MEDIAN

MEDIAN Klinik NRZ Magdeburg

Qualitätsbericht 2019

Das Leben leben

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung 1

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts 1

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 3

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses 3

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses 4

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit 5

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses 7

A-9 Anzahl der Betten 7

A-10 Gesamtfallzahlen 7

A-11 Personal des Krankenhauses 8

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung 13

A-13 Besondere apparative Ausstattung 22

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V 22

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen 24

B-[1] Neurologie 24

B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 24

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel 24

B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 24

B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 24

B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 25

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 27

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD 27

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 28

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 29

B-[1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 30

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 30

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 31

B-[1].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe 31

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 31

B-[1].11 Personelle Ausstattung 31

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen 31

B-[1].11.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung 31

B-[1].11.1 Zusatzweiterbildung 32

B-[1].11.2 Pflegepersonal 32

B-[1].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 33

B-[1].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 33

B-[1].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 34

C Qualitätssicherung 35

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V 35

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V 35

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung 35

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge 35

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V 35

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 35

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr 36

D Qualitätsmanagement 37

D-1 Qualitätspolitik 37

D-2 Qualitätsziele 39

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements 40

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements 40

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte 40

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements 40

Einleitung

Sehr geehrte Leserin,
sehr geehrter Leser,

offensichtlich beabsichtigen Sie, sich mit unserem strukturierten Qualitätsbericht gemäß §136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über das Berichtsjahr 2019 zu befassen.

Der Bericht, seine Struktur und sein Inhalt sind gesetzlich vorgegeben. Sie haben mit Hilfe des strukturierten Qualitätsberichtes eine erste Möglichkeit, das Leistungsspektrum und einige Eckpunkte der Behandlungsqualität unseres Akutbereiches kennenzulernen.

Für ergänzende Informationen oder ein persönliches Gespräch stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Wir möchten an dieser Stelle die Gelegenheit nutzen, um uns bei unseren Patientinnen und Patienten für das entgegengebrachte Vertrauen zu bedanken. Unser Dank gilt ebenfalls unseren engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die gute und kollegiale Zusammenarbeit sowie unseren Kooperationspartnern und Leistungsträgern.

Die Klinikleitung, vertreten durch Herrn Matthias Grill, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Klinikleitung der MEDIAN Klinik NRZ Magdeburg

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Matthias Grill, Klinikdirektor
Telefon:	0391 610 1201
Fax:	0391 610 1222
E-Mail:	matthias.grill@median-kliniken.de

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Barbara Mahlich, Qualitätsmanagementkoordinatorin
Telefon:	0391 610 1212
Fax:	0391 610 1222
E-Mail:	barbara.mahlich@median-kliniken.de

Links:

Link zur Internetseite des Krankenhauses:	https://www.median-kliniken.de/de/median-klinik-nrz-magdeburg/

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software 3M Portal - Modul QS Bericht, Version 2020.3.0.2 am 11.11.2020 erstellt.

3M Deutschland GmbH: https://www.3M.de

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	2800	Neurologie

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	MEDIAN Klinik NRZ Magdeburg
PLZ:	39120
Ort:	Magdeburg
Straße:	Gustav-Ricker-Str.
Hausnummer:	4
IK-Nummer:	261530150
Standort-Nummer:	0
Telefon-Vorwahl:	0391
Telefon:	6100
Krankenhaus-URL:	https://www.median-kliniken.de/de/standorte/median-klinik-nrz-magdeburg/klinikprofil/

A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Michael Sailer, Ärztlicher Direktor, Chefarzt
Telefon:	0391 610 1101
Fax:	0391 610 1177
E-Mail:	michael.sailer@median-kliniken.de

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Matthias Grill, Klinikdirektor
Telefon:	0391 610 1201
Fax:	0391 610 1222
E-Mail:	matthias.grill@median-kliniken.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Antje Koeppe, Pflegedienstleitung
Telefon:	0391 610 1400
Fax:	0391 610 1222
E-Mail:	antje.koeppe@median-kliniken.de

A-1.2 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	NRZ Magdeburg MEDIAN Kliniken GmbH & Co. KG
Träger-Art:	privat

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	Wundmanagement
2	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
3	Physikalische Therapie/Bädertherapie
4	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
5	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
6	Schmerztherapie/-management
7	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
8	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen
9	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
10	Redressionstherapie
11	Atemgymnastik/-therapie

	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
12	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
13	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege
14	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik *in Kooperation mit Sanitätshäusern*
15	Basale Stimulation
16	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
17	Manuelle Lymphdrainage
18	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
19	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
20	Medizinische Fußpflege *verfügbar in Kooperation mit Externen*
21	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
22	Musiktherapie
23	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
24	Sozialdienst
25	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
26	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
27	Stomatherapie/-beratung
28	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
29	Massage
30	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
31	Ergotherapie/Arbeitstherapie
32	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
33	Sporttherapie/Bewegungstherapie
34	Bewegungsbad/Wassergymnastik
35	Fußreflexzonenmassage
36	Akupressur
37	Diät- und Ernährungsberatung
38	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
39	Wärme- und Kälteanwendungen
40	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
41	Spezielle Entspannungstherapie
42	Akupunktur

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

	LEISTUNGSANGEBOT
1	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
2	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
3	Seelsorge/spirituelle Begleitung
	ein fester Besuchstag in der Woche und bei Bedarf
4	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
5	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
6	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
	entsprechend den Möglichkeiten
7	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)
8	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name/Funktion:	Abteilung für, Sozialdienst
Telefon:	0391 610 0
Fax:	0391 610 1230
E-Mail:	sozialdienst.magdeburg@median-kliniken.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
1	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
2	Arbeit mit Piktogrammen
	bei Bedarf
3	Besondere personelle Unterstützung
4	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
5	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
6	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
7	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
8	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
9	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
	bei Bedarf auf Anfrage
10	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
	bei Bedarf auf Anfrage
11	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
	bei Bedarf auf Anfrage
12	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
	bei Bedarf
13	Diätetische Angebote
14	Dolmetscherdienst
	bei Bedarf
15	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
16	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen
	bei Bedarf
17	Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache
18	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
19	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
	bis 205 kg
20	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
21	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
22	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme
23	Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen
24	Aufzug mit visueller Anzeige

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

	AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN
1	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen
2	Doktorandenbetreuung
3	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien
4	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien
5	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
6	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
7	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

	AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten:	100

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	595
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:	18,00		Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	*39,00*
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	17,90	**Ohne:**	0,10
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	18,00
- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE				
Gesamt:	8,60			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	8,50	**Ohne:**	0,10
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	8,60
BELEGÄRZTINNEN UND BELEGÄRZTE				
Anzahl in Personen:	0			

A-11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:
39,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	91,93			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	91,93	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	91,93

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	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			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

ALTENPFLEGERINNEN UND ALTENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	12,51			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	12,51	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	12,51

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

KRANKENPFLEGEHELFERINNEN UND KRANKENPFLEGEHELFER (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	5,46			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	5,46	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	5,46

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

PFLEGEHELFERINNEN UND PFLEGEHELFER (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	32,51			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	32,51	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	32,51

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

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

trifft nicht zu / entfällt

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

DIÄTASSISTENTIN UND DIÄTASSISTENT				
Gesamt:	0,90			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,90	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,90

ERGOTHERAPEUTIN UND ERGOTHERAPEUT				
Gesamt:	12,79			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	12,79	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	12,79

LOGOPÄDIN UND LOGOPÄD/KLINISCHER LINGUISTIN UND KLINISCHE LINGUIST/SPRECHWISSENSCHAFTLERIN UND SPRECHWISSENSCHAFTLER/PHONETIKERIN UND PHONETIKER				
Gesamt:	8,21			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	8,21	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	8,21

MEDIZINISCH-TECHNISCHE ASSISTENTIN FÜR FUNKTIONSDIAGNOSTIK (MTAF) UND MEDIZINISCH-TECHNISCHER ASSISTENT FÜR FUNKTIONSDIAGNOSTIK				
Gesamt:	0,94			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,94	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,94

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:	0,34

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,34	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,34

PHYSIOTHERAPEUTIN UND PHYSIOTHERAPEUT

Gesamt:	28,49			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	28,49	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	28,49

DIPLOM-PSYCHOLOGIN UND DIPLOM-PSYCHOLOGE

Gesamt:	6,60			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	6,60	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	6,60

SOZIALARBEITERIN UND SOZIALARBEITER

Gesamt:	3,45			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	3,45	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	3,45

PERSONAL MIT ZUSATZQUALIFIKATION NACH BOBATH ODER VOJTA

Gesamt:	16,02			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	16,02	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	16,02

PERSONAL MIT ZUSATZQUALIFIKATION IN DER MANUALTHERAPIE

Gesamt:	13,18			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	13,18	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	13,18

PERSONAL MIT ZUSATZQUALIFIKATION IM WUNDMANAGEMENT

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

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

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Matthias Grill, Klinikdirektor / Qualitätsmanagementverantwortlicher
Telefon:	0391 610 1201
Fax:	0391 610 1222
E-Mail:	matthias.grill@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:	Verwaltung, ärztlicher Dienst, Pflegedienst, therapeutischer Dienst, Diagnostik, Haustechnik
Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:	entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

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

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten *Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Umgang mit Medizinprodukten* *Letzte Aktualisierung: 16.07.2018*
2	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") *Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dekubitusprophylaxe* *Letzte Aktualisierung: 14.03.2017*
3	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
4	Sturzprophylaxe *Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Sturzprophylaxe - Handlungskonzept* *Letzte Aktualisierung: 21.06.2018*
5	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen *Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Freiheitsentziehende Maßnahmen* *Letzte Aktualisierung: 03.04.2018*
6	Klinisches Notfallmanagement *Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Medizinische Notfälle* *Letzte Aktualisierung: 25.06.2012*
7	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
8	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
9	Schmerzmanagement *Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Schmerzmanagement* *Letzte Aktualisierung: 20.05.2010*
10	Entlassungsmanagement *Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Entlassmanagement* *Letzte Aktualisierung: 22.12.2017*
11	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor *Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Qualitätsmanagementkonzept* *Letzte Aktualisierung: 28.06.2019*
12	Mitarbeiterbefragungen

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

☑	Andere: stationsbezogene interdisziplinäre Teamsitzungen
☐	Tumorkonferenzen
☐	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
☐	Pathologiebesprechungen
☐	Palliativbesprechungen

☐ Qualitätszirkel

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	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem
	Intervall: bei Bedarf
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen
	Intervall: monatlich
3	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor
	Letzte Aktualisierung: 31.01.2020

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:	Überarbeitung von Verfahrens- und Arbeitsanweisungen, Austausch von Hilfsmitteln, Anpassung von PSA

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:	Nein

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	1
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1
Hygienefachkräfte (HFK)	2
Hygienebeauftragte in der Pflege	6

A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Michael Sailer, Ärztlicher Direktor, Chefarzt
Telefon:	0391 610 1101
Fax:	0391 610 1177
E-Mail:	michael.sailer@median-kliniken.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

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

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

Auswahl:	Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor:

Auswahl:	Keine Durchführung von Operationen

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
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):	88
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	187

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

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	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH)
	Details: Teilnahme (ohne Zertifikat)
	Teilnahme ab 2016
2	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen
	Name: Netzwerk Hygiene in Sachsen-Anhalt (HYSA)
3	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen
4	Jährliche Überprüfung 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.	Nein
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Nein

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Barbara Mahlich, Qualitätsmanagementkoordinatorin
Telefon:	0391 610 1212
Fax:	0391 610 1222
E-Mail:	barbara.mahlich@median-kliniken.de

Name/Funktion:	Katrin Schwelm, Projektmanagement Pflege
Telefon:	0391 610 1408
Fax:	0391 610 1222
E-Mail:	katrin.schwelm@median-kliniken.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums:	Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	ja – entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:	0
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	0
Erläuterungen:	Externe Krankenhausapotheke Klinikum Magdeburg gGmbH

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder
3	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
4	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
5	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern:

☐	Fallbesprechungen
☐	Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
☐	Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)

☐	Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2)
☐	Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)
☑	Andere: 4-Augen-Prinzip

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

☐	Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
☑	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
☑	Aushändigung des Medikationsplans
☑	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	Ja
2	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Nein
3	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinster elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	
4	Magnetresonanztomograph (MRT) *verfügbar in Kooperation mit Externen*	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Nein
5	offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph *verfügbar in Kooperation mit Externen*		Nein

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschläge vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe vereinbart:	Nein

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung:

Erfüllt:	Nein

A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde.	Nein
Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.	Nein

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Neurologie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Neurologie
Straße:	Gustav-Ricker-Str.
Hausnummer:	4
PLZ:	39120
Ort:	Magdeburg
URL:	https://www.median-kliniken.de/de/standorte/median-klinik-nrz-magdeburg/klinikprofil/

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2800) Neurologie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Michael Sailer, Ärztlicher Direktor, Chefarzt
Telefon:	0391 610 1101
Fax:	0391 610 1177
E-Mail:	michael.sailer@median-kliniken.de
Adresse:	Gustav-Ricker-Str. 4
PLZ/Ort:	39120 Magdeburg
URL:	https://www.median-kliniken.de/de/standorte/median-klinik-nrz-magdeburg/klinikprofil/

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:	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
2	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
3	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
4	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
5	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
6	Eindimensionale Dopplersonographie
7	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
8	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
9	Konventionelle Röntgenaufnahmen
10	Native Sonographie
11	Computertomographie (CT), nativ
12	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
13	Neurologische Frührehabilitation
14	Schmerztherapie
15	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
	Schluckdiagnostik
16	Duplexsonographie
17	Sonographie mit Kontrastmittel
18	Neurologische Frührehabilitation
19	Endoskopie
20	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
21	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
22	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
23	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
	FEES; Videofluoroskopie
24	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
	ggf. in Kooperation
25	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
26	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
	ggf. in Kooperation
27	Elektrophysiologie
28	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
29	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
30	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
	ggf. in Kooperation
31	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
32	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
	ggf. in Kooperation
33	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
34	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
35	Schmerztherapie
36	Physikalische Therapie
37	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
38	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
	ggf. in Kooperation
39	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
40	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
	ggf. in Kooperation
41	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
42	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
	ggf. in Kooperation
43	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
	ggf. in Kooperation
44	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
45	Betreuung von Patienten und Patientinnen mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation
46	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
	ggf. in Kooperation

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
47	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
48	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge *ggf. in Kooperation*
49	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
50	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura *ggf. in Kooperation*
51	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
52	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen *ggf. in Kooperation*
53	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen *ggf. in Kooperation*
54	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
55	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
56	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten *ggf. in Kooperation*
57	Intensivmedizin
58	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
59	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) *ggf. in Kooperation*
60	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
61	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems

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

Vollstationäre Fallzahl:	595
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	I63.5	Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	128
2	G62.80	Critical-illness-Polyneuropathie	84
3	I63.4	Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	51
4	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	33
5	G93.1	Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert	27
6	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	26

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
7	I63.3	Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	18
8	C71.9	Bösartige Neubildung: Gehirn, nicht näher bezeichnet	10
9	I63.0	Hirninfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien	9
10	S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung	8
11	I63.2	Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	8
12	I61.1	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal	8
13	I61.5	Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung	8
14	G93.4	Enzephalopathie, nicht näher bezeichnet	7
15	I60.2	Subarachnoidalblutung, von der A. communicans anterior ausgehend	7
16	I61.8	Sonstige intrazerebrale Blutung	7
17	G61.0	Guillain-Barré-Syndrom	7
18	S06.4	Epidurale Blutung	6
19	I60.8	Sonstige Subarachnoidalblutung	6
20	I62.00	Nichttraumatische subdurale Blutung: Akut	5
21	I61.2	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet	5
22	I60.0	Subarachnoidalblutung, vom Karotissiphon oder der Karotisbifurkation ausgehend	5
23	G40.8	Sonstige Epilepsien	5
24	C71.1	Bösartige Neubildung: Frontallappen	4
25	S06.8	Sonstige intrakranielle Verletzungen	4
26	D32.0	Gutartige Neubildung: Hirnhäute	4
27	I63.1	Hirninfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	4
28	I61.3	Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm	< 4
29	S06.20	Diffuse Hirn- und Kleinhirnverletzung, nicht näher bezeichnet	< 4
30	I61.6	Intrazerebrale Blutung an mehreren Lokalisationen	< 4

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	I63	Hirninfarkt	221
2	G62	Sonstige Polyneuropathien	85
3	I61	Intrazerebrale Blutung	69
4	S06	Intrakranielle Verletzung	53
5	G93	Sonstige Krankheiten des Gehirns	35

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
6	I60	Subarachnoidalblutung	26
7	C71	Bösartige Neubildung des Gehirns	17
8	G82	Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie	10
9	D32	Gutartige Neubildung der Meningen	8
10	G40	Epilepsie	7

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	8-139.x	Andere Manipulationen am Harntrakt: Sonstige	1338
2	8-701	Einfache endotracheale Intubation	794
3	8-390.1	Lagerungsbehandlung: Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage	545
4	3-200	Native Computertomographie des Schädels	341
5	8-552.9	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 56 Behandlungstage	252
6	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	192
7	1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	175
8	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	129
9	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	108
10	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	104
11	8-552.8	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 42 bis höchstens 55 Behandlungstage	95
12	5-431.20	Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode	94
13	8-552.7	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 28 bis höchstens 41 Behandlungstage	82
14	8-128	Anwendung eines Stuhldrainagesystems	71
15	8-552.6	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage	71
16	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	56
17	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	56
18	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	41

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
19	8-552.5	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	39
20	8-552.0	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	35
21	8-133.0	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Wechsel	32
22	1-208.6	Registrierung evozierter Potentiale: Visuell [VEP]	27
23	1-208.0	Registrierung evozierter Potentiale: Akustisch [AEP]	26
24	1-208.2	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]	26
25	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	26
26	8-718.4	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Mindestens 21 bis höchstens 40 Behandlungstage	24
27	9-200.5	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 101 bis 129 Aufwandspunkte	24
28	8-718.5	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Mindestens 41 bis höchstens 75 Behandlungstage	23
29	8-700.x	Offenhalten der oberen Atemwege: Sonstige	22
30	9-200.7	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 159 bis 187 Aufwandspunkte	20

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	8-139	Andere Manipulationen am Harntrakt	1338
2	8-701	Einfache endotracheale Intubation	794
3	8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	574
4	8-390	Lagerungsbehandlung	545
5	3-200	Native Computertomographie des Schädels	341
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	296
7	1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	175
8	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	136
9	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	130
10	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	108

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE				
Gesamt:	18,00		Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	*39,00*
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	17,90	**Ohne:**	0,10
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	18,00
			Fälle je Anzahl:	33,1

- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE				
Gesamt:	8,60			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	8,50	**Ohne:**	0,10
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	8,60
			Fälle je Anzahl:	69,2

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Neurologie
	Weiterbildungsermächtigung 30 Monate einschl. 6 Monate Intensivmed. Versorgung
2	Allgemeinmedizin
3	Neurochirurgie
4	Innere Medizin
	Weiterbildungsermächtigung 24 Monate
5	Physikalische und Rehabilitative Medizin
6	Anästhesiologie

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Intensivmedizin
2	Rehabilitationswesen
3	Sozialmedizin
	Weiterbildungsermächtigung 12 Monate
4	Spezielle Schmerztherapie

B-[1].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:
39,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	91,93			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	91,93	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	91,93
			Fälle je Anzahl:	6,5

ALTENPFLEGERINNEN UND ALTENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	12,51			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	12,51	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	12,51
			Fälle je Anzahl:	47,6

KRANKENPFLEGEHELFERINNEN UND KRANKENPFLEGEHELFER (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	5,46			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	5,46	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	5,46
			Fälle je Anzahl:	109,0

PFLEGEHELFERINNEN UND PFLEGEHELFER (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	32,51			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	32,51	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	32,51
			Fälle je Anzahl:	18,3

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

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Intensiv- und Anästhesiepflege
3	Praxisanleitung
4	Hygienefachkraft
5	Hygienebeauftragte in der Pflege
6	Casemanagement

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Ernährungsmanagement
2	Wundmanagement
3	Basale Stimulation
4	Bobath

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

trifft nicht zu / entfällt

C Qualitätssicherung

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

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:

☐	Es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.
☑	Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

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

trifft nicht zu / entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

trifft nicht zu / entfällt

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

C-5.2 Leistungsbereiche, für die im Prognosejahr gemäß Mindestmengenregelungen Mindestmengen erbracht werden sollen

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

trifft nicht zu / entfällt

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

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	13
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	13
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	13

* nach den "Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus" (siehe www.g-ba.de).

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

Für den Bereich Neurologie wurden keine Pflegepersonaluntergrenzen definiert, die für das Berichtsjahr gelten, deshalb wurde hier keine Angabe vorgenommen.

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

D-1.1 Leitbild (Leitmotto) des Krankenhauses, Vision, Mission

Unternehmensleitbild

Unser Selbstverständnis

Die MEDIAN Unternehmensgruppe versteht sich als zuverlässiger Partner für Rehabilitanden, Patienten, Bewohner, Kostenträger, Kooperationspartner und Mitarbeiter. Unser Unternehmensleitbild vereint unser Selbstverständnis mit unserer Vision sowie unseren Grundprinzipien und dient so als Orientierungsrahmen für das Handeln und Verhalten der Mitarbeiter zum Wohl aller Beteiligten. Die bestmögliche medizinische, therapeutische und pflegerische Versorgung steht dabei im Vordergrund.

Unsere Vision

Qualitätsführer zu sein

mit messbar hoher Qualität und Patientenzufriedenheit

Vorreiter zu sein

bei der Weiterentwicklung der Rehabilitationsmedizin

Verlässlicher Partner zu sein

mit hochwertigen Gesundheitsangeboten, überall in Deutschland

Starker Dienstleister zu sein

mit überdurchschnittlichem Ambiente und Service

Sicherer Arbeitgeber zu sein

mit guter Investitionskraft und vielfältigen Karrierepfaden

Unsere Grundwerte

Qualität

Eine messbar hohe Qualität in unserer täglichen Arbeit ist für uns von zentraler Bedeutung. Unser integriertes Qualitätsmanagement soll eine kontinuierliche Verbesserung der Prozesse und damit eine hohe Zufriedenheit bei allen Beteiligten ermöglichen. Um dieses Ziel zu erreichen, unterstützt uns jeder Mitarbeiter aktiv, Maßnahmen zur Sicherung und Verbesserung der Qualität zu verwirklichen. Der offene und ehrliche Austausch mit unseren Patienten, Mitarbeitern und Kooperationspartnern trägt hierzu einen erheblichen Teil bei.

Innovation

Innovationen führen zur Verbesserung der Patientenversorgung. Daher beteiligen wir uns aktiv an der medizinischen Forschung. Der enge Austausch unserer Ärzte in den Medical Boards fördert den unternehmensinternen, ständigen Erfahrungsaustausch zu medizinischen Innovationen und deren Verbreitung in der Unternehmensgruppe. Durch die kontinuierliche Fortbildung unserer Mitarbeiter ermöglichen wir unseren Rehabilitanden, Patienten und Bewohnern eine professionelle Behandlung auf aktuellem, wissenschaftlichem Stand.

Verlässlichkeit

Wir wollen unseren Rehabilitanden und Patienten ermöglichen, ihre persönliche Selbstständigkeit und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben wiederzuerlangen. Dabei sind wir ein verlässlicher Partner. Die körperliche und geistige Gesundung, soziale und berufliche Wiedereingliederung sowie die Erreichung der bestmöglichen Lebensqualität unserer Rehabilitanden und Patienten stehen im Vordergrund unseres Handelns. Für die Kostenträger und Kooperationspartner verstehen wir uns als verlässlicher Partner bei der leitliniengerechten, medizinischen Versorgung in den Bereichen Akutmedizin, Rehabilitation und Pflege. Vorrausschauendes, verantwortungsvolles und ressourcenorientiertes Handeln mit den uns zur Verfügung stehenden Mitteln bildet die Grundlage der Zukunftssicherheit der Unternehmensgruppe.

Serviceorientierung

Den Aufenthalt in unseren Einrichtungen möchten wir für unsere Rehabilitanden, Patienten und Bewohner so angenehm wie möglich gestalten. Hierzu gehören ein komfortables Ambiente, herausragender Service und hoher

Leistungsstandard der Speisenversorgung. Durch Kooperationen mit unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens ermöglichen wir unseren Rehabilitanden und Patienten die Versorgung auch über die Aufenthaltsdauer hinaus. Ein respektvoller und wertschätzender Umgang mit jedem Patienten, Mitarbeiter und Kooperationspartner ist für uns selbstverständlich.

Mitarbeiterorientierung

Zuverlässigkeit, Fairness, Hilfsbereitschaft und ein freundlicher Umgang der Mitarbeiter untereinander sowie gegenüber unseren Patienten und deren Angehörigen zeichnen unsere Zusammenarbeit aus. Im Rahmen des Arbeitsschutzmanagements legen wir unseren Schwerpunkt auf präventive Maßnahmen. So gewährleisten wir die Sicherheit und Gesundheit unserer Patienten und Mitarbeiter. Geeignete, fundierte und individuelle Weiterbildungsmaßnahmen bilden unsere Basis für qualifizierte und motivierte Fachkräfte. Offenheit und Kooperation ermöglichen uns die Verwirklichung unserer gemeinsamen, unternehmensweiten Vision.

D-1.2 Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses

D-1.2.1 Patientenorientierung

Die Patientenorientierung ist einer der wesentlichen Grundwerte des Unternehmensleitbildes und damit der Qualitätsmanagementgrundsätze der MEDIAN Klinik NRZ Magdeburg. Den Rehabilitanden und Patienten soll mit dem Aufenthalt in der Klinik ermöglicht werden, ihre persönliche Selbstständigkeit und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben wiederzuerlangen.

D-1.2.2 Verantwortung und Führung

Der Klinikdirektor und der Ärztliche Direktor der MEDIAN Klinik NRZ Magdeburg übernehmen die Verantwortung für das Integrierte Qualitätsmanagementsystem und verpflichten sich, die Anforderungen von Patienten, Leistungsträgern und weiterer Interessenspartner zu erfüllen.

D-1.2.3 Mitarbeiterorientierung und -beteiligung

Die personelle Ausstattung und fachliche Qualifikation der Mitarbeitenden der Klinik entsprechen den indikationsspezifischen Anforderungen sowie den Vorgaben der Leistungsträger. Die Qualifikationen und Kompetenzen der Mitarbeiter werden in einer Qualifikationsmatrix dokumentiert. Der Qualifikationsbedarf wird jährlich ermittelt. Auf dieser Grundlage wird der Fortbildungsplan erstellt und umgesetzt.

Mit einer Reihe von Maßnahmen stellt die Klinik sicher, dass erforderliches und vorhandenes Wissen gesichert und zur Verfügung gestellt wird. Zu diesen Maßnahmen zählen u.a. Verfahrensanweisungen, Standards und Arbeitsanweisungen, Einarbeitung neuer Mitarbeiter auf Grundlage von Einarbeitungskonzepten, Weitergabe von Schulungsinhalten und die Bereitstellung von Schulungsmaterialien sowie die Umsetzung der internen Kommunikationsmatrix.

Die Mitarbeiter sind über das Qualitätsmanagementsystem informiert und werden in die Gestaltung dieses Systems einbezogen. Die Information erfolgt u.a. im Rahmen der Einarbeitung, die Partizipation durch Fortbildung, Vorschlagswesen, Fehlermanagement, Einbindung in Arbeitsgruppen.

Ein offener und konstruktiver Umgang mit Fehlern wird gefördert.

Die wichtigste Ressource unserer Klinik sind die Mitarbeiter. Deshalb besitzen der Arbeits- und Gesundheitsschutz einen hohen Stellenwert.

D-1.2.4 Wirtschaftlichkeit

Grundlage für die Planung und Bereitstellung der personellen und materiellen Ressourcen bilden Stellen-, Wirtschafts- und Investitionsplan.

D-1.2.5 Prozessorientierung

Die Management-, Kern- und Unterstützungsprozesse sind in der Prozesslandschaft der Klinik veranschaulicht. Die einzelnen Prozesse sind mit Verantwortlichkeiten, Schnittstellen und Kennzahlen in Verfahrensanweisungen dokumentiert, welche Teil der QM-Dokumentation der Klinik (QM-Handbuch) sind. Um unsere Prozesse kontinuierlich verbessern zu können, sind Beschwerdemanagement, Fehlermanagement, Vorschlagswesen, interne Audits sowie Hygiene- und Arbeitsschutzbegehungen Teil unseres Managementsystems.

D-1.2.6 Zielorientierung und Flexibilität

Im Einklang mit der Qualitätspolitik werden jährlich auf Leitungsebene und auf Abteilungsebene messbare Qualitätsziele festgelegt.

D-1.2.7 Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern

Dem Grundsatz der Fehlervermeidung und Fehlervorbeugung obliegt oberste Priorität. Die Prozesse, Verantwortlichkeiten und Befugnisse beim Auftreten von Problemen und Risiken sind verbindlich geregelt. Enthalten sind dabei Verfahren zur Erkennung der Ursachen und die daraufhin getroffenen Korrektur- und Vorbeugungsmaßnahmen.

D-1.2.8 kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Das Beschwerdemanagement und das Fehlermanagement werden im Rahmen der ständigen Verbesserung des Qualitätsmanagements genutzt. Des Weiteren werden die Mitarbeitenden über das Vorschlagwesen und themenbezogene Projekte in die kontinuierliche Verbesserung einbezogen.

D-1.3 Umsetzung / Kommunikation der Qualitätspolitik im Krankenhaus (z.B. Information an Patienten, Mitarbeiter, niedergelassene Ärzte und die interessierte Fachöffentlichkeit).

Die Qualitätspolitik ist im Unternehmensleitbild verankert, welches den Mitarbeitenden über das Qualitätsmanagementhandbuch und darüber hinaus ebenfalls für weitere interessierte Parteien durch Aushänge und auf der Internetseite der MEDIAN Kliniken zugänglich ist.
Die geforderten sowie die von der Klinik festgelegten dokumentierten Informationen einschließlich externer zu nutzender Dokumente sind im QM-Handbuch zusammengefasst. Das QM-Handbuch steht den Mitarbeitenden in digitaler Form zur Nutzung bereit. Dokumentierte Informationen der Unternehmenszentrale werden sowohl im MEDIAN-Intranet als auch über das klinikeigene QM-Handbuch den Mitarbeitenden zur Verfügung gestellt.

D-2 Qualitätsziele

D-2.1 strategische/ operative Ziele

Im Einklang mit der Qualitätspolitik werden jährlich auf Leitungsebene und auf Abteilungsebene messbare Qualitätsziele festgelegt. Bei der Festlegung der Qualitätsziele werden die Anforderungen der interessierten Parteien berücksichtigt.

D-2.2 Messung und Evaluation der Zielerreichung

Der Erreichungsgrad der Qualitätsziele wird kontinuierlich im Jahresverlauf durch die Verantwortlichen überprüft und gegebenenfalls werden daraus Maßnahmen kurzfristig abgeleitet. Im Rahmen der jährlichen Managementbewertung werden die Ergebnisse zusammengefasst dargestellt und gegebenenfalls weitere Maßnahmen abgeleitet. Ergebnisse früherer Managementbewertungen werden bei Festlegung neuer Qualitätsziele berücksichtigt.

D-2.3 Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung

Durch die kontinuierliche Überprüfung der Zielerreichung und Ableitung von Maßnahmen erfolgt eine anhaltende Kommunikation mit den Mitarbeitenden.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Die MEDIAN Klinik NRZ Magdeburg hat ein Qualitätsmanagementsystem nach DEGEMED-Auditleitfaden 6.0 und DIN EN ISO 9001:2015. Das QM-System gilt für die gesamte Klinik. Es werden sämtliche Anforderungen des DEGEMED-Auditleitfadens erfüllt.
Chancen und Risiken werden jährlich bezüglich der zuvor festgelegten strategisch relevanten Themen und Anforderungen der interessierten Parteien bestimmt und entsprechende Maßnahmen geplant. Die Notfallpläne und das Hygienemanagement sowie die Arbeitsschutzanforderungen für den jeweiligen Arbeitsplatz sind den Mitarbeitern bekannt.
Die Organisation der Einrichtung (Strukturen und Prozesse) und das Leistungsspektrum sind im Medizinischen Behandlungskonzept dargestellt. Management-, Kern- und Unterstützungsprozesse sind in der Prozesslandschaft der Klinik veranschaulicht. Die einzelnen Prozesse sind mit Verantwortlichkeiten, Schnittstellen und Kennzahlen in Verfahrensanweisungen dokumentiert, welche Teil der QM-Dokumentation der Klinik (QM-Handbuch) sind. Um die Prozesse kontinuierlich verbessern zu können, sind Beschwerdemanagement, Fehlermanagement, Vorschlagswesen, interne Audits sowie Hygiene- und Arbeitsschutzbegehungen Teil unseres Managementsystems.
Stellen-, Wirtschafts- und Investitionsplan sind Grundlage für die Planung und Bereitstellung der personellen und materiellen Ressourcen.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

In der Klinik werden verschiedene Instrumente des Qualitätsmanagements eingesetzt. Dazu zählen unter anderem Prozessoptimierung, Audits, Patientenbefragung, Beschwerde- und Fehlermanagement und Mitarbeiterschulungen.

siehe auch A-12.2.3

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Das Projekt- und Ideenmanagement der Klinik bezieht sich einerseits auf die Neuerstellung oder Modifizierung von Leistungen und andererseits auf die Überarbeitung einschließlich der Verbesserung bestehender Abläufe des QM-Systems. In themenbezogenen Projekten werden die Mitarbeitenden einbezogen und tragen somit zur kontinuierlichen Verbesserung bei.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Die Klinik legt ein schriftliches Auditprogramm zur Durchführung interner Audits und Begehungen fest.
Die Klinikleitung bewertet einmal jährlich im Rahmen der Managementbewertung das Qualitätsmanagementsystem.