



Medizinisch-Soziales Zentrum
Uckermark gGmbH
Kreiskrankenhaus Prenzlau

Qualitätsbericht 2015





Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V

für das Berichtsjahr 2015

**MSZ Uckermark gGmbH,
Kreiskrankenhaus Prenzlau**

Dieser Qualitätsbericht wurde am 11. November 2016 erstellt.

Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	6
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	6
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	7
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	7
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	7
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	8
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	11
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	12
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	12
A-10	Gesamtfallzahlen.....	13
A-11	Personal des Krankenhauses	13
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	23
A-13	Besondere apparative Ausstattung	35
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	36
B-1	Klinik für Innere Medizin/Klinik für Altersmedizin	36
B-2	Klinik für Chirurgie	46
B-3	Fachbereich Frauenheilkunde	56
B-4	Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie.....	62
C	Qualitätssicherung.....	67
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	67
C-1.1	Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate	67
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V (a.F.).....	93
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V (a.F.)	94
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	94

C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V.....	101
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (a.F.).....	102
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V (a.F.).....	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: 03984/33-301
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 Geriatrie, einer Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie 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 2015 präsentieren. Als zukunftsorientiertes Krankenhaus sind wir nach dem Qualitätskriterienkatalog der Zertifizierungsgesellschaft "Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen" (KTQ) zertifiziert und auch erfolgreich rezertifiziert.

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

Institutionskennzeichen: 261200117

Standortnummer: 00

Telefon: 03984/33-0
Fax: 03984/33-333

URL: <http://www.glg-mbh.de>

Ärztliche Leitung

Funktion: Chefarzt
Titel, Vorname, Name: Dipl. med. Wolf-German Geike
Telefon: 03984/33-100
Fax: 03984/33-108
E-Mail: wolf-german.geike@krankenhaus-prenzlau.de

Pflegedienstleitung

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

Verwaltungsleitung

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

Unser Haus ist nach KTO zertifiziert.

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

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 Abhängigkeitskranker
- 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

Lehrkrankenhaus: Nein

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrisches Krankenhaus: Nein
Regionale Versorgungsverpflichtung: Nein

A-5

Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP03	Angehörigenbetreuung /-beratung /-seminare	
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	Entlassungsmanagement /Brückenpflege / Überleitungspflege	strukturiertes Entlassungsmanagement 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	
MP25	Massage	bsd. bei Palliativpatienten zur Entspannung
MP26	Medizinische Fußpflege	Die medizinische Fußpflege erfolgt durch externe Podologen.
MP32	Physiotherapie / Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	Externe Verbundpartner bieten unseren Patienten psychologische und psychotherapeutische Leistungen an. (Hinweis: angestellte Psychologen im Haus)
MP35	Rückenschule / Haltungsschulung / Wirbelsäulengymnastik	
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, Antragsmodalitäten für Renten etc.
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	es werden regelmäßig Foren zu speziellen Themen für die Öffentlichkeit angeboten, regelmäßige Teilnahme / Präsenz 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	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	Diabetesberatung durch ausgebildete Diabetesberaterin nach DDG
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	durch Physiotherapie
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	eine Logopädin ist im Krankenhaus tätig
MP45	Stomatherapie/-beratung	b. Bedarf durch Fachkraft möglich
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	durch externen Partner angeboten.
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP51	Wundmanagement	ausgebildete Wundmanager stehen den Abteilungen zur Verfügung, sie beraten auf Anforderung
MP68	Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen / Angebot ambulanter Pflege / Kurzzeitpflege	regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen werden vom KH 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
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum	
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)	
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag: 0,00 €
NM18	Telefon am Bett	Kosten pro Tag: 1,00 € Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,15 € Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0,00 €
NM19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer	
NM30	Klinikeigene Parkplätze für BesucherInnen sowie PatientInnen	Kosten pro Stunde/Tag: 0,00 €
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für PatientInnen sowie BesucherInnen durch ehrenamtl. MitarbeiterInnen	
NM49	Informationsveranstaltungen für PatientInnen	
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
NM17	Rundfunkempfang am Bett	Kosten pro Tag: 0,00 €
NM42	Seelsorge	
NM10	Zwei-Bett-Zimmer	
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen	

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
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin
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 o.ä.
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, 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

Trifft nicht zu.

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: 116

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl: 4549
Teilstationäre Fallzahl: 0
Ambulante Fallzahl: 16068

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: 27,91

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	23,21
Ambulant	4,7

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	26,87
Nicht Direkt	1,04

Davon Fachärzte/innen insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 21,64

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	17,59
Ambulant	4,05

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	20,6
Nicht Direkt	1,04

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: 56,7

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	51,97
Ambulant	4,73

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	56,7
Nicht Direkt	0

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 8,65

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	5,32
Ambulant	3,33

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	8,65
Nicht Direkt	0

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 8,08

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	6,2
Ambulant	1,88

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	8,08
Nicht Direkt	0

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 1,53

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,15
Ambulant	0,38

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,53
Nicht Direkt	0

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 1,2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,2
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,2
Nicht Direkt	0

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 2,09

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	2,09
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	2,09
Nicht Direkt	0

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 3,16

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	3,16
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	3,16
Nicht Direkt	0

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologen(innen)

Anzahl Vollkräfte: 1,84

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,84
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,84
Nicht Direkt	0

Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1,78

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,78
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,78
Nicht Direkt	0

Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 4,18

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	3,76
Ambulant	0,42

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	4,18
Nicht Direkt	0

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte: 1,35

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,35
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,35
Nicht Direkt	0

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP35 - Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin

Anzahl Vollkräfte: 0,9

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,9
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,9
Nicht Direkt	0

SP21 - Physiotherapeut und Physiotherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 4,18

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	3,76
Ambulant	0,42

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	4,18
Nicht Direkt	0

SP25 - Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin

Anzahl Vollkräfte: 1,35

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,35
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,35
Nicht Direkt	0

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Anzahl Vollkräfte: 1,35

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,35
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,35
Nicht Direkt	0

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Anzahl Vollkräfte: 1,46

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,4
Ambulant	0,06

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,46
Nicht Direkt	0

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 1,79

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,79
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,79
Nicht Direkt	0

SP05 - Ergotherapeut und Ergotherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 1,78

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,78
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,78
Nicht Direkt	0

SP23 - Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin

Anzahl Vollkräfte: 1,84

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,84
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,84
Nicht Direkt	0

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

Anzahl Vollkräfte: 0,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,5
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,5
Nicht Direkt	0

SP26 - Sozialpädagoge und Sozialpädagogin

Anzahl Vollkräfte: 1,35

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,35
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,35
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

Funktion: Leiter Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name: Herr 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 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: Eigenständige Position für Risikomanagement

Funktion: Controller/Risikomanager
Titel, Vorname, Name: Robert Hindenburg
Telefon: 03334/69-1694
Fax: 03334/69-1661
E-Mail: robert.hindenburg@glg-mbh.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

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 Risikomanagementdokumentation und -prozesse sind im Qualitäts- handbuch 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 Medizingeräten, - Beatmung, Reanimation, Wundbehandlung, - Labor- u. Mikrobiologie- diagnostik, POCT, - hygienerelevante Themen, - Strahlen-, Brand- u. Arbeitsschutz und - und viele weitere fachspezif. Fortbildungen.
RM03	Mitarbeiterbefragungen		Zur Kommunikation klinischer Risiken steht jedem Mitarbeiter das Fehlermeldesystem CIRS, das Meldesystem "besondere Vorkommnisse" und das Beschwerdemanagementsystem 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)	<p>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.</p> <p>Die Teilnahme an Reanimationsfortbildungen ist für Mitarbeiter Pflicht.</p>
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	<p>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.</p>
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	<p>Gemäß der Leitlinie Sturzprophylaxe in der Pflege wird für jeden Patienten ein individuelles Sturzrisikoprofil ermittelt und ggf. werden Präventionsmaßnahmen eingeleitet.</p> <p>Jährlich erfolgen interne Analysen zur Sturzhäufigkeit, -ursache, -ort, -zeit.</p>
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	<p>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.</p>

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		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".
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten		Eine Checkliste "Patientensicherheit im OP" wurde nach den Empfehlungen der WHO erarbeitet. Die Checkliste begleitet den Patienten von der OP-Planung auf der Station bis zum Ende des Eingriffs im OP und bildet wesentliche Sicherheitsstandards ab.
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP Zeit- und erwartetem Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	Im Rahmen des Team-Time-Out's erfolgt die präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust. Das Team-Time-Out wird in der "Checkliste Patientensicherheit im OP" abgebildet und ist verpflichtend vorgeschrieben.
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".
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	Eine Verfahrensanweisung regelt die Verwendung von Patientenidentifikationsarmbändern. Eine standardisierte OP-Checkliste wird angewendet, die anhand der Empfehlungen der WHO erarbeitet wurde.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
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 VA 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 einrichtungsweg-internen Fehlermeldesystems

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

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 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 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	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

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
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
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 eingerichtet:
 Tagungsfrequenz des Gremiums:

Ja
 halbjährlich

Hygienekommission Vorsitzender

Funktion: Chefarzt
 Titel, Vorname, Name: Dr. med. Friedhelm Schrank
 Telefon: 03984/33-100
 Fax: 03984/33-108
 E-Mail: friedhelm.schrank@krankenhaus-prenzlau.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 liegt vor.

1. Der Standard thematisiert insbesondere:

a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprofylaxe: Ja

b) Zu verwendende Antibiotika: Ja

c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprofylaxe: Ja

2. Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert: Ja

3. Antibiotikaprofylaxe bei operierten Patienten strukturiert überprüft: Nein

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 Wundauflage: 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): 79,00

- auf allen Allgemeinstationen (ml/Patiententag): 79,00

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 (Beschwerde-stimulierung, -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	
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 BeschwerdeführerIn sind schriftlich definiert	Ja	

Regelmäßige Einweiserbefragungen

Durchgeführt: Ja

Regelmäßige Patientenbefragungen

Durchgeführt: Ja

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Funktion: Verwaltungsdirektorin
Titel, Vorname, Name: Marita Schönemann
Telefon: 03984/33-301
Fax: 03984/33-309
E-Mail: marita.schoenemann@krankenhaus-prenzlau.de

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Funktion: Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name: Rita Lange
Telefon: 03984/33-352
E-Mail: info@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	Geräte 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/Klinik für Altersmedizin**

B-1.1 **Allgemeine Angaben Klinik für Innere Medizin/Klinik für Altersmedizin**

Fachabteilung: Klinik für Innere Medizin/Klinik für Altersmedizin

Fachabteilungsschlüssel: 0100

Art: Hauptabteilung

Chefarzt / -Ärzte

Funktion: Chefarzt Innere Medizin
Titel, Vorname, Name: Christian Scheer
Telefon: 03984/33-500
Fax: 03984/33-108
E-Mail: christian.scheer@krankenhaus-prenzlau.de

Funktion: Chefarzt Altersmedizin
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Oliver Günter
Telefon: 03984/33-448
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**

Zielvereinbarung gemäß DKG: Keine Vereinbarung geschlossen

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin/Klinik für Altersmedizin	Kommentar
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	Hier werden alle endoskopischen Verfahren einschl. Gastroskopie (Magenspiegelung), Koloskopie (Darmspiegelung) und ERCP (Spiegelung der Gallenwege) durchgeführt.
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin/Klinik für Altersmedizin	Kommentar
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.
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI35	Endoskopie	
VI20	Intensivmedizin	
VI38	Palliativmedizin	
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	
VI27	Spezialsprechstunde	
VI42	Transfusionsmedizin	

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

Der Zugang zur Fachabteilung ist barrierefrei möglich.

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

Vollstationäre Fallzahl: 3027
 Teilstationäre Fallzahl: 0



B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I50	209	Herzinsuffizienz
2	J18	135	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
3	I10	121	Essentielle (primäre) Hypertonie
4	I63	121	Hirnfarkt
5	I48	120	Vorhofflimmern und Vorhofflattern
6	F10	100	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
7	K29	85	Gastritis und Duodenitis
8	A09	84	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs
9	J44	73	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
10	E11	72	Diabetes mellitus, Typ 2

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-200	731	Native Computertomographie des Schädels
2	1-632	538	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
3	8-550	524	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
4	8-930	387	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
5	1-440	338	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
6	1-650	325	Diagnostische Koloskopie
7	3-225	236	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
8	3-222	221	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
9	8-980	218	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
10	8-800	182	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz für Endoskopien	
Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V (a.F.) bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungs-methoden oder Kenntnisse von KH-Ärzten 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 (a.F.) bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) (AM05)
Kommentar	Überprüfung der Funktionsfähigkeit der Herzschrittmacher Kardiologische Beratung der Patienten
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)

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

Ran g	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-440	710	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
2	1-650	704	Diagnostische Koloskopie
3	1-444	519	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
4	5-469	167	Andere Operationen am Darm
5	5-452	138	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
6	1-642	< 4	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege
7	5-378	< 4	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators
8	5-493	< 4	Operative Behandlung von Hämorrhoiden
9	5-513	< 4	Endoskopische Operationen an den Gallengängen

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: 13,97

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	12,05
Ambulant	1,92

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	13,67
Nicht Direkt	0,3

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 251,20332

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 9,12

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	7,8
Ambulant	1,32

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	8,82
Nicht Direkt	0,3

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 388,07692

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
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ23	Innere Medizin
AQ28	Innere Medizin und SP Kardiologie
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie
AQ26	Innere Medizin und SP Gastroenterologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF09	Geriatric
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin
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: 25,3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	24,8
Ambulant	0,5

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	25,3
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 122,05645

Gesundheits- und Kinderkrankenfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,56

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	3
Ambulant	0,56

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	3,56
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 1009

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,52

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,52
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,52
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 5821,15385

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,09

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	2,09
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	2,09
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 1448,32536

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,28

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	2,28
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	2,28
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 1327,63158

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
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP07	Geriatric
ZP20	Palliative Care
ZP12	Praxisanleitung

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-2 Klinik für Chirurgie

B-2.1 Allgemeine Angaben Klinik für Chirurgie

Fachabteilung: Klinik für Chirurgie

Fachabteilungsschlüssel: 1500

Art: Hauptabteilung

Chefarzt / -Ärzte

Funktion: Chefarzt Allgemeinchirurgie

Titel, Vorname, Name: Dr. med. Friedhelm Schrank

Telefon: 03984/33-100

Fax: 03984/33-108

E-Mail: friedhelm.schrank@krankenhaus-prenzlau.de

Funktion: Chefarzt Unfallchirurgie

Titel, Vorname, Name: Dipl. Med. Wolf-German Geike

Telefon: 03984/33-100

Fax: 03984/33-108

E-Mail: wolf-german.geike@krankenhaus-prenzlau.de

Öffentliche Zugänge

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

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Zielvereinbarung gemäß DKG: Keine Vereinbarung geschlossen

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Chirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Chirurgie	Kommentar
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
VC58	Spezialsprechstunde	
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	In Kooperation mit der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Chirurgie	Kommentar
VC71	Notfallmedizin	
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen	
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	
VC21	Endokrine Chirurgie	
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	
VC24	Tumorchirurgie	
VC62	Portimplantation	
VC68	Mammachirurgie	
VC05	Schrittmachereingriffe	
VC06	Defibrillatoreingriffe	
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule	
VC49	Chirurgie der Bewegungsstörungen	
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	
VC51	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen	
VC52	Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sog. "Funktionelle Neurochirurgie")	
VC53	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	<p>Endoprothetischer Gelenkersatz bei Frakturen und degenerativen Veränderungen an: Schultern, Ellenbogen, Hüften und Knien, sowie an Großzehengrundgelenken</p> <p>Diagnostik und Behandlung degenerativer Erkrankungen</p>
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC30	Septische Knochenchirurgie	
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Chirurgie	Kommentar
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	
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	
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	
VC63	Amputationschirurgie	
VC64	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie	
VO15	Fußchirurgie	
VO16	Handchirurgie	
VO19	Schulterchirurgie	
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	
VC69	Verbrennungschirurgie	
VC66	Arthroskopische Operationen	

B-2.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Klinik für Chirurgie

Der Zugang zu den Fachbereichen ist barrierefrei möglich.

B-2.5 Fallzahlen Klinik für Chirurgie

Vollstationäre Fallzahl: 1286
 Teilstationäre Fallzahl: 0



B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	M51	93	Sonstige Bandscheibenschäden
2	K80	87	Cholelithiasis
3	K40	60	Hernia inguinalis
4	S06	53	Intrakranielle Verletzung
5	S82	43	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
6	S52	42	Fraktur des Unterarmes
7	M75	39	Schulterläsionen
8	S42	35	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes
9	K35	32	Akute Appendizitis
10	A46	31	Erysipel [Wundrose]

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-916	134	Temporäre Weichteildeckung
2	3-203	106	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
3	5-511	96	Cholezystektomie
4	8-930	87	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
5	5-814	85	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes
6	3-200	84	Native Computertomographie des Schädels
7	5-810	72	Arthroskopische Gelenkoperation
8	5-932	72	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung
9	3-225	64	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
10	5-530	62	Verschluss einer Hernia inguinalis

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)

Ambulanz für D-Arzt-Patienten

Angebotene Leistung	Fußchirurgie (VO15)
Angebotene Leistung	Handchirurgie (VO16)
Angebotene Leistung	Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)

Chirurgische Sprechstunde

Ambulanzart	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (a.F.) (AM11)
Kommentar	Vorbereitung und Aufklärung vor Operationen, Nachsorge
Angebotene Leistung	Arthroskopische Operationen (VC66)
Angebotene Leistung	Minimalinvasive endoskopische Operationen (VC56)
Angebotene Leistung	Minimalinvasive laparoskopische Operationen (VC55)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VC58)

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

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-385	146	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen
2	5-812	64	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
3	5-787	56	Entfernung von Osteosynthesematerial
4	5-841	53	Operationen an Bändern der Hand
5	5-810	44	Arthroskopische Gelenkoperation
6	5-056	35	Neurolyse und Dekompression eines Nerven
7	5-788	27	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes
8	5-399	13	Andere Operationen an Blutgefäßen
9	5-530	12	Verschluss einer Hernia inguinalis
10	5-840	12	Operationen an Sehnen der Hand

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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: 6,74

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	5,41
Ambulant	1,33

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	6,66
Nicht Direkt	0,08

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 237,70795

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 6,74

Kommentar: Basisweiterbildung 2 Jahre
FA für Allgemein Chirurgie 2 Jahre

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	5,41
Ambulant	1,33

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	6,66
Nicht Direkt	0,08

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 237,70795

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

Anzahl: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

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: 10,55

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	9,95
Ambulant	0,6

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	10,55
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 129,24623

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,64

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0
Ambulant	0,64

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,64
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,5
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,5
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 2572

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,7

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,7
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,7
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 1837,14286

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP12	Praxisanleitung

B-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-3 Fachbereich Frauenheilkunde

B-3.1 Allgemeine Angaben Fachbereich Frauenheilkunde

Fachabteilung: Fachbereich Frauenheilkunde

Fachabteilungsschlüssel: 2400

Art: Hauptabteilung

Chefarzt / -Ärzte

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

Zielvereinbarung gemäß DKG: Keine Vereinbarung geschlossen

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote Fachbereich Frauenheilkunde

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Fachbereich Frauenheilkunde
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
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

B-3.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Fachbereich Frauenheilkunde

Der Zugang zum Fachbereich ist barrierefrei möglich.

B-3.5 Fallzahlen Fachbereich Frauenheilkunde

Vollstationäre Fallzahl: 236

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	D25	22	Leiomyom des Uterus
2	N83	21	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri
3	D27	14	Gutartige Neubildung des Ovars
4	N81	13	Genitalprolaps bei der Frau
5	N70	12	Salpingitis und Oophoritis
6	N87	11	Dysplasie der Cervix uteri
7	N84	9	Polyp des weiblichen Genitaltraktes
8	N61	8	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]
9	N85	8	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten des Uterus, ausgenommen der Zervix
10	N95	8	Klimakterische Störungen

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-471	69	Biopsie ohne Inzision am Endometrium
2	5-469	57	Andere Operationen am Darm
3	5-651	44	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe
4	5-704	41	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik
5	1-672	40	Diagnostische Hysteroskopie
6	5-657	33	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung
7	5-683	33	Uterusexstirpation [Hysterektomie]
8	5-681	28	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus
9	5-690	21	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]
10	5-671	19	Konisation der Cervix uteri

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-751	685	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]
2	5-690	334	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]
3	1-471	141	Biopsie ohne Inzision am Endometrium
4	1-672	137	Diagnostische Hysteroskopie
5	5-663	29	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]
6	5-691	7	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers
7	5-681	6	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus
8	1-661	< 4	Diagnostische Urethrozystoskopie
9	1-694	< 4	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)
10	5-572	< 4	Zystostomie

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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: 177,44361

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 2,13

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,91
Ambulant	1,22

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	2,13
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 259,34066

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

Anzahl: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

B-3.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,85

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,55
Ambulant	0,3

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,85
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 152,25806

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,5
Ambulant	0,3

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,8
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 472

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,18

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,18
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,18
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 1311,11111

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,18

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,18
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,18
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 1311,11111

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP12	Praxisanleitung
ZP06	Ernährungsmanagement

B-3.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-4 Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie

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

Fachabteilung: Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie

Fachabteilungsschlüssel: 3700

Art: Hauptabteilung

Chefarzt / -Ärzte

Funktion: Chefarzt / DEAA

Titel, Vorname, Name: Dr. med. Hans-Josef Lemmen

Telefon: 03984/33-200

Fax: 03984/33-221

E-Mail: hans-josef.lemmen@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, welche interdisziplinär (fachabteilungsübergreifend) belegt werden. Die Betten der Intensivstation sind den einzelnen Fachabteilungen zugeordnet. Somit können für diesen Bereich keine entlassenden Patientenzahlen mit entsprechenden Diagnosen definiert werden.

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Zielvereinbarung gemäß DKG: Keine Vereinbarung geschlossen

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie
VX00	Anästhesie
VX00	Intensivmedizin
VN23	Schmerztherapie
VI38	Palliativmedizin
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin

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

Der Zugang ist barrierefrei möglich.

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0
Kommentar:	siehe Erläuterungen unter Pkt. 4.1; im Berichtszeitraum wurden 637 Patienten auf der interdisziplinären Intensivstation 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 (a.F.) bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) (AM04)
Kommentar	Schmerzsprechstunde (KV zugelassen) Für chronisch schmerzkranken Patienten mit komplexen Schmerzproblemen haben wir eine ambulante Sprechstunde eingerichtet. Unser Angebot gilt besonders auch Patienten mit Tumorschmerzen, die wir ggf. auch in palliativmedizinischer Hinsicht mitbetreuen.
Angebotene Leistung	Schmerztherapie (VI40)

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)

Trifft nicht zu.

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein
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: 4,65

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	4,42
Ambulant	0,23

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	3,99
Nicht Direkt	0,66

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 3,65

Kommentar: Befugnis zur Weiterbildung für 2,5 Jahre,
davon 6 Monate Intensivmedizin

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	3,47
Ambulant	0,18

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	2,99
Nicht Direkt	0,66

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

Anzahl: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF42	Spezielle Schmerztherapie
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin
ZF15	Intensivmedizin

B-4.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 10,35

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	10,35
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	10,35
Nicht Direkt	0

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,55

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,55
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,55
Nicht Direkt	0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP12	Praxisanleitung
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP08	Kinästhetik

B-4.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

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)	166	98,2
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	99	100,0
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	15	100,0
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	4	100,0
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	24	100,0
Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	24	100,0
Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE)	(Datenschutz)	(Datenschutz)
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	27	100,0
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	14	100,0
Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	14	100,0
Koronarangiographie u. Perkutane Koronarintervention(PCI) (21/3)	(Datenschutz)	(Datenschutz)
Mammachirurgie (18/1)	6	100,0
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	94	98,9

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	163
Beobachtete Ereignisse	163
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	162
Beobachtete Ereignisse	162
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	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
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	143
Beobachtete Ereignisse	138
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,50%
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	16
Beobachtete Ereignisse	16
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	104
Beobachtete Ereignisse	102
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,08%
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	131
Beobachtete Ereignisse	129
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,47%
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	119
Beobachtete Ereignisse	119
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
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	119
Beobachtete Ereignisse	119
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
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	163
Beobachtete Ereignisse	22
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	13,50%
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	163
Beobachtete Ereignisse	22
Erwartete Ereignisse	18,12
Ergebnis (Einheit)	1,21
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	161
Beobachtete Ereignisse	161
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	95,64 - 95,79%
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	71
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 8,52%
Vertrauensbereich	3,47 - 3,70%
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	18
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,00%
Vertrauensbereich	1,41 - 1,66%
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	5
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 20,00%
Vertrauensbereich	11,55 - 12,55%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Qualitätsindikator (QI)	Organerhaltung bei Ovareingriffen
Kennzahlbezeichnung	Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung
Grundgesamtheit	24
Beobachtete Ereignisse	24
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 78,37%
Vertrauensbereich	91,02 - 91,64%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
Kennzahlbezeichnung	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausschlags der Sonden
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	96,18 - 96,45%
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 Signalausschlags der Sonden
Grundgesamtheit	55
Beobachtete Ereignisse	55
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	95,26 - 95,42%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Sondendislokation oder -dysfunktion
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00%
Vertrauensbereich	1,42 - 1,59%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Eingriffsdauer
Kennzahlbezeichnung	Dauer der Operation
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	86,67%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00%
Vertrauensbereich	86,10 - 86,59%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Chirurgische Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,00%
Vertrauensbereich	0,81 - 0,95%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	1,30 - 1,46%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02

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	15
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,55
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,74
Vertrauensbereich	0,88 - 0,99
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)	$\geq 80,56\%$
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	H20

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	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
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)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	HER2/neu-Positivitätsrate
Kennzahlbezeichnung	Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2/neu-Befund
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	13,65 - 14,19%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2/neu-positiven Befunden
Kennzahlbezeichnung	Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2/neu-Befund - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,90 - 0,93
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Präparatradiografie oder intraop. Präparat-sonografie bei mammografischer Drahtmarkierung
Kennzahlbezeichnung	Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung)
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00\%$
Vertrauensbereich	97,52 - 97,95%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung
Kennzahlbezeichnung	Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung)
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	80,13 - 81,19%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung
Kennzahlbezeichnung	Absicherung der Diagnose vor der Behandlung mittels Gewebeuntersuchung
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	96,62 - 96,88%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	Primäre Axilladissektion bei DCIS
Kennzahlbezeichnung	Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 0,00%
Vertrauensbereich	0,08 - 0,28%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
Kennzahlbezeichnung	Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium und Behandlung unter Erhalt der Brust
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 20,75%
Vertrauensbereich	10,77 - 12,54%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung für eine Entfernung der Wächterlymphknoten
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	94,67 - 95,14%
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	4531
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,22%
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 bezeichnet
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	4531
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,26%
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	4531
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	23,16
Ergebnis (Einheit)	0,52
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	4531
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
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	98,2 %
Messzeitraum	2015
Datenerhebung	154 Kliniken
Referenzbereiche	>= 90 %
Vergleichswerte	94,5 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster

Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 2
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühzeitige Rehabilitation – Logopädie
Ergebnis	90,9 %
Messzeitraum	2015
Datenerhebung	154 Kliniken
Referenzbereiche	>= 90 %
Vergleichswerte	94,0 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster

Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 3
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Antithrombotische Therapie - Antiaggregation <= 48 Stunden nach Ereignis
Ergebnis	86,4 %
Messzeitraum	2015
Datenerhebung	154 Kliniken
Referenzbereiche	>= 95 %
Vergleichswerte	95,2 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster

Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 4
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Antithrombotische Therapie - Antiaggregation als Sekundärprophylaxe
Ergebnis	86,8 %
Messzeitraum	2015
Datenerhebung	154 Kliniken
Referenzbereiche	>= 95 %
Vergleichswerte	95,3 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster

Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 5
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Antithrombotische Therapie - Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe
Ergebnis	83,3 %
Messzeitraum	2015
Datenerhebung	154 Kliniken
Referenzbereiche	>= 80 %
Vergleichswerte	88,5 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster

Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 6
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühzeitige Mobilisierung
Ergebnis	98,8 %
Messzeitraum	2015
Datenerhebung	154 Kliniken
Referenzbereiche	>= 90 %
Vergleichswerte	92,8 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster

Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 7
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Hirngefäßdiagnostik innerhalb von 48 Stunden bei Hirninfarkt und TIA
Ergebnis	74,6 %
Messzeitraum	2015
Datenerhebung	154 Kliniken
Referenzbereiche	>= 90 %
Vergleichswerte	89,8 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster

Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 8
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall
Ergebnis	0,0 %
Messzeitraum	2015
Datenerhebung	154 Kliniken
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	2,4 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster

Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 9
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Pneumonierate nach Schlaganfall
Ergebnis	2,5 %
Messzeitraum	2015
Datenerhebung	154 Kliniken
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	7,6 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster

Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 10
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Screening für Schluckstörungen
Ergebnis	91,0 %
Messzeitraum	2015
Datenerhebung	154 Kliniken
Referenzbereiche	≥ 90 %
Vergleichswerte	91,1 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster

Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 11
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Anteil der Patienten mit Bildgebung ≤ 30 Minuten bei Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≤ 4 Stunden
Ergebnis	24,1 %
Messzeitraum	2015
Datenerhebung	154 Kliniken
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	67,2 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster

Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 12
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe systemische Thrombolyse
Ergebnis	48,5 %
Messzeitraum	2015
Datenerhebung	154 Kliniken
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	39,8 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster

Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 13
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlung auf der Stroke Unit
Ergebnis	78,9%
Messzeitraum	2015
Datenerhebung	154 Kliniken
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	92,2%
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster

Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 14
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Door-to-needle time
Ergebnis	52,4 %
Messzeitraum	2015
Datenerhebung	154 Kliniken
Referenzbereiche	>= 90 %
Vergleichswerte	84,9 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster

Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 15
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose
Ergebnis	keine Angaben bei weniger als 5 Patienten
Messzeitraum	2015
Datenerhebung	154 Kliniken
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	59,7 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster

Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 16
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit nach Thrombolyse
Ergebnis	0,0 %
Messzeitraum	2015
Datenerhebung	154 Kliniken
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	4,4 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster

Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 17
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Entlassungsziel Rehabilitation von Patienten mit alltagsrelevanten Behinderungen
Ergebnis	75,0 %
Messzeitraum	2015
Datenerhebung	154 Kliniken
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	76,7 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster

Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 18
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sekundärprävention - Antihypertensiva bei Entlassung bei Patienten mit Hirninfarkt
Ergebnis	98,6 %
Messzeitraum	2015
Datenerhebung	154 Kliniken
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	96,4 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster

Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 19
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sekundärprävention - Statingabe bei Entlassung
Ergebnis	96,4 %
Messzeitraum	2015
Datenerhebung	154 Kliniken
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	79,9 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster

Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 20
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vorhofflimmern-Diagnostik
Ergebnis	88,7 %
Messzeitraum	2015
Datenerhebung	154 Kliniken
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	88,9 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster

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

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

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Mindestmenge	50
Erbrachte Menge	12
Ausnahmetatbestand	Aufbau eines neuen Leistungsbereiches (MM02)

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	22
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]	16
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]	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



Rudolf-Breitscheid-Straße 36

16225 Eberswalde

Telefon 03334 69 - 2105

www.glg-mbh.de

