

Fabricius-Klinik Remscheid GmbH



Strukturierter Qualitätsbericht
2017

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	1
Einleitung	1
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	3
A-0 Fachabteilungen	3
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	3
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	4
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	4
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	4
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	4
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	5
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	6
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	7
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	7
A-10 Gesamtfallzahlen	7
A-11 Personal des Krankenhauses	7
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	13
A-13 Besondere apparative Ausstattung	25
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	25
B-[1] Orthopädie Belegabteilung	25
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	25
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel	25
B-[1].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefarztin	25
B-[1].1.3 Weitere Zugänge	26
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	26

B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	27
B-[1].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	27
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	28
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	28
B-[1].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	29
B-[1].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	29
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	31
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	32
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	33
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	33
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	33
B-[1].11	Personelle Ausstattung	33
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	33
B-[1].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	34
B-[1].11.1	Zusatzweiterbildung	34
B-[1].11.2	Pflegepersonal	34
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	36
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	37
B-[1].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	37
B-[2]	Facharztpraxis für Anästhesiologie	39
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	39
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel	39
B-[2].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefarztin	39
B-[2].1.3	Weitere Zugänge	39
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	40

B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	40
B-[2].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	40
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	40
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD	40
B-[2].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	40
B-[2].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	40
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	40
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	41
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	41
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	41
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	41
B-[2].11	Personelle Ausstattung	41
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen	41
B-[2].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	42
B-[2].11.1	Zusatzweiterbildung	42
B-[2].11.2	Pflegepersonal	42
B-[2].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	42
B-[2].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	42
B-[2].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	43
B-[3]	Geriatric	43
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	43
B-[3].1.1	Fachabteilungsschlüssel	43
B-[3].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefarztin	43
B-[3].1.3	Weitere Zugänge	44
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	44

B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	44
B-[3].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	45
B-[3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	45
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD	45
B-[3].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	46
B-[3].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	46
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	48
B-[3].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	49
B-[3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	50
B-[3].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	50
B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	50
B-[3].11	Personelle Ausstattung	50
B-[3].11.1	Ärzte und Ärztinnen	50
B-[3].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	50
B-[3].11.1	Zusatzweiterbildung	51
B-[3].11.2	Pflegepersonal	51
B-[3].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	52
B-[3].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	53
B-[3].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	53
C	Qualitätssicherung	54
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	54
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	54
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	55
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	55

C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr.55 2 SGB V	
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 55 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	
D	Qualitätsmanagement	56
D-1	Qualitätspolitik	56
D-2	Qualitätsziele	61
D-3	Aufbau des einrichtungswenigen Qualitätsmanagements	63
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	63
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	64
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	65

Vorwort

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

die Qualität unserer medizinischen und pflegerischen Leistungen hat für uns von jeher den höchsten Stellenwert. Als traditionelles Haus bieten wir seit der Gründung im Jahre 1899 unseren Patienten die bestmögliche Versorgung nach aktuellsten Standards und verfolgen die Philosophie unseres Namensgebers, dem Wundarzt Dr. Wilhelm Fabry. Auch die Bewahrung christlicher Werte hat in unserer Klinik einen traditionellen Hintergrund. Von 1904 bis 2007 sicherten die Dominikanerinnen von Arenberg nicht nur das körperliche, sondern vor allem auch das seelische Wohlergehen unserer Patienten. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind angehalten, dieses Erbe zu sichern und auch in Zukunft mit Nächstenliebe im Herzen unsere Patienten zu versorgen.

Neben den zwischenmenschlichen Werten und einer familiären Atmosphäre haben die höchsten Standards einen nicht minderen Stellenwert in unserem Haus. Unsere Hauptfachabteilung, die Geriatrie, zeichnet sich durch hervorragende Qualität aus, welche durch die Zertifizierung mit dem Qualitätssiegels Geriatrie bestätigt wurde. Darüber hinaus ermöglicht die geriatrische Tagesklinik unseren geriatrischen Patienten auch über den stationären Aufenthalt hinaus die bestmögliche Versorgung gewährleisten zu können.

Aber auch als Klinik für Orthopädie und Anästhesie sind wir überregional bekannt für ausgezeichnete Leistungen und erfreuen uns täglich an dem regen Zuspruch durch unsere Patienten. Seit 2014 trägt die Fabricius-Klinik in Kooperation mit dem Gelenkzentrum Bergisch Land die Zertifizierung eines Endoprothetikzentrums der Maximalversorgung (EPZmax). Die kontinuierliche Erhaltung und Förderung der Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung sichert ein starkes Fundament und lässt uns immer wieder an vergangenen Erfolgen anknüpfen. Die Fallzahlen, die sie dem Bericht entnehmen können sprechen für sich und machen uns stolz. Sie sind Motivation den bewährten Weg weiter zu gehen, getreu dem Motto: "Zeit heilt! Seele lebt! Können helfen!"

Der vorliegende Qualitätsbericht soll einen Überblick über die Leistungsfähigkeit unseres Krankenhauses geben, welche wir durch exakte Datenerfassung diagnostischer und therapeutischer Leistungen als unabdingbare Voraussetzung für Analysen und Vergleiche, offenlegen.

Unser nach DIN EN ISO 9001 zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem wurde im Jahr 2012 eingeführt und durch die LGA InterCert GmbH regelmäßig überprüft.

*Als Ansprechpartner für Fragen zu diesem Bericht, stehen Ihnen gerne zur Verfügung:
Herr Dipl. Ing. Dieter Uhr, Geschäftsführer
Frau Burggräf, Assistentin des Geschäftsführers*

*Als Ansprechpartner für Ihre Fragen als Patienten, stehen Ihnen gerne zur Verfügung:
Frau Burggräf, Assistentin des Geschäftsführers
Frau Fabris, Patientenfürsprecherin*

Einleitung

Datum der Erstellung des Qualitätsberichtes:

Software:
3M Qualitätsbericht
Version 2017.1.0 (Release 01.06.2017)

Copyright © 2017: 3M Medica Zweigniederlassung der 3M Deutschland GmbH

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Frau Christina Burggräf, Assistentin des Geschäftsführers
Telefon:	02191 797771
Fax:	
E-Mail:	info.fkr@sana.de

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Dipl. Ing. Dieter Uhr, Geschäftsführer
Telefon:	02191 797771
Fax:	
E-Mail:	info.fkr@sana.de

Links:

Link zur Homepage des Krankenhauses:	http://www.fabricius-klinik.de
--------------------------------------	---

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Belegabteilung	2300	Orthopädie Belegabteilung
2	Nicht-Bettenführend	3700	Facharztpraxis für Anästhesiologie
3	Hauptabteilung	0200	Geriatric

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Fabricius-Klinik Remscheid GmbH
PLZ:	42853
Ort:	Remscheid
Straße:	Brüderstraße
Hausnummer:	65
IK-Nummer:	260513259
Standort-Nummer:	0
Krankenhaus-URL:	http://www.fabricius-klinik.de

A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. med. Barbara Brosius, Chefärztin Geriatric
Telefon:	02191 797601
Fax:	02191 797100
E-Mail:	barbara.brosius@sana.de

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Dipl. Ing. Dieter Uhr, Klinikleiter
Telefon:	02191 797771
Fax:	02191 797211
E-Mail:	info-fkr@sana.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
----------	---------------------

Name/Funktion:	Ilse Wolf, Pflegedienstleitung
Telefon:	02191 797590
Fax:	02191 797591
E-Mail:	ilse.wolf@sana.de

A-1.2 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	Cherubine-Willimann-Stiftung Arenberg
Träger-Art:	freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?	Nein
--	------

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
1	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
2	Ergotherapie/Arbeitstherapie
3	Diät- und Ernährungsberatung
4	Sporttherapie/Bewegungstherapie
5	Bewegungsbad/Wassergymnastik
6	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
7	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
8	Wärme- und Kälteanwendungen
9	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
10	Schmerztherapie/-management
11	Fußreflexzonenmassage
12	Physikalische Therapie/Bädertherapie

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
13	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie <i>Als Erweiterung unseres Behandlungskonzeptes bieten wir unseren Patienten die Möglichkeit einer osteopathischen Behandlung in unserem Hause.</i>
14	Massage
15	Manuelle Lymphdrainage
16	Wundmanagement
17	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege
18	Sozialdienst
19	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
20	Akupunktur
21	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
22	Atemgymnastik/-therapie
23	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung <i>Kooperation mit ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen zur Anschlussheilbehandlung</i>
24	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
25	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
26	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
27	Eigenblutspende

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

LEISTUNGSANGEBOT	
1	Seelsorge
2	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer <i>Kosten pro Tag: 1 €</i>
3	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
4	Zwei-Bett-Zimmer
5	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer
6	Telefon am Bett <i>Kosten pro Tag: 1 €</i> <i>Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,1 €</i> <i>Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €</i>
7	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)

LEISTUNGSANGEBOT	
8	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
9	Ein-Bett-Zimmer
10	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum
11	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
12	Rundfunkempfang am Bett <i>Kosten pro Tag: 0 €</i>
13	Internetanschluss am Bett/im Zimmer
	<i>Kosten pro Tag: 0 €</i>
	<i>Kostenloses Wlan</i>
14	Andachtsraum
15	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)
	<i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: Ernährungsberatung / Angebot von vegetarischer Kost</i>

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung
2	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
3	Besondere personelle Unterstützung
4	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
5	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
6	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
7	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
8	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
9	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
10	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
11	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
12	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
13	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
14	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
15	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
16	Diätetische Angebote

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN	
1	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN	
1	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) <i>OTA und CTA Ausbildung in Verbindung mit der Academia Chirurgica Düsseldorf</i>

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 100

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	2482
Teilstationäre Fallzahl:	121
Ambulante Fallzahl:	361

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)			
Gesamt:	18,00	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 14,00	Ohne: 4,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 18,00

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	9,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 7,00	Ohne: 2,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 9,00

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen: 6

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN, DIE KEINER FACHABTEILUNG ZUGEORDNET SIND

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00

A-11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	55,92	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 54,92	Ohne: 1,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 55,92

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00	

ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	5,01		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 5,01	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 5,01	

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00	

PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00	

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00	

KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	5,20		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 5,20	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 5,20	

Ohne Fachabteilungs-zuordnung:

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

PFLEGEHELPER UND PFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

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

Ohne Fachabteilungs-zuordnung:

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

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

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

BELEGENTBINDUNGSPFLEGER UND BELEGHEBAMMEN IN PERSONEN ZUM STICHTAG 31. DEZEMBER DES BERICHTSJAHRES

Anzahl in Personen:	0
---------------------	---

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	2,00		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit: 2,00	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 2,00	

Ohne Fachabteilungs-zuordnung:

Gesamt:	0,00
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
---------------------------	-------------	------	--------------	------

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
------------------	------------------	------	-------------------	------

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,40
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,40	Ohne:	0,00
---------------------------	-------------	------	--------------	------

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,40
------------------	------------------	------	-------------------	------

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

DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN

Gesamt:	0,75
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,75	Ohne:	0,00
---------------------------	-------------	------	--------------	------

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,75
------------------	------------------	------	-------------------	------

ERGOTHERAPEUTEN

Gesamt:	5,00
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	5,00	Ohne:	0,00
---------------------------	-------------	------	--------------	------

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	5,00
------------------	------------------	------	-------------------	------

BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTEN

Gesamt:	8,14
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	8,14	Ohne:	0,00
---------------------------	-------------	------	--------------	------

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	8,14
------------------	------------------	------	-------------------	------

SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGEN

Gesamt:	2,33
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	2,33	Ohne:	0,00
---------------------------	-------------	------	--------------	------

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	2,33
------------------	------------------	------	-------------------	------

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

DIÄTASSISTENT UND DIÄTASSISTENTIN

Gesamt: 0,50

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,50 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,50

ERGOTHERAPEUT UND ERGOTHERAPEUTIN

Gesamt: 5,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 5,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 5,00

HEILPRAKTIKER UND HEILPRAKTIKERIN

Gesamt: 1,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 1,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 1,00

LOGOPÄDE UND LOGOPÄDIN/ KLINISCHER LINGUIST UND KLINISCHE LINGUISTIN/SPRECHWISSENSCHAFTLER UND SPRECHWISSENSCHAFTLERIN/PHONETIKER UND PHONETIKERIN

Gesamt: 1,03

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 1,03 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 1,03

MASSEUR/MEDIZINISCHER BADEMEISTER UND MASSEURIN/MEDIZINISCHE BADEMEISTERIN

Gesamt: 1,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 1,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 1,00

MEDIZINISCH-TECHNISCHER RADIOLOGIEASSISTENT UND MEDIZINISCH-TECHNISCHE RADIOLOGIEASSISTENTIN (MTRA)

Gesamt: 2,22

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,22	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 2,22

PHYSIOTHERAPEUT UND PHYSIOTHERAPEUTIN

Gesamt:	7,14	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 7,14	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 7,14

DIPLOM-PSYCHOLOGE UND DIPLOM-PSYCHOLOGIN

Gesamt:	0,75	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,75	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,75

SOZIALARBEITER UND SOZIALARBEITERIN

Gesamt:	1,93	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,93	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 1,93

PERSONAL MIT ZUSATZQUALIFIKATION IN DER MANUALTHERAPIE

Gesamt:	1,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 1,00

PERSONAL MIT ZUSATZQUALIFIKATION IM WUNDMANAGEMENT

Gesamt:	2,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 2,00

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

In allen Arbeitsbereichen können Risiken entstehen oder bereits vorhanden sein. Das Risikomanagement in unserer Einrichtung hat zum Ziel, Risiken frühzeitig zu erkennen, zu bewerten und zu vermindern bzw. zu beseitigen.

Das Risikomanagement ist als ein strukturierter Prozess eingeführt.

Ziele des RM sind:

- Abwehren vermeidbarere Risiken
- Sicherung der Unternehmensexistenz
- Minimierung der Risiken
- Erkennen potenzieller Gefahren
- Systematisches Erfassen, Kontrollieren und Begrenzen von Risiken.

Die systematische Identifizierung von Risiken erfolgt mit Hilfe eines anonymen Frühwarnsystems, dem Critical Incident Reporting System (CIRS). In diesem werden kritische Ereignisse erfasst, bevor sie zu Fehlern führen. Diese Meldungen von Mitarbeitern zu Beinahe-Fehlern werden aufgearbeitet, Lösungsstrategien entwickelt und notwendige Veränderungen an Prozessen vorgenommen. Abschließend folgt die Weitervermittlung der Neuerungen an die Mitarbeiter und die Umsetzung in die Praxis, um künftig solche Fehler zu vermeiden.

Neben dem CIRS führt unsere Klinik strukturiert Informationen über Risiken aus Begehungen (z.B. Gesundheitsamt, Bezirksregierung, Arbeitsschutz, Hygiene) oder Audits (interne und externe).

Auch die Sicherung und Steigerung der Patientensicherheit gehört in unserem Haus zum festen Bestandteil des Risikomanagements. In allen Bereichen sind Standards und Maßnahmen umgesetzt, die dazu dienen, die Identifikation des Patienten bei allen Behandlungsschritten festzustellen oder zu kontrollieren, sowie das Risiko von Verwechslungen jeglicher Art und deren Folgen auszuschließen. Umgesetzte Maßnahmen im Bereich Patientensicherheit sind zum Beispiel

?

- Einführung von Sicherheitschecklisten zur Vermeidung von Verwechslung und Behandlungsfehlern
- Einführung eines Patientenarmbandes im stationären Bereich
- Festgelegte zu dokumentierende Kontrollen (diverse Checklisten, abteilungs-, und funktionsübergreifend)
- 4-Augen-Prinzip beim Stellen von Medikamenten
- Etablierung einer Hygienekonzeption

A-12.1 Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement Fabricius-Klinik Remscheid

Wir verstehen Qualitätsmanagement als ganzheitlichen Managementansatz zur Erfüllung der an uns gestellten Erwartungen und zur kontinuierlichen Verbesserung unserer Leistung.

Die Klinikleitung demonstriert ihr Engagement durch folgende Verpflichtungen: Sie schafft und unterhält im gesamten Unternehmen das Bewusstsein für die Erfüllung der in diesem Qualitätsmanagementsystem fixierten Grundlagen. Dies geschieht vorrangig durch die beispielhafte Ausrichtung der Unternehmensleitung an den selbst gesetzten Maßstäben (Vorreiter- und Vorbildfunktion).

Wir operationalisieren unsere Q-Politik jährlich in unseren Qualitätszielen und überprüfen uns kritisch im Rahmen der jährlichen Managementbewertung auf Erreichung und Angemessenheit der Ziele.

Q-Politik und Q-Ziele sind allen Mitarbeitern bekannt und sind im Intranet abgebildet. Sie sind Inhalt in

MA-Gesprächen bzw. in Zielvereinbarungsgesprächen.

Unser Managementsystem unterliegt der ständigen Verbesserung, wir entwickeln uns sukzessive zum Wohl unserer Patienten, Mitarbeiter und Partner weiter.

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Bernadette Smykalla, Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon:	02191 7970
Fax:	
E-Mail:	info.fkr@sana.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht:	Ja
---	----

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Stationen 1-5; Physiotherapie; Ergotherapie; Ärztliche Dienste;
Tagungsfrequenz des Gremiums:	bei Bedarf

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:	eigenständige Position für Risikomanagement
--	---

Kontaktdaten:

Name/Funktion:	Bernadette Smykalla, Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon:	02191 7970
Fax:	
E-Mail:	info.fkr@sana.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

In der FKR tagt da CIRS-Team, bestehend aus den Mitgliedern verschiedener Abteilungen, funktionsübergreifend alle 4 Wochen.
das CIRS Team beschäftigt sich mit Beinah-Fehlern und kritischen Ereignissen sowie mit Lösungsstrategien und Optimierungen der Prozesse.
Das Risikomanagement ist als ein strukturierter Prozess eingeführt.
Ziele des RM sind:

- Abwehren vermeidbarere Risiken
- Sichern der Unternehmerexistenz
- Minimierung der Risiken
- Erkennen potenzieller Gefahren
- systematisches Erfassen, Kontrollieren und Begrenzen von Risiken

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht:

ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Station 3; OP; Physiotherapie; Station 2; Ärztliche Dienste; Station 5; Verwaltung
Tagungsfrequenz des Gremiums:	andere Frequenz

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Schmerzmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen/VA Schmerztherapie Letzte Aktualisierung: 26.10.2016</i>
2	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: OP Sicherheitscheckliste, Team Time Out Letzte Aktualisierung: 19.06.2017</i>
3	Klinisches Notfallmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Notfallplan FKR, Katastrophenschutzplan FKR Letzte Aktualisierung: 23.01.2017</i>
4	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
5	Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: PS Sturzprophylaxe Letzte Aktualisierung: 29.11.2016</i>
6	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: OP Sicherheitscheckliste, AA Erfassung von Komplikationen Letzte Aktualisierung: 10.09.2018</i>
7	Entlassungsmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Entlassungsmanagement Letzte Aktualisierung: 01.01.2015</i>

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
8	<p>Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: EPZ Checkliste, Standard Laborprofile FKR, Standard Labor Kontrollen EPZ FKR, Standard Röntgen Orthopädie</i> Letzte Aktualisierung: 02.03.2018</p>
9	<p>Standards zur sicheren Medikamentenvergabe</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: PS Medikamente sicher richten</i> Letzte Aktualisierung: 02.05.2018</p>
10	<p>Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: PB Pflege eines stationären OP- Patienten im AWR FKR</i> Letzte Aktualisierung: 30.11.2016</p>
11	<p>Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege")</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: ES Dekubitusprohylaxe</i> Letzte Aktualisierung: 29.11.2016</p>
12	<p>Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: PB FeM</i> Letzte Aktualisierung: 10.01.2017</p>
13	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
14	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor
15	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
16	<p>Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: PB Störungsmeldung an die Haustechnik und deren Behebung</i> Letzte Aktualisierung: 17.01.2017</p>
17	

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

- Tumorkonferenzen
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Pathologiebesprechungen
- Palliativbesprechungen
- Qualitätszirkel
- Andere: Leitungskonferenz, Komplikationsbesprechung,

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?

Ja

Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems:

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor
	<i>Letzte Aktualisierung: 31.12.2016</i>

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	andere Frequenz
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	Einführung von Sicherheitschecklisten zur Vermeidung von Verwechslung und Behandlungsfehlern Einführung eines Patientenarmbandes im stationären Bereich Festgelegte zu dokumentierende Kontrollen (diverse Checklisten, abteilungs-, und funktionsübergreifend) 4-Augen-Prinzip beim Stellen von Medikamenten Etablierung einer Hygienekonzeption

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:

Nein

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

Krankenhaustygieniker

Dr. med. Georg-Christian Zinn
 Dr.med. Reimund Hoheisel

Hygienefachkraft

Jessica Gröschel

frw Hygieneberatung GmbH
 Heinz-Nixdorf Str. 29
 41179 Mönchengladbach

Hygienebeauftragter Arzt

Dr. med. Barbara Brosius Klinik für Innere Medizin / Geriatrie
 Dr. med. Frank Sintermann

Hygienebeauftragte in der Pflege

Qefsere Aslani Intensiv/AWR Station 3
 Maria Buchhammer OP
 Bianca Kohl Intensiv/AWR Station 3
 Daniela Kurtz Orthopädie Station 4
 Claudia Peppinghaus Geriatrie Station 1
 Romana Tkotz Station 5

A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen	2
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	2
Hygienefachkräfte (HFK)	1
Hygienebeauftragte in der Pflege	7

A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Dr. med. Barbara Brosius, Chefärztin Geriatrie
Telefon:	02191 7970
Fax:	
E-Mail:	

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Hygienische Händedesinfektion	Ja
2	Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	Ja
3	Beachtung der Einwirkzeit	Ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

	OPTION	AUSWAHL
1	Sterile Handschuhe	Ja
2	Steriler Kittel	Ja
3	Kopfhaut	Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprofylaxe	Ja
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	Ja
3	Indikationsstellung zur Antibiotikaprofylaxe	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

Die standardisierte Antibiotikaprofylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der "WHO Surgical Checklist" oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl: Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag):	29,1
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	42,24

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Ja

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

	OPTION	AUSWAHL
1	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja
2	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

	OPTION	AUSWAHL
1	Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen	Ja
2	Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen
2	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH) <i>Details: Teilnahme (ohne Zertifikat)</i>
3	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME

4

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	René Greis, Controller
Telefon:	02191 797 777
Fax:	
E-Mail:	rene.greis@sana.de

Name/Funktion:	Plücker Patric, Küchenleiter
Telefon:	02191 797 554
Fax:	
E-Mail:	Patric.pluecker@sana.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Andrea Fabris, Seelsorge
Telefon:	02191 7970
Fax:	
E-Mail:	info.fkr@sana.de

A-13 Besondere apparative Ausstattung

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Orthopädie Belegabteilung

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

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Orthopädie Belegabteilung
Straße:	Brüderstraße
Hausnummer:	65
PLZ:	42853
Ort:	Remscheid
URL:	http://www.fabricius-klinik.de

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2300) Orthopädie

B-[1].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Dr. med. Andre Knust, Belegarzt
Telefon:	02191 9516700
Fax:	
E-Mail:	info@gelenkzentrum-bergischland.de

Name/Funktion:	Dr. med. Henning Quitmann, Belegarzt
Telefon:	02191 9516720
Fax:	
E-Mail:	info@gelenkzentrum-bergischland.de

Name/Funktion:	Dr. med. Gunnar Schauf, Belegarzt
Telefon:	02191 9516730
Fax:	
E-Mail:	info@gelenkzentrum-bergischland.de

Name/Funktion:	Dr. med. Frank Sintermann, Belegarzt
Telefon:	02191 9516700
Fax:	
E-Mail:	info@gelenkzentrum-bergischland.de

Name/Funktion:	Dr. med. Justus Stadler, Belegarzt
Telefon:	02191 9516710
Fax:	
E-Mail:	info@gelenkzentrum-bergischland.de

Name/Funktion:	Dr. med. Dieter Temmen, Belegarzt
Telefon:	02191 9516700
Fax:	
E-Mail:	info@gelenkzentrum-bergischland.de

B-[1].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Brüderstraße 65
PLZ/Ort:	42853 Remscheid
URL:	http://www.fabricius-klinik.de

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:

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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Endoprothetik
2	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
3	Schulterchirurgie
4	Fußchirurgie
5	Handchirurgie
6	Arthroskopische Operationen
7	Rheumachirurgie
8	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
9	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
10	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
11	Metall-/Fremdkörperentfernungen
12	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
13	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
14	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
15	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
16	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
17	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
18	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes

B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	1725
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	348
2	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	229
3	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	138
4	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	111
5	M16.7	Sonstige sekundäre Koxarthrose	103
6	M23.32	Sonstige Meniskusschädigungen: Hinterhorn des Innenmeniskus	91
7	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	89
8	M20.1	Hallux valgus (erworben)	71
9	M24.10	Sonstige Gelenkknorpelschädigungen: Mehrere Lokalisationen	47
10	M19.01	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	26
11	M18.1	Sonstige primäre Rhizarthrose	24
12	M25.75	Osteophyt: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	20
13	M20.2	Hallux rigidus	16
14	M23.51	Chronische Instabilität des Kniegelenkes: Vorderes Kreuzband	15
15	M75.3	Tendinitis calcarea im Schulterbereich	13
16	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	13
17	M23.99	Binnenschädigung des Kniegelenkes, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnetes Band oder nicht näher bezeichneter Meniskus	13
18	G56.0	Karpaltunnel-Syndrom	12
19	M22.2	Krankheiten im Patellofemoralbereich	12
20	M19.91	Arthrose, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	11

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
21	S83.53	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes	10
22	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose	10
23	M19.97	Arthrose, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	10
24	M23.23	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Innenmeniskus	9
25	M22.4	Chondromalacia patellae	8
26	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	7
27	M20.4	Sonstige Hammerzehe(n) (erworben)	7
28	M94.26	Chondromalazie: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	7
29	M75.0	Adhäsive Entzündung der Schultergelenkkapsel	6
30	M23.30	Sonstige Meniskusschädigungen: Mehrere Lokalisationen	6

B-[1].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	370
2	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	347
3	M75	Schulterläsionen	269
4	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	156
5	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	107
6	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	95
7	M24	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen	67
8	M19	Sonstige Arthrose	59
9	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	31
10	M22	Krankheiten der Patella	27

B-[1].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	348
2	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	229
3	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	138

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
4	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	111
5	M23.3	Sonstige Meniskusschädigungen	107
6	M16.7	Sonstige sekundäre Koxarthrose	103
7	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	89
8	M20.1	Hallux valgus (erworben)	71
9	M24.1	Sonstige Gelenkknorpelschädigungen	53
10	M19.0	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke	27
11	M18.1	Sonstige primäre Rhizarthrose	24
12	M25.7	Osteophyt	22
13	M19.9	Arthrose, nicht näher bezeichnet	21
14	M23.2	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung	16
15	M20.2	Hallux rigidus	16
16	M23.5	Chronische Instabilität des Kniegelenkes	15
17	M75.3	Tendinitis calcarea im Schulterbereich	13
18	M23.9	Binnenschädigung des Kniegelenkes, nicht näher bezeichnet	13
19	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	13
20	M22.2	Krankheiten im Patellofemoralbereich	12
21	G56.0	Karpaltunnel-Syndrom	12
22	S83.5	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes mit Beteiligung des (vorderen) (hinteren) Kreuzbandes	10
23	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose	10
24	M22.4	Chondromalacia patellae	8
25	M20.4	Sonstige Hammerzehe(n) (erworben)	7
26	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	7
27	M94.9	Knorpelkrankheit, nicht näher bezeichnet	7
28	M94.2	Chondromalazie	7

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
29	M75.0	Adhäsive Entzündung der Schultergelenkkapsel	6
30	M21.6	Erworbener Hohlfuß [Pes cavus]	6

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	725
2	8-390.2	Lagerungsbehandlung: Lagerung im Schlingentisch	489
3	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	343
4	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	247
5	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	235
6	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	234
7	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	173
8	5-786.0	Osteosyntheseverfahren: Durch Schraube	104
9	8-803.0	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Eigenblutspende	90
10	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	89
11	5-814.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette	79
12	5-822.01	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert	60
13	5-800.5g	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Hüftgelenk	59
14	5-812.fh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Kniegelenk	59
15	5-805.7	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Naht	59
16	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	57

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
17	5-811.40	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Elektrothermische Denervierung von Synovialis und Kapselgewebe: Humeroglenoidalgelenk	51
18	5-788.56	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Digitus I	46
19	5-869.2	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Osteosynthesematerial bei Operationen am Weichteilgewebe	45
20	5-820.01	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert	43
21	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)	42
22	5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	37
23	5-812.fg	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Hüftgelenk	35
24	5-810.2g	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Hüftgelenk	34
25	5-786.2	Osteosyntheseverfahren: Durch Platte	34
26	5-801.kh	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation: Kniegelenk	33
27	5-829.k	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz	32
28	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	32
29	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	31
30	5-786.k	Osteosyntheseverfahren: Durch winkelstabile Platte	30

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	725
2	8-390	Lagerungsbehandlung	491
3	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	380
4	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	368
5	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	348

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	343
7	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	327
8	5-786	Osteosyntheseverfahren	193
9	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	170
10	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	165

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	139
2	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	58
3	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	50
4	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	37
5	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	20
6	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	17
7	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	10
8	5-841	Operationen an Bändern der Hand	7
9	5-849	Andere Operationen an der Hand	5
10	5-845	Synovialektomie an der Hand	4

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

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

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	6
Fälle je Anzahl:	287,5

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Orthopädie und Unfallchirurgie

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Spezielle Orthopädische Chirurgie

B-[1].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	28,60	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 28,60	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 28,60
		Fälle je Anzahl: 60,3

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	4,46	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 4,46	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 4,46
		Fälle je Anzahl: 386,8

PFLEGEHELFER UND PFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	2,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 2,00
		Fälle je Anzahl: 862,5

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,40	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,40	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,40
		Fälle je Anzahl: 4312,5

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

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Operationsdienst

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
3	Intensivpflege und Anästhesie
4	Hygienebeauftragte in der Pflege
5	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Entlassungsmanagement
2	Wundmanagement
3	Bobath
4	Schmerzmanagement <i>z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse</i>
5	Sturzmanagement
6	Qualitätsmanagement
7	Dekubitusmanagement

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

DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN			
Gesamt:		0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne: 0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,00
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl: 0,0

KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN			
Gesamt:		0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne: 0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,00
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl: 0,0

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00	
		Fälle je Anzahl: 0,0	

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTINNEN

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00	
		Fälle je Anzahl: 0,0	

ERGOTHERAPEUTEN

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00	
		Fälle je Anzahl: 0,0	

BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTEN

Gesamt:	2,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,00	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 2,00	
		Fälle je Anzahl: 862,5	

SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGEN

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00	

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

B-[2] Facharztpraxis für Anästhesiologie

B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Facharztpraxis für Anästhesiologie
Straße:	Brüderstraße
Hausnummer:	65
PLZ:	42853
Ort:	Remscheid
URL:	http://www.fabricius-klinik.de

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3700) Sonstige Fachabt.

B-[2].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Dr. med. Ralf Nieper, Anästhesist
Telefon:	02191 7970
Fax:	
E-Mail:	indo-fkr@sana.de
Name/Funktion:	Uwe Braasch, Anästhesist
Telefon:	02191 7970
Fax:	
E-Mail:	info-fkr@sana.de

B-[2].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Brüderstraße 65
PLZ/Ort:	42853 Remscheid
URL:	http://www.fabricius-klinik.de

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:

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

B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie <i>Anlage von rückenmarknahen und peripheren Schmerzkathetern und deren Betreuung während des stationären Aufenthaltes</i>

B-[2].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[2].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[2].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[2].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	EIGENBLUTSPENDEAMBULANZ
	Belegarztpraxis am Krankenhaus
	LEISTUNGEN:
	VI00 - ("Sonstiges")
	<i>Es besteht die Möglichkeit vor einer geplanten Operation Eigenblut zu spenden.</i>

B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)			
Gesamt:	2,00	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 2,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 2,00	
		Fälle je Anzahl: 0,0	
- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN			
Gesamt:	2,00		

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 2,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 2,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Anästhesiologie

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[2].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 1,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 1,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

B-[2].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[2].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Schmerzmanagement <i>z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse</i>

B-[2].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3] Geriatrie

B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Geriatrie
Straße:	Brüderstraße
Hausnummer:	65
PLZ:	42853
Ort:	Remscheid
URL:	http://www.fabricius-klinik.de

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0200) Geriatrie

B-[3].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Dr. med. Peter Ball, Chefarzt Geriatrie
Telefon:	02191 797602
Fax:	
E-Mail:	peter.ball@sana.de
Name/Funktion:	Dr. med. Barbara Brosius, Chefärztin Geriatrie
Telefon:	02191 797601

Fax:	
E-Mail:	barbara.brosius@sana.de

B-[3].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Brüderstraße 65
PLZ/Ort:	42853 Remscheid
URL:	http://www.fabricius-klinik.de

B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
---	---

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
2	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
3	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
4	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
5	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
6	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
7	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
8	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
9	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
11	Endoskopie
12	Geriatrische Tagesklinik
13	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
14	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
15	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
16	Intensivmedizin

Frührehabilitation älterer Patienten bereits am Tag 1-2 der Intensivbehandlung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
18	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
19	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
20	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
21	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas

B-[3].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	757
Teilstationäre Fallzahl:	121

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	58
2	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	51
3	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	26
4	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	24
5	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	22
6	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	22
7	M80.08	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	20
8	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	20
9	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	15
10	R29.6	Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert	14
11	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	12
12	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	12
13	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	11
14	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	11
15	S32.89	Fraktur: Sonstige und multiple Teile des Beckens	10
16	E86	Volumenmangel	9
17	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	8

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
18	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	7
19	I50.00	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	7
20	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	7
21	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	6
22	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	6
23	S32.1	Fraktur des Os sacrum	6
24	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	5
25	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	5
26	I51.9	Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet	5
27	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	5
28	R63.4	Abnorme Gewichtsabnahme	5
29	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	5
30	R55	Synkope und Kollaps	5

B-[3].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S72	Fraktur des Femurs	87
2	I50	Herzinsuffizienz	85
3	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	60
4	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	34
5	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	27
6	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	24
7	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	22
8	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	22
9	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	21
10	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	21

B-[3].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	I50.1	Linksherzinsuffizienz	64
2	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	58
3	S72.1	Femurfraktur: Intertrochantär	39
4	S72.0	Schenkelhalsfraktur	34
5	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	26
6	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	22
7	M80.0	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur	21
8	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	20
9	I50.0	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	18
10	S42.2	Fraktur des proximalen Endes des Humerus	18
11	R29.6	Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert	14
12	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	12
13	S32.8	Fraktur sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Lendenwirbelsäule und des Beckens	11
14	M48.0	Spinal(kanal)stenose	11
15	E86	Volumenmangel	9
16	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	7
17	S32.0	Fraktur eines Lendenwirbels	7
18	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	7
19	E11.7	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen	7
20	S32.1	Fraktur des Os sacrum	6
21	S22.0	Fraktur eines Brustwirbels	6
22	I25.1	Atherosklerotische Herzkrankheit	6
23	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	6

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
24	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	6
25	J44.1	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet	6
26	R55	Synkope und Kollaps	5
27	A41.5	Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger	5
28	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	5
29	I51.9	Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet	5
30	S22.4	Rippenserienfraktur	5

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	370
2	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	292
3	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	206
4	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	107
5	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	105
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	81
7	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	69
8	3-200	Native Computertomographie des Schädels	55
9	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	51
10	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	39
11	8-191.5	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Hydrokolloidverband	34
12	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	30
13	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	28

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
14	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	20
15	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	19
16	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	17
17	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	14
18	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	11
19	1-654.0	Diagnostische Rektoskopie: Mit flexiblem Instrument	10
20	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	10
21	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	10
22	3-202	Native Computertomographie des Thorax	8
23	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	8
24	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	7
25	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	6
26	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	5
27	8-713.0	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]	5
28	3-206	Native Computertomographie des Beckens	4
29	8-561.2	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Kombinierte funktionsorientierte physikalische Therapie	3
30	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	3

B-[3].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	713
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	395
3	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	108
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	81
5	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	71
6	3-200	Native Computertomographie des Schädels	55
7	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	50

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	34
9	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	19
10	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	18

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	16,00	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 14,00	Ohne:	2,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	16,00
		Fälle je Anzahl:	47,3

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	7,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 7,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	7,00
		Fälle je Anzahl:	108,1

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Innere Medizin

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Diabetologie
2	Geriatric
3	Sportmedizin

B-[3].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	26,32		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 26,32	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 26,32	Fälle je Anzahl: 28,8

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00	Fälle je Anzahl: 0,0

ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	5,01		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 5,01	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 5,01	Fälle je Anzahl: 151,1

PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00	Fälle je Anzahl: 0,0

KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,74		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,74	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,74	Fälle je Anzahl: 1023,0

PFLEGEHELFER UND PFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00	Fälle je Anzahl: 0,0

B-[3].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Intensivpflege und Anästhesie
3	Hygienebeauftragte in der Pflege
4	Praxisanleitung
5	Hygienefachkraft
6	Rehabilitation

B-[3].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Qualitätsmanagement
2	Wundmanagement
3	Entlassungsmanagement
4	Ernährungsmanagement
5	Geriatric
6	Sturzmanagement
7	Bobath
8	Schmerzmanagement <i>z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse</i>
9	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
10	Dekubitusmanagement
11	Kinästhetik

B-[3].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN			
Gesamt:		0,75	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,75	Ohne: 0,00

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,75
		Fälle je Anzahl: 1009,3

ERGOTHERAPEUTEN

Gesamt:	5,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 5,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 5,00
		Fälle je Anzahl: 151,4

BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTEN

Gesamt:	6,14	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 6,14	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 6,14
		Fälle je Anzahl: 123,3

SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGEN

Gesamt:	2,33	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,33	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 2,33
		Fälle je Anzahl: 324,9

C Qualitätssicherung

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

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

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

	LEISTUNGSBEREICH	MINDESTMENGE	ERBRACHTE MENGE (IM BERICHTSJAHR)	AUSNAHMETATBEST
1	Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	291	

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

Strukturqualitätsvereinbarungen:

	VEREINBARUNG
1	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei matrixassoziierter autologer Chondrozytenimplantation (ACI-M) am Kniegelenk

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

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	4
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	4
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	4

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

D Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement Fabricius-Klinik Remscheid

Wir verstehen Qualitätsmanagement als ganzheitlichen Managementansatz zur Erfüllung der an uns gestellten Erwartungen und zur kontinuierlichen Verbesserung unserer Leistung.

Die Klinikleitung demonstriert ihr Engagement durch folgende Verpflichtungen: Sie schafft und unterhält im gesamten Unternehmen das Bewusstsein für die Erfüllung der in diesem Qualitätsmanagementsystem fixierten Grundlagen. Dies geschieht vorrangig durch die beispielhafte Ausrichtung der Unternehmensleitung an den selbst gesetzten Maßstäben (Vorreiter- und Vorbildfunktion).

Wir operationalisieren unsere Q-Politik jährlich in unseren Qualitätszielen und überprüfen uns kritisch im Rahmen der jährlichen Managementbewertung auf Erreichung und Angemessenheit der Ziele.

Q-Politik und Q-Ziele sind allen Mitarbeitern bekannt und sind im Intranet abgebildet. Sie sind Inhalt in MA-Gesprächen bzw. in Zielvereinbarungsgesprächen.

Unser Managementsystem unterliegt der ständigen Verbesserung, wir entwickeln uns sukzessive zum Wohl unserer Patienten, Mitarbeiter und Partner weiter.

D-1 Qualitätspolitik

Abgeleitet von unserem Leitbild:

Zeit heilt! Wir haben ein Ohr für Sie als Mensch!

Seele lebt! Wir haben Sie im Blick!

Können helfen! Wir setzen uns mit ganzer Kraft für Ihre Heilung und Genesung ein!

haben wir unsere Qualitätspolitik entwickelt.

Unser Krankenhaus hat sich mit seinen Mitarbeitern auf die Behandlung von Patienten der Geriatrie, der Inneren Medizin und der Orthopädie spezialisiert.

Die uns anvertrauten Menschen sehen wir als Einheit und achten ihre Würde, Selbständigkeit und Eigenverantwortung.

Bei dem für uns geltenden hohen Qualitätsanspruch in der Behandlung unserer Patienten ist die Sicherstellung einer einwandfreien medizinischen Versorgung selbstverständlich.

Um diesen Anspruch zu konkretisieren und in unsere Dienstleistungen geplant und zur Zufriedenheit unserer Kunden einbringen zu können, haben wir für alle Mitarbeiter in unserem Unternehmen diese verbindliche Qualitätspolitik formuliert.

Die Qualitätspolitik von FKR orientiert sich an der DIN ISO 9001. Danach sind alle Prozesse definiert und im Qualitätsmanagementbuch hinterlegt.

Die Klinikleitung trägt Sorge dafür, dass diese Politik im Alltag gelebt wird und sich deren Handeln und das der Mitarbeiter am Leitbild orientiert.

Wir operationalisieren unsere Q-Politik jährlich in unseren Qualitätszielen und überprüfen uns kritisch im Rahmen der jährlichen Managementbewertung auf Erreichung und Angemessenheit der Ziele.

Q-Politik und Q-Ziele sind allen Mitarbeitern bekannt und sind im Intranet abgebildet. Sie sind Inhalt in MA-Gesprächen bzw. in Zielvereinbarungsgesprächen.

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

Unser Leitbild:

Wir wollen wie die Gründerin unseres Trägers: Mutter M. Cherubine Willimann "geduldig Wartende und mutig Unternehmende" sein.

Zeit heilt! Wir haben ein Ohr für Sie als Mensch!

Seele lebt! - Wir haben Sie im Blick!

Können helfen! - Wir setzen uns mit ganzer Kraft für Ihre Heilung und Genesung ein!

Die uns anvertrauten Menschen sehen wir als Einheit und achten ihre Würde, Selbständigkeit und Eigenverantwortung.

Das christliche Gottes- und Menschenbild fordert uns auf, dies unter Achtung der persönlichen, kulturellen und religiösen Wurzeln zu tun.

Unser hoher medizinischer Standard wird durch regelmäßige Weiterbildung gewährleistet und durch die Ergebnisse unserer Arbeit transparent. Sie können sicher sein, dass Sie von unserem Streben nach den neusten Heilmethoden profitieren werden.

Das Team hat den Blick für das gemeinsame Ziel, die Gesundheit der uns anvertrauten Menschen.

Wir wollen Zeit für die uns anvertrauten Menschen haben. Unser gemeinsames Handeln ist durch Respekt und Wertschätzung geprägt.

Ökologische Verantwortung im Umgang mit der Schöpfung prägen unser Handeln gegenüber der Gesellschaft und den künftigen Generationen.

D-1.2 Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses

Grundsatzerklärung: Verantwortungsübernahme der Leitung für das Qualitätsmanagementsystem

Für die Fabricius-Klinik Remscheid ist ein Organisationshandbuch erstellt, welches im Intranet für alle MA einsehbar ist.

In diesem Organisationshandbuch ist das QM-System für die gesamte Organisation geregelt und für alle Mitarbeiter, insbesondere für Personen, die leitende Funktionen ausüben, uneingeschränkt verbindlich. Alle Bereiche der Einrichtung sind verpflichtet, ihren Beitrag zur Umsetzung des Leitbildes, der Ziele und Strategien zu leisten.

Mit der Verwirklichung der festgeschriebenen Elemente entspricht die Klinikleitung ihrer Organisations- und Aufsichtspflicht und hebt deutlich ihr damit verbundenes besonderes Qualitätsbewusstsein hervor.

Durch eine angemessene Qualitätsplanung sind die zur Erfüllung der Qualitätsziele notwendigen Prozesse festgelegt. Alle relevanten Geschäftsprozesse sind in im Organisationshandbuch enthalten und mittels Prozess- und Arbeitsbeschreibungen festgelegt und dokumentiert. In der Planung sind die einzusetzenden Mittel mit festgelegt.

Die Planung ist Grundlage für die ständige Verbesserung der Prozesse. Verantwortlich für die Planung, Aufrechterhaltung und Verbesserung der Prozesse sind die Klinikleitung und alle Vorgesetzten.

Die Klinikleitung demonstriert ihr Engagement durch folgende Verpflichtungen:

Sie schafft und unterhält im gesamten Unternehmen das Bewusstsein für die Erfüllung der in diesem Qualitätsmanagementsystem fixierten Grundlagen. Dies geschieht vorrangig durch die beispielhafte Ausrichtung der Unternehmensleitung an den selbst gesetzten Maßstäben (Vorreiter- und Vorbildfunktion).

Die Klinikleitung stellt zur Verwirklichung des QM-Systems die erforderlichen Mittel zur Verfügung.

Sie fördert das Qualitätsbewusstsein durch vielfältige Maßnahmen zur ständigen Verbesserung.

Die ständige Verbesserung der Qualifikation und Kompetenz der Mitarbeiter, sowohl in Bezug auf die Fachkompetenzen als auch im Bereich QM, wird angestrebt.

Sie legt die allgemeinen Forderungen und Verpflichtungen in der Qualitätspolitik fest. Aus den allgemeinen Forderungen der Qualitätspolitik werden von der Klinikleitung messbare Qualitätsziele abgeleitet. Überprüfungen finden im Rahmen der Managementbewertungen statt.

Sie ermittelt durch persönlichen Kontakt zu Dritten regelmäßige Recherchen bezüglich der tatsächlichen Qualität. Auswertungen externer Informationen und Anforderungen von Seiten des Gesetzgebers und Behörden werden an die Mitarbeiter weitergeleitet. Insbesondere sind hier gesetzliche und behördliche Forderungen von Seiten der Kostenträger und der relevanten Aufsichtsinstanzen an das Unternehmen zu vermitteln.

Die Kundenbedürfnisse und -erwartungen werden ermittelt und spezifiziert mit dem Ziel, das Vertrauen des Kunden in die erbrachte Dienstleistung zu erreichen.

D-1.2.1 Patientenorientierung

Im Mittelpunkt stehen der Patient und seine Bedürfnisse, an diesen orientieren sich alle betrieblichen Leistungen, insbesondere die ärztlichen und pflegerischen Arbeitsabläufe

Um die Patientenorientierung zu fördern werden jährlich Patientenbefragungen durchgeführt und Ergebnisse daraus in KVP-Projekten umgesetzt

D-1.2.2 Verantwortung und Führung

Die Klinikleitung demonstriert ihr Engagement durch folgende Verpflichtungen: Sie schafft und unterhält im gesamten Unternehmen das Bewusstsein für die Erfüllung der in diesem Qualitätsmanagementsystem fixierten Grundlagen. Dies geschieht vorrangig durch die beispielhafte Ausrichtung der Unternehmensleitung an den selbst gesetzten Maßstäben (Vorreiter- und Vorbildfunktion). Die Klinikleitung stellt zur Verwirklichung des QM-Systems die erforderlichen Mittel zur Verfügung.

Unser Ziel ist es, qualitativ hochwertige Behandlungs- und Pflegeleistungen zu erbringen und durch unsere kompetente Beratung und unseren Service neue Akzente zu setzen.

Bei dem für uns geltenden hohen Qualitätsanspruch in der Behandlung unsere Patienten ist die Sicherstellung einer einwandfreien medizinischen Versorgung selbstverständlich.

D-1.2.3 Mitarbeiterorientierung und -beteiligung

Mitarbeiter werden in die Gestaltung von Veränderungen einbezogen, die Führungsleitlinien aktiv gelebt.

Der "FKR- Mitarbeiter" zeichnet sich durch Mitwissen, Mitdenken, Mitorganisieren, Mitentscheiden und Mitverantworten aus

Wir bieten ein umfassendes Fort- und Weiterbildungsangebot und spezielle Führungskräftebildungen
Soziale Belange unserer Mitarbeiter werden bei der Arbeitszeitgestaltung berücksichtigt

D-1.2.4 Wirtschaftlichkeit

Die Klinikleitung stellt zur Verwirklichung des QM-Systems die erforderlichen Mittel zur Verfügung.

Sie fördert das Qualitätsbewusstsein durch vielfältige Maßnahmen zur ständigen Verbesserung.

Die ständige Verbesserung der Qualifikation und Kompetenz der Mitarbeiter, sowohl in Bezug auf die Fachkompetenzen als auch im Bereich QM, wird angestrebt.

Sie legt die allgemeinen Forderungen und Verpflichtungen in der Qualitätspolitik fest. Aus den allgemeinen Forderungen der Qualitätspolitik werden von der Klinikleitung messbare Qualitätsziele abgeleitet. Überprüfungen finden im Rahmen der Managementbewertungen statt.

Sie ermittelt durch persönlichen Kontakt zu Dritten regelmäßige Recherchen bezüglich der tatsächlichen Qualität. Auswertungen externer Informationen und Anforderungen von Seiten des Gesetzgebers und Behörden werden an die Mitarbeiter weitergeleitet. Insbesondere sind hier gesetzliche und behördliche Forderungen von Seiten der Kostenträger und der relevanten Aufsichtsinstanzen an das Unternehmen zu vermitteln.

Die Kundenbedürfnisse und -erwartungen werden ermittelt und spezifiziert mit dem Ziel, das Vertrauen des Kunden in die erbrachte Dienstleistung zu erreichen.

D-1.2.5 Prozessorientierung

Ein wichtiges Ziel unseres Qualitätsmanagements ist die Steigerung der Effizienz und Effektivität unserer Arbeit durch die Standardisierung und Optimierung der Prozessabläufe und deren Dokumentation. Damit verbunden ist eine ständige Weiterentwicklung der Organisation, die eine klare Regelung von Verantwortlichkeiten gewährleistet.

Ziel ist es, Projekte oder Teilprozesse dem QM oder benannten Personen zu übertragen. Je nach erforderlicher Qualifikation sollen Mitarbeiter der Schnittstellen gezielt beteiligt werden.

Mitarbeiter verschiedener Hierarchieebenen sollen durch Schulungen und Weiterbildung befähigt werden, QM- Prozesse nachzuvollziehen und sich aktiv an Projekten zu beteiligen. Die Planung und Gestaltung der Prozesse ist unter Berücksichtigung der Anforderungen in Prozessbeschreibungen, Verfahrensanweisungen und Standards geregelt und in einem elektronischen Handbuch veröffentlicht. Ein elektronisches Handbuch ist erstellt und ist für die Mitarbeiter jederzeit einsehbar.

D-1.2.6 Zielorientierung und Flexibilität

Durch Schaffung von Qualität auf allen Ebenen, Fehlervermeidung, Prozesssicherheit, Mitarbeiterentwicklung, verbessern wir uns ständig und wollen dadurch eine optimale Kundenzufriedenheit erreichen.

Die Mitarbeiter der Fabricius Klinik Remscheid arbeiten nach dem in der Norm DIN EN ISO 9001 und in unserem QM-Handbuch festgelegten Verfahren, wobei Zielorientierung, kontinuierliche Verbesserung und die Messbarkeit der Ergebnisse eine zentrale Bedeutung haben.

D-1.2.7 Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern

Das Risikomanagement ist als ein strukturierter Prozess eingeführt.

Ziele des RM sind:

- Abwehren vermeidbarer Risiken
- Sicherung der Unternehmensexistenz
- Minimierung der Risiken
- Erkennen potenzieller Gefahren
- systematisches Erfassen, Kontrollieren und Begrenzen von Risiken

In der FKR tagt das CIRS-Team, bestehend aus den Mitgliedern verschiedener Abteilungen, funktionsübergreifend alle 4 Wochen.

Das CIRS Team beschäftigt sich mit Beinahe-Fehlern und kritischen Ereignissen sowie mit Lösungsstrategien und Optimierungen der Prozesse.

Jährlich werden die Risikopotentiale der einzelnen Abteilungen erhoben und bewertet sowie sukzessive vervollständigt.

Die so identifizierten Risikopotentiale werden bedarfsorientiert (je nach Bewertung) in die Prozessbeschreibung integriert. Eine Überprüfung findet im Rahmen der internen Prozessaudits statt. Die Risikopotentiale werden in die Auditchecklisten eingearbeitet. So wird der risikoorientierte Prozessansatz gewährleistet.

Die Risikobewertung der Prozesse findet jährlich in Abstimmung zwischen den Abteilungen und der QMB statt, d.h. bereits identifizierte Risikopotentiale werden neu bewertet, dabei werden die eingeleiteten Maßnahmen des Vorjahres berücksichtigt. Die Verfolgung der Maßnahmen ist Aufgabe der QMB.

D-1.2.8 kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Die Planung ist Grundlage für die ständige Verbesserung der Prozesse. Verantwortlich für die Planung, Aufrechterhaltung und Verbesserung der Prozesse sind die Klinikleitung und alle Vorgesetzten.

Die Klinikleitung demonstriert ihr Engagement durch folgende Verpflichtungen:

Sie schafft und unterhält im gesamten Unternehmen das Bewusstsein für die Erfüllung der in diesem Qualitätsmanagementsystem fixierten Grundlagen. Dies geschieht vorrangig durch die beispielhafte Ausrichtung der Unternehmensleitung an den selbst gesetzten Maßstäben (Vorreiter- und Vorbildfunktion).

Die Klinikleitung stellt zur Verwirklichung des QM-Systems die erforderlichen Mittel zur Verfügung. Sie fördert das Qualitätsbewusstseins durch vielfältige Maßnahmen zur ständigen Verbesserung.

Die ständige Verbesserung der Qualifikation und Kompetenz der Mitarbeiter, sowohl in Bezug auf die Fachkompetenzen als auch im Bereich QM, wird angestrebt. Sie legt die allgemeinen Forderungen und Verpflichtungen in der Qualitätspolitik fest. Aus den allgemeinen Forderungen der Qualitätspolitik

werden von der Klinikleitung messbare Qualitätsziele abgeleitet. Überprüfungen finden im Rahmen der Managementbewertungen statt.

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

Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung

Die Kommunikation der Qualitätsziele und die Zielerreichung erfolgt in der Fabricius Klinik auf vielfältige Weise. Dies ist uns sehr wichtig, da letztlich alle Mitarbeiter des Hauses an der Umsetzung der Ziele, an deren Erreichen und schließlich am Erfolg Anteil haben.

Wir kommunizieren deshalb auf verschiedenen Wegen:

- Startseite im Intranet mit aktuellen Meldungen aus dem QM
- Monatliche Abteilungsleitersitzung funktionsübergreifend
- Monatliche Stationsleitungssitzungen mit Pflegedienstleitung und Leitungen der Funktionsbereiche
- Mitarbeiterversammlungen mit Informationen durch die Klinikleitung
- Anlassbezogene Rundschreiben
- Umfassendes Fort- und Weiterbildungsprogramm für alle Mitarbeiter

D-2 Qualitätsziele

Die Qualitätsziele der Fabricius-Klinik Remscheid Einrichtungen orientieren sich an der gemeinsam formulierten Qualitätspolitik der Cherubine-Willmann-Stiftung Arenberg:

- **Mitarbeiter/Innovation** - Potentiale gemeinsam weiterentwickeln
- **Kunden** - Der Mensch steht im Mittelpunkt
- **Ökonomie** - Gesicherte Zukunft gestalten
- **Prozesse** - Qualität ist erlebbar

Mit dem Instrument der Balance Score Card (BSC) haben wir diese Ziele mit Leben gefüllt. Diese BSC wird jährlich fortgeschrieben.

D-2.1 strategische/ operative Ziele

Strategische Qualitätsziele

- Anstreben von höchster medizinischer, pflegerischer und unternehmerischer Qualität
- Position des Krankenhauses am Markt durch geeignete Maßnahmen stetig weiter verbessern
- Wirtschaftlicher Erfolg
- Ausbau von Marketing- und Öffentlichkeitsarbeit
- Evaluation der Patienten-, Mitarbeiter-, Zuweiser- und allgemeinen Kundenzufriedenheit durch Befragungen
- Regelmäßige Durchführung diverser Zertifizierungsprozesse zur objektiven Darlegung des

systematischen Qualitätsmanagement-Systems (z.B. DIN EN ISO 9001:2008, Zertifizierung Geriatrie, EndoProthetikZentrum der Maximalversorgung)

- Einführung eines systematischen Risiko-Managements/CIRS
- Optimierung der Transparenz im Krankenhaus
- Jährliche Durchführung von systematischen Mitarbeiterentwicklungsdialogen
- Durchführung und Bewertung von Verbesserungsprojekten
- Optimierung von Prozessabläufen

Operative Qualitätsziele

- Etablierung eines systematischen Beschwerdemanagementsystems
- Regelmäßige Patientenbefragungen
- Regelmäßige Mitarbeiterbefragungen
- Regelmäßige Lieferantenbewertungen
- Optimierung des Entlassungsmanagements
- Ausbildung interner Auditoren
- Dokumentationsrate von 100 Prozent in der externen Qualitätssicherung
- Entwicklung von Pflegestandards
- Entwicklung von Behandlungspfaden

D-2.2 Messung und Evaluation der Zielerreichung

Im Zentrum der Betrachtungen unserer Qualitätsziele an die Fabricius-Klinik Remscheid stehen die medizinische und pflegerische Versorgung der Patienten und damit eine hohe Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit. Von entscheidender Bedeutung ist ebenso die Zufriedenheit unserer Kooperationspartner und Kunden (bspw. Lieferanten) sowie der Kostenträger. In hohem Maße von der Zufriedenheit aller Gruppierungen abhängig, ist das Ansehen unserer Klinik und deren wirtschaftlicher Erfolg. Beide Faktoren signalisieren neben der eigentlichen Zufriedenheit der Kunden die entsprechende Ergebnisqualität.

Die Struktur- und Ergebnisqualität wird anhand diverser Indikatoren gemessen:

- Jährliches Management-Review bzw. jährliche Selbstbewertung nach den Normenforderungen der DIN EN ISO 9001 das gesamte Krankenhaus betreffend. Das Management-Review offenbart, inwieweit die gesteckten Qualitätsziele erreicht oder sogar übertroffen wurden. Dabei wird regelmäßig Verbesserungspotential deutlich. Im Rahmen des Plan-Do-Check-Act-Zyklus (= Planung-Durchführung-Überprüfung-Verbesserung) werden Maßnahmen und Projekte festgelegt und nach festgesetzten Zeiten auf Umsetzung überprüft. Dadurch ist der kontinuierliche Verbesserungsprozess immer präsent.
- Jährlicher Qualitätsbericht für das EndoProthetikZentrum
- Durchführung interner Audits in allen Bereichen des Krankenhauses
- Regelmäßige Durchführung von Risiko-Analysen
- Kritische Auswertung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren der externen Qualitätssicherung
- Durchführung von Qualitätszirkeln
- Konzept der strukturierten Fort- und Weiterbildung (Weiterbildungsakademie)
- Patientenbefragung
- Mitarbeiterbefragung
- Kostenträgerrechnung

D-2.3 Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung

Die Kommunikation der Qualitätsziele und die Zielerreichung erfolgt in der Fabricius-Klinik auf vielfältige Weise. Dies ist uns sehr wichtig, da letztlich alle Mitarbeiter des Hauses an der Umsetzung der Ziele, an deren Erreichen und schließlich am Erfolg Anteil haben.

Die oberste Leitung muss sicherstellen, dass geeignete Prozesse der Kommunikation innerhalb der Organisation eingeführt werden und dass eine Kommunikation über die Wirksamkeit des QM-Systems

stattfindet.

Wir kommunizieren deshalb auf verschiedenen Wegen (festgehalten in der Kommunikationsmatrix):

- Startseite im Intranet mit aktuellen Meldungen
- Tägliche Geriatricsitzungen
- Monatliche Abteilungsleitersitzung
- Wöchentliche Chefarztsitzung mit Klinikleitung und PDL
- Monatliche Stationsleitungssitzungen mit PDL und Leitungen der Funktionsbereiche
- Monatliche CIRS-Gruppe Treffen
- alle zwei Monate: Klinikkonferenz mit Klinikleitung, PDL, Chefarzten, Ltg. Anästhesie, Ltg. Orthopädie
- alle zwei Monate: Besprechung Belegärzte Orthopädie mit Klinikleitung
- Vierteljährliche MAV-Sitzung mit Klinikleitung
- Vierteljährliche ASA-Sitzung mit Klinikleitung, PDL, MAV, Sicherheitsbeauftragten, Betriebsarzt, techn. Leiter
- Vierteljährliche Arzneimittelkommissionssitzung
- Anlassbezogene Rundschreiben
- Halbjährlich Hygienekommissionssitzungen
- Einmal jährlich MA-Entwicklungsdialo
- Einmal jährlich Qualitätszirkel EPZ
- Einmal jährlich Leitungssitzung EPZ
- Einmal jährlich Transfusionskommissionssitzung
- Umfassendes Fort- und Weiterbildungsprogramm für alle Mitarbeiter (Weiterbildungsakademie)

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Die Strukturen des Qualitätsmanagements sind seit Jahren stabil und arbeiten effizient.

Der von der Klinikleitung ernannte Qualitätsmanagementbeauftragte, erfüllt zum einen die Aufgabe der Selektion von entwicklungsrelevanten Projekten, zum anderen wird über ein regelmäßiges Berichtswesen über aktuelle und langfristige Entwicklungen informiert, um die Projekte transparent zu gestalten.

Die inhaltliche Planung sowie deren Betreuung obliegt dem Qualitätsmanagementbeauftragten in Abstimmung mit dem Klinikleiter.

Diese Struktur zeichnet sich durch kurze Entscheidungswege und eine gute Durchsetzbarkeit von Veränderungsvorschlägen aus.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Wir verstehen Qualitätsmanagement als ganzheitlichen Managementansatz zur Erfüllung der an uns gestellten Erwartungen und zur kontinuierlichen Verbesserung unserer Leistung.

Die Klinikleitung demonstriert ihr Engagement durch folgende Verpflichtungen: Sie schafft und unterhält im gesamten Unternehmen das Bewusstsein für die Erfüllung der in diesem Qualitätsmanagementsystem fixierten Grundlagen. Dies geschieht vorrangig durch die beispielhafte Ausrichtung der Unternehmensleitung an den selbst gesetzten Maßstäben.

Folgende Instrumente stehen uns dabei zur Verfügung:

- PDCA-Zyklus
- Prozessbeschreibung, Arbeitsanweisung
- Standards, Behandlungspfade
- Organigramm
- Checklisten
- Beschwerdemanagement
- Patientenbefragung
- Risikomanagement
- Notfallmanagement
- Teambesprechungen
- Interne Audits
- Externe Audits
- Zertifizierungen

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Qualitätsmanagement-Projekte

Die Projekte im Qualitätsmanagement werden in Arbeitsgruppen und Qualitätszirkeln durchgeführt.

Folgende Projekte wurden im Jahre 2017 fortgeführt oder neu initiiert:

**Durchführung des externen Audits zur Aufrechterhaltung:
der Zertifizierung der aktuellen Din Iso 9001
und des Qualitätssiegel Geriatrie**

Aufrechterhaltung des Zertifikats: EPZ max

Durchführung Interner Audits Im Rahmen Des KVP

Pflegefachgespräche:

die betreuende Pflegekraft/MA des Sozialdienstes führt mit dem Patienten/den Angehörigen ein strukturiertes Gespräch über Ressourcen und Defizite im Bereich der täglichen Aktivitäten. Hierdurch soll der zusätzliche Beratungsbedarf und eventuelle Versorgungslücken im häuslichen Milieu aufgedeckt und durch Einschaltung weiterer Instanzen abgedeckt werden.

Entlassmanagement:

Wird konsequent durchgeführt. Bei Patienten, welche erstmalig pflegebedürftig geworden sind oder eine drastische Verschlechterung ihrer Fähigkeiten erfahren mussten, wird nach einer vorgegebenen Struktur und kontinuierlich von der Aufnahme in das Krankenhaus an die weitere Versorgung im ambulanten Milieu geplant und frühzeitig vor der Entlassung an die weiter betreuenden Stellen (Hausarzt, Pflegedienst, Heim) kommuniziert.

Schmerzvisite:

Arbeitet mit einer standardisierten Skala und einer offenen Befragung von Patienten mit akuten oder chronischen Schmerzen.

Die speziell extern ausgebildeten "pain nurses" stellen hier eine fest etablierte zusätzliche Schnittstelle zwischen Patient und Arzt her.

Einführung und Etablierung der Pflegevisite :

die Pflegevisite ist ein Instrument zur Überprüfung der Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität.

Sie wird in festgelegten Abständen von den am Pflegeprozess beteiligten Pflegekräften als strukturierter Patientenbesuch durchgeführt.

Zielsetzung ist:

- die Überprüfung fachlicher, gesetzlicher und einrichtungsbezogener Vorgaben sowie der stationsinternen Organisation und der Patientendokumentation,
- der Abgleich von Pflegebedarf des Patienten und den geplanten / durchgeführten Pflegemaßnahmen (in der Geriatrie GERDA einbeziehen)
- die Implementierung professioneller und wissenschaftlicher Erkenntnisse
- ein Feed back über die Leistung.

Die Entwicklung und Umsetzung von hausspezifischen Behandlungspfaden und Standards

hat bei den Patienten mit den entsprechenden Krankheitsbildern (z.B. Hüftendoprothesenimplantationen) und den beteiligten Behandlungsteams zu einer hohen Strukturierung der Behandlung und damit zu einem von allen nachvollziehbaren Verlauf geführt.

Die Pfade und Standards werden regelmäßig evaluiert.

Dokumentationsaudits:

Durchführung und Etablierung der Dokumentationsaudits. Es ist eine weitere Möglichkeit zur Verbesserung der Dokumentation- und Kodierqualität.

Durch Abgrenzung der Auditarten ergeben sich noch explizitere Ergebnisse.

Risikobewertungen:

Verfahren wird sukzessive weiterentwickelt

CIRS

CIRS Meldung /Analyse/ Maßnahme und Bearbeitung wurden modifiziert. Die Fälle werden jetzt nach einer Risiko Prioritätskennzahl eingestuft, bearbeitet und die Maßnahme verfolgt.

Einführung und Etablierung von Beschwerde- und Ideenmanagement für MA

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Bewertung des Qualitätsmanagements

Zu den Grundlagen des Qualitätsmanagements in der Fabricius Klinik Remscheid zählen:

- Darlegung und Optimierung der dienstleistungsrelevanten Arbeitsabläufe
- systematische Bewertung der Kernprozesse auf der Grundlage interner und externer Audits
- jährliche Bewertung des Qualitätsmanagement-Systems
- kontinuierliche unternehmensinterne Patientenbefragungen
- Ermittlung und Bewertung der erzielten Behandlungsergebnisse

Neben der ständigen Aktualisierung erfolgt die Weiterentwicklung des krankenhausumfassenden Konzepts durch eine Anpassung an neue gesetzliche aber auch strukturelle Veränderungen.

Die Durchführung von Managementbewertungen dient der regelmäßigen Bewertung der Eignung, Angemessenheit und Wirksamkeit des QM-Systems. Diese Bewertung schließt die Überprüfung und Bewertung von Verbesserungen und Veränderungen zur Weiterentwicklung des QM-Systems ein.

Die Bewertung des Qualitätsmanagements erfolgt über umfangreiche Maßnahmen:

Externe Qualitätssicherung § 137 SGB V

Fabricius Klinik Remscheid nimmt an den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V teil.

Die Gesetzesregelung sieht jährlich die Erstellung eines Qualitätsberichtes vor. In diesem sind vielfältige Informationen zum Leistungsspektrum und Qualitätsmanagement abgebildet.

Zertifizierungsverfahren

Unser Haus bewertet das Qualitätsmanagement nach dem DIN ISO 9001 Verfahren.

Im September 2017 wurde das Audit erfolgreich abgeschlossen (keine Abweichungen) und die Aufrechterhaltung des Zertifikates bestätigt.

Interne Audits

Ein wertvoller Baustein unseres Qualitätsmanagements sind die planmäßig durchgeführten Audits.

Sie zeigen den Umsetzungsgrad einzelner Maßnahmen und helfen den Qualitätsgedanken bei einer großen Zahl der Mitarbeiter aufrecht zu halten. In regelmäßigen Abständen werden die etablierten Qualitätsmanagementsysteme durch ausgebildete interne Auditoren bewertet. Die Ergebnisse der Audits werden mit den Mitarbeitern selbst und den jeweiligen Abteilungsleitern rückgekoppelt. So können immer wieder individuell Korrekturen an Prozessen eingeleitet und der kontinuierliche Verbesserungsprozess fortgeführt werden.

Medizinische Dokumentation

Die korrekte und vollständige medizinische Dokumentation ist ein wichtiges Instrument um die Sicherheit unserer Patienten zu gewährleisten.

Außerdem dient sie dem Nachweis von Angemessenheit und Notwendigkeit aller medizinischen Maßnahmen gegenüber den Kostenträgern. Unsere speziell ausgebildeten Kodier Mitarbeiter unterstützen die Ärzte bei der Sicherung und Weiterentwicklung der Dokumentationsqualität. Diese Maßnahmen sichern einen hohen Grad an Aktualität und Vollständigkeit. In Quartalsberichten wird die Entwicklung der MDK Anfragen genau überwacht, sodass wiederum Rückschlüsse auf die Kodierqualität und medizinische Dokumentation gezogen werden.

Dekubitus Statistik

Die Pflegedienstleitung führt eine Dekubitusstatistik, in welcher jeder mitgebrachte oder erworbene Dekubitus erfasst wird.

Bei der monatlichen Auswertung wird besonders auf Auffälligkeiten geachtet, sodass eine unmittelbare Reaktion möglich ist. Am Ende eines Jahres werden die Ergebnisse in der Stationsleitungssitzung präsentiert und gegebenenfalls Maßnahmen für das kommende Jahr formuliert.

Sturzstatistik

Ebenfalls durch die Pflegedienstleitung werden alle Stürze monatlich erfasst und ausgewertet. Mithilfe dieser Statistik können Probleme aufgedeckt und Schwachstellen analysiert werden. Darauf aufbauend werden Verbesserungsvorschläge formuliert. Auch diese Übersicht wird in der Stationsleitungssitzung vorgestellt.

Weitere Maßnahmen:

- Arbeitssicherheitsbegehung
- Brandschutzbegehungen
- Hygienebegehungen
- Begehungen durch das Gesundheitsamt
- Kontrollen durch das Veterinäramt