



Strukturierter Qualitätsbericht 2015

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	20
A-13 Besondere apparative Ausstattung	27
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	28
B-1 Geriatrie	28
C Qualitätssicherung	36
C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	36
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V (a.F.)	42
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V (a.F.) ..	42
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	42
C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V	42
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (a.F.)	42
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V (a.F.)	43

D	Qualitätsmanagement	44
D-1	Qualitätspolitik	44
D-2	Qualitätsziele.....	46
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	50
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	52
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	55
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements.....	55

Einleitung

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion: Controlling
Titel, Vorname, Name: Mario Michael
Telefon: 03523/65-405
Fax: 03523/65-401
E-Mail: michael@fachkrankenhaus-coswig.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Funktion: Geschäftsführerin
Titel, Vorname, Name: Ursula Russow-Böhm
Telefon: 03523/65-402
Fax: 03523/65-401
E-Mail: russow@fachkrankenhaus-coswig.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 Fachkrankenhauses 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.

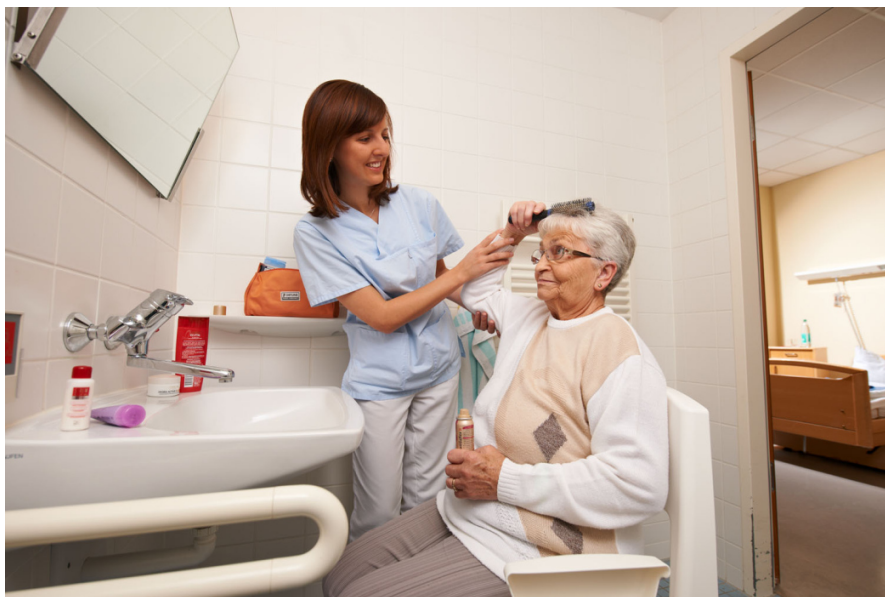
Die Kliniken der RECURA erbringen medizinische Leistungen von hoher Komplexität und Qualität. Das Unternehmen hat seine Kernkompetenzen im stationären klinischen Bereich. Die Schwerpunkte liegen auf den Feldern der Neurologie (mit Spezialisierungen), der Geriatrie sowie der Pneumologie, Allergologie,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

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

Institutionskennzeichen: 261460065

Standortnummer: 00

Telefon: 035208/88-50
Fax: 035208/88-928

URL: <http://www.fachkliniken-radeburg.de>



Ärztliche Leitung

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



Pflegedienstleitung

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

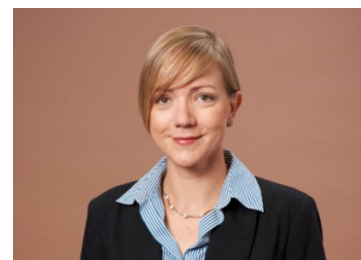


Verwaltungsleitung

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



Funktion: Kaufmännische Leitung
Titel, Vorname, Name: Cornelia Naumann
Telefon: 03523/65-403
Fax: 03523/65-401
E-Mail: naumann@fachkliniken-radeburg.de



A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: Fachkliniken für Geriatrie Radeburg GmbH
Art: Privat

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus: Nein

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Trifft nicht zu.



A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP01	Akupressur
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
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
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
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 Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen



A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Link	Kommentar
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag: 0€		Standardleistung
NM17	Rundfunkempfang am Bett	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)			
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen			
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen			
NM65	Hotelleistungen			
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen			
NM42	Seelsorge			
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF14	Arbeit mit Piktogrammen
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
BF11	Besondere personelle Unterstützung
BF24	Diätetische Angebote
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
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
BF13	Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE
BF28	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	Geriatrischen Netzwerk mit Westsächsischer Hochschule Zwickau

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

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

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Betten: 30

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl: 407
 Teilstationäre Fallzahl: 0
 Ambulante Fallzahl: 0

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: 8,99

Kommentar: Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,99	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,99	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärzte/innen insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 5,3

Kommentar: Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,3	
Nicht Direkt	0	

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-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 37,86

Kommentar: Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	37,86	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	37,86	
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	

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0

Kommentar: Ausgebildetes Altenpflegepersonal ist mit unter Gesundheits- und Krankenpfleger/innen erfasst. Auch enthalten sind Altenpfleger mit abgeschlossener zweijähriger Ausbildung.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
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

Anzahl Vollkräfte: 3,48

Kommentar: Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,48	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,48	
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: 7,11

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,11	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,11	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 1,98

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,98	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,98	
Nicht Direkt	0	

SP15 - Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin

Anzahl Vollkräfte: 2,39

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,39	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,39	
Nicht Direkt	0	

SP16 - Musiktherapeut und Musiktherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 0,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,5	
Nicht Direkt	0	

SP21 - Physiotherapeut und Physiotherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 9,34

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,34	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,34	
Nicht Direkt	0	

SP23 - Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin

Anzahl Vollkräfte: 2,17

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,17	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,17	
Nicht Direkt	0	

SP25 - Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin

Anzahl Vollkräfte: 1,87

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,87	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,87	
Nicht Direkt	0	

SP26 - Sozialpädagoge und Sozialpädagogin

Anzahl Vollkräfte: 1,87

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,87	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,87	
Nicht Direkt	0	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

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 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Pflegedienstleitung
 Ärztliche Leitung
 Geschäftsführung

Tagungsfrequenz des Gremiums: quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person: Eigenständige Position für Risikomanagement

Funktion: Leitung Qualitäts- und Risikomanagement

Titel, Vorname, Name: Stefanie Rauscher

Telefon: 033204/22-375

Fax: 033204/22-502

E-Mail: rauscher@recura-kliniken.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe: Nein



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: 25.01.2016	
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		
RM03	Mitarbeiterbefragungen		Konzernbefragung alle 3 Jahre
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Andere: Fallbesprechungen/ Teambesprechung	
RM11	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	Patientenverwechslung
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsweg-internen Fehlermeldesystems

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

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	25.01.2016
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	halbjährlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	bei Bedarf

A-12.2.3.2 *Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen*

Übergreifendes Fehlermeldesystem: Nein

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	0	Es besteht eine Kooperation mit dem Universitätsklinikum Dresden
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)	0	Es besteht mit dem Fachkrankenhaus Coswig eine Kooperation - über Personalgestellung wurde den Fachkliniken für Geriatrie Radeburg eine Hygienefachkraft zur Verfügung gestellt
Hygienebeauftragte in der Pflege	0	Auf jeder Station sind Hygieneverantwortliche benannt.

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

1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage:

Trifft nicht zu

2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern:

Trifft nicht zu

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt nicht vor.

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe:

Trifft nicht zu

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor.

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

Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert: Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben.

Händedesinfektionsmittelverbrauch:

- | | |
|---|-------|
| - auf allen Intensivstationen (ml/Patiententag): | 0 |
| - auf allen Allgemeinstationen (ml/Patiententag): | 36,00 |

Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs: Ja

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

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

Informationsmanagement für MRSA liegt vor: Ja

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
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: MRE Netzwerk Sachsen, Geriatisches Netzwerk	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		Aufbereitung und Sterilisation finden in Kooperation mit der Zentralen Sterilgutversorgungsabteilung des Fachkrankenhauses Coswig statt.
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Zwei Pflichtveranstaltungen pro Jahr, anlassbezogen auch kurze Schulungen möglich; Hautschutztag mit Theorieeinheiten und praktischen Übungen



A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterungen	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	Nein	Alle Beschwerden werden in unserer Einrichtung schriftlich erfasst und zügig bearbeitet. Eine Rückmeldung an den Beschwerdeführer, soweit bekannt, erfolgt zeitnah.

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

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

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Funktion: Kaufmännische Leitung
Titel, Vorname, Name: Cornelia Naumann
Telefon: 035208/88927
Fax: 0352308/88928
E-Mail: naumann@fachkliniken-radeburg.de

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

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

Zusatzinformationen für das Beschwerdemanagement

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.

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Kommentar:

A-13 Besondere apparative Ausstattung

keine Angaben

B **Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen**

B-1 **Geriatrie**

B-1.1 **Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Fachabteilung: Geriatrie

Fachabteilungsschlüssel: 0200

Art: Hauptabteilung

Chefarzt/-Ärzte

Funktion: Chefärztin

Titel, Vorname, Name: Dipl.-Med. Sabine Vodenitscharov

Telefon: 035208/88-612

Fax: 035208/88-609

E-Mail: vodenitscharov@fachkliniken-radeburg.de

Öffentliche Zugänge

B-1.2 **Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen**

Zielvereinbarung gemäß DKG: Keine Vereinbarung geschlossen



B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
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
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
VI38	Palliativmedizin
VI39	Physikalische Therapie
VI40	Schmerztherapie
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
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
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen
VR02	Native Sonographie

B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung

Trifft nicht zu.

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 407
 Teilstationäre Fallzahl: 0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I50	44	Herzinsuffizienz
2	F05	24	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
3	I63	16	Hirnfarkt
4	M96	16	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert
5	J18	14	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
6	A04	13	Sonstige bakterielle Darminfektionen
7	A08	12	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen
8	N30	12	Zystitis
9	S72	11	Fraktur des Femurs
10	M54	10	Rückenschmerzen



B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-550	280	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
2	3-203	93	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
3	3-200	77	Native Computertomographie des Schädels
4	8-987	19	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
5	3-205	14	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems
6	1-207	13	Elektroenzephalographie (EEG)
7	8-930	13	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
8	1-632	12	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
9	8-800	8	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
10	3-202	6	Native Computertomographie des Thorax

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)

Trifft nicht zu.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

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: 8,99

Kommentar: Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,99	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,99	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 45,27

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 5,3

Kommentar: Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 76,79

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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: 37,86

Kommentar: Die Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	37,86	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	37,86	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 10,75

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Kommentar: Personal mit Qualifikation "Altenpfleger/innen" wird in der Berufsgruppe "Gesundheits- und Krankenpfleger/innen" ausgebildet.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,48

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,48	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,48	
Nicht Direkt	0	Die Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 116,95

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP02	Bobath
ZP07	Geriatric

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein



C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate
PNEU: Ambulant erworbene Pneumonie	<= 5	0
DEK: Pflege: Dekubitusprophylaxe	84	100%

C-1.2.[1] Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem QS-Verfahren

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	<=5
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	98,12-98,22%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20



Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)
Zähler / Nenner	<=5
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	98,20-98,30%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ausschließlich aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)
Zähler / Nenner	<=5
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	95,79-96,50%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Kennzahlbezeichnung	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	<=5
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	95,47-95,63%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-Score = 0)
Kennzahlbezeichnung	Frühes Mobilisieren von Patienten mit geringem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	<=5
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	97,15-97,50%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Score = 1 oder 2)
Kennzahlbezeichnung	Frühes Mobilisieren von Patienten mit mittlerem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	<=5
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	93,13-93,40%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Verlaufskontrolle CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Fortlaufende Kontrolle der Lungenentzündung mittels Erhebung von Laborwerten (CRP oder PCT) während der ersten 5 Tage
Zähler / Nenner	<=5
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	98,68-98,78%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung
Zähler / Nenner	<=5
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	95,10-95,29%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Ausreichender Gesundheitszustand nach bestimmten Kriterien bei Entlassung
Zähler / Nenner	<=5
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	97,76-97,90%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus
Zähler / Nenner	<=5
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	95,64-95,79%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	<=5
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht definiert
Vertrauensbereich	13,12-13,37
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (o/E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	<=5
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,58 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,02-1,04
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U33

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Kennzahlbezeichnung	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben
Zähler / Nenner	9/407
Ergebnis (Einheit)	2,21%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,39 - 0,40
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Kennzahlbezeichnung	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	9/407
Ergebnis (Einheit)	3,25%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,11
Vertrauensbereich	0,98 - 0,99
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S99

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Kennzahlbezeichnung	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades erwarben
Zähler / Nenner	0 / 407
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,01 - 0,01
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Kennzahlbezeichnung	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 2. Grades erwarben
Zähler / Nenner	6 / 407
Ergebnis (Einheit)	1,47%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht definiert
Vertrauensbereich	0,32-0,33
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Kennzahlbezeichnung	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 3. Grades erwarben
Zähler / Nenner	<=5
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht definiert
Vertrauensbereich	0,06-0,07
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02

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

Trifft nicht zu

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V (a.F.)

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 (a.F.)

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

Trifft nicht zu.

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (a.F.)

Trifft nicht zu.

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V (a.F.)

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. 3]	2
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]	2



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 **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.

- 1.1 Wir erbringen **direkt patientenbezogene medizinische und rehabilitative Leistungen** von hoher Komplexität, großer Spezifität sowie anerkannter Qualität und Effektivität. Unsere Fachkompetenzen liegen im Bereich der Klinischen Geriatrie/ Innere Medizin. Unser Konzept folgt medizinisch, pflegerisch und therapeutisch einem interdisziplinären ganzheitlichen Ansatz.
 - 1.1.1 Wir bieten spezialisierte Leistungen von hoher Qualität im Rahmen einer umfassenden **Versorgung**.
 - 1.1.2 In jeder Einrichtung wollen wir unseren Patienten die bestmögliche medizinische Leistung und eine optimale pflegerische, soziale und psychosoziale Betreuung bieten. Wir wirken deshalb mit den ärztlichen und pflegerischen Leitungen unserer Einrichtungen darauf hin, dass unsere Patienten auf der Basis qualifizierter Diagnostik klar definierte **Behandlungsprogramme** vorfinden.
 - 1.1.3 Wir legen Wert darauf, dass unsere Patienten im gesamten Behandlungsverlauf eine **einfühlsame Führung** und **optimale Betreuung** erleben.
 - 1.1.4 Wir gehen vom **mündigen Patienten** aus, für den klar definierte Behandlungsprogramme und eine einfühlsame Patientenführung entscheidende Voraussetzungen sind, um selbst verantwortlich mit seiner Krankheit umzugehen und an seiner Gesundheit mitzuarbeiten.
- 1.2 Wir garantieren den **Kostenträgern** die optimale Erfüllung unseres Versorgungsauftrages.
 - 1.2.1 Qualifiziertes Personal ist für uns die wichtigste Voraussetzung medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Leistungsfähigkeit.
 - 1.2.2 Wir arbeiten mit einer zeitgemäßen Ausstattung, die unserem Fachgebiet entspricht und regelmäßig auf diesem Stand gehalten wird.
 - 1.2.3 Wir pflegen eine intensive Kommunikation mit den Kostenträgern über den gesamten Behandlungsverlauf.
- 1.3 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.

2 Wir wollen und müssen wirtschaftlich erfolgreich arbeiten.

- 2.1 Unsere Aktivitäten sind auf **Langfristigkeit und Nachhaltigkeit** ausgerichtet.
- 2.2 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.
- 2.3 Wir orientieren uns an der **einheitlichen Markenstrategie der RECURA Kliniken GmbH** und entwickeln auf dieser Basis **unser spezielles Profil**.
- 2.4 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.

3 Unsere Leistungen auf der Basis hoher medizinischer, pflegerischer und therapeutischer 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.

- 3.1 Die Fachkliniken für Geriatrie Radeburg GmbH bietet sichere und qualifizierte Arbeitsplätze. Wir unterrichten unsere Mitarbeiter über die aktuellen Entwicklungen in unserer Klinik und arbeiten dabei eng mit dem Betriebsrat zusammen.
- 3.2 Unsere Mitarbeiter arbeiten in einer Organisation mit **klaren Strukturen**. Eindeutige Aufgabenbeschreibungen und Kompetenzen fördern die reibungslose Zusammenarbeit.
- 3.3 Wir fördern eine mitarbeiterbezogene, bedarfsorientierte und individuelle **Fort- und Weiterbildung, die sowohl das medizinische Konzept als auch die aktuellen Entwicklungen der einzelnen Berufsgruppen berücksichtigt**.
- 3.4 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.

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

- 4.1 Menschlichkeit, Ethik und soziale Verantwortung bestimmen unser Handeln.
- 4.2 Die Berücksichtigung bzw. Weiterentwicklung von Arbeitssicherheit und Umweltschutz verstehen wir als Teil der Erfüllung des gesellschaftlichen Auftrags.
- 4.3 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.

4.4 Wir erarbeiten im Rahmen unserer Möglichkeiten, unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben bzw. den Anforderungen unserer Kooperationspartner, zukunftsweisende **strategische Entwicklungskonzepte**. Dabei wollen wir aktiv und initiativ von neuen Möglichkeiten Gebrauch machen.

D-2 Qualitätsziele

Als Fachkrankenhaus 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:

Ziel Zufriedene und autonome Patienten, d.h., Sicherstellung der optimalen medizinischen Versorgung durch einen ganzheitlichen Behandlungsansatz, klar definierte Behandlungsprogramme auf Basis qualifizierter Diagnostik, eine einfühlsame Führung und optimale Betreuung, kurzfristige Erreichbarkeit und geringe Wartezeit.

Erreichen wir durch:

- Einsatz von kompetenten Mitarbeitern
- Fortlaufende Motivation unserer Mitarbeiter
- Kontinuierliche und systematische interne und externe Weiterbildung
- patientenspezifische Zusatzleistungen zu angemessenen Preisen
Nutzung elektronischer Medien, medizinischen apparativen Fortschritts und Konsiliarmöglichkeiten

Maßstab:

- Anzahl der internen und externen Beschwerden pro Jahr [Anzahl/ Intensität/ Gegenstand]
- Ergebnisse der regelmäßigen Patientenbefragung [Bewertungsindex]
- Qualifikationsstand unserer Mitarbeiter

Ziel Zufriedene Kosten- und Leistungsträger, d.h., optimale medizinische Leistungen.

Erreichen wir durch:

- Einsatz von qualifiziertem Personal
- Bereitstellung und Einsatz von medizinischen Geräten auf dem aktuellen Stand der Technik
- Erfüllung der Qualitätsvorgaben der Kosten- und Leistungsträger, insbesondere DRG-Vorgaben
- Einhalten von Terminvorgaben

Maßstab:

- Anzahl begründeter MDK-Rückfragen (interner Verlauf)
- Fallzahlen
- Qualifikationsschlüssel Mitarbeiter

Ziel Zufriedene Vor- und Nachbehandler, d.h., optimale Zusammenarbeit im Rahmen der Versorgungskette

Erreichen wir durch:

- intensive Kommunikation und systematische Einbindung der Vor- und Nachbehandler
- Aufbau und Ausbau digitaler Strukturen
- optimale Versorgung der uns anvertrauten Patienten

Maßstab:

- Zuweiserstruktur
- Zuweiserzahl
- Einzugsgebiet
- durchschnittliche Wartezeit
- Systematische Ermittlung der Zufriedenheit unserer Zuweiser

Ziel Wirtschaftlichkeit unserer Einrichtung, d.h., Ausrichtung auf Gewinnerzielung zur langfristigen Sicherung und Weiterentwicklung der Klinik und Erzielung eines optimalen Kosten-/ Nutzverhältnisses.

Erreichen wir durch:

- Konzentration auf unsere Kernkompetenzen und Aufbau und Ausbau von neuen Leistungsfeldern durch fortlaufende Innovationen
- eine auf Marktpreisen ausgerichtete Kostenstruktur
- erforderliche und wirtschaftliche Kooperationen mit externen Dienstleistern bzw. Lieferanten
- operative Zielvereinbarungen und Einsatz eines effektiven Controllings
- weiteren Ausbau des Qualitätsmanagementsystems
- eine entsprechende Strukturqualität durch bauliche Investitionen

Maßstab:

- Anzahl begründeter MDK-Rückfragen (interner Verlauf)
- Fallzahlen
- Qualifikationsschlüssel Mitarbeiter
- Rendite
- Umsatz, Gewinn
- Kosten
- Angebotsauswertungen sowie Ergebnisse systematischer Bewertung von Lieferanten
- Benchmarking
- Investitionsquote

Ziel Wirtschaftlichkeit für den Kosten- und Leistungsträger, d.h., ein qualitativ hochwertiges Leistungsangebot zu konkurrenzfähigen Preisen.

Erreichen wir durch:

- optimale Kostenstruktur
- elektronischer Übertrag aller notwendigen Daten

Maßstab:

- Belegungsquote
- Verweildauer
- Begründete Reklamationen (verweigerte Kostenübernahme) durch MDK in Prozent
- Zuweiserquote

Ziel Engagierte und motivierte Mitarbeiter, d.h., sichere und qualifizierte Arbeitsplätze und ein hohes Maß an Eigenverantwortung sowie Qualifizierungsmöglichkeiten.

Erreichen wir durch:

- klare Hierarchien und klare Kompetenzen
- direkte, offene Kommunikation
- persönliche Mitwirkungsbereitschaft
- am Unternehmenserfolg orientierte Vergütungsanteile
- Vorschlags- und Verbesserungswesen inkl. Prämienregelungen
- Beschwerdemanagement für Mitarbeiter, auch anonymisiert
- eine systematische Ermittlung der Mitarbeiterzufriedenheit, insbesondere Unzufriedenheit bei Problemen
- ein durchgängiger Internet-Zugang sowie eine durchgängige Internet-Nutzung durch alle Mitarbeiter

Maßstab:

- Krankheitsrate
- Fluktuationsrate
- eingegangene und umgesetzte Verbesserungsvorschläge
- Qualifikationsprofil und Qualifikationsstand der Mitarbeiter
- Betriebszugehörigkeit
- Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung [Bewertungsindex]
- Anzahl/Umfang der Mitarbeiterbeschwerden pro Jahr
- Weiterbildungsbudget inkl. Fachliteratur
- Engagement/ Teilnahme an betrieblichen Veranstaltungen

Ziel Menschlichkeit und Ethik, d.h., Erfüllung des gesellschaftlichen Auftrags

Erreichen wir durch:

- Erfassung und Auswertung der Rückmeldungen aus dem gesellschaftlichen Umfeld
- fortlaufende Bewusstseinsbildung
- Integration Behinderter, z. B. durch einen barrierefreien Zugang zu allen Klinikbereichen

Maßstab:

- Rückmeldungen aus der Region

Ziel Soziale Verantwortung durch Kompetenz, d.h., eine umweltorientierte Tätigkeit der Klinik; Berücksichtigung bzw. Weiterentwicklung hinsichtlich Umwelt- und Arbeitsschutz.

Erreichen wir durch:

- Erfassung und Auswertung von Haftpflichtfällen
- Ausschluss nicht hinreichend qualifizierter Lieferanten (Sicherstellung der Umwelt- und Sicherheitsanforderungen)

Maßstab:

- Ergebnisse der externen und internen Betriebsbegehungen [Anzahl und Art der Mängel]
- Unfall-Statistiken

Ziel Sicherung und Weiterentwicklung des regionalen Profils/ der strategischen Ausrichtung, d.h., Integration in der Region und Versorgungskette

Erreichen wir durch:

- Mitgestaltung der Versorgungslandschaft in der Region unserer Klinik
- vorbereitende Ausbildung in den Gesundheits- und Pflegeberufen
- Kooperation hinsichtlich neuer Versorgungsstrukturen

Maßstab:

- Ausbildungsstatistiken
- Anzahl und Entwicklungsstand neuer Projekte

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagementsystem der Fachkliniken für Geriatrie Radeburg orientiert sich an den Vorgaben der DIN ISO 9001: 2008 und wurde für die Fachabteilung Geriatriische Rehabilitation Anfang 2015 erfolgreich überprüft. 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:

1. Initiierung, Koordinierung und Überwachung aller qualitätsbezogenen Aktivitäten innerhalb der Klinik
2. Vorschläge und Vorbereitung von Entscheidungen für die Geschäftsführung
3. 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
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

Qualitätszirkel und Projektgruppen

In Qualitätszirkeln und Projektgruppen arbeiten Mitarbeiter aus allen Berufsgruppen und Hierarchieebenen zusammen. Vorrangige Aufgabe ist die Erarbeitung von Lösungsvorschlägen mit dem Ziel bereichsübergreifende Verbesserungspotenziale zu erkennen und umzusetzen.

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 des Fachkrankenhauses 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, pflegerischen und nicht-medizinischen Qualität werden im Fachkrankenhaus für Geriatrie Radeburg folgende Instrumente angewandt:

1. Patienten- und Mitarbeiter- und Einweiserbefragungen
2. Beschwerdemanagement
3. Interne Audits
4. Hygienemanagement
5. Wartezeitmanagement
6. Pflegestandards
7. Patientenaufklärung und Angehörigen-Information
8. Fort- und Weiterbildungsplanung
9. Erhebung und Auswertung von Qualitäts-Kennzahlen
10. Fehler und Risikomanagement

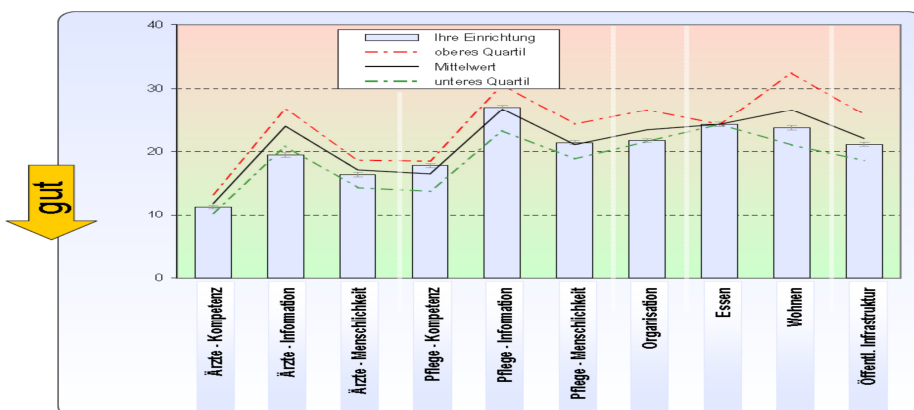
• Patienten- und Mitarbeiterbefragungen

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 durchgeführt.

Befragung Kunden	zuletzt durchgeführt
Patienten	kontinuierlich
Mitarbeiter	2013
Einweisende Ärzte	Geplant 2017

• 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 Mitarbeiterbefragung. Mit der Ermittlung, Analyse und Unterbreitung von Verbesserungsvorschlägen wurde der Betriebsrat beauftragt.

- **Einweiserbefragung**

Die optimale Kooperation mit den Vor- und Nachbehandlern unserer Patienten ist wichtiger Bestandteil unseres Qualitätsmanagements. Neben regelmäßigen Treffen in unserer Klinik, systematischen (patientenbezogenen) Kontakten und der kontinuierlichen Konferenz unterbreiten wir umfangreiche Angebote zu Schulungen usw. Eine Einweiserbefragung ist für Ende 2016 / Anfang 2017 geplant.

- **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 vorgetragenen 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 9001:2008 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 krankenhausespezifisches Hygienehandbuch kommuniziert. Für die Durchsetzung und Einhaltung der Hygieneordnung ist die Chefarztin verantwortlich. Ihr sind unmittelbar der Hygienebeauftragte Arzt und die Hygienefachschwester (in Personalgestellung) unterstellt. Der Hygienebeauftragte Arzt hat eine Hygienekommission gebildet, die sich aus Mitarbeitern der medizinischen und nicht-medizinischen Bereichen zusammensetzt. 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:

- keine Wartezeit zwischen Aufnahmewunsch und Aufnahme
- 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 im Fachkrankenhaus für Geriatrie Radeburg Pflegestandards definiert und weiterentwickelt. Eine Kommission - bestehend aus Mitarbeitern des Pflegedienstes - erarbeitet und aktualisiert diese klinikweit gültigen Standards. Diese Mitarbeiter nehmen regelmäßig an qualifizierenden und weiterbildenden Veranstaltungen teil, um eine den aktuellen Normen entsprechende Krankenpflege in die Pflegestandards und somit in die täglichen Arbeitsabläufe integrieren zu können. 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.

- **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	4 x jährlich in allen Bereichen
Auswertung Dekubitusrate	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 Einrichtung 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 2015 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 Geriatrie Rehabilitation Klinik Radeburg ist seit dem Jahr 2007 nach dem Zertifizierungsverfahren DIN EN ISO zertifiziert. Für das Fachkrankenhaus für Geriatrie wird die Zertifizierung im Jahr 2016 angestrebt.

Zusätzlich hat die Einrichtung ein Qualitätssiegel Geriatrie und ist Mitglied im Bundesverband Geriatrie.



Mitglied im:



**BUNDESVERBAND
GERIATRIE**