

# SHG-Kliniken Sonnenberg, Tagesklinik Rastpfuhl

**Qualitätsbericht 2022**

gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V  
über das Berichtsjahr 2022



**QBx**

## Einleitung

### Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name: Julia Zapf  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Qualitätsmanagementbeauftragte  
Telefon: 0681 / 889 - 1643  
Telefax: 0681 / 889 - 2105  
E-Mail: [j.zapf@sb.shg-kliniken.de](mailto:j.zapf@sb.shg-kliniken.de)

### Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name: Dr. phil. Martin Huppert  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Verwaltungsdirektor  
Telefon: 0681 / 889 - 2305  
Telefax: 0681 / 889 - 2105  
E-Mail: [vd-sb@sb.shg-kliniken.de](mailto:vd-sb@sb.shg-kliniken.de)

### Weiterführende Links

Homepage: <http://sb.shg-kliniken.de>

## Inhaltsverzeichnis

	Einleitung	2
<b>A</b>	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhausstandorts	7
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	8
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	10
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	10
A-3a	Organisationsstruktur des Krankenhauses	11
A-4	[unbesetzt]	12
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	12
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	15
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	17
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	17
A-7.2	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	17
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	20
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	20
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	21
A-8.3	Forschungsschwerpunkte	21
A-9	Anzahl der Betten	23
A-10	Gesamtfallzahlen	23
A-11	Personal des Krankenhauses	23
A-11.1	Ärztinnen und Ärzte	23
A-11.2	Pflegepersonal	24
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	26
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	26
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	31
A-12.1	Qualitätsmanagement	31

A-12.1.1	Verantwortliche Person	31
A-12.1.2	Lenkungsgremium	31
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	32
A-12.2.1	Verantwortliche Person	32
A-12.2.2	Lenkungsgremium	32
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen	32
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems	33
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	33
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	34
A-12.3.1	Hygienepersonal	34
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene	34
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	34
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie	34
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	35
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	35
A-12.3.2.5	Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	35
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement	36
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	37
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	39
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium	39
A-12.5.2	Verantwortliche Person	39
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	39
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen	39
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	40
A-12.6.1	Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen	41
A-13	Besondere apparative Ausstattung	42
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	42
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	42
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	42

A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung	42
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Absatz 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	43
<b>B</b>	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	44
<b>B-1</b>	<b>Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik</b>	44
B-1.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	44
B-1.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	44
B-1.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	45
B-1.4	[unbesetzt]	45
B-1.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	45
B-1.6	Hauptdiagnosen nach ICD	45
B-1.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	45
B-1.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	45
B-1.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	45
B-1.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	46
B-1.11	Personelle Ausstattung	46
B-1.11.1	Ärztinnen und Ärzte	46
B-1.11.2	Pflegepersonal	47
B-1.11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	48
<b>C</b>	Qualitätssicherung	49
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	50
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	50
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	50
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	50
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	50

C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	50
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	50
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	50
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	51
C-8	Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) im Berichtsjahr	51
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	51
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	52
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)	53
C-9.1	Zeitraum des Nachweises	53
C-9.2	Vollständige und fristgerechte Nachweisführung	53
C-9.3a	Einrichtungstyp: Erwachsenenpsychiatrie	54
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	57
<b>D</b>	<b>Qualitätsmanagement</b>	<b>58</b>
D-1	Qualitätspolitik	59
D-2	Qualitätsziele	62
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	62
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	63
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	64
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	65



**Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses**

**QBX**

**A**

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27. März 2020 bzw. 21. April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2022 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

## **A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses**

### **Krankenhaus**

Name: SHG-Kliniken Sonnenberg  
Institutionskennzeichen: 261000035  
Straße: Sonnenbergstraße 10  
PLZ / Ort: 66119 Saarbrücken  
Adress-Link: <http://sb.shg-kliniken.de>  
Postfach: 102654  
PLZ / Ort: 66119 Saarbrücken  
Telefon: 0681 / 889 - 2305  
Telefax: 0681 / 889 - 2105  
E-Mail: [vd-sb@sb.shg-kliniken.de](mailto:vd-sb@sb.shg-kliniken.de)

### **Ärztliche Leitung**

Name: Priv.-Doz. Dr. med. Ulrich Seidl  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ärztlicher Direktor  
Telefon: 0681 / 889 - 2204  
Telefax: 0681 / 889 - 2409  
E-Mail: [sekr.psychiatrie@sb.shg-kliniken.de](mailto:sekr.psychiatrie@sb.shg-kliniken.de)



### **Pflegedienstleitung**

Name: Thomas Becker  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedirektor  
Telefon: 0681 / 889 - 2893  
Telefax: 0681 / 889 - 2899  
E-Mail: [pdl@sb.shg-kliniken.de](mailto:pdl@sb.shg-kliniken.de)

### **Verwaltungsleitung**

Name: Dr. phil. Martin Huppert  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Verwaltungsdirektor  
Telefon: 0681 / 889 - 2305  
Telefax: 0681 / 889 - 2105  
E-Mail: [vd-sb@sb.shg-kliniken.de](mailto:vd-sb@sb.shg-kliniken.de)

### **Im Bericht dargestellter Standort**

Name: SHG-Kliniken Sonnenberg, Tagesklinik Rastpfuhl  
Institutionskennzeichen: 261000035  
Standortnummer: 771026000  
Straße: Lahnstraße 19  
PLZ / Ort: 66113 Saarbrücken  
Adress-Link: <http://sb.shg-kliniken.de>  
Telefon: 0681 / 889 - 2305  
Telefax: 0681 / 889 - 2105  
E-Mail: [vd-sb@sb.shg-kliniken.de](mailto:vd-sb@sb.shg-kliniken.de)

### Ärztliche Leitung

Name: Priv.-Doz. Dr. med. Ulrich Seidl  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ärztlicher Direktor  
Telefon: 0681 / 889 - 2204  
Telefax: 0681 / 889 - 2409  
E-Mail: [sekr.psychiatrie@sb.shg-kliniken.de](mailto:sekr.psychiatrie@sb.shg-kliniken.de)

### Pflegedienstleitung

Name: Thomas Becker  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedirektor  
Telefon: 0681 / 889 - 2893  
Telefax: 0681 / 889 - 2899  
E-Mail: [pdl@sb.shg-kliniken.de](mailto:pdl@sb.shg-kliniken.de)

### Verwaltungsleitung

Name: Dr. phil. Martin Huppert  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Verwaltungsdirektor  
Telefon: 0681 / 889 - 2305  
Telefax: 0681 / 889 - 2105  
E-Mail: [vd-sb@sb.shg-kliniken.de](mailto:vd-sb@sb.shg-kliniken.de)

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Träger: Saarland Heilstätten GmbH  
Art: öffentlich  
Internet: <http://www.shg-kliniken.de>

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## **A-3a Organisationsstruktur des Krankenhauses**

### **Klinikleitung**

**Dr. phil. Martin Huppert - Verwaltungsdirektor**

Tel: +49(0)681/889-2305

Fax: +49(0)681/889-2105

vd-sb@sb.shg-kliniken.de

**Priv.-Doz. Dr. med. Ulrich Seidl - Ärztlicher Direktor**

Tel: +49(0)681/889-2204

Fax: +49(0)681/889-2409

sekr.psychiatrie@sb.shg-kliniken.de

**Thomas Becker - Pflegedirektor**

Tel: +49(0)681/889-2893

Fax: +49(0)681/889-2899

pdl@sb.shg-kliniken.de

### **Qualitätsmanagement**

**Heike Spiegel**

**Julia Zapf**

Tel: +49(0)681/889-2252

Fax: +49(0)681/889-2105

h.spiegel@sb.shg-kliniken.de

### **Fachabteilungen**

#### **Klinik für Neurologie**

**Chefarzt Prof. Dr. med. Marcus Unger**

Tel: +49(0)681/889-2410

Fax: +49(0)681/889-2458

sekr.neurologie@sb.shg-kliniken.de

<https://www.shg-kliniken.de/sonnenberg/klinik/neurologie/>

#### **Klinik für Geriatrie**

**Chefarzt Prof. Dr. med. Marcus Unger**

Tel: +49(0)681/889-2201

Fax: +49(0)681/889-2630

sekr.geriatrie@sb.shg-kliniken.de

<https://www.shg-kliniken.de/sonnenberg/klinik/geriatrie/>

#### **Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**

**Chefarzt Priv. Doz. Dr. med. Ulrich Seidl**

Tel: +49(0)681/889-2204

Fax: +49(0)681/889-2409

sekr.psychiatrie@sb.shg-kliniken.de

<https://www.shg-kliniken.de/sonnenberg/klinik/psychiatrie-psychotherapie-psychosomatik/>

### Klinik für Gerontopsychiatrie

#### Dr. med. Rosa-Adelinde Fehrenbach

Tel: +49(0)681/889-2532

Fax: +49(0)681/889-2197

sekr.geronto@sb.shg-kliniken.de

<https://www.shg-kliniken.de/sonnenberg/klinik/gerontopsychiatrie/>

### Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -Psychotherapie und -Psychosomatik

#### Chefärztin Prof. Dr. med. Eva Möhler

Tel: +49(0)681/889-2701

Fax: +49(0)681/889-2799

sekr.kjp@sb.shg-kliniken.de

[https://www.shg-kliniken.de/sonnenberg/klinik/kinder-jugendpsychiatrie-psychotherapie-psycho-somatik/](https://www.shg-kliniken.de/sonnenberg/klinik/kinder-jugendpsychiatrie-psychotherapie-psychosomatik/)

## A-4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer A-4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP02	Akupunktur	
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP53	Aromapflege/-therapie	
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP55	Audiometrie/Hördiagnostik	
MP06	Basale Stimulation	
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	[Palliativzimmer, Trauerbegleitung, Ethikberatung, Abschiedsraum]

<b>Nr.</b>	<b>Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot</b>	<b>Kommentar / Erläuterung</b>
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP57	Biofeedback-Therapie	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungs- pflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/ Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP20	Hippotherapie/Therapeutisches Reiten/Reit- therapie	(Kinder- und Jugendpsychiatrie)
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/ Bibliotherapie	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP27	Musiktherapie	
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	[Unterricht für schulpflichtige Kinder]
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	Kryotherapie, Fango, Rotlicht, Paraffinbad, Kneippbäder (in Ellenruth von Gemmingen Klinik), Magnet- feldtherapie, Massage, Elektrotherapie

<b>Nr.</b>	<b>Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot</b>	<b>Kommentar / Erläuterung</b>
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Krankengymnastik, Manuelle Lymphdrainage, Manuelle Therapie, Koordinationstraining, Transfertraining, kardiopulmonales Belastungstraining, Osteoporosetraining, Triggerpunkttherapie, Parkinsongymnastik, PNF (propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation), Gangschule, Atemtherapie, Haltungsschulung
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst	(Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, zertifizierte DBT Einheit)
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	[Besichtigungen und Führungen, Vorträge, Informationsveranstaltungen]
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	( Beratung zur häuslichen Pflege / Ernährung, Anleitung für Beschäftigungsangebote bei Demenz der Ergotherapie]
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	[Progressive Muskelentspannung]
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
MP45	Stomatherapie/-beratung	
MP46	Traditionelle Chinesische Medizin	(Klinik für Geriatrie)
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP51	Wundmanagement	[ spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris]
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
NM02	Patientenzimmer: Ein-Bett-Zimmer		in allen Bereichen je nach Verfügbarkeit
NM03	Patientenzimmer: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		in allen Bereichen je nach Verfügbarkeit
NM05	Patientenzimmer: Mutter-Kind-Zimmer	<a href="https://www.shg-kliniken.de/-sonnenberg/psychiatrische-mutter-kind-station-mit-tagesklinik/">https://www.shg-kliniken.de/-sonnenberg/psychiatrische-mutter-kind-station-mit-tagesklinik/</a>	Mutter-Kind-Station
NM10	Patientenzimmer: Zwei-Bett-Zimmer		in allen Bereichen vorhanden
NM11	Patientenzimmer: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		in allen Bereichen vorhanden
NM69	Besondere Ausstattung des Krankenhauses: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)	<a href="https://www.shg-kliniken.de/-sonnenberg/">https://www.shg-kliniken.de/-sonnenberg/</a>	Link zur Internetseite des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
NM63	Angebote für schulpflichtige Patientinnen und Patienten: Schule im Krankenhaus		
NM64	Angebote für schulpflichtige Patientinnen und Patienten: Schule über elektronische Kommunikationsmittel, z. B. Internet		
NM07	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Rooming-in		
NM09	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		
NM49	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		
NM60	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM66	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		jüdische / muslimische Ernährung, vegetarische / vegane Küche
NM42	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Seelsorge/ spirituelle Begleitung	<a href="https://www.shg-kliniken.de/-sonnenberg/seelsorge/">https://www.shg-kliniken.de/-sonnenberg/seelsorge/</a>	
NM68	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Abschiedsraum		



## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Name: Alois Schedler  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Vertrauensperson Schwerbehinderter Menschen  
 Telefon: 0681 / 889 - 1421  
 Telefax: 0681 / 889 - 2923  
 E-Mail: [schwerbehindertenvertretung-SB@sb.shg-kliniken.de](mailto:schwerbehindertenvertretung-SB@sb.shg-kliniken.de)

### A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF02	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit: Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/ Brailleschrift	
BF04	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit: Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF05	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit: Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	
BF33	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF34	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF06	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	
BF08	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	In Außenhäusern nur eingeschränkt vorhanden
BF11	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Besondere personelle Unterstützung	
BF14	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung: Arbeit mit Piktogrammen	
BF16	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung: Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
BF17	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	

<b>Nr.</b>	<b>Aspekt der Barrierefreiheit</b>	<b>Kommentar / Erläuterung</b>
BF20	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF21	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Hilfsmittel zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF22	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF24	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien: Diätische Angebote	
BF25	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Dolmetscherdienste	Dolmetscherliste
BF26	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	Französisch, in einigen Bereichen Italienisch, arabisch u.a.

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	CÄ Prof. Dr. med. Eva Möhler: Universität Homburg CA Priv. Doz. Dr. med Ulrich Seidl: Universität Heidelberg CÄ Dr. med. Rosa Adeline Fehrenbach: Lehrbeauftragte der Deutschen Akademie für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. CA Prof. Dr. med. Marcus Unger: Universität des Saarlandes
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien	Phase 1- Studie (BMBF): START A1 Multicenter Trial, CoverChild Multicenter Trial (BMBF) HomeBase Multicenter Trial (Innovationsfond) ChimpsNet Multicenter Trial (Innovationsfond) Care-Fam-Net Multicenter Trial (Innovationfond, PASST Multicenter Trial (Else-Kröner- Fresenius-Stiftung)
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	CoverChild Multicenter Trial (BMBF) HomeBase Multicenter Trial (Innovationsfond) ChimpsNet Multicenter Trial (Innovationsfond) Care-Fam-Net Multicenter Trial (Innovationfond, PASST Multicenter Trial (Else-Kröner-Fresenius-Stiftung)

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/ Lehrbücher	Stress und Traumafolgen bei Kindern und Jugendlichen (Dixius und Möhler, 2019, Kohlhammer Transmission von Trauma, Möhler, 2020, Vandenhoeck und Ruprecht Herausgeber für Section Child and Adolescent Mental Health der Zeitschrift Frontiers in Psychiatry (Möhler)
FL09	Doktorandenbetreuung	CÄ Prof. Dr. med. Eva Möhler: Betreuerin von 16 Doktoranden

## A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB06	Ergotherapeutin und Ergotherapeut
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer

## A-8.3 Forschungsschwerpunkte

### Forschungsschwerpunkte

#### Dr. med. Rosa-Adelinde Fehrenbach

- Versorgungsforschung

#### Priv. Doz. Dr. med. Ulrich Seidl

- Forschungskoooperation mit der Universität Heidelberg im Bereich funktionelle und strukturelle Bildgebungsverfahren

#### Frau Prof. Dr. med. Eva Möhler

- Forschungskoooperation im Rahmen einer multizentrischen Studie zum Thema Trauma (Prof. Michael Huss)
- Investigator in einem BMBF-geförderten Forschungscluster zur transgenerationalen Weitergabe von Misshandlungs-Trauma (UBICA II) mit der Charité Berlin und der Uni Aachen

- Principal Investigator eines Teilprojektes in dem Forschungscluster frühe Kindheit Exzellenzinitiative der Uni Heidelberg
- Leiterin der Interdisziplinären wissenschaftlichen Arbeitsgruppe 'Individual Mechanisms' im Rahmen der Exzellenzinitiative SeReMeh (DFG)
- Leiterin eines Teilprojektes der BMBF-Initiative der Uni Mainz zum Thema 'START'
- Leiterin eines Teilprojektes einer weiteren BMBF-Initiative der Uni Ulm zum Thema geflüchtete Kinder und Jugendliche
- Gemeinsam mit dem Lehrstuhl Psychobiologie der Universität Trier: multizentrisches Projekt ADHS-MOVES
- Teilprojektleiterin einer multizentrischen Studie zum Thema Corona in Schulen (B-FAST)
- Kooperationsprojekt mit Prof. Michael Zemlin (Pädiatrie) und Prof. Thorsten Lehr (Pharmazie): Untersuchung des Medienkonsums und der Lebensqualität von knapp 1500 Covid-Impfungen zwischen 12 und 18 Jahren im Selbst- und Elternbericht

## **Tätigkeiten in Fachgesellschaften und berufsständigen Organisationen**

### **Dr. med. Rosa-Adelinde Fehrenbach, Gerontopsychiatrie und Psychotherapie**

- Deutsche Akademie für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie (DAGPP): Mitglied des Vorstandes
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Landesverband Saarland e.V.: 1. Vorsitzende
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie (DGGPP): Mitglied des Vorstandes
- Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
- Kuratorin im Kuratorium Deutsche Altershilfe Wilhelmine-Lübcke-Stiftung e.V.
- Landesärztin für an Demenz erkrankte Menschen

### **Wolfram Köhler, Gerontopsychiatrie und Psychotherapie (leitender Oberarzt)**

- Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Landesverband Saarland e.V., Mitglied des Vorstandes
- Mitglied Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)
- Mitglied Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie (DGGPP)

### **Dr. med. Thomas Vaterrodt, Neurologie und neurologische Frührehabilitation**

- Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation (DGNR)
- Deutsche Parkinson Vereinigung (DPV) (Beirat)
- Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG)

### **Dr. med. Thomas Busch, Neurologie und neurologische Frührehabilitation**

- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

**Dr. Bernhard Meyer, Neurologie und neurologische Frührehabilitation**

- Mitglied der Ärztekammer des Saarlandes

**Priv. Doz. Dr. med. Ulrich Seidl**

- Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
- Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG)
- Landesarzt für Menschen mit Suchtproblemen

**A-9 Anzahl der Betten**

Bettenzahl: 410

**A-10 Gesamtfallzahlen**

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fälle: 0

Teilstationäre Fälle: 48

Ambulante Fälle:

– Fallzählweise: 48

Fälle in StäB<sup>1</sup>: 0

<sup>1</sup> Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung

**A-11 Personal des Krankenhauses**

**A-11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	0,1
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,1
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,1
– davon ambulante Versorgungsformen	0

	Anzahl <sup>1</sup>
Fachärztinnen und Fachärzte	0,1
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,1
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,1
– davon ambulante Versorgungsformen	0

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften

## A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

### Personal des Krankenhauses insgesamt

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	1,44	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,44	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,44	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	1	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	



	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
<b>Pflegefachfrau, Pflegefachmann</b>	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.</b>	0	7-8 Semester
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten</b>	0	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer</b>	0,86	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,86	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,86	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer</b>	0	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Hebammen und Entbindungspfleger</b>	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
Beleghebammen und Belegentbindungspfleger	0	

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern Angabe in Personen

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

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>
Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten	0,5
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,5
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	0,1
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,1
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,1
– davon ambulante Versorgungsformen	0

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>
SP04	Diätassistentin und Diätassistent	2
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	2
	– davon ambulante Versorgungsformen	0

<b>Nr.</b>	<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Anzahl<sup>1</sup></b>
SP05	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	28,79
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	28,79
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	28,79
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP06	Erzieherin und Erzieher	7,96
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,96
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	7,96
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP08	Heilerziehungspflegerin und Heilerziehungspfleger	8,94
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,94
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	8,94
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP54	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	3,9
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,9
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	3,15
	– davon ambulante Versorgungsformen	0,75
SP57	Klinische Neuropsychologin und Klinischer Neuropsychologe	1
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	1
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP14	Logopädin und Logopäde/Klinische Linguistin und Klinischer Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker	7,92
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,92
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	7,92
	– davon ambulante Versorgungsformen	0

<b>Nr.</b>	<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Anzahl<sup>1</sup></b>
SP15	Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bade- meister	0,48
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,48
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	0,48
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP43	Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch- technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF)	0,25
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,25
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	0,25
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP55	Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)	2,58
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,58
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	2,58
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP56	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	1,33
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,33
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	1,33
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP16	Musiktherapeutin und Musiktherapeut	1,49
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,49
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	1,49
	– davon ambulante Versorgungsformen	0

<b>Nr.</b>	<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Anzahl<sup>1</sup></b>
SP20	Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer	0,93
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,93
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	0,93
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP21	Physiotherapeutin und Physiotherapeut	19,67
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	19,67
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	19,67
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP22	Podologin und Podologe (Fußpflegerin und Fußpfleger)	0,6
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,6
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	0,6
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP23	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe	11,12
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,12
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	11,12
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP24	Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut	7,59
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,59
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	7,12
	– davon ambulante Versorgungsformen	0,47
SP25	Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter	11,15
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,15
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	11,15
	– davon ambulante Versorgungsformen	0

<b>Nr.</b>	<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Anzahl<sup>1</sup></b>
SP26	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	3,39
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,39
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	3,39
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP35	Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater	1
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	1
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP32	Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	15,82
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,82
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	15,82
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP42	Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	0,55
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,55
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	0,55
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	10,16
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,16
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	10,16
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP60	Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation	15,33
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,33
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	15,33
	– davon ambulante Versorgungsformen	0

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>
SP61	Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik	0,97
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,97
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	0,97
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP58	Psychotherapeutin und Psychotherapeut in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)	12,6
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,6
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	12,38
	– davon ambulante Versorgungsformen	0,22

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name: Dipl.-Pfleger. (FH) Heike Spiegel  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Qualitätsmanagementbeauftragte  
 Telefon: 0681 / 889 - 2252  
 Telefax: 0681 / 889 - 2105  
 E-Mail: [h.spiegel@sb.shg-kliniken.de](mailto:h.spiegel@sb.shg-kliniken.de)

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Steuerkreissitzung, Teilnehmer: Verwaltungsdirektor, stellv. Verwaltungsdirektorin, Ärztlicher Direktor, stellv. Ärztliche Direktorin, Pflegedirektor, stellv. Pflegedirektoren, Qualitätsmanagement, Betriebsrat  
 Tagungsfrequenz: quartalsweise

## A-12.2 Klinisches Risikomanagement

### A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name: Dipl.-Pfleger. (FH) Heike Spiegel  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Qualitätsmanagementbeauftragte  
 Telefon: 0681 / 889 - 2252  
 Telefax: 0681 / 889 - 2105  
 E-Mail: [h.spiegel@sb.shg-kliniken.de](mailto:h.spiegel@sb.shg-kliniken.de)

### A-12.2.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Steuerkreissitzung, Teilnehmer: Verwaltungsdirektor, stellv. Verwaltungsdirektorin, Ärztlicher Direktor, stellv. Ärztliche Direktorin, Pflegedirektor, stellv. Pflegedirektoren, Qualitätsmanagement, Betriebsrat  
 Tagungsfrequenz: quartalsweise

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: Dokumentenlenkungssoftware "nexus curator" der Fa. nexus AG Letzte Aktualisierung: 19.07.2022
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z. B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)



Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Palliativbesprechungen
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)

#### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	Letzte Aktualisierung: 16.02.2023
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	Frequenz: jährlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	Frequenz: halbjährlich

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?

Ja, Tagungsfrequenz: monatlich

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:

Regelmäßige Risikoaudits durch einen externen Berater

#### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?

Ja, Tagungsfrequenz: quartalsweise

## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	1	Dr. med. Franz Hausinger (VK)
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	2	Dr. med. Heike Schönhofen (für Geriatrie); Dr. med. Hermine Hauke (für Gerontopsychiatrie und Psychiatrie)
Hygienefachkräfte (HFK)	2	Bock Michael; Andreas Feld
Hygienebeauftragte in der Pflege	27	Pro Station ist mind. ein/e Hygienebeauftragte(r) in der Pflege installiert.

<sup>1</sup> Angabe in Personen

Hygienekommission: ja

#### Vorsitzende / Vorsitzender

Name: Priv.-Doz. Dr. med. Ulrich Seidl  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ärztlicher Direktor  
 Telefon: 0681 / 889 - 2204  
 Telefax: 0681 / 889 - 2409  
 E-Mail: [sekr.psychiatrie@sb.shg-kliniken.de](mailto:sekr.psychiatrie@sb.shg-kliniken.de)

#### Tagungsfrequenz der Hygienekommission

Tagungsfrequenz: halbjährlich

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt: nein

#### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor: ja

Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst: ja

Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert: ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor: trifft nicht zu

**A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden**

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor: ja

Der Standard thematisiert insbesondere	
Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	ja
Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	ja
Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	ja
Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	ja
Meldung an die Ärztin oder den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	ja

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

**A-12.3.2.4 Händedesinfektion**

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: trifft nicht zu

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen: 24,68 ml/Patiententag

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen: ja

**A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)**

Der Standard thematisiert insbesondere	
Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke <sup>1</sup>	ja

**Der Standard thematisiert insbesondere**

Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	ja
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen	ja
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten	ja

<sup>1</sup> [www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html)

**A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement**

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	HAND-KISS	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Infecio-SAAR	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		vorwiegend Einmalinstrumente, Spezifische Mehrweg-Instrumente werden in einer externen Zentralsterilisation aufbereitet.
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		

### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM01	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	
BM02	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Verfahrensanweisung Lob- und Beschwerdemanagement
BM03	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	
BM04	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	
BM05	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM06	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<p>Dorothe Von Waldow                      Assistentin der Verwaltungsdirektion                      Telefon: 0681 / 889 - 2305                      Telefax: 0681 / 889 - 2105                      E-Mail: <a href="mailto:d.waldow@sb.shg-kliniken.de">d.waldow@sb.shg-kliniken.de</a></p> <p>Julia Zapf                      Qualitätsmanagementbeauftragte                      Telefon: 0681 / 889 - 2252                      Telefax: 0681 / 889 - 2105                      E-Mail: <a href="mailto:j.zapf@sb.shg-kliniken.de">j.zapf@sb.shg-kliniken.de</a></p> <p>Dipl.-Pflegerin (FH) Heike Spiegel                      Qualitätsmanagementbeauftragte                      Telefon: 0681 / 889 - 2252                      Telefax: 0681 / 889 - 2105                      E-Mail: <a href="mailto:h.spiegel@sb.shg-kliniken.de">h.spiegel@sb.shg-kliniken.de</a></p> <p>Link: <a href="https://sb.shg-kliniken.de/index.php?id=2255&amp;L=12">https://sb.shg-kliniken.de/index.php?id=2255&amp;L=12</a></p> <p>Der Umgang mit Lob, Anregungen und Beschwerden ist ein fest etabliertes Instrument im QM. Die Klinikleitung hat zu diesem Zweck das betriebliche Vorschlagswesen und das Lob-/Beschwerdenmanagement eingeführt. Diese werden zentral gesteuert. Alle Anregungen und Verbesserungspotentiale werden durch ein Gremium systematisch erfasst, aufgearbeitet und analysiert. Der Patientenförsprecher ist aktiv eingebunden. Kritik und Anregungen können auch über die permanente Patientenbefragung erfolgen.</p>
BM07	Eine Patientenförsprecherin oder ein Patientenförsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<p>Thomas Grün                      Patientenförsprecher                      Telefon: 0681 / 889 - 2206                      Telefax: 0681 / 889 - 2123                      E-Mail: <a href="mailto:t.gruen@sb.shg-kliniken.de">t.gruen@sb.shg-kliniken.de</a></p>
BM08	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Kontaktformular: <a href="https://www.shg-kliniken.de/sonnenberg/lob-anregungen-beschwerden/">https://www.shg-kliniken.de/sonnenberg/lob-anregungen-beschwerden/</a>
BM09	Es werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt	

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM10	Es werden regelmäßig Einweiserbefragungen durchgeführt	

## A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

### A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Die Arzneimittelkommission befasst sich regelmäßig mit dem Thema Arzneimitteltherapiesicherheit. GRB, zentrales Apothekenwesen, QM

### A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name: Kerstin Seyffardt  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leitung Zentralapotheke  
 Telefon: 06898 / 12 - 1430  
 Telefax: 06898 / 12 - 2308  
 E-Mail: [k.seyffardt@vk.shg-kliniken.de](mailto:k.seyffardt@vk.shg-kliniken.de)

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

	Anzahl <sup>1</sup>
Apothekerinnen und Apotheker	7
Weiteres pharmazeutisches Personal	5

<sup>1</sup> Angabe in Personen

### A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS03	Aufnahme ins Krankenhaus - inklusive Arzneimittelanamnese: Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittelanamnese	Name: Medikation bei Aufnahme Letzte Aktualisierung: 15.10.2018
AS07	Medikationsprozess im Krankenhaus: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)	

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS08	Medikationsprozess im Krankenhaus: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)	
AS09	Medikationsprozess im Krankenhaus: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung Zubereitung durch pharmazeutisches Personal Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
AS10	Medikationsprozess im Krankenhaus: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z. B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
AS11	Medikationsprozess im Krankenhaus: Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln	
AS12	Medikationsprozess im Krankenhaus: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	Fallbesprechungen Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)
AS13	Entlassung: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	Aushändigung des Medikationsplans Bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

## A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können u. a. Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.



Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?

ja

### A-12.6.1 Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

Gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

Es liegt ein auf Basis einer Gefährdungsanalyse erstelltes Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen vor, das mindestens die Elemente Prävention, Interventionsplan und Aufarbeitung gemäß Teil B Abschnitt I § 1 Satz 9 QM-RL umfasst:

ja

Instrumente und Maßnahmen im Rahmen des Schutzkonzeptes:

Nr.	Instrumente und Maßnahme	Zusatzangaben
SK01	Prävention: Informationsgewinnung zur Thematik	
SK02	Prävention: Fortbildungen der Mitarbeiter/-innen	
SK03	Prävention: Aufklärung	
SK04	Prävention: Verhaltenskodex mit Regeln zum achtsamen Umgang mit Kindern und Jugendlichen	Letzte Überprüfung: 30.08.2023
SK05	Prävention: Altersangemessene Beschwerdemöglichkeiten	
SK06	Prävention: Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl	
SK07	Prävention: Sonstiges	
SK08	Intervention: Interventionsplan Verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht auf (sexuelle) Gewalt	Letzte Überprüfung: 30.08.2023
SK09	Intervention: Sonstiges	
SK10	Aufarbeitung: Handlungsempfehlungen zum Umgang / zur Aufarbeitung aufgetretener Fälle	Letzte Überprüfung: 30.08.2023
SK11	Aufarbeitung: Sonstiges	

### A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h <sup>1</sup>
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	<input type="checkbox"/>
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	<input type="checkbox"/>
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	———— <sup>2</sup>

<sup>1</sup> 24h: Notfallverfügbarkeit 24 Stunden am Tag sichergestellt (<sup>2</sup> bei diesem Gerät nicht anzugeben)

### A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschläge vor.

#### A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung: trifft nicht zu

Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung (siehe A-14.3): ja

#### A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

#### A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Tatbestand, der dazu führt, dass das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Regelung zu den Notfallstrukturen die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllt:  
Krankenhäuser und selbstständig gebietsärztlich geleitete Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie

und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind

#### **A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Absatz 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)**

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde: nein

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden: nein

## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

### B-1 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik

#### B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik  
Schlüssel: Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik (2955)

#### Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Dr. med. Rosa Adelinde Fehrenbach  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefärztin/Gerontopsychiatrie  
Telefon: 0681 / 889 - 2532  
Telefax: 0681 / 889 - 2197  
E-Mail: [sekr.geronto@sb.shg-kliniken.de](mailto:sekr.geronto@sb.shg-kliniken.de)  
Straße: Lahnstraße 19  
PLZ / Ort: 66113 Saarbrücken  
Adress-Link: <https://www.shg-kliniken.de/sonnenberg/tagesklinik/gerontopsychiatrie/>

Angst, Trauer, Depressionen, Verwirrtheit:

Alt und seelisch krank was tun?

Auch im Ruhestandsalter lassen sich psychische Erkrankungen erfolgreich und gut behandeln. Sie müssen lediglich erkannt und fachgerecht angegangen werden.

Hier setzt der Behandlungsschwerpunkt der Gerontopsychiatrie an, die die altersangepasste psychiatrische Versorgung ab dem 60. Lebensjahr leistet und auf jahrelange spezielle Erfahrungen zurückgreifen kann.

Unsere Gerontopsychiatrische Tagesklinik befindet sich in der Lahnstraße in Saarbrücken und verfügt über 15 Behandlungsplätze.

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

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

Ja

### B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik
VP15	Psychiatrische Tagesklinik

### B-1.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

### B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 48

### B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

### B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	616
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	57
3	9-626	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	19
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	14
5	1-206	Untersuchung der Nervenleitung - ENG	< 4

### B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

### B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

### B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

- Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- stationäre BG-Zulassung

### B-1.11 Personelle Ausstattung

#### B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	0,1
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,1
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,1
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	0,1
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,1
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,1
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften, außer bei Belegärztinnen und Belegärzten Angabe in Personen

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ42	Neurologie
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF09	Geriatric
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –

**B-1.11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kranken- pfleger	1,44	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,44	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,44	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	1	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	0,86	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,86	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,86	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - anerkannte Fachweiterbildungen**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

### B-1.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Anzahl<sup>1</sup></b>
Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten	0,5
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,5
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	0,1
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,1
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,1
– davon ambulante Versorgungsformen	0

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften





Qualitätssicherung



QBX

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

### **C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate**

Das Krankenhaus erbringt keine Leistungen, die eine Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung ermöglichen.

### **C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung**

Das Krankenhaus erbringt keine Leistungen, die eine Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung ermöglichen.

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

Über §§ 136a und 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

Das Krankenhaus nimmt nicht an Disease-Management-Programmen teil.

## **C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## **C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

		Anzahl <sup>1</sup>
1.	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht <sup>2</sup> unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	51
2.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	41
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	37

<sup>1</sup> Angabe in Personen

<sup>2</sup> 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))

## C-8 Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) im Berichtsjahr

### C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats- bezogener Erfüllungsgrad <sup>1</sup>	Ausnahme- tatbestände
Neurologische Früh- rehabilitation	N1	Tag	100 %	0
		Nacht	100 %	0
Neurologische Früh- rehabilitation	N2	Tag	100 %	0
		Nacht	100 %	0
Neurologische Früh- rehabilitation	Neurologie	Tag	100 %	0
		Nacht	100 %	0
Geriatric	Station Ellenruth von Gemmingen - Naturheil- kunde	Tag	100 %	0
		Nacht	100 %	0
Geriatric	Station G1	Tag	100 %	0
		Nacht	100 %	0

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats- bezogener Erfüllungsgrad <sup>1</sup>	Ausnahme- tatbestände
Neurologie	Station G1/N3	Tag	100 %	0
		Nacht	100 %	0
Geriatric	Station G2	Tag	100 %	0
		Nacht	100 %	0
Geriatric	Station G3	Tag	100 %	0
		Nacht	100 %	0

<sup>1</sup> Monatsbezogener Erfüllungsgrad: Anteil der Monate des Berichtsjahres, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen auf der jeweiligen Station im Monatsdurchschnitt eingehalten wurden, getrennt nach Tag- und Nachtschicht. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)

### C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad <sup>1</sup>
Neurologische Frührehabilitation	N1	Tag	77,35 %
		Nacht	83,43 %
Neurologische Frührehabilitation	N2	Tag	84,53 %
		Nacht	86,74 %
Neurologische Frührehabilitation	Neurologie	Tag	52,17 %
		Nacht	81,52 %
Geriatric	Station Ellenruth von Gemmingen - Naturheilkunde	Tag	99,18 %
		Nacht	50,14 %
Geriatric	Station G1	Tag	99,17 %
		Nacht	53,33 %
Neurologie	Station G1/N3	Tag	96,33 %
		Nacht	81,22 %
Geriatric	Station G2	Tag	100 %
		Nacht	64,93 %

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad <sup>1</sup>
Geriatric	Station G3	Tag	99,73 %
		Nacht	67,12 %

<sup>1</sup> Schichtbezogener Erfüllungsgrad: Anteil der geleisteten Schichten auf der jeweiligen Station, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen eingehalten wurden, getrennt nach Tag- und Nachtschicht. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)

## C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.
- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung.
- Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.

Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

Kommentar:

### C-9.1 Zeitraum des Nachweises

Die Krankenhäuser weisen die Einhaltung der Mindestvorgaben quartalsweise nach. Im Folgenden werden die Quartale jeweils nebeneinander dargestellt.

### C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Vollständige und fristgerechte Nachweisführung	ja	ja	ja	ja

### C-9.3a Einrichtungstyp: Erwachsenenpsychiatrie

#### Strukturangaben zur Einrichtung (C-9.3.1)

##### Regionale Pflichtversorgung

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Für die Einrichtung gilt eine durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung	nein	nein	nein	nein

##### Stationen

###### PRTK

Stationstyp: C = offene, nicht elektive Station

Behandlungsschwerpunkt: A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Planbetten der vollstationären Versorgung	0	0	0	0
Planplätze der teilstationären Versorgung	19	19	19	19

###### TKGPL

Stationstyp: C = offene, nicht elektive Station

Behandlungsschwerpunkt: G = Konzeptstation für Gerontopsychiatrie

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Planbetten der vollstationären Versorgung	0	0	0	0
Planplätze der teilstationären Versorgung	15	15	15	15

#### Behandlungsumfang (in Tagen) und Behandlungsbereiche

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung	757	615	642	201

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
G6 = Gerontopsychiatrie - Tages- klinische Behandlung	632	459	509	697

### **Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad sowie tatsächliche Personalausstattung nach Berufsgruppen (C-9.3.2/3)**

#### **In der Einrichtung**

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Einhaltung der Mindestvorgabe	ja	ja	ja	ja
Umsetzungsgrad	121,28 %	152,77 %	104,03 %	98,68 %

#### **Nach Berufsgruppen**

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
<b>Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten</b>				
Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten	ja	ja	ja	ja
Geforderte Mindestpersonal- ausstattung (in Stunden)	529	410	439	343
Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)	663	578	426	320
Umsetzungsgrad	125,34 %	140,98 %	97,04 %	93,29 %
<b>Pflegfachpersonen</b>				
Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten	ja	ja	ja	nein
Geforderte Mindestpersonal- ausstattung (in Stunden)	1.613	1.243	1.335	1.085
Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)	1.570	1.334	1.701	947
Umsetzungsgrad	97,32 %	107,32 %	127,42 %	87,28 %
<b>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen</b>				
Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten	ja	ja	ja	ja

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Geforderte Mindestpersonal- ausstattung (in Stunden)	495	384	412	321
Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)	787	847	412	453
Umsetzungsgrad	159,03 %	220,57 %	100 %	141,12 %
<b>Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten</b>				
Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten	ja	ja	ja	ja
Geforderte Mindestpersonal- ausstattung (in Stunden)	797	616	660	506
Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)	944	810	660	456
Umsetzungsgrad	118,5 %	131,49 %	100 %	90,12 %
<b>Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physio- therapeuten</b>				
Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten	ja	ja	ja	ja
Geforderte Mindestpersonal- ausstattung (in Stunden)	97	75	81	71
Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)	115	123	81	64
Umsetzungsgrad	118,83 %	164 %	100 %	90,14 %
<b>Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heil- pädagoginnen und Heilpädagogen</b>				
Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten	ja	ja	ja	ja
Geforderte Mindestpersonal- ausstattung (in Stunden)	313	241	259	203
Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)	340	367	259	183
Umsetzungsgrad	108,65 %	152,28 %	100 %	90,15 %



**Ausnahmetatbestände**

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Ausnahmetatbestand 1: Kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle	nein	nein	nein	nein
Ausnahmetatbestand 2: Kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen	nein	nein	nein	nein
Ausnahmetatbestand 3: Gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen	nein	nein	nein	nein

### **C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien**

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

Am Krankenhausstandort werden keine Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet.



Qualitätsmanagement

D

QBx

## D-1 Qualitätspolitik

### Qualitätspolitik in der SHG-Gruppe

Die Qualitätspolitik der SHG-Kliniken Sonnenberg leitet sich von den Unternehmensgrundsätzen der SHG-Gruppe ab, die für alle Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen gelten. Sie verbinden den Anspruch der SHG-Gruppe, alle Patienten und Rehabilitanden fachkompetent, entsprechend dem Stand der aktuellen medizinischen Erkenntnisse, zu behandeln und gleichzeitig die vorhandenen Ressourcen verantwortungsbewusst und gezielt einzusetzen, um im Wettbewerb erfolgreich zu bestehen. Zur Unterstützung unserer Bemühungen um Qualität und die Identifikation von Verbesserungen im Sinne der Weiterentwicklung haben wir konzernweit mit allen Führungskräften das europäische Qualitätsmanagement-System EFQM (European Foundation for Quality Management) eingeführt (2002). Seit 2004 orientieren wir uns auch am krankenhausspezifischen Zertifizierungssystem der KTQ - Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen.

Von der Patientenaufnahme bis zur -entlassung werden alle während einer Behandlung erforderlichen direkten, patientennahen und indirekten, in die Behandlung unterstützenden Prozesse berücksichtigt sowie die Zufriedenheit von Patienten, Einweisern, Mitarbeitern und die Behandlungsergebnisse geprüft. Im Rahmen des seit 2004 eingeführten klinischen Risikomanagements werden potentielle Risiken für die Patientensicherheit systematisch erfasst und vorbeugende Maßnahmen ergriffen.

Gemäß dem **Leitsatz** unseres Unternehmens "**Geborgenheit durch Kompetenz und Freundlichkeit**" stehen der Patient als Mensch, seine bestmögliche Behandlung und Betreuung im Mittelpunkt unseres Handelns. Der Leitsatz ist ein Kernelement der **zehn Unternehmensgrundsätze der SHG-Gruppe**:

#### **1. Wir sind ein Dienstleistungsunternehmen**

Wir definieren uns als ein Unternehmen, das sich durch ein persönliches und verantwortungsbewusstes Verhältnis zu den Patienten und Rehabilitanden auszeichnet, zugleich aber auch wirtschaftlich denkt und handelt. Wir wollen, dass wir in unserer Region als leistungsstarke Klinikgruppe anerkannt werden.

#### **2. Unser Unternehmensleitsatz lautet: „Geborgenheit durch Kompetenz und Freundlichkeit“**

Das heißt: Im Mittelpunkt all unserer Bemühungen stehen unsere Patienten und Rehabilitanden. Wir sind Dienstleister, sie sind unsere "Kunden". Fachkompetente Maßnahmen und menschliche Zuwendung richten sich aus an den Problemen und Bedürfnissen unserer Patienten und Rehabilitanden.

#### **3. Engagierte MitarbeiterInnen sind unser größtes Kapital**

Engagierte, verantwortungsbewusste und zum mitmenschlichen Umgang fähige und gewillte MitarbeiterInnen sind die Grundlage für unseren Unternehmenserfolg. Wir achten unsere MitarbeiterInnen und sind uns unserer sozialen Verpflichtung bewusst.

#### **4. Fachkompetenz ist unverzichtbar**

Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung haben einen hohen Stellenwert und sind ständige Aufgabe des Trägers. Fachkompetenz immer wieder aufzufrischen ist die selbstverständliche Aufgabe der MitarbeiterInnen.

#### **5. Es kommt auf jeden an**

In unseren arbeitsteiligen und spezialisierten Kliniken sind Kompetenz, Verantwortungsbewusstsein und Engagement jedes Einzelnen notwendig, um den Betriebserfolg zu erzielen. Deshalb hat Zusammenarbeit in einem offenen und fairen Umgang miteinander eine hohe Bedeutung. Unser Verhalten ist stets sach- und lösungsorientiert. Das Unternehmensziel gilt nicht nur mit Blick auf diejenigen, für die wir arbeiten, sondern auch für die, mit denen wir arbeiten.

**6. Wir praktizieren eine kooperative Führung**

Überzeugen durch vorbildliches Handeln ist die Grundlage jeder Führung. Dabei setzen wir auf kooperative Führung, weil dies Delegation erfordert und dadurch die Eigenverantwortung der MitarbeiterInnen gestärkt wird.

**7. Wir sind verlässlicher Partner**

Wir erbringen Leistungen für Andere, andere erbringen Leistungen für uns. Zu unseren Partnern pflegen wir eine zuverlässige Zusammenarbeit. Dies gilt für Patienten und Rehabilitanden und deren Angehörige ebenso wie für die Kostenträger, Behörden, niedergelassene Ärzte und Unternehmen.

**8. Wir sind gut - aber wir wollen noch besser werden**

Wir sind aufgeschlossen gegenüber sachdienlichen neuen Trends und Veränderungen. Wir setzen für unsere Standards hohe Maßstäbe und streben nach kontinuierlicher Verbesserung. Schwachstellen müssen beseitigt werden.

**9. Wir stellen uns dem Gebot der Wirtschaftlichkeit**

Wir sind kein Wirtschaftsunternehmen; dennoch müssen wir wirtschaftlich handeln und positive Betriebsergebnisse erzielen. Nur dadurch können wir die Arbeitsplätze sichern. Dabei kann es im Spannungsfeld zwischen Patientenversorgung und Wirtschaftlichkeit zu Konflikten kommen. Wir bejahen die Notwendigkeit, mit dem Geld anderer Leute so sorgsam wie möglich umzugehen.

**10. Unternehmensgrundsätze wollen gelebt sein**

Die Bereitschaft unserer MitarbeiterInnen zur Identifikation mit diesen Grundsätzen und zu deren Umsetzung und Weiterentwicklung ist wesentlicher Garant für den gemeinsamen Erfolg.

**Leitbild der SHG-Kliniken Sonnenberg**

**Das Leitbild** der SHG-Kliniken Sonnenberg ergänzt seit 2006 die konzernweiten Unternehmensgrundsätze und berücksichtigt die Besonderheiten unserer Kliniken mit den speziellen, auf unsere Patienten ausgerichteten Behandlungs- und Betreuungsangeboten.

**Präambel**

Die SHG-Kliniken Sonnenberg sind ein Krankenhaus der Akutversorgung und wir behandeln Menschen mit akuten und chronischen, seelischen und körperlichen Krankheiten.

Aus mehreren Einrichtungen mit unterschiedlichen Aufgabenstellungen haben wir uns zu Fachkliniken entwickelt. Verschiedene Standorte garantieren Wohnortnähe.

Träger der Kliniken ist die Saarland-Heilstätten GmbH (SHG).

Das Leitbild dient der Darstellung unseres Selbstverständnisses und informiert unsere Patienten, deren Angehörige und die Öffentlichkeit über unser gemeinsames Streben und Handeln.

Für alle Mitarbeiter unserer Kliniken, unabhängig von Position und Tätigkeit, stellt das Leitbild die Grundlage und Orientierung dar, für das tägliche Handeln und die Entwicklung unserer Kliniken.

**Unser Menschenbild**

Grundlage unseres Handelns ist die Unantastbarkeit der Würde des Menschen, unabhängig von Nationalität, kulturellem Hintergrund, Glaube, sozialer Stellung, Geschlechtsidentität und Alter. Wir achten das Recht auf Selbstbestimmung, unterstützen und fördern die Fähigkeit der Menschen zu Entwicklung und Eigenverantwortlichkeit.

Durch wertschätzenden Umgang miteinander schaffen wir die Voraussetzung für eine vertrauensvolle und professionelle Zusammenarbeit.

**Patientenorientierung**

Im Mittelpunkt unseres Handels stehen unsere Patienten mit ihren Angehörigen und ihrem sozialen Umfeld. Wir begegnen ihnen mit Respekt und menschlicher Zuwendung.

Das Einfühlen in die seelischen und körperlichen Beschwerden und Probleme der Patienten und in ihre Lebenswelten ist eine Grundlage der Behandlungspartnerschaft.

Wir sind offen für alle Informationen, die uns die Patienten sowie ihre Bezugspersonen geben und teilen unser Wissen und unsere Erfahrung mit ihnen. Soweit wie möglich werden die Behandlungsschritte gemeinsam geplant und durchgeführt. So können wir das gegenseitige Vertrauen erreichen, um die von uns angebotenen Hilfen umfassend und nachhaltig wirksam werden zu lassen. Unser Bestreben ist es durch qualifizierte medizinische, pflegerische, soziale und therapeutische Hilfe unserer Patienten **Geborgenheit durch Kompetenz und Freundlichkeit** zu vermitteln.

### **Mitarbeiterorientierung**

In unseren Kliniken arbeiten qualifizierte und kompetente, sowie in Ausbildung befindliche Mitarbeiter, die wir zu einem zielorientierten und eigenverantwortlichen Handeln ermutigen. Wir fördern und unterstützen die Kooperation und Kommunikation aller untereinander und sind offen für neue Ideen. Eine transparente Unternehmensstruktur und eine durch Vertrauen geprägte Beziehung zwischen Belegschaft und Unternehmensführung sollen uns dabei unterstützen.

### **Qualitätsmanagement**

Wir arbeiten ständig daran, die hohe Qualität unserer medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen zu sichern und weiter zu entwickeln. Dazu orientieren wir uns an klar formulierten Vorgaben, überprüfen die Abläufe und leiten erforderliche Korrekturen ein. Durch qualifizierte Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Berufsgruppen bilden wir die Grundlage für eine angemessene patientenorientierte Behandlung, Pflege und Betreuung.

### **Wirtschaftlichkeit**

Als Dienstleistungsunternehmen unterliegen wir den Grundsätzen einer leistungsfähigen und wirtschaftlichen Betriebsführung. Gute Patientenversorgung und hohe Wirtschaftlichkeit stellen keinen unlösbaren Widerspruch dar.

### **Nachhaltigkeit**

Wir sind uns unserer ökonomischen, ökologischen und sozialen Verantwortung bewusst. Deshalb gehen wir mit den Ressourcen der Kliniken verantwortlich um und stehen mit Blick auf gesellschaftliche Auswirkungen, insbesondere zu einer nachhaltigen Materialwirtschaft und Abfallentsorgung.

### **Betriebsführung**

Unsere Führungs- und Leitungskräfte tragen Verantwortung für eine qualitativ gute, wirtschaftlich erfolgreiche und zukunftsorientierte Leistungserbringung ihrer Bereiche. Sie sorgen für das notwendige Zusammenwirken aller Organisationseinheiten unseres Klinikbetriebes und leiten ihre Mitarbeiter in einem kooperativen Führungsstil. Die Betrachtung des Mitarbeiters erfolgt dabei ganzheitlich in seiner individuellen Lebensphase und seinem Weiterentwicklungspotential. Die Zusammenarbeit ist gekennzeichnet von Kollegialität, Respekt, Vertrauen, höflichen Umgangsformen und gegenseitiger Achtung aller.

### **Zusammenarbeit mit anderen**

Als Teil des Gesundheitswesens kooperieren wir mit niedergelassenen Ärzten und Therapeuten, anderen Kliniken sowie sonstigen medizinischen und sozialen Einrichtungen.

Selbsthilfegruppen sind für uns wichtige Ansprechpartner bei der Betreuung verschiedener Patienten und ihrer Angehörigen. Wir vernetzen uns innerhalb und außerhalb des Kernbereichs, um unsere Kompetenzen nachhaltig einzubringen, voneinander zu lernen und uns gemeinsam zukunftsweisend aufzustellen.

Mit Kostenträgern, Bildungseinrichtungen, Interessenverbänden und Lieferanten arbeiten wir vertrauensvoll zusammen. Wir sorgen dafür, dass unsere Arbeit gegenüber unseren Partnern und der Öffentlichkeit transparent und nachvollziehbar ist.

## D-2 Qualitätsziele

Die **Qualitätsziele** der SHG-Kliniken wurden durch die Führungskräfte auf Ebene der Kliniken und des Konzerns festgelegt. Sie umfassen

- Festlegung der Strategieausrichtung der gesamten SHG-Gruppe sowie der einzelnen SHG-Kliniken,
- Ausbau und Weiterentwicklung von Zentren und Schwerpunkten,
- Ausbau der Angebote in prä- und poststationären Bereichen,
- kontinuierliche Überprüfung und Steigerung der Zufriedenheit von Patienten und Einweisern,
- kontinuierliche Überprüfung und Steigerung der Mitarbeiterorientierung und der Mitarbeiterzufriedenheit,
- Nutzung der Synergieeffekte und der Fachkompetenz innerhalb der SHG-Gruppe,
- Prozess-Reorganisation mit Fokus auf eine patientenorientierte Behandlung unter Berücksichtigung der gesetzlichen Rahmenbedingungen,
- Fortschrittskontrolle durch regelmäßige Selbstbewertungen (z.B. nach KTQ), Erstellung von Qualitätsberichten sowie durch Fremdbewertungen im Rahmen diverser Zertifizierungsmaßnahmen (DIN ISO, KTQ, Qualitätssiegel Rheinland-Pfalz, etc.).
- Fortschrittskontrolle und Weiterentwicklung der vorhandenen Kennzahlensysteme mit definierten Zielen und Maßnahmen auf Ebene der SHG-Gruppe und der einzelnen Einrichtungen.

In diesem Zusammenhang wird die Infrastruktur unserer Kliniken ständig erweitert.

2017 wurde mit der Eröffnung des Neubaus Haus 2 ein zentraler Eingangs- und Aufnahmebereich geschaffen. In diesem befinden sich die zentrale Patientenaufnahme, Bettenstationen, Personalcafeteria, Information, Bibliothek, Friseur, Verwaltungsräume, eine großzügige Wartezone sowie das Café Sunny Hill für Patienten und Besucher.

2019 erfolgte nach weiteren Umbaumaßnahmen der Umzug der Klinik Halberg, wodurch die Klinik für Geriatrie nun zentral auf dem Sonnenberg angesiedelt ist.

## D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

### Hausinterne Organisation

Qualitätsmanagement (QM) wird in den SHG-Kliniken Sonnenberg als ganzheitliche Managementaufgabe und als Aufgabe der Mitarbeiter in ihrer täglichen Arbeit verstanden.

Der Aufbau und die Organisation des QM tragen diesem Ansatz Rechnung. Eine Qualitätsmanagerin steht als Ansprechpartnerin zu allen Fragen rund um das Thema QM zur Verfügung.

Alle zentralen und übergreifenden Qualitätsmanagementmaßnahmen werden durch den Steuerkreis - bestehend aus der Krankenhausleitung (Verwaltungsdirektion, Ärztliche Direktion, Pflegedirektion), Vertretern des Betriebsrates sowie der Abteilung Qualitätsmanagement - in die Wege geleitet. Bei Bedarf werden externe Fachexperten hinzugezogen. Der Steuerkreis bestimmt die Ziele, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements. Qualitätsdokumente werden über den Steuerkreis gelenkt und die Projekt- und Arbeitsgruppen zur Umsetzung von QM-Maßnahmen festgelegt und koordiniert. Der Steuerkreis trifft sich einmal pro Quartal, bei aktuellen Themenstellungen auch

häufiger. Die Koordination, Durchführung und Begleitung aller durch den Steuerkreis initiierten Maßnahmen, z.B. von Projekten, erfolgt durch die Abteilung QM.

Unser etabliertes Qualitätsmanagement sichert unter anderem eine kontinuierliche Qualitätssicherung und -entwicklung.

Im Zentrum steht dabei die kontinuierliche Optimierung der Behandlungs- und Versorgungsqualität unter der Berücksichtigung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit.

## Organisation auf Konzernebene

Die Koordination von zentralen Maßnahmen und Projekten erfolgen über eine konzernweite Organisation mit regelmäßigen Treffen der Qualitätsmanager aller Einrichtungen.

Die grundsätzlichen Weichenstellungen für die QM-Weiterentwicklung erfolgen auf Konzernebene. Das Ziel der zentralen Projektleitertreffen besteht im hausübergreifenden Projektcontrolling, in der Koordination von zentralen Projekten, der Identifikation von nutzbaren Synergien sowie im gegenseitigen Informationsaustausch und der weiteren QM-Entwicklung.

## D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Die regelmäßige Anwendung der Instrumente des Qualitätsmanagements verhelfen unseren Kliniken:

- die Qualität zu sichern,
- die Qualität zu überprüfen,
- die Qualität weiterzuentwickeln.

Somit sind die QM-Instrumente ein wesentlicher Bestandteil unserer Organisationsentwicklung.

QM-Instrumenten sind Methoden und Techniken die zum Erkennen, zum Verstehen und zur Problemlösung eingesetzt werden. Sie werden aber auch zur Veranschaulichung von komplexen Systemen genutzt.

Im Qualitätsmanagement arbeiten wir nach dem Prinzip des PDCA-Zyklus - vom Qualitätsziel hin bis zur Verbesserung.

- Plan - Festlegung, Dokumentation von Qualitätszielen für die Praxis
- Do - Ergreifen von Umsetzungsmaßnahmen
- Check - Systematische Überprüfung der Zielerreichung
- Act - Anpassung der Maßnahmen, wenn notwendig

Unsere im Qualitätsmanagement eingesetzten Instrumente sind u.a.

- Befragungen: Patienten, Mitarbeiter, Einweiser
- Lob- und Beschwerdemanagement
- Betriebliches Vorschlagswesen
- Audits: Interne, Externe z.B. durch die Fa. GRB (Gesellschaft für Risikoberatung)
- Fehler- und Risikomanagement
- Interne und externe Qualitätssicherung: Berufsgruppenübergreifende Konferenzen,
- Verschriftlichung von Verfahrensanweisungen, Leitlinien und Standards, welche unter anderem in Audits überprüft werden

## D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

### Projektmanagement

Strukturierte Projektarbeit ist eine wichtige Säule im Qualitätsmanagement.

Im Projektmanagement legen wir viel Wert auf eine optimale Gestaltung der fach- und berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit und internen Kommunikation.

Unser Projektmanagement unterstützt die Bearbeitung komplexer bereichs- und berufsgruppenübergreifender Projekte zu verschiedenen Themengebieten.

Projekte werden zentral über den Steuerkreis gelenkt. Auf Grundlagen der genutzten QM-Instrumente und der Visitationsergebnisse werden Optimierungspotentiale identifiziert und Projektvorschläge erarbeitet. Diese werden im Steuerkreis priorisiert und durch die Klinikleitung in Auftrag gegeben. Die Projekte werden bei den zentralen QM-Treffen auf Konzernebene vorgestellt.

Alle Projekte in unseren Kliniken werden anhand eines systematischen Projektmanagements durchgeführt. Um Projektziele mit einem angemessenen Ressourcenaufwand zu erreichen, werden klare Zieldefinitionen, geregelte Verantwortlichkeiten sowie konkrete Terminsetzungen zur Umsetzung genutzt.

Im Folgenden eine Auswahl unserer aktuellen Projekte:

### P-Doc (elektronische Patientenfallakte)

Einführung einer elektronischen Patientenfallakte (e-FA) in allen Fachabteilungen. Vorteile der e-FA sind Synergieeffekte, Vermeidung einer Mehrfachdokumentation und zeitgleiche Zugriffe durch unterschiedliche Berufsgruppen sowie die elektronische Arztbriefschreibung.

### Pflegevisite

Einführung der strukturierten Pflegevisite in alle Fachbereiche. Aus Sicht des Qualitätsmanagements ist die Pflegevisite ein wichtiges Instrument, die Ergebnisqualität der Versorgung und Betreuung von Patienten zu erheben und auszuwerten. Die Teilnahme an den Pflegevisiten bedeuten für den Patienten eine aktive Teilnahmemöglichkeit in seiner Versorgung und Betreuung. Für die Einrichtung und Mitarbeiter geben die Ergebnisse der Pflegevisite Anlass zur Selbststeuerung und Qualitätsverbesserung.

### Entlassmanagement

Ziel des strukturierten Entlassmanagement ist eine nach einem Krankenhausaufenthalt lückenlose pflegerische und medizinische Versorgung. Die Krankenhäuser werden somit gesetzlich dazu verpflichtet (§39 Abs. 1a SGB V) die Entlassung ausführlich vorzubereiten. Das hausinterne Entlassmanagement wurde für alle Standorte evaluiert und wird elektronisch im Krankenhausinformationssystem (KIS) abgebildet. Wir beteiligen uns an der Projektgruppe Entlassmanagement der Saarländischen Krankenhausgesellschaft (SKG).



## D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

### KTQ Zertifizierung

Seit 2005 lassen sich die SHG-Kliniken Sonnenberg alle drei Jahre nach dem KTQ-Modell zertifizieren. Dieses Modell der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) ist ein freiwilliges Zertifizierungsverfahren. Dabei werden alle für ein Krankenhaus relevanten Bereiche und Prozesse auf ihre Qualität hin überprüft. Die Überprüfung erfolgt dabei in den Themengebieten:

- Patientenorientierung
- Mitarbeiterorientierung
- Sicherheits- und Risikomanagement
- Informations- und Kommunikationswesens
- Unternehmensführung
- Qualitätsmanagement.

Im Juni 2023 wurde in den SHG-Kliniken Sonnenberg die 6. Re-Zertifizierung erfolgreich durchgeführt.

### Qualitätssiegel Geriatrie

Im November 2021 hat die Klinik für Geriatrie der SHG-Kliniken Sonnenberg, nach einem erfolgreichen Zertifizierungsverfahren, das Qualitätssiegel Geriatrie erhalten.

Mit dem Qualitätssiegel, herausgegeben vom Bundesverband Geriatrie, unterstreicht die Klinik ihre hohe multiprofessionelle Versorgungsqualität geriatrischer Patienten von der Aufnahme bis hin zur Entlassung.



**erstellt mit QBX 2022**