

Qualitätsbericht 2018





Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V

für das Berichtsjahr 2018

MSZ Uckermark gGmbH, Kreiskrankenhaus Prenzlau

Dieser Qualitätsbericht wurde am **15. November 2019** erstellt.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts.....	5
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	5
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers.....	6
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	6
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	6
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	7
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	9
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	10
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	10
A-9	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus.....	11
A-10	Gesamtfallzahlen	11
A-11	Personal des Krankenhauses	11
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	18
A-13	Besondere apparative Ausstattung	32
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	33
B-1	Klinik für Innere Medizin und Klinik für Altersmedizin.....	33
B-2	Chirurgische Klinik I und II	43
B-3	Fachbereich Frauenheilkunde	53
B-4	Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie, Notfallzentrum.....	59
C	Qualitätssicherung	65
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	65
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	65
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	89
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	89

C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	90
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V....	98
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	98
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	99

Einleitung

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts	
Funktion	ZB Leiterin Unternehmensstrategie & Medizincontrolling
Titel, Vorname, Name	Dr. Heide Wiechmann
Telefon	03334/69-2466
Fax	03334/69-2467
E-Mail	heide.wiechmann@glg-mbh.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts	
Funktion	Verwaltungsdirektorin
Titel, Vorname, Name	Marita Schönemann
Telefon	03984/33-300
Fax	03984/33-309
E-Mail	marita.schoenemann@krankenhaus-prenzlau.de

Weiterführende Links

Link zur Homepage des Krankenhauses: <https://www.glg-gesundheit.de>

Liebe Leserinnen und Leser dieses Qualitätsberichtes,

das Kreiskrankenhaus Prenzlau ist ein modernes Krankenhaus der Grundversorgung mit Kliniken für Innere Medizin und Klinik für Altersmedizin, einer Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie, Notfallzentrum sowie einem Operativen Zentrum mit den Bereichen Chirurgie und operativer Gynäkologie.

Das Haus verfügt über 130 stationäre Betten, eine leistungsstarke Funktionsdiagnostik und ein Ambulantes Zentrum. Eine modern ausgestattete Physiotherapie und Ergotherapie runden das Angebot für ambulante und stationäre Patienten ab.

Das Kreiskrankenhaus Prenzlau wird durch die Medizinisch-Soziale Zentrum Uckermark gGmbH, welche seit September 2005 ein 100%iges Tochterunternehmen der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH ist, betrieben.

Gesellschafter der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH sind der Landkreis Barnim (71,1 %), der Landkreis Uckermark (25,1 %) sowie die Stadt Eberswalde (3,8 %). Mit Gründung der GLG konnte das Ziel verwirklicht werden, Krankenhäuser zweier Landkreise -Barnim und Uckermark- in einer 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 2018 präsentieren.

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

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

Im Namen der Betriebsleitung des Kreiskrankenhauses Prenzlau

Marita Schönemann
Verwaltungsdirektorin

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

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

Ärztliche Leitung

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

Pflegedienstleitung

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

Verwaltungsleitung

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

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	
Name	Medizinisch-Soziales Zentrum Uckermark gGmbH
Art	Öffentlich

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

- Krankenhaus Angermünde
- Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) Prenzlau GmbH
- Beratungs- und Behandlungsstelle für Abhängigkeitskranke
- AISS - Angermünder Institut für Suchttherapie und Suchtmedizin
- Wohnstätte Criewen für chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke
- Wohnstätte Gutshaus Criewen für chronisch psychisch Kranke und eine ambulante WG mit 8 Wohneinheiten im Speicher

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

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

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrie	
Psychiatrisches Krankenhaus	Nein
Regionale Versorgungsverpflichtung	Nein

A-5

Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Pfiff-Kurse
MP04	Atemgymnastik/-therapie	wird nach ärztlicher Anordnung durchgeführt
MP06	Basale Stimulation	wird durch Physiotherapie und Ergotherapie angeboten
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	Die Berufs- und Rehabilitationsberatung wird im Rahmen der Sozialarbeit durch Sozialarbeiter angeboten.
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	durch Physiotherapie
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	Die Bobath-Therapie wird durch Mitarbeiter der Physiotherapie angeboten.
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	Diabetesberatung durch ausgebildete Diabetesberater nach DDG
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Ernährungsberater, Diabetesberater führen auf Anforderung Beratungen durch
MP15	Entlassmanagement/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	Physiotherapie
MP25	Massage	insbesondere bei Palliativpatienten zur Entspannung
MP26	Medizinische Fußpflege	Die medizinische Fußpflege erfolgt durch externe Podologen.
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Physiotherapie
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	Psychologen im Haus
MP35	Rückenschule/ Haltungsschulung/ Wirbelsäulengymnastik	Physiotherapie

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP37	Schmerztherapie/-management	Ein strukturiertes Schmerzmanagement steht den Patienten zur Verfügung (Schmerzeinschätzung nach Skala, tgl. Besuche durch ausgebildete Pflegefachkräfte bzw. Schmerztherapeuten, individuelle Therapieplanung).
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patient*innen sowie Angehörigen	nach Bedarf werden innerhalb der Abteilungen entsprechende Fragestellungen geklärt
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Physiotherapie
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	Eine Logopädin ist im Krankenhaus tätig.
MP45	Stomatherapie/-beratung	bei Bedarf durch Fachkraft möglich
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	durch externen Partner angeboten
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Physiotherapie
MP51	Wundmanagement	Ausgebildete Wundmanager stehen den Abteilungen zur Verfügung, sie beraten auf Anforderung.
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP63	Sozialdienst	Der Sozialdienst führt Beratungen zu weiterführenden Versorgungsformen, zur Hilfsmittelversorgung, Vermittlung von AHB und Antragsmodalitäten für Renten durch.
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Es werden regelmäßig Foren zu speziellen Themen für die Öffentlichkeit angeboten, regelmäßige Teilnahme/Präsenz an öffentlichen Veranstaltungen in der Uckermark.
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/ Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Es findet eine intensive Zusammenarbeit mit dem ambulanten Pflegedienst der GLG statt.

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

A-6

Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum		
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer		
NM18	Telefon am Bett	Kosten pro Tag: 0,00€ Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,20€	
NM19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer		
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher*innen sowie Patienten*innen		
NM40	Empfangs- und Begleitedienst für Patienten*innen sowie Besucher*innen durch ehrenamtliche Mitarbeiter*innen		
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten*innen		
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM17	Rundfunkempfang am Bett		
NM42	Seelsorge		
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM65	Hotelleistungen		Einzelzimmer auf Wunsch Flachbild-TV, elektrisch verstellbares Bett, PC mit Schreibtisch und Internet in unmittelbarer Zimmernähe, auf Wunsch Hygieneset mit Bademantel und Fön, tägliche Tageszeitung
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	Dieses Angebot ist besonders auf Patienten mit religiösem Hintergrund zugeschnitten.	

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar
NM15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer		
NM68	Abschiedsraum		

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF02	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung
BF04	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche oder Ähnliches
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher*innen
BF17	Geeignete Betten für Patienten*innen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten*innen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
BF24	Diätetische Angebote
BF25	Dolmetscherdienst
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
BF28	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit
BF31	Mehrsprachiges Orientierungssystem (Ausschilderung) im Krankenhaus
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten*innen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten*innen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

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

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
HB07	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)
HB17	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Betten	
Betten	116

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	4494
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	14130

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 32,61

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	27,38
Ambulant	5,23
Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	32,2
Nicht Direkt	0,41

Davon Fachärzte/innen insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 23,67

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	18,48
Ambulant	5,19

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	23,65
Nicht Direkt	0,02

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte: 0

Davon Fachärzte/innen ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte: 0

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

Anzahl: 0

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 62,67

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	57,94
Ambulant	4,73

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	62,67
Nicht Direkt	0

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 7,04

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	4,71
Ambulant	2,33
Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	7,04
Nicht Direkt	0

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 3,83

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	2,39
Ambulant	1,44
Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	3,83
Nicht Direkt	0

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 2,33

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,17
Ambulant	1,16
Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	2,33
Nicht Direkt	0

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0
Nicht Direkt	0

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 3,92

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	3,92
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	3,92
Nicht Direkt	0

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 3,91

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	3,91
Ambulant	0
Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	3,91
Nicht Direkt	0

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP21 - Physiotherapeut und Physiotherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 5,26

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	4,76
Ambulant	0,5
Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	5,26
Nicht Direkt	0

SP25 - Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin

Anzahl Vollkräfte: 1,52

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,52
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,52
Nicht Direkt	0

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Anzahl Vollkräfte: 2,38

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	2,38
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	2,38
Nicht Direkt	0

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Anzahl Vollkräfte: 3,08

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	2,98
Ambulant	0,1

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	3,08
Nicht Direkt	0

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 1,44

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,44
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,44
Nicht Direkt	0

SP05 - Ergotherapeut und Ergotherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 2,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	2,25
Ambulant	0
Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	2,25
Nicht Direkt	0

SP23 - Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin

Anzahl Vollkräfte: 1,83

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,83
Ambulant	0
Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,83
Nicht Direkt	0

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

Anzahl Vollkräfte: 0,78

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,78
Ambulant	0
Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,78
Nicht Direkt	0

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

Anzahl Vollkräfte: 3,9

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	3,9
Ambulant	0
Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0
Nicht Direkt	3,9

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung**A-12.1 Qualitätsmanagement****A-12.1.1 Verantwortliche Person**

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

A-12.1.2 Lenkungsgremium

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

A-12.2 Klinisches Risikomanagement**A-12.2.1 Verantwortliche Person**

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Keine Person benannt

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe	
Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe	Ja - wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	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: Qualitätsmanagementhandbuch MSZ Uckermark gGmbH, Kreiskrankenhaus Prenzlau Datum: 31.12.2018	Die Qualitäts- und Risikomanagementdokumentation und -prozesse sind im Qualitätshandbuch des Krankenhauses geregelt. Hierzu gehören u. a. Geschäftsordnungen der QM/RM-Gremien, verschiedene Vorgabedokumente oder die Betriebsvereinbarung zur Anwendung des Fehlermeldesystems.
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		Regelmäßig wird u. a. über folgende Inhalte geschult: - Umgang mit Medizin-geräten, - Beatmung, Reanimation, Wundbehandlung, - Labor- u. Mikrobiologie-diagnostik, POCT, - hygienerelevante Themen, - Strahlen-, Brand- u. Arbeitsschutz und - und viele weitere fachspezifische Fortbildungen.
RM03	Mitarbeiterbefragungen		Zur Kommunikation klinischer Risiken steht jedem Mitarbeiter das Fehlermeldesystem CIRS, das Meldesystem "besondere Vorkommnisse" und das Beschwerdemanagementsystem zur Verfügung. Die Mitarbeiter-Befragung findet alle 3 Jahre statt. Als Erhebungsinstrument dient ein standardisierter Fragebogen.
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation Name: Qualitätsmanagementhandbuch MSZ Uckermark gGmbH, Kreiskrankenhaus Prenzlau Datum: 31.12.2018	Die Verfahrensanweisung "Reanimationsfall" regelt u. a. die Planungen des Notfallmanagements für interne med. Notfälle sowie zur Ausstattung der Kliniken mit Notfallkoffern. Standardisierte Notfallrufnummern sind etabliert. Die Teilnahme an Reanimationsfortbildungen ist für Mitarbeiter Pflicht.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation Name: Qualitätsmanagementhandbuch MSZ Uckermark gGmbH, Kreiskrankenhaus Prenzlau Datum: 31.12.2018	Eine Verfahrensanweisung gewährleistet die sachgerechte schmerztherapeutische Betreuung der Patienten sowie die Verantwortungen im multiprofessionellen Schmerztherapieprozess. Ein Akutschmerzdienst bei invasiver Schmerztherapie ist über die Fachabteilung Anästhesie gewährleistet.
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation Name: Qualitätsmanagementhandbuch MSZ Uckermark gGmbH, Kreiskrankenhaus Prenzlau Datum: 31.12.2018	Gemäß der Leitlinie Sturzprophylaxe in der Pflege wird für jeden Patienten ein individuelles Sturzrisikoprofil ermittelt und ggf. werden Präventionsmaßnahmen eingeleitet. Jährlich erfolgen interne Analysen zur Sturzhäufigkeit, -ursache, -ort, -zeit.
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation Name: Qualitätsmanagementhandbuch MSZ Uckermark gGmbH, Kreiskrankenhaus Prenzlau Datum: 31.12.2018	Anhand der Leitlinie Dekubitusprophylaxe in der Pflege wird sichergestellt, dass jeder dekubitusgefährdete Patient Prophylaxemaßnahmen erhält. Jährlich erfolgt eine Dekubitusinzidenzauswertung. Abweichungen/Auffälligkeiten werden mit den Abteilungen thematisiert.
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation Name: Qualitätsmanagementhandbuch MSZ Uckermark gGmbH, Kreiskrankenhaus Prenzlau Datum: 31.12.2018	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 Name: Qualitätsmanagementhandbuch MSZ Uckermark gGmbH, Kreiskrankenhaus Prenzlau Datum: 31.12.2018	Die Verfahrensanweisung " zum Umgang und Betrieb mit medizinischen Geräten gemäß MPBetreibV" schreibt die unverzügliche Außerbetriebsetzung von Geräten mit Fehlfunktionen und das Störungs-Meldevorverfahren vor. Ein Geräteinventar gewährleistet die fristgemäße Überprüfung von Geräten.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Tumorkonferenzen - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Qualitätszirkel	
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 die 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 Name: Qualitätsmanagementhandbuch MSZ Uckermark gGmbH, Kreiskrankenhaus Prenzlau Datum: 31.12.2018	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 Name: Qualitätsmanagementhandbuch MSZ Uckermark gGmbH, Kreiskrankenhaus Prenzlau Datum: 31.12.2018	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 Name: Qualitätsmanagementhandbuch MSZ Uckermark gGmbH, Kreiskrankenhaus Prenzlau Datum: 31.12.2018	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 Name: Qualitätsmanagementhandbuch MSZ Uckermark gGmbH, Kreiskrankenhaus Prenzlau Datum: 31.12.2018	Standards in der Schmerztherapie für die Aufwachphase und für die postoperative Versorgung werden umgesetzt. Verantwortungen, Prinzipien und Therapiekonzepte sind in der Verfahrensanweisung zur Schmerztherapie verbindlich festgeschrieben.
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation Name: Qualitätsmanagementhandbuch MSZ Uckermark gGmbH, Kreiskrankenhaus Prenzlau Datum: 31.12.2018	Eine Checkliste zum Entlassungsmanagement wird angewendet. Eine Leitlinie regelt Inhalte, Grundsätze und Rahmenbedingungen für das Entlassungsgespräch.

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinterne Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem	
Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich
Verbesserung Patientensicherheit	Zur Kommunikation klinischer Risiken steht jedem Mitarbeiter das Fehlermeldesystem CIRS, das Meldesystem "besondere Vorkommnisse" und das Beschwerdemanagementsystem zur Verfügung. Schwerpunkte der Verbesserung lagen in den Bereichen: -Medikation/Arzneimittelversorgung -Medizinprodukte -Hygiene

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	01.02.2018
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	"bei Bedarf"

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

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

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhausthygieniker*innen	1	CA Dr. T. Talaska Stabsstelle Krankenhaushygiene GLG 16225 Eberswalde Rudolf-Breitscheid-Str. 36
Hygienebeauftragte Ärzte*innen	2	Dr. med. Thomas Rösel, M. A. Weisungsbefugnis zu hygienerelevanten Entscheidungen Unterstützung der Arbeit der HFK Unterstützung bei der Einhaltung der Hygienerichtlinien und Maßnahmen der Infektionsprävention Anregung von Verbesserungen der Hygienepläne, der Funktionsabläufe sowie aller Maßnahmen der Infektionsprävention Anleitung und fachliche Führung der hygienebeauftragten Ärzte der jeweiligen Kliniken Aktive Beteiligung an der Medizinischen Führungsverantwortung im Falle eines Ausbruchsgeschehens
Fachgesundheits- und Krankenpfleger*innen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen 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	
Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

Hygienekommission Vorsitzender	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Rösel Thomas, M. A.
Telefon	03984/33-421
Fax	03984/33-108
E-Mail	thomas.roesel@krankenhaus-prenzlau.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt.

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

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

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie	
Die Leitlinie liegt vor	Ja
Leitlinie an aktuelle hauseigene Resistenzlage angepasst	Ja
Leitlinie durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekommission autorisiert	Ja
Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	
Der Standard liegt vor	Ja
1. Der Standard thematisiert insbesondere	
a) Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe	Ja
b) Zu verwendende Antibiotika	Ja
c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe	Ja
2. Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekommission autorisiert	Ja
3. Antibiotikaphylaxe bei operierten Patienten strukturiert überprüft	Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

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

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Händedesinfektionsmittelverbrauch	
Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	25,00 ml/Patiententag
Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	74,00 ml/Patiententag
Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs	Ja

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

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

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

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

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

Regelmäßige Einweiserbefragungen

Durchgeführt Ja

Regelmäßige Patientenbefragungen

Durchgeführt Ja

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

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Möglich Ja

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

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

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

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Es gibt eine eigenständige Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit

Verantwortliche Person AMTS	
Funktion	Leitung Apotheke
Titel, Vorname, Name	Frau Manuela Krebs
Telefon	03334/69-2335
Fax	03334/69-2435
E-Mail	manuela.krebs@glg-mbh.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl (Personen)
Apothekerinnen und Apotheker	4
Weiteres pharmazeutisches Personal	9

Erläuterungen

Das hier aufgeführte pharmazeutische Personal ist zentralisiert am Standort Klinikum Barnim GmbH, Werner Forßmann KH und für alle Krankenhäuser der GLG-mbH zuständig.

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS01	Schulungen der Mitarbeiter*innen zu AMTS bezogenen Themen	
AS02	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patient*innen zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder	
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	
AS06	SOP zur guten Verordnungspraxis	Teil der QM/RM-Dokumentation Name: Qualitätsmanagementhandbuch MSZ Uckermark gGmbH, Kreiskrankenhaus Prenzlau Datum: 31.12.2018
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)	
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"> - Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung - Zubereitung durch pharmazeutisches Personal - Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patient*innen mit Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"> - Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<ul style="list-style-type: none"> - Fallbesprechungen - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung - Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) - Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe A-12.2.3.2)

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> - Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-13 Besondere apparative Ausstattung

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

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1 Klinik für Innere Medizin und Klinik für Altersmedizin

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

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

Ärztliche Leitung

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt Innere Medizin
Titel, Vorname, Name	Christian Scheer
Telefon	03984/33-400
Fax	03984/33-108
E-Mail	christian.scheer@krankenhaus-prenzlau.de
Straße/Nr	Stettiner Str. 121
PLZ/Ort	17291 Prenzlau

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt Altersmedizin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Oliver Günter
Telefon	03984/33-200
Fax	03984/33-108
E-Mail	oliver.guenter@krankenhaus-prenzlau.de
Straße/Nr	Stettiner Str. 121
PLZ/Ort	17291 Prenzlau

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarungen geschlossen

B-1.3

Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin und Klinik für Altersmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin und Klinik für Altersmedizin	Kommentar
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VH08	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege	
VH24	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen	
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	Ergometrie, Stressechokardiographie
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	Diagnostik mittels farbkodierter Dopplerechokardiographie (auch über die Speiseröhre) wird durch einen Kardiologen sichergestellt. Außerdem werden 1- und 2-Kammer-Herzschrittmachersysteme implantiert. Herzschrittmacher, ICDs und 3-Kammer-HSM/ICDs werden ambulant kontrolliert.
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	Duplexsonographie der Hirngefäße
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin und Klinik für Altersmedizin	Kommentar
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	Hier werden alle endoskopischen Verfahren einschließlich Gastroskopie (Magenspiegelung), Koloskopie (Darmspiegelung) und ERCP (Spiegelung der Gallenwege) durchgeführt.
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	vor allem gastrointestinale Tumore
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI20	Intensivmedizin	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI27	Spezialsprechstunde	
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VI35	Endoskopie	
VI38	Palliativmedizin	
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	
VI42	Transfusionsmedizin	
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin und Klinik für Altersmedizin	Kommentar
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	in Zusammenarbeit mit Röntgenpraxis Dr. med. Al-Ahmar im Krankenhaus
VR02	Native Sonographie	
VR04	Duplexsonographie	
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	in Zusammenarbeit mit Röntgenpraxis Dr. med. Al-Ahmar im Krankenhaus
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	in Zusammenarbeit mit Röntgenpraxis Dr. med. Al-Ahmar im Krankenhaus
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	
VC05	Schrittmachereingriffe	
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen	
VD20	Wundheilungsstörungen	
VH07	Schwindeldiagnostik/-therapie	
VH20	Interdisziplinäre Tumornachsorge	
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen	
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	
VN23	Schmerztherapie	
VN24	Stroke Unit	
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz	
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin und Klinik für Altersmedizin	Kommentar
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters	
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems	
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems	
VU15	Dialyse	
VU18	Schmerztherapie	
VI00	Beratung und Durchführung von Chemotherapien	

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

Trifft nicht zu.

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

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	3122
Teilstationäre Fallzahl	0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I50	181	Herzinsuffizienz
2	J18	156	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
3	I10	126	Essentielle (primäre) Hypertonie
4	E86	125	Volumenmangel
5	I48	111	Vorhofflimmern und Vorhofflattern
6	C18	96	Bösartige Neubildung des Kolons
7	J44	86	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung
8	K29	82	Gastritis und Duodenitis
9	A09	79	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs
10	A41	77	Sonstige Sepsis

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-984	1468	Pflegebedürftigkeit
2	8-550	587	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
3	3-200	545	Native Computertomographie des Schädels
4	1-632	472	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
5	8-930	353	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
6	3-225	327	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
7	1-650	276	Diagnostische Koloskopie
8	1-440	271	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
9	3-222	210	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
10	5-469	139	Andere Operationen am Darm

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-650	785	Diagnostische Koloskopie
2	1-444	338	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
3	5-452	88	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
4	5-378	16	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 16

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	13,67
Ambulant	2,33
Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	15,68
Nicht Direkt	0,32

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 228,38332

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 9,74

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	7,41
Ambulant	2,33

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	9,74
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 421,32254

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 31,13

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	29,77
Ambulant	1,36

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	31,13
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 104,87068

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,14

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	3,14
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	3,14
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 994,26752

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,83

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	2,83
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	2,83
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 1103,18021

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP07	Geriatric
ZP20	Palliative Care

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-2 Chirurgische Klinik I und II

B-2.1 Allgemeine Angaben Chirurgische Klinik I und II

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

Ärztliche Leitung

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dipl. Med. Wolf-German Geike
Telefon	03984/33-100
Fax	03984/33-449
E-Mail	wolf-german.geike@krankenhaus-prenzlau.de
Straße/Nr	Stettiner Str. 121
PLZ/Ort	17291 Prenzlau

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote Chirurgische Klinik I und II

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Chirurgische Klinik I und II	Kommentar
VC05	Schrittmachereingriffe	in Zusammenarbeit mit der Inneren Klinik
VC06	Defibrillatoreingriffe	in Zusammenarbeit mit der Inneren Klinik
VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma	Anlegen einer Thoraxdrainage
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	
VC21	Endokrine Chirurgie	Schilddrüsenchirurgie
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	
VC24	Tumorchirurgie	Notfalleingriffe
VC25	Transplantationschirurgie	Hauttransplantation
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	Endoprothetischer Gelenkersatz bei Frakturen und degenerativen Veränderungen an: Schultern, Ellenbogen, Hüften und Knien, sowie an Großzehengrundgelenken Diagnostik und Behandlung degenerativer Erkrankungen
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC30	Septische Knochenchirurgie	
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	inkl. arthroskopischer Rotatorenmanschettenrekonstruktion und "Bankart"-Operation
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	inkl. Prothetik
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Chirurgische Klinik I und II	Kommentar
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule	z.B. Kyphoplastie
VC49	Chirurgie der Bewegungsstörungen	
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	z.B. Nervenengpasssyndrom an den Extremitäten
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
VC60	Adipositaschirurgie	
VC62	Portimplantation	
VC63	Amputationschirurgie	
VC64	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	z.B. Kyphoplastien, Fixateur interna bei Frakturen
VC66	Arthroskopische Operationen	
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	in Kooperation mit der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie
VC68	Mammachirurgie	
VC69	Verbrennungschirurgie	
VC71	Notfallmedizin	
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	inklusive Umstellungsoperationen
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Chirurgische Klinik I und II	Kommentar
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
VO14	Endoprothetik	
VO15	Fußchirurgie	
VO16	Handchirurgie	
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie	
VO19	Schulterchirurgie	
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	
VO21	Traumatologie	
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	in Zusammenarbeit mit Röntgenpraxis Herr Dr. med. Al-Ahmar im Krankenhaus
VR02	Native Sonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR04	Duplexsonographie	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	in Zusammenarbeit mit Röntgenpraxis Herr Dr. med. Al-Ahmar im Krankenhaus
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	in Zusammenarbeit mit Röntgenpraxis Herr Dr. med. Al-Ahmar im Krankenhaus
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	in Zusammenarbeit mit Röntgenpraxis Herr Dr. med. Al-Ahmar im Krankenhaus
VR15	Arteriographie	in Zusammenarbeit mit Röntgenpraxis Herr Dr. med. Al-Ahmar im Krankenhaus
VR16	Phlebographie	in Zusammenarbeit mit Röntgenpraxis Herr Dr. med. Al-Ahmar im Krankenhaus

B-2.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Chirurgische Klinik I und II

Trifft nicht zu.

B-2.5 Fallzahlen Chirurgische Klinik I und II

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1098
Teilstationäre Fallzahl	0

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K80	83	Cholelithiasis
2	M54	60	Rückenschmerzen
3	K40	54	Hernia inguinalis
4	S52	54	Fraktur des Unterarmes
5	S06	53	Intrakranielle Verletzung
6	M17	47	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
7	M75	41	Schulterläsionen
8	M16	40	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]
9	M51	36	Sonstige Bandscheibenschäden
10	S82	35	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-814	104	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes
2	5-511	94	Cholezystektomie
3	5-916	86	Temporäre Weichteildeckung
4	5-932	65	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung
5	5-794	63	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
6	5-530	57	Verschluss einer Hernia inguinalis
7	5-786	51	Osteosyntheseverfahren
8	5-896	47	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
9	5-820	45	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk
10	5-469	43	Andere Operationen am Darm

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

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Notfallambulanz	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Privatambulanz	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Chirurgische Sprechstunde	
Ambulanzart	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
Kommentar	Vorbereitung und Aufklärung vor Operationen, Nachsorge
Angebotene Leistung	Arthroskopische Operationen (VC66)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC19)
Angebotene Leistung	Minimalinvasive endoskopische Operationen (VC56)
Angebotene Leistung	Minimalinvasive laparoskopische Operationen (VC55)
Angebotene Leistung	Portimplantation (VC62)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VC58)
Angebotene Leistung	Sportmedizin/Sporttraumatologie (VO20)
Ambulanz für D-Arzt-Patienten	
Ambulanzart	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz (AM09)
Kommentar	Untersuchung, Beratung, Therapie und Meldung an die Berufsgenossenschaft nach einem Arbeits- oder Schulunfall
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)
Angebotene Leistung	Fußchirurgie (VO15)
Angebotene Leistung	Handchirurgie (VO16)
Angebotene Leistung	Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-385	105	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen
2	5-056	89	Neurolyse und Dekompression eines Nerven
3	5-787	74	Entfernung von Osteosynthesematerial
4	5-841	55	Operationen an Bändern der Hand
5	5-812	41	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
6	5-788	16	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes
7	5-840	14	Operationen an Sehnen der Hand
8	5-810	13	Arthroskopische Gelenkoperation
9	5-534	11	Verschluss einer Hernia umbilicalis
10	5-399	10	Andere Operationen an Blutgefäßen

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 8,03

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	6,43
Ambulant	1,6
Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	8,01
Nicht Direkt	0,02

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 170,76205

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 6,02

Kommentar: Basisweiterbildung 2 Jahre
FA für Allgemeinchirurgie 2 Jahre

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	4,42
Ambulant	1,6
Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	6
Nicht Direkt	0,02

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 248,41629

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF28	Notfallmedizin
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie

B-2.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 11,7

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	10,92
Ambulant	0,78
Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	11,7
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 100,54945

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,78

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,78
Ambulant	0
Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,78
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 1407,69231

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,92

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,92
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,92
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 1193,47826

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches
PQ20	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

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

Ärztliche Leitung

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Abteilungsleiterin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Maria Kubisa
Telefon	03984/33-200
Fax	03984/33-108
E-Mail	kubisa.maria@krankenhaus-prenzlau.de
Straße/Nr	Stettiner Str. 121
PLZ/Ort	17291 Prenzlau

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote Fachbereich Frauenheilkunde

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

Die medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote des gesamten Krankenhauses sind unter A-9 aufgeführt.

B-3.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Fachbereich Frauenheilkunde

Trifft nicht zu.

B-3.5 Fallzahlen Fachbereich Frauenheilkunde

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	149
Teilstationäre Fallzahl	0

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	D25	18	Leiomyom des Uterus
2	N83	18	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig latum uteri
3	N81	16	Genitalprolaps bei der Frau
4	O02	16	Sonstige abnorme Konzeptionsprodukte
5	D27	7	Gutartige Neubildung des Ovars
6	N84	7	Polyp des weiblichen Genitaltraktes
7	N70	5	Salpingitis und Oophoritis
8	O03	5	Spontanabort
9	N73	4	Sonstige entzündliche Krankheiten im weiblichen Becken
10	N80	4	Endometriose

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-471	38	Biopsie ohne Inzision am Endometrium
2	5-704	36	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik
3	5-690	32	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]
4	5-681	28	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus
5	5-469	26	Andere Operationen am Darm
6	5-683	22	Uterusexstirpation [Hysterektomie]
7	5-657	20	Adhäsilyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung
8	5-651	17	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe
9	5-665	8	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina
10	5-671	7	Konisation der Cervix uteri

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-751	436	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]
2	5-690	260	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]
3	1-672	92	Diagnostische Hysteroskopie
4	1-471	90	Biopsie ohne Inzision am Endometrium
5	5-663	31	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]
6	5-691	11	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers
7	1-694	< 4	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)
8	5-681	< 4	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus
9	5-711	< 4	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)
10	5-870	< 4	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,04
Ambulant	0,96
Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	2
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 143,26923

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,04
Ambulant	0,96

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	2
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 143,26923

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

B-3.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,71

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,45
Ambulant	0,26

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,71
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 102,75862

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,58

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,3
Ambulant	0,28
Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,58
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 496,66667

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,16

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,16
Ambulant	0
Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,16
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 931,25

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP06	Ernährungsmanagement

B-3.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

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

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

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

Ärztliche Leitung

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Thomas Rösel, M. A.
Telefon	03984/33-200
Fax	03984/33-108
E-Mail	thomas.roesel@krankenhaus-prenzlau.de
Straße/Nr	Stettiner Straße 121
PLZ/Ort	17291 Prenzlau

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 entlassenen Patientenzahlen mit entsprechenden Diagnosen ausgewiesen werden.

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie, Notfallzentrum
VX00	Anästhesie
VN23	Schmerztherapie
VI38	Palliativmedizin
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
VC67	Chirurgische Intensivmedizin
VC71	Notfallmedizin
VI20	Intensivmedizin
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
VI42	Transfusionsmedizin

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

Trifft nicht zu.

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

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	125
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar	Es handelt sich um eine interdisziplinäre, nicht bettenführende Fachabteilung. Insgesamt wurden hier im Berichtszeitraum 783 Patienten mitbehandelt.

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I21	14	Akuter Myokardinfarkt
2	F10	12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
3	A41	9	Sonstige Sepsis
4	I50	8	Herzinsuffizienz
5	J18	8	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
6	S72	8	Fraktur des Femurs
7	I44	4	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock
8	I61	4	Intrazerebrale Blutung
9	I63	4	Hirnfarkt
10	S06	4	Intrakranielle Verletzung

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Die Betten der Intensivstation sind den einzelnen Fachabteilungen zugeordnet. Somit können für diesen Bereich keine entlassenen Patientenzahlen mit entsprechenden Prozeduren definiert werden.

B-4.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-980	290	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
2	8-831	76	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
3	8-706	47	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung
4	8-771	9	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

Schmerzsprechstunde	
Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) (AM05)
Kommentar	Für chronisch schmerzkrankte Patienten mit komplexen Schmerzproblemen haben wir eine ambulante Sprechstunde eingerichtet. Unser Angebot gilt besonders auch Patienten mit Tumorschmerzen, die wir ggf. auch in palliativ-medizinischer Hinsicht mitbetreuen.
Angebotene Leistung	Schmerztherapie (VN23)

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 6,58

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	6,24
Ambulant	0,34
Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	6,51
Nicht Direkt	0,07

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 20,03205

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 5,91

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	5,61
Ambulant	0,3
Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	5,91
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 22,28164

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-4.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 11,09

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	11,09
Ambulant	0
Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	11,09
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 11,27142

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,92

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,92
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,92
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 135,86957

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches
PQ20	Praxisanleitung

B-4.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	128	100,0
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	43	100,0
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	5	100,0
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	70	100,0
Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	70	100,0
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	19	100,0
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	54	100,0
Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	54	100,0
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	154	100,0

C-1.2.[1] Ergebnisse der Qualitätssicherung 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
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Grundgesamtheit	128
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patienten*innen, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Grundgesamtheit	128
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-
Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patienten*innen, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Grundgesamtheit	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patienten*innen, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Grundgesamtheit	115
Ergebnis (Einheit)	99,13%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Körperliche Aktivierung innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus bei Patienten*innen mit mittlerem Risiko, an einer Lungenentzündung zu versterben
Grundgesamtheit	48
Ergebnis (Einheit)	97,92%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund war, wurde nach festgelegten Kriterien vor Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmt
Grundgesamtheit	95
Ergebnis (Einheit)	96,84%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00\%$
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patient*innen, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patient*innen)
Grundgesamtheit	128
Ergebnis (Einheit)	1,07
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,58 (95. Perzentil)
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Grundgesamtheit	126
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen
Grundgesamtheit	35
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,18
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebesentfernung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen
Grundgesamtheit	7
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,00 %
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
Grundgesamtheit	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 20,00 %
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U32 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Grundgesamtheit	18
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Grundgesamtheit	16
Ergebnis (Einheit)	87,50%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 74,04 % (5. Perzentil)
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheeter
Grundgesamtheit	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,94 % (90. Perzentil)
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung der Kennzahl	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
Grundgesamtheit	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung der Kennzahl	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
Grundgesamtheit	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Grundgesamtheit	6
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 40,23 % (95. Perzentil)
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
Grundgesamtheit	7
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Systemwahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt
Grundgesamtheit	5
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung	Systeme 1. Wahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten
Grundgesamtheit	5
Ergebnis (Einheit)	80,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-
Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Systeme 2. Wahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten
Grundgesamtheit	5
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Systeme 3. Wahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten
Grundgesamtheit	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 10,00 %
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U32 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)
Grundgesamtheit	7
Ergebnis (Einheit)	71,43%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00 %
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten
Grundgesamtheit	15
Ergebnis (Einheit)	93,33%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sondendislokation oder -dysfunktion
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers
Grundgesamtheit	5
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00 %
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patienten*innen, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patienten*innen)
Grundgesamtheit	5
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,02 (95. Perzentil)
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Problemen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patienten*innen). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation
Grundgesamtheit	16
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,67 (95. Perzentil)
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zu erwarteten Rate (O/E) an Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patienten*innen)
Grundgesamtheit	16
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,88 (95. Perzentil)
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Grundgesamtheit	48
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
Grundgesamtheit	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,00 %
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, bei der ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfand
Grundgesamtheit	22
Ergebnis (Einheit)	31,82%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,00 %
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U32 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sturzprophylaxe
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Grundgesamtheit	55
Ergebnis (Einheit)	94,55%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 85,00 %
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)
Grundgesamtheit	22
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,41 % (95. Perzentil)
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
Grundgesamtheit	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 7,50 % (95. Perzentil)
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung der Kennzahl	Beweglichkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Das operierte künstliche Hüftgelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden
Grundgesamtheit	48
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-
Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten*innen mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patient*innen, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patienten* innen)
Grundgesamtheit	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,40 (95. Perzentil)
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patienten*innen, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patienten*innen mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)
Grundgesamtheit	54
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patienten*innen, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patienten*innen))
Grundgesamtheit	27
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3,12$
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
Grundgesamtheit	48
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 5,72$ % (95. Perzentil)
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen, (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)
Grundgesamtheit	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,15 % (95. Perzentil)
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden
Grundgesamtheit	19
Ergebnis (Einheit)	26,32%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,00 %
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U32 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sturzprophylaxe
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Grundgesamtheit	17
Ergebnis (Einheit)	94,12%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 85,00 %
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patient*innen, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patienten* innen)
Grundgesamtheit	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,24 (95. Perzentil)
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)
Grundgesamtheit	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,50 % (95. Perzentil)
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	D50 - Unvollzählige oder falsche Dokumentation

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen/Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patienten*innen mit Nachblutungen oder Blutansammlungen im Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patienten*innen))
Grundgesamtheit	19
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 4,28$
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patienten*innen mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patienten*innen))
Grundgesamtheit	19
Ergebnis (Einheit)	2,06
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,17$
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patienten*innen, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patienten*innen)
Grundgesamtheit	19
Ergebnis (Einheit)	3,22
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,07 (90. Perzentil)
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U32 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Grundgesamtheit	54
Ergebnis (Einheit)	98,15%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Grundgesamtheit	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
Grundgesamtheit	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,00 %
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
Grundgesamtheit	54
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,00 % (95. Perzentil)
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
Grundgesamtheit	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 10,37 % (95. Perzentil)
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
Grundgesamtheit	54
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,89 % (95. Perzentil)
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
Grundgesamtheit	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 13,33 % (95. Perzentil)
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung der Kennzahl	Beweglichkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Das operierte künstliche Kniegelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden
Grundgesamtheit	54
Ergebnis (Einheit)	94,44%
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten*innen mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patienten*innen, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patienten*innen)
Grundgesamtheit	52
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,79 (95. Perzentil)
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patienten*innen, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind (bezogen auf Patienten*innen mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)
Grundgesamtheit	44
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig
Grundgesamtheit	29
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 98,54 % (5. Perzentil)
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Feststellung, dass die Patienten*innen Brustkrebs haben, wurde vor der Behandlung durch eine Gewebeuntersuchung abgesichert
Grundgesamtheit	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	HER2-Positivitätsrate
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Anzahl an Patienten*innen, bei denen HER2 nachgewiesen werden konnte und die deswegen eine spezielle medikamentöse Therapie erhalten sollten (HER2 ist eine Eiweißstruktur, die sich bei manchen Patienten*innen auf der Oberfläche der Tumorzellen befindet)
Grundgesamtheit	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil möglichst vollständig entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.)
Grundgesamtheit	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil möglichst vollständig entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.)
Grundgesamtheit	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Primäre Axilladisektion bei DCIS
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig entfernt (bezogen auf Patienten*innen, die Brustkrebs im Frühstadium hatten)
Grundgesamtheit	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Lymphknoten, die in der Achselhöhle liegen, werden entfernt (bezogen auf Patienten*innen, die Brustkrebs im Frühstadium haben und bei denen die Brust nicht entfernt wird, sondern brusterhaltend operiert wird)
Grundgesamtheit	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 8,20 % (80. Perzentil)
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)
Grundgesamtheit	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zwischen dem Zeitpunkt, wann der Brustkrebs festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage
Grundgesamtheit	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 16,36 % (95. Perzentil)
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten*innen mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patienten*innen, bei denen während des Krankenhausaufenthalts ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patienten*innen, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitus Grad/ Kategorie 1) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patienten*innen)
Grundgesamtheit	4472
Ergebnis (Einheit)	1,54
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,31
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Alle Patienten*innen mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patienten*innen, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitus Grad/ Kategorie 4)
Grundgesamtheit	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U32 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

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

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

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

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP teil:

DMP	Kommentar
Koronare Herzkrankheit (KHK)	Das Krankenhaus Prenzlau, Innere Medizin, bietet Patienten mit koronarer Herzkrankheit die Teilnahme an einem Disease-Management-Programm (DMP) an. Die Therapieziele sind das Aufhalten des Fortschreitens der Erkrankung sowie die Steigerung der Lebensqualität. Die therapeutischen Maßnahmen umfassen neben der medikamentösen/interventionellen Therapie auch Ernährungs- und Raucherberatung, körperliche Aktivität, psychosomatische und -soziale Betreuung, sowie die fortführende Rehabilitation.
Diabetes mellitus Typ 2	Das Kreiskrankenhaus Prenzlau erarbeitet im Rahmen des Disease-Management-Programms Diabetes Typ 2 (DMP) für jeden Patienten*in 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.

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 1	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie
Ergebnis	0,943
Messzeitraum	2018
Datenerhebung	halbjährlich
Referenzbereiche	>= 90 %
Vergleichswerte	96,3 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 184 Kliniken
Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 2	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühzeitige Rehabilitation – Logopädie
Ergebnis	0,679
Messzeitraum	2018
Datenerhebung	halbjährlich
Referenzbereiche	>= 90 %
Vergleichswerte	95,2 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 184 Kliniken
Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 3	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Antithrombotische Therapie - Antiaggregation als Sekundärprophylaxe
Ergebnis	0,913
Messzeitraum	2018
Datenerhebung	halbjährlich
Referenzbereiche	>= 95 %
Vergleichswerte	96,5 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 184 Kliniken

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 6	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Hirngefäßdiagnostik innerhalb von 48 Stunden bei Hirninfarkt und TIA
Ergebnis	0,595
Messzeitraum	2018
Datenerhebung	halbjährlich
Referenzbereiche	>= 80 %
Vergleichswerte	93,2 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 184 Kliniken
Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 5a	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall
Ergebnis	0
Messzeitraum	2018
Datenerhebung	halbjährlich
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	3,9 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 184 Kliniken
Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 5b	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall exklusive Patienten mit palliativer Zielsetzung
Ergebnis	0
Messzeitraum	2018
Datenerhebung	halbjährlich
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	2,0 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 184 Kliniken

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 6	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Pneumonierate nach Schlaganfall
Ergebnis	0,05
Messzeitraum	2018
Datenerhebung	halbjährlich
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	7,4 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 184 Kliniken
Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 7	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Screening bei Schluckstörungen
Ergebnis	0,71
Messzeitraum	2018
Datenerhebung	halbjährlich
Referenzbereiche	>= 90 %
Vergleichswerte	92,5 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 184 Kliniken
Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 8a	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Anteil der Patienten mit Bildgebung <= 30 Minuten bei Intervall "Ereignis - Aufnahme" <= 6 Stunden
Ergebnis	0,375
Messzeitraum	2018
Datenerhebung	halbjährlich
Referenzbereiche	>= 70 %
Vergleichswerte	64,6 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 184 Kliniken

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 8b	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Anteil der Patienten mit Bildgebung <= 30 Minuten und CT-/ MR bzw. DS-Angiographie direkt im Anschluss an die native Bildgebung
Ergebnis	0
Messzeitraum	2018
Datenerhebung	halbjährlich
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	49,6 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 184 Kliniken
Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 9a	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe systemische Thrombolyse (NIHSSA 4-25, Alter 18-80 Jahre)
Ergebnis	0,167
Messzeitraum	2018
Datenerhebung	halbjährlich
Referenzbereiche	>= 50,0 %
Vergleichswerte	70,0 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 184 Kliniken
Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 9b	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe systemische Thrombolyse
Ergebnis	0,167
Messzeitraum	2018
Datenerhebung	halbjährlich
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	46,3 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 184 Kliniken

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 10	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlung auf einer Stroke Unit
Ergebnis	0,804
Messzeitraum	2018
Datenerhebung	halbjährlich
Referenzbereiche	>= 85 %
Vergleichswerte	93,9 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 184 Kliniken

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 11a	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Door-to-needle time <= 1 Stunde
Ergebnis	keine Angaben bei weniger als 5 Patienten
Messzeitraum	2018
Datenerhebung	halbjährlich
Referenzbereiche	>= 90 %
Vergleichswerte	81,1 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 184 Kliniken

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 11b	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Door-to-needle time <= 30 Minuten
Ergebnis	keine Angaben bei weniger als 5 Patienten
Messzeitraum	2018
Datenerhebung	halbjährlich
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	36,1 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 184 Kliniken

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 12	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Karotisrevaskularisation bei symptomatischer Karotisstenose
Ergebnis	keine Angaben bei weniger als 5 Patienten
Messzeitraum	2018
Datenerhebung	halbjährlich
Referenzbereiche	>= 60 %
Vergleichswerte	73,0 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 184 Kliniken

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 13a	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit nach Rekanalisation
Ergebnis	0
Messzeitraum	2018
Datenerhebung	halbjährlich
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	9,7 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 184 Kliniken

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 13b	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit nach Thrombolyse
Ergebnis	0
Messzeitraum	2018
Datenerhebung	halbjährlich
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	7,6 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 184 Kliniken

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 13c	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit nach intraarterieller Therapie
Ergebnis	keine Angaben bei weniger als 5 Patienten
Messzeitraum	2018
Datenerhebung	halbjährlich
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	17,6 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 184 Kliniken

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 14	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Entlassungsziel Rehabilitation von Patienten mit alltagsrelevanten Behinderungen
Ergebnis	0,645
Messzeitraum	2018
Datenerhebung	halbjährlich
Referenzbereiche	>= 70 %
Vergleichswerte	73,8 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 184 Kliniken

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 15	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sekundärprävention - Statingabe bei Entlassung
Ergebnis	0,963
Messzeitraum	2018
Datenerhebung	halbjährlich
Referenzbereiche	>= 80 %
Vergleichswerte	88,9 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 184 Kliniken

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 16	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vorhofflimmern-Diagnostik
Ergebnis	0,809
Messzeitraum	2018
Datenerhebung	halbjährlich
Referenzbereiche	>= 80 %
Vergleichswerte	92,3 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 184 Kliniken

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 17	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Intraarterielle Therapie (IAT)
Ergebnis	keine Angaben bei weniger als 5 Patienten
Messzeitraum	2018
Datenerhebung	halbjährlich
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	72,2 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 184 Kliniken

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 18	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Door-to-Puncture-Time <= 90 Minuten
Ergebnis	keine Angaben bei weniger als 5 Patienten
Messzeitraum	2018
Datenerhebung	halbjährlich
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	67,3 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 184 Kliniken

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 19	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühzeitige Verlegung zur IAT
Ergebnis	keine Angaben bei weniger als 5 Patienten
Messzeitraum	2018
Datenerhebung	halbjährlich
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	40,6 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 184 Kliniken

Leistungsbereich: Schlaganfall Nordwestdeutschland 20	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erreichen des Rekanalisationsziels
Ergebnis	keine Angaben bei weniger als 5 Patienten
Messzeitraum	2018
Datenerhebung	halbjährlich
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	85,4 % Gesamtprojekt
Quellenangaben	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland der Universität Münster mit insgesamt 184 Kliniken

Leistungsbereich: Qualitätssicherung nach Qesü-RL - PCI	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Qualitätssicherungsverfahren Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Ergebnis	< 5 Fälle
Messzeitraum	quartalsweise
Datenerhebung	2018
Quellenangaben	https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1772/DeQS-RL_2018-11-22_iK-2019-01-01_AT-28-02-2019-B1.pdf

Leistungsbereich: Qualitätssicherung nach Qesü-RL - NWIF	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vermeidung nosokomialer Infektionen / postoperative Wundinfektion (fall- und einrichtungsbezogen)
Ergebnis	liegt noch nicht vor
Messzeitraum	2018
Datenerhebung	quartalsweise
Referenzbereiche	liegen vor 2021 nicht vor
Quellenangaben	https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1549/Qes%C3%BC-RL_2017-10-19_iK-2018-02-08.pdf

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

Leistungsbereich: Qualitätssicherung mit Routinedaten im CLINOTEL-Verbund	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Low Mortality Folgen medizinischer Maßnahmen Infektionen spezielle medizinische Kennzahlen Somatik
Ergebnis	analytische Vergleiche
Messzeitraum	2018
Datenerhebung	monatlich
Referenzbereiche	Vorjahreswerte
Vergleichswerte	CLINOTEL-Verbund
Quellenangaben	CLINOTEL-Verbund, Bundesvergleichswerte, QS-Daten nach QSKH-RL

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

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

	Mindestmenge	Erbrachte Menge
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	53

C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Für den Leistungsbereich wird im Prognosejahr die Leistungserbringung ausgesetzt.

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

Trifft nicht zu.

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärzte*innen, psychologische Psychotherapeuten*innen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*innen, die der Fortbildungspflicht unterliegen	30
1.1	Anzahl derjenigen Fachärzte*innen aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 1.1.1]	20
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 1.1]	10

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 69-1618

www.glg-gesundheit.de