



Medizinisch-Soziales Zentrum
Uckermark gGmbH
Krankenhaus Angermünde

Qualitätsbericht 2015





Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V

für das Berichtsjahr 2015

**MSZ Uckermark gGmbH,
Krankenhaus Angermünde**

Dieser Qualitätsbericht wurde am 7. November 2016 erstellt.

Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	7
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	7
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	8
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	8
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	8
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	9
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	13
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	14
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	15
A-9	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	15
A-11	Personal des Krankenhauses	16
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	25
A-13	Besondere apparative Ausstattung	36
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	37
B-1	Klinik für Innere Medizin.....	37
B-2	Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Suchtmedizin	48
C	Qualitätssicherung	58
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	58
C-1.1	Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate	58
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V (a.F.).....	74
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V (a.F.)	75
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	76
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V	76

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (a.F.)..... 76

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V (a.F.)..... 77

- **Einleitung**

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion: Ltg. 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: 03331/271-426
Fax: 03331/271-444
E-Mail: marita.schoenemann@krankenhaus-angermuende.de

Weiterführende Links

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

Liebe Leserinnen und Leser,

das Krankenhaus Angermünde ist ein modernes Fachkrankenhaus mit einer Klinik für Innere Medizin sowie einer Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie/-somatik und Suchtmedizin.

Es verfügt über 112 stationäre Betten, 18 tagesklinische Plätze am Standort Schwedt/O., 12 Plätze am Standort Prenzlau und 18 Plätze am Standort Templin im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie.

Eine leistungsstarke radiologische Abteilung mit Computertomographen und Funktionsdiagnostik sowie eine modern ausgestattete Physiotherapie und Ergotherapie runden das Angebot für ambulante und stationäre Patienten ab.

Das Krankenhaus Angermünde wird durch die Medizinisch-Soziales 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 einer Gesellschaft zu vereinen, um eine abgestimmte und umfassende Gesundheitsversorgung anzubieten.

Die Geschichte unseres Hauses reicht bis ins Jahr 1894 zurück. 1896 wurde es mit 14 Zimmern und 26 Betten eingeweiht. In den letzten Jahrzehnten wurden viele Millionen Euro investiert. Im Krankenhaus Angermünde entstand 1993 eine moderne psychiatrische Klinik als Resultat der Umsetzung der Psychiatrieplanung im Land Brandenburg. Im Jahre 2000 konnte ein innovativer Psychiatrieneubau eröffnet werden. In seine Gestaltung flossen neben dem originellen Konzept des Architekten auch Ideen von Betroffenen, Psychiatriepatienten und Mitarbeitern ein. Helle, freundliche Flure strömen von den Marktplätzen weg und bieten dem Patienten sowohl die Möglichkeit zur Kommunikation als auch zum Rückzug.

In enger Kooperation zwischen der Klinik für Innere Medizin und der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie/-somatik und Suchtmedizin können unsere Patienten ganzheitlich und integrativ behandelt werden. Angeschlossen an das stationäre Konzept sind folgende Strukturen: Tageskliniken in Schwedt/Oder, Prenzlau und Templin, Angermünder Institut für Suchttherapie und Suchtmedizin, ambulante Suchtberatung in Angermünde und Templin, Wohnstätten für chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke und für chronisch psychisch Kranke in Criewen. Weiterhin ist auf dem Gelände der Wohnstätten in Criewen im umgebauten Speicher eine ambulante Wohngruppe untergebracht, die Menschen mit psychischer Erkrankung den Weg zur selbstständigen Bewältigung des Alltags ermöglicht.

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 2015 präsentieren. Als zukunftsorientiertes Krankenhaus haben wir uns nach dem Qualitätskriterienkatalog der Zertifizierungsgesellschaft "Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen" (KTQ) zum wiederholten Male erfolgreich zertifizieren können.

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 ausführliche 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 Krankenhauses Angermünde

Marita Schönemann
Verwaltungsdirektorin

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus

Krankenhausname: Krankenhaus Angermünde
Hausanschrift: Rudolf-Breitscheid-Straße 37
16278 Angermünde
Institutionskennzeichen: 261200424
Standortnummer: 00
Telefon: 03331/271-0
Fax: 03331/271-444
URL: <http://www.glg-mbh.de>

Ärztliche Leitung

Funktion: Leitender Chefarzt
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Christoph Arntzen
Telefon: 03331/271-113
Fax: 03331/271-294
E-Mail: christoph.arntzen@krankenhaus-angermuende.de

Funktion: Leitender Chefarzt
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Martin Sandner
Telefon: 03331/271-410
Fax: 03331/271-399
E-Mail: martin.sandner@krankenhaus-angermuende.de

Pflegedienstleitung

Funktion: Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name: Annerose Prager
Telefon: 03331/271-450
Fax: 03331/271-444
E-Mail: annerose.prager@krankenhaus-angermuende.de

Verwaltungsleitung

Funktion: Verwaltungsdirektorin
Titel, Vorname, Name: Marita Schönemann
Telefon: 03331/271-426
Fax: 03331/271-444
E-Mail: marita.schoenemann@krankenhaus-angermuende.de

Unser Haus ist nach KTQ zertifiziert.

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: Medizinisch-Soziales Zentrum Uckermark gGmbH
Art: Öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus: Nein

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrisches Krankenhaus: Ja
Regionale Versorgungsverpflichtung: Ja

Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie/-somatik und Suchtmedizin erfüllt den Vollversorgungsauftrag für den Landkreis Uckermark. Die Klinik stellt sicher, dass jeder bedürftige Bürger des Landkreises rund um die Uhr die benötigte akute psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung erhält. Wir arbeiten dazu eng mit den niedergelassenen Psychiatern und Neurologen, Psychotherapeuten, dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Uckermark und anderen komplementären Diensten zusammen.

Selbstverständlich nehmen wir auf Wunsch auch Patienten aus anderen Landkreisen zur psychiatrischen, psychotherapeutisch - psychosomatischen und suchtmmedizinischen Behandlung auf.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP02	Akupunktur	Während des Aufenthalts wird unseren Patienten zur Schmerzentlastung, Minderung von Angstgefühlen und Suchtverlangen, bei depressiver Verstimmung, zur Entspannung, bei Ein- u. Durchschlafstörungen, 1-2 mal wöchentlich Akupunktur angeboten. Zusätzlich wird eine homöopathische Sprechstunde angeboten.
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Monatliche Angehörigentreffen mit persönlicher Einladung, zur Beratung und zum Austausch, geführt vom Chefarzt und der Leiterin des Sozialdienstes; regelmäßige Gespräche mit Angehörigen auf jeder Station; fachspezifische Beratungen: Sturzprophylaxe, Entlassungsmanagement, psychoonkologischer Dienst
MP54	Asthmaschulung	Im Rahmen der Atemtherapie bei asthmatischen Erkrankungen finden individuelle Therapien statt.
MP04	Atemgymnastik/-therapie	Geschultes Personal führt auf ärztliche Anordnung die Beratung und Anleitung durch. Insbesondere bei Lungenerkrankungen kommen spezielle Therapiegeräte zur Anwendung. Unter einer fachgerechten Anleitung findet 2 x wöchentlich eine Lungensportgruppe statt. Angebot von reflektorischer Atemtherapie
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	Verordnung Arbeitserprobung und Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell, Expositionstraining
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	Über den Sozialdienst erfolgt im Sinne einer ganzheitlichen Betreuung unserer Patienten die Beratung und Organisation zu einer Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme. Es finden individuelle Berufsberatungen statt.
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Es gilt ein Standard für die Betreuung von Sterbenden und die Versorgung von Verstorbenen. Zusätzlich beraten ärztliches, pflegerisches und therapeutisches Personal im konkreten Fall über die Betreuung entsprechend den individuellen Bedürfnissen von betroffenen PatientInnen.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Geschultes Personal, speziell die onkologische Fachkraft und die Diabetesberaterin, führen Einzelberatungen zur Ernährung bei onkologischen Grunderkrankungen und Diabetes durch. Sie beraten nach Anforderung auf allen Stationen und schulen regelmäßig das Personal.
MP15	Entlassungsmanagement Brückenpflege Überleitungspflege	Für beide Abteilungen erfolgt die Vorbereitung und Umsetzung der Entlassung unserer Patienten nach klinikspezifischen Standards.
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Im Rahmen der Ergo- und Arbeitstherapie werden die motorischen, psychischen und kognitiven Fähigkeiten unserer Patienten wieder hergestellt oder verbessert. Lebenspraktische Übungen sind in diesen Therapien eingeschlossen Handtherapie, manuelle Therapie oberer Extremitäten, Tapen zur Stabilisierung
MP17	Fall- / Case Management / Primary Nursing / Bezugspflege	Fallbesprechungen und Helferkonferenzen finden regelmäßig statt.
MP18	Fußreflexzonenmassage	Bei Bedarf wird Fußreflexzonenmassage angeboten.
MP59	Gedächtnistraining Hirnleistungstraining Kognitives Training Konzentrationstraining	Konzentrationstraining wird bei Bedarf durchgeführt. REHACOM am Computer kombiniert mit Papier und Bleistift für zu Hause; Mental Working
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenz- beratung	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/ Theatertherapie/Bibliotherapie	Tanztherapie ist zusätzlich im Angebot.
MP24	Manuelle Lymphdrainage	Nach ärztlicher Anordnung werden manuelle Lymphdrainagen durchgeführt.
MP25	Massage	Klassische Massage, Bindegewebs-, Colon-, Segmentmassage, Fußreflexzonenmassage, psychoaktive Atemmassage bei Patienten mit Depression, Angst, Stress und Burnout.
MP28	Naturheilverfahren / Homöo- pathie / Phytotherapie	stationäre Angebote nach Bedarf ambulante Homöopathiesprechstunde für ehemalige Patienten

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP32	Physiotherapie / Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Als Einzeltherapien werden alle gängigen Therapieformen (wie z. B. Vestibularistraining, Ergometertraining und weitere Spezialtherapien) angeboten, aber auch verschiedene Tests (6 min Gehstest, definierte Gehstrecke, provoziertes Sputum) werden durchgeführt.
MP33	Präventive Leistungsangebote / Präventionskurse	Nichtraucherkurse
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot / Psychozialdienst	psychotherapeutische Vor- und Gruppengespräche tiefenpsychologisch/verhaltenstherapeutisch orientiert, Krisengespräche, Testdiagnostik (PSSI), Psychoedukation
MP35	Rückenschule / Haltungsschulung / Wirbelsäulengymnastik	Rückenschule findet nach ärztlicher Anordnung mehrmals wöchentlich in Gruppen und einzeln statt.
MP37	Schmerztherapie/-management	Es wird nach den allgemeinen Schmerztherapieleitlinien sowie spezifischen Standards für unterschiedliche Schmerzursachen gearbeitet. Zur Erfolgskontrolle nutzen wir Schmerzskalen.
MP63	Sozialdienst	Sozialtherapeutisches Kompetenztraining, Einzelfallhilfe zur Wiedereingliederung im Wohnbereich und im Arbeitsbereich, Familienberatung, sozialpädagogische und -therapeutische Gruppen und Informationsrunden, Klärung Anspruchsvoraussetzung gegenüber Leistungsträgern, Beratung und Antragstellung
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Es finden regelmäßig Bürgerforen für ausgewählte Erkrankungen statt. Diese werden von den Chefärzten unserer Klinik durchgeführt.
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	regelmäßige Gespräche mit Angehörigen auf jeder Station, fachspezifische Beratungen: Sturzprophylaxe, Entlassungsmanagement, psychoonkologischer Dienst, Familienberatung, Angehörigengruppen, Unterstützung bei nachstationärem Hilfe- und Hilfsmittelbedarf
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Durch die Physiotherapeuten werden Entspannungsverfahren wie "Konzentrierte Entspannung nach Wilda - Kiesel" und "Jacobsentraining" angeboten.
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	Eine qualifizierte Diabetesassistentin betreut alle PatientInnen, die zur Diabeteseinstellung ins Krankenhaus kommen. Außerdem werden Multiplikatoren (Pflege) von jeder Station 1/4-jährlich geschult.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP11	Sporttherapie / Bewegungstherapie	Es finden individuelle Gruppen je nach Belastbarkeit statt: Gymnastik, Sporttherapie (Walken, Rad fahren), Nordic Walking, Fitness
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Wärmeanwendung mittels Strahler, heiße Rolle, Warmpackung einzelner oder mehrerer Körperteile, Ultraschall-Wärmetherapie, Kälteanwendung (Eisapplikation)
MP51	Wundmanagement	Die Wunddokumentation wird nach Standard geführt. Unsere Wundmanagerin berät alle Abteilungen, koordiniert Materialien für spezielle Wundverbände und gewährleistet durch regelmäßige Teilnahme an Fortbildungen die optimale Wundversorgung
MP68	Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege	
MP52	Zusammenarbeit mit / und Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Es finden regelmäßig wöchentlich Treffen mit Selbsthilfegruppen statt. Die Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie/ -somatik und Suchtmedizin und der Klinik für Innere Medizin arbeiten regelmäßig mit den Selbsthilfegruppen "Herz Uckermark" und "Depression" in Templin zusammen.

A-6

Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum		
NM02	Ein-Bett-Zimmer		
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM40	Empfangs- und Begleitsdienst für PatientInnen sowie BesucherInnen durch ehrenamtl. MitarbeiterInnen		
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag: 0,00 €	
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen		
NM30	Klinikeigene Parkplätze für BesucherInnen sowie PatientInnen	Kosten pro Std./Tag: 0,00 €	Kostenfreie Parkplätze
NM17	Rundfunkempfang am Bett	Kosten pro Tag: 0,00 €	
NM42	Seelsorge		individuelle Anforderung bei Wunsch des Patienten
NM18	Telefon am Bett	Kosten pro Tag: 1,00 € Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,15 € Kosten pro Minute bei eintreffendem Anruf: 0,00 €	
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		
NM19	Wertfach/Tresor am Bett / im Zimmer		
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	Angebote für besondere Ernährungsgewohnheiten: dies ist vor allem auf Patienten mit besonderem religiösen Hintergrund zugeschnitten.	
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM65	Hotelleistungen		Komfortzimmer ausgestattet mit: Klimaanlage, Internet, Flachbildfernseher & Radio/CD, elektrisch verstellbarem Bett, Mini-Kühlschrank, Safe, bequeme Sitzgelegenheiten & Schreibtisch, barrierefreies Badezimmer, Föhn, Bademantel, Hygiene-set sowie frische Schnittblumen und tgl. eine Tageszeitung.

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für BesucherInnen	
BF24	Diätetische Angebote	
BF25	Dolmetscherdienst	kann gesondert angefordert werden, Liste mit Sprachkenntnissen der Mitarbeiter ist hinterlegt
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	fremdsprachige Ärzte sind im Haus tätig
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin	
BF28	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit	
BF04	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung	
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.	rollstuhlgerechte Toilette und Dusche ist auf jeder Station vorhanden
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	

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	Studentenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Das Krankenhaus Angermünde ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Fakultät Stettin. Es steht Medizinstudenten aller deutschen Universitäten zur Ableistung von Famulaturen zur Verfügung.

Die Klinik für Innere Medizin nimmt als Studienzentrum an mehreren nationalen und internationalen klinischen Studien teil:

- a) Progress CAP (ambulant erworbene Pneumonie, Rekrutierung läuft);
- b) Spleen off (Sepsis bei Asplenie, Rekrutierung 31.10.2013 beendet, Publikation im review-Verfahren);
- c) CUP Afatinib (Thyrosinkinaseinhibitor bei nichtkleinzelligem Lungenkarzinom, Studie publiziert: Oncologist 2014; 19: 1 - 10) &
- d) LIVE (endoskopische Lungenvolumenreduktion beim Lungenemphysem, Rekrutierung läuft).

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
HB16	Diätassistent und Diätassistentin
HB06	Ergotherapeut und Ergotherapeutin
HB17	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin
HB13	Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF)
HB05	Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Betten: 160

Mit der Fortschreibung des Dritten Krankenhausplanes des Landes Brandenburg 2014 wurde der Versorgungsauftrag ab 2015 um 18 tagesklinische Plätze in Templin erweitert, so dass nun insgesamt 48 tagesklinische Plätze und 112 vollstationäre Betten dem Haus zugeordnet sind.

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	3595
Teilstationäre Fallzahl:	396
Ambulante Fallzahl:	14613

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: 23,84

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	22,32
Ambulant	1,52

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	23,77
Nicht Direkt	0,07

Davon Fachärzte/innen insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 10,27

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	10,07
Ambulant	0,2

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	10,2
Nicht Direkt	0,07

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte: 0

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: 66,18

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	65,45
Ambulant	0,73

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	66,18
Nicht Direkt	0

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 1,51

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,51
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,51
Nicht Direkt	0

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 8,82

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	8,82
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	8,82
Nicht Direkt	0

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 1,17

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,17
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,17
Nicht Direkt	0

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 5,32

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	5,32
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	5,32
Nicht Direkt	0

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologen(innen)

Anzahl Vollkräfte: 6,87

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	6,33
Ambulant	0,54

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	6,87
Nicht Direkt	0

Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung

Anzahl Vollkräfte: 0,09

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,09
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,09
Nicht Direkt	0

Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 4,32

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	4,19
Ambulant	0,13

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	4,32
Nicht Direkt	0

Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 3,46

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	3,07
Ambulant	0,39

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	3,46
Nicht Direkt	0

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte: 3,27

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	2,85
Ambulant	0,42

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	3,27
Nicht Direkt	0

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP05 - Ergotherapeut und Ergotherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 4,32

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	4,19
Ambulant	0,13

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	4,32
Nicht Direkt	0

SP25 - Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin

Anzahl Vollkräfte: 3,27

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	2,85
Ambulant	0,42

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	3,27
Nicht Direkt	0

SP21 - Physiotherapeut und Physiotherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 3,46

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	3,07
Ambulant	0,39

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	3,46
Nicht Direkt	0

SP23 - Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin

Anzahl Vollkräfte: 6,87

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	6,33
Ambulant	0,54

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	6,87
Nicht Direkt	0

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 0,88

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,88
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,88
Nicht Direkt	0

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Anzahl Vollkräfte: 1,97

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,97
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,97
Nicht Direkt	0

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

Anzahl Vollkräfte: 2,52

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	2,52
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	2,52
Nicht Direkt	0

SP13 - Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 0,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,8
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,5
Nicht Direkt	0,3

SP43 - Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF)

Anzahl Vollkräfte: 0,98

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,98
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,98
Nicht Direkt	0

SP58 - Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit

Anzahl Vollkräfte: 0,09

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,09
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,09
Nicht Direkt	0

SP35 - Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin

Anzahl Vollkräfte: 1,01

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,01
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,01
Nicht Direkt	0

SP16 - Musiktherapeut und Musiktherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 0,1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,1
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0
Nicht Direkt	0,1

SP31 - Gymnastik- und Tanzpädagoge/ Gymnastik- und Tanzpädagogin

Anzahl Vollkräfte: 0,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,75
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0
Nicht Direkt	0,75

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion: Leiter Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name: Marcel Szendzielorz
Telefon: 03334/69-1840
Fax: 03334/69-1668
E-Mail: marcel.szendzielorz@glg-mbh.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Qualitätslenkungsausschusssitzung geführt von der Verwaltungsdirektorin und der QMB des Krankenhauses mit Beteiligung der Qualitätsmanagementbeauftragten aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereich

Tagungsfrequenz des Gremiums: quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person: Eigenständige Position für Risikomanagement

Funktion: Controller/Risikomanager
Titel, Vorname, Name: Robert Hindenburg
Telefon: 03334/69-1694
Fax: 03334/69-1691
E-Mail: robert.hindenburg@glg-mbh.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe: Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich: Qualitätslenkungsausschusssitzung geführt von der Verwaltungsdirektorin und der QMB des Krankenhauses mit Beteiligung der Qualitätsmanagementbeauftragten aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereich

Tagungsfrequenz des Gremiums: quartalsweise

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, Krankenhaus Angermünde 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 Vorgabedo- kumente oder die Betriebs- vereinbarung zur Anwendung des Fehlermeldesystems.
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		Regelmäßig wird u. a. über folgende Inhalte geschult: - Umgang Medizingeräte, - Beatmung, Reanimation, Wundbehandlung, - Labor- u. Mikrobiologie- diagnostik, POCT, - hygienerelevante Themen, - Strahlen-, Brand- und Arbeitsschutz - und viele weitere fach- spezif. Fortbildungen.
RM03	Mitarbeiterbefragungen		Zur Kommunikation klinischer Risiken steht jedem Mitarbeiter das Fehlermeldesystem CIRS, das Meldesystem "beson- dere Vorkommnisse" und das Beschwerdemanage- mentsystem 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/med. Notfall" regelt u. a. die Planungen des Notfallmanagements für interne med. Notfälle sowie zur Ausstattung mit Notfallkoffern. Standardisierte Notfallrufnummern sind etabliert. Die Teilnahme an Reanimationsfortbildungen ist für Mitarbeiter Pflicht.
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.
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.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
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 Störungsmeldev erfahren 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", - VA "Umgang mit Notfallmedikamenten" und - VA Aufklärung über Medikamente".
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		Spezifische standardisierte Aufklärungsbögen stehen mehrsprachig zur Verfügung. 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".

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	Klinikbezogene Verfahrensanweisungen gewährleisten eine optimale Vorbereitung und Durchführung der Entlassung bzw. strukturierte Überleitung des Patienten an eine weiterbetreuende Einrichtung. Eine Leitlinie regelt Inhalte, Grundsätze und Rahmenbedingungen des Entlassungsgesprächs.

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem:	Ja
Regelmäßige Bewertung:	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich
Verbesserung Patientensicherheit:	Risiko: bauliche Gegebenheiten in einem für Diagnostik genutzten Zimmer ließen eine Flucht mit Bett im Notfall nicht zu, da eine enge Stelle passiert werden muss. Maßnahme: Räume wurden umgewidmet, so dass nun ausschließlich mobile Patienten diesen Raum nutzen. Risiko: Sound-alike-Medikamenten-Verwechslung. Maßnahme: Änderung des Medikationsprozesses (u. a. Einsatz von Dispensern zur besseren Identifizierung der Patienten)

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	01.07.2013
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:	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-Meldekreise im GLG-Verbund.

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygieniker und KH-Hygienikerinnen	1	CA Dr. T. Talaska Stabsstelle Krankenhaushygiene GLG-mbH 16225 Eberwalde Rudolf-Breitscheid-Str. 36 BZH GmbH Deutsches Beratungszentrum für Hygiene Schnewlinstr. 10 D-79098 Freiburg/Breisgau Dr. med. Beate Dietze Leiterin der BZH-Außenstelle Berlin Fachärztin für Hygiene und Umweltmedizin Fachärztin für öffentliches Gesundheitswesen Fachärztin für Allgemeinmedizin
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	1	Dr. Elmar Grimm 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 Fall 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	5	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 eingerichtet: Ja
 Tagungsfrequenz des Gremiums: halbjährlich

Hygienekommission Vorsitzender

Funktion: Chefarzt
 Titel, Vorname, Name: Dr. med. Christoph Arntzen
 Telefon: 03331/271-113
 Fax: 03331/271-294
 E-Mail: christoph.arntzen@krankenhaus-angermuende.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt nicht vor.
2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt nicht vor.

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt nicht vor.

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe: Trifft nicht zu.

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor.

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: Nein

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben.

Händedesinfektionsmittelverbrauch:

- auf allen Intensivstationen (ml/Patiententag): 74,00
- auf allen Allgemeinstationen (ml/Patiententag): 74,00

Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs: Ja

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

Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke: Ja

Informationsmanagement für MRSA liegt vor: Ja

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	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, -annahme, -bearbeitung und -auswertung)	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	Beschwerden werden auch mündlich entgegen genommen. Eine Rückmeldung erfolgt innerhalb von 3 Werktagen. Ergebnisse werden analysiert und Maßnahmen abgeleitet.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	Patienten haben zusätzlich die Möglichkeit zur Meinungsäußerung über den Fragebogen "Der Patient hat das Wort". Diesen erhält jeder Patient im Zuge der administrativen Aufnahme in der Patientenverwaltung.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	Ja	

Regelmäßige Einweiserbefragungen

Durchgeführt: Ja

Regelmäßige Patientenbefragungen

Durchgeführt: Ja

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Durchgeführt: Nein

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Funktion: Sekretärin der Verwaltungsdirektion
Titel, Vorname, Name: Peggy Meier
Telefon: 03331/271-425
Fax: 03331/271-444
E-Mail: peggy.meier@krankenhaus-angermuende.de

Zusatzinformationen für das Beschwerdemanagement

Kommentar: Des Weiteren finden in der Klinik für Psychiatrie monatlich strukturierte Patientenvertreterrunden statt, bei denen die Patienten zusätzlich Kritik und Lob äußern können.

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Nein	auch ambulant möglich

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1 Klinik für Innere Medizin

B-1.1 Allgemeine Angaben der Klinik für Innere Medizin

Fachabteilung: Klinik für Innere Medizin

Fachabteilungsschlüssel: 0100

Art: Hauptabteilung

Chefarzt/-Ärzte

Funktion: Chefarzt

Titel, Vorname, Name: Dr. med. Christoph Arntzen

Telefon: 03331/271-113

Fax: 03331/271-294

E-Mail: christoph.arntzen@krankenhaus-angermuende.de

Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Rudolf-Breitscheid-Straße 37	16278 Angermünde	http://www.glg-mbh.de

Die Klinik für Innere Medizin verfügt über 40 Betten im komplett modernisierten, denkmalgeschützten Krankenhaushauptgebäude. Für die Patienten stehen komfortable Ein- und Zweibettzimmer mit eigenem Sanitärbereich, Telefon und Fernseher zur Verfügung.

Das Krankenhaus betreibt eine durchgehend mit Ärzten und Pflegekräften besetzte Erste Hilfe / Notaufnahme. Jährlich werden mehr als 2500 Patienten aus dem gesamten Spektrum der Inneren Medizin stationär behandelt:

Lungenerkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Magen-Darm-Erkrankungen, Infektionserkrankungen etc..

Die Abteilung verfügt über modernste Geräte zur Ultraschalluntersuchung von Herz (Farbdoppler-Echokardiographie, auch über die Speiseröhre, Stressechokardiographie), Bauchorganen, Schilddrüse sowie zur Beurteilung von Blutgefäßen.

Zur täglichen Routine gehört ebenfalls eine umfangreiche Herz-Kreislauf-Diagnostik (Langzeit-Blutdruck-Messung, Langzeit-EKG, Spiroergometrie).

In der Endoskopie-Abteilung werden Spiegelungen von Magen, Darm und Lunge (Gastroskopie, Koloskopie, Bronchoskopie, Thorakoskopie) auf Wunsch auch in Kurznarkose durchgeführt.

Akute Blutungen aus Magengeschwüren werden endoskopisch gestillt, Polypen bei Krebsvorsorge-Darmspiegelungen mit einer Elektroschlinge schmerzlos entfernt.

Ein Schwerpunkt der Klinik liegt im Bereich der Lungenerkrankungen. So existiert ein modernes Lungenfunktionslabor (Bodyplethysmographie) sowie ein Schlaflabor mit 2 Messplätzen, in dem Patienten mit Tagesmüdigkeit oder Schnarchen mit Atemstillständen untersucht und behandelt werden.

Die Röntgenabteilung führt Untersuchungen bei ambulanten und stationären Patienten durch und verfügt über einen 24-Stunden einsatzbereiten Computertomographen.
Das Labor führt rund um die Uhr Blut- und Urinuntersuchungen durch.
Auf der Intensivstation (6 Betten) werden nach Einlieferung durch den Notarztwagen lebensbedrohliche Erkrankungen wie Herzinfarkt, Lungenembolie, schwere Lungenentzündungen, Schlaganfall, etc. behandelt.

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Zielvereinbarung gemäß DKG: Keine Vereinbarung geschlossen



B-1.3**Medizinische Leistungsangebote der Klinik für Innere Medizin**

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Klinik für Innere Medizin	Kommentar
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	Wichtiger Versorgungsschwerpunkt der Fachabteilung liegt im Bereich der Lungen- und Bronchialheilkunde einschließlich der bösartigen Erkrankungen im Bereich des Brustkorbes (einschließlich Chemotherapie).
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	Diagnostik mittels Echokardiographie (Herzultraschall) oder Rechtsherzkatheter.
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	Diagnostik mittels Ultraschall, Computertomographie und Thorakoskopie. Verklebung des Rippenfellspaltes bei nachlaufenden Pleuraergüssen (Pleurodese).
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	Diagnostische und therapeutische Endoskopie (Stent-Einlage, Argon-Plasma-Koagulation, Anlage von Magenernährungs sonden/PEG), Port-Implantation, Chemotherapie (auch ambulant).
VI20	Intensivmedizin	Nichtinvasives und invasives Monitoring, Elektrokardioversion, passagere Schrittmachertherapie, nichtinvasive und invasive Beatmung, Tracheotomie, fibrinolytische Therapie.
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	Haut-Testungen, inhalative Provokationstests, Hyposensibilisierungsbehandlung stationär bei Bienen und Wespengiftallergien
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	Isolierzimmer mit Schleuse zur Behandlung infektiöser oder abwehrgeminderter Patienten (Tuberkulose, infektiöse Hepatitis, multiresistente Hospitalkeime).
VI00	Interdisziplinäre Tumornachsorge	Das Krankenhaus Angermünde nimmt wöchentlich an der interdisziplinären Tumorkonferenz teil, an der auch die umliegenden Krankenhäuser in Eberswalde, Schwedt/O., Strausberg, Wriezen und Prenzlau beteiligt sind.
VN00	EEG-Befundung	erfolgt auf Anforderung per Konsil, auch für ambulante Patienten
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	nichtinvasive Diagnostik coronarer Herzkrankheiten (Ergometrie, Echokardiografie, Enzymdiagnostik)

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Klinik für Innere Medizin	Kommentar
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	Alle gängigen endoskopischen Verfahren wie die Magen- und die Darmspiegelungen werden angeboten, endoskopischer Ultraschall, Kontrastmittel-Ultraschall, Elastografie
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	Labordiagnostik, Funktionsdiagnostik, Sonografie, Röntgendiagnostik
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	spezielle Labordiagnostik, spezielle bildgebende Verfahren (Röntgen, CT, Dopplersonografie)
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	Sonografie, Angebot physiotherapeutischer Leistungen (Lymphdrainage, Kompressionstherapie) histologische Diagnostik
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	Endokrinologische Diagnostik, Farbdopplersonografie der Nierenarterien
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	Knochenmarksbiopsie
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VI27	Spezialsprechstunde	Medikamentöse Tumorthherapie bei Lungenkrebs
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	auf der Intensivstation mit invasivem Monitoring (PiCCO), Katecholamintherapie
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	Auf der Intensivstation mit invasivem Monitoring
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	Polygrafie, Polysomnografie, CPAP/Bilevel-Maskentherapie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Klinik für Innere Medizin	Kommentar
VI35	Endoskopie	Bronchoskopie (flexibel/starr), Thorakoskopie, endobrochaler Ultraschall (EBUS), endoskopischer Ultraschall (EUS), Gastroskopie, Koloskopie
VI40	Schmerztherapie	
VI42	Transfusionsmedizin	
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	

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

Der Zugang zur Fachabteilung ist barrierefrei möglich.

B-1.5 Fallzahlen der Klinik für Innere Medizin

Vollstationäre Fallzahl: 2469
 Teilstationäre Fallzahl: 0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C34	475	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
2	J44	205	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
3	I50	152	Herzinsuffizienz
4	J18	150	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
5	I10	73	Essentielle (primäre) Hypertonie
6	A41	49	Sonstige Sepsis
7	J20	47	Akute Bronchitis
8	R07	42	Hals- und Brustschmerzen
9	D38	38	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe
10	Z08	38	Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-711	1015	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität
2	8-930	550	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
3	1-620	531	Diagnostische Tracheobronchoskopie
4	3-222	354	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
5	1-632	348	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
6	3-200	314	Native Computertomographie des Schädels
7	8-980	306	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
8	8-543	211	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
9	1-710	201	Ganzkörperplethysmographie
10	1-715	181	Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

Ergänzend CT- und MRT-Leistungen

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

In der Ambulanz können Spezialuntersuchungen auch ohne Krankenhausaufnahme durchgeführt werden, dazu zählen:

- Darm- und Magenspiegelungen,
- prästationäre Bronchoskopien,
- Schlaflaboruntersuchungen und
- ambulante Chemotherapien.

Sprechstunde Magenspiegelung

Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V (a.F.) bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) (AM05)
Angebotene Leistung	Endoskopie (VI35)

Sprechstunde für Darmkrebsvorsorge

Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V (a.F.) bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) (AM05)
Kommentar	Vorsorgedarmspiegelungen Hämorrhoidenbehandlung
Angebotene Leistung	Endoskopie (VI35)

Schlafsprechstunde

Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V (a.F.) bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) (AM05)
Kommentar	Schlaflabor, Diagnostik und Therapie in den ausgelagerten Praxisräumen des MVZ Finowfurt
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin (VI32)

Sprechstunde für Lungenkrebs

Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V (a.F.) bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) (AM05)
Kommentar	Ambulante Chemotherapie
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)

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

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-650	342	Diagnostische Koloskopie
2	5-452	43	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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: 10,44

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	9,92
Ambulant	0,52

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	10,37
Nicht Direkt	0,07

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 248,89113

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 4,07

Kommentar: Weiterbildungsbefugnis Innere Medizin und Pneumologie, Intensiv-/Schlafmedizin

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	3,87
Ambulant	0,2

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	4
Nicht Direkt	0,07

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 637,9845

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

Anzahl: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ30	Innere Medizin und SP Pneumologie
AQ23	Innere Medizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF39	Schlafmedizin
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 23,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	23,8
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	23,8
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 103,7395

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,83

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	2,83
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	2,83
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 872,43816

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,42

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,42
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,42
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 5878,57143

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,57

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	4,57
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	4,57
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 540,26258

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ07	Onkologische Pflege

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP03	Diabetes
ZP12	Praxisanleitung
ZP14	Schmerzmanagement

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-2 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Suchtmedizin

B-2.1 Allgemeine Angaben der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Suchtmedizin

Fachabteilung: Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Suchtmedizin

Fachabteilungsschlüssel: 2900

Art: Hauptabteilung

Chefarzt/-Ärzte

Funktion: Chefarzt

Titel, Vorname, Name: Dr. med. Martin Sandner

Telefon: 03331/271-410

Fax: 03331/271-399

E-Mail: martin.sandner@krankenhaus-angermuede.de

Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Rudolf-Breitscheid-Straße 37	16278 Angermünde	http://www.glg-mbh.de

Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie/-somatik und Suchtmedizin ist für die Bevölkerung der Uckermark (regionaler Vollversorgungsauftrag) im Rahmen eines integrierten gemeindenahen Versorgungsangebotes unter Einschluss aller Störungsbilder zuständig. Es handelt sich um eine individualisierte spezialisierte Versorgung, in welcher nicht der Patient in ein Spezialangebot "passen" muss, sondern die Behandlungsangebote auf den professionell ermittelten individuellen (stationären, teilstationären und ambulanten) Hilfebedarf des Patienten zugeschnitten - "spezialisiert" - werden, also Patientenzentrierung statt Anbieterzentrierung.

Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie/-somatik und Suchtmedizin hat folgende Arbeitsbereiche:

- zwei allgemeinspsychiatrische Stationen
- eine suchtmedizinische Station
- eine psychotherapeutische/ psychosomatische Station
- eine psychiatrische Tagesklinik am Standort Schwedt/O.
- eine psychiatrische Tagesklinik am Standort Prenzlau
- eine psychiatrische Tagesklinik am Standort Templin
- eine Psychiatrische Institutsambulanz mit Zweigstellen in Schwedt/O., Prenzlau und Templin

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Zielvereinbarung gemäß DKG: Keine Vereinbarung geschlossen

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Suchtmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Suchtmedizin	Kommentar
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	
VP12	Spezialsprechstunde	Klärung der Indikation zur komplementären homöopathischen Behandlung.

B-2.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Suchtmedizin

Die Zugänge zu den Fachbereichen sind barrierefrei möglich.

B-2.5 Fallzahlen der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Suchtmedizin

Vollstationäre Fallzahl: 1126
 Teilstationäre Fallzahl: 396

Die Fachabteilung betreibt drei Tageskliniken, um die Versorgung der Patienten in der Region zu gewährleisten. Neben der vollstationären Versorgung in Angermünde sind Tageskliniken in Schwedt/O., Prenzlau und Templin etabliert.

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	F10	319	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
2	F20	122	Schizophrenie
3	F33	111	Rezidivierende depressive Störung
4	F32	110	Depressive Episode
5	F43	89	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
6	F19	37	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
7	F25	31	Schizoaffektive Störungen
8	F41	31	Andere Angststörungen
9	F05	25	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
10	F06	25	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit

Die Fallzahlen beziehen sich nur auf den vollstationären Bereich

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-606	5359	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten
2	9-605	3988	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten
3	9-980	1375	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie
4	9-614	865	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen
5	9-981	566	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Abhängigkeitskranke
6	9-647	330	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen
7	9-604	309	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen ohne Therapieeinheiten pro Woche
8	9-615	242	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen
9	9-982	211	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Gerontopsychiatrie
10	9-640	148	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

PIA	
Ambulanzart	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V (a.F.) (AM02)
Kommentar	Die PIA hat den spezifischen Versorgungsauftrag für psychisch Kranke, die eines besonderen krankenhaushaften Angebotes bedürfen. Die Behandlung ist eine Komplexleistung aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnostik und Therapie im ambulanten Setting und bedarfsweise Hilfe für Aufsuchende.
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (VP07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)
Angebotene Leistung	Therapie von Entwicklungsstörungen (VP00)

Ermächtigungsambulanz EEG	
Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V (a. F.) bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) (AM05)
Angebotene Leistung	EEG-Befundung (VP00)
Angebotene Leistung	EEG-Befundung (VN00)

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)

Trifft nicht zu.

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein
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: 13,4

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	12,4
Ambulant	1

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	13,4
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 90,80645

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 6,2

Kommentar: volle Weiterbildungsbefugnis für das Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie (4 Jahre)

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	6,2
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	6,2
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 181,6129

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

Anzahl: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ42	Neurologie
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie
AQ63	Allgemeinmedizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF13	Homöopathie
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement

B-2.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 40,87

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	40,14
Ambulant	0,73

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	40,87
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 28,05182

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 5,99

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	5,99
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	5,99
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 187,97997

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,75
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,75
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 1501,33333

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,75
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,75
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 1501,33333

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ10	Psychiatrische Pflege

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP12	Praxisanleitung
ZP08	Kinästhetik
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP16	Wundmanagement

B-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologen(innen)

Anzahl Vollkräfte: 6,87

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	6,33
Ambulant	0,54

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	6,87
Nicht Direkt	0

Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung

Anzahl Vollkräfte: 0,09

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,09
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,09
Nicht Direkt	0

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	144	96,5
Koronarangiographie u. Perkutane Koronarintervention(PCI) (21/3)	4	100,0
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	46	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	139
Beobachtete Ereignisse	139
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	98,12 - 98,22%
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 (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)
Grundgesamtheit	132
Beobachtete Ereignisse	132
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	98,20 - 98,30%
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 (ausschließlich aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	95,79 - 96,50%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02

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
Grundgesamtheit	123
Beobachtete Ereignisse	114
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	92,68%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	95,47 - 95,63%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)
Kennzahlbezeichnung	Frühes Mobilisieren von Patienten mit geringem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	20
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	97,18 - 97,50%
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-SCORE = 1 oder 2)
Kennzahlbezeichnung	Frühes Mobilisieren von Patienten mit mittlerem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
Grundgesamtheit	77
Beobachtete Ereignisse	72
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	93,51%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	93,13 - 93,40%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Fortlaufende Kontrolle der Lungenentzündung mittels Erhebung von Laborwerten (CRP oder PCT) während der ersten 5 Tage
Grundgesamtheit	123
Beobachtete Ereignisse	119
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,75%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	98,68 - 98,78%
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	118
Beobachtete Ereignisse	117
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,15%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	95,10 - 95,29%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Ausreichender Gesundheitszustand nach bestimmten Kriterien bei Entlassung
Grundgesamtheit	117
Beobachtete Ereignisse	116
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,15%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	97,76 - 97,90%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Grundgesamtheit	139
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	6,47%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	13,12 - 13,37%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02

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 im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Grundgesamtheit	139
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	16,90
Ergebnis (Einheit)	0,53
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,58
Vertrauensbereich	1,02 - 1,04
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	139
Beobachtete Ereignisse	137
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,56%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	95,64 - 95,79%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zur alleinigen Herzkatheteruntersuchung aufgrund von symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 24,18%
Vertrauensbereich	54,41 - 54,78%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie: Anteil ohne pathologischen Befund
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zur alleinigen Herzkatheteruntersuchung: Anteil ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	32,00 - 32,45%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI mit Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt bis 24 h"
Kennzahlbezeichnung	Erfolgreiche Aufdehnung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt innerhalb von 24 Stunden nach Diagnose (sog. PCI)
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,56%
Vertrauensbereich	90,56 - 91,09%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Erreichen des Interventionsziels bei PCI ohne Herzinfarkt
Kennzahlbezeichnung	Erreichen des Eingriffsziels bei allen durchgeführten Aufdehnungen (sog. PCI) unter Ausschluss von Pat. mit Herzinfarkt
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 89,75%
Vertrauensbereich	94,79 - 94,98%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei isolierter Koronarangiographie
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei alleiniger Herzkatheteruntersuchung
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	1,37 - 1,44%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei isolierter Koronarangiographie
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei alleiniger Herzkatheteruntersuchung – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,38$
Vertrauensbereich	1,02 - 1,08
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei PCI
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Pat. mit durchgeführter Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI)
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	2,99 - 3,11%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei PCI
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Pat. mit durchgeführter Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,05
Vertrauensbereich	0,98 - 1,02
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Isolierte Koronarangiographien mit Dosisflächenprodukt über 3.500 cGy*cm²
Kennzahlbezeichnung	Strahlenbelastung bei einer Herzkatheteruntersuchung (Dosisflächenprodukt über 3.500 cGy*cm ²)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 40,38%
Vertrauensbereich	18,12 - 18,34%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Isolierte PCI mit Dosisflächenprodukt über 6.000 cGy*cm²
Kennzahlbezeichnung	Strahlenbelastung bei einer Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI mit Dosisflächenprodukt über 6.000 cGy*cm ²)
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 51,89%
Vertrauensbereich	23,25 - 24,17%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Einzeitig-PCI mit Dosisflächenprodukt über 8.000 cGy*cm²
Kennzahlbezeichnung	Strahlenbelastung bei Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI mit Dosisflächenprodukt über 8.000 cGy*cm ²)
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 40,55%
Vertrauensbereich	17,13 - 17,40%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Isolierte Koronarangiographien mit einer Kontrastmittelmenge über 150 ml
Kennzahlbezeichnung	Herzkatheteruntersuchung mit mehr als 150 ml Kontrastmittel
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 17,00%
Vertrauensbereich	7,04 - 7,19%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Isolierte PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 200 ml
Kennzahlbezeichnung	Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI) mit mehr als 200 ml Kontrastmittel
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 46,94%
Vertrauensbereich	21,30 - 22,19%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 250 ml
Kennzahlbezeichnung	Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 33,22%
Vertrauensbereich	15,41 - 15,67%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2
Kennzahlbezeichnung	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 2. Grades/der Kategorie 2 erwarben
Grundgesamtheit	3552
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,11%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,32 - 0,33%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 oder nicht näher bez.
Kennzahlbezeichnung	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 3. Grades/der Kategorie 3 erwarben
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,06 - 0,07%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Kennzahlbezeichnung	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben
Grundgesamtheit	3552
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,14%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,39 - 0,40%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Kennzahlbezeichnung	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Grundgesamtheit	3552
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	14,14
Ergebnis (Einheit)	0,35
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,11
Vertrauensbereich	0,98 - 0,99
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Kennzahlbezeichnung	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades/der Kategorie 4 erwarben
Grundgesamtheit	3552
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,01 - 0,01%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10

Legende - Bewertung durch den Strukturierten Dialog		
A41	=	Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
A42	=	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
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
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)
U99	=	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V (a.F.)

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 (a.F.)

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP teil:

DMP	Kommentar
Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	<p>Das Krankenhaus Angermünde bietet für diese chronische Erkrankung ein strukturiertes Behandlungsprogramm entsprechend den Richtlinien des G-BA mit folgenden Therapiezielen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vermeidung/Reduktion von akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen, - einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung der körperlichen und sozialen Aktivität im Alltag und - eines raschen Voranschreitens der Krankheit, bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion.
Asthma bronchiale	<p>Das Krankenhaus Angermünde bietet im Rahmen des Disease-Management-Programms (DMP) eine strukturierte Behandlung der chronischen Erkrankung an. Therapieziele sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Vermeidung/Reduktion von Beeinträchtigungen wie z. B. Symptomen, Asthma-Anfällen, Exazerbationen, - von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen, - einem Voranschreiten der Krankheit und - Normalisierung/Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Verminderung der bronchialen Hyperreagilität.
Koronare Herzkrankheit (KHK)	<p>Das Krankenhauses Angermünde bietet Patienten mit koronarer Herzkrankheit die Teilnahme an einem Disease-Management-Programm (DMP) an.</p> <p>Die Therapieziele sind das Aufhalten des Fortschreitens der Erkrankung sowie die Steigerung der Lebensqualität.</p> <p>Die therapeutischen Maßnahmen umfassen neben der medikamentösen/interventionellen Therapie auch Ernährungs- und Raucherberatung, körperliche Aktivität, psychosomatische und - soziale Betreuung, sowie die fortführende Rehabilitation.</p>

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich	Qualitätssicherung mit Routinedaten im CLINOTEL-Verbund
Bezeichnung der Qualitätsindikatoren (Auszug)	Low Mortality Physiologische und metabolische Störungen Folgen medizinischer Maßnahmen Infektionen spezielle medizinische Kennzahlen Somatik
Ergebnis	Analytische Vergleiche
Messzeitraum	fortlaufend
Datenerhebung	monatlich
Vergleichswerte	CLINOTEL-Verbund

Leistungsbereich	Balanced Score Card fachabteilungsspezifisch
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verlegungsquote, Leistungsabbildung, Senkung der MDK-Verluste, Fallzusammenführungen, Anteil Intensivbehandlungen Psychiatrie
Ergebnis	Analytisches Vergleichen
Messzeitraum	fortlaufend
Datenerhebung	quartalsweise
Referenzbereiche / Vergleichswerte	CLINOTEL-Verbund, Bundesvergleichswerte

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

Trifft nicht zu.

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (a.F.)

Trifft nicht zu.

C-7**Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137
Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V (a.F.)**

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen	11
1.1	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3]	7
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]	7

Wir tun mehr ... für Ihre Gesundheit

IMPRESSUM

HERAUSGEBER

MSZ Uckermark gGmbH, Krankenhaus Angermünde

VERANTWORTLICH FÜR DEN INHALT

Dr. Steffi Miroslau, Geschäftsführerin

Dr. Jörg Mocek, Geschäftsführer

REDAKTION

Dr. Heide Wiechmann

Chefärzte der Abteilungen

Verwaltungsdirektorium

FOTO AUF DEM COVER

Sören Tetzlaff



Rudolf-Breitscheid-Straße 36

16225 Eberswalde

Telefon 03334 69 - 2105

www.glg-mbh.de

