

Qualitätsbericht 2008

Krankenhaus Prenzlau



Strukturierter Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2008

gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V

	Editorial.....	7
A	Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses	
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	12
A-2	Institutionskennzeichen des Krankenhauses.....	12
A-3	Standort(nummer)	12
A-4	Name und Art des Krankenhausträgers.....	12
A-5	Akademisches Lehrkrankenhaus.....	12
A-6	Organisationsstruktur des Krankenhauses	12
A-7	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	13
A-8	Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses.....	13
A-9	Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	13
A-10	Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses	14
A-11	Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	14
A-12	Anzahl der Betten im Krankenhaus nach §108/109 SGB V.....	15
A-13	Fallzahlen des Krankenhauses.....	15
A-14	Personal des Krankenhauses.....	15
B	Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	
B-1	Innere Medizin	18
B-2	Allgemeine Chirurgie.....	21
B-3	Frauenheilkunde und Geburtshilfe.....	25
B-4	Pädiatrie als Teilbereich der Inneren Medizin	28
B-5	Anästhesiologie und Intensivmedizin.....	30
C	Qualitätssicherung	
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §137 Abs.1 Satz 3 Nr.1 SGB V (BQS-Verfahren).....	36
C-1.1	Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate	36
C-1.1.[1]	Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate für das Krankenhaus	36
C-1.2	Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren.....	36
C-1.2.[1]	Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren für das Krankenhaus.....	36
C-1.2.[1]	Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet	
A	bewertete Qualitätsindikatoren.....	36
C-1.2.[1]	Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog	
A.I	bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt.....	36
C-1.2.[1]	Vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene	
B	Qualitätsindikatoren/ Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung.....	42
C-1.2.[1]	Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog	
B.I	bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt.....	42
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß §112 SGB V	45
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	45
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	45
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V.....	45
D	Qualitätsmanagement	
D-1	Qualitätspolitik.....	48
D-2	Qualitätsziele.....	48
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.....	49
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements.....	50
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte.....	52
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements.....	55



Liebe Leserinnen und Leser dieses Qualitätsberichtes,

das Krankenhaus Prenzlau ist ein wichtiger Bestandteil des Verbundes von Unternehmen im Gesundheitswesen GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH. Gemeinsam mit den anderen Mitgliedern dieses Verbundes arbeiten wir täglich an der Sicherung und Verbesserung unserer Qualität. Hierzu führen wir Projekte zur Kunden- und Mitarbeiterorientierung, Maßnahmen zur Verbesserung unserer Abläufe, Befragungen, Zertifizierungen und viele weitere Maßnahmen durch, über die in diesem Qualitätsbericht zu lesen ist. Damit gehen wir über den gesetzlich vorgeschriebenen Umfang eines Qualitätsberichtes deutlich hinaus und geben ein vollständiges Bild unserer Qualitätsbemühungen.

Dabei stellen wir unsere hohe Qualität in standardisierten Zertifizierungsverfahren unter Beweis. Unser Krankenhaus in Angermünde ist bereits nach dem deutschlandweiten Verfahren der Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ) zertifiziert. Die anderen zum Verbund gehörenden Krankenhäuser haben Projekte zum Erwerb dieser Zertifikate begonnen. Darüber hinaus werden einzelne Bereiche nach dem europäischen Standard DIN ISO regelmäßig zertifiziert. Auch die Zertifizierung verschiedener Organ- oder Behandlungszentren wird in den kommenden Monaten angestrebt.

Ein bedeutsamer Aspekt von Qualität ist für uns auch die Einbindung und Förderung der Region. Als kommunal getragenes Unternehmen sehen wir uns in der Pflicht, sichere und attraktive Arbeitsplätze in der Region zu erhalten und neu zu schaffen, die Region durch Veranstaltungen zu beleben und regionale Vereine zu unterstützen sowie durch eine professionelle Öffentlichkeitsarbeit das Vertrauen in unsere Unternehmen und die Region zu stärken.

So tragen wir über die Sicherstellung einer hochwertigen Gesundheitsversorgung hinaus wesentlich dazu bei, dass unsere Region lebenswert ist, sich entwickelt und für jedermann ein attraktives Umfeld bietet.

Harald Kothe-Zimmermann
Geschäftsführer

Matthias Lauterbach
Geschäftsführer



Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

das Kreiskrankenhaus Prenzlau ist ein Krankenhaus der Grundversorgung und verfügt über insgesamt 166 Planbetten in 1-, 2- und 3-Bett-Zimmern in den FA Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, sowie über interdisziplinäre Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin, Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie, Physiotherapie, Ergotherapie, Labor und ein ambulantes OP-Zentrum mit 10 Betten.

Dem Krankenhaus ist außerdem eine radiologische Abteilung mit CT in Niederlassung angegliedert.

Alle bettenführenden Stationen wurden in den letzten Jahren umfassend rekonstruiert. Die Fertigstellung für den Neubau OP, Intensivstation und Notfallambulanz erfolgt im April 2009.

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. Im Verbund der GLG mbH sichert unser Kreiskrankenhaus ein umfangreiches diagnostisches und therapeutisches Angebot in der Uckermark und eine wohnortnahe medizinische Versorgung. In der Fachabteilung Innere Medizin stellen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Gastroenterologie und das Zentrum für Diabetologie und Stoffwechselerkrankungen hier einen Schwerpunkt dar.

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 2008 präsentieren. Daran anschließend wollen wir die in unserem Krankenhaus erfolgten Maßnahmen zur Qualitätssicherung vorstellen und über die aktuellen geplanten Strategien zur Verbesserung berichten. Unser Krankenhaus hat sich das Ziel gesetzt, im Jahr 2010 nach dem Qualitätskriterienkatalog der Zertifizierungsgesellschaft „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“ (KTQ) unsere Unterlagen zur Zertifizierung einzureichen.

Durch die Veröffentlichung unserer Daten, Umfrageergebnisse sowie Vorstellung von Projekten zur Verbesserung der Qualität in unserem Krankenhaus bemühen wir uns um Transparenz, um das in uns gesetzte Vertrauen zu rechtfertigen.

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

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Herrn Kothe-Zimmermann, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.



Detlef Lischka
Verwaltungsleiter



A

Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhausname: MSZ Uckermark gGmbH, Kreiskrankenhaus Prenzlau
 Hausanschrift: Stettiner Strasse 121
 17291 Prenzlau
 Telefon: 03984 33-0
 Fax: 03984 333-33
 URL: www.krankenhaus-prenzlau.de
 Email: info@krankenhaus-prenzlau.de

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Institutionskennzeichen: 261200117

A-3 Standort(nummer)

Standort: 00

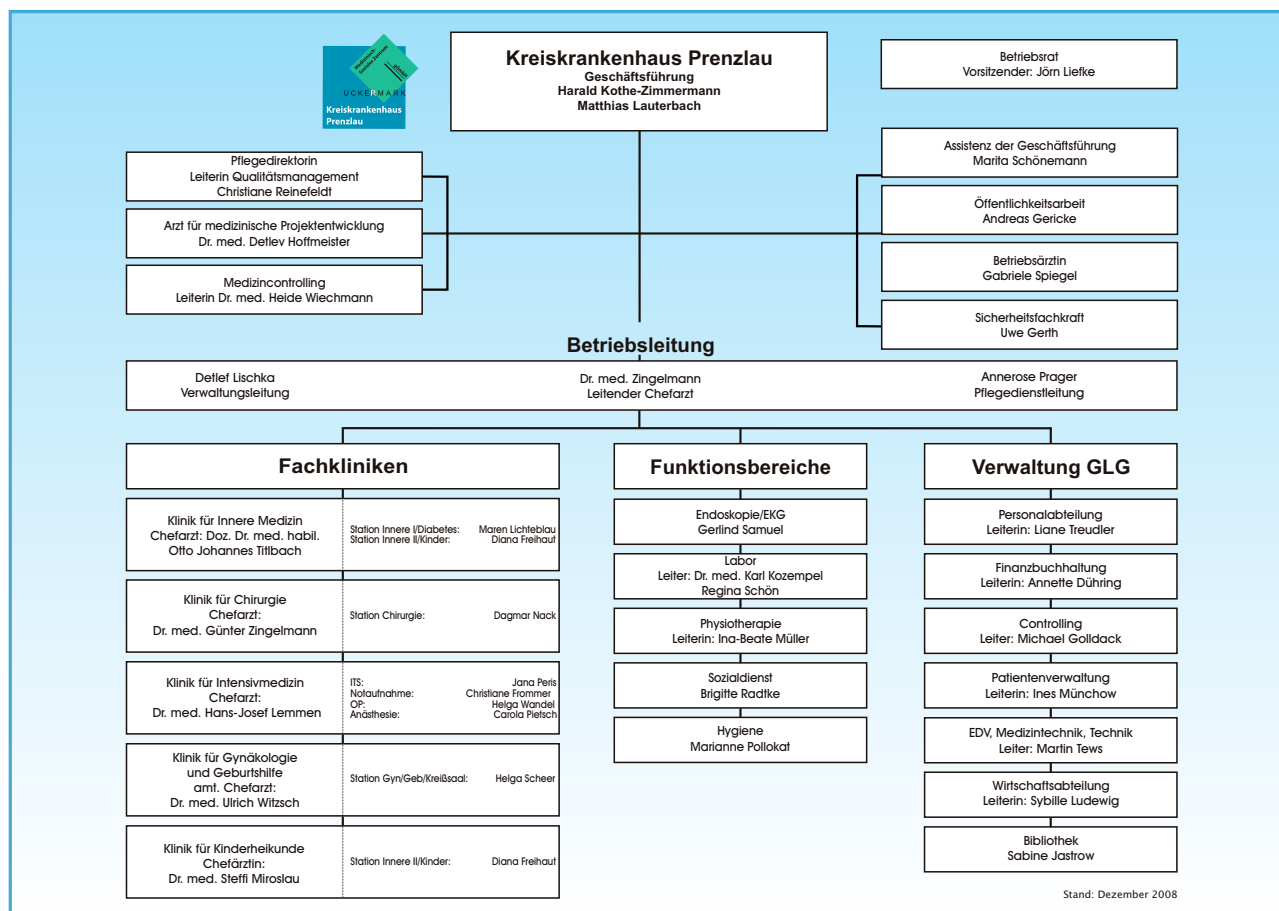
A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: Medizinisch-Soziales Zentrum Uckermark gGmbH
 Art: öffentlich

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus: Nein

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses



Organigramm (Stand 31.12.2008)

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Es handelt sich nicht um ein psychiatrisches Krankenhaus.

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Das Kreiskrankenhaus Prenzlau ist ein Haus der Grundversorgung.

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

- **Atemgymnastik/-therapie (MP04)**
- **Beratung/Betreuung durch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen (MP07)**
Der Erstkontakt erfolgt schon am Aufnahmetag, die Anmeldung wird durch die Stationen bei Bedarf geleistet.
Beraten wird über Rehabilitationsmaßnahmen, Vermittlung von ambulanter oder stationärer Weiterbetreuung, Leistungen der Pflegekassen u. ä.
Die Entlassung kann frühzeitig vorbereitet werden.
Eine Unterstützung bei Antragsstellung jeder Art ist möglich, desweiteren bieten die Sozialarbeiter die Beratung von Angehörigen und die Beschaffung von Hilfsmitteln an.
- **Berufsberatung/Rehabilitationsberatung (MP08)**
wird durch Sozialarbeiter angeboten.
- **Bewegungstherapie (MP11)**
- **Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) (MP12)**
wird durch Physiotherapie geleistet.
- **Diät- und Ernährungsberatung (MP14)**
- **Ergotherapie/Arbeitstherapie (MP16)**
Stationäre und ambulante Angebote
Funktionelle Therapie- und Koordinationsübungen
Schulung der Grob- und Feinmotorik
Selbsthilfetraining zur Unterstützung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs)
Hirnfunktionstraining
- **Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege (MP17)**
Auf allen Pflegestationen wird eine Gruppen- bzw. Bezugspflege durchgeführt.
- **Fußreflexzonenmassage (MP18)**
wird durch Physiotherapie angeboten.
- **Kinästhetik (MP21)**
wird durch Physiotherapie angeboten.
- **Manuelle Lymphdrainage (MP24)**
- **Massage (MP25)**
Ambulante und stationäre Angebote
Klassische Massagetherapie
Bindegewebsmassage
Segmentmassage
Colon- und Periostmassage
Manitzbehandlung
- **Medizinische Fußpflege (MP26)**
ist an externen Anbieter (Podologin) vergeben.
- **Physikalische Therapie/Bädertherapie (MP31)**
Ambulante und stationäre Angebote
Pelosepackungen, Peloseteil- und Vollbäder
Kryotherapie
Heiße Rolle
- **Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie (MP32)**
- **Spezielle Entspannungstherapie (MP40)**
- **Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik (MP47)**
durch externen Partner angeboten.
- **Wärme- und Kälteanwendungen (MP48)**
- **Wirbelsäulengymnastik (MP49)**
- **Basale Stimulation (MP06)**
wird durch Physiotherapie und Ergotherapie angeboten.
- **Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst (MP34)**
ist durch externen Anbieter gegeben.
- **Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik (MP35)**

- Dialyseleistungen (MP00)
erfolgt in Kooperation durch eine niedergelassene Dialysepraxis.
- Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen (MP41)
- Wundmanagement (MP51)
- Bewegungsbad/Wassergymnastik (MP10)
- Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege (MP15)
- Säuglingspflegekurse (MP36)
- Sozialdienst (MP63)
- Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit (MP64)
- Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien (MP65)
- Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen (MP66)

Die Röntgenpraxis Dr. Thiele/ Dr. Al Ahmar im KKH Prenzlau bietet die gesamte Palette der konventionellen Röntgendiagnostik, der Phlebographie und Computertomographie mittels Spiral-CT an.

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

- Aufenthaltsräume (SA01)
- Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA03)
- Mutter-Kind-Zimmer/Familienzimmer (SA05)
- Rollstuhlgerechte Nasszellen (SA06)
- Rooming-in (SA07)
- Teeküche für Patienten und Patientinnen (SA08)
- Unterbringung Begleitperson (SA09)
- Zwei-Bett-Zimmer (SA10)
- Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA11)
- Elektrisch verstellbare Betten (SA13)
- Fernsehgerät am Bett/im Zimmer (SA14)
- Kühlschrank (SA16)
- Telefon (SA18)
- Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer (SA19)
- Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl) (SA20)
- Kostenlose Getränkebereitstellung (SA21)
- Bibliothek (SA22)
- Cafeteria (SA23)
- Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen (SA30)
- Maniküre/Pediküre (SA32)
- Parkanlage (SA33)
- Abschiedsraum (SA43)
- Beschwerdemanagement (SA55)
- Diät-/Ernährungsangebot (SA44)
- Dolmetscherdienste (SA41)
- Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen (SA40)
- Faxempfang für Patienten und Patientinnen (SA24)
- Getränkeautomat (SA46)
- Nachmittagstee/-kaffee (SA47)
- Rauchfreies Krankenhaus (SA34)
- Sozialdienst (SA57)
- Tageszeitungsangebot (SA54)

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-11.1 Forschungsschwerpunkte

trifft nicht zu

A-11.2 Akademische Lehre

trifft nicht zu

A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen

- Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin (HB01)

A-12 Anzahl der Betten im Krankenhaus nach §108/109 SGB V

Betten: 131

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Vollstationäre Fallzahl: 6096

Ambulante Fallzahl:

- Fallzählweise: 9779

- Quartalszählweise:

- Patientenzählweise:

- Sonstige Zählweise:

A-14 Personal des Krankenhauses

A-14.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	26,1
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	16,3
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

A-14.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpfle- gerinnen	69,5	3 Jahre
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	0,7	1 Jahr

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

Wartebereic



B

Struktur und Leistungsdaten der
Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1 Innere Medizin

B-1.1 Allgemeine Angaben - Innere Medizin

Fachabteilung:	Innere Medizin
Art:	Hauptabteilung
Chefarzt:	Herr Dr. U. Ulrich, ab 01.06.2008 Doz. Dr. O. J. Titlbach
Ansprechpartner:	Sekretariat: Frau Heise
Hausanschrift:	Stettiner Strasse 121 17291 Prenzlau
Telefon:	03984 33-500
Fax:	03984 333-507
URL:	www.krankenhaus-prenzlau.de
E-Mail:	innmed@krankenhaus-prenzlau.de

B-1.2 Versorgungsschwerpunkte - Innere Medizin

Das Leistungsspektrum der Fachabteilung umfasst das gesamte Gebiet der Inneren Medizin, so die Diagnostik und Therapie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungenerkrankungen, Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes sowie der inneren Drüsen einschließlich Stoffwechselerkrankungen, Nierenerkrankungen, rheumatische Erkrankungen, bösartige Erkrankungen (Krebs) und Infektionserkrankungen.

Die Hämodialyse (Nierenersatztherapie) ist am Haus in Form einer Kooperation mit einer nephrologischen Praxis etabliert.

- **Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI10)**
Die Abteilung ist ein von der Deutschen Diabetes-Gesellschaft anerkanntes Schulungszentrum für Typ 1- und Typ 2-Diabetiker. Hierbei wird eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Versorgung von Diabetikern zusammen mit Kardiologen/Angiologen, Chirurgen, Gynäkologen, Kinderärzten und anästhesiologischen Schmerztherapeuten praktiziert.
- **Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (VI11)**
Hier werden alle endoskopischen Verfahren einschließlich Gastroskopie (Magenspiegelung), Koloskopie (Darmspiegelung) und ERCP (Spiegelung der Gallenwege) durchgeführt.
- **Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14)**
- **Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)**
- **Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten (VI06)**
- **Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)**
Diagnostik mittels farbkodierter Dopplerechokardiographie (auch über die Speiseröhre) wird durch einen Kardiologen sichergestellt. Außerdem werden 1- und 2-Kammer-Herzschrittmachersysteme implantiert und die Funktion ambulant kontrolliert.
- **Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)**
erfolgt durch Hypertensiologen.
- **Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)**

Die Abteilung ist auf die Behandlung der Zuckerkrankheit (Diabetes) spezialisiert und für die Disease-Management-Programme (DMP) Diabetes mellitus Typ 2 und Koronare Herzerkrankungen (KHK) akkreditiert.

Ziele des Disease-Management-Programms (DMP) Diabetes mellitus Typ 2 sind die Symptome der Erkrankung sowie spezifische Folgekomplikationen, z.B. Erblindung oder dialysepflichtige Niereninsuffizienz zu verhindern, das erhöhte Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verringern sowie diabetische Fußschäden, einschließlich Amputationen zu vermeiden. Insgesamt geht es um die Erhöhung der Lebenserwartung sowie die Erhaltung oder Verbesserung der durch den Diabetes mellitus beeinträchtigten Lebensqualität. Die Klinik verfügt über die Anerkennung als Behandlungseinrichtung für Diabetes mellitus Typ 2 durch die Deutsche Diabetes Gesellschaft DDG.

Im Rahmen des Disease-Management-Programmes (DMP) für Koronare Herzerkrankungen (KHK) werden Patienten in der chronischen und in der akuten Krankheitsphase behandelt. Koronare Herzkrankheit bedeutet eine Verkalkung der Herzkranzarterien mit bedeutsamen Engstellungen. Dadurch entsteht eine Durchblutungsstörung des Herzmuskels bis zum Herzinfarkt.

Die Therapieziele sind die Verminderung der Sterblichkeit, das Aufhalten des Fortschreitens der Erkrankung, insbesondere die Entwicklung von Herzinfarkten und einer Herzschwäche, sowie die Steigerung der Lebensqualität.

Zu den nicht-medikamentösen Maßnahmen gehören Ernährungs- sowie Raucherberatung, körperliche Aktivitäten, psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung.

B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote - Innere Medizin

- **Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen (MP13)**
Deutsche Diabetes Gesellschaft DDG zertifizierte Einzel- und Gruppenschulungen

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

B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote - Innere Medizin

Die allgemeinen nicht-medizinischen Serviceangebote des Krankenhauses sind unter A-10 aufgeführt.

B-1.5 Fallzahlen - Innere Medizin

Vollstationäre Fallzahl: 3522

B-1.6 Diagnosen nach ICD - Innere Medizin

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD - Innere Medizin

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I50	202	Herzschwäche
2	G45	190	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen
3	I10	163	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
4	E11	162	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
5	I20	151	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris
6	J18	136	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
7	I48	134	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens
8	K29	125	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms
9	F10	120	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
10	K52	88	Sonstige Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Darms, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht

B-1.7 Prozeduren nach OPS - Innere Medizin

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS - Innere Medizin

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-632	487	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
2	1-440	215	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
3	1-650	190	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
4	9-500	133	Patientenschulung
5	8-984	113	Fachübergreifende Behandlung der Zuckerkrankheit (Diabetes)
6	8-800	92	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
7	1-444	69	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung
8	3-052	62	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE
9	1-651	49	Untersuchung des S-förmigen Abschnitts des Dickdarms durch eine Spiegelung
10	5-452	42	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten - Innere Medizin

Ambulanz für Endoskopien	
Ambulanzart	Ermächtigungsambulanz nach § 116 SGB V (AM04)
Kommentar	Gastroskopien und Koloskopien, auch als Vorsorgeuntersuchungen
Angebotene Leistung	Endoskopie (VI35)
Herzschrittmacher-Ambulanz	
Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V (AM05)
Kommentar	Überprüfung der Funktionsfähigkeit der Herzschrittmacher
Kardiologische Beratung der Patienten	
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V - Innere Medizin

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-650	473	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
2	1-444	127	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung
3	5-452	101	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms
4	1-632	<=5	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
5	1-440	<=5	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
6	5-378	<=5	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators
7	5-469	<=5	Sonstige Operation am Darm

Insgesamt erbrachte die Fachabteilung im Berichtsjahr 601 ambulante Operationen.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft - Innere Medizin

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-1.11 Apparative Ausstattung - Innere Medizin

- **Kipptisch (AA19)**
Gerät zur Messung des Verhaltens der Kenngrößen des Blutkreislaufs bei Lageänderung
- **Geräte der invasiven Kardiologie (AA13) (24h-Notfallverfügbarkeit)**
Behandlungen mittels Herzkatheter
- **Gastroenterologisches Endoskop (AA12) (24h-Notfallverfügbarkeit)**
Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung
- **Belastungs-EKG/Ergometrie (AA03)**
Belastungstest mit Herzstrommessung
- **Computertomograph (CT) (AA08) (24h-Notfallverfügbarkeit)**
Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen an externen Partner vergeben
- **Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät (AA29)**
(24h-Notfallverfügbarkeit) Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall
- **Spirometrie/Lungenfunktionsprüfung (AA31)**
- **Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät (AA27)**
(24h-Notfallverfügbarkeit) an externen Partner vergeben
- **Herzschrittmacherversorgung (AA00)**

B-1.12 Personelle Ausstattung

B-1.12.1 Ärzte und Ärztinnen - Innere Medizin

	Anzahl	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	11,3	
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,5	Weiterbildungsbefugnis Diabetologie, Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Kardiologie
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0	

Fachexpertise der Abteilung

- Innere Medizin (AQ23)
Allgemeinmedizin
- Sonstige Zusatzweiterbildung (ZF00)
Diabetologie, Kardiologie

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

B-1.12.2 Pflegepersonal - Innere Medizin

	Anzahl	Ausbildungs- dauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	25,7	3 Jahre	davon 3,0 ambulantes Zentrum
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	0,7	1 Jahr	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

- Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)
- Diabetes (ZP03)
- Praxisanleitung (ZP12)

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

B-1.12.3 Spezielles therapeutisches Personal - Innere Medizin

- Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)
- Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin (SP05)

B-2 Allgemeine Chirurgie

B-2.1 Allgemeine Angaben - Allgemeine Chirurgie

Fachabteilung:	Allgemeine Chirurgie
Art:	Hauptabteilung
Chefarzt:	Herr Dr. med. G. Zingelmann
Ansprechpartner:	Sekretariat: Fr. Nitzsche
Hausanschrift:	Stettiner Strasse 121 17291 Prenzlau
Telefon:	03984 33-101
Fax:	03984 333-108
URL:	www.krankenhaus-prenzlau.de
Email:	Martina.Nitzsche@krankenhaus-prenzlau.de

B-2.2 Versorgungsschwerpunkte - Allgemeine Chirurgie

- Magen-Darm-Chirurgie (VC22)
 - Resektionsverfahren bei Magenculcera B1 und BII
 - Versorgung akuter Magenblutungen durch entsprechende Verfahren (Ulcusexcision, Segmentresektion)
 - Versorgung akuter Blutungen im Duodenum
 - Resektionsverfahren 4/5-Resektion
 - subtotale Resektion und Gastrektomie durch Visceralchirurgen

- Hemicolektomien
- Colon-transversum-Resektion (anteriore Resektion, Rectum-Resektion)
- Endoskopische Sigmaresektion bei Sigmadivertikulitis
- **Minimalinvasive laparoskopische Operationen (VC55)**
 - endoskopische Cholecystektomie mit intraoperativer Choledochusdarstellung
 - endoskopische Appendektomie
 - endoskopische Hernien-Operationen (TAPP)
 - endoskopische Adhäsioolyse
 - endoskopische Sigmaresektion bei Divertikulitis
- **Sonstige im Bereich Chirurgie (VC00)**
 - operative Behandlung von gutartigen Schilddrüsenerkrankungen
- **Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC19)**
 - Durch Dopplersonographie und Phlebographie erfolgt die Diagnostik und ermöglicht eine versierte Varizen-Chirurgie.
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)**
 - Fachgerechte Osteosyntheseverfahren (Schrauben, Platten, Drähte) garantieren die Versorgung.
- **Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27)**
 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
 - Bandzerreißen am Knie- und Sprunggelenk
 - Sehnenrupturen (Achillessehnenriss, Quadricepssehnenriss, Patellarsehnenriss) werden durch Naht oder sekundär durch Rekonstruktion versorgt.
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)**
 - Akute mediale Schenkelhalsfrakturen werden mit einer Duokopfprothese versorgt.
 - Laterale, pertrochantäre und subtrochantäre Femurfrakturen werden mit dem PF-Nagel operativ behandelt. Die Femurfrakturen werden mit Verriegelungsnägeln stabilisiert.
 - Unterschenkelbrüche werden mit modernen Osteosyntheseverfahren versorgt (unaufgebohrter Tibianagel - UTN und dem Tibiaexpertnagel).
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)**
 - Die distalen Radiusfrakturen werden mit der distalen winkelstabilen Radiusplatte stabilisiert.
 - Frakturen der kleinen Röhrenknochen werden mit Miniplatten, Schrauben und Drähten versorgt.
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)**
 - Die operativen Rekonstruktionen und Stabilisierungen der Ellenbogen-Frakturen erfolgen mit Platten, Schrauben und Drähten.
 - Unterarmfrakturen werden mit intramedullären Federnägeln (bei Kindern) und mit Platten (bei Erwachsenen) operativ behandelt.
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)**
 - Rupturen der Bicepssehne werden durch die „Schlüssellochtechnik“ bzw. Naht versorgt.
 - Subcapitale Humerusfrakturen werden überwiegend mit elastischen Federnägeln stabilisiert.
 - Humerusfrakturen werden mit dem unaufgebohrten Humerusnagel (UHN) sowohl proximal wie auch distal versorgt.
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35)**
 - Operativ zu versorgende Frakturen, durch CT gesichert, werden sofort in ein Schwerpunktkrankenhaus verlegt. Wir führen die konservative Frakturbehandlung durch.
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)**
 - Arthroskopische Eingriffe am Kniegelenk ermöglichen die Meniskusteilresektion, die Meniskusnaht, Naht des Kapsel-Band-Apparates.
- **Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)**
 - Die Osteosynthesematerialien werden nach Konsolidierung der Frakturen mit entsprechenden Ausschlaginstrumenten entfernt.
- **Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik (VC28)**
 - Nur die akuten medialen Schenkelhalsfrakturen werden nach strengen Kriterien mit einer Variokopfprothese versorgt.
- **Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule (VC45)**
 - Operativ zu versorgende Frakturen, durch CT gesichert, werden sofort in ein Schwerpunktkrankenhaus verlegt. Wir führen die konservative Frakturbehandlung durch.
 - Operative Rekonstruktion von Hallux valgus und Hammerzehe

Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der chirurgischen Versorgung von diabetischen Fußkrankheiten. Diese Patienten werden in enger Abstimmung mit dem Diabetologen des Hauses behandelt.

B-2.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote - Allgemeine Chirurgie

- **Stomatherapie/-beratung (MP45)**

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

B-2.4 Nicht-medizinische Serviceangebote - Allgemeine Chirurgie

Die allgemeinen nicht-medizinischen Serviceangebote des Krankenhauses sind unter A-10 aufgeführt.

B-2.5 Fallzahlen - Allgemeine Chirurgie

Vollstationäre Fallzahl: 1328

B-2.6 Diagnosen nach ICD - Allgemeine Chirurgie

B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD - Allgemeine Chirurgie

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	S06	143	Verletzung des Schädelinneren
2	K80	88	Gallensteinleiden
3	K40	83	Leistenbruch (Hernie)
4	K35	76	Akute Blinddarmentzündung
5	S72	67	Knochenbruch des Oberschenkels
6	S82	63	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
7	S52	53	Knochenbruch des Unterarmes
8	S42	40	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms
9	R10	29	Bauch- bzw. Beckenschmerzen
10	M51	24	Sonstiger Bandscheibenschaden

B-2.7 Prozeduren nach OPS - Allgemeine Chirurgie

B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS - Allgemeine Chirurgie

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-511	94	Operative Entfernung der Gallenblase
2	5-530	79	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)
3	5-470	73	Operative Entfernung des Blinddarms
4	5-790	67	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen
5	5-794	60	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten
6	5-385	47	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein
7	5-916	46	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz
8	5-793	44	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
9	5-893	43	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut
10	5-810	37	Erneute Operation eines Gelenks durch eine Spiegelung

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten - Allgemeine Chirurgie

Ambulanz für D-Arzt-Patienten	
Ambulanzart	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz (AM09)
Kommentar	Untersuchung, Beratung, Therapie und Meldung an die Berufsgenossenschaft nach einem Arbeits- oder Schul-unfall
Chirurgische Sprechstunde	
Ambulanzart	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
Kommentar	Vorbereitung und Aufklärung vor Operationen, Nachsorge

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V - Allgemeine Chirurgie

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-787	76	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
2	5-810	44	Erneute Operation eines Gelenks durch eine Spiegelung
3	5-812	43	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung
4	5-385	42	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein
5	5-530	28	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)
6	5-056	23	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion
7	5-640	19	Operation an der Vorhaut des Penis
8	5-534	13	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)
9	5-493	8	Operative Behandlung von Hämorrhoiden
10	5-842	8	Operation an den Bindegewebshüllen der Muskeln und Sehnen an Hand bzw. Fingern

Insgesamt erbrachte die Fachabteilung im Berichtsjahr 395 ambulante Operationen.

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft - Allgemeine Chirurgie

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Ja

Stationäre BG-Zulassung: Ja

Stationäre Behandlung nur von BG-Fällen, die nicht im Verletztenartenverzeichnis aufgeführt sind.

B-2.11 Apparative Ausstattung - Allgemeine Chirurgie

- **Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät (AA27)**
(24h-Notfallverfügbarkeit) an externen Partner vergeben
- **Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät (AA29)**
(24h-Notfallverfügbarkeit) Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall
- **Computertomograph (CT) (AA08) (24h-Notfallverfügbarkeit)**
Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen an externen Partner vergeben
- **Gastroenterologisches Endoskop (AA12)**
(24h-Notfallverfügbarkeit) Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung
- **MIC-Einheit (Minimalinvasive Chirurgie) (AA55)**
Minimal in den Körper eindringende, also gewebeschonende Chirurgie

B-2.12 Personelle Ausstattung

B-2.12.1 Ärzte und Ärztinnen - Allgemeine Chirurgie

	Anzahl	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	6,0	
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	6,0	Befugnis zur Weiterbildung für 3 Jahre
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0	

Fachexpertise der Abteilung

- Allgemeine Chirurgie (AQ06)

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

B-2.12.2 Pflegepersonal - Allgemeine Chirurgie

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	16,1	3 Jahre	davon 5,1 Notaufnahme

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

- Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)
- Praxisanleitung (ZP12)

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

B-2.12.3 Spezielles therapeutisches Personal - Allgemeine Chirurgie

- Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin (SP25)
- Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)

B-3 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-3.1 Allgemeine Angaben - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Fachabteilung: Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Art: Hauptabteilung

Chefarzt: Herr Dr. Witzsch

Ansprechpartner: Sekretariat: Frau Kuschel

Hausanschrift: Stettiner Strasse 121
17291 Prenzlau

Telefon: 03984 33-200

Fax: 03984 333-221

URL: www.krankenhaus-prenzlau.de

E-Mail: sekgy@krankenhaus-prenzlau.de

B-3.2 Versorgungsschwerpunkte - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

- Endoskopische Operationen (VG05)
- Gynäkologische Abdominalchirurgie (VG06)
- Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes (VG11)
- Geburtshilfliche Operationen (VG12)
- Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (VG14)
- Inkontinenzchirurgie (VG07)
- Urogynäkologie (VG16)

B-3.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

- **Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik (MP19)**
Regelmäßig finden Geburtsvorbereitungskurse unter Einbeziehung unseres Hebammenteams statt. Anmeldungen können direkt über die Mitarbeiter des Kreissaals vorgenommen werden.
- **Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik (MP50)**
findet bereits kurz nach der Geburt während des stationären Aufenthaltes statt.

- **Stillberatung (MP43)**

Still- und Laktationsberatung wird für alle stationären und ambulanten Patienten angeboten.

Für alle Mütter die in unserem Krankenhaus entbunden haben, bieten wir Anregungen, Hilfe und Betreuung. Allgemeine Informationen zum Stillen, zum Schlafverhalten des Kindes und zur Breikosternährung nach dem 6. Lebensmonat

Fragen zu altersentsprechender Entwicklung, Lebensveränderungen der Frau und des Partners sowie der Erfahrungsaustausch unter den Müttern sind ebenfalls Schwerpunkte des Angebots.

Wir begleiten Sie und Ihr Kind bis zum 1. Geburtstag.

Das Stillcafe wird betreut durch eine Still- und Laktationsberaterin 1 Mal wöchentlich als ambulantes Angebot.

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

B-3.4 Nicht-medizinische Serviceangebote - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Die allgemeinen nicht-medizinischen Serviceangebote des Krankenhauses sind unter A-10 aufgeführt.

B-3.5 Fallzahlen - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Vollstationäre Fallzahl: 1246

Integriert sind hier die Fallzahlen der ausgewiesenen Abteilung Neugeborene.

B-3.6 Diagnosen nach ICD - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	D27	110	Gutartiger Eierstocktumor
2	O80	96	Normale Geburt eines Kindes
3	D25	46	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur
4	O34	39	Betreuung der Mutter bei festgestellten oder vermuteten Fehlbildungen oder Veränderungen der Beckenorgane
5	N81	34	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter
6	O64	33	Geburtshindernis durch falsche Lage bzw. Haltung des ungeborenen Kindes kurz vor der Geburt
7	N92	31	Zu starke, zu häufige bzw. unregelmäßige Regelblutung
8	O60	29	Vorzeitige Wehen und Entbindung
9	N87	25	Zell- und Gewebeveränderungen im Bereich des Gebärmutterhalses
10	N85	23	Sonstige nichtentzündliche Krankheit der Gebärmutter, ausgenommen des Gebärmutterhalses

B-3.7 Prozeduren nach OPS - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-471	145	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutter Schleimhaut ohne operativen Einschnitt
2	9-260	130	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt
3	5-738	123	Erweiterung des Scheideneingangs durch Dammschnitt während der Geburt mit anschließender Naht
4	5-749	116	Sonstiger Kaiserschnitt
5	1-672	108	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung
6	5-651	98	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks
7	5-683	94	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter

8	5-690	74	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut - Ausschabung
9	5-740	71	Klassischer Kaiserschnitt
10	5-704	59	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

prästationäre Sprechstunde	
Ambulanzarzt	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-471	181	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutter Schleimhaut ohne operativen Einschnitt
2	1-672	174	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung
3	5-751	155	Ausschabung zur Beendigung der Schwangerschaft
4	5-690	45	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut - Ausschabung
5	5-691	19	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Gebärmutter
6	5-681	16	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter
7	1-571	6	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Gebärmutter bzw. Gebärmutterhals durch operativen Einschnitt
8	1-694	<=5	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung
9	5-667	<=5	Wiederherstellung der Durchgängigkeit der Eileiter durch Einbringen von Flüssigkeit bzw. Gas
10	1-472	<=5	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Gebärmutterhals ohne operativen Einschnitt

Insgesamt erbrachte die Fachabteilung im Berichtsjahr 514 ambulante Operationen.

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-3.11 Apparative Ausstattung - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

- **Computertomograph (CT) (AA08) (24h-Notfallverfügbarkeit)**
Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen
an externen Partner vergeben
- **Mammographiegerät (AA23)**
Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse
an externen Partner vergeben
- **Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät (AA27)**
(24h-Notfallverfügbarkeit) an externen Partner vergeben
- **Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät (AA29)**
(24h-Notfallverfügbarkeit) Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall
- **Uroflow/Blasendruckmessung (AA33)**

B-3.12 Personelle Ausstattung

B-3.12.1 Ärzte und Ärztinnen - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

	Anzahl	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	4,8	
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	2,8	Weiterbildungsbefugnis Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0	

Fachexpertise der Abteilung

- Frauenheilkunde und Geburtshilfe (AQ14)
- Sonstige Zusatzweiterbildung (ZF00)
für Ultraschalldiagnostik in der Gynäkologie und Geburtshilfe
- Akupunktur (ZF02)

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

B-3.12.2 Pflegepersonal - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	11,8	3 Jahre

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

- Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)
- Pädiatrische Intensivpflege (PQ09)
- Praxisanleitung (ZP12)
- Sonstige Zusatzqualifikationen (ZP00)

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

B-3.12.3 Spezielles therapeutisches Personal - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

- Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin (SP25)
- Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)
- Sonstige (SP00)
Hebammen

B-4 Pädiatrie als Teilbereich der Inneren Medizin

B-4.1 Allgemeine Angaben - Pädiatrie als Teilbereich der Inneren Medizin

Fachabteilung:	Pädiatrie als Teilbereich der Inneren Medizin
Art:	Hauptabteilung
Chefarzt:	Frau Dr. Steffi Miroslau
Ansprechpartner:	Sekretariat: Frau Bulgis
Hausanschrift:	Stettiner Strasse 121 17291 Prenzlau
Telefon:	03984 33-400
Fax:	03984 333-408
URL:	www.krankenhaus-prenzlau.de
E-Mail:	paed@krankenhaus-prenzlau.de

Das Krankenhaus verfügt über eine pädiatrische Station, welche interdisziplinär (fachabteilungsübergreifend) belegt wird. Somit können für diesen Bereich keine entlassenden Patientenzahlen definiert werden.

B-4.2 Versorgungsschwerpunkte - Pädiatrie als Teilbereich der Inneren Medizin

Die Abteilung Pädiatrie versorgt Kinder aller Altersgruppen in Zusammenarbeit mit der Kinderklinik der Klinikum Barnim GmbH, Werner Forßmann Krankenhaus.

- Neugeborenencreening (VK25)

B-4.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote - Pädiatrie als Teilbereich der Inneren Medizin

- Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare (MP03)
- Spezielles pflegerisches Leistungsangebot (MP42)

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

B-4.4 Nicht-medizinische Serviceangebote - Pädiatrie als Teilbereich der Inneren Medizin

Die allgemeinen nicht-medizinischen Serviceangebote des Krankenhauses sind unter A-10 aufgeführt.

B-4.5 Fallzahlen - Pädiatrie als Teilbereich der Inneren Medizin

Siehe Erläuterung unter Punkt B 4.1, im Berichtszeitraum wurden 536 kleine Patienten betreut.

B-4.6 Diagnosen nach ICD - Pädiatrie als Teilbereich der Inneren Medizin

B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD - Pädiatrie als Teilbereich der Inneren Medizin

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	A09	64	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger
2	J06	53	Akute Entzündung an mehreren Stellen oder einer nicht angegebenen Stelle der oberen Atemwege
3	J20	50	Akute Bronchitis
4	S06	48	Verletzung des Schädelinneren
5	A08	30	Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Viren oder sonstige Krankheitserreger
6	J03	26	Akute Mandelentzündung
7	J18	25	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
8	R10	22	Bauch- bzw. Beckenschmerzen
9	J00	21	Akuter Erkältungsschnupfen
10	K35	21	Akute Blinddarmentzündung

B-4.7 Prozeduren nach OPS - Pädiatrie als Teilbereich der Inneren Medizin

B-4.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS - Pädiatrie als Teilbereich der Inneren Medizin

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-930	184	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
2	8-016	<=5	Künstliche Ernährung über die Vene als medizinische Hauptbehandlung
3	8-015	<=5	Künstliche Ernährung über eine Magensonde als medizinische Hauptbehandlung
4	3-200	<=5	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
5	3-225	<=5	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
6	1-204	<=5	Untersuchung der Hirnwasserräume
7	3-207	<=5	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel
8	3-223	<=5	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks mit Kontrastmittel
9	8-720	<=5	Sauerstoffgabe bei Neugeborenen
10	8-984	<=5	Fachübergreifende Behandlung der Zuckerkrankheit (Diabetes)

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten - Pädiatrie als Teilbereich der Inneren Medizin

trifft nicht zu

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V - Pädiatrie als Teilbereich der Inneren Medizin

trifft nicht zu

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft - Pädiatrie als Teilbereich der Inneren Medizin

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-4.11 Apparative Ausstattung - Pädiatrie als Teilbereich der Inneren Medizin

- **Belastungs-EKG/Ergometrie (AA03)**
Belastungstest mit Herzstrommessung
- **Computertomograph (CT) (AA08) (24h-Notfallverfügbarkeit)**
Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen
an externen Partner vergeben
- **Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät (AA27)**
(24h-Notfallverfügbarkeit) an externen Partner vergeben
- **Spirometrie/Lungenfunktionsprüfung (AA31)**

B-4.12 Personelle Ausstattung**B-4.12.1 Ärzte und Ärztinnen - Pädiatrie als Teilbereich der Inneren Medizin**

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	2,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	1,0
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0

Fachexpertise der Abteilung

- **Kinder- und Jugendmedizin (AQ32)**

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

B-4.12.2 Pflegepersonal - Pädiatrie als Teilbereich der Inneren Medizin

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	4,9	3 Jahre

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

- **Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)**
- **Pädiatrische Intensivpflege (PQ09)**
- **Praxisanleitung (ZP12)**

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

B-5 Anästhesiologie und Intensivmedizin**B-5.1 Allgemeine Angaben - Anästhesiologie und Intensivmedizin**

Fachabteilung: Anästhesiologie und Intensivmedizin

Art: Hauptabteilung

Chefarzt: Herr Dr. H.-J. Lemmen, DEAA

Ansprechpartner: Sekretariat: Fr. Diedrich

Hausanschrift: Stettiner Strasse 121
17291 Prenzlau

Telefon: 03984 33-420

Fax: 03984 333-425

URL: www.krankenhaus-prenzlau.deEMail: anaesthesie@krankenhaus-prenzlau.de

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

B-5.2 Versorgungsschwerpunkte - Anästhesiologie und Intensivmedizin

Aus unserer Intensivstation erfolgt die Therapie interdisziplinär in enger Zusammenarbeit aller Fachabteilungen unseres Hauses. Telemedizinisch sind wir an die Stroke Unit des Martin-Gropius-Krankenhauses und die Klinik für Neurochirurgie der Klinikum Barnim GmbH am Standort Eberswalde angebunden.

- **Anästhesie (VX00)**

Die Anästhesiologie in unserer Einrichtung entwickelte sich vom eigentlichen Kerngebiet der intraoperativen Patientenbetreuung zum umfassenden Gebiet der perioperativen Medizin einschließlich präoperativer interdisziplinärer Befunderhebung, Intensiv- und Notfallmedizin und postoperativer Schmerztherapie.

Wir setzen die modernen und bewährten Verfahren der Allgemein- und Regionalanästhesie vom Säugling bis ins hohe Alter ein.

Regionalanästhesien haben hier einen hohen Stellenwert. Bei großen bauchchirurgischen und gynäkologischen Eingriffen ist die thorakale Epiduralanästhesie in Kombination mit der Allgemeinanästhesie das Standardverfahren an unserem Hause.

In der Geburtshilfe bieten wir unseren Patientinnen eine schmerzarme Geburt mittels Epiduralkatheter. Für die Schnittentbindung empfehlen wir die rückenmarksnahe Anästhesie und motivieren die Väter zur Unterstützung der Gebärenden im OP.

- **Intensivmedizin (VX00)**

Die Intensivtherapie erfolgt auf unserer Station leitlinienorientiert nach den aktuellen medizinischen Standards. Unsere Intensivstation bietet die Möglichkeiten des invasiven sowie erweiterten hämodynamischen Monitorings. Akute Hebungsinfarkte werden unmittelbar lysiert und zur Herzkatheterversorgung weiterverlegt. Besonderes Augenmerk legen wir auf die Diagnostik und Therapie der Sepsis. Wir stellen vier Beatmungsplätze bereit. In unserem Therapiekonzept hat die nichtinvasive Beatmung einen hohen Stellenwert. Von der Beatmungsmaschine schwer zu entwöhnende Patienten übernehmen wir auch aus anderen Krankenhäusern, um diese nach Langzeitbeatmung langsam von der Beatmung abzutrainieren. Bei Bedarf bieten wir unseren Patienten die Versorgung und Einstellung mit einem Heimbeatmungsgerät an.

B-5.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote - Anästhesiologie und Intensivmedizin

- **Intensivmedizin (MP00)**

Auf unserer Intensivstation erfolgt die Therapie interdisziplinär in enger Zusammenarbeit aller Fachabteilungen unseres Hauses.

Wir stellen vier Beatmungsplätze bereit. In unserem Therapiekonzept hat die nichtinvasive Beatmung einen hohen Stellenwert. Bei Bedarf bieten wir unseren Patienten die Versorgung und Einstellung mit einem Heimbeatmungsgerät an.

- **Schmerztherapie/-management (MP37)**

Schmerztherapeutisch ist die Abteilung in die postoperative Schmerztherapie eingebunden. In Problemfällen beraten wir unsere operativen Partner.

Chronisch schmerzkranken Patienten betreuen wir konsiliarisch auch auf den Stationen.

- **Dialyseleistungen (MP00)**

Wir führen kontinuierliche Dialyseverfahren durch und therapieren bei intermittierender Dialyse in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Nephrologen im Konsiliarsystem.

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

B-5.4 Nicht-medizinische Serviceangebote - Anästhesiologie und Intensivmedizin

Die allgemeinen nicht-medizinischen Serviceangebote des Krankenhauses sind unter A-10 aufgeführt.

B-5.5 Fallzahlen - Anästhesiologie und Intensivmedizin

Siehe Erläuterung unter Punkt B-5.1, im Berichtszeitraum wurden 276 Patienten mitbetreut.

B-5.6 Diagnosen nach ICD - Anästhesiologie und Intensivmedizin

siehe Erläuterung unter Punkt B-5.1

B-5.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD - Anästhesiologie und Intensivmedizin

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I50	27	Herzschwäche
2	C18	14	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
3	K57	14	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose
4	I21	13	Akuter Herzinfarkt
5	I20	12	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris
6	I26	12	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie
7	I48	11	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens
8	K85	9	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse
9	F10	8	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
10	I63	7	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt

B-5.7 Prozeduren nach OPS - Anästhesiologie und Intensivmedizin

B-5.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS - Anästhesiologie und Intensivmedizin

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-980	270	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)
2	8-930	250	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
3	8-831	75	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist
4	8-706	45	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung
5	8-701	44	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten - Anästhesiologie und Intensivmedizin

Schmerzsprechstunde	
Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V (AM05)
Kommentar	Für chronisch schmerzkranken Patienten mit komplexen Schmerzproblemen haben wir eine ambulante Sprechstunde eingerichtet. Unser Angebot gilt besonders auch Patienten mit Tumorschmerzen, die wir ggf. auch in palliativmedizinischer Hinsicht mitbetreuen.

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V - Anästhesiologie und Intensivmedizin

trifft nicht zu

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft - Anästhesiologie und Intensivmedizin

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein
 Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-5.11 Apparative Ausstattung - Anästhesiologie und Intensivmedizin

- **Computertomograph (CT) (AA08)** (24h-Notfallverfügbarkeit)
Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen
an externen Partner vergeben
- **Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät (AA27)** (24h-Notfallverfügbarkeit)
an externen Partner vergeben
- **Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät (AA29)** (keine 24h-Notfallverfügbarkeit)
Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall
- **Geräte für Nierenersatzverfahren (AA14)** (24h-Notfallverfügbarkeit)
intermittierende Verfahren werden durch externe Partner durchgeführt.
- **24h-Blutdruck-Messung (AA58)**
- **24h-EKG-Messung (AA59)**
- **Beatmungsgeräte/CPAP-Geräte (AA38)**
Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck
- **Bronchoskop (AA39)** (24h-Notfallverfügbarkeit)
Gerät zur Luftröhren- und Bronchienspiegelung
- **Defibrillator (AA40)**
Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen

B-5.12 Personelle Ausstattung

B-5.12.1 Ärzte und Ärztinnen - Anästhesiologie und Intensivmedizin

	Anzahl	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	2,0	Die Abteilung wird durch Honorärärzte ergänzt.
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	2,0	Befugnis zur Weiterbildung für 2,5 Jahre
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0	

Fachexpertise der Abteilung

- **Sonstige Zusatzweiterbildung (ZF00)**
fakultative Weiterbildung spezielle Anästhesiologie und Intensivmedizin
- **Anästhesiologie (AQ01)**
- **Spezielle Schmerztherapie (ZF42)**
- **Notfallmedizin (ZF28)**

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

B-5.12.2 Pflegepersonal - Anästhesiologie und Intensivmedizin

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	11,0	3 Jahre

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

- **Intensivpflege und Anästhesie (PQ04)**
- **Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)**
- **Praxisanleitung (ZP12)**

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche





Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §137 Abs.1 Satz 3 Nr.1 SGB V (BQS-Verfahren)

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

C-1.1.[1] Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate für das Krankenhaus

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Herzschrittmacher-Implantation	16	87,5	
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	13	100,0	
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	<= 5	0,0	
Cholezystektomie	94	100,0	
Gynäkologische Operationen	290	100,0	
Geburtshilfe	296	100,0	
Hüftgelenknahe Femurfraktur	45	100,0	
Mammachirurgie	25	80,0	
Ambulant erworbene Pneumonie	125	98,4	
Dekubitusprophylaxe	401	100,0	

C-1.2 Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren

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

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

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

Leistungsbereich (LB)	Brusttumoren
Qualitätsindikator (QI)	Bestimmung der Hormonempfindlichkeit der Krebszellen
Kennzahlbezeichnung	Hormonrezeptorenanalyse
Zähler / Nenner	6 / 6
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	54,0 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Brusttumoren
Qualitätsindikator (QI)	Röntgenuntersuchung des entfernten Gewebes während der Operation
Kennzahlbezeichnung	Intraoperatives Präparatröntgen
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,0\%$
Vertrauensbereich	2,5 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Brusttumoren
Qualitätsindikator (QI)	Sicherheitsabstand zum gesunden Gewebe
Kennzahlbezeichnung	Angabe Sicherheitsabstand: bei brusterhaltender Therapie
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,0\%$
Vertrauensbereich	29,2 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Brusttumoren
Qualitätsindikator (QI)	Sicherheitsabstand zum gesunden Gewebe
Kennzahlbezeichnung	Angabe Sicherheitsabstand: bei Mastektomie
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,0\%$
Vertrauensbereich	47,8 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Frauenheilkunde
Qualitätsindikator (QI)	Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Gebärmutterentfernung
Kennzahlbezeichnung	Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie
Zähler / Nenner	97 / 99
Ergebnis (Einheit)	98,0%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,0\%$
Vertrauensbereich	92,8 - 99,8%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Frauenheilkunde
Qualitätsindikator (QI)	Vorbeugende Medikamentengabe zur Vermeidung von Blutgerinnseln bei Gebärmutterentfernung
Kennzahlbezeichnung	Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie
Zähler / Nenner	96 / 96
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,0\%$
Vertrauensbereich	96,2 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Gallenblasenentfernung
Qualitätsindikator (QI)	Feingewebliche Untersuchung der entfernten Gallenblase
Kennzahlbezeichnung	Erhebung eines histologischen Befundes
Zähler / Nenner	94 / 94
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,0\%$
Vertrauensbereich	96,2 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Gallenblasenentfernung
Qualitätsindikator (QI)	Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)
Kennzahlbezeichnung	Reinterventionsrate
Zähler / Nenner	0 / 76
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,5%
Vertrauensbereich	0,0 - 4,7%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten
Kennzahlbezeichnung	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	66,7%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	9,4 - 99,2%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	1
Kommentar Geschäftsstelle	Es wurde falsch dokumentiert (z.B. menschlicher Fehler, ungenügende Information, Missverständnisse).

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Vorgeburtliche Gabe von Medikamenten zur Unterstützung der Lungenentwicklung bei Frühgeborenen
Kennzahlbezeichnung	Antenatale Kortikosteroidtherapie: bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	9
Kommentar Geschäftsstelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Zeitspanne zwischen dem Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und der Entbindung des Kindes
Kennzahlbezeichnung	EE-Zeit bei Notfallkaiserschnitt
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	= 0,0
Vertrauensbereich	0,0 - 60,3
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmachereinsatz
Qualitätsindikator (QI)	Auswahl des Herzschrittmachersystems
Kennzahlbezeichnung	Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen
Zähler / Nenner	14 / 14
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	76,8 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmachereinsatz
Qualitätsindikator (QI)	Entscheidung für die Herzschrittmacher-Behandlung
Kennzahlbezeichnung	Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen
Zähler / Nenner	14 / 14
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	76,8 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmachereinsatz
Qualitätsindikator (QI)	Komplikationen während oder nach der Operation
Kennzahlbezeichnung	Perioperative Komplikationen: chirurgische Komplikationen
Zähler / Nenner	0 / 14
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,0%
Vertrauensbereich	0,0 - 23,2%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmachereinsatz
Qualitätsindikator (QI)	Komplikationen während oder nach der Operation
Kennzahlbezeichnung	Perioperative Komplikationen: Sondendislokation im Vorhof
Zähler / Nenner	0 / 8
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,0%
Vertrauensbereich	0,0 - 37,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmachereinsatz
Qualitätsindikator (QI)	Komplikationen während oder nach der Operation
Kennzahlbezeichnung	Perioperative Komplikationen: Sondendislokation im Ventrikel
Zähler / Nenner	0 / 14
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,0%
Vertrauensbereich	0,0 - 23,2%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Lungenentzündung
Qualitätsindikator (QI)	Rasche Durchführung von Untersuchungen zur Feststellung des Sauerstoffgehaltes im Blut
Kennzahlbezeichnung	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoximetrie: Alle Patienten
Zähler / Nenner	119 / 123
Ergebnis (Einheit)	96,7%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	91,8 - 99,1%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

C-1.2.[1] B Vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren / Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung.

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

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Übersäuerung des kindlichen Blutes nach der Geburt
Kennzahlbezeichnung	Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	0,4%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 0,3%
Vertrauensbereich	0,0 - 2,1%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	2
Kommentar Geschäftsstelle	Die klinische(n) Begründung(en) für die Abweichung wurde(n) von der Fachgruppe akzeptiert.
Kommentar Krankenhaus	Ursache dieser Auffälligkeit war ein defektes Messgerät

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Vorbeugung von Druckgeschwüren
Qualitätsindikator (QI)	Neu entstandene Druckgeschwüre während des Krankenhausaufenthaltes
Kennzahlbezeichnung	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Risikoadjustierte Rate der Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	2,4%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,9%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	2
Kommentar Geschäftsstelle	Es werden Mängel der Struktur- oder Prozessqualität genannt, die das auffallende Ergebnis erzeugt haben (könnten). Die einzelfallbezogenen klinischen Begründungen des Krankenhauses wurden von der Fachgruppe nach kollegialem Gespräch akzeptiert. Es lagen aus Sicht der Fachgruppe im 1. Quartal des Verfahrensjahr 2008 noch Mängel der Struktur-/Prozessqualität vor, die das auffallende Ergebnis erzeugt haben (könnten). Dies betrifft insbesondere auf den Bereich der Dekubitusprophylaxe. Das Krankenhaus hat im kollegialen Gespräch aber glaubhaft dargelegt, dass seit dem 01.04.2008 wirksame Maßnahmen zur Verbesserung der Prozessqualität eingeleitet wurden, die auch die Vorbeugung von Dekubitus als wichtige Aufgabe der medizinisch-pflegerischen Versorgung beinhalten.
Kommentar Krankenhaus	Eine umfassende Maßnahmenliste wurde erstellt und bearbeitet. Diese beinhaltet neben Schulungsplänen insbesondere auch die Organisation von Vertretungen der Wundexpertin und eine Verfahrensanweisung zur Bestellung von Spezialbetten.

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Vorbeugung von Druckgeschwüren
Qualitätsindikator (QI)	Neu entstandene Druckgeschwüre während des Krankenhausaufenthaltes
Kennzahlbezeichnung	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Risikoadjustierte Rate der Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	2,9%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,8%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	2
Kommentar Geschäftsstelle	Es werden Mängel der Struktur- oder Prozessqualität genannt, die das auffallende Ergebnis erzeugt haben (könnten). Die einzelfallbezogenen klinischen Begründungen des Krankenhauses wurden von der Fachgruppe nach kollegialem Gespräch akzeptiert. Es lagen aus Sicht der Fachgruppe im 1. Quartal des Verjahrsjahr 2008 noch Mängel der Struktur-/Prozessqualität vor, die das auffallende Ergebnis erzeugt haben (könnten). Dies betrifft insbesondere auf den Bereich der Dekubitusprophylaxe. Das Krankenhaus hat im kollegialen Gespräch aber glaubhaft dargelegt, dass seit dem 01.04.2008 wirksame Maßnahmen zur Verbesserung der Prozessqualität eingeleitet wurden, die auch die Vorbeugung von Dekubitus als wichtige Aufgabe der medizinisch-pflegerischen Versorgung beinhalten.
Kommentar Krankenhaus	Eine umfassende Maßnahmenliste wurde erstellt und bearbeitet. Diese beinhaltet neben Schulungsplänen insbesondere auch die Organisation von Vertretungen der Wundexpertin und eine Verfahrensanweisung zur Bestellung von Spezialbetten.

Legende - Bewertung durch den Strukturierten Dialog

- 0 = Der Strukturierte Dialog ist noch nicht abgeschlossen. Derzeit ist noch keine Einstufung der Ergebnisse möglich.
- 1 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft.
- 2 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft. Die Ergebnisse werden im Verlauf besonders kontrolliert.
- 3 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig eingestuft.
- 4 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als erneut qualitativ auffällig eingestuft.
- 5 = Das Ergebnis wird bei mangelnder Mitwirkung am Strukturierten Dialog als qualitativ auffällig eingestuft.
- 8 = Das Ergebnis ist unauffällig. Es ist kein Strukturierter Dialog erforderlich.
- 9 = Sonstiges (im Kommentar erläutert)
- 13 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als qualitativ auffällig eingestuft.
- 14 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als erneut qualitativ auffällig eingestuft.

Aus Datenschutzgründen werden Fallzahlen und/oder Komplikationen < 5 Fälle nicht ausgewiesen.

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:

- **Koronare Herzkrankheit (KHK) (KORO)**
Die Innere Medizin des Kreiskrankenhauses Prenzlau bietet Patienten mit koronarer Herzkrankheit die Teilnahme an einem DiseaseManagementProgramm an. Die Therapieziele sind die Verminderung der Sterblichkeit, das Aufhalten des Fortschreitens der Erkrankung sowie die Steigerung der Lebensqualität. Die therapeutischen Maßnahmen umfassen neben der Ernährungs- und Raucherberatung, körperliche Aktivität, psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung selbstverständlich auch medikamentöse und interventionelle Therapien. Darüber hinaus gehört die Rehabilitation nach einem akuten Krankheitsgeschehen in das DMP. Bei diesem Programm handelt es sich um ein strukturiertes und evaluiertes Programm, in dem bestimmte Qualitätsstandards von allen Leistungserbringern erfüllt sein müssen.
- **Diabetes mellitus Typ 2 (DIA2)**
Das Haus nimmt am DiseaseManagementProgramm Diabetes Typ 2 teil.
Für jeden Patienten wird eine Therapie entsprechend der im DMP festgelegten Leitlinien erarbeitet. Sie besteht aus der medikamentösen Behandlung, aber auch einer ausführlichen Schulung.
Es erfolgt eine enge Kooperation mit den Hausärzten und Diabetes-Schwerpunktpraxen.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

entsprechend der gesetzlichen Vorschriften

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

Das Leistungsspektrum des Kreiskrankenhauses Prenzlau umfasst keine Prozeduren, die in der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs.1 S.3, Nr.3 SGB V benannt sind.



D

Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

In der Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH gilt eine gemeinsame Qualitätspolitik als Grundlage aller Aktivitäten.

Unsere Qualitätspolitik

Ziel unserer Arbeit ist eine messbar gute Qualität der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse bei der ambulanten und stationären Behandlung unserer Patienten. Dabei stellt die wirtschaftliche Betriebsführung die Handlungsfähigkeit des Unternehmens sicher.

Qualitätsmanagement

- steigert die Versorgungs- und Lebensqualität unserer Patienten
- vermittelt Kompetenz und Professionalität in der Versorgung
- fördert die Beziehungen zwischen Mitarbeitern und Patienten
- steigert die Zufriedenheit in der Berufsausübung der Mitarbeiter
- verbessert die Leistungsfähigkeit und Wirksamkeit der Tätigkeiten im Krankenhaus
- intensiviert die internen und externen Geschäftsbeziehungen
- verbessert die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung.

Gute Qualität im Versorgungsprozess kann nur durch uns als Leistungserbringer erreicht werden. Darum wollen wir alle Mitarbeiter unseres Unternehmens und unserer Partner in das Qualitätsmanagement einbinden. Qualitätsbewusste Mitarbeiter gehen den Weg der kontinuierlichen Verbesserung der Abläufe gemeinsam.

Das Qualitätsmanagement ermöglicht es, sämtliche Abläufe an unseren Kunden auszurichten und kontinuierlich zu verbessern. Daher werden wir die Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems ständig überprüfen, Verbesserungspotentiale ableiten und Maßnahmen zur Qualitätssteigerung durchführen.

Die genannten Ziele werden in allen Unternehmen der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH umgesetzt.

D-2 Qualitätsziele

Die GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH hat folgende gemeinsame Ziele und Strategien festgelegt:

1. Marktführerschaft in der regionalen Gesundheitswirtschaft

- Angebot des kompletten Leistungsspektrums der Krankenhausversorgung in der Region
- Ausbau der ambulanten Versorgung durch Gründung weiterer MVZ
- Ausbau der ambulanten Versorgung durch Zukauf weiterer Praxen für vorhandene MVZ
- Bindung niedergelassener Ärzte durch Angebot von Praxisräumen und Kooperationen
- Umfassende strukturierte Öffentlichkeitsarbeit
- Engagement in regional wichtigen Bereichen außerhalb des Gesundheitswesens
- Bildung von Kooperationen und Allianzen zur Optimierung der Patientenversorgung

2. Erhaltung und Schaffung von attraktiven und sicheren Arbeitsplätzen in der Region

- Vergrößerung des Einzugsbereiches in räumlicher und sachlicher Hinsicht
- Wahrnehmung der Unternehmerpflicht zur Ausbildung, mit vorrangiger Berücksichtigung von Bewerbern aus der Region
- Familienfreundliche Gestaltung der Arbeitsplätze und Arbeitsumstände
- Beteiligung der Mitarbeiter an der Gestaltung der eigenen Arbeitsumgebung und der Arbeitsumstände
- Verstärkung der Motivation und Identifikation der Mitarbeiter mit dem Unternehmen durch Corporate Identity und gemeinsame Veranstaltungen
- Durchführung einer strukturierten Personalentwicklung
- Umfassende und zeitnahe Information der Mitarbeiter über wichtige Tatsachen und Veränderungen
- Aushandeln von „Einkaufsvorteilen“ für Mitarbeiter des Konzerns
- Steigerung der Attraktivität der Region durch umfassendes Engagement im gesellschaftlichen Umfeld

3. Dauerhafte Sicherung der Investitionsfähigkeit durch Gewinnerzielung

- Belegungssicherung und -erweiterung durch Schaffung eigener Angebote im Gesundheitsmarkt und Bindung der Zuweiser
- Sicherung und Verbesserung der Wirtschaftlichkeit durch Optimierung der betrieblichen Prozesse
- Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Datensicherheit durch einheitliche EDV
- elektronisches Archivierungssystem
- Sicherung der Wirtschaftlichkeit durch abgestimmten Sachmitteleinsatz, gemeinsamen Einkauf und optimierte Logistikprozesse
- Sicherung der Wirtschaftlichkeit durch rechtzeitige Reinvestition und Gewährleistung einer modernen Ausstattung
- Sicherung bzw. Verbesserung der Wirtschaftlichkeit durch optimalen Personaleinsatz (Synergien)

4. Erschließung und Ausbau von Wachstumsmärkten in der Gesundheitswirtschaft

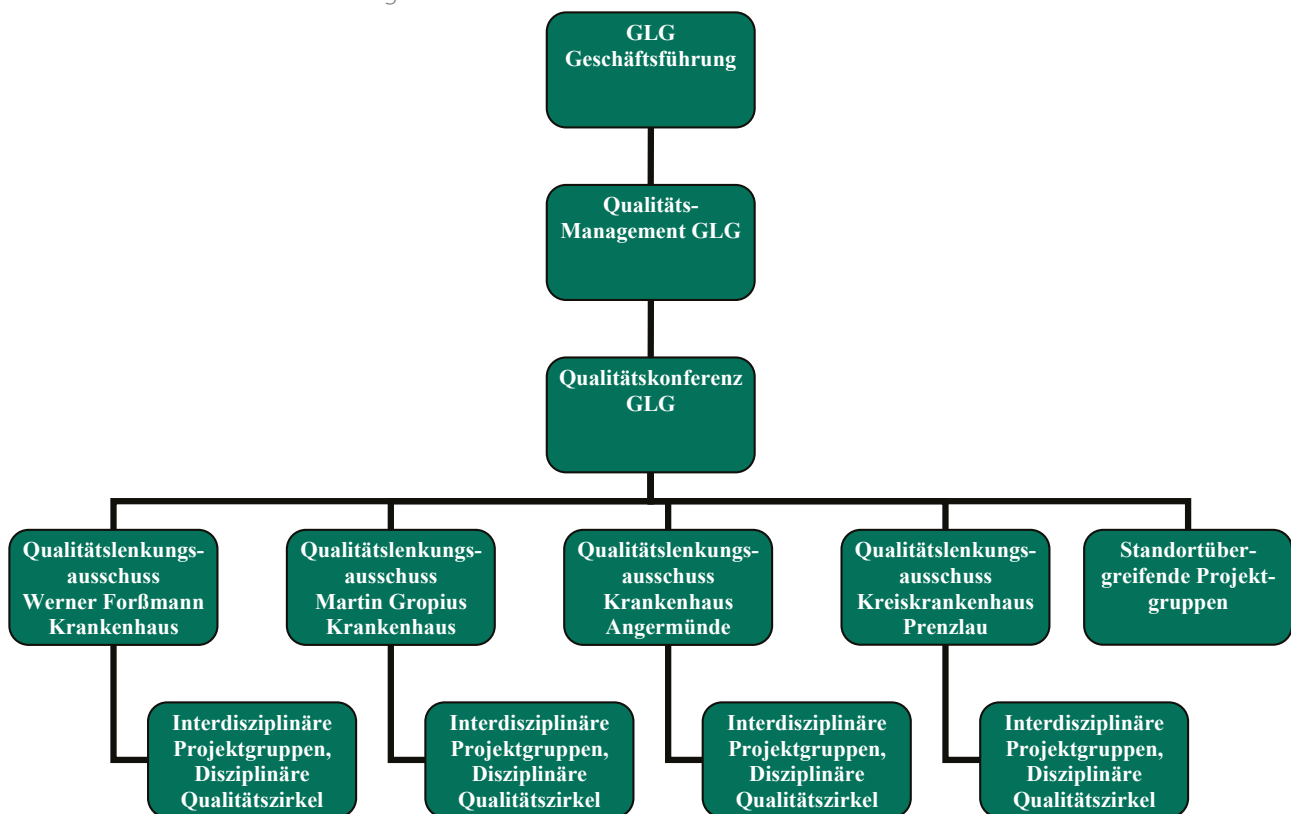
- Ausbau der ambulanten Versorgung durch Gründung weiterer MVZ
- Ausbau der ambulanten Versorgung durch Zukauf weiterer Praxen für vorhandene MVZ
- Ausbau der geriatrischen Versorgung
- Aufbau einer Frührehabilitation (ggf. gemeinsam mit Partnern)
- Ausbau der psychiatrischen Versorgung durch Errichtung von Tageskliniken und Institutsambulanzen
- Angebot von Prävention/Sport an Bevölkerung

5. Qualitätsführerschaft in der Region

- Kontinuierlicher Verbesserungsprozess in allen Bereichen des Konzerns
- Nachweis hoher Qualität durch Erwerb von Zertifikaten
- Kommunikation der Erreichung von Qualitätszielen
- Teilnahme an Disease Management Programmen
- Teilnahme an der Integrierten Versorgung
- Herausgabe von Berichten: Qualitätsbericht, Jahresbericht, Personalentwicklungsbericht, Sozialbilanz, Umweltbilanz

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Die GLG Geschäftsführung trägt die Gesamtverantwortung für das Qualitätsmanagement. Sie legt die konzernweite Qualitätspolitik mit ihrer Strategie und den Leitsätzen fest, stellt die Systemmittel bereit und benennt den Aufbau der Strukturen. Darüber hinaus verantwortet die Geschäftsführung die Realisierung und Aufrechterhaltung des QM-Systems sowie den Gesamtetat der Abteilung.



Am 01.05.2008 wurde die zentrale Abteilung für Qualitätsmanagement gegründet. Diese Abteilung ist der Geschäftsführung unmittelbar zugeordnet und hat folgende Aufgaben:

- Auf- und Ausbau des Qualitätsmanagementsystems für die GLG unter Berücksichtigung bestehender Strukturen
- Erstellung eines Qualitätsentwicklungsplanes, der sowohl die Zertifizierungen der Krankenhäuser nach KTQ wie auch Zertifizierungen einzelner Bereiche nach DIN ISO 9001 umfasst
- Analyse der wesentlichen Kernprozesse in der Leistungserbringung und Entwicklung von Prozessorientierten Optimierungstrategien
- Schaffung, Einhaltung und Weiterentwicklung der Qualitätsstandards in der Patientenversorgung
- Erhöhung der Patientensicherheit durch Schaffung eines krankenhausspezifischen Fehler- und Riskmanagements
- Steuerung von Qualitätsprojekten
- Einführung adäquater Indikatoren und/oder Kennzahlen zur Überprüfung der Qualitätsmanagementmaßnahmen
- Motivation, Information und Schulung der Mitarbeiter im Unternehmen zu den Themen des Qualitätsmanagements

Eine Qualitätskonferenz nimmt die Steuerungs- und Koordinierungsfunktion des Qualitätsmanagements auf Konzernebene wahr. Die Qualitätskonferenz setzt sich zusammen aus der Geschäftsführung, dem Qualitätsmanagement der GLG,

der GLG Pflegedirektion, der ärztlichen Koordination, dem Medizincontrolling, sowie den Mitgliedern der Krankenhausbetriebsleitungen. Zu den Aufgaben gehören:

- die Festlegung der Grundsätze der Qualitätsentwicklung aller Standorte
- die Definition der lang- und mittelfristigen Zielen
- die Projektvergabe
- die strukturierte Berichterstattung aus den Qualitätslenkungsausschüssen

Die dezentrale Entwicklung des Qualitätsmanagements auf Krankenhausebene liegt in der Verantwortung der Verwaltungsleitung. Sie übernimmt die Umsetzung und Steuerung des Qualitätslenkungsausschuss mit ihren qualitätsbezogenen Aufgaben. Die Verantwortung wird zusammen mit der Betriebsleitung ausgeübt. Der Qualitätslenkungsausschuss am jeweiligen Standort ist das Steuerungs- und Koordinierungsorgan des Qualitätsmanagements auf Standortebene und ist interdisziplinär und multiprofessionell besetzt. Er koordiniert sowohl die interdisziplinären Projektgruppen, in denen berufsgruppenübergreifenden Probleme bearbeitet werden, als auch die disziplinären Qualitätszirkel, welche sich mit abteilungs- bzw. stationsspezifischen Qualitätsproblemen befassen.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

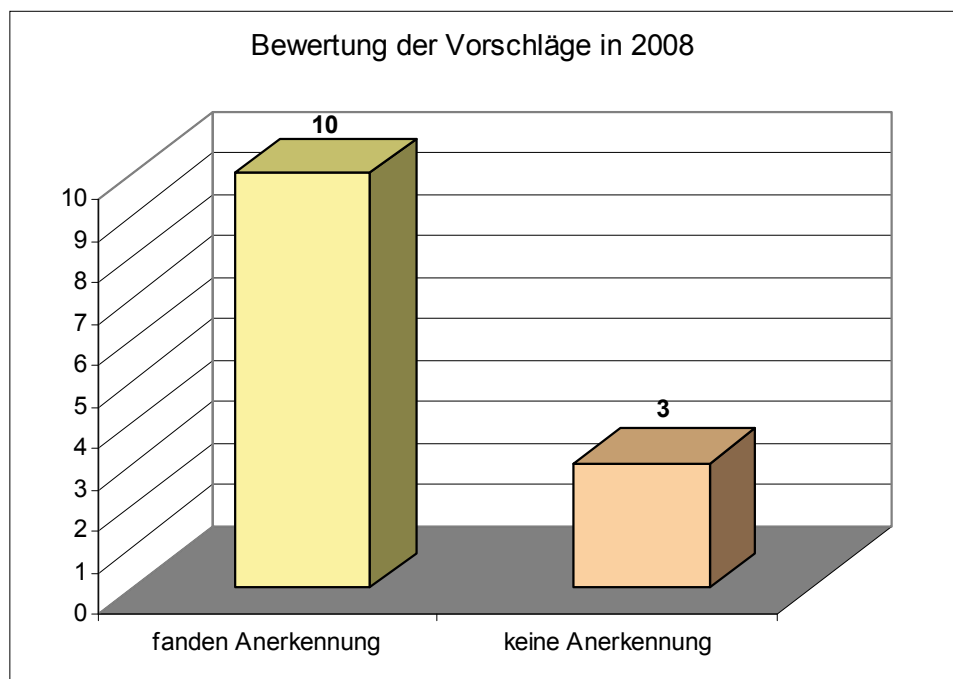
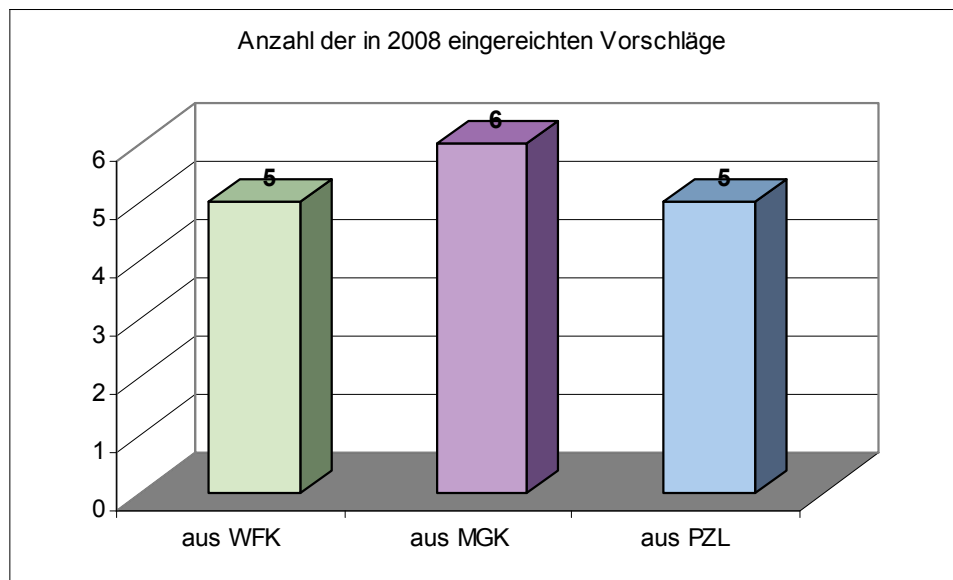
GLG-weit etablierte Instrumente des Qualitätsmanagements

Betriebliches Vorschlagswesen

Das Ziel unseres Betrieblichen Vorschlagswesens ist es, unsere Mitarbeiter zu motivieren, ihre Ideen und Verbesserungsvorschläge einzureichen. Ein besonderes Interesse besteht an Vorschlägen, die Kosten sparen, die Arbeitsbedingungen und die Zusammenarbeit verbessern, die Serviceorientierung verstärken, die Arbeitssicherheit erhöhen und den Umweltschutz fördern.

Eine Bewertungskommission entscheidet nach dem unabhängige Gutachter eine Bewertung des Vorschlages vorgenommen haben, ob eine Umsetzung erfolgen soll.

Seit dem Inkrafttreten einer GLG-weiten Betriebsvereinbarung (BV) sind 2008 insgesamt 16 Verbesserungsvorschläge eingereicht worden. Davon wurden 13 Vorschläge im Jahr 2008 bewertet; die Bewertung der drei anderen Vorschläge erfolgt 2009.



Ein Verbesserungsvorschlag wurde mit 300 € prämiert und bezog sich auf die Einrichtung eines Internetportals im Eingangsbereich der Klinikum Barnim GmbH, Werner Forßmann Krankenhauses, der nun den Patienten zur Nutzung zur Verfügung steht. Andere Vorschläge brachten kleinere aber sehr sinnvolle Veränderungen in den Unternehmen, von denen Patienten, Angehörige und Mitarbeiter profitieren. Bei diesen Vorschlägen erhielten die Einreicher kleine Anerkennungen, wie z. B. Gutscheine.

Befragungen von Patienten, Mitarbeitern und einweisenden Ärzten

Wir nutzen Befragungen, um die Zufriedenheit unserer Patienten, Mitarbeiter und Einweiser zu ermitteln. Wir haben für die Krankenhäuser des Unternehmensverbundes ein Befragungskonzept entwickelt, welches im Abstand von jeweils 3 Jahren die Durchführung aller drei Befragungsgruppen vorsieht. Im Berichtsraum wurden nachfolgend aufgeführte Befragungen in den GLG-Krankenhäusern durchgeführt:

- Einweiserbefragung Klinikum Barnim GmbH, Werner Forßmann Krankenhaus
- Patientenbefragung MSZ Uckermark Krankenhaus Angermünde
- Einweiserbefragung MSZ Uckermark Kreiskrankenhaus Prenzlau

Die Ergebnisse zeigen unsere Stärken auf, aber auch unsere Verbesserungspotentiale, die wir gezielt durch Maßnahmenplanungen nutzen, um unsere Kunden zukünftig besser zufrieden zu stellen.

Im Jahr 2009 werden wir eine unternehmensweite Patientenbefragung und eine Mitarbeiterbefragung durchführen.

Ergebnisse der Einweiserbefragung im Krankenhaus Prenzlau

Im April 2008 wurde im Krankenhaus Prenzlau eine Einweiserbefragung durchgeführt mit dem Ziel, Stärken und Verbesserungspotentiale in der Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte mit dem Krankenhaus Prenzlau zu ermitteln.

Bei der Ergebnisauswertung fiel vor allem auf, dass der Einweisungsprozess sowie die Wartezeiten auf den stationären Termin und auch bei der Aufnahme selbst als sehr positiv eingeschätzt wurden. Des Weiteren wurde deutlich, dass die Einweiser besser informiert sein möchten bzgl. des Leistungsspektrums des Krankenhauses. Das zeitliche Eintreffen der Arztbriefe bewerteten die Einweiser positiv, dagegen besteht Kritik zu den Inhalten der Briefe. Die aus der Befragung ablesbaren Verbesserungspotentiale im Entlassungs- bzw. Überleitungsprozess der Patienten werden im Rahmen des GLG-Projekts Entlassungsmanagement (siehe D-5) bearbeitet.

Klinisches Ethik-Komitee

In den letzten Jahren hat eine wachsende Anzahl von Krankenhäusern in Deutschland unterschiedliche institutionelle Strukturen zur Beratung ethischer Probleme in der Patientenversorgung eingerichtet. Im Rahmen dieser Entwicklung stellen Ethikkomitees, die ethische Probleme aus dem Alltag der Behandlung und Pflege von Patienten beraten, neue Formen der medizinischen Ethikberatung in Deutschland. Die Einrichtung eines Klinischen Ethikkomitees bedeutet in der Praxis eine Weiterentwicklung von Kommunikation und Identität in einem Krankenhaus und geht über eine ethische Einzelfallberatung hinaus. Damit kann ein Ethikkomitee wichtige ethische Beiträge zur Leitbild-, Qualitäts-, Organisations- und Personalentwicklung in einer Einrichtung leisten.

Dieser Entwicklung hat sich die GLG auf Initiative des Ärztlichen Beirats gestellt. In einem umfassenden Konsensprozess wurde die Satzung durch den Ärztlichen Beirat entwickelt und im August 2008 verabschiedet. Entsprechend des Statutes besteht das Ethik-Komitee der GLG aus den nachstehend genannten Mitgliedern: Ärztlicher Sprecher / Sprecherin, Mitglied aus dem Ärztlichen Beirat, Vertretern aus dem Bereich der Pflege, Jurist, Psychologe/Seelsorger, unabhängiges, neutrales Mitglied. In der konstituierenden Sitzung wurde der Sprecher des Ethik-Komitees gewählt. Zu den wesentlichen Aufgaben unseres Klinischen Ethik-Komitees gehören die Leitlinienentwicklung, die Einzelfallberatung, sowie die Fort- und Weiterbildung in klinischer Ethik. Vor der Verabschiedung einer Leitlinie wird diese allen interessierten Mitarbeitern des Unternehmens zur Diskussion zur Verfügung gestellt, wobei relevante Änderungen berücksichtigt werden. Anschließend erfolgt der Beschluss durch die Betriebsleitung/Geschäftsführung. Diese Vorgehensweise erscheint uns für die Qualität und die spätere Akzeptanz der Leitlinie wesentlich. Die Transparenz der Arbeit des Ethik-Komitees und eine gute Kommunikation des Erstellungsprozesses sind für uns wesentliche Erfolgskriterien. Neben der Erstellung von Leitlinien ist die ethische Fallberatung eine weitere Aufgabe, die grundsätzlich nur auf Anfrage aus dem Behandlungsteam oder vom Patienten durchgeführt wird. Es handelt sich hierbei um ein freiwilliges Beratungsangebot, welches die Betroffenen bei ethisch schwierigen Entscheidungen unterstützen soll.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Die Geschäftsführung der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH hat zu Beginn des Jahres beschlossen, alle Krankenhäuser nach den Vorgaben der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) zertifizieren zu lassen. Um die Stärken und Verbesserungsbereiche innerhalb der Unternehmen beurteilen zu können, wurden KTQ- Kurzchecks in allen drei Krankenhausstandorten der GLG, die bisher nicht zertifiziert wurden, durchgeführt. Die KTQ- Kurzchecks schlossen mit einem Strategieworkshop, indem die Stärken und Verbesserungsbereiche präsentiert wurden und eine Maßnahmenplanung zur Zertifizierungsvorbereitung verabschiedet wurde, ab. Folgende Projekte wurden für die GLG herausgearbeitet:

1. Behandlungspfade

Behandlungspfade legen die optimale Abfolge und Terminierung der wichtigsten Maßnahmen fest, die von allen Disziplinen bei der Versorgung eines Patienten mit einer bestimmten Diagnose oder Behandlung durchgeführt werden. Interdisziplinäre Behandlungspfade sind spezielle Implementierungen von Leitlinien, die konkret auf einen Patienten eingehen. Behandlungspfade schaffen Transparenz nach innen und außen und stellen somit ein ideales Instrument dar, die Koordination aller Fachgebiete, die mit der Behandlung dieses Patienten betraut sind, zu gestalten. Ziel des Projektes ist die Optimierung von Prozessabläufen in der Patientenbehandlung, die Qualitätssicherung in der medizinischen Behandlung und die Erhöhung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit. Die erste Entwicklung von zwei Behandlungspfaden je Fachabteilung wird 2009 abgeschlossen sein.

2. Entlassungsmanagement

Der Erfolg der Krankenhausbehandlung soll durch vorausschauende, abgestimmte Planungen der Berufsgruppen gesichert und fortgeführt werden. Deshalb sind frühzeitige Planung und Organisation zur Entlassung von Patienten wesentliche Bestandteile der Krankenhausbehandlung. Das Entlassungsmanagement beginnt bereits unmittelbar zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes und wird integraler Bestandteil der Behandlung und Pflege. Eine optimale, schnelle und effiziente Entlassung der Patienten nach Hause oder in nachsorgende Institutionen wird zeitnah von den behandelnden Ärzten, den Pflegenden und den Mitarbeitern des Sozialdienstes organisiert. Ziel des Projektes, das 2009 abgeschlossen wird, ist es alle Patienten in ein strukturiertes, umfassendes Entlassungsmanagement zu überführen. Somit ist eine systematische, geplante Entlassung bzw. Überleitung der Patienten in die Häuslichkeit und nachsorgenden Institutionen gewährleistet.

3. Personalentwicklung

Personalentwicklung ist ein fortlaufender, langfristig systematisch angelegter Prozess. Er leitet sich aus den Unternehmenszielen der GLG mbH ab. Die Personalentwicklung der vier Krankenhäuser der GLG hat einen hohen Stellenwert. Beispiele hierfür sind ärztliche Fort- und Weiterbildungen, interne und externe Fortbildungsprogramme des Pflegedienstes und eine systematische Einarbeitung. Die Handlungsfelder der Personalentwicklung haben sich in ganz verschiedenen Schwerpunkten herausgebildet und stehen für die vier Krankenhäuser bisher noch weitgehend unverbunden nebeneinander. Die GLG mbH beginnt mit einer systematischen Personalentwicklung. Darunter werden alle Maßnahmen verstanden, die die fachliche Qualifikation und soziale Kompetenz ihrer Mitarbeiter steigert und zur Motivation und Zufriedenheit beitragen. Die Planung und Umsetzung der Personalentwicklung berücksichtigt personelle, strukturelle und organisatorische Gesichtspunkte. Die Handlungsfelder und Instrumente der Personalentwicklung sind:

- Einführung neuer Mitarbeiter,
- Nachwuchssicherung,
- System zur Potenzialeinschätzung,
- Fortbildungsprogramme,
- Fachärztliche Weiterbildung,
- Fortbildungscontrolling,
- Gesundheitsförderung.

Ziel dieses Projektes ist es, ein Personalentwicklungskonzept im nächsten Jahr zu erarbeiten und einzuführen.

4. Arbeitsschutzmanagementsystem

Ein GLG-weit einheitliches Arbeitsschutzmanagementsystem hat das Ziel der Senkung von Arbeitsunfallzahlen und die Verbesserung der Gesundheit der Beschäftigten am Arbeitsplatz. Angelehnt an den Prozess der kontinuierlichen Verbesserung ergeben sich für das Arbeitsschutzmanagementsystem folgende Punkte:

- **Planung:** Die Gefährdungserkennung, Risikoeinschätzung und darauf folgende Festlegung der Maßnahmen sind wichtigster Bestandteil des Arbeitsschutzmanagements. Sowohl alltägliche Abläufe als auch seltene Tätigkeiten werden auf Gefahren und Risiken geprüft. Verfahrensanweisungen stellen sicher, dass rechtliche Anforderungen regelmäßig erhoben, bewertet und umgesetzt werden.
- **Umsetzung:** Verantwortlichkeiten (u. a. Sicherheitsbeauftragter, Strahlenschutzbeauftragter) und Programme des Arbeitsschutzmanagements werden aufgestellt und ausgeführt. Wichtige Beispiele sind Beschaffung von Arbeitsmitteln und Persönlichen Schutzausrüstungen, der Umgang mit Fremdfirmen, Kommunikation und Beratung mit den Beschäftigten und ihren Vertretern sowie Notfallvorsorge und Gefahrenabwehr.

- **Überprüfung:** Nach der Einführung wird das Arbeitsschutzmanagement regelmäßig überprüft. Es wird ein Controlling eingeführt, bei dem die wichtigsten Kennzahlen zur Unfallstatistik und sonstigen Daten erhoben und bewertet werden. Bei Abweichungen werden entsprechende Korrekturmaßnahmen eingeleitet. Es werden interne Audits zur Überprüfung der Umsetzungsqualität durchgeführt.
- **Bewerten und Maßnahmen festlegen:** Die Betriebsleitung ist verpflichtet, die Eignung des Arbeitsschutzmanagements in festgelegten Abständen zu bewerten und gegebenenfalls Korrekturmaßnahmen festzulegen. Dieses Projekt wird im nächsten Jahr umgesetzt.

5. Umweltmanagement

Ziel des Projektes ist die Implementierung von umfassenden Regelungen zum Umweltschutz und Erhalt der Ressourcen. In einer Arbeitsgruppe bestehend aus Mitarbeitern aller Standorte der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH werden folgende Konzepte erarbeitet:

- **Abfallwirtschaftskonzept:** Abfallwirtschaftskonzepte der einzelnen Standorte werden überarbeitet und zu einem GLG-weiten Abfallwirtschaftskonzept zusammengeführt. Ziel ist die Vermeidung von Abfall durch gezielte Einkaufsstrategien, Trennung von Abfall zur Sicherung der maximalen Wiederverwertung und kostengünstiger Entsorgung.
- **Wassernutzungskonzept:** Dieses Konzept umfasst die Erarbeitung von Möglichkeiten zum Einsparen von Wasser unter Beachtung wasserhygienischer Bedingungen durch den Einsatz von Perlatoren, Spartasten und Einhebelmischer sowie der Nutzung von Regenwasser.
- **Energienutzungskonzept:** Das Energienutzungskonzept umfasst vier Teilgebiete - Heizungsanlagen, Gebäudemassnahmen, Elektroenergie und personelle Maßnahmen. Ziel dieses Konzeptes ist die Einsparung und effizientere Nutzung der Energien.
- **Einkaufskonzept:** Das Einkaufskonzept beinhaltet eine Bewertung der Artikel und Geräte nach Energieeffizienz, ökologische Entsorgungsmöglichkeit, Entsorgungsaufwand und Medienaufwand.

6. Medizinisches Risikomanagement

Zur Erhöhung der Patientensicherheit wurden Aktivitäten initiiert, u.a. auch ein Frühwarnsystem - Critical Incident Reporting System (CIRS) - zu implementieren. Ziel dieses Risikomanagements ist die Identifizierung von Risiken in der Patientenversorgung und deren unterstützenden Prozessen, sowie die Auswahl und Einleitung von geeigneten Maßnahmen zur Risikominimierung. Dafür werden im nächsten Jahr in den Kliniken der GLG mbH Strukturen implementiert, die eine systematische und methodisch fundierte Ursachenanalyse von Beinahevorkommnissen ermöglichen. Dies beinhaltet die Installation einer Software zur Meldung von Beinahevorkommnissen, die Einrichtung von Meldekreisen und die Auswahl von CIRS-Beauftragten für die Auswertung der Meldungen. Durch die Einführung dieses Fehlermeldesystems ist es den Mitarbeitern möglich, schnell, unbürokratisch und anonym kritische Ereignisse oder Beinahevorkommnisse zu beschreiben und aus ihrer Sicht vorzuschlagen, was zur künftigen Vermeidung getan werden kann. Dabei geht es nicht um die Suche nach Schuldigen, sondern um die Veränderung von Systemen, Prozessen und Abläufen, um künftig dieses Fehler bzw. Ereignisse zu vermeiden. Die Mitarbeiter haben die Möglichkeit ihre Berichte in elektronischer Form oder mittels Dokumentenvorlage abzugeben. Die eingegangenen Meldungen werden in dezentralen interdisziplinären Teams ausgewertet. Bei dieser dezentralen Struktur der Auswertungsteams haben wir eine zentrale Stelle eingerichtet um alle eingehenden Meldungen zu anonymisieren und ggf. Sofortmaßnahmen einzuleiten. Durch die zentrale Stelle wird die Koordination von klinikübergreifenden bzw. abteilungsspezifischen Maßnahmen vorgenommen und das Lernpotenzial dem gesamten Krankenhaus zur Verfügung gestellt.

7. Festlegung der Leitungsstrukturen und Führungsgrundsätze

Die Ziele dieses Projektes, welches in 2009 abgeschlossen wird, bestehen darin die Arbeit in Leitungsgremien zu optimieren, Regelungen zur Zusammenarbeit für Führungskräfte zu erstellen, das Vier-Augen-Prinzip sicherzustellen sowie die Kommunikation und Umsetzung von Entscheidungen und Beschlüssen zu sichern. Um diese Ziele zu erreichen werden die Leitungsstrukturen und Führungsgrundsätze erarbeitet, eine Maßnahmenplanung in den Leitungsgremien und Kommissionen mit Festlegung der Verantwortlichkeiten und zeitlicher Planung entwickelt und neue Sitzungsrhythmen eingeführt.

8. Kennzahlensystem / qualitätsrelevante Daten

Die zunehmende Bedeutung der Qualitätsdaten führen dazu, dass innerhalb der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH ein Managementsystem erstellt wird, das der mehrdimensionalen Leistungsmessung und Unternehmenssteuerung dient. Ziel dieses Projektes ist die Ermittlung qualitätsrelevanter Daten mit entsprechenden Zielvorgaben sowie die Entwicklung eines strukturierten Berichtswesens dieser Daten mit Festlegung der Verantwortlichen und der Verbesserungsmaßnahmen. Im Rahmen klassischer Projektgruppenarbeit werden die Ziele, Inhalte und Berichtsnotwendigkeiten für die medizinische Ergebnisqualität definiert. Mit den Mitarbeitern werden aus ihrer Sicht wünschenswerte Informationen definiert, die aus Sicht der Nutzer die Qualitätsoptimierung in der Leistungserbringung erleichtern. Hierbei werden interne und externe Auswertungen und Auswertungsmöglichkeiten vorgestellt, weitere Möglichkeiten erarbeitet und abschließend für die interne und externe Kommunikation geeignete Kennzahlen ausgewählt. Für die Bestimmung weiterer Kennzahlen werden Vorschläge durch das Medizincontrolling erarbeitet. Hierbei werden sowohl bereits vorhandene Datengrundlagen genutzt wie auch Daten mit Vergleichspotenzial. Besonders beachtet werden auch

die Relevanz und das Optimierungspotenzial im Unternehmen. Grundlage des Kennzahlensystems ist die BalanceScore-Card. Die Vorschläge werden mit den Verantwortlichen diskutiert, ggf. ergänzt und bei Relevanz für das Krankenhaus aufgenommen. Für alle ausgewählten Bereiche werden Ziele, Art der Kennzahl, Referenzbereiche und die notwendigen Maßnahmen zur Zielerreichung festgelegt. Ergänzend erfolgt die Einigung auf die Kennzahlenverantwortlichen, die Auswertungsrhythmen und das entsprechende Berichtswesen. Dieses Projekt wird sukzessive umgesetzt und in 2009 abgeschlossen.

Projekte des Krankenhauses Prenzlau

Kinästhetik in der Pflege

Um Bewegungsdefizite von Patienten zu kompensieren, sind Pflegende häufig versucht, Patienten zu heben und zu tragen. Es fehlt ihnen an notwendigen Handlungsfähigkeiten, um Patienten gezielt zu unterstützen. Resultat sind häufige Beschwerden der Muskulatur und Wirbelsäule, bis hin zu ernsthaften Erkrankungen des Skeletts, vornehmlich der Wirbelsäule.

Der Ansatz von Kinästhetik ist es, Pflegende zu unterrichten, wie sie die meisten pflegerischen Tätigkeiten durch Bewegung, anstelle von Heben und Tragen, ausführen können.

Geschult werden die Pflegekräfte durch die Leiterin der Physiotherapie. Das Konzept der Kinästhetik, zusammen mit Bewegungs- und Handlungsfähigkeiten, die im Kurs erlernt und erweitert werden, helfen Pflegenden, individuell und/oder gemeinsam mit Patienten Lösungen für Fortbewegungsaktivitäten zu entwickeln. Um eine Verbesserung der pflegerischen Leistung und eine Verminderung des Verletzungsrisikos zu erreichen, wurden folgende zwei Bereiche berücksichtigt:

- Die Schulung der spezifischen motorischen und sensorischen Fähigkeiten, die zur Ausübung der Tätigkeiten erforderlich sind.
- Die Gestaltung der Arbeitsumgebung, damit die für die Tätigkeiten notwendigen Bewegungen leicht ausgeführt werden können.

Die Kosten für die Kurse werden durch das Krankenhaus Prenzlau getragen.

Rückenschule

Zielsetzung der Rückenschule ist es, die umfassende Information und Schulung unserer Mitarbeiter im Kreiskrankenhaus Prenzlau, auf motorischer, affektiv-emotionaler, kognitiver und sozialer Ebene, um deren Kompetenz für einen eigenverantwortlichen Umgang mit dem eigenen Körper zu entwickeln. Die Rückenschule soll somit dazu beitragen, die Entstehung von Rückenerkrankungen im Sinne einer primären Prävention zu verhindern bzw. im Bereich der sekundären und tertiären Prävention, das Fortschreiten von bereits eingetretenen Störungen zu vermeiden und Wiedererkrankungen zu verhindern.

Für die Entwicklung von Rückenbeschwerden sind neben dem altersbedingten Verschleiß der Wirbelsäule vor allem falsche Körperhaltungen sowie stark rückenbelastendes Bewegungsverhalten verantwortlich.

Mit der Durchführung der Rückenschule ermöglichen wir

- die Stärkung der physischen Gesundheitsressourcen
- Verminderung von Risikofaktoren
- Aufbau von und Bindung an gesundheitsorientierte Aktivität
- Sensibilisierung für haltungs- und bewegungsförderliche Verhältnisse.

Die Rückenschule wird von ausgebildeten Mitarbeitern unserer Physiotherapie angeboten.

Der Bedarf an Wiederholungs- bzw. Auffrischkurse wird in den Stationsleitungsbesprechungen regelmäßig analysiert und an die verantwortliche Physiotherapeuten weitergeleitet. Von dort aus erfolgt die Organisation weiterer Kurse. Die Finanzierung übernimmt das Krankenhaus Prenzlau.

Erweiterungsbau

Im September 2007 begannen im Krankenhaus Prenzlau die Bauarbeiten für einen neuen Gebäudekomplex. Dieser wird die Notfallaufnahme, die Intensivstation und den OP-Bereich des Krankenhauses aufnehmen.

Das Gebäude und die Ausstattung werden mit der Eröffnung im Frühjahr 2009 neuesten medizin-technischen Standards entsprechen.

Neugestaltung der Geburtshilfe

In der Geburtshilfe des Krankenhauses wurde mit der Modernisierung und phantasievollen Umgestaltung der Kreißsäle ein neues, einzigartiges Ambiente geschaffen. Dabei wurde eine ungewöhnliche Idee verwirklicht. An den Wänden eines Kreißsaals zeichnet sich die Silhouette der Stadt Prenzlau ab, und an der Decke breitet sich ein großer, runder, faszinierender Sternenhimmel aus. Der andere Kreißsaal wurde durch mehrere interessante Wandgestaltungen bereichert, zum Beispiel einen Ahornbaum mit plastischen Blättern aus Ton und Stoff. Sie wurden von der Künstlerin Ines Frank geschaffen und tragen ganz wesentlich zur einladenden Atmosphäre der Räumlichkeiten bei.

Über die Geburt hinaus umfaßt die Betreuung im Prenzlauer Krankenhaus ein vielfältiges, abgerundetes, modernes Leistungskonzept für die Schwangerschaft und die Stillzeit. Gern genutzt werden die Angebote des Stillcafes und das Familienzimmer, das auch Väter ermöglicht, der Familie von Anfang an nahe zu sein.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Auf dem Weg zur KTQ-Zertifizierung

Das Krankenhaus Prenzlau bereitet sich auf die Zertifizierung nach dem KTQ-Verfahren für Krankenhäuser vor. KTQ steht für Kooperation für Transparenz und Qualität. Es ist ein freiwilliges Verfahren und motiviert, ein internes Qualitätsmanagement im Sinne der Patientenorientierung zu implementieren und dieses kontinuierlich zu verbessern. Die Betrachtung der Prozessabläufe steht dabei im Mittelpunkt, die berufsgruppen- und hierarchieübergreifend sowie interdisziplinär erarbeitet werden.

Die Fragen des KTQ-Kataloges sind 6 Kategorien zugeordnet:

- Patientenorientierung
- Mitarbeiterorientierung
- Sicherheit
- Informations- und Kommunikationswesen
- Führung und
- Qualitätsmanagement.

KTQ macht somit die gesamten Leistungen des Krankenhauses transparent.

Die Zertifizierung erfolgt dabei in drei Schritten:

1. Selbstbewertung
2. Fremdbewertung/ Visitation
3. Zertifikatsvergabe/ Veröffentlichung des KTQ-Qualitätsberichtes.

Zur Ermittlung des Verbesserungs- und Veränderungsbedarfs haben wir im Sommer 2008 eine Unternehmensberatungsfirma mit der Durchführung eines KTQ-Kurzchecks beauftragt. Mit ausgewählten Fragestellungen aus dem KTQ-Katalog wurden durch leitende Mitarbeiter die Stärken und Verbesserungspotentiale der Gesamtorganisation des Krankenhauses analysiert.

Eine Ergebnispräsentation der Analyse fand im Rahmen eines Workshops statt, in dem das gesamte Optimierungspotential für die Bearbeitung priorisiert und die Maßnahmeplanung zur Herstellung der Zertifizierungsreife erarbeitet wurde. Zentral sind für alle 4 Krankenhausstandorte des Unternehmensverbundes die im D5-Teil beschriebenen Qualitätsmanagementprojekte: Behandlungspfade, Entlassungsmanagement, Personalentwicklung, Arbeitsschutzmanagement, Umweltmanagement, Medizinisches Risikomanagement, Festlegung der Leitungsstrukturen und Führungsgrundsätzen sowie Kennzahlensystem qualitätsrelevanter Daten in Form von Projekten vergeben worden. Die Projektbegleitung erfolgt durch die Qualitätskonferenz der GLG.

Im Krankenhaus Prenzlau wird eine Vielzahl weiterer qualitätsrelevanter Aufgaben bearbeitet.

Schlusswort

Qualität ist ein Ziel, das niemals vollständig erreicht werden kann, sondern immer neue Aufgaben stellt. Es handelt sich damit um einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess, den wir in unserer Arbeit täglich gestalten.

IMPRESSUM

Herausgeber

MSZ Uckermark gGmbH, Krankenhaus Prenzlau

Verantwortlich für den Inhalt

Harald Kothe-Zimmermann, Geschäftsführer

Redaktion

Detlef Lischka, Verwaltungsleiter

Chefärzte der Kliniken und Leiter der Abteilungen

Christiane Reinefeldt, Pflegedirektorin GLG und Leiterin der zentralen Abteilung Qualitätsmanagement

Dr. med. Heide Wiechmann, Medizin-Controllerin GLG

Marcel Szendzielorz, Assistent der Pflegedirektion GLG

Ines Münchow, Mitarbeiterin im Qualitätsmanagement

Dana Tiefensee, Mitarbeiterin im Qualitätsmanagement

Fotos

Klaus Mihatsch, Hans Wiedl

Layout und Herstellung

Grit Götz, Grafikdesign

Andreas Gericke, GLG Öffentlichkeitsarbeit

Druckerei Nauendorf GmbH, Angermünde

Gesundheit für die Region!