



# Strukturierter Qualitätsbericht 2017

gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V

**Fachkliniken für Geriatrie  
Radeburg  
Fachkrankenhaus für Geriatrie**

## Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b> .....	<b>4</b>
<b>Einleitung</b> .....	<b>5</b>
<b>A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts</b> .....	<b>6</b>
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 .....	31
keine Angaben .....	31
<b>B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen</b> .....	<b>32</b>
B-1 Geriatrie.....	32
<b>C Qualitätssicherung</b> .....	<b>41</b>
C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	41
C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate.....	41
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	45
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V 45	
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	45
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V.....	45

C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 45	
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	45
<b>D</b>	<b>Qualitätsmanagement .....</b>	<b>46</b>
D-1	Qualitätspolitik .....	46
D-2	Qualitätsziele .....	49
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements .....	54
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements.....	56
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte.....	59
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements .....	59

## Einleitung

Qualitätsbericht für die Fachkliniken für Geriatrie Radeburg GmbH

### Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

<b>Funktion</b>	Controlling
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Jan Lehmann
<b>Telefon</b>	03523/65-405
<b>Fax</b>	03523/65-401
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:lehmann@fachkrankenhaus-coswig.de">lehmann@fachkrankenhaus-coswig.de</a>

### Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

<b>Funktion</b>	Geschäftsführerin
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Frau Katja Ückert
<b>Telefon</b>	035208/88-934
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:ueckert@recura-kliniken.de">ueckert@recura-kliniken.de</a>

### 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 Geriatriischen 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 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](http://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	<a href="http://www.fachkliniken-radeburg.de">http://www.fachkliniken-radeburg.de</a>

#### Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Dipl.-Med. Sabine Vodenitscharov
Telefon	035208/88-50
Fax	035208/88-928
E-Mail	<a href="mailto:info@fachkliniken-radeburg.de">info@fachkliniken-radeburg.de</a>



#### Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	LL.M. Andrea Kuphal
Telefon	035208/88-50
Fax	035208/88-928
E-Mail	<a href="mailto:info@fachkliniken-radeburg.de">info@fachkliniken-radeburg.de</a>



#### Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Geschäftsführung
Titel, Vorname, Name	Ursula Russow-Böhm
Telefon	03523/65-402
Fax	03523/65-401
E-Mail	<a href="mailto:russow@fachkrankenhaus-coswig.de">russow@fachkrankenhaus-coswig.de</a>



**Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin**

<b>Funktion</b>	Kaufmännische Leitung
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Katja Ückert
<b>Telefon</b>	035208/88-927
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:Ueckert@recura-kliniken.de">Ueckert@recura-kliniken.de</a>



**A-2 Name und Art des Krankenhausträgers**

**Krankenhausträger**

<b>Name</b>	Fachkliniken für Geriatrie Radeburg GmbH
<b>Art</b>	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
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	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/Psychosozialdiens	
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 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			
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag: 0€		Standardleistung
NM15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag: 0,00€		kostenfrei
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)			
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen			
NM65	Hotelleistungen			
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen			
NM42	Seelsorge			

## 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
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 (Übergroße, 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	553
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: 11,58

Kommentar: Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,58	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,58	
Nicht Direkt	0	

**Davon Fachärzte/innen insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 4,13

Kommentar: Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,13	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,13	
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: 28,97

Kommentar: Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	28,97	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	28,97	
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: 8,36

Kommentar: Enthalten sind auch Altenpfleger mit abgeschlossener zweijähriger Ausbildung.

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,36	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,36	
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: 4,12

Kommentar: Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,12	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,12	
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: 5,87

Kommentar: Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,87	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,87	
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: 7,19

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,19	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,19	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 1,81

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,81	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,81	
Nicht Direkt	0	

**SP15 - Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin**

Anzahl Vollkräfte: 2,64

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,64	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,64	
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: 8,92

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,92	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,92	
Nicht Direkt	0	

**SP23 - Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin**

Anzahl Vollkräfte: 1,29

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,29	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,29	
Nicht Direkt	0	

**SP25 - Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin**

Anzahl Vollkräfte: 2,47

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,47	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,47	
Nicht Direkt	0	

**SP26 - Sozialpädagoge und Sozialpädagogin**

Anzahl Vollkräfte: 0,83

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,83	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,83	
Nicht Direkt	0	

**SP57 - Klinischer Neuropsychologe und Klinische Neuropsychologin**

Anzahl Vollkräfte: 0,21

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,21	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,21	
Nicht Direkt	0	

**SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Voita**

Anzahl Vollkräfte: 1,72

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

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,72	mehrere Mitarbeiter im Konzept Bobath geschult, VK in Pflegedienst und Medizinisch-technischem Dienst enthalten (mind. 1,72 VK)
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,72	mehrere Mitarbeiter im Konzept Bobath geschult, VK in Pflegedienst und Medizinisch-technischem Dienst enthalten (mind. 1,72 VK)
Nicht Direkt	0	

**SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie**

Anzahl Vollkräfte: 3,09

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

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,09	mehrere Mitarbeiter mit dieser Zusatzqualifikation, alle im Physiotherapiebereich (mind. 3,09 VK)
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,09	mehrere Mitarbeiter mit dieser Zusatzqualifikation, alle im Physiotherapiebereich (mind. 3,09 VK)
Nicht Direkt	0	

**SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement**

Anzahl Vollkräfte: 3,59

Kommentar: mehrere 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: 3,74

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

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,74	mehrere Mitarbeiter mit dieser Zusatzqualifikation, alle im Pflegedienst (mind. 3,74 VK)
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,74	mehrere Mitarbeiter mit dieser Zusatzqualifikation, alle im Pflegedienst (mind. 3,74 VK)
Nicht Direkt	0	

**A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung**

**A-12.1 Qualitätsmanagement**

**A-12.1.1 Verantwortliche Person**

Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	
<b>Funktion</b>	Qualitätsmanagementbeauftragter
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Holm Schützka
<b>Telefon</b>	035208/88-619
<b>Fax</b>	035208/88-614
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:schuetzka@fachkliniken-radeburg.de">schuetzka@fachkliniken-radeburg.de</a>

**A-12.1.2 Lenkungs-gremium**

Lenkungs-gremium	
<b>Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche</b>	Geschäftsführung Ärztliche Leitung Pflegedienstleitung Therapeutische Leitung
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>	quartalsweise

**A-12.2 Klinisches Risikomanagement**

**A-12.2.1 Verantwortliche Person**

Angaben zur Person	
<b>Angaben zur Person</b>	Eigenständige Position für Risikomanagement

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement	
<b>Funktion</b>	Leitung Qualitäts- und Risikomanagement
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Bärbel Rieder
<b>Telefon</b>	033204/22-886
<b>Fax</b>	033204/22-502
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:Rieder@recura-kliniken.de">Rieder@recura-kliniken.de</a>

**A-12.2.2 Lenkungs-gremium**

Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe	
<b>Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe</b>	Trifft nicht zu

**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 2017 - Interner Weiterbildungsplan Ärztlicher Dienst 2017 - Fort und Weiterbildungsplan allgemein 2017
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)	Betrifft nur Patientenverwechslungen

RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
------	-----------------------	---

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-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte**

**A-12.3.1 Hygienepersonal**

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	0	Es besteht über das Fachkrankenhaus Coswig 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	

Hygienekommission		
Hygienekommission eingerichtet	Ja	
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich	

Hygienekommission Vorsitzender	
Funktion	Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Dipl.-Med. Sabine Vodenitscharov
Telefon	035208/88-50
Fax	035208/88-928
E-Mail	<a href="mailto:info@fachkliniken-radeburg.de">info@fachkliniken-radeburg.de</a>

**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	Trifft nicht zu

2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern	
Der Standard liegt vor	ja
Standard durch Geschäftsführung/Hygienekom. autorisiert	ja

**A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie**

**Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie**

Die Leitlinie liegt vor                      Trifft nicht zu

**Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe**

Der Standard liegt vor                      Am Standort werden keine Operationen durchgeführt

**A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden**

**Standortspezifischer 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**

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen wurde erhoben                      Ja

**Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen**

- auf allen Allgemeinstationen                      42,00 ml/Patiententag

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen 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	Nein	Alle Beschwerden in unserer Einrichtung werden schriftlich erfasst und zügig bearbeitet. Eine Rückmeldung an den Beschwerdeführer, soweit bekannt, erfolgt zeitnah.

Regelmäßige Einweiserbefragungen	
Durchgeführt	Nein

Regelmäßige Patientenbefragungen	
Durchgeführt	Ja
Link	<a href="http://www.fachkliniken-radeburg.de/kontaktinfos/ihre-meinung.html">http://www.fachkliniken-radeburg.de/kontaktinfos/ihre-meinung.html</a>
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**

<b>Möglich</b>	Ja
<b>Link</b>	<a href="http://www.fachkliniken-radeburg.de/kontaktinfos/kontaktformular.html">http://www.fachkliniken-radeburg.de/kontaktinfos/kontaktformular.html</a>
<b>Kommentar</b>	Anonyme Beschwerden können sowohl schriftlich als auch telefonisch geäußert werden.

**Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement**

**Ansprechperson für das Beschwerdemanagement**

<b>Funktion</b>	Geschäftsführerin
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Katja Ückert
<b>Telefon</b>	035208/88-927
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:ueckert@recura-klinken.de">ueckert@recura-klinken.de</a>

**Ansprechperson für das Beschwerdemanagement**

<b>Funktion</b>	Chefärztin
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Dipl.-Med. Sabine Vodenitscharov
<b>Telefon</b>	035208/88-50
<b>Fax</b>	035208/88-928
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:info@fachkliniken-radeburg.de">info@fachkliniken-radeburg.de</a>

**Ansprechperson für das Beschwerdemanagement**

<b>Funktion</b>	Pflegedienstleitung
<b>Titel, Vorname, Name</b>	LL.M. Andrea Kuphal
<b>Telefon</b>	035208/88-50
<b>Fax</b>	035208/88-928
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:info@fachkliniken-radeburg.de">info@fachkliniken-radeburg.de</a>

**Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements**

<b>Link zum Bericht</b>	
<b>Kommentar</b>	Ansprechpartner zum Beschwerdemanagement ist generell unsere Klinikleitung. Für medizinische und pflegerische Themen steht Ihnen unsere Chefärztin und Pflegedienstleitung gern zur Verfügung.

**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

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

#### Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Dipl.-Med. Sabine Vodenitscharov
Telefon	035208/88-50
Fax	035208/88-928
E-Mail	<a href="mailto:info@fachkliniken-radeburg.de">info@fachkliniken-radeburg.de</a>

#### Öffentliche Zugänge

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

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen



**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	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI38	Palliativmedizin	
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	
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	
VA10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	
VI27	Spezialsprechstunde	Geriatrische Institutsambulanz nach §118a SGB V
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
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI42	Transfusionsmedizin	

**B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Trifft nicht zu.

**B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	553
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

**B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I50	66	Herzinsuffizienz
2	J18	39	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
3	S72	30	Fraktur des Femurs
4	F05	21	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
5	S32	21	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
6	N17	20	Akutes Nierenversagen
7	I63	16	Hirinfarkt
8	J44	13	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
9	N39	13	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
10	I70	11	Atherosklerose

**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	383	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
3	3-200	116	Native Computertomographie des Schädels
4	8-930	44	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
5	3-203	27	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
6	9-200	19	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
7	3-202	18	Native Computertomographie des Thorax
8	1-710	17	Ganzkörperplethysmographie
9	3-205	17	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems
10	3-800	17	Native Magnetresonanztomographie des Schädels

**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-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: 11,58

Kommentar: Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,58	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,58	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 47,75475

**Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte: 4,13

Kommentar: Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,13	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,13	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 133,89831

*Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen*

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

*Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen*

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF09	Geriatrie
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: 28,97

Kommentar: Die Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	28,97	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	28,97	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 19,08871

**Altenpfleger und Altenpflegerinnen**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 8,36

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,36	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,36	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 66,14833

**Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen**

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 4,12

Kommentar: Die Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,12	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,12	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 134,2233

### Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 5,87

Kommentar: Die Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung.

### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,87	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,87	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 94,20784

*Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse*

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ06	Master
PQ13	Hygienefachkraft
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege (über Kooperation mit Fachkrankenhaus Coswig)
PQ17	Rehabilitation
PQ20	Praxisanleitung

*Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation*

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP02	Bobath
ZP07	Geriatrie
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 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate
PNEU: Ambulant erworbene Pneumonie	<= 5	0
DEK: Pflege: Dekubitusprophylaxe	96	100%

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

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	<b>Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme</b>
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	4/4
Ergebnis (Einheit)	100%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	51,01 - 100%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	<b>Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)</b>
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)
Zähler / Nenner	2/2
Ergebnis (Einheit)	100%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	34,24% - 100%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	<b>Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)</b>
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ausschließlich aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)
Zähler / Nenner	2/2
Ergebnis (Einheit)	100%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	34,24% - 100%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	<b>Antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)</b>
Kennzahlbezeichnung	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	2/2
Ergebnis (Einheit)	100%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	34,24% - 100%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	<b>Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Score = 1 oder 2)</b>
Kennzahlbezeichnung	Frühes Mobilisieren von Patienten mit mittlerem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	1/3
Ergebnis (Einheit)	33,33%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	6,15% - 79,23%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U33

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	<b>Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</b>
Kennzahlbezeichnung	Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung
Zähler / Nenner	0/0
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	-
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	<b>Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme</b>
Kennzahlbezeichnung	Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus
Zähler / Nenner	4/4
Ergebnis (Einheit)	100%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	51,01% - 100%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (o/E) an Todesfällen</b>
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	1/4
Ergebnis (Einheit)	0,60%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,58 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,30% - 4,65%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U32

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	0/553
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,00% - 0,09%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10

**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**

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-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V**

Trifft nicht zu.

**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.***

- 1.1 Menschlichkeit, Ethik und soziale Verantwortung bestimmen unser Handeln.
  - 1.2 Rein finanzielle Interessen dürfen nicht die Oberhand über die Ideale der Hilfe, Linderung und Heilung erlangen.
  - 1.3 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.
  - 1.4 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.
  - 1.5 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.***

- 2.1 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.
  - 2.1.1 Wir bieten spezialisierte Leistungen von hoher Qualität im Rahmen einer umfassenden **Versorgung**.

- 2.1.2 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.
  - 2.1.3 Wir legen Wert darauf, dass unsere Patienten im gesamten Behandlungsverlauf eine **einfühlsame Führung** und **optimale Betreuung** erleben.
  - 2.1.4 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.
  - 2.2 Wir garantieren den **Kostenträgern** die optimale Erfüllung unseres Versorgungsauftrages.
    - 2.2.1 Qualifiziertes Personal ist für uns die wichtigste Voraussetzung ärztlicher, pflegerischer und therapeutischer sowie nicht-medizinischer Leistungsfähigkeit.
    - 2.2.2 Wir arbeiten mit einer zeitgemäßen Ausstattung, die unserem Fachgebiet entspricht und regelmäßig auf diesem Stand gehalten wird.
    - 2.2.3 Wir pflegen eine intensive Kommunikation mit den Kostenträgern über den gesamten Behandlungsverlauf.
  - 2.3 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.
  - 2.4 In unserer Arbeit orientieren wir uns an berufsspezifischen Normen und Vorgaben sowie Expertenstandards und entwickeln uns somit stetig weiter. Wir überprüfen regelmäßig unsere Leistungsqualität.
- ### 3 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.***

- 3.1 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.
- 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.
- 3.5 Bei der Gestaltung der Arbeitszeit berücksichtigen wir die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Wir pflegen einen offenen, ehrlichen und konstruktiven Umgang miteinander.

**4. Wir sind und bleiben wirtschaftlich leistungsfähig und erfolgreich in unserem täglichen Handeln.**

4.1 Unsere Aktivitäten sind auf **Langfristigkeit und Nachhaltigkeit** ausgerichtet.

4.2 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.

4.3 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**

<b>Ziel</b>	Menschlichkeit, und Ethik
<b>Das heißt für uns:</b>	Erfüllung des gesellschaftlichen Auftrags
<b>Wir erreichen dies durch:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfassung und Auswertung der Rückmeldungen aus dem gesellschaftlichen Umfeld</li> <li>• Integration Behinderter, z. B. durch einen barrierefreien Zugang zu allen Klinikbereichen</li> </ul>
<b>Maßstab:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• subjektive Einschätzung</li> </ul>

<b>Ziel</b>	Soziale Verantwortung durch Kompetenz
<b>Das heißt für uns:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• eine umweltorientierte Tätigkeit der Klinik</li> <li>• Berücksichtigung bzw. Weiterentwicklung hinsichtlich Umwelt- und Arbeitsschutz</li> </ul>
<b>Wir erreichen dies durch:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfassung und Auswertung von Haftpflichtfällen</li> <li>• Ausschluss nicht hinreichend qualifizierter Lieferanten (Sicherstellung der Umwelt- und Sicherheitsanforderungen)</li> <li>• umweltgerechte Entsorgung von Abfällen</li> </ul>
<b>Maßstab:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergebnisse der ext. und int. Betriebsbegehungen [Anzahl der Mängel]</li> <li>• Unfall-Statistiken</li> </ul>

<b>Ziel</b>	Regionales Profil/ Strategische Aus-richtung
<b>Das heißt für uns:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integration in der Region und regionalen Versorgungskette</li> </ul>
<b>Wir erreichen dies durch:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitgestaltung der Versorgungslandschaft in den Regionen unserer Kliniken</li> <li>• Einbindung von Selbsthilfegruppen</li> <li>• Weiterbildung von MA aller Berufsgruppen aus Einrichtungen des Gesundheitssystems und der Altenpflege</li> </ul>
<b>Maßstab:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl der ext. Schulungsteilnehmer/ Anzahl der Fortbildungen für Externe [pro Jahr]</li> </ul>

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

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

<b>Ziel</b>	Zufriedene Kostenträger
<b>Das heißt für uns:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• optimale medizinisch-rehabilitative Leistungen</li> <li>• kurzfristige Aufnahme nach Anfrage bzw. (GRR) Kostenzusage</li> </ul>
<b>Wir erreichen dies durch:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfüllung der Qualitätsvorgaben der Kostenträger</li> <li>• Einsatz von qualifiziertem Personal</li> <li>• Bereitstellung und Einsatz von med.-therap. Geräten und Methoden auf dem aktuellen Stand</li> <li>• Einhalten der Terminvereinbarungen</li> </ul>
<b>Maßstab:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualifikationsschlüssel MA [diplomqualifizierte MA/ Hilfskräfte}</li> <li>• Berechtigte Reklamationen durch Krankenkassen</li> <li>• Gütesiegel BAG</li> <li>• ∅ Wartezeit [Tage]</li> </ul>

<b>Ziel</b>	Zufriedene Vor- und Nachbehandler
<b>Das heißt für uns:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• optimale Zusammenarbeit im Rahmen der Versorgungskette</li> </ul>
<b>Wir erreichen dies durch:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• intensive Kommunikation bzw. systematische Einbindung in den Behandlungsprozess</li> <li>• lückenlose und zeitnahe Informationsweitergabe des ärztlichen E-Berichts, Pflegeüberleitung sowie des therap. Entlassberichts</li> <li>• optimale Versorgung der uns anvertrauten Patienten</li> </ul>
<b>Maßstab:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zuweiserstruktur [<math>\Delta</math> Zuweisungen pro Zuweiser]</li> <li>• Zuweiserzahl/ Einzugsgebiet</li> <li>• ∅ Entlassbrieflaufzeit [Tage]</li> <li>• ∅ Wartezeit [Tage]</li> </ul>

### Zufriedene Mitarbeiter

<b>Ziel</b>	Engagierte und motivierte Mitarbeiter
<b>Das heißt für uns:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sichere und qualifizierte Arbeitsplätze</li> <li>• hohes Maß an Eigenverantwortung</li> <li>• Qualifizierungsmöglichkeiten</li> </ul>
<b>Wir erreichen dies durch:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einsatz von kompetenten Mitarbeitern</li> <li>• fortlaufende Motivation unserer Mitarbeiter</li> <li>• kontinuierliche interne Weiterbildung</li> <li>• systematische externe Weiterbildung</li> <li>• flache Hierarchien und klare Kompetenzen</li> <li>• direkte, offene Kommunikation</li> <li>• persönliche Mitwirkungsbereitschaft</li> <li>• am Unternehmenserfolg orientierte Vergütungsanteile</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• individuelle Personalentwicklung, insbesondere bei Zusatzaufgaben bzw. – funktionen sowie sich hieraus begründete Sonderhonorare</li> <li>• Einführung eines Vorschlags- und Verbesserungswesen</li> <li>• Einführung eines Beschwerdemanagements für MA</li> <li>• systematische Ermittlung der Zufriedenheit unserer Mitarbeiter im Rahmen der Personalentwicklung</li> <li>• Internet-Zugang für Mitarbeiter zur fachlichen Information und Kommunikation</li> <li>• Weiterbildungsbudget inkl. Fachliteratur</li> </ul>
<b>Maßstab:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualifikationsprofil</li> <li>• Betriebszugehörigkeit [Ø]</li> <li>• Krankheitsrate (Tage in [%])</li> <li>• Fluktuationsrate [%]</li> <li>• eingegangene und umgesetzte Verbesserungsvorschläge</li> <li>• Ergebnisse MA-Befragung [Bewertungsindex]</li> <li>• Anzahl/Umfang der Mitarbeiterbeschwerden pro Jahr</li> </ul>

**Wirtschaftlichkeit**

<b>Ziel</b>	Wirtschaftlichkeit unserer Einrichtung
<b>Das heißt für uns:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausrichtung auf Gewinnerzielung zur langfristigen Sicherung und Weiterentwicklung der Klinik</li> <li>• Erzielung eines optimalen Kosten-/ Nutzverhältnisses</li> </ul>
<b>Wir erreichen dies durch:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bereitstellung von qualifiziertem und motiviertem Personal</li> <li>• eine entsprechende Strukturqualität durch bauliche Investitionen im notwendigen Umfang</li> <li>• regelmäßige, systematische Bewertung externer Dienstleister bzw. Lieferanten (Zertifizierung, ...)</li> <li>• operative Zielvereinbarungen und Einsatz eines effektiven Controllings</li> <li>• Weiterentwicklung des QM-Systems, d. h. eine effektive Organisation mit klaren Verantwortlichkeiten und Hierarchien</li> <li>• Kooperation hinsichtlich neuer Versorgungsstrukturen</li> <li>• Aufbau und Ausbau von neuen Leistungsfeldern</li> </ul>
<b>Maßstab:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rendite [%]</li> <li>• Umsatz, Gewinn [€]</li> <li>• Kosten [% ,€]</li> <li>• Angebotsauswertungen Lieferanten</li> <li>• Zertifikat ISO 9001 und BAG</li> <li>• Investitionsquote [%]</li> <li>• Q-Stand/ Quote MA</li> </ul>

<b>Ziel</b>	Wirtschaftlichkeit für den Kostenträger
<b>Das heißt für uns:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ein qualitativ hochwertiges Leistungsangebot zu den vereinbarten Preisen</li> </ul>
<b>Wir erreichen dies durch:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• optimale Kostenstruktur</li> <li>• elektronischer Übertrag aller notwendigen Daten</li> </ul>
<b>Maßstab:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Belegungsquote [%]</li> <li>• Verweildauer [Ø]</li> </ul>

## 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:

- Sicherstellung der Umsetzung der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele
- 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:

- Initiierung, Koordinierung und Überwachung aller qualitätsbezogenen Aktivitäten innerhalb der Klinik
- Vorschläge und Vorbereitung von Entscheidungen für die Geschäftsführung
- 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

### **Kommissionen und Gremien**

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

- Hygienekommission
- Arzneimittelkommission
- Arbeitssicherheitsausschuss

### **Konzernbereich Qualität**

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

#### Aufgaben:

- Beratung der Kliniken in Belangen des Qualitätsmanagements
- Unterstützung der Qualitätsbeauftragten bei der Ausübung ihrer Tätigkeiten im Qualitätsmanagement
- Durchführung von Schulungen und Fortbildungen im Qualitätsmanagement
- Überprüfung der Umsetzung von Qualitätsmanagement-Maßnahmen in den Kliniken, z. B. Durchführung von Audits und Fremdbewertungen
- 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:

16. Patienten- und Mitarbeiterbefragungen
17. Beschwerdemanagement
18. Interne Audits
19. Hygienemanagement
20. Wartezeitmanagement
21. Pflegestandards
22. Patientenaufklärung und Angehörigen-Information
23. Fort- und Weiterbildungsplanung
24. Erhebung und Auswertung von Qualitäts-Kennzahlen
25. Fehler und Risikomanagement

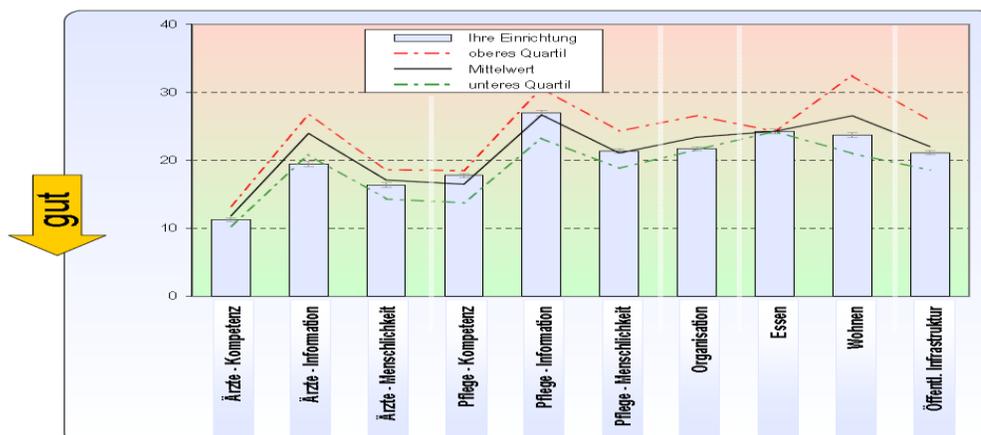
### • Patienten- und Mitarbeiterbefragungen

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..

- **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 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 Chefarztin 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:

- 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 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.

- **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, dass 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 2017 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 fand ein erfolgreiches 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**