Rudolf-Breitscheid-Straße 36
16225 Eberswalde
Telefon 03334 69 - 1618
www.glg-mbh.de