

# *Qualitätsbericht 2016*



**Fabricius-Klinik**  
Remscheid GmbH

# 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 .....	24
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen .....	25
B-[1] Orthopädie Belegabteilung .....	25
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	25
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	26
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	26
B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	27
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	27

B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	27
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	30
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	32
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	32
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	33
B-[1].11	Personelle Ausstattung .....	33
B-[2]	Facharztpraxis für Anästhesiologie .....	38
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	39
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	39
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].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	40
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	40
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-[3]	Geriatric .....	43
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	43
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].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	48

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
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 .....	54
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....	54
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr.54 2 SGB V .....	
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	
D	Qualitätsmanagement .....	56
D-1	Qualitätspolitik .....	56
D-2	Qualitätsziele .....	61
D-3	Aufbau des einrichtungswisernen 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, Klinikleitung  
Frau Burggräf, Assistentin der Klinikleitung*

*Als Ansprechpartner für Ihre Fragen als Patienten, stehen Ihnen gerne zur Verfügung:  
Frau Burggräf, Assistentin der Klinikleitung  
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 Klinikleiters
Telefon:	02191 797771
Fax:	
E-Mail:	info@fabricius-klinik.de

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Dipl. Ing. Dieter Uhr, Klinikleiter
Telefon:	02191 797771
Fax:	
E-Mail:	Info@fabricius-klinik.de

### Links:

Link zur Homepage des Krankenhauses:	<a href="http://www.fabricius-klinik.de">http://www.fabricius-klinik.de</a>
--------------------------------------	---

## 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:	<a href="http://www.fabricius-klinik.de">http://www.fabricius-klinik.de</a>

#### 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:	<a href="mailto:barbara.brosius@fabricius-klinik.de">barbara.brosius@fabricius-klinik.de</a>
Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Dipl. Ing. Dieter Uhr, Klinikleiter
Telefon:	02191 797771
Fax:	02191 797211
E-Mail:	<a href="mailto:info@fabricius-klinik.de">info@fabricius-klinik.de</a>
Leitung:	Pflegedienstleitung

Name/Funktion:	Ilse Wolf, Pflegedienstleitung
Telefon:	02191 797590
Fax:	02191 797591
E-Mail:	ilse.wolf@fabricius-klinik.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	Schwimmbad/Bewegungsbad
3	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer <i>Kosten pro Tag: 1 €</i>
4	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
5	Zwei-Bett-Zimmer
6	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer
7	Telefon am Bett <i>Kosten pro Tag: 1 € Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,1 € Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €</i>
8	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)

LEISTUNGSANGEBOT	
9	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
10	Ein-Bett-Zimmer
11	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum
12	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
13	Rundfunkempfang am Bett
	<i>Kosten pro Tag: 0 €</i>
14	Internetanschluss am Bett/im Zimmer
	<i>Kosten pro Tag: 0 €</i>
	<i>Kostenloses Wlan</i>
15	Andachtsraum
16	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. Patientenhilfen
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
14	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
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:	2622
Teilstationäre Fallzahl:	146
Ambulante Fallzahl:	364

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)			
Gesamt:	16	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 14	Ohne:	2

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 16
<b>- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN</b>		
Gesamt:	9	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 7	<b>Ohne:</b> 2
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 9
<b>BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)</b>		
Anzahl in Personen:	6	
<b>ÄRZTE UND ÄRZTINNEN, DIE KEINER FACHABTEILUNG ZUGEORDNET SIND</b>		
Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0

## A-11.2 Pflegepersonal

### MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,5

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

Gesamt:	61,87	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 61,87	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 61,87

#### Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0

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

Gesamt:	0	
---------	---	--

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
---------------------------	------	---	-------	---

Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
------------------	-----------	---	------------	---

#### ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	3
---------	---

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	3	Ohne:	0
---------------------------	------	---	-------	---

Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	3
------------------	-----------	---	------------	---

#### Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0
---------	---

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
---------------------------	------	---	-------	---

Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
------------------	-----------	---	------------	---

#### PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1
---------	---

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1	Ohne:	0
---------------------------	------	---	-------	---

Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	1
------------------	-----------	---	------------	---

#### Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0
---------	---

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
---------------------------	------	---	-------	---

Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
------------------	-----------	---	------------	---

#### KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	6
---------	---

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	6	Ohne:	0
---------------------------	------	---	-------	---

Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	6
------------------	-----------	---	------------	---

#### Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0
---------	---

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
---------------------------	------	---	-------	---

Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
------------------	-----------	---	------------	---

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

Gesamt:	1
---------	---

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1	Ohne:	0
---------------------------	------	---	-------	---

Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	1
------------------	-----------	---	------------	---

**Ohne Fachabteilungszuordnung:**

Gesamt:	0
---------	---

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
---------------------------	------	---	-------	---

Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
------------------	-----------	---	------------	---

**ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:	0
---------	---

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
---------------------------	------	---	-------	---

Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
------------------	-----------	---	------------	---

**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
---------	---

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	2	Ohne:	0
---------------------------	------	---	-------	---

Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	2
------------------	-----------	---	------------	---

**Ohne Fachabteilungszuordnung:**

Gesamt:	0
---------	---

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
---------------------------	------	---	-------	---

Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
------------------	-----------	---	------------	---

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN			
Gesamt:		0	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär: 0

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

DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN			
Gesamt:		0	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär: 0

ERGOTHERAPEUTEN			
Gesamt:		0	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär: 0

BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTEN			
Gesamt:		0	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär: 0

SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGEN			
Gesamt:		0	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär: 0

## A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

### DIÄTASSISTENT UND DIÄTASSISTENTIN

Gesamt: 0,5

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0,5 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0,5

### ERGOTHERAPEUT UND ERGOTHERAPEUTIN

Gesamt: 5

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 5 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 5

### HEILPRAKTIKER UND HEILPRAKTIKERIN

Gesamt: 1

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 1 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 1

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

Gesamt: 1,03

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 1,03 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 1,03

### MASSEUR/MEDIZINISCHER BADEMEISTER UND MASSEURIN/MEDIZINISCHE BADEMEISTERIN

Gesamt: 1

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 1 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 1

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

Gesamt: 2,22



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

**PHYSIOTHERAPEUT UND PHYSIOTHERAPEUTIN**

Gesamt:	6,92	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 6,92	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 6,92

**DIPLOM-PSYCHOLOGE UND DIPLOM-PSYCHOLOGIN**

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

**SOZIALARBEITER UND SOZIALARBEITERIN**

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

**PERSONAL MIT ZUSATZQUALIFIKATION IN DER MANUALTHERAPIE**

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

**PERSONAL MIT ZUSATZQUALIFIKATION IM WUNDMANAGEMENT**

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

## 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@fabricius-klinik.de

### A-12.1.2 Lenkungsremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsremiums 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 Klinisches Risikomanagement

### Risikomanagement

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 führen unsere Einrichtungen strukturiert Informationen über Risiken aus Begehungen oder Audits.

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 eines Patientenarmbandes im stationären Bereich
- Einführung von Sicherheitschecklisten zur Vermeidung von Verwechslung und Behandlungsfehlern
- 4-Augen-Prinzip beim Stellen von Medikamenten
- Etablierung einer Hygienekonzeption

## Risikomanagement

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
- Sichern der Unternehmerexistenz
- 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 führen unsere Einrichtungen strukturiert Informationen über Risiken aus Risikointerviews, Begehungen oder Audits zusammen.

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 eines Patientenarmbandes im stationären Bereich
- Einführung von Sicherheitschecklisten zur Vermeidung von Verwechslung und Behandlungsfehlern
- 4-Augen-Prinzip beim Stellen von Medikamenten
- Etablierung einer Hygienekonzeption

### 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@fabricius-klinik.de

### A-12.2.2 Lenkungsremium

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 Lenkungsremiums bzw. einer Steuergruppe gibt, 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	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
2	Schmerzmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Schmerzmanagement Letzte Aktualisierung: 01.01.2015</i>
3	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: OP Checkliste, Team Time Out Letzte Aktualisierung: 01.01.2015</i>
4	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
5	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
6	Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Stursprophylaxe Letzte Aktualisierung: 01.01.2015</i>
7	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: OP Checkliste Letzte Aktualisierung: 01.01.2015</i>
8	Entlassungsmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Entlassungsmanagement Letzte Aktualisierung: 01.01.2015</i>
9	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: EPZ Checkliste Letzte Aktualisierung: 01.01.2015</i>
10	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Medikamentensicherheitsstandard Letzte Aktualisierung: 01.01.2015</i>
11	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Prozesse Aufwachraum / Anästhesie Letzte Aktualisierung: 01.01.2015</i>
12	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dekubitusprohylaxe Letzte Aktualisierung: 01.01.2015</i>

#### 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

### A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	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, Chefarztin Geriatrie
Telefon:	02191 7970
Fax:	
E-Mail:	

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

#### 1. 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	Kopfhaube	Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja



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

Auswahl:  Ja

**2. 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	AUSWAHL
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 Antibiotikaprophylaxe 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 Wundauflage	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 für das Berichtsjahr erhoben:  Ja

## Händedesinfektionsmittelverbrauch (Einheit: ml/Patiententag):

... auf allen Intensivstationen:	61,4
... auf allen Allgemeinstationen:	31,6

## 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 ( <a href="http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html">www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html</a> ).	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

## 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:	Clara Wachauf, Verwaltungsangestellte
Telefon:	02191 797788
Fax:	
E-Mail:	clara.wachauf@fabricius-klinik.de

### Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Andrea Fabris, Seelsorge
Telefon:	02191 7970
Fax:	
E-Mail:	info@fabricius-klinik.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:	<a href="http://www.fabricius-klinik.de">http://www.fabricius-klinik.de</a>

#### 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:	Gelenkzentrum@praxisklinik-remscheid.de
Name/Funktion:	Dr. med. Frank Sintermann, Belegarzt
Telefon:	02191 9516700
Fax:	
E-Mail:	Gelenkzentrum@praxisklinik-remscheid.de

Name/Funktion:	Dr. med. Henning Quitmann, Belegarzt
Telefon:	02191 9516720
Fax:	
E-Mail:	Gelenkzentrum@praxisklinik-remscheid.de

Name/Funktion:	Dr. med. Gunnar Schauf, Belegarzt
Telefon:	02191 9516730
Fax:	
E-Mail:	Gelenkzentrum@praxisklinik-remscheid.de

Name/Funktion:	Dr. med. Dieter Temmen, Belegarzt
Telefon:	02191 9516700
Fax:	
E-Mail:	Gelenkzentrum@praxisklinik-remscheid.de

Name/Funktion:	Dr. med. Justus Stadler, Belegarzt
Telefon:	02191 9516710
Fax:	
E-Mail:	Gelenkzentrum@praxisklinik-remscheid.de

### B-[1].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Brüderstraße 65
PLZ/Ort:	42853 Remscheid
URL:	<a href="http://www.fabricius-klinik.de">http://www.fabricius-klinik.de</a>

### 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 nach § 136a SGB V:	Ja
--	----

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Endoprothetik
2	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
3	Schulterchirurgie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
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 sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
18	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
19	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
20	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	1821
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	336
2	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	211
3	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	161
4	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	115
5	M23.32	Sonstige Meniskusschädigungen: Hinterhorn des Innenmeniskus	100

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	92
7	M24.10	Sonstige Gelenkknorpelschädigungen: Mehrere Lokalisationen	78
8	M16.7	Sonstige sekundäre Koxarthrose	66
9	M20.1	Hallux valgus (erworben)	60
10	M23.51	Chronische Instabilität des Kniegelenkes: Vorderes Kreuzband	27
11	M25.75	Osteophyt: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	27
12	M18.1	Sonstige primäre Rhizarthrose	25
13	M19.01	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	24
14	M20.2	Hallux rigidus	22
15	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	20
16	M23.89	Sonstige Binnenschädigungen des Kniegelenkes: Nicht näher bezeichnetes Band	19
17	M75.3	Tendinitis calcarea im Schulterbereich	15
18	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose	15
19	M94.26	Chondromalazie: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	15
20	M23.30	Sonstige Meniskusschädigungen: Mehrere Lokalisationen	15
21	M22.2	Krankheiten im Patellofemoralbereich	14
22	S83.53	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes	11
23	M72.0	Fibromatose der Palmarfaszie [Dupuytren-Kontraktur]	11
24	M24.15	Sonstige Gelenkknorpelschädigungen: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	10
25	M16.0	Primäre Koxarthrose, beidseitig	9
26	M23.22	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Hinterhorn des Innenmeniskus	8
27	M87.05	Idiopathische aseptische Knochennekrose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	8
28	M23.36	Sonstige Meniskusschädigungen: Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Außenmeniskus	8
29	G56.0	Karpaltunnel-Syndrom	8
30	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	8



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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	366
2	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	306
3	M75	Schulterverletzung	302
4	M23	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes	205
5	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	107
6	M24	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigung	97
7	M20	Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen	92
8	M19	Sonstige Form des Gelenkverschleißes (Arthrose)	54
9	M25	Sonstige Gelenkrankheit	32
10	M22	Krankheit der Kniescheibe	26

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	336
2	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	211
3	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	161
4	M23.3	Sonstige Meniskusschädigungen	140
5	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	115
6	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	92
7	M24.1	Sonstige Gelenkknorpelschädigungen	88
8	M16.7	Sonstige sekundäre Koxarthrose	66
9	M20.1	Hallux valgus (erworben)	60
10	M19.0	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke	35
11	M25.7	Osteophyt	27
12	M23.5	Chronische Instabilität des Kniegelenkes	27
13	M18.1	Sonstige primäre Rhizarthrose	25
14	M20.2	Hallux rigidus	22
15	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	20

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
16	M23.8	Sonstige Binnenschädigungen des Kniegelenkes	19
17	M94.2	Chondromalazie	15
18	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose	15
19	M75.3	Tendinitis calcarea im Schulterbereich	15
20	M22.2	Krankheiten im Patellofemoralebereich	14
21	M23.2	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung	13
22	M72.0	Fibromatose der Palmarfaszie [Dupuytren-Kontraktur]	11
23	S83.5	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes mit Beteiligung des (vorderen) (hinteren) Kreuzbandes	11
24	M16.0	Primäre Koxarthrose, beidseitig	9
25	M87.9	Knochennekrose, nicht näher bezeichnet	9
26	M87.0	Idiopathische aseptische Knochennekrose	9
27	M19.9	Arthrose, nicht näher bezeichnet	9
28	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	8
29	G56.0	Karpaltunnel-Syndrom	8
30	M13.1	Monarthritis, anderenorts nicht klassifiziert	7

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	755
2	8-390.2	Lagerungsbehandlung: Lagerung im Schlingentisch	435
3	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	382
4	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	257
5	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	234

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	214
7	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	181
8	8-803.0	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Eigenblutspende	114
9	5-812.fh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Kniegelenk	103
10	5-814.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette	94
11	5-811.40	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Elektrothermische Denervierung von Synovialis und Kapselgewebe: Humeroglenoidalgelenk	86
12	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	74
13	5-805.7	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Naht	67
14	5-786.k	Osteosyntheseverfahren: Durch winkelstabile Platte	65
15	5-786.0	Osteosyntheseverfahren: Durch Schraube	60
16	5-820.01	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert	58
17	5-822.01	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert	55
18	5-811.20	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Humeroglenoidalgelenk	54
19	5-800.5g	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Hüftgelenk	52
20	5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	49
21	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	49
22	5-812.8h	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Entnahme eines Knorpeltransplantates: Kniegelenk	49
23	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)	47
24	5-801.kh	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation: Kniegelenk	42
25	5-810.2g	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Hüftgelenk	40

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
26	5-812.fg	Arthroskopische Operation am Gelenknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Hüftgelenk	40
27	5-788.51	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, Doppelosteotomie	36
28	5-788.56	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Digitus I	35
29	5-808.a0	Arthrodese: Fußwurzel und Mittelfuß: Ein oder zwei Gelenkfächer	33
30	5-869.2	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Osteosynthesematerial bei Operationen am Weichteilgewebe	32

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-561	Funktionsorientierte körperliche Übungen und Anwendungen	755
2	5-812	Operation am Gelenknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	473
3	8-390	Behandlung durch spezielle Formen der Lagerung eines Patienten im Bett, z.B. Lagerung im Schlingentisch oder im Spezialbett	435
4	5-814	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung	382
5	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	382
6	5-822	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	380
7	5-820	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	332
8	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	259
9	5-788	Operation an den Fußknochen	167
10	5-786	Operative Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	156

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

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

### B-[1].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	171
2	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	55
3	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	55
4	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	22
5	5-788	Operation an den Fußknochen	15
6	5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	12
7	5-845	Operative Entfernung der Gelenkinnenhaut an der Hand	7
8	5-859	Sonstige Operation an Muskeln, Sehnen, deren Bindegewebshüllen bzw. Schleimbeuteln	5
9	5-808	Operative Gelenkversteifung	5
10	5-851	Durchtrennung von Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	< 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:	303,5

### 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:

38,5

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

<b>Gesamt:</b>	28		
<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	<b>Mit:</b> 28	<b>Ohne:</b> 0	
<b>Versorgungsform:</b>	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 28	
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 65,0	

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

<b>Gesamt:</b>	0		
<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0	
<b>Versorgungsform:</b>	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0	
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0	

ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

<b>Gesamt:</b>	0
----------------	---

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

**PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

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

**KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:	4			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	4	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	4
			Fälle je	455,3
			Anzahl:	

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

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

**ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:	0			
---------	---	--	--	--

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

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

Gesamt:		2		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	2	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	2
			Fälle je	910,5
			Anzahl:	

**MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

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

**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
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			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
				Fälle je Anzahl:

#### KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN

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

#### PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

#### KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTINNEN

<b>Gesamt:</b>	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

#### ERGOTHERAPEUTEN

<b>Gesamt:</b>	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

#### BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTEN

<b>Gesamt:</b>	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

#### SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGEN

<b>Gesamt:</b>	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 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:	<a href="http://www.fabricius-klinik.de">http://www.fabricius-klinik.de</a>

### B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3700) Sonstige Fachabt.

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

Name/Funktion:	Uwe Braasch, Anästhesist
Telefon:	02191 7970
Fax:	
E-Mail:	<a href="mailto:ralf.nieper@fabricius-klinik.de">ralf.nieper@fabricius-klinik.de</a>

Name/Funktion:	Dr. med. Ralf Nieper, Anästhesist
Telefon:	02191 7970
Fax:	
E-Mail:	<a href="mailto:ralf.nieper@fabricius-klinik.de">ralf.nieper@fabricius-klinik.de</a>

### B-[2].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Brüderstraße 65
PLZ/Ort:	42853 Remscheid
URL:	<a href="http://www.fabricius-klinik.de">http://www.fabricius-klinik.de</a>

## 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 nach § 136a SGB V:

Ja

## 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].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

### 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	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0	Ohne:	2
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär:	2
		Fälle je Anzahl:	0,0
- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN			
Gesamt:	2		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0	Ohne:	2

Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 2
		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:

38,5

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

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

## 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:	<a href="http://www.fabricius-klinik.de">http://www.fabricius-klinik.de</a>

### 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:	<a href="mailto:peter.ball@fabricius-klinik.de">peter.ball@fabricius-klinik.de</a>

Name/Funktion:	Dr. med. Barbara Brosius, Chefärztin Geriatrie
Telefon:	02191 797601
Fax:	
E-Mail:	<a href="mailto:barbara.brosius@fabricius-klinik.de">barbara.brosius@fabricius-klinik.de</a>

### B-[3].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Brüderstraße 65
PLZ/Ort:	42853 Remscheid
URL:	<a href="http://www.fabricius-klinik.de">http://www.fabricius-klinik.de</a>

### 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 nach § 136a SGB V:	Ja
--	----

### 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) <i>mehr als 500 pro Jahr</i>
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 <i>Frührehabilitation älterer Patienten bereits am Tag 1-2 der Intensivbehandlung</i>
17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge



MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
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:	801
Teilstationäre Fallzahl:	146

### B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	43
2	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	42
3	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	31
4	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	31
5	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	29
6	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	22
7	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	21
8	E86	Flüssigkeitsmangel	19
9	M80.08	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	19
10	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	14
11	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	13
12	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	12
13	R29.6	Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert	12
14	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	12
15	S32.89	Fraktur: Sonstige und multiple Teile des Beckens	10
16	M54.4	Lumboischialgie	7
17	J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	7
18	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	7

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
19	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	7
20	S32.5	Fraktur des Os pubis	7
21	M54.5	Kreuzschmerz	7
22	S82.81	Bimalleolarfraktur	6
23	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	6
24	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	6
25	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	5
26	S32.1	Fraktur des Os sacrum	5
27	I63.4	Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	5
28	K29.6	Sonstige Gastritis	5
29	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	5
30	K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	4

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	86
2	I50	Herzschwäche	84
3	R26	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit	42
4	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	39
5	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	36
6	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	25
7	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	24
8	M80	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose	21
9	E86	Flüssigkeitsmangel	19
10	M54	Rückenschmerzen	17

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	I50.1	Linksherzinsuffizienz	76
2	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	42

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
3	S72.1	Femurfraktur: Intertrochantär	41
4	S72.0	Schenkelhalsfraktur	32
5	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	31
6	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	21
7	S42.2	Fraktur des proximalen Endes des Humerus	19
8	E86	Volumenmangel	19
9	M80.0	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur	19
10	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	14
11	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	12
12	S32.8	Fraktur sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Lendenwirbelsäule und des Beckens	12
13	R29.6	Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert	12
14	S82.8	Bimalleolarfraktur	9
15	S32.0	Fraktur eines Lendenwirbels	9
16	I50.0	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	8
17	M54.5	Kreuzschmerz	7
18	M48.0	Spinal(kanal)stenose	7
19	S32.5	Fraktur des Os pubis	7
20	J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	7
21	M54.4	Lumboischialgie	7
22	J44.0	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege	7
23	I25.1	Atherosklerotische Herzkrankheit	7
24	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	6
25	S22.0	Fraktur eines Brustwirbels	6
26	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	6
27	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	5
28	G45.8	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	5

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
29	J44.1	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet	5
30	S72.4	Distale Fraktur des Femurs	5

### B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-98a.10	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Umfassende Behandlung: 60 bis 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie	1788
2	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	363
3	9-984.0	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)	305
4	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	298
5	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	116
6	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	101
7	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	93
8	9-984.1	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit)	86
9	9-984.4	Pflegebedürftigkeit: Erfolgreicher Antrag auf Einstufung in eine Pflegestufe	74
10	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	73
11	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	55
12	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	54
13	8-191.5	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Hydrokolloidverband	36
14	3-220	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel	29
15	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	23

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
16	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	14
17	9-984.5	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe 0	12
18	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	11
19	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	11
20	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	11
21	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	10
22	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	10
23	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	10
24	3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	8
25	3-206	Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel	8
26	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	7
27	1-654.0	Diagnostische Rektoskopie: Mit flexiblem Instrument	6
28	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	6
29	8-171.0	Therapeutische Spülung (Lavage) des Ohres: Äußerer Gehörgang	5
30	8-561.2	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Kombinierte funktionsorientierte physikalische Therapie	5

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-98a	Umfassende Behandlung älterer Patienten, die teilweise im Krankenhaus erfolgt	1788
2	8-550	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen	734
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	481
4	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	116
5	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	106
6	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	93

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	77
8	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	55
9	8-191	Verband bei großflächigen bzw. schwerwiegenden Hautkrankheiten	38
10	3-220	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel	29

### B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

#### B-[3].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

### 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:	14	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 14	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär:	14
		Fälle je Anzahl:	57,2

**- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN**

Gesamt:	7		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 7	Ohne: 0	
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 7	Fälle je Anzahl: 114,4

**BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)**

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

**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:**

38,5

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

Gesamt:	33,87		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 33,87	Ohne: 0	

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 33,87
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 23,6

**ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

<b>Gesamt:</b>	3	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 3	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 3
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 267,0

**PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

<b>Gesamt:</b>	1	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 1	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 1
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 801,0

**KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN**

<b>Gesamt:</b>	2	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 2	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 2
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 400,5

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

<b>Gesamt:</b>	1	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 1	<b>Ohne:</b> 0



Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 1
		Fälle je Anzahl: 801,0

### 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

## 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	275	MM05 - Kein Ausnahmetatbestand

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

	VEREINBARUNG BZW. RICHTLINIE
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](http://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 2016 fortgeführt oder neu initiiert:

**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.

**In der interdisziplinären Familialen Pflege**

werden Angehörige pflegebedürftiger Patienten von eigens dafür ausgebildeten examinierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen angeleitet, ihre Angehörigen zu Hause fachgerecht betreuen und pflegen zu können.

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:**

Im Rahmen der internen Auditierung wurden Dokumentationsaudits eingeführt. Es ist eine weitere Möglichkeit zur Verbesserung der Dokumentation- und Kodierqualität. Durch Abgrenzung der Auditarten werden noch explizitere Ergebnisse erwartet.

**Risikobewertungen:**

Verfahren weiter etablieren, sukzessive Weiterentwicklung

## 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 krankenhausesumfassenden 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**

Die 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 2016 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 Kodierassistentinnen 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.

### **Dekubitusstatistik**

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

