

Strukturierter Qualitätsbericht  
gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V  
für das Berichtsjahr 2008

MEDIAN Klinik Grünheide

Dieser Qualitätsbericht wurde mit dem von der DKTIG herausgegebenen Erfassungstool IPQ  
auf der Basis der Software ProMaTo® QB am 13.07.2009 um 08:57 Uhr erstellt.

DKTIG: <http://www.dktig.de>

ProMaTo: <http://www.netfutura.de>

# Inhaltsverzeichnis

	Einleitung
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses
A-2	Institutionskennzeichen des Krankenhauses
A-3	Standort(nummer)
A-4	Name und Art des Krankenhausträgers
A-5	Akademisches Lehrkrankenhaus
A-6	Organisationsstruktur des Krankenhauses
A-7	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie
A-8	Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses
A-9	Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses
A-10	Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses
A-11	Forschung und Lehre des Krankenhauses
A-12	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V
A-13	Fallzahlen des Krankenhauses
A-14	Personal des Krankenhauses
B-[1]	Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)
B-[1].1	Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].2	Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].3	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].4	Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].6	Diagnosen nach ICD
B-[1].7	Prozeduren nach OPS
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
B-[1].11	Apparative Ausstattung
B-[1].12	Personelle Ausstattung
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren)
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

- C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung
- C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V
- C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] ("Strukturqualitätsvereinbarung")
- D-1 Qualitätspolitik
- D-2 Qualitätsziele
- D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
- D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements
- D-5 Qualitätsmanagement-Projekte
- D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

# Einleitung



Abbildung: MEDIAN Klinik Grünheide, Eingang

## Verantwortlich:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Detlef Kelm	Verwaltungsleiter	03362 739 201	03362 739 222	dkelm.gruenheide@median-kliniken.de

## Ansprechpartner:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Detlef Kelm	Verwaltungsleiter	03362 739 201	03362 739 222	dkelm.gruenheide@median-kliniken.de

## Links:

[http://median-kliniken.de/content/deutsch/viewer/rehaklinik\\_gruenheide\\_31.html](http://median-kliniken.de/content/deutsch/viewer/rehaklinik_gruenheide_31.html)

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Herr Kelm, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im

Qualitätsbericht.

# Teil A - Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

## **A-1** Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

### **Hausanschrift:**

MEDIAN Klinik Grünheide

An der REHAKLINIK 1

15537 Grünheide

### **Telefon:**

03362 / 739 - 0

### **Fax:**

03362 / 739 - 222

### **E-Mail:**

rehaklinik.gruenheide@median-kliniken.de

### **Internet:**

[http://median-kliniken.de/content/deutsch/viewer/rehaklinik\\_gruenheide\\_31.html](http://median-kliniken.de/content/deutsch/viewer/rehaklinik_gruenheide_31.html)

## **A-2** Institutionskennzeichen des Krankenhauses

261201129

## **A-3** Standort(nummer)

00

## **A-4** Name und Art des Krankenhausträgers

### **Name:**

MEDIAN Kliniken GmbH & Co. KG

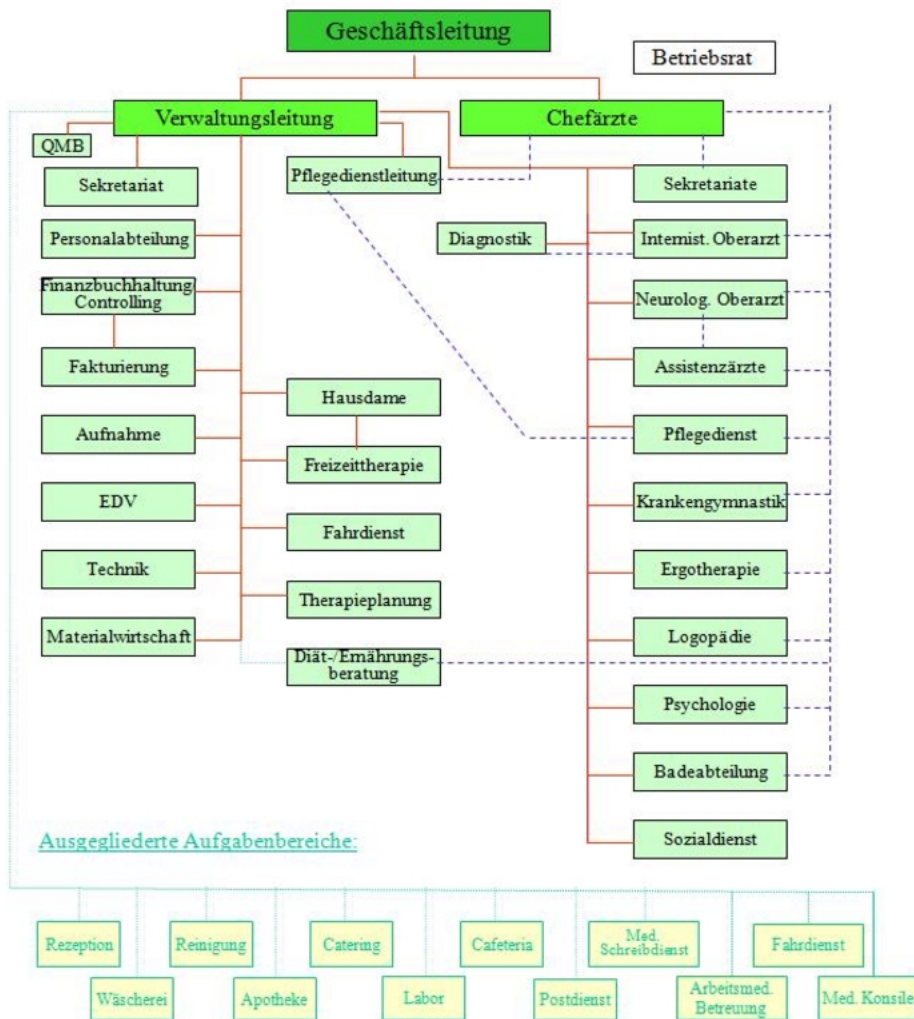
### **Art:**

privat

## **A-5** Akademisches Lehrkrankenhaus

trifft nicht zu / entfällt

## A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses



Organigramm: MEDIAN Klinik Grünheide

## A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

trifft nicht zu / entfällt

## A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

## A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

## **A-10** Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt



## **A-11** Forschung und Lehre des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

### **A-11.1** Forschungsschwerpunkte

trifft nicht zu / entfällt

### **A-11.2** Akademische Lehre

trifft nicht zu / entfällt

### **A-11.3** Ausbildung in anderen Heilberufen

trifft nicht zu / entfällt

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

80 Betten

## **A-13** Fallzahlen des Krankenhauses:

### **Vollstationäre Fallzahl:**

686

### **Ambulante Fallzahlen**

#### **Fallzählweise:**

0

## **A-14** Personal des Krankenhauses

### **A-14.1** Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	15 Vollkräfte	
<b>davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	7 Vollkräfte	
<b>Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)</b>	0 Personen	
<b>Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind</b>	0 Vollkräfte	

### **A-14.2** Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen</b>	70 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Altenpfleger und Altenpflegerinnen</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen</b>	0 Vollkräfte	2 Jahre	
<b>Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen</b>	25 Vollkräfte	1 Jahr	
<b>Pflegehelfer und Pflegehelferinnen</b>	13 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
<b>Entbindungspfleger und Hebammen</b>	0 Personen	3 Jahre	
<b>Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	

# Teil B - Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

## B-[1] Fachabteilung Neurologie/Schwerpunkt

### Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)

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

Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)

#### **Art der Abteilung:**

Hauptabteilung

#### **Fachabteilungsschlüssel:**

2856

#### **Hausanschrift:**

An der REHA-Klinik 1

15537 Grünheide

#### **Telefon:**

03362 / 739 - 202

#### **Fax:**

03362 / 739 - 222

#### **E-Mail:**

rehaklinik.gruenheide@median-kliniken.de

#### **Internet:**

[http://median-kliniken.de/content/deutsch/viewer/rehaklinik\\_gruenheide\\_31.html](http://median-kliniken.de/content/deutsch/viewer/rehaklinik_gruenheide_31.html)

#### **B-[1].2 Versorgungsschwerpunkte [Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG) ]**

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	Kommentar / Erläuterung:
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	Kommentar / Erläuterung:
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen	
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute	
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns	konservative Therapieanteile
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels	
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns	konservative Therapieanteile
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen	
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	für alle Versorgungsschwerpunkte gilt: Die Behandlung der Patienten erfolgt ausschließlich im Rahmen der Frührehabilitation Phase B

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	Kommentar / Erläuterung:
VN00	Weiteres	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Behandlung der Patienten erfolgt ausschließlich im Rahmen der Frührehabilitation Phase B</li> <li>• Neuroonkologische Frührehabilitation</li> <li>• Neuropsychologische Frührehabilitation für Patienten mit schweren organischen Psychosyndromen</li> <li>• Ärztliche, pflegerische und therapeutische Versorgung im interdisziplinären Rahmen inklusive Co- Therapien</li> <li>• PEG Anlage</li> <li>• Anlage suprapubischer Katheder</li> <li>• Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen</li> </ul>

**B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote [Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG) ]**

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP06	Basale Stimulation	
MP07	Beratung/Betreuung durch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	
MP11	Bewegungstherapie	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP27	Musiktherapie	
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
MP45	Stomatherapie/-beratung	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP51	Wundmanagement	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

**B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote [Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten  
(Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG) ]**

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA01	Aufenthaltsräume	
SA22	Bibliothek	
SA23	Cafeteria	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	
SA40	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen	
SA24	Faxempfang für Patienten und Patientinnen	
SA14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	
SA04	Fernsehraum	
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	
SA26	Frisiersalon	
SA27	Internetzugang	
SA28	Kiosk/Einkaufsmöglichkeiten	
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung	
SA16	Kühlschrank	
SA31	Kulturelle Angebote	
SA32	Maniküre/Pediküre	
SA33	Parkanlage	
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA36	Schwimmbad/Bewegungsbad	

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA42	Seelsorge	
SA08	Teeküche für Patienten und Patientinnen	
SA18	Telefon	
SA09	Unterbringung Begleitperson	
SA38	Wäscheservice	
SA19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	

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

### Vollstationäre Fallzahl:

686

## B-[1].6 Diagnosen nach ICD

### B-[1].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10- Ziffer* (3-stellig):	Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	I63	323	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt
2	I61	101	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns
3	S06	64	Verletzung des Schädelinneren
4	G93	29	Sonstige Krankheit des Gehirns
5	I60	28	Schlaganfall durch Blutung in die Gehirn- und Nervenwasserräume
6	G35	18	Multiple Sklerose
7	G62	14	Sonstige Funktionsstörung mehrerer Nerven
8	C71	10	Gehirnkrebs
9	D32	9	Gutartiger Tumor der Hirnhäute bzw. der Rückenmarkshäute
10	C79	7	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in sonstigen Körperregionen

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

### B-[1].6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

keine Angaben



## **B-[1].7** Prozeduren nach OPS

### **B-[1].7.1** Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301 Ziffer (4-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	8-552	663	Frühzeitige Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) von am Nervensystem erkrankten oder operierten Patienten
2	8-390	381	Behandlung durch spezielle Formen der Lagerung eines Patienten im Bett, z.B. Lagerung im Schlingentisch oder im Spezialbett
3	3-200	138	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
4	8-930	122	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
5	1-610	106	Untersuchung des Kehlkopfs durch eine Spiegelung
6	8-987	84	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern
7	1-632	58	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
8	1-207	43	Messung der Gehirnströme - EEG
9	8-123	31	Wechsel oder Entfernung einer durch die Haut in den Magen gelegten Ernährungssonde
10	5-572	19	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung

### **B-[1].7.2** Weitere Kompetenzprozeduren

keine Angaben

### **B-[1].8** Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

## B-[1].11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	24h:	Kommentar / Erläuterung:
AA00	andere Geräte			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evozierte Potenziale</li> <li>- Elektroneurographie (ENG)</li> <li>- Transösophagie (TEE)</li> <li>- Mikrobiologie in Kooperation mit dem Labor Bernau</li> <li>- Gastroskopie</li> </ul>
AA03	Belastungs-EKG/Ergometrie	Belastungstest mit Herzstrommessung		
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	in Kooperation mit der radiologischen Praxis Krankenhaus Rüdersdorf
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	k.A.	
AA11	Elektromyographie (EMG)/Gerät zur Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit	Messung feinsten elektrischer Ströme im Muskel	k.A.	
AA12	Gastroenterologisches Endoskop	Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung	k.A.	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja	in Kooperation mit der radiologischen Praxis Krankenhaus Rüdersdorf
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsg erät		k.A.	
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonog raphiegerät/Duplexsonographieg erät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall	k.A.	

## B-[1].12 Personelle Ausstattung

### B-[1].12.1 Ärzte und Ärztinnen:

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	15 Vollkräfte	
<b>davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	7 Vollkräfte	
<b>Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)</b>	0 Personen	

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung:

Nr.	Facharztbezeichnung:	Kommentar / Erläuterung:
AQ23	Innere Medizin	
AQ42	Neurologie	
AQ00	Psychiatrie	

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ):	Kommentar / Erläuterung:
ZF02	Akupunktur	
ZF32	Physikalische Therapie und Balneotherapie	
ZF37	Rehabilitationswesen	
ZF40	Sozialmedizin	
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	

#### B-[1].12.2 Pflegepersonal:

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen</b>	70 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenschwester und Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Altenpfleger und Altenpflegerinnen</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen</b>	0 Vollkräfte	2 Jahre	

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
<b>Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen</b>	25 Vollkräfte	1 Jahr	
<b>Pflegehelfer und Pflegehelferinnen</b>	13 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
<b>Entbindungspfleger und Hebammen</b>	0 Personen	3 Jahre	
<b>Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung:

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss:	Kommentar / Erläuterung:
PQ03	Hygienefachkraft	

Nr.	Zusatzqualifikation:	Kommentar / Erläuterung:
ZP02	Bobath	
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	
ZP05	Entlassungsmanagement	
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP16	Wundmanagement	

### **B-[1].12.3** Spezielles therapeutisches Personal: Für die Organisationseinheit/Fachabteilung steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar/ Erläuterung:
SP31	Bewegungstherapeut und Bewegungstherapeutin (z. B. nach DAKBT)/Tanztherapeut und Tanztherapeutin	
SP32	Bobath-Therapeut und Bobath-Therapeutin für Erwachsene und/oder Kinder	

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar/ Erläuterung:
SP33	Castillo-Morales-Therapeut und Castillo-Morales-Therapeutin	
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	
SP14	Logopäde und Logopädin/Sprachheilpädagoge und Sprachheilpädagogin/Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	
SP42	Manualtherapeut und Manualtherapeutin	
SP15	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	
SP43	Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin/Funktionspersonal	
SP00	MTA	1 MA im med. techn. Dienst (MTA)
SP16	Musiktherapeut und Musiktherapeutin	
SP18	Orthopädietechniker und Orthopädietechnikerin/Orthopädiemechaniker und Orthopädiemechanikerin/Orthopädieschuhmacher und Orthopädieschuhmacherin/Bandagist und Bandagistin	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
SP22	Podologe und Podologin/Fußpfleger und Fußpflegerin	
SP23	Psychologe und Psychologin	
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	
SP26	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar/ Erläuterung:
SP46	Sportlehrer und Sportlehrerin/Gymnastiklehrer und Gymnastiklehrerin/Sportpädagoge und Sportpädagogin	
SP48	Vojttherapeut und Vojttherapeutin für Erwachsene und/oder Kinder	
SP28	Wundmanager und Wundmanagerin/Wundberater und Wundberaterin/Wundexperte und Wundexpertin/Wundbeauftragter und Wundbeauftragte	

# Teil C - Qualitätssicherung

## **C-1** Teilnahme externe vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)

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

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

Leistungsbereich in dem teilgenommen wird:	Kommentar / Erläuterung:
Dekubitusprophylaxe	

## **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 Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

trifft nicht zu / entfällt

## **C-6** Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] ("Strukturqualitätsvereinbarung")

trifft nicht zu / entfällt

# Teil D - Qualitätsmanagement

## D-1 Qualitätspolitik

### Leitbild und Unternehmensgrundsätze

Die Qualitätspolitik der MEDIAN Klinik Grünheide spiegelt sich in unserem Klinik-Leitbild wider. Unser Leitbild orientiert sich an grundsätzlichen Werthaltungen der MEDIAN Unternehmensgruppe. Das Leitmotiv für alle MEDIAN Kliniken lautet: „Der Mensch im Mittelpunkt“. Folgende grundsätzliche Aspekte dieses Leitmotivs sind im Unternehmensportrait dokumentiert:

- Die qualitativ hochwertige medizinische Betreuung erfolgt durch ein erfahrenes interdisziplinäres Team in warmer, menschlicher Klinikatmosphäre.
- Die personelle, apparative und räumliche Ausstattung entspricht den Anforderungen an die moderne Fach- und Rehabilitationsmedizin.
- Ganzheitliche medizinische Konzepte gehen über die Behandlung von Krankheiten hinaus und beziehen die Aktivierung aller dem Patienten innewohnenden gesundheitsfördernden Kräfte ein.
- Im Leitbild der MEDIAN Klinik Grünheide und im Pflegeleitbild werden die genannten Grundsätze hinsichtlich der Patientenversorgung berücksichtigt. Weiterführende spezifische Aspekte in unserem Leitbild sind z. B.
- **hinsichtlich der Patientenorientierung:** Mündigkeit, Würde und Autonomie jedes Patienten werden anerkannt, das gemeinsame Handeln unseres professionellen Behandlungsteams mit dem Patienten erfolgt i. S. einer kooperierenden Partnerschaft unter Berücksichtigung der patientenspezifischen Aspekte sowie seines individuellen Lebensumfeldes. Wir berücksichtigen aktuelle wissenschaftliche Leitlinien und verwenden anerkannte Behandlungs- und Pflegestandards.
- **hinsichtlich der Unternehmensführung:** Wir werden als leistungsstarker Vertragspartner aufgrund guter und sehr guter Ergebnisse und Behandlungsqualität in allen Phasen der neurologischen Rehabilitation anerkannt. Garanten unseres Erfolgs sind das multiprofessionelle Qualifikationsprofil unserer Mitarbeiter, die regelmäßige Mitarbeiter-Weiterbildung und die interdisziplinäre Zusammenarbeit, das breite Spektrum unserer diagnostisch-therapeutischen Ausstattung sowie die enge Zusammenarbeit mit relevanten Kooperationspartnern für die Patientenversorgung und deren Integration am Klinikstandort.

Wir sichern die Zukunft der MEDIAN Klinik Grünheide durch Wirtschaftlichkeit und Erfolg, d. h. eine kontinuierliche Auslastung und passen das Leistungsprofil der Klinik an aktuelle medizinische und gesellschafts-politische Bedürfnisse an. Durch Handlungsanleitungen für Mitarbeiter und Patienten werden wirtschaftliche und umweltschonende Aspekte im Umgang mit klinikspezifischen Ressourcen berücksichtigt.



Die Mitarbeiter waren an der Erstellung der Leitbilder beteiligt und sind bei den regelmäßigen Überprüfungen, ggf. erforderlichen Anpassungen einbezogen. In den bisherigen Qualitätsberichten der Klinik (Broschüren und Homepage) sind die Leitbilder vollständig dokumentiert.

### **Verantwortung, Führung, Zielorientierung und Mitarbeiterbeteiligung**

Die Festlegung der Unternehmens- und Qualitätspolitik sowie strategischer Vorgehensweisen erfolgt im Gremium monatlicher Meetings der Verwaltungsleiter der regionalen MEDIAN Kliniken mit der Geschäftsleitung, teilweise in Kooperation mit einer externen Beraterin für das Qualitätsmanagement. Mit den Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) der Kliniken finden zusätzlich regelmäßig Meetings mit Beteiligung der externen Beraterin statt. Die QMB der Klinik Grünheide agiert als Vollzeitkraft mit Stabsstellenfunktion für die Klinikleitung. Die Vertretung durch eine ebenfalls qualifizierte Mitarbeiterin ist sichergestellt.

Verantwortlichkeiten und Befugnisse sind geregelt und in einem Organigramm dokumentiert. Dieses und weitere Übersichten sind als Bestandteile des QM-Handbuchs für alle Mitarbeiter transparent. Das Organigramm ist Bestandteil der Qualitätsberichte und somit allen Interessensgruppen zugänglich.

Klinikintern finden seit 2008 regelmäßige Meetings der Klinikleitung mit Beteiligung der QMB, zusätzlich zu den regulären Abteilungsleitungsmeetings statt. Jährlich werden auf Basis der festgelegten Qualitätspolitik, wirtschaftlicher und gesundheitspolitischer Rahmendaten von der Klinikleitung die Qualitätsziele einschließlich der Maßnahmen zur Zielerreichung und Verantwortlichkeiten formuliert und zu Jahresbeginn an die Mitarbeiter vermittelt. Im Rahmen der Wirtschaftsplanung (z. B. Investitionsplanung) aber auch Fortbildungsplanung sind die Mitarbeiter beteiligt, so dass die Interessen mit den Interessen der Klinik-/Geschäftsleitung abgestimmt werden. Zielvorgaben werden zeitnah an die Abteilungsleitungen kommuniziert. Durch die Abteilungsleiter, ggf. durch Rundschreiben der Klinikleitung oder durch Mitarbeiterversammlungen werden die Mitarbeiter der Klinik informiert.

Qualitätspolitik, Qualitätsziele, die Selbstverpflichtung der Leitung zur Aufrechterhaltung und ständigen Verbesserung des QM-Systems, das QM-Konzept und zusätzliche Konzepte zum Finanz-, Personal-, Beschaffungs-, Kommunikations-, Dokumentations-, Technikmanagement sowie Konzepte zur medizinisch-therapeutischen, pflegerischen Versorgung sind dokumentiert und als Bestandteile des QM-Handbuchs (teilweise gemäß Relevanz) für alle Mitarbeiter transparent.

Zusätzlich zur Dokumentation der Managementprozesse sind alle relevanten Prozesse zur Patientenversorgung und abteilungsübergreifenden Qualitätssicherung in den jeweiligen Abteilungshandbüchern dokumentiert. Prozessverantwortliche sind benannt. Diese sind im Rahmen der jährlichen Revision an der Überprüfung und Aktualisierung der Handbuch-Inhalte beteiligt. Die Mitarbeiter haben die Möglichkeit sich im Rahmen ihrer Tätigkeit, aber auch darüber hinaus im Rahmen

zahlreicher Projekte zu engagieren und sich auf diese Weise zusätzlich an der Verbesserung der Klinikprozesse zu beteiligen. Das Weiterbildungsengagement wird ausdrücklich durch die Klinikleitung unterstützt.

Interessen und Verbesserungsvorschläge der Mitarbeiter finden Berücksichtigung im Rahmen der Abteilungs-, Abteilungsleitungs- und Klinikleitungsmeetings, interdisziplinären Teamsitzungen, der schriftlichen Mitarbeiterbefragung sowie der Aktivitäten des Betriebsrates.

### **Prozessorientierung und kontinuierliche Verbesserung**

Das QM-System der Klinik wurde seit 2006 nach der prozessorientierten Norm DIN EN ISO 9001:2000 aufgebaut. Das QM-Handbuch der Klinik enthält Beschreibungen der Kernprozesse der Patientenversorgung (Abläufe, Verantwortlichkeiten, erforderliche Dokumentation etc.) sowie arbeitsplatz-/bereichsspezifische Inhalte und Vorgaben auf Abteilungsebene. Die Handbücher stehen als Papierversion in den Abteilungen bzw. im Intranet der Klinik zur Verfügung.

Seit 2006 wurden 2 interne Audits unter Mitwirkung einer externen QM-Beraterin durchgeführt, um die Wirksamkeit des QM-Systems entsprechend der o. g. Norm zu beurteilen und ggf. Verbesserungspotenziale zu identifizieren. 2007 wurde unter Beteiligung der Klinik- und Abteilungsleitungen eine Analyse zu Risikobereichen und Risiken im Rahmen der Patientenversorgung mittels FMEA durchgeführt. Zu den genannten Bewertungsverfahren wurden Protokolle und Berichte inkl. Empfehlungen für erkannte Schwachstellen dokumentiert. Maßnahmepläne wurden in Zusammenarbeit mit den Verantwortlichen unter Leitung der QMB abgestimmt und umgesetzt.

Im Berichtszeitraum wurden zahlreiche Projekte zur Verbesserung der Patientenversorgung bzw. der Klinikstrukturen und -abläufe realisiert.

Ende 2008 wurde mit Blick auf eine geplante Zertifizierung die Auswahl für ein reha-spezifisches Verfahren zusätzlich zur genannten Qualitätsnorm getroffen. Seit Anfang 2009 erfolgt die Vorbereitung darauf. Ein interdisziplinäres Klinikteam mit Beteiligung der Klinikleitung nimmt eine systematische Selbstbewertung des klinikinternen QM-Systems nach IQMP-Reha (Integriertes Qualitätsmanagement-Programm für die Rehabilitation) vor. Aufgrund der Bewertung werden Stärken und Verbesserungspotenziale auf der Basis eines Exzellenz-Modell-Ansatzes identifiziert. Dieses Vorgehen ist ein wesentlicher Bestandteil des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

### **Fehlervermeidung und Fehlermanagement**

Durch das Beauftragtenwesen der Klinik werden in Verbindung mit Kommissionsgremien sicherheitsrelevante Aspekte u. a. im Bereich Arbeits-/Brandschutz, Hygiene, Strahlenschutz, Transfusionswesen, Medizinprodukte, Qualitätsmanagement

beachtet. Dazu zählen präventive Maßnahmen wie die Unterweisung der Mitarbeiter, Übungen sowie regelmäßige Begehungen, ggf. unter Mitwirkung externer Kooperationspartner. Der Umgang mit Fehlern, Abweichungen oder Mängeln ist in Verfahrensanweisungen geregelt, die Bestandteil der Handbücher sind.

Über die Beauftragten werden regelmäßig anhand von Kennzahlen die Wirksamkeit der Präventionsmaßnahmen und des klinikinternen Fehlermanagement überprüft und an die Klinikleitung gemeldet.

Die Klinik verfügt über ein detailliertes Mess-/Prüfsystem für den medizinischen und nicht-medizinischen Bereich. Die verwendeten Kennzahlen in den einzelnen Bereichen, Erfassungszyklen und -methoden, Verantwortliche und Empfänger der Daten für die statistische Auswertung sind systematisch dokumentiert und Bestandteil der Abteilungshandbücher. Auswertungen erfolgen teilweise klinikintern, teilweise durch die Unternehmenszentrale oder externe Einrichtungen und werden regelmäßig an die Klinikleitung berichtet.

Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter nach Plan ist neben der regelmäßigen Unterweisung durch die Beauftragten ein wesentlicher Bestandteil zur Fehlerprävention.

Beschwerden, Zufriedenheitswerte von Patienten (Fragenbogen), Einweisern, Kostenträgern (Befragung und Besuchsberichte) und Mitarbeitern (Befragung) werden systematisch erfasst. Anhand statistischer Auswertungen werden Verbesserungspotenziale identifiziert. Entsprechend der Relevanz und festgelegter Prioritäten werden Maßnahmen veranlasst und deren Umsetzung kontrolliert.

## **D-2 Qualitätsziele**

### **Strategische/operative Ziele**

In der jährlichen Zielmatrix werden langfristige, strategische Ziele wie Belegungssicherung bzw. eine hohe Bettenauslastung (siehe Kap. 2.2), die hohe Patientenzufriedenheit sowie eine sehr gute bis gute Qualität der Reha-Ergebnisse von eher mittel-/kurzfristigen operativen Zielen wie z. B. QM-relevante Ziele/Projekte im Hinblick auf die Zertifizierungsvorbereitung unterschieden.

Die QM-bezogenen Zielsetzungen im Berichtszeitraum erfolgten unter Berücksichtigung der 2007 veröffentlichten Qualitätskriterien der Deutschen Rentenversicherung Bund und Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation an das einrichtungsinterne QM stationärer Rehabilitationseinrichtungen.

Aus der Überprüfung der bisherigen Umsetzung in der Klinik im Vergleich mit diesen Vorgaben ergaben sich für den Berichtszeitraum folgende Zielsetzungen:

Überarbeitung des Klinikleitbildes mit Betonung der Teilhabeaspekte gemäß der ICF (International Classification of Functional Diseases)

Betonung des ICF-Konstrukts im medizinisch-therapeutischen Versorgungskonzept und in den interdisziplinären Behandlungsstandards für die Schwerpunktdiagnosen mit Zuordnung der Inhalte in ICF-konforme Strukturen

Planung und Durchführung einer Befragung von Einweisern/ Kooperationspartnern hinsichtlich der Leistungen und Zusammenarbeit mit der MEDIAN Klinik Grünheide (siehe Kap. 4.5)

Aufbau und Integration eines strukturierten Beschwerdemanagements, inkl. Schulung der Mitarbeiter (siehe Kap. 4.2)

interne Ergebnismessung: Prozessüberprüfung der Datenerfassung/-analyse für Assessments bei Aufnahme/Entlassung, Bewertung und Integration der Ergebnisse in Managementbericht; Identifikation relevanter Kennzahlen für eine Balanced Scorecard

Erstellung einer Übersicht relevanter Qualitäts- und Prüfkosten

Risiko-/Fehlermanagement-Analyse nach FMEA-Methode (Fehler-Möglichkeiten-Einfluss-Analyse) (siehe Kap. 4.3)

Erarbeitung eines Einarbeitungskonzepts sowie strukturierter Einarbeitungspläne (siehe Kap. 4.3)

Planung und Durchführung einer Mitarbeiter-Befragung (siehe Kap. 4.4)

Erstellung/Überarbeitung einer Übersicht zu Anforderungen an das Beauftragtenwesen und Überprüfung vorhandener Unterweisungsunterlagen (rote Mappe) sowie relevanter Änderungen im Rahmen der Fehlerprävention und des Fehlermanagements.

### **Messung und Evaluation der Zielerreichung**

Aufgrund des erkrankungsbedingten Ausfalls der QMB über mehrere Monate sowie dem zeitgleichen Ausfall der stellvertretenden QMB aufgrund einer mehrmonatigen Qualifizierungsmaßnahme wurden mehrere Projekte mit

Unterstützung einer externen Beraterin realisiert, einige wurden in das Jahr 2009 verschoben.

Alle Projekte waren Bestandteil eines Masterplans, in dem Zielinhalte, Vorgehensweise und Fristen in Abstimmung mit der Leitung vorgegeben wurden.

Anhand dieses Masterplans erfolgten regelmäßige Überprüfungen der Projektumsetzungen zwischen Verwaltungsleitung und externer Beraterin.

Im Folgenden sind die Ergebnisse zu den übergreifenden strategischen Zielen der MEDIAN Klinik Grünheide anhand definierter Kennzahlen dargestellt. Weitere Ergebnisse zu unseren QM-Projekten sind im Kapitel 5 dokumentiert.

### **Ergebnisse zu unseren strategischen Zielen:**

Hinsichtlich des Reha-Erfolges erfasst der Barthel- (Früh-Barthel) Index, der die grundlegenden Fähigkeiten zur Selbstversorgung durch den Patienten im täglichen Leben beschreibt, wurde der Datenerfassungsprozess inkl. Schnittstellenmanagement bis zur Datenauswertung überprüft. Die Daten werden für Auswertungen zum Qualitätsbericht sowie zur jährlichen Auswertung/Veröffentlichung der Basisdaten zur stationären Rehabilitation durch die Unternehmenszentrale für alle MEDIAN Kliniken verwendet.

Das Reha-Ergebnis von der Aufnahme bis zur Entlassung stellt sich anhand der Betrachtung der Mittelwerte für 2008 wie folgt dar:

In der **Frührehabilitation der Phase B** ergab sich im Mittel folgendes Reha-Ergebnis:

Mittelwert Aufnahme : - 58,73

Mittelwert Entlassung : + 1,29

Differenz : + 60 Punkte Verbesserung

Beim Vergleich der Eingangs- und Ausgangs-Barthel-Index zwischen den Jahren 2006, 2007 und 2008 zeigen sich geringfügige Differenzen, die aus unserer Sicht wesentlich durch Patienten-Variablen bedingt sind und werden als wenig bedeutsam eingeschätzt werden.

Im Jahr 2008 ist es nochmals gelungen, die Anzahl der **nach Hause entlassenen** Patienten zu erhöhen, gegenüber

verringerten Entlassungen in das Pflegeheim. Dafür ursächlich sehen wir zum einen eine Verbesserung der ambulanten Versorgungsstrukturen als auch verstärkte Bemühungen unseres Sozialdienstes z. B. hinsichtlich der Integration von Hilfsmittelangeboten in den Rehabilitationsprozess. Erhöht hat sich die Anzahl der notfallmäßig in ein Krankenhaus zurückverlegten Patienten. Dafür ursächlich ist die Veränderung der Patientenstruktur mit zunehmend multimorbiden schwer erkrankten Patienten.

Mittels Fragebögen wurde die **Patientenzufriedenheit** mit der Betreuung durch die Ärzte, den Pflegedienst und den therapeutischen Bereich, mit der Verpflegungsqualität, dem Freizeitangebot und der Sauberkeit im Haus sowie der Gesamteindruck vom Haus erfasst und einer Schulnote von 1,5 bewertet.

### **Kommunikation der Zielerreichung**

Verlaufskontrollen und die Information bzgl. entsprechender Ergebnisstände erfolgen maßgeblich im Rahmen der Abteilungsleitungsmeetings bzw. im Rahmen der Projekt-/Arbeitsgruppen oder in separaten Gesprächen mit der QMB oder der Klinikleitung und den jeweils Verantwortlichen. Entsprechende Dokumentationen und Verteilerregelung sichern zusätzlich die Information der relevanten Mitarbeiter.

Eine zusammenfassende Darstellung der realisierten Maßnahmen und Zielerreichung erfolgt im Managementbereich durch den Verwaltungsleiter. Durch den Verwaltungsleiter bzw. die QMB oder Projektverantwortliche werden die Ergebnisse im Gremium der Abteilungsleitermeetings präsentiert, als Rundschreiben an die Mitarbeiter verteilt bzw. im Intranet veröffentlicht.

Ausgewählte Ergebnisse sind Bestandteil unserer Qualitätsberichte, die somit regelmäßig auch unseren Kooperations-/Vertragspartnern sowie der interessierten Öffentlichkeit zur Verfügung stehen.

## **D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements**

### **QM-Strukturen**

Mit Verweis auf Kap. 1.2 werden die vorhandenen Gremien bzw. Verantwortlichen nochmals aufgezählt:

- monatliche Meetings der Geschäfts-/Verwaltungsleitung (Jour fixe) der regionalen MEDIAN Kliniken
- monatliche Klinikleitungsmeetings (Verwaltungsleiter, Chefärztinnen, QMB)
- monatliche Abteilungsleitungsmeetings
- zweimonatige QMB-Meetings der regionalen MEDIAN Kliniken

- temporäre interdisziplinäre Qualitätszirkel (z. B. zur FMEA, Team Selbstbewertung)
- kontinuierliche Qualitätszirkel (z. B. im Pflegedienst zur Überprüfung/Aktualisierung der Pflegestandards).

Verantwortlichkeiten sind geregelt und mittels Organigramm, Übersichten zum Beauftragtenwesen, Inhaltsverzeichnis des QM-Handbuchs mit Prozessverantwortlichen, anhand vorliegender Konzepte und Ablaufschemata dokumentiert.

### **Einbindung des QM in die Krankenhausleitung und QM-Aufgaben**

Wie bereits in Kap. 1.2 dargestellt, übt die seit 2006 qualifizierte QMB die Stabsstellenfunktion in Vollzeitätigkeit aus. Im Bestellschreiben zur Beauftragung sind Anforderungen und Aufgaben dokumentiert. Im QM-Konzept und mitgeltenden Dokumenten (Selbstverpflichtung der Klinikleitung, Qualitätspolitik, interne/externe Qualitätssicherungsmaßnahmen) sind wesentliche Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Klinikleitung für das QM-System der Klinik beschrieben.

Ende 2008/Anfang 2009 wurden für alle Mitarbeiter der Klinikleitung und Abteilungsleitungen mehrere Schulungsveranstaltungen zu Inhalten des QM-Handbuchs durchgeführt. Der Schulungsleitfaden steht im Intranet für die nachfolgende Schulung der Mitarbeiter durch die Abteilungsleiter zur Verfügung.

QM-Aufgaben sind in regulären Meetingstrukturen der Klinikleitung verankert. Seit Jahren besteht eine enge Kooperation hinsichtlich des Aufbaus und der Weiterentwicklung des QM-systems zu einer externen QM-Beraterin. Die Klinikleitung beteiligt sich aktiv an der Umsetzung QM-relevanter Projekte.

### **Vorhandene Ressourcen**

Die Klinikleitung ist für die Sicherstellung der Ressourcen im Rahmen der Personal- und Investitionsplanung verantwortlich. Für QM-relevante Projekte werden separate Pläne erstellt, z. B. lag für 2008 ein sogenannter Masterplan vor, in dem die geplanten Projekte mit Ziel, Maßnahmen, Verantwortlichen sowie geschätzten zeitlichen und personellen Ressourcen kalkuliert und überwacht wurden. 2008 erfolgte die Umstellung der QMB-Funktion von Teilzeit auf Vollzeit, um den Anforderungen besser gerecht zu werden.

Ähnliche Pläne wurden für die Maßnahmen/Projekte in Vorbereitung auf die Zertifizierung erstellt. Das Projekt-Controlling u. a. bzgl. der Einhaltung der Ressourcen und Fristen erfolgt klinikintern vorrangig durch die QMB und Verwaltungsleitung sowie anhand der regelmäßigen betriebswirtschaftlichen Kennzahlenkontrolle, teilweise durch die Geschäftsleitung im Rahmen der monatlichen Leitungsmeetings.

## **D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements**

### **Interne Auditinstrumente**

Zusätzlich zu den in Kap. 1.3 dargestellten Verbesserungs- und Selbstbewertungsmaßnahmen werden pflegerelevante Themen in monatlichen Arzt-Pflege-Konferenzen (Arbeitsgruppen mit Ärzten und Pflegedienst-Mitarbeitern aller Stationen) aktualisiert und in regelmäßigen Pflegevisiten supervidiert. Monatlich finden Arbeitsgemeinschaften im Pflegedienst statt. In diesen Gremien erfolgen u. a. die klinikspezifische Anpassung der nationalen Expertenstandards sowie die Erstellung neuer Standards unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Leitlinien.

Das interne Audit im 2. Quartal 2008 wurde mit folgenden Zielstellungen realisiert:

- Überwachungsaudit bzgl. der Umsetzung der verbesserungsbedürftigen Punkte im Audit 2006
- Prozessaudit zur Feststellung der Wirksamkeit des QM-Systems mit Fokus auf den Durchdringungsgrad und die Normkonformität, speziell im Kernprozess Patientenversorgung, einschließlich der Identifizierung von weiteren Verbesserungspotenzialen.

Positive Entwicklungen sowie Empfehlungen für Entwicklungspotenziale wurden in abteilungsspezifischen Protokollen, im Abschlussgespräch an Prozessbeteiligte sowie einem zusammenfassenden Bericht an die Klinikleitung rückgemeldet. Auf dieser Basis wurden gezielt Maßnahmen mit den Abteilungsverantwortlichen und der Klinikleitung abgestimmt. Die Umsetzung der Verbesserungsmaßnahmen wurde stellvertretend für die QMB durch die externe Beraterin überwacht.

Ergänzend zu den regelmäßigen Arbeitssicherheitsausschuss- und Hygienesitzungen erfolgen durch die Klinikleitung, Beauftragten und ggf. externe Kooperationspartner Begehungen der Klinik zur Überwachung sicherheitsrelevanter Aspekte, die Auswertung von Fehler-/Mängelstatistiken und die Kontrolle der Umsetzung bereits vereinbarter Maßnahmen.

### **Beschwerdemanagement**

Die Pilotlösung einer Partner-Klinik zum standardisierten Beschwerdemanagement wurde 2008 durch ein interdisziplinäres Projektteam an klinikspezifische Aspekte angepasst. Schulungsunterlagen, ein Formular zur Erfassung einer Beschwerde/Schadensanzeige wurde entwickelt, der Prozessablauf geregelt und dokumentiert, eine Beschwerdemanagementbeauftragte bestellt und Software-Tools für die datenbankbasierte Datenerfassung und Auswertung



in Kooperation mit der Partner-Klinik geprüft.

An der Schulung zum Beschwerdemanagement waren Klinik-/Abteilungsleitungen sowie die Leiter der Kooperationspartner für Reinigung und Catering beteiligt. Eine Überarbeitung der Dokumente und Regelungen erfolgte nach ergänzenden Überprüfungen und Anregungen des Betriebsrates. Der 3-monatige Testlauf startete im April 2009.

## **Fehler- und Risikomanagement**

Als Maßnahmen und Projekte zur Erhöhung der Patientensicherheit wurde nach 2006 zum zweiten Mal 2008 eine **Risikoanalyse mittels FMEA** durchgeführt. Diese ergab nach Einschätzung der Klinikleitung und Abteilungsleiter u. a. folgende Risiken/Risikobereiche:

- Störungen in der **Kommunikation/Informationsweiterleitung**: Die Kommunikationsstrukturen (Zyklen und Dokumentation gemäß Vorgaben im Handbuch) wurden überprüft; eine einheitliche Protokollvorlage wurde erarbeitet, Meetingfrequenzen wurden gemäß Vorgaben terminiert/Protokollnachweise werden z. T. ins Intranet gestellt.
- **Einarbeitung neuer Mitarbeiter**: Ein interdisziplinäres Klinik-Team erarbeitete 2008 eine Mustervorlage für einen Einarbeitsplan inkl. obligatorischer Inhalte für jeden neuen Mitarbeiter der Klinik. Die Mustervorlage wurde allen Abteilungsleitern zur Verfügung gestellt. Bis zum Jahresende erfolgte die Anpassung der abteilungsspezifischen Einarbeitungspläne für den medizinisch-therapeutischen Bereich. Für 2009 ist die Anpassung der Pläne im verwaltungstechnischen Bereich geplant. Die Mustervorlage wurde den QMB der Partner-Kliniken zur Verfügung gestellt.
- **Unfall-/Sturzrisiken** für Patienten in ausgewählten Bereichen: Das vorhandene Sturzmanagement wurde von einem Team unter Leitung der PDL um eine Sturzrisikoskala erweitert. Die Erfassung und Auswertung erfolgt seit 2008 strukturiert und ermöglicht die Einleitung präventiver Maßnahmen sowie systematische Auswertungen zur Ursachenanalyse und ggf. erforderliche Verbesserungsmaßnahmen.

Die quartalsmäßige Erhebung für 2008 ergab, dass insgesamt 111 Stürze dokumentiert wurden. 11 Patienten sind gestolpert, 12 ausgerutscht, 75 zu Boden geglitten und 12 aus dem Bett gefallen. Grundsätzlich wird bei jedem Sturz ein Sturzprotokoll erstellt. Die Auswertung ergab, dass in allen Fällen die Patienten (bedingt durch ihre Krankheit) selbst für den Sturz verantwortlich waren.

In der Patientenakte liegt die Einschätzung des Arztes, ob der Patient sturzgefährdet ist. Falls ja, besteht ein abgestimmtes Verfahren zur Sturzvermeidung. Viele Patienten sind nicht gehfähig. Deshalb sind viele Stürze nicht zu vermeiden, da sich die Patienten selbstständig ohne Hilfe der Mitarbeiter im Zimmer bewegen und dadurch stürzen (75 von 11 Stürzen passierten tagsüber im Patientenzimmer/-bad). Das Sturzmanagement wird ausgebaut und zukünftig die Mitarbeiter durch

Schulungsmaßnahmen zum Sturzmanagement qualifiziert.

### **Mitarbeiter-Befragungen**

Für die **Befragung der Mitarbeiter** wurden 2008 im Gremium der Verwaltungsleiter-/Geschäftsleitungsmeetings relevante Inhalte und die Vorgehensweise abgestimmt. Anschließend wurde der Betriebsrat aufgrund des Mitbestimmungsrechts einbezogen. Im März 2009 wurde die Befragung durchgeführt.

### **Einweiser-Befragungen**

2008 wurden **Befragungen bei Einweisern** (Mitarbeitern von Krankenhäusern, Sozialdiensten) und Mitarbeitern von **Kostenträgern** durchgeführt. Es liegen Aussagen von 45 Krankenhäusern und 42 Kostenträgern vor. Die Befragten sind mit der Qualität der MEDIAN Klinik Grünheide zufrieden. Lediglich 8 Befragte waren der Meinung, dass sich die Zusammenarbeit noch verbessern könnte: Das Angebot von mehr Frühreha-Betten sowie schnellere Aufnahmetermine in der AHB waren vorrangig geäußerte Wünsche. Es wird im Jahr 2009 versucht, durch eine Erhöhung der Betten in der Phase B, diesen Punkt zu beseitigen.

### **Hygienemanagement**

Die Hygienevorschriften werden von der Hygienekommission der Klinik vorgegeben. An den regelmäßige Sitzungen sind die Klinikleitung, die hygieneverantwortliche Ärztin, Hygiene-Fachschwester sowie die externe Krankenhaus-Hygieneärztin beteiligt. Anhand der Vorgaben wird der Hygieneplan erstellt. Dieser liegt in allen Abteilungen vor. Ergänzende Dienstanweisungen sind Bestandteil der „Roten Mappe“, über die jeder Mitarbeiter verfügt. Der vorliegende Hygieneplan wird regelmäßig in Verantwortung der hygienebeauftragten Ärztin entsprechend den offiziellen Empfehlungen, Leit-/Richtlinien, z. B. denen des Robert-Koch-Instituts und Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes aktualisiert. Der Plan wurde zuletzt im Februar 2008 durch das Gesundheitsamt überprüft.

Das Hygienemanagement der Klinik trägt dazu bei, die Ausbreitung multiresistenter Keime (z.B. MRSA) zu verhindern. Im Rahmen der 2008 zusätzlich durchgeführten Risikoanalyse wurde das Hygienemanagement unter Beteiligung der Hygienebeauftragten Ärztin, der Hygienefachkraft, der Mitarbeiterin des Bereichs Diagnostik, der QMB und der externen Beraterin überprüft, z. B. hinsichtlich geforderter Nachweise zu vorgeschriebenen Mitarbeiterunterweisungen, zur Überwachung von Wund- und Infektionsraten mit regelmäßigen Auswertungen und stationsspezifischen Vergleichen, Meldebögen an das Gesundheitsamt sowie reguläre Prüfnachweise (z. B. Abklatschproben).

### **Maßnahmen zur Information der Interessengruppen**

Zu den Interessengruppen der Klinik zählen insbesondere Kostenträger, Patienten, Angehörige, Mitarbeiter, niedergelassene Ärzte, Kooperations- und Vertragspartner der Klinik, die Fachöffentlichkeit, Selbsthilfegruppen, Patientenverbände.

Über die Internetseite [www.median-kliniken.de](http://www.median-kliniken.de) besteht unter den Rubriken Patienten-Info-Center bzw. Fachbesucher-Info-Center die Möglichkeit, Klinikprospekte, Medizinische Berichte, Informationsmaterial bzw. Qualitätsberichte und Berichte zu Basisdokumentationen einzusehen bzw. herunterzuladen.

Die **Qualitätsberichte** enthalten Aussagen zur Klinikausstattung, zu Fallzahlen und Leistungsdaten, zu Behandlungsmethoden, zum messbaren Behandlungserfolg sowie zu Ergebnissen der Patientenzufriedenheit auch im Vergleich mit Referenzkliniken. Sie werden seit 2004 im 2-Jahres-Zyklus im Internet veröffentlicht bzw. stehen auch als Broschüre zur Verfügung und sind für die oben genannten Interessengruppen ein gleichermaßen gut geeignetes Informationsmedium.

Durch die Klinikleitung und die Klinikreferentin der Unternehmensgruppe sowie die Klinikleitung erfolgen regelmäßig Besuche bei **Kostenträgern und Akutkliniken**. Zusätzlich werden in der Klinik öffentliche Veranstaltungen mit Beteiligung externer Referenten oder Mitgliedern von Selbsthilfegruppen wie der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft, den Landesverbänden der Deutschen Schmerzhilfe und für Patienten mit Multipler Sklerose durchgeführt.

### **Patienten-Information und -Aufklärung**

In Abhängigkeit von der Frist zwischen Entlassung aus dem Akut-Krankenhaus und Aufnahme in unserer Klinik erhält der Patient bzw. Angehörige mit der Einladung, eine Klinikbroschüre und ein Blatt mit sonstigen relevanten Informationen. Die Angehörigen/Betreuer von Patienten, die im Rahmen einer "Neuropsychologischen Rehabilitation" aufgenommen werden, erhalten spezifisches Informationsmaterial.

Wöchentlich finden Veranstaltungen zur Patientenbegrüßung durch die Hausdame statt, in der auf Angebote, Abläufe, Verantwortlichkeiten und die Hausordnung hingewiesen wird. Diese Informationen sind zusätzlich in Broschüren dokumentiert, werden ggf. an zentralen Standorten in der Klinik ausgehängt bzw. sind auf den Stationen verfügbar.

Orientierungswände mit Abbildungen der Klinikstruktur und Räumlichkeiten befinden sich an zentralen Standorten in der Klinik. Die Beschilderung in allen Abteilungen, aller Räume und die namentliche Kennzeichnung aller Mitarbeiter erleichtern für Patienten und Besucher die Orientierung.

Zusätzlich zu den regelmäßigen ärztlichen Visiten und therapeutischen Gesprächen besteht die Möglichkeit von Patienten-

/Angehörigengesprächen. Die Aufklärung der Patienten hinsichtlich erforderlicher Untersuchungsmaßnahmen wird durch anschauliche Informationsformulare unterstützt. Durch Einführung einer neuen Software liegen diese für alle in der Klinik angewandten Verfahren vor. Fremdsprachige Versionen sind verfügbar.

Zu unterschiedlichen Krankheitsschwerpunkten werden Patienten durch Mitarbeiter des ärztlichen Dienstes, Psychologen, Therapeuten und die Diätassistentin geschult. Zusätzlich liegen vielfältige Informationsmaterialien für Patienten und Angehörige vor, die im Rahmen der Schulungen verteilt werden.

In wöchentlichen Sprechzeiten bieten kirchliche Mitarbeiter das Angebot für seelsorgliche Gespräche. Selbstverständlich können diese bei Bedarf auch individuell vereinbart werden.

### **Wartezeitenmanagement**

Im Patientenheft/Therapieplan sind interdisziplinär abgestimmte therapeutische Verordnungen und Maßnahmen zur Diagnostik entsprechend den ärztlichen Anordnungen für 1 Woche im Voraus dokumentiert. Für alle neu angereisten Patienten wird durch die Therapieplanung ein sogen. Basisplan erstellt, in dem z.B. obligatorische Termine zur Aufnahmeuntersuchung im Bereich Krankengymnastik oder Visitertermine dokumentiert sind. Auf diese Weise ist ein Therapiebeginn innerhalb von 24 h gewährleistet.

Um einen reibungsfreien Therapieablauf sowohl für die Patienten als auch die Therapeuten sicherzustellen, greifen zusätzlich zur Therapieplanung spezielle Regelungen, die das Holen und Bringen der in ihrer Orientierung eingeschränkten Patienten betreffen.

## **D-5 Qualitätsmanagementprojekte**

### **Qualitätsmanagementprojekte**

Diverse Ergebnisse zu unseren in 2008 realisierten operativen Zielen mit Fokus auf die Zertifizierungsvorbereitung wurden bereits erwähnt. Darüber hinaus erfolgten 2008 folgende weiteren Projektmaßnahmen:

#### **Projekt 1**

**Leitbild, Klinikkonzept und rehabilitationsspezifische interdisziplinäre Behandlungsstandards** für Schwerpunktdiagnosen der

Klinik wurden von der Klinikleitung unter Berücksichtigung der ICF-Anforderungen überarbeitet. Sie sind Bestandteil der 2008/2009 revidierten QM-Handbücher.

## Projekt 2

Anhand der vorhandenen medizinischen und nicht-medizinischen Kennzahlen (**Assessments**) wurde durch die Klinikleitung überprüft, welche sich für die Überwachung und Steuerung mittels **Balanced-Scorecard-Methode** eignen. Diese wurde im revidierten QM-Konzept dokumentiert.

## Projekt 3

Relevante **Qualitäts- und Prüfkosten** wurden 2008 gemeinsam mit der Leiterin für Finanzen und dem Verwaltungsleiter identifiziert. Für folgende Kategorien erfolgte die Auswahl anhand der durch die Buchhaltung regulär genutzten Kontenübersicht (Vorgabe der Unternehmensleitung): Fehlerverhütungskosten, Prüfkosten, Fehlerkosten und Qualitätskosten (extern). Die Übersicht wurde im QM-Konzept ergänzt.

## Projekt 4

Gemeinsam mit den Qualitätsbeauftragten der regionalen Partnerkliniken wurde eine Übersicht relevanter **Anforderungen an die Beauftragten** der Klinik erstellt. Mit dem Transfusionsbeauftragten Arzt der Klinik Grünheide wurde eine Mustervorlage erstellt. Die Übersichten wurden mit vorab erarbeiteten Inhalten klinikintern an alle Beauftragten übergeben und werden fortan durch diese gepflegt. Erforderliche Nachweise bzgl. Unterweisungen, Prüfungen, Begehungen werden systematisch erfasst und dokumentiert. Jährlich erfolgt die Überprüfung relevanter Anforderungen und ggf. eine Aktualisierung der Übersichten.

Eine Bewertung aller genannten Projekte erfolgt u. a. im Rahmen der Abteilungsleitungsmeetings sowie teilweise in der dokumentierten Selbstbewertung nach IQMP-Reha, die 2009 erstellt wird.

## **D-6** Bewertung des Qualitätsmanagements

## **Allgemeine Zertifizierungsverfahren**

Für 2009 ist die externe Zertifizierung des QM-Systems der Klinik nach DIN EN ISO 9001:2008 geplant.

## **Excellence-Modelle**

Für 2009 ist die externe Zertifizierung des QM-Systems der Klinik nach IQMP-Reha geplant.

## **Peer Reviews**

Die Klinik nahm 2006 am externen Qualitätssicherungsverfahren der Gesetzlichen Krankenversicherungen (qs-Reha®) teil. Die Ergebnisse wurden im 2007 veröffentlichten Bericht dargestellt.