



Qualitätsbericht

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort .		1
Einleitun	g	1
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	2
A-0	Fachabteilungen	2
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	2
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	3
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	3
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	4
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	4
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	5
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	6
A-9	Anzahl der Betten	7
A-10	Gesamtfallzahlen	7
A-11	Personal des Krankenhauses	7
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	14
A-13	Besondere apparative Ausstattung	26
В	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	26
B-[1]	Neurologie	26
B-[1].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	27
B-[1].1.1	Fachabteilungsschlüssel	27
B-[1].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	27
B-[1].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	27
B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	28
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	28
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	28

B-[1].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	30
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	30
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	31
B-[1].11	Personelle Ausstattung	31
B-[1].11.′	1 Ärzte und Ärztinnen	31
B-[1].11.′	1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	32
B-[1].11.′	1Zusatzweiterbildung	32
B-[1].11.2	2Pflegepersonal	32
B-[1].11.2	2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	35
B-[1].11.2	2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	35
B-[1].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	35
С	Qualitätssicherung	37
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	37
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	38
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	38

Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

die MEDIAN Klinik Berlin Grünheide legt Ihnen hier den strukturierten Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2020 vor.

Die MEDIAN Klinik Grünheide möchte auch Ihnen mit dieser Veröffentlichung eine transparente Orientierungshilfe zu Verfügung stellen. Wir gelten als "Besondere Einrichtung" und rechnen daher nicht nach DRG ab, sondern per Fallpauschale die mit den Kostenträger in den Budgetverhandlungen festgelegt und verhandelt werden.

Weitere Informationen zur MEDIAN Klinik Berlin Grünheide finden Sie auf unserer Homepage unter www.median-kliniken.de.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Leitungsteam der MEDIAN Klinik Grünheide

Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2020: Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Peter Schellmann, Klinikdirektor
Telefon:	03362 739201

Qualitätsbericht 2020 Stand 10.12.2021 Seite 1 von 39

Fax:	
E-Mail:	peter.schellmann@median-kliniken.de
Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Annett Blank, QMB
Telefon:	03362 739218
Fax:	
E-Mail:	annett.blank@median-kliniken.de
Links:	
Link zur Internetseite des Krankenhauses:	http://www.median-kliniken.de/de/standorte/median-klinik-gruenheide/klinikprofil
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht:	http://median-kliniken.de

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Die Median Klinik ist eine Rehabilitationseinrichtung gem. Versorgungsvertrag nach \S 40 SGB V nach \S 111 SGB V nach \S 108 Nr.3 SGB V i.V.m. \S 109 SGBV .

A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	2856	Neurologie

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	MEDIAN-Klinik Grünheide
PLZ:	15537
Ort:	Grünheide
Straße:	An der Reha-Klinik
Hausnummer:	1
IK-Nummer:	261201129
Standort-Nummer alt:	0
Standort-Nummer:	771902000
Telefon-Vorwahl:	03362
Telefon:	7390

Qualitätsbericht 2020 Stand 10.12.2021 Seite 2 von 39

E-Mail:	kontakt.gruenheide@median-kliniken.de
Krankenhaus-URL:	http://www.median-kliniken.de/de/standorte/median-klinik-gruenheide/klinikprofil/

A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Doktor Michael Seifert, Chefarzt Neurologie
Telefon:	03362 739101
Fax:	03362 739122
E-Mail:	michael.seifert@median-kliniken.de
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Doktor Kathrin Bölle, Chefarzt Neurologie
Telefon:	03362 739102
Fax:	03362 739225
E-Mail:	kathrin.boelle@median-kliniken.de
1 - 24	
Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Verwaltungsleitung Peter Schellmann, Klinikdirektor
•	
Name/Funktion:	Peter Schellmann, Klinikdirektor
Name/Funktion: Telefon:	Peter Schellmann, Klinikdirektor 03362 739201
Name/Funktion: Telefon: Fax:	Peter Schellmann, Klinikdirektor 03362 739201 03362 739222
Name/Funktion: Telefon: Fax:	Peter Schellmann, Klinikdirektor 03362 739201 03362 739222
Name/Funktion: Telefon: Fax: E-Mail:	Peter Schellmann, Klinikdirektor 03362 739201 03362 739222 peter.schellmann@median-kliniken.de
Name/Funktion: Telefon: Fax: E-Mail: Leitung:	Peter Schellmann, Klinikdirektor 03362 739201 03362 739222 peter.schellmann@median-kliniken.de Pflegedienstleitung
Name/Funktion: Telefon: Fax: E-Mail: Leitung: Name/Funktion:	Peter Schellmann, Klinikdirektor 03362 739201 03362 739222 peter.schellmann@median-kliniken.de Pflegedienstleitung Kerstin Kurz, Pflegedienstleitung

A-1.2 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	MEDIAN Kliniken GmbH
Träger-Art:	privat

Qualitätsbericht 2020 Stand 10.12.2021 Seite 3 von 39

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?

Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
1	Massage
2	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
3	Musiktherapie
4	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
5	Medizinische Fußpflege
6	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
7	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
8	Fußreflexzonenmassage
9	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
10	Ergotherapie/Arbeitstherapie
11	Physikalische Therapie/Bädertherapie
12	Manuelle Lymphdrainage
13	Schmerztherapie/-management
14	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
15	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
16	Redressionstherapie
17	Snoezelen
18	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
19	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
20	Sozialdienst
21	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
22	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)

Qualitätsbericht 2020 Stand 10.12.2021 Seite 4 von 39

	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
23	Bewegungsbad/Wassergymnastik
24	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
25	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
26	Diät- und Ernährungsberatung
27	Kinästhetik
28	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege
29	Basale Stimulation
30	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
31	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen
32	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
33	Spezielle Entspannungstherapie
34	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
35	Wärme- und Kälteanwendungen
36	Wundmanagement
37	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
38	Sporttherapie/Bewegungstherapie
39	Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder
40	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

	LEISTUNGSANGEBOT
1	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
	vegetarische Angebote und Gerichte ohne Schweinefleisch angeboten und separat gekennzeichnet
2	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
3	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
4	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)
5	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
6	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle

Qualitätsbericht 2020 Stand 10.12.2021 Seite 5 von 39

	LEISTUNGSANGEBOT
7	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
8	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)
9	Seelsorge/spirituelle Begleitung
10	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Die MEDIAN-Klinik Grünheide verfügt über rollstuhlgerechte Zugänge zu allen Serviceeinrichtungen.

Für Nicht-Muttersprachler gibt es bei Bedarf einen Dolmetscherdienst. Zudem wird auch durch fremdsprachiges Personal behandelt.

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name/Funktion:	Peter Schellmann, Klinikdirektor
Telefon:	03362 739 202
Fax:	03362 739 222
E-Mail:	peter.schellmann@median-kliniken.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
1	Besondere personelle Unterstützung
2	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
3	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
4	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
5	Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache
6	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
7	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
8	Arbeit mit Piktogrammen
9	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
10	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter

Qualitätsbericht 2020 Stand 10.12.2021 Seite 6 von 39

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
11	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
12	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
13	Diätetische Angebote
14	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
15	Dolmetscherdienst
16	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
17	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
18	Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen
19	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

	AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
	8 AZUBI`s

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten: 154

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	787
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE Gesamt: 29,00 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 39,00 Beschäftigungsverhältnis: 0,00

Qualitätsbericht 2020 Stand 10.12.2021 Seite 7 von 39

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 29,00

- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE

Gesamt: 16,00

Beschäftigungsverhältnis: 16,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 16,00

BELEGÄRZTINNEN UND BELEGÄRZTE

Anzahl in Personen: 0

ÄRZTINNEN UND ÄRZTE, DIE KEINER FACHABTEILUNG ZUGEORDNET SIND

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: 0,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 0,00

 - DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE, DIE KEINER FACHABTEILUNG ZUGEORDNET SIND

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: 0,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 0,00

A-11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 161,00

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 161,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 161,00

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt: 0,00

Qualitätsbericht 2020 Stand 10.12.2021 Seite 8 von 39

Beschäftigungsverhältnis: 0,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 0,00

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: 0,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 0,00

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: 0,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 0,00

ALTENPFLEGERINNEN UND ALTENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN

Gesamt: 6,00

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 6,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 6,00

KRANKENPFLEGEHELFERINNEN UND KRANKENPFLEGEHELFER (AUSBILDUNGSDAUER 1

Gesamt: 17,00

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 17,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 17,00

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: 0,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 0,00

PFLEGEHELFERINNEN UND PFLEGEHELFER (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. . BASISKLIRS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 9,00

Qualitätsbericht 2020 Stand 10.12.2021 Seite 9 von 39

Beschäftigungsverhältnis: 9,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 9,00

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: 0,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 0,00

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: 0,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 0,00

BELEGENTBINDUNGSPFLEGER UND BELEGHEBAMMEN IN PERSONEN ZUM STICHTAG 31. DEZEMBER DES BERICHTSJAHRES

Anzahl in Personen: 0

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN (AUSBILDUNGSDAUER 3. JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: 0,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 0,00

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 3,00

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 3,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 3,00

A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGEN

Gesamt: 3,00

Beschäftigungsverhältnis: 3,00 Ohne: 0,00

Qualitätsbericht 2020 Stand 10.12.2021 Seite 10 von 39

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 3,00

KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN

Gesamt: 3,00

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 3,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 3,00

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN

Gesamt: 2,00

Beschäftigungsverhältnis: 2,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 2,00

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTINNEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: 0,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 0,00

PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOTHERAPEUTEN IN AUSBILDUNG WÄHREND DER PRAKTISCHEN TÄTIGKEIT (GEMÄß § 8 ABSATZ 3, NR. 3 PSYCHOTHERAPEUTENGESETZ - PSYCHTHG)

Gesamt: 0,00

Beschäftigungs-verhältnis: 0,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 0,00

ERGOTHERAPEUTINNEN UND ERGOTHERAPEUTEN

Gesamt: 18,00

Beschäftigungsverhältnis: 18,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 18,00

BEWEGUNGSTHERAPEUTINNEN UND BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTINNEN UND KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTINNEN UND PHYSIOTHERAPEUTEN

Gesamt: 37,00

Qualitätsbericht 2020 Stand 10.12.2021 Seite 11 von 39

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 37,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 37,00

SOZIALARBEITERINNEN UND SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGINNEN UND SOZIAL PÄDAGOGEN

Gesamt: 3,00

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 3,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 3,00

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

DIÄTASSISTENTIN UND DIÄTASSISTENT

Gesamt: 1,00

Beschäftigungsverhältnis: 1,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 1,00

ERGOTHERAPEUTIN UND ERGOTHERAPEUT

Gesamt: 18,00

Beschäftigungsverhältnis: 18,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 18,00

HEIL FRZIEHUNGSPELEGERIN UND HEIL ERZIEHUNGSPELEGER

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: 0,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 0,00

LOGOPÄDIN UND LOGOPÄD/KLINISCHER LINGUISTIN UND KLINISCHE LINGUIST/SPRECHWISSENSCHAFTLERIN UND SPRECHWISSENSCHAFTLER/PHONETIKERIN UND PHONETIKER

Gesamt: 13,00

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 13,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 13,00

Qualitätsbericht 2020 Stand 10.12.2021 Seite 12 von 39

MASSEURIN/MEDIZINISCHE BADEMEISTERIN UND MASSEUR/MEDIZINISCHER BADEMEISTER

Gesamt: 11,00

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 11,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 11,00

MEDIZINISCH-TECHNISCHE RADIOLOGIEASSISTENTIN UND MEDIZINISCH-TECHNISCHER RADIOLOGIEASSISTENT (MTRA)

Gesamt: 3,00

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 3,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 3,00

MUSIKTHERAPEUTIN UND MUSIKTHERAPEUT

Gesamt: 0,40

Beschäftigungsverhältnis: 0,40 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 0,40

PHYSIOTHERAPEUTIN UND PHYSIOTHERAPEUT

Gesamt: 37,00

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 37,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 37,00

DIPLOM-PSYCHOLOGIN UND DIPLOM-PSYCHOLOGE

Gesamt: 3,00

Beschäftigungsverhältnis: 3,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 3,00

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTIN UND PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT

Gesamt: 2,00

Beschäftigungsverhältnis: 2,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 2,00

Qualitätsbericht 2020 Stand 10.12.2021 Seite 13 von 39

SOZIALARBEITERIN UND SOZIALARBEITER

Gesamt: 3,00

Beschäftigungsverhältnis: 3,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 3,00

SOZIALPÄDAGOGIN UND SOZIALPÄDAGOGE

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: 0,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 0,00

PERSONAL MIT ZUSATZQUALIFIKATION NACH BOBATH ODER VOJTA

Gesamt: 29,00

Beschäftigungsverhältnis: 29,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 29,00

PERSONAL MIT ZUSATZQUALIFIKATION IN DER MANUALTHERAPIE

Gesamt: 5.00

Beschäftigungsverhältnis: 5,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 5,00

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

Wir sehen in jedem Patienten eine eigenständige Persönlichkeit, deren Würde zu achten ist und dem wir mit Respekt begegnen.

Die Sicherheit und Zufriedenheit der Patienten stehen für uns an oberster Stelle.

Der Patient ist in enger Kooperation und eigenverantwortlich in die Behandlungsprozesse und deren Ausgestaltung integriert.

Wir bieten jedem Patienten die bestmögliche medizinische, therapeutische und pflegerische Versorgung.

Die Basis für die optimale Patientenversorgung sind engagierte Mitarbeiter, die selbst einen hohen Anspruch an ihre Leistungen stellen, zuverlässige

Vertragspartner sowie ein breites Spektrum an diagnostischer und therapeutischer Ausstattung.

Qualitätsansprüche auf hohem Niveau an uns und unsere Partner sind ebenso selbstverständlich wie eine regelmäßige Überprüfung unserer Ergebnisse.

Wir wollen allen Patienten ermöglichen, ihre individuelle Selbstständigkeit und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben wieder zu erlangen. Dabei stehen die körperliche und geistige Gesundung, soziale und berufliche Wiedereingliederung und die bestmögliche Lebensqualität der Patienten im Vordergrund.

Qualitätsbericht 2020 Stand 10.12.2021 Seite 14 von 39

Im Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung sind wir mittels systematischen Qualitäts- und Risikomanagementverfahren nachweislich dokumentiert gut aufgestellt.

So können wir anhand von dokumentierten Verfahren patientenbezogene Präventionsmaßnahmen/Risikoeinschätzungen

vorab einschätzen, einleiten, überprüfen und nachkorrigieren.

A-12.1 Qualitätsmanagement

Mit der Abbildung des bestehenden QM-Systems im QM-Handbuch der Klinik wird die Qualität bisheriger zielorientierter Leistungsprozesse sichergestellt und gleichzeitig die Grundlage für kontinuierliche Verbesserungsprozesse gelegt. Die daraus resultierende Qualitätspolitik der MEDIAN Klinik Grünheide spiegeln die Unternehmensgrundsätzen wider, welche auch detailliert im Klinikleitbild dargestellt sind.

Die Klinikleitung sowie jeder Mitarbeiter verpflichtet sich, die positive Weiterentwicklung des QM-Systems voranzutreiben um dadurch die Grundwerte und Visionen in der Qualität, Innovation, Verlässlichkeit, Service-/ Patienten- und /Mitarbeiterorientierung stets zu verbessern.

Durch die Klinikleitung erfolgt nach jährlicher Festlegung der messbaren Qualitätsziele deren Prüfung und Bewertung. Oberste Qualitätsziele sind deren Prüfung und Bewertung:

- -eine hohe Patientenzufriedenheit gemäß des indikationsspezifischen Versorgungsauftrags
- -die kontinuierliche Belegungssicherung und Auslastung und
- -Erfüllung der relevanten Anforderungen.

Durch Konzepte, Prozessbeschreibungen und Verfahrens- und Dienstanweisungen liegen Vorgehensweisen und Abläufe für Standardprozeduren in dokumentierter Form für die MA der Managementebene und für die MA der Abteilungen vor. Alle Mitarbeiter beteiligen sich aktiv am kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Erkannte Qualitätsrisiken, werden im Rahmen des systematischen Fehler-/Risikomanagements erfasst, kontrolliert und verbessert und/oder abgestellt.

Die regelmäßige Fortbildungsmöglichkeit der Mitarbeiter sichert eine effiziente und effektive Leistungserbringung sowie die Wettbewerbsfähigkeit der Klinik. Ein zusätzliches Merkmal der Qualitätspolitik ist der kostenbewusste und sorgfältige Umgang aller Mitarbeiter mit verfügbaren Ressourcen (z. B. Zeit, Arbeitsmittel, Energie).

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Annett Blank Maria Giese, QMB
Telefon:	03362 739218 263
Fax:	

Qualitätsbericht 2020 Stand 10.12.2021 Seite 15 von 39

E-Mail: annett.blank@median-kliniken.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht: Ja

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:

Klinikdirektor, Chefärzte, PDL, QMB

Tagungsfrequenz des Gremiums:

monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

In der Median Klinik Grünheide besteht eine AG Fehler- und Risikomanagement, in der alle Bereiche der Klinik (ÄD, PD, TD, Verwaltung) vertreten sind. Die jeweiligen Beauftragten sind durch die Klinikleitung benannt.

Eine Fachkraft für Arbeitssicherheit ist in der Klinik beschäftigt, sowie eine externe FaSi beauftragt. Beauftragte für Arbeitssicherheit gibt es aktuell 7 MA. Gesetzlich vorgeschriebene Schulungen (Arbeitsschutz, Brandschutz, Notfall, Datenschutz) werden regelmäßig durch die jeweiligen Beauftragten in allen Bereichen der Klinik nachweislich durchgeführt.

Im Rahmen der Fehlererfassung werden Fehler erhoben, ausgewertet, analysiert und entsprechende Massnahmen eingeleitet. (VA Fehlermanagement). Jährlich werden für die Abteilungen Gefährdungsbeurrteilungen, sowie Risikonanalysen für alle relevanten Bereiche erstellt (Übersicht Risiko- und Chancenmatrix).

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:

eigenständige Position für Risikomanagement

Kontaktdaten:

Name/Funktion: Annet Blank, Maria Giese, QMB

Fax:

Telefon:

E-Mail: annett.blank@median-kliniken.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht: ja - wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

Qualitätsbericht 2020 Stand 10.12.2021 Seite 16 von 39

03362 739218 263

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA freiheitsentziehende Maßnahmen Fehlererfassungsbogen Letzte Aktualisierung: 02.04.2020
2	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
3	Klinisches Notfallmanagement
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Verhalten in Krisensituationen, Fehlererfassungsbogen, Fehlersammelliste Letzte Aktualisierung: 29.06.2017
4	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement- Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Zentrale VA Fehlermanagement, Fehlersammelliste, Fehlererfassungsbogen, VA Umgang mit Patientenarmbändern, VA BTM Letzte Aktualisierung: 22.07.2017
5	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Umgang mit aktiven Medizinprodukten, VA POCT, VA GEM, VA Blutzucker und Ketonmessungen, Fehlererfassungsbogen, Letzte Aktualisierung: 07.09.2020
6	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen
	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
7	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
8	Mitarbeiterbefragungen
9	Sturzprophylaxe
	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
10	Entlassungsmanagement
	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
11	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege")
	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
12	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
13	Schmerzmanagement
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Schmerzprotokolle Letzte Aktualisierung: 08.08.2017

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen:

$\overline{\checkmark}$	Qualitätszirkel
$\overline{\checkmark}$	Andere: Fallbesprechungen, Konferenzen
$\overline{\checkmark}$	Tumorkonferenzen
	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
	Pathologiebesprechungen
	Palliativbesprechungen

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes
Fehlermeldesystem eingesetzt?

Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor
	Letzte Aktualisierung: 06.09.2021
2	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem
	Intervall: bei Bedarf
3	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen
	Intervall: monatlich

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	standardisiertes Sturzmanagement, standardisierte Fehlererfassung (Sammellisten, Fehlermeldung), Dekubitusprophylaxe, Wundmanagement, Patientenarmbänder, Risiko- und Chancenbewertung

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Qualitätsbericht 2020 Stand 10.12.2021 Seite 18 von 39

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:

Nein

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

Hygieneschwester: Cindy Seel 03362/ 739 648 <u>cindy.seel@median-kliniken.de</u>
Hygieneschwester: Katharina Wurbs 03362/ 739 198

katharina.wurbs@median-kliniken.de

A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	1 ¹⁾
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1 ²⁾
Hygienefachkräfte (HFK)	2
Hygienebeauftragte in der Pflege	$5^{3)}$

¹⁾ ext. Krankenhaushygieniker

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?		Ja
	Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission:	halbjährlich

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Peter Schellmann, Kaufmännischer Leiter
Telefon:	03362 739201
Fax:	
E-Mail:	Peter.schellmann@median-kliniken.de

Qualitätsbericht 2020 Stand 10.12.2021 Seite 19 von 39

²⁾ Dr. Kramer, FA für Hygiene und Umweltmedizin,LADR, Krankenhaushygieniker

³⁾ 3 weitere für 2021 geplant

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

Risikoadaptiertes Aufnahmesreening; regelmäßige Mitarbeiterschulungen; Erstellung Erreger-Surveillance; Durchführung von Hygieneaudits, jährlicher Händehygienetag; mikrobiologische Überprüfung bestimmter Geräte (Endoskopie, Dosieranlagen), Prozess und Compliancebeobachtungen

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Hygienische Händedesinfektion	Ja
2	Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	Ja
3	Beachtung der Einwirkzeit	Ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

	OPTION	AUSWAHL
1	Sterile Handschuhe	Ja
2	Steriler Kittel	Ja
3	Kopfhaube	Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor:

Auswahl: Ja

Qualitätsbericht 2020 Stand 10.12.2021 Seite 20 von 39

Der Standard (Liegedauer) wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

	OPTION	А
1	Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	Ji
2	Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.	Ji
3	Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	Ji

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor:

Auswahl: Nein

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl: Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	Ja

	OPTION	AUSWAHL
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/ Patiententag):	29
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	82

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Ja

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

	OPTION	AUSWAHL
1	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA- besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja
2	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/ Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/ Netzwerke_node.html).	Ja

Qualitätsbericht 2020 Stand 10.12.2021 Seite 22 von 39

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

	OPTION	AUSWAHL
1	Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen	Ja
2	Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
1	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	
2	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH)	
	Details: Teilnahme (ohne Zertifikat)	
3	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	
	Name: MRE-Netzwerk, Hygienebord, Hygienekongresse	
4	Jährliche Übernrüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Maria Petrick, BMB
Telefon:	03362 739 172
Fax:	
E-Mail:	Maria.Petrik@median-kliniken.de
Name/Funktion:	Scarlet Rahn, BMB
Telefon:	03362 739172
Fax:	
E-Mail:	scarlet.rahn@median-kliniken.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Gundel Vogelgesang, externe
Telefon:	03362 739163
Fax:	
E-Mail:	rehaklinik.gruenheide@median-kliniken.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums: Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person	ja – eigenständige Position AMTS
festgelegt?	

Qualitätsbericht 2020 Stand 10.12.2021 Seite 24 von 39

Kontaktdaten:

Name/Funktion:	Peter Schellmann, Klinikdirektor
Telefon:	03362 739 202
Fax:	03362 739 222
E-Mail:	peter.schellmann@median-kliniken.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:	1
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	0
Erläuterungen:	Hr. Markus Müller -Geschäftsführer- Apotheke des Humbold Klinikums Am Nordgraben 2 13509 Berlin

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese- Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
2	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
3	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern:

\checkmark	Fallbesprechungen
\checkmark	Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
\checkmark	Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
	Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)

Qualitätsbericht 2020 Stand 10.12.2021 Seite 25 von 39

□ Andere

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung:

$\overline{\mathbf{V}}$	Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
	Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
\checkmark	Aushändigung des Medikationsplans
\checkmark	bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten
	Sonstiges

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR	
1	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Nein	
	in Kooperation mit Radiology Advanced in der Regelarbeitszeit von Montag bis Freitag			
2	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja	
	in Kooperation mit der radiologischen Praxis Krankenhaus Rüdersdorf			
3	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Nein	

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

gem. Versorgungsvertrag nach § 40 SGB V nach § 111 SGB V nach §108 Nr.3 SGB V i.V.m. §109 SGBV

B-[1] Neurologie

B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Neurologie
Straße:	An der REHA-Klinik
Hausnummer:	1
PLZ:	15537
Ort:	Grünheide

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2856) Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten

B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Doktor Kathrin Bölle, Chefärztin Neurologie
Telefon:	03362 739 102
Fax:	03362 739 225
E-Mail:	kathrin.boelle@median-kliniken.de
Adresse:	An der REHA-Klinik 1
PLZ/Ort:	15537 Grünheide
Name/Funktion:	Doktor Michael Seifert, Chefarzt Neurologie
Name/Funktion: Telefon:	Doktor Michael Seifert, Chefarzt Neurologie 03362 737 101
Telefon:	03362 737 101
Telefon: Fax:	03362 737 101 03362 739 122

B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V: Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Neurologische Frührehabilitation

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	787
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	163.5	Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	146
2	163.4	Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	143
3	G62.8	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien	101
4	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	61
5	163.2	Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	45
6	G93.1	Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert	37
7	163.9	Hirninfarkt, nicht näher bezeichnet	27
8	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	23

Qualitätsbericht 2020 Stand 10.12.2021 Seite 28 von 39

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	163.3	Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	17
10	G72.8	Sonstige näher bezeichnete Myopathien	16
11	I61.1	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal	15
12	S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung	12
13	S06.3	Umschriebene Hirnverletzung	12
14	163.1	Hirninfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	10
15	163.0	Hirninfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien	9
16	160.2	Subarachnoidalblutung, von der A. communicans anterior ausgehend	8
17	G82.3	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie	6
18	G82.4	Spastische Tetraparese und Tetraplegie	6
19	161.2	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet	6
20	G82.0	Schlaffe Paraparese und Paraplegie	5
21	G06.0	Intrakranieller Abszess und intrakranielles Granulom	4
22	M46.4	Diszitis, nicht näher bezeichnet	4
23	G61.0	Guillain-Barré-Syndrom	4
24	G70.0	Myasthenia gravis	< 4
25	G35.2	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf	< 4
26	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	< 4
27	161.3	Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm	< 4

Qualitätsbericht 2020 Stand 10.12.2021 Seite 29 von 39

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
28	161.6	Intrazerebrale Blutung an mehreren Lokalisationen	< 4
29	C71.7	Bösartige Neubildung: Hirnstamm	< 4
30	G37.2	Zentrale pontine Myelinolyse	< 4

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	163	Hirninfarkt	399
2	G62	Sonstige Polyneuropathien	101
3	161	Intrazerebrale Blutung	90
4	S06	Intrakranielle Verletzung	47
5	G93	Sonstige Krankheiten des Gehirns	40
6	G82	Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie	19
7	G72	Sonstige Myopathien	16
8	160	Subarachnoidalblutung	14
9	G40	Epilepsie	7
10	C71	Bösartige Neubildung des Gehirns	6

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	838
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	435
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	247
4	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	218
5	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	208
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	205
7	8-017	Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung	179
8	8-718	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung	173
9	1-901	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik	143
10	9-404	Neuropsychologische Therapie	141
11	8-310	Aufwendige Gipsverbände	93

Qualitätsbericht 2020 Stand 10.12.2021 Seite 30 von 39

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
12	5-431	Gastrostomie	89
13	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	79
14	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	60
15	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	48
16	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	38
17	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	34
18	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	32
19	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	28
20	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	24
21	8-018	Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung	19
22	8-128	Anwendung eines Stuhldrainagesystems	19
23	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	17
24	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	17
25	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	17
26	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	17
27	8-132	Manipulationen an der Harnblase	17
28	8-123	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters	16
29	3-202	Native Computertomographie des Thorax	15
30	1-902	Testpsychologische Diagnostik	15

B-[1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	838

B-[1].11 Personelle Ausstattung

siehe weitere Ausführungen

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Gesamt: 29,00 Maßgebliche wöchentliche 39.00 tarifliche Arbeitszeiten: Beschäftigungs-Mit: Ohne: 29,00 0,00 verhältnis: Ambulant: 0,00 Stationär: 29,00 Versorgungsform: Fälle je 27,1 Anzahl: Gesamt: 16,00 Beschäftigungs-Mit: Ohne: 16,00 0,00 verhältnis: Ambulant: 0,00 Stationär: 16,00 Versorgungsform: Fälle je 49,2 Anzahl:

B-[1].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Psychiatrie und Psychotherapie
2	Anästhesiologie
3	Neurologie
4	Neurochirurgie
5	Innere Medizin

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Notfallmedizin
2	Spezielle Schmerztherapie
3	Rehabilitationswesen
4	Sozialmedizin
5	Intensivmedizin

B-[1].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39,00					
GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN					
Gesamt:		161	,00		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:		161,00	Ohne:	0,00
	Ambula	nt:	0,00	Stationär:	161,00
Versorgungsform:				Fälle je Anzahl:	4,9
GESUNDHEITS- UND I KINDERKRANKENPFL					
Gesamt:		0,0	0		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:		0,00	Ohne:	0,00
	Ambula	nt:	0,00	Stationär:	0,00
Versorgungsform:				Fälle je Anzahl:	0,0
ALTENPFLEGERINNEN UND ALTENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN					
Gesamt:		6,0	0		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:		6,00	Ohne:	0,00
	Ambula	nt:	0,00	Stationär:	6,00
Versorgungsform:				Fälle je Anzahl:	131,2
PFLEGEASSISTENTINNEN UND PFLEGEASSISTENTEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN					

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: 0,00 Ohne: 0,00

Qualitätsbericht 2020 Stand 10.12.2021 Seite 33 von 39

Ambulant: 0,00 Stationär: 0,00 Versorgungsform: Fälle je 0,0 Anzahl: 17,00 Gesamt: Beschäftigungs-Mit: 17,00 Ohne: 0,00 verhältnis: Ambulant: 0,00 Stationär: 17,00 Versorgungsform: Fälle je 46,3 Anzahl: PFLEGEHELFERINNEN UND PFLEGEHELFER (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. Gesamt: 9.00 Beschäftigungs-Mit: 9,00 Ohne: 0,00 verhältnis: Ambulant: 0,00 Stationär: 9,00 Versorgungsform: Fälle je 87,4 Anzahl: Gesamt: 0.00 Beschäftigungs-Mit: Ohne: 0,00 0,00 verhältnis: Ambulant: 0,00 Stationär: 0,00 Versorgungsform: Fälle je 0,0 Anzahl: Anzahl in Personen: 0 Fälle je Anzahl: 0,0 Gesamt: 0,00

Qualitätsbericht 2020 Stand 10.12.2021 Seite 34 von 39

Beschäftigungs-Mit: 0,00 Ohne: 0,00 verhältnis: Ambulant: 0,00 Stationär: 0,00 Versorgungsform: Fälle je 0,0 Anzahl: Gesamt: 3,00 Beschäftigungs-Mit: 3,00 Ohne: 0,00 verhältnis: Ambulant: 0,00 Stationär: 3,00 Versorgungsform: Fälle je 262,3 Anzahl:

B-[1].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Intensiv- und Anästhesiepflege
2	Leitung einer Station / eines Bereiches

B-[1].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Wundmanagement
2	Bobath
3	Dekubitusmanagement
4	Sturzmanagement
5	Entlassungsmanagement
6	Kontinenzmanagement

B-[1].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGEN				
Gesamt:		3,00		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	3,00	Ohne:	0,00

Qualitätsbericht 2020 Stand 10.12.2021 Seite 35 von 39

Ambulant: 0,00 Stationär: 3,00

Versorgungsform: Fälle je

262,3

Anzahl:

Gesamt: 3,00

Beschäftigungs-Mit: 3,00 Ohne: 0,00 verhältnis:

Ambulant: 0,00 Stationär: 3,00

Versorgungsform: Fälle je 262,3

Anzahl:

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN

Gesamt: 2.00

Beschäftigungs-Mit: 2,00 Ohne: 0,00 verhältnis:

Ambulant: 0,00 Stationär: 2,00

Versorgungsform: Fälle je 393,5

Anzahl:

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTINNEN UND KINDER- UND

Gesamt: 0,00

Beschäftigungs-Mit: 0,00 Ohne: 0,00 verhältnis:

Ambulant: 0,00 Stationär: 0,00

Versorgungsform: Fälle je 0.0

Anzahl:

Gesamt: 0.00

Beschäftigungs-Mit: Ohne: 0,00 0,00 verhältnis:

Ambulant: 0,00 Stationär: 0,00

Versorgungsform: Fälle je 0,0

Anzahl:

Qualitätsbericht 2020 Stand 10.12.2021 Seite 36 von 39 ERGOTHERAPEUTINNEN UND ERGOTHERAPEUTEN

Gesamt: 18,00

Beschäftigungsverhältnis: 18,00 Ohne: 0,00

Ambulant: 0,00 Stationär: 18,00

Versorgungsform: Fälle je 43,7

Anzahl:

BEWEGUNGSTHERAPEUTINNEN UND BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTINNEN UND KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTINNEN UND PHYSIOTHERAPEUTEN

Gesamt: 37,00

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 37,00 Ohne: 0,00

Ambulant: 0,00 Stationär: 37,00

Versorgungsform: Fälle je 21,3

Anzahl:

SOZIALARBEITERINNEN UND SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGINNEN UND SOZIAI PÄDAGOGEN

Gesamt: 3,00

Beschäftigungsverhältnis: 3,00 Ohne: 0,00

Ambulant: 0,00 Stationär: 3,00

Versorgungsform: Fälle je 262.3

Anzahl:

C Qualitätssicherung

siehe nachfolgende Angaben

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

Qualitätsbericht 2020 Stand 10.12.2021 Seite 37 von 39

Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden:

\checkmark	Es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen	vereinbart.
--------------	--	-------------

☐ Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

	LEISTUNGSBEREICH	AUSWAHL
1	Schlaganfall: neurologische Frührehabilitation	

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich:	Frühreha B
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	QMS Reha, DIN EN ISO 9001-2015
Ergebnis:	Erteilung der Zertifikate
Messzeitraum:	2021 Rezertifizierung DIN EN ISO, Zertifizierung nach QMS Reha
Datenerhebung:	
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen:		
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen:	21	
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	21	

Qualitätsbericht 2020 Stand 10.12.2021 Seite 38 von 39