



Strukturierter Qualitätsbericht 2018

gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V

Fachkliniken für Geriatrie Radeburg
Fachkrankenhaus für Geriatrie

Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	6
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	6
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	7
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	7
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	7
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	11
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	11
A-9	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	11
A-10	Gesamtfallzahlen.....	11
A-11	Personal des Krankenhauses.....	12
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	24
A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	34
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	35
B-1	Geriatric	35
C	Qualitätssicherung	49
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	49
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	49
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	52
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	52
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	52
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	53
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	53

Einleitung

C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 53	
D	Qualitätsmanagement	54
D-1	Qualitätspolitik.....	54
D-2	Qualitätsziele.....	57
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	62
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	64
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte.....	66
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements.....	67

Einleitung

Qualitätsbericht für die Fachkliniken für Geriatrie Radeburg GmbH

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts	
Funktion	Mitarbeiterin Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Katharina Duwe
Telefon	033204/2-2374
E-Mail	duwe@recura-kliniken.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts	
Funktion	Geschäftsführerin
Titel, Vorname, Name	Katja Ückert
Telefon	035208/88-927
E-Mail	ueckert@fachkliniken-radeburg.de

Weiterführende Links

Link zur Homepage des Krankenhauses: <http://www.fachkliniken-radeburg.de>

Link zu weiterführenden Informationen: <http://www.recura-kliniken.de/>



Einleitung

In dem Ihnen vorliegenden Qualitätsbericht stellt sich die Fachkliniken für Geriatrie Radeburg GmbH vor. Sie ist Träger des Fachkrankenhauses für Geriatrie und der Geriatrischen Rehabilitationsklinik Radeburg. Die Fachkliniken gehören - neben der Fachklinik Coswig GmbH (Zentrum für Pneumologie, Allergologie, Beatmungsmedizin, Thoraxchirurgie), der Kliniken Beelitz GmbH, der Akademie für Sozial- und Gesundheitsberufe GmbH, der Gesundheitszentrum RECURA GmbH, der COMCURA GmbH, der RECURA Service und dem RZP (Rehazentrum Potsdam GmbH) - zur Unternehmensgruppe der RECURA Kliniken GmbH.

Die RECURA Kliniken GmbH ist eine private Unternehmensgruppe für gesundheitliche Dienstleistungen mit regionalen und fachmedizinischen Schwerpunkten.

Die Kliniken der RECURA erbringen medizinische Leistungen von hoher Komplexität und Qualität. Das Unternehmen hat seine Kernkompetenzen im stationären klinischen Bereich. Die Schwerpunkte liegen auf den Feldern der Neurologie (mit Spezialisierungen), der Geriatrie sowie der Pneumologie, Allergologie, Beatmungsmedizin und Thoraxchirurgie.

Radeburg, die Geburtsstadt von Heinrich Zille, hat ca. 7.900 Einwohnern und liegt 20 km nördlich von Dresden in reizvoller Umgebung der Moritzburger Teich- und Kleinkuppenlandschaft. Die Klinik befindet sich in ruhiger Lage und unmittelbarer Nähe des Radeburger Stadtparks an der Promnitz.

Die komplexe Aufgabe der Fachkliniken für Geriatrie Radeburg GmbH besteht in der bestmöglichen, qualifizierten Behandlung multimorbider, geriatrischer Patienten mit dem Ziel des weitest gehenden Erhalts von Lebensqualität und Selbständigkeit der Patienten.

Mit dem Fachkrankenhaus für Geriatrie (Akutgeriatrie) ermöglichen wir neben der Rehabilitation auch die Behandlung akuter, geriatrischer Erkrankungen. Mit 40 Betten wurde die Akutgeriatrie in den sächsischen Landeskrankenhausplan 2018 aufgenommen.

Die Geriatrische Rehabilitationsklinik bietet den Patienten eine auf die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen abgestimmte, im interdisziplinären therapeutischen Team durchgeführte, ganzheitliche Rehabilitation. Sie verfügt über eine Kapazität von 68 Betten.

Der vorliegende Qualitätsbericht entspricht den gesetzlichen Vorgaben und wird jährlich aktualisiert. Die Intention des Qualitätsberichtes besteht darin, Transparenz und Überprüfbarkeit zu schaffen. Als Zielgruppen stehen Patienten, Krankenkassen sowie die Ärzteschaft im Vordergrund.

Für Nachfragen stehen Ihnen gerne die Mitarbeiter der Kliniken zur Verfügung. Weiterführendes Informationsmaterial, auch über die anderen Einrichtungen der Unternehmensgruppe, erhalten Sie bei der Patientenverwaltung der Fachkliniken für Geriatrie Radeburg bzw. bei der Klinikrezeption. Außerdem steht Ihnen unter www.fachkliniken-radeburg.de die Homepage der Fachkliniken für Geriatrie Radeburg zur Information zur Verfügung.



A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	Fachkrankenhaus für Geriatrie
Hausanschrift	Hospitalstraße 34 01471 Radeburg
Telefon	035208/88-50
Fax	035208/88-928
Institutionskennzeichen	261460065
Standortnummer	00
URL	http://www.fachkliniken-radeburg.de

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin		
Funktion	Chefärztin	
Titel, Vorname, Name	Dipl.-Med. Sabine Vodenitscharov	
Telefon	035208/88-612	
Fax	035208/88-609	
E-Mail	vodenitscharov@fachkliniken-radeburg.de	

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin		
Funktion	Pflegedirektorin	
Titel, Vorname, Name	LL.M. Andrea Kuphal	
Telefon	035208/88-540	
Fax	035208/88-614	
E-Mail	kuphal@fachkliniken-radeburg.de	

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin		
Funktion	Therapieleitung	
Titel, Vorname, Name	Claudia Fischer	
Telefon	035208/88-641	
E-Mail	fischer@fachkliniken-radeburg.de	

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Geschäftsführung
Titel, Vorname, Name	Ursula Russow-Böhm
Telefon	03523/65-402
Fax	03523/65-401
E-Mail	russow@fachkrankenhaus-coswig.de



Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Kaufmännische Leitung
Titel, Vorname, Name	Katja Ückert
Telefon	035208/88-927
E-Mail	Ueckert@fachkliniken-radeburg.de



A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	
Name	Fachkliniken für Geriatrie Radeburg GmbH
Art	Privat

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu.

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Trifft nicht zu.



A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP02	Akupunktur	
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP53	Aromapflege/-therapie	
MP54	Asthmaschulung	
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP06	Basale Stimulation	
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP01	Akupressur	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP27	Musiktherapie	
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie	
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
MP45	Stomatherapie/-beratung	
MP46	Traditionelle Chinesische Medizin	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP51	Wundmanagement	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP21	Kinästhetik	Pflegekonzept 2016 erstmals als FoBi angeboten und dann im Haus eingeführt
MP26	Medizinische Fußpflege	Angebot über externe Dienstleister

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Link	Kommentar
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			
NM17	Rundfunkempfang am Bett	Kosten pro Tag: 0€		Standardleistung
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag: 0€		Standardleistung
NM18	Telefon am Bett	Kosten pro Tag: 1€ Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,15€ Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0,0€		
NM19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer			
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	Kosten pro Stunde maximal: 0,0€ Kosten pro Tag maximal: 0€		Für die Parkplätze sind keine gesonderten Gebühren zu zahlen
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum			
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)			
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen			
NM65	Hotelleistungen			
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen			
NM42	Seelsorge			
NM15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag: 0,00€		kostenfrei

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche oder Ähnliches
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
BF11	Besondere personelle Unterstützung
BF13	Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE
BF14	Arbeit mit Piktogrammen
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
BF24	Diätetische Angebote
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
BF28	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
HB17	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Betten	
Betten	30

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	560
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	0

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 12,5

Kommentar: Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,5	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärzte/innen insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 6,3

Kommentar: Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,3	
Nicht Direkt	0	

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärzte/innen ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl: 0

Kommentar: Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 28,3

Kommentar: Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	28,3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	28,3	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 7,6

Kommentar: Enthalten sind auch Altenpfleger mit abgeschlossener zweijähriger Ausbildung.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,6	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal insgesamt

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Anzahl Vollkräfte: 3,2

Kommentar: Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,2	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 5,5

Kommentar: Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,5	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP05 - Ergotherapeut und Ergotherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 7,25

Personal aufgeteilt nach:

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,25	Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,25	Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 2,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,25	Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,25	Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.
Nicht Direkt	0	

SP15 - Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin

Anzahl Vollkräfte: 2,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,75	Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.
Ambulant	0	

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,75	Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.
Nicht Direkt	0	

SP16 - Musiktherapeut und Musiktherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 0,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,5	Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,5	Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.
Nicht Direkt	0	

SP21 - Physiotherapeut und Physiotherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 8,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,75	Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,75	Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.
Nicht Direkt	0	

SP23 - Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Anzahl Vollkräfte: 1,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,8	Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,8	Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.
Nicht Direkt	0	

SP25 - Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin

Anzahl Vollkräfte: 0,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,25	Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,25	Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.
Nicht Direkt	0	

SP26 - Sozialpädagoge und Sozialpädagogin

Anzahl Vollkräfte: 2,62

Personal aufgeteilt nach:

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,62	Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,62	Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.
Nicht Direkt	0	

SP57 - Klinischer Neuropsychologe und Klinische Neuropsychologin

Anzahl Vollkräfte: 0,3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,3	Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,3	Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.
Nicht Direkt	0	

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Anzahl Vollkräfte: 22,5

Kommentar: mehrer Mitarbeiter im Konzept Bobath geschult, VK in Pflegedienst und Medizinisch-technischem Dienst enthalten (mind. 1,72 VK)

Personal aufgeteilt nach:

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	22,5	mehrere Mitarbeiter im Konzept Bobath geschult, VK in Pflegedienst und Medizinisch-technischem Dienst enthalten (mind. 22,5 VK)
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	22,5	mehrere Mitarbeiter im Konzept Bobath geschult, VK in Pflegedienst und Medizinisch-technischem Dienst enthalten (mind. 22,5 VK)
Nicht Direkt	0	

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Anzahl Vollkräfte: 8,5

Kommentar: mehrer Mitarbeiter mit dieser Zusatzqualifikation, alle im Physiotherapiebereich (mind. 3,09 VK)

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,5	mehrere Mitarbeiter mit dieser Zusatzqualifikation, 3,6 VK in der Physiotherapie, Rest in Teilberichen
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,5	mehrere Mitarbeiter mit dieser Zusatzqualifikation, 3,6 VK in der Physiotherapie, Rest in Teilbereichen
Nicht Direkt	0	

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 3,59

Kommentar: mehrer Mitarbeiter mit dieser Zusatzqualifikation, alle im Pflegedienst

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,59	mehrere Mitarbeiter mit dieser Zusatzqualifikation, alle im Pflegedienst
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,59	mehrere Mitarbeiter mit dieser Zusatzqualifikation, alle im Pflegedienst
Nicht Direkt	0	

SP61 - Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik

Anzahl Vollkräfte: 6

Kommentar: mehrer Mitarbeiter mit dieser Zusatzqualifikation, alle im Pflegedienst (mind. 3,74 VK)

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6	mehrere Mitarbeiter mit dieser Zusatzqualifikation, alle im Pflegedienst (mind. 6,0 VK)
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6	mehrere Mitarbeiter mit dieser Zusatzqualifikation, alle im Pflegedienst (mind. 6,0 VK)
Nicht Direkt	0	

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	
Funktion	Qualitätsmanagementbeauftragter
Titel, Vorname, Name	Holm Schützka
Telefon	035208/88-619
Fax	035208/88-614
E-Mail	schuetzka@fachkliniken-radeburg.de

A-12.1.2 Lenkungs-gremium

Lenkungs-gremium	
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Pflegedienstleitung Therapieleitung Ärztliche Leitung Geschäftsführung
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Eigenständige Position für Risikomanagement

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement	
Funktion	Leitung Qualitäts- und Risikomanagement
Titel, Vorname, Name	Bärbel Rieder
Telefon	033204/22-886
Fax	033204/22-502
E-Mail	Rieder@recura-kliniken.de

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe	
Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe	Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Pflegedienstleitung Therapieleitung Ärztliche Leitung Geschäftsführung
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich



A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: Qualitätsmanagementhandbuch Datum: 05.04.2018	
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		- Interner Weiterbildungsplan Pflege und Funktionsabteilungen 2018 - Interner Weiterbildungsplan Ärztlicher Dienst 2018 - Fort und Weiterbildungsplan allgemein 2018
RM03	Mitarbeiterbefragungen		Konzernbefragung alle 3 Jahre
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagementhandbuch Datum: 05.04.2018	
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagementhandbuch Datum: 05.04.2018	
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagementhandbuch Datum: 05.04.2018	
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagementhandbuch Datum: 05.04.2018	
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagementhandbuch Datum: 05.04.2018	
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Fallbesprechungen/ Teambesprechung	

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagementhandbuch Datum: 05.04.2018	Betrifft nur Patientenverwechslungen
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagementhandbuch Datum: 05.04.2018	

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem	
Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich
Verbesserung Patientensicherheit	Kontinuierliche Erarbeitung von Standards auf Grundlage der Richtlinien "Aktionsbündnis Patientensicherheit" etc. Kontinuierliche Überarbeitung des Fort- und Weiterbildungsplans auf wissenschaftlichem Standard

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	05.04.2018
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	halbjährlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	jährlich

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem	
Übergreifendes Fehlermeldesystem	Nein

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	1	
Fachgesundheits- und Krankenpfleger und Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1	

Hygienekommission	
Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

Hygienekommission Vorsitzender	
Funktion	Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Dipl.-Med. Sabine Vodenitscharov
Telefon	035208/88-610
Fax	035208/88-609
E-Mail	vodenitscharov@fachkliniken-radeburg.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt.

1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage	
Der Standard liegt vor	Nein

2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern	
Der Standard liegt vor	Nein

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie	
Die Leitlinie liegt vor	Nein

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Standortsspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe

Der Standard liegt vor Am Standort werden keine Operationen durchgeführt

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortsspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel

Der Standard liegt vor Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

a) Hygienische Händedesinfektion Ja

b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen Ja

c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden Ja

d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage Ja

e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion Ja

Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Händedesinfektionsmittelverbrauch

Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben Ja

- Händedesinfektionsmittelverbrauch 16,60 ml/Patiententag

Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben Keine Intensivstation vorhanden

Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs Ja

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

MRSA

Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke Ja

Informationsmanagement für MRSA liegt vor Ja

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen) Ja

Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang

Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren Ja

A-12.3.2.6 *Hygienebezogenes Risikomanagement*

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	HAND-KISS	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: MRE Netzwerk Sachsen, Geriatisches Netzwerk	Gesundheitsamt Meißen
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Bronze	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		Validierung der Aufbereitungsprozesse, Begehungen, mikrobiologische Untersuchungen
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Interne theoretische und praktische Fortbildungen sowie Schulungen der hygienebeauftragten Pflegekräfte (bspw. Vortragsreihe: Nosokomiale Diarrhoe, Händehygiene, Punktion/ Injektion, MRSA), jährlich stattfindender Hautschutztag, Schulung aller Krankenhaus

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Die Zufriedenheit unserer Patienten und deren Angehörigen, aber auch die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter und Kostenträger liegt uns am Herzen. Daher ist ein schriftliches Konzept zum Umgang mit Beschwerden längst gelebter Bestandteil unseres Qualitätsmanagementsystems.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	Der richtige Umgang mit Beschwerden ist ein wichtiger Bestandteil eines Qualitätsmanagementsystems und in unserem Qualitätsmanagement-Handbuch schriftlich niedergelegt. Alle Mitarbeiter sind zum Prozess "Beschwerdemanagement" unterrichtet.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	Unser Beschwerdemanagementsystem berücksichtigt sowohl mündlich als auch schriftlich geäußerte Beschwerden.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	s.o.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	Ja	Alle Beschwerden in unserer Einrichtung werden schriftlich erfasst und zügig bearbeitet. Eine Rückmeldung an den Beschwerdeführer, soweit bekannt, erfolgt zeitnah innerhalb von 14 Tagen.

Regelmäßige Einweiserbefragungen	
Durchgeführt	Nein

Regelmäßige Patientenbefragungen	
Durchgeführt	Ja
Link	http://www.fachkliniken-radeburg.de/kontaktinfos/ihre-meinung.html
Kommentar	Alle Patienten in unserer Einrichtung erhalten bei Aufnahme eine Patientenmappe, welche unter anderem auch einen Patientenfragebogen enthält. Dieser kann während oder bei Beendigung des Aufenthalts bei unseren Mitarbeitern der Rezeption oder auf Station abgegeben werden. Eine Auswertung der Fragebögen erfolgt kontinuierlich und die Ergebnisse werden regelmäßig in Team- und Leitungssitzungen besprochen.

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden	
Möglich	Ja
Link	http://www.fachkliniken-radeburg.de/kontaktinfos/kontaktformular.html
Kommentar	Anonyme Beschwerden können sowohl schriftlich als auch telefonisch geäußert werden.

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement	
Funktion	Kaufmännische Leitung
Titel, Vorname, Name	Katja Ückert
Telefon	035208/88-927
E-Mail	ueckert@recura-klinken.de

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement	
Funktion	Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Dipl.-Med. Sabine Vodenitscharov
Telefon	035208/88-612
Fax	035208/88-609
E-Mail	vodenitscharov@fachkliniken-radeburg.de

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement	
Funktion	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	LL.M. Andrea Kuphal
Telefon	035208/88-540
Fax	035208/88-614
E-Mail	kuphal@fachkliniken-radeburg.de

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement	
Funktion	Therapieleitung
Titel, Vorname, Name	Claudia Fischer
Telefon	035208/88-641
E-Mail	fischer@fachkliniken-radeburg.de

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements	
Link zum Bericht	
Kommentar	Ansprechpartner zum Beschwerdemanagement ist generell unsere Klinikleitung. Für medizinische und pflegerische Themen stehen Ihnen unsere Chefärztin und Pflegedienstleitung gern zur Verfügung.

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

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

Verantwortliche Person AMTS	
Funktion	Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Dipl.-Med. Sabine Vodenitscharov
Telefon	035208/88-612
Fax	035208/88-609
E-Mail	vodenitscharov@fachkliniken-radeburg.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl (Personen)
Apothekerinnen und Apotheker	0
Weiteres pharmazeutisches Personal	0

Erläuterungen
Über Kooperation mit der Apotheke Johannstadt

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		
AS02	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder		
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> - Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten 	
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"> - Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma) - Elektronische Unterstützung bei Bestellung (über Amondis) 	über MMI und amondis
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<ul style="list-style-type: none"> - Fallbesprechungen - Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2) 	

A-13 Besondere apparative Ausstattung

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Geriatrie

B-1.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Geriatrie
Fachabteilungsschlüssel	0200
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Dipl.-Med. Sabine Vodenitscharov
Telefon	035208/88-612
Fax	035208/88-609
E-Mail	vodenitscharov@fachkliniken-radeburg.de
Straße/Nr	Hospitalstraße 34
PLZ/Ort	01471 Radeburg
Homepage	http://www.fachkliniken-radeburg.de

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen



B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	keine Coro, keine Interventionen, konservative Behandlung
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	
VI27	Spezialsprechstunde	Geriatrische Institutsambulanz nach §118a SGB V
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI38	Palliativmedizin	
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	
VI42	Transfusionsmedizin	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie	

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR02	Native Sonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR04	Duplexsonographie	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	im Unternehmensverbund möglich
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	im Unternehmensverbund möglich
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	über Kooperation möglich
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	über Kooperation möglich
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	im Unternehmensverbund möglich
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	

B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung

Trifft nicht zu.

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	560
Teilstationäre Fallzahl	0

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I50	60	Herzinsuffizienz
2	S72	44	Fraktur des Femurs
3	R26	31	Störungen des Ganges und der Mobilität
4	J18	24	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
5	F05	22	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
6	S32	17	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
7	I70	15	Atherosklerose
8	N39	14	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
9	J44	12	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung
10	M47	12	Spondylose
11	N17	12	Akutes Nierenversagen
12	M80	11	Osteoporose mit pathologischer Fraktur
13	G20	10	Primäres Parkinson-Syndrom
14	R29	10	Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen
15	S42	10	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes
16	E11	9	Diabetes mellitus, Typ 2
17	I63	9	Hirnfarkt
18	J20	9	Akute Bronchitis
19	M54	9	Rückenschmerzen
20	S22	7	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule
21	A04	6	Sonstige bakterielle Darminfektionen
22	T84	6	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate
23	A41	5	Sonstige Sepsis
24	G30	5	Alzheimer-Krankheit
25	J96	5	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert
26	A08	4	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen
27	A09	4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs
28	C18	4	Bösartige Neubildung des Kolons
29	D64	4	Sonstige Anämien
30	E86	4	Volumenmangel
31	I95	4	Hypotonie
32	M17	4	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
33	M48	4	Sonstige Spondylopathien

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

34	M96	4	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert
35	S06	4	Intrakranielle Verletzung
36	A40	<= 5	Streptokokkensepsis
37	A46	<= 5	Erysipel [Wundrose]
38	A49	<= 5	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation
39	B02	<= 5	Zoster [Herpes zoster]
40	B44	<= 5	Aspergillose
41	B99	<= 5	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten
42	C15	<= 5	Bösartige Neubildung des Ösophagus
43	C16	<= 5	Bösartige Neubildung des Magens
44	C20	<= 5	Bösartige Neubildung des Rektums
45	C22	<= 5	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
46	C25	<= 5	Bösartige Neubildung des Pankreas
47	C34	<= 5	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
48	C50	<= 5	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
49	C64	<= 5	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
50	C66	<= 5	Bösartige Neubildung des Ureters
51	C67	<= 5	Bösartige Neubildung der Harnblase
52	C68	<= 5	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane
53	C71	<= 5	Bösartige Neubildung des Gehirns
54	C79	<= 5	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen
55	D50	<= 5	Eisenmangelanämie
56	D62	<= 5	Akute Blutungsanämie
57	E10	<= 5	Diabetes mellitus, Typ 1
58	E22	<= 5	Überfunktion der Hypophyse
59	E83	<= 5	Störungen des Mineralstoffwechsels
60	E87	<= 5	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts
61	F01	<= 5	Vaskuläre Demenz
62	F07	<= 5	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
63	F32	<= 5	Depressive Episode
64	F33	<= 5	Rezidivierende depressive Störung
65	F41	<= 5	Andere Angststörungen
66	G06	<= 5	Intrakranielle und intraspinale Abszesse und Granulome
67	G21	<= 5	Sekundäres Parkinson-Syndrom
68	G57	<= 5	Mononeuropathien der unteren Extremität

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

69	G81	<= 5	Hemiparese und Hemiplegie
70	G82	<= 5	Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie
71	G91	<= 5	Hydrozephalus
72	I10	<= 5	Essentielle (primäre) Hypertonie
73	I15	<= 5	Sekundäre Hypertonie
74	I21	<= 5	Akuter Myokardinfarkt
75	I25	<= 5	Chronische ischämische Herzkrankheit
76	I33	<= 5	Akute und subakute Endokarditis
77	I35	<= 5	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten
78	I48	<= 5	Vorhofflimmern und Vorhofflattern
79	I62	<= 5	Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung
80	I78	<= 5	Krankheiten der Kapillaren
81	I80	<= 5	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis
82	J10	<= 5	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren
83	J15	<= 5	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert
84	J21	<= 5	Akute Bronchiolitis
85	J45	<= 5	Asthma bronchiale
86	J69	<= 5	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen
87	K22	<= 5	Sonstige Krankheiten des Ösophagus
88	K26	<= 5	Ulcus duodeni
89	K29	<= 5	Gastritis und Duodenitis
90	K44	<= 5	Hernia diaphragmatica
91	K57	<= 5	Divertikulose des Darmes
92	K59	<= 5	Sonstige funktionelle Darmstörungen
93	K70	<= 5	Alkoholische Leberkrankheit
94	K74	<= 5	Fibrose und Zirrhose der Leber
95	K80	<= 5	Cholelithiasis
96	K86	<= 5	Sonstige Krankheiten des Pankreas
97	K91	<= 5	Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert
98	K92	<= 5	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems
99	L12	<= 5	Pemphigoidkrankheiten
100	L27	<= 5	Dermatitis durch oral, enteral oder parenteral aufgenommene Substanzen
101	L89	<= 5	Dekubitalgeschwür und Druckzone
102	M06	<= 5	Sonstige chronische Polyarthritiden
103	M10	<= 5	Gicht
104	M16	<= 5	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]
105	M23	<= 5	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]
106	M35	<= 5	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

107	M46	<= 5	Sonstige entzündliche Spondylopathien
108	M51	<= 5	Sonstige Bandscheibenschäden
109	M62	<= 5	Sonstige Muskelkrankheiten
110	M79	<= 5	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert
111	M86	<= 5	Osteomyelitis
112	M87	<= 5	Knochennekrose
113	N18	<= 5	Chronische Nierenkrankheit
114	N32	<= 5	Sonstige Krankheiten der Harnblase
115	N45	<= 5	Orchitis und Epididymitis
116	R00	<= 5	Störungen des Herzschlages
117	R11	<= 5	Übelkeit und Erbrechen
118	R13	<= 5	Dysphagie
119	R42	<= 5	Schwindel und Taumel
120	R50	<= 5	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache
121	R55	<= 5	Synkope und Kollaps
122	R63	<= 5	Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen
123	S27	<= 5	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe
124	S30	<= 5	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
125	S43	<= 5	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels
126	S52	<= 5	Fraktur des Unterarmes
127	S63	<= 5	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Höhe des Handgelenkes und der Hand
128	S82	<= 5	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
129	S83	<= 5	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes
130	S92	<= 5	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]
131	T81	<= 5	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert
132	T82	<= 5	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
133	T87	<= 5	Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-984	476	Pflegebedürftigkeit
2	8-550	445	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
3	3-200	89	Native Computertomographie des Schädels
4	8-800	27	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
5	9-200	23	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
6	3-203	13	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
7	8-930	12	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
8	1-632	11	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
9	3-205	9	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems
10	9-320	9	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens
11	1-440	6	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
12	1-613	6	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop
13	3-207	6	Native Computertomographie des Abdomens
14	3-802	6	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
15	1-207	5	Elektroenzephalographie (EEG)
16	3-202	5	Native Computertomographie des Thorax
17	8-191	5	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen
18	8-192	5	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde
19	5-913	4	Entfernung oberflächlicher Hautschichten
20	8-987	4	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
21	1-243	<= 5	Phoniatrie
22	1-444	<= 5	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
23	1-545	<= 5	Biopsie an anderen Strukturen des Mundes und der Mundhöhle durch Inzision
24	1-620	<= 5	Diagnostische Tracheobronchoskopie
25	1-631	<= 5	Diagnostische Ösophagogastroskopie
26	1-650	<= 5	Diagnostische Koloskopie
27	1-854	<= 5	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

28	3-201	<= 5	Native Computertomographie des Halses
29	3-206	<= 5	Native Computertomographie des Beckens
30	3-20x	<= 5	Andere native Computertomographie
31	3-220	<= 5	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel
32	3-221	<= 5	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel
33	3-222	<= 5	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
34	3-225	<= 5	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
35	3-226	<= 5	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel
36	3-800	<= 5	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
37	3-806	<= 5	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems
38	3-823	<= 5	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel
39	5-230	<= 5	Zahnextraktion
40	5-232	<= 5	Zahnsanierung durch Füllung
41	5-399	<= 5	Andere Operationen an Blutgefäßen
42	5-892	<= 5	Andere Inzision an Haut und Unterhaut
43	6-007	<= 5	Applikation von Medikamenten, Liste 7
44	8-016	<= 5	Parenterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung
45	8-133	<= 5	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters
46	8-137	<= 5	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]
47	8-152	<= 5	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax
48	8-153	<= 5	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle
49	8-158	<= 5	Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes
50	8-171	<= 5	Therapeutische Spülung (Lavage) des Ohres
51	8-560	<= 5	Lichttherapie
52	8-771	<= 5	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Geriatrische Institutsambulanz §118a SGB V	
Ambulanzart	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V (AM02)
Kommentar	Zulassung seit 2016

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 12,5

Kommentar: Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 44,8

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 6,3

Kommentar: Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,3	
Ambulant	0	

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 88,88889

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
AQ63	Allgemeinmedizin
AQ23	Innere Medizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF09	Geriatric
ZF30	Palliativmedizin

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 28,3

Kommentar: Die Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	28,3	
Ambulant	0	

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	28,3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 19,78799

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 7,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,6	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 73,68421

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,2

Kommentar: Die Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.

Personal aufgeteilt nach:

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 175

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 5,5

Kommentar: Die Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 101,81818

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches
PQ06	Master
PQ13	Hygienefachkraft
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ17	Pflege in der Rehabilitation
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP02	Bobath
ZP07	Geriatric
ZP08	Kinästhetik
ZP16	Wundmanagement

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein



C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate
DEK: Pflege: Dekubitusprophylaxe	96	100,0%
PNEU: Ambulant erworbene Pneumonie	Datenschutz	Datenschutz

C-1.2.[1] Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus

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

Qualitätsindikator (QI)	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kennzahlbezeichnung	52009: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Beobachte Ergebnisse	4
Erwartete Ergebnisse	5,66
Grundgesamtheit	560
Rechnerische Ergebnisse	0,71
Vertrauensbereich	0,28 - 1,80
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,31 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 - 1,07

Qualitätsindikator (QI)	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kennzahlbezeichnung	52010: Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitus Grad/ Kategorie 4)
Beobachtete Ergebnisse	0
Grundgesamtheit	560
Rechnerische Ergebnisse	0,00
Vertrauensbereich	0,00 – 0,68
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,01

Qualitätsindikator (QI)	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kennzahlbezeichnung	2005: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Beobachtete Ergebnisse	Datenschutz
Grundgesamtheit	Datenschutz
Rechnerische Ergebnisse	Datenschutz
Vertrauensbereich	Datenschutz
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,45 - 98,54

Qualitätsindikator (QI)	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kennzahlbezeichnung	2007: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Beobachte Ergebnisse	Datenschutz
Grundgesamtheit	Datenschutz
Rechnerische Ergebnisse	Datenschutz
Vertrauensbereich	Datenschutz
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	TK
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,91 - 97,56

Qualitätsindikator (QI)	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kennzahlbezeichnung	2013: Körperliche Aktivierung innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus bei Patientinnen und Patienten mit mittlerem Risiko, an einer Lungenentzündung zu versterben
Beobachte Ergebnisse	Datenschutz
Grundgesamtheit	Datenschutz
Rechnerische Ergebnisse	Datenschutz
Vertrauensbereich	Datenschutz
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,74 - 93,99

Qualitätsindikator (QI)	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kennzahlbezeichnung	50722: Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Beobachte Ergebnisse	Datenschutz
Grundgesamtheit	Datenschutz
Rechnerische Ergebnisse	Datenschutz
Vertrauensbereich	Datenschutz
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,42 - 96,55

Qualitätsindikator (QI)	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kennzahlbezeichnung	50778: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Beobachtete Ergebnisse	Datenschutz
Erwartete Ergebnisse	Datenschutz
Grundgesamteinheit	Datenschutz
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich	0,00 - 3,84
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,58 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 - 1,07

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

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

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

C Qualitätssicherung

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

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

C-5.2.1 Gesamtergebnis der Prognosedarlegung

C-5.2.2 Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden

C-5.2.3 Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen

C-5.2.4 Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

C-5.2.5 Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden

C-5.2.6 Übergangsregelung

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

Trifft nicht zu.

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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen	6
1.1	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 1.1.1]	0
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 1.1]	0

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Mit diesem Leitbild geben wir unseren Mitarbeiter eine Orientierung und eine kollektive Vision für ihr Arbeiten. Auf der Basis unseres Leitbilds entwickeln und validieren wir regelmäßig konkrete und praktikable Ziele für unsere Klinik bzw. Mitarbeiter.

Das Leitbild untergliedert sich in die unterschiedlichen Verpflichtungen unseres Hauses:

1. Der Antrieb unseres Tuns ist der Wille zu helfen. Durch Vernetzung und Partnerschaft fördern wir unsere Stärken und lassen Besseres entstehen.

Wir stellen uns der gesellschaftlichen Verantwortung. Unser Unternehmensprofil ist gekoppelt an ein klares regionales Profil.

- Menschlichkeit, Ethik und soziale Verantwortung bestimmen unser Handeln.
- Rein finanzielle Interessen dürfen nicht die Oberhand über die Ideale der Hilfe, Linderung und Heilung erlangen.
- Wir gestalten die regionalen Versorgungslandschaften, in denen wir tätig sind, aktiv mit. Wir haben mit unseren spezialisierten und komplexen Leistungen einen besonderen Platz in der fachmedizinischen Versorgungskette.
- Wir erarbeiten im Rahmen unserer Möglichkeiten, unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben zukunftsweisende strategische Entwicklungskonzepte. Dabei wollen wir aktiv und initiativ von neuen Möglichkeiten Gebrauch machen. Wir knüpfen strategische Verbindungen und/oder gehen Kooperationen ein, wenn wir zusammen etwas besser können als allein.
- Gesundheitsleistungen sind bei allem Einsatz moderner Technik zuallererst personenbezogene Dienstleistungen. Entscheidend dafür ist neben Personalmotivation und Personalführung eine auf die praktische Arbeit für den Patienten vorbereitende Ausbildung in den Pflegeberufen. Die Fachkliniken für Geriatrie Radeburg bildet deshalb in enger Verbindung mit der medizinischen Berufsfachschule Pflegekräfte aus. Es engagiert sich damit über den eigenen Personalnachwuchs hinaus für junge Menschen in der Berufsfindungsphase und für die Weiterbildung

2. Wir schaffen Vertrauen, gehen Wege gemeinsam. Wir sind sichtbar mit dem, was wir am Besten können und erbringen hochwertige Leistungen.

Wir wollen einen nachhaltigen Beitrag zur Verbesserung des körperlichen, kulturellen und geistigen Wohles unserer Patienten leisten! Wir haben unser eigenes fachmedizinisches Profil und entwickeln dies ständig weiter.

- Als Spezialisten erbringen wir **direkt patientenbezogene medizinische und rehabilitative Leistungen** von hoher Komplexität, großer Spezifität sowie anerkannter Qualität und Effizienz. Unsere Fachkompetenzen liegen im Bereich der Klinischen Geriatrie/ Inneren Medizin. Unser Konzept folgt medizinisch, pflegerisch und therapeutisch einem interdisziplinären ganzheitlichen Ansatz.

D Qualitätsmanagement

- Wir bieten spezialisierte Leistungen von hoher Qualität im Rahmen einer umfassenden **Versorgung**.
- Wir wollen unseren Patienten die bestmögliche medizinische Leistung und eine optimale pflegerische, soziale und psychosoziale Betreuung bieten. Durch Bündelung von Wissen und Kompetenz stellen wir sicher, dass unsere Patienten auf der Basis qualifizierter Diagnostik klar definierte **Behandlungsprogramme** erfahren.
- Wir legen Wert darauf, dass unsere Patienten im gesamten Behandlungsverlauf eine **einfühlsame Führung** und **optimale Betreuung** erleben.
- Wir gehen vom **mündigen Patienten** aus, für den unser gemeinsames Handeln die entscheidende Voraussetzung ist, um eigenverantwortlich mit seiner Situation umzugehen und an seiner Genesung mitzuarbeiten.
- Wir garantieren den **Kostenträgern** die optimale Erfüllung unseres Versorgungsauftrages.
 - Qualifiziertes Personal ist für uns die wichtigste Voraussetzung ärztlicher, pflegerischer und therapeutischer sowie nicht-medizinischer Leistungsfähigkeit.
 - Wir arbeiten mit einer zeitgemäßen Ausstattung, die unserem Fachgebiet entspricht und regelmäßig auf diesem Stand gehalten wird.
 - Wir pflegen eine intensive Kommunikation mit den Kostenträgern über den gesamten Behandlungsverlauf.
- Die systematische Einbindung der **Vor- und Nachbehandler** in der ambulanten und akutstationären Versorgung durch intensive Kommunikation sehen wir als Voraussetzung für eine optimale Versorgung der uns anvertrauten Patienten.
- In unserer Arbeit orientieren wir uns an berufsspezifischen Normen und Vorgaben sowie Expertenstandards und entwickeln uns somit stetig weiter. Wir überprüfen regelmäßig unsere Leistungsqualität.
- **Unsere Mitarbeiter sind die Säulen unserer Einrichtung.**

Unsere Leistungen auf der Basis hoher medizinischer, pflegerischer, therapeutischer und nicht-medizinischer Fachkompetenz im Bereich Geriatrie orientieren sich an den tatsächlichen Bedürfnissen unserer Patienten. Grundlage hierfür sind qualifizierte, motivierte und zufriedene Mitarbeiter auf allen Ebenen und in allen Bereichen unserer Klinik.

- Die Fachkliniken für Geriatrie Radeburg bietet sichere und qualifizierte Arbeitsplätze. Wir unterrichten unsere Mitarbeiter über die aktuellen Entwicklungen in unserer Klinik und arbeiten dabei eng mit dem Betriebsrat zusammen.
- Unsere Mitarbeiter arbeiten in einer Organisation mit **klaren Strukturen**. Eindeutige Aufgabenbeschreibungen und Kompetenzen fördern die reibungslose Zusammenarbeit.
- Wir fördern eine mitarbeiterbezogene, bedarfsorientierte und individuelle **Fort- und Weiterbildung, die sowohl das medizinische Konzept als auch die aktuellen Entwicklungen der einzelnen Berufsgruppen berücksichtigt**.
- Wir erwarten und fördern die **persönliche Mitwirkungsbereitschaft** unserer Mitarbeiter an der stetigen Weiterentwicklung des Leistungsgeschehens in unseren Einrichtungen. Wir arbeiten deshalb an innerbetrieblichen Verbesserungen und schaffen dafür Anreize.

D Qualitätsmanagement

- Bei der Gestaltung der Arbeitszeit berücksichtigen wir die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Wir pflegen einen offenen, ehrlichen und konstruktiven Umgang miteinander.
- **Wir sind und bleiben wirtschaftlich leistungsfähig und erfolgreich in unserem täglichen Handeln.**
 - Unsere Aktivitäten sind auf **Langfristigkeit und Nachhaltigkeit** ausgerichtet.
 - Die erforderlichen Mittel für die Unterhaltung unserer Einrichtung, für die kontinuierliche Anpassung der Ausstattung an den schnellen medizintechnischen Fortschritt, für die Gewinnung hochqualifizierter Mitarbeiter sowie für die strategische Sicherung und Weiterentwicklung unserer Klinik müssen von uns erwirtschaftet werden.
 - Wir orientieren uns an der **einheitlichen Markenstrategie der RECURA Kliniken GmbH** und entwickeln auf dieser Basis **unser spezielles Profil**.

Wir entwickeln mittelfristige strategische sowie in der Regel jahresorientierte operative **Zielvorgaben und Zielvereinbarungen** für unsere Klinik. Die Umsetzung dieser Vorgaben wird durch ein periodisches, standardisiertes Berichtssystem und darauf aufbauende regelmäßige Analysen gewährleistet.

D-2 Qualitätsziele

Als Fachkliniken für Geriatrie befinden wir uns in einem Spannungsfeld der regionalen und überregionalen medizinischen Versorgung, welches uns die außerordentliche Bedeutung einer hochqualitativen Spezifikation besonders deutlich macht. Unser Leistungsangebot und die Leistungserfüllung stehen daher in kontinuierlicher Überprüfung. Dabei richten wir unser Augenmerk auf die Erfüllung unserer Qualitätsziele, die wie folgt festgeschrieben werden:

Gesellschaftliche Verantwortung

Ziel	Menschlichkeit, und Ethik
Das heißt für uns:	Erfüllung des gesellschaftlichen Auftrags
Wir erreichen dies durch:	1. Erfassung und Auswertung der Rückmeldungen aus dem gesellschaftlichen Umfeld 2. Integration Behinderter, z. B. durch einen barrierefreien Zugang zu allen Klinikbereichen
Maßstab:	1. subjektive Einschätzung

Ziel	Soziale Verantwortung durch Kompetenz
Das heißt für uns:	2. eine umweltorientierte Tätigkeit der Klinik 3. Berücksichtigung bzw. Weiterentwicklung hinsichtlich Umwelt- und Arbeitsschutz
Wir erreichen dies durch:	4. Erfassung und Auswertung von Haftpflichtfällen 5. Ausschluss nicht hinreichend qualifizierter Lieferanten (Sicherstellung der Umwelt- und Sicherheitsanforderungen) 6. umweltgerechte Entsorgung von Abfällen
Maßstab:	7. Ergebnisse der ext. und int. Betriebsbegehungen [Anzahl der Mängel] 8. Unfall-Statistiken

Ziel	Regionales Profil/ Strategische Aus-richtung
Das heißt für uns:	9. Integration in der Region und regionalen Versorgungskette
Wir erreichen dies durch:	10. Mitgestaltung der Versorgungslandschaft in den Regionen unserer Kliniken 11. Einbindung von Selbsthilfegruppen 12. Weiterbildung von MA aller Berufsgruppen aus Einrichtungen des Gesundheitssystems und der Altenpflege
Maßstab:	13. Anzahl der ext. Schulungsteilnehmer/ Anzahl der Fortbildungen für Externe [pro Jahr]

Nachhaltiger Beitrag zur Verbesserung des körperlichen, kulturellen und geistigen Wohles unserer Patienten!

Ziel	Zufriedene und autonome Patienten, die ihr individuelles Therapieziel erreicht haben
Das heißt für uns:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Erhalt bzw. Wiederherstellung von Mobilität 2. Rückkehr unserer Patienten in ihren gewohnten Lebenskreis 3. Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Selbstständigkeit und Selbstversorgungsfähigkeit 4. Vermeidung bzw. Verminderung von dauerhafter Pflegebedürftigkeit 5. eine optimale medizinische Versorgung sicherzustellen bzgl. <ol style="list-style-type: none"> 1. Kuration 2. Rehabilitation (Kompensation und Adaption) 1. unter gleichzeitiger Berücksichtigung palliativer und präventiver 2. Aspekte durch 3. einen ganzheitlichen Behand-lungsansatz 4. klar definierte Behandlungsprogramme auf Basis qualifizierter Diagnostik 5. eine einfühlsame Führung und optimale Betreuung 6. kurzfristige Aufnahme nach Kostenzusage
Wir erreichen dies durch:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Umsetzung unseres spezifisch geriatrisches Behandlungskonzepts, welches durch folgende Grundprinzipien charakterisiert ist: <ol style="list-style-type: none"> 1. Arbeit im interdisziplinären therapeutischen Team 2. individuelle, ganzheitliche Erfassung der Defizite und Ressourcen eines jeden Patienten durch das geriatrische Assessment 3. therapeutisch aktivierende Pflege 4. Erstellung eines individuellen Behandlungsplanes unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse des Patienten 5. Einbeziehung der Angehörigen 6. umfassende Entlassungsvorbereitung 7. patientenspezifische Zusatzleistungen zu angemessenen Preisen 8. qualitativ hochwertige Hotel- und Serviceleistungen 9. ein umfassendes kulturelles Angebot 10. Erfassung und Auswertung der regelmäßigen Patientenbefragungen
Maßstab:	<ol style="list-style-type: none"> 11. Index für die Aktivitäten des täglichen Lebens 12. Mobilitätsindex/ Sturzrisiko 13. Anzahl der internen und externen Beschwerden pro Jahr [Anzahl/ Intensität/ Gegenstand] 14. Patientenfragebogen [Bewertungsindex] 15. Anzahl der Stürze in der Einrichtung [pro Patient/Jahr] 16. Art der Entlassung [Aufnahme- und Entlassstatus]

D Qualitätsmanagement

Ziel	Zufriedene Kostenträger
Das heißt für uns:	17. optimale medizinisch-rehabilitative Leistungen 18. kurzfristige Aufnahme nach Anfrage bzw. (GRR) Kostenzusage
Wir erreichen dies durch:	19. Erfüllung der Qualitätsvorgaben der Kostenträger 20. Einsatz von qualifiziertem Personal 21. Bereitstellung und Einsatz von med.-therap. Geräten und Methoden auf dem aktuellen Stand 22. Einhalten der Terminvereinbarungen
Maßstab:	23. Qualifikationsschlüssel MA [diplomqualifizierte MA/ Hilfskräfte} 24. Berechtigte Reklamationen durch Krankenkassen 25. Gütesiegel BAG 26. ∅ Wartezeit [Tage]

Ziel	Zufriedene Vor- und Nachbehandler
Das heißt für uns:	27. optimale Zusammenarbeit im Rahmen der Versorgungskette
Wir erreichen dies durch:	28. intensive Kommunikation bzw. systematische Einbindung in den Behandlungsprozess 29. lückenlose und zeitnahe Informationsweitergabe des ärztlichen E-Berichts, Pflegeüberleitung sowie des therap. Entlassberichts 30. optimale Versorgung der uns anvertrauten Patienten
Maßstab:	31. Zuweiserstruktur [? Zuweisungen pro Zuweiser]) 32. Zuweiserzahl/ Einzugsgebiet 33. ∅ Entlassbrieflaufzeit [Tage] 34. ∅ Wartezeit [Tage]

Zufriedene Mitarbeiter

Ziel	Engagierte und motivierte Mitarbeiter
Das heißt für uns:	<p>35.sichere und qualifizierte Arbeitsplätze 36.hohes Maß an Eigenverantwortung 37.Qualifizierungsmöglichkeiten</p>
Wir erreichen dies durch:	<p>38.Einsatz von kompetenten Mitarbeitern 39.fortlaufende Motivation unserer Mitarbeiter 40.kontinuierliche interne Weiterbildung 41.systematische externe Weiterbildung 42.flache Hierarchien und klare Kompetenzen 43.direkte, offene Kommunikation 44.persönliche Mitwirkungsbereitschaft 45.am Unternehmenserfolg orientierte Vergütungsanteile 46.individuelle Personalentwicklung, insbesondere bei Zusatzaufgaben bzw. –funktionen sowie sich hieraus begründete Sonderhonorare 47.Einführung eines Vorschlags- und Verbesserungswesen 48.Einführung eines Beschwerdemanagements für MA 49.systematische Ermittlung der Zufriedenheit unserer Mitarbeiter im Rahmen der Personalentwicklung 50.Internet-Zugang für Mitarbeiter zur fachlichen Information und Kommunikation 51.Weiterbildungsbudget inkl. Fachliteratur</p>
Maßstab:	<p>. Qualifikationsprofil . Betriebszugehörigkeit [Ø] . Krankheitsrate (Tage in [%]) . Fluktuationsrate [%] . eingegangene und umgesetzte Verbesserungsvorschläge . Ergebnisse MA-Befragung [Bewertungsindex] . Anzahl/Umfang der Mitarbeiterbeschwerden pro Jahr</p>

Wirtschaftlichkeit

Ziel	Wirtschaftlichkeit unserer Einrichtung
Das heißt für uns:	59.Ausrichtung auf Gewinnerzielung zur langfristigen Sicherung und Weiterentwicklung der Klinik 60.Erzielung eines optimalen Kosten-/ Nutzverhältnisses
Wir erreichen dies durch:	61.Bereitstellung von qualifiziertem und motiviertem Personal 62.eine entsprechende Strukturqualität durch bauliche Investitionen im notwendigen Umfang 63.regelmäßige, systematische Bewertung externer Dienstleister bzw. Lieferanten (Zertifizierung, ...) 64.operative Zielvereinbarungen und Einsatz eines effektiven Controllings 65.Weiterentwicklung des QM-Systems, d. h. eine effektive Organisation mit klaren Verantwortlichkeiten und Hierarchien 66.Kooperation hinsichtlich neuer Versorgungsstrukturen 67.Aufbau und Ausbau von neuen Leistungsfeldern
Maßstab:	68.Rendite [%] 69.Umsatz, Gewinn [€] 70.Kosten [%,€] 71.Angebotsauswertungen Lieferanten 72.Zertifikat ISO 9001 und BAG 73.Investitionsquote [%] 74.Q-Stand/ Quote MA

Ziel	Wirtschaftlichkeit für den Kostenträger
Das heißt für uns:	75.ein qualitativ hochwertiges Leistungsangebot zu den vereinbarten Preisen
Wir erreichen dies durch:	76.optimale Kostenstruktur 77.elektronischer Übertrag aller notwendigen Daten
Maßstab:	78.Belegungsquote [%] 79.Verweildauer [Ø]

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagementsystem der Fachkliniken für Geriatrie Radeburg orientiert sich an den Vorgaben der DIN ISO 9001. Die Fachkliniken Geriatrie Rehabilitation wurde Anfang 2017 erfolgreich überprüft. Im Jahr 2017 erfolgte in der Akutgeriatrie ein Überwachungsaudit nach DIN ISO 9001, sowie dem Qualitätssiegel Geriatrie für Akutkliniken. Zur Sicherstellung der Umsetzung der Qualitätspolitik und Erreichung der gesetzten Qualitätsziele sind die im Folgenden beschriebenen Strukturen implementiert.

Die Geschäftsführung (Beauftragter der obersten Leitung BoL)

Die Gesamtverantwortung für das Qualitätsmanagement liegt bei der Geschäftsführung.

Aufgaben:

1. Sicherstellung der Umsetzung der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele
2. Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen

Klinikleitung

Die Klinikleitung, bestehend aus Geschäftsführung, der Chefärztin sowie der Pflegedirektorin, übernimmt die Verantwortung für Definition und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements.

Aufgaben:

3. Initiierung, Koordinierung und Überwachung aller qualitätsbezogenen Aktivitäten innerhalb der Klinik
4. Vorschläge und Vorbereitung von Entscheidungen für die Geschäftsführung
5. Festlegung von Verbesserungsmaßnahmen

Prozessverantwortliche

Unterstützung erhält die Klinikleitung durch Prozessverantwortliche in sämtlichen Funktions-Bereichen der Klinik. Diese tragen Gestaltungsverantwortung der jeweiligen Festlegung.

Aufgaben:

1. Ansprechpartner bei internen und externen Audit
2. maßnahmenverantwortlich bei daraus resultierenden Korrekturen
3. Verantwortung für die Schulung
4. Aufrechterhaltung von jeweiligen Festlegungen im Tagesgeschäft.
5. Ansprechpartner bei Bearbeitungsproblemen und Änderungen innerhalb der jeweiligen Aufgaben stehen sie jedem Kollegen zur Verfügung.
6. In Absprache mit der Klinikleitung wirken sie aktiv an der Weiterentwicklung der Verfahren mit

Qualitätsbeauftragter

Von der Geschäftsführung ist ein Qualitätsbeauftragter benannt. Er ist für die Initiierung, Begleitung und Koordinierung der Maßnahmen des Qualitätsmanagements in Absprache mit der Geschäftsführung verantwortlich.

Aufgaben:

1. Initiierung, Koordinierung und Begleitung von qualitätsverbessernden Maßnahmen
2. Beratung der Geschäftsführung in Belangen des Qualitätsmanagements
3. Regelmäßige Berichterstattung an die Geschäftsführung zu aktuellem Stand, Ergebnissen und zu Entwicklungsmöglichkeiten des Qualitätsmanagements
4. Koordinierung und Überwachung der Aktivitäten von Qualitätszirkeln und Projektgruppen

D Qualitätsmanagement

5. Leitung/ Moderation von Qualitätszirkeln/ Arbeitsgruppen
6. Information und Schulung der Klinikmitarbeiter zum Qualitätsmanagement
7. Organisation und Ansprechpartner im Rahmen des Beschwerdemanagements
8. Durchführung von Maßnahmen der internen Qualitätssicherung, z.B. interne Audits, Messungen
9. Erstellung des jährlichen Qualitätsmanagement-Zielplans
10. Aufbau und Betrieb des Dokumentenmanagements
11. Erstellung und Entwicklung von Vorlagen und Formularen für das Qualitätsmanagement
12. Projekte und konzeptionelle Aufgaben im Auftrag der Geschäftsführung
13. Konzeption, Implementierung und Evaluierung klinischer Behandlungspfade
14. Unterstützung bei Zertifizierung/ Rezertifizierung
15. Erhebung und Auswertung von Daten des Qualitätskennzahlensystems

Kommissionen und Gremien

Im Fachkrankenhaus für Geriatrie Radeburg arbeiten folgende Kommissionen und Gremien an der Sicherstellung einer kontinuierlichen Einhaltung und Verbesserung der Qualität:

1. Hygienekommission
2. Arzneimittelkommission
3. Arbeitssicherheitsausschuss

Konzernbereich Qualität

Externe Unterstützung im Qualitätsmanagement erfährt das Fachkrankenhaus für Geriatrie Radeburg durch den Zentralen Bereich Qualitätsmanagement der RECURA GmbH.

Aufgaben:

1. Beratung der Kliniken in Belangen des Qualitätsmanagements
2. Unterstützung der Qualitätsbeauftragten bei der Ausübung ihrer Tätigkeiten im Qualitätsmanagement
3. Durchführung von Schulungen und Fortbildungen im Qualitätsmanagement
4. Überprüfung der Umsetzung von Qualitätsmanagement-Maßnahmen in den Kliniken, z. B. Durchführung von Audits und Fremdbewertungen
5. Unterstützung bei der Einführung eines Risikomanagements

Davon unbesehen ist Qualitätsmanagement natürlich Aufgabe aller Mitarbeiter der Fachkliniken für Geriatrie. Die Ziele unseres Qualitätsmanagements werden aktiv von jedem Mitarbeiter getragen.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Zur Überprüfung der Umsetzung der Qualitätspolitik und Qualitätsziele und der kontinuierlichen Verbesserung der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Qualität werden im Fachkrankenhaus für Geriatrie Radeburg folgende Instrumente angewandt:

- Patienten- und Mitarbeiterbefragungen
- Beschwerdemanagement
- Interne Audits
- Hygienemanagement
- Wartezeitmanagement
- Pflegestandards
- Patientenaufklärung und Angehörigen-Information
- Fort- und Weiterbildungsplanung
- Erhebung und Auswertung von Qualitäts-Kennzahlen
- Fehler und Risikomanagement

• **Patienten- und Mitarbeiterbefragungen**

Einen wesentlichen Anhaltspunkt für die Initiierung von qualitätsverbessernden Maßnahmen stellt die Rückmeldung unserer Kunden zu deren Zufriedenheit mit den Leistungen unserer Klinik dar. Zu diesem Zweck werden einheitliche Befragungen von Patienten, Mitarbeitern und einweisenden Ärzten regelmäßig im Abstand von drei Jahren durchgeführt.

Befragung Kunden	zuletzt durchgeführt
Patienten	kontinuierlich
Mitarbeiter	2017
Einweisende Ärzte	2016

• **Patientenbefragung**

Über einen Abschlussfragebogen ermitteln wir die Zufriedenheit unserer Patienten. Die Ermittlung, Analyse und Verbesserung erfolgt bezüglich empfundener Freundlichkeit, Qualifikation, Aufmerksamkeit und Organisation sowie sonstiger nicht-medizinischer Versorgung.

• **Mitarbeiterbefragung**

Bereits mit der Definition als eines unserer Qualitätsziele machen wir deutlich: wir möchten zufriedene Mitarbeiter. Sie tragen unbestritten zum Erfolg unserer Klinik bei. Ihre Motivation, ihre Qualifikation und ihr Engagement gewährleisten die reibungslose bzw. die reibungsreduzierte, die erfolgreiche und qualitativ hochwertige Versorgung unserer Patienten. Zur Ermittlung der Mitarbeiterzufriedenheit nutzen wir unter anderem die aller zwei Jahre durchzuführende Mitarbeiterbefragung.

• **Einweiserbefragung**

Die optimale Kooperation mit den Vor- und Nachbehandlern unserer Patienten ist wichtiger Bestandteil unseres Qualitätsmanagements. Neben regelmäßigen Treffen in unserer Klinik und systematischen (patientenbezogenen) Kontakten unterbreiten wir umfangreiche Angebote zu Schulungen usw..

D Qualitätsmanagement

• **Beschwerdemanagement**

Im Rahmen der Verbesserung der Zufriedenheit von Patienten, von Mitarbeitern sowie von Kosten- und Leistungsträgern haben wir ein internes und externes Beschwerdemanagement eingerichtet.

Wir messen allen geäußerten internen oder externen, anonymen oder persönlich vorgetragene Beschwerden von Mitarbeitern, Patienten, Angehörigen oder Leistungsträgern die gleiche Bedeutung zu, verpflichten uns zur unverzüglichen Beantwortung und – bei berechtigter Kritik – natürlich Behebung. Die Klinikleitung wird über jede Beschwerde und das Bearbeitungsergebnis informiert bzw. bei bereichsübergreifender Fragestellung in die Problemlösung eingebunden. Als ein weiteres Ergebnis des Beschwerdemanagements erwarten wir uns Hinweise für die Optimierung von insbesondere organisatorischen Abläufen.

• **Interne Audits**

Die Umsetzung unserer festgelegten Prozesslandschaft, unserer Expertenstandards, gesetzlicher Vorgaben sowie die Einhaltung der Normen der ISO 9001 wird im Rahmen eines internen Audits überprüft und auf Verbesserungsmöglichkeiten sondiert. Hierbei werden sowohl Abweichungen festgestellt als auch Verbesserungshinweise erteilt. Die Ergebnisse des internen Audits werden der Klinikleitung präsentiert und Maßnahmen zur Behebung festgestellter Abweichungen beschlossen. Die Verantwortlichkeiten für die Umsetzung und Kontrolle der Wirksamkeit der Maßnahmen werden festgelegt.

• **Hygienemanagement**

Die inhaltlichen Anforderungen an die Krankenhaushygiene und Arbeitssicherheit werden jedem Mitarbeiter durch ein krankenhausesindividuelles Hygienehandbuch kommuniziert. Für die Durchsetzung und Einhaltung der Hygieneordnung ist die Chefärztin verantwortlich. Ihr sind unmittelbar der Hygienebeauftragte Arzt und die externe Hygienefachschwester unterstellt. Der Hygienebeauftragte Arzt hat eine Hygienekommission zu bilden, in der Mitarbeiter aus den relevanten Bereichen vertreten sind. Externe Unterstützung erhält die Hygienekommission durch einen Krankenhaushygieniker. Die Hygienekommission tagt regelmäßig und bei Bedarf. Sie erfährt Unterstützung durch externe Begehungen (z. B. durch das Gesundheitsamt). Eventuell daraus abzuleitende Maßnahmen werden unverzüglich durch die zuständigen Bereichsleiter oder – bei bereichsübergreifenden Fragestellungen - durch die Klinikleitung abgeleitet und zur Umsetzung veranlasst.

• **Wartezeitmanagement**

Wir bemühen uns um zufriedene Vor- und Nachbehandler, dabei setzen wir uns im Rahmen des Wartezeitenmanagements zwei Ziele:

1. keine Wartezeit zwischen Aufnahmewunsch und Aufnahme
2. Einhaltung der intern vorgegebenen Brieflaufzeiten

Durch eine gut organisierte der Aufnahmeplanung und gute Kommunikation zwischen den Ärzten und der Aufnahmeplanenden kann nahezu jeder Patient zu seinem Wunschtermin aufgenommen werden.

• **Pflegestandards**

Um eine optimale Qualität der Krankenpflege garantieren zu können, werden in der Fachklinik für Geriatrie Radeburg Pflegestandards definiert und weiterentwickelt. Eine Kontrolle der Berücksichtigung unserer intern festgelegten Pflegemaßnahmen erfolgt im Rahmen von Begehungen der Pflegedirektorin sowie dem jährlich in allen Bereichen stattfindenden Systemaudit.

• **Patientenaufklärung und Angehörigen Information**

Die Patientenaufklärung im Rahmen der Behandlung erfolgt selbstverständlich mindestens im erforderlichen Rahmen, sie ist Bestandteil unseres zwingend verpflichtenden Dokumentensystems und der schriftlich fixierten Prozessabläufe. Daneben fühlen wir uns jedoch auch der weiterführenden Patienteninformation und -betreuung verpflichtet.

D Qualitätsmanagement

- **Fort- und Weiterbildungsplanung**

Die Gewährleistung einer optimalen medizinischen Versorgung ist das wichtigste Qualitätsziel unserer Einrichtung. Um diesem Maßstab gerecht zu werden, wurde eine Systematik für Fort- und Weiterbildungen erarbeitet und umgesetzt, damit eine kontinuierliche Weiterbildung aller Mitarbeiter realisiert werden kann.

- **Erhebung und Auswertung von Qualitätskennzahlen**

In unsere Klinik sind Erhebungsmethoden für die interne Qualitätssicherung eingeführt.

Die Erhebung und Auswertung von Kennzahlen bietet die Möglichkeit, die vielfältigen Prozesse der Klinik zu überwachen und zu steuern und damit eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten sicherzustellen sowie eine hohe Qualität in Aufbau- und Ablauforganisation zu gewährleisten.

Beispiele für erhobene Kennzahlen

Thema	Intervall/Häufigkeit
Interne Audits	1 x jährlich in allen Bereichen
Auswertung Sturzrate	2 x jährlich in allen Bereichen

- **Fehler und Risikomanagement**

Die Behandlung unserer Patienten erfolgt über komplexe Strukturen, in denen viele Menschen an der Behandlung unserer Patienten mitwirken. Für eine gute Behandlungsqualität müssen die Arbeitsabläufe unserer Mitarbeiter wirkungsvoll organisiert und koordiniert sein. Dazu gehört, mögliche Schwachstellen im System frühzeitig zu entdecken. Kennt man die Risiken, die Fehler auslösen, lassen sich Fehler vermeiden oder jedenfalls verringern.

Ein **Critical Incident Report System (CIRS)** ist ein Erfassungssystem für Risiken und Beinahe-Schäden, das auf die Analyse von Risiko und die Prävention zukünftiger Fehler ausgerichtet ist. Aus diesem Grund erfolgte die Implementierung eines CIRS-System in alle Einrichtungen des RECURA Verbundes.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

In unserem Haus ist ein Projektmanagement implementiert, es erfolgt eine strukturierte Planung, Durchführung und Evaluation von Projekten zur Qualitätsverbesserung in unserer Klinik.

In 2018 wurden keine Projekte durchgeführt.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Wir gehen bei der Bewertung des Qualitätsmanagements weit über die gesetzlichen Anforderungen hinaus und lassen unser Qualitätsmanagement-System zusätzlich von externen unabhängigen Auditoren überprüfen.

Die Geriatrische Rehabilitationsklinik Radeburg ist seit dem Jahr 2007 nach dem Zertifizierungsverfahren DIN EN ISO zertifiziert. Für das Fachkrankenhaus für Geriatrie wird die Re-Zertifizierung angestrebt.

Die Erstzertifizierung der Akutgeriatrie erfolgte im Jahr 2016 nach DIN ISO 9001, sowie dem Qualitätssiegel Geriatrie für Akutkliniken. 2017 und 2018 fanden erfolgreiche Überwachungsaudit statt. Für das Fachkrankenhaus für Geriatrie wird die Re-Zertifizierung 2019 geplant.

Zusätzlich ist die Einrichtung Mitglied im Bundesverband Geriatrie.



Mitglied im:



**BUNDESVERBAND
GERIATRIE**