

Strukturierter Qualitätsbericht  
gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

für

Schön Klinik Berchtesgadener Land SE & Co.  
KG –AKUT

über das Berichtsjahr 2020

IK: 260914744  
Datum: 09.11.2021

## **Einleitung**

### **Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person**

Name: Diana Pfnür  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Qualitätsmanagerin  
Telefon: 08652 / 93 – 1640  
Telefax: 08652 / 93 – 221640  
E-Mail: [dpfnuer@schoen-klinik.de](mailto:dpfnuer@schoen-klinik.de)

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

Name: Sven Schönfeld  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Klinikgeschäftsführer  
Telefon: 08652 / 93 – 1600  
Telefax: 08652 / 93 – 221600  
E-Mail: [sschoenfeld@schoen-klinik.de](mailto:sschoenfeld@schoen-klinik.de)

### **Weiterführende Links**

Homepage: [www.schoen-klinik.de](http://www.schoen-klinik.de)

# Inhaltsverzeichnis

Einleitung

## **A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses**

- A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses
- A-2 Name und Art des Krankenhausträgers
- A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus
- A-3a Organisationsstruktur des Krankenhauses
- A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie
- A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses
- A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses
- A-7 Aspekte der Barrierefreiheit
  - A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen
  - A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit
- A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses
  - A-8.1 Forschung und akademische Lehre
  - A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen
- A-9 Anzahl der Betten
- A-10 Gesamtfallzahlen
- A-11 Personal des Krankenhauses
  - A-11.1 Ärztinnen und Ärzte
  - A-11.2 Pflegepersonal
  - A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik
  - A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal
- A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung
  - A-12.1 Qualitätsmanagement
    - A-12.1.1 Verantwortliche Person
    - A-12.1.2 Lenkungs-gremium
  - A-12.2 Klinisches Risikomanagement
    - A-12.2.1 Verantwortliche Person
    - A-12.2.2 Lenkungs-gremium
    - A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen
      - A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems
      - A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen
    - A-12.2.3.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte
      - A-12.2.3.3.1 Hygienepersonal
      - A-12.2.3.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene
        - A-12.2.3.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen
        - A-12.2.3.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie
        - A-12.2.3.3.2.3 Umgang mit Wunden
        - A-12.2.3.3.2.4 Händedesinfektion
        - A-12.2.3.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)
        - A-12.2.3.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement
    - A-12.2.3.3.3 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement
    - A-12.2.3.3.4 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)
      - A-12.2.3.3.4.1 Verantwortliches Gremium
      - A-12.2.3.3.4.2 Verantwortliche Person
      - A-12.2.3.3.4.3 Pharmazeutisches Personal
      - A-12.2.3.3.4.4 Instrumente und Maßnahmen
  - A-12.2.3.4 Besondere apparative Ausstattung
  - A-12.2.3.5 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V
    - A-12.2.3.5.1 Teilnahme an einer Notfallstufe
    - A-12.2.3.5.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung
    - A-12.2.3.5.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

## **B Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen**

### **B-1 Psychosomatik/Psychotherapie**

- B-1.1 Name der Fachabteilung
- B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Fachabteilung
- B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung
- B-1.4 [unbesetzt]
- B-1.5 Fallzahlen der Fachabteilung
- B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-1.11 Personelle Ausstattung
  - B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte
  - B-1.11.2 Pflegepersonal
  - B-1.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

### **C Qualitätssicherung**

- C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V
- C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V
- C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V
- C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung
- C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V
- C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V
- C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V
- C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

### **D Qualitätsmanagement**

- D-1 Qualitätspolitik
- D-2 Qualitätsziele
- D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
- D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements
- D-5 Qualitätsmanagement-Projekte
- D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

# **A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses**

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. 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 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

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

Name: Schön Klinik Berchtesgadener Land SE & Co. KG –AKUT  
Institutionskennzeichen: 260914744  
Standortnummer: 772494000  
Standortnummer (alt): 00  
Straße: Malterhöh 1  
PLZ / Ort: 83471 Schönau  
Adress-Link: [www.schoen-klinik.de](http://www.schoen-klinik.de)  
Telefon: 08652 / 93 – 0  
Telefax: 08652 / 93 – 1650  
E-Mail: [RezeptionBGL@schoen-klinik.de](mailto:RezeptionBGL@schoen-klinik.de)

### **Ärztliche Leitung**

Name: Dr. Robert Doerr  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt  
Telefon: 08652 / 93 – 1507  
Telefax: 08652 / 93 – 221507  
E-Mail: [rdoerr@schoen-klinik.de](mailto:rdoerr@schoen-klinik.de)

### **Pflegedienstleitung**

Name: Jörg Kaiser  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: kommissarische Pflegedienstleitung  
Telefon: 08652 / 93 – 1608  
Telefax: 08652 / 93 – 221608  
E-Mail: [JKaiser@schoen-klinik.de](mailto:JKaiser@schoen-klinik.de)

### **Verwaltungsleitung**

Name: Sven Schönfeld  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Klinikgeschäftsführer  
Telefon: 08652 / 93 – 1600  
Telefax: 08652 / 93 – 221600  
E-Mail: [SSchoenfeld@schoen-klinik.de](mailto:SSchoenfeld@schoen-klinik.de)

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

Träger: Schön Klinik Berchtesgadener Land SE & Co. KG  
Art: privat  
Internet: [www.schoen-klinik.de](http://www.schoen-klinik.de)

## **A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

Die Schön Klinik Berchtesgadener Land bietet für Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen ein stationäres, verhaltensmedizinisch-integratives Behandlungsangebot und gehört zur Schön Klinik, zu deren Unternehmensgruppe insgesamt 24 Standorte in Deutschland und Großbritannien gehören. Teamarbeit wird in unserer Klinik groß geschrieben. Aus gutem Grund: Erst das interdisziplinäre Zusammenspiel unserer Experten ermöglicht eine wirklich ganzheitliche Betrachtung und Behandlung des Patienten:

- Ärzte verschiedenster Fachrichtungen
- Diplom-Psychologen und Psychotherapeuten
- Krankenschwestern und -Pfleger (Cotherapeuten)
- Sport- und Bewegungstherapeuten
- Physiotherapeuten
- Gestaltungs- und Ergotherapeuten
- Ernährungsspezialisten (Oecotrophologen und Diätassistentinnen)
- Sozialpädagogen

Die engmaschige medizinische und psychologische Betreuung und die Unterstützung unserer Patienten durch therapeutisch geschulte Krankenschwestern und Krankenpfleger sind fester Bestandteil unseres Basistherapieangebotes. Als wichtige Ergänzung zu den störungsspezifischen Angeboten gibt es zahlreiche weitere, störungsübergreifende therapeutische Angebote, die insbesondere auch einen nonverbalen Zugang zur Bearbeitung der im Vordergrund stehenden Problembereiche erlauben. Hierzu gehören u.a. die verschiedenen Angebote aus dem Bereich der Körpertherapie, der Gestaltungs-therapie und der Biofeedbacktherapie wie auch Behandlungen in der physikalischen Abteilung. Die Mitarbeiterinnen der Sozialtherapie unterstützen die Patienten bei beruflichen und sozialen Problemen und vervollständigen das therapeutische Angebot. Diese Vielfalt der therapeutischen Angebote macht deutlich, dass in der Schön Klinik Berchtesgadener Land eine multimodale und multiprofessionelle Therapie nicht nur auf dem Papier steht, sondern auch im Therapiealltag täglich neu gelebt wird.

## **A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie**

Verpflichtung besteht: nein

## **A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses**

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Familien- /Paargespräche
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP57	Biofeedback-Therapie	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/ Überleitungspflege	Die Transfersicherung der erzielten Veränderungen und eine engmaschige Zusammenarbeit mit den Ein- und Zuweisern sehen wir als zentrale Aufgabe zur Sicherung der integrierten Versorgung an.
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement/Case Management/ Primary Nursing/Bezugspflege	Co-Therapeutensystem
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/ Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theater- therapie/Bibliotherapie	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	Externes Angebot im Haus auf Selbstkostenbasis wählbar.
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventions- kurse	Ernährungsberatung, Sturzprophylaxe
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/ Wirbelsäulengymnastik	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Gesundheitsgespräche zu Themen, die für die Allgemeinheit relevant sind.
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädie- technik	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP51	Wundmanagement	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

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

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
<b>Patientenzimmer</b>			
NM02	Ein-Bett-Zimmer	<a href="http://www.schoen-klinik.de">www.schoen-klinik.de</a>	
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	<a href="http://www.schoen-klinik.de">www.schoen-klinik.de</a>	
<b>Besondere Ausstattung des Krankenhauses</b>			
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)	<a href="#">Link zur Internetseite der Schön Klinik</a>	Fernsehgerät im Zimmer (kostenfrei) WLAN im Zimmer (kostenfrei; Streaming gegen Gebühr) Rundfunkempfang (im Komfortbereich; kostenfrei) Telefon am Bett (gegen Gebühr) Wertfach im Zimmer (kostenfrei) Patientenwohnzimmer Parkplätze (gegen Gebühr)  Schimm- und Bewegungsbad
<b>Individuelle Hilfs- und Serviceangebote</b>			
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten	<a href="http://www.schoen-klinik.de">www.schoen-klinik.de</a>	interne und externe Gesundheitsvorträge
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen	<a href="http://www.schoen-klinik.de">www.schoen-klinik.de</a>	vegetarisch, sowie individuelle Berücksichtigung diagnostizierter Allergien
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung	<a href="http://www.schoen-klinik.de">www.schoen-klinik.de</a>	Einmal pro Woche findet ein katholischer und evangelischer Gottesdienst statt

Nähere Informationen siehe [www.schoen-klinik.de](http://www.schoen-klinik.de)

## **A-7 Aspekte der Barrierefreiheit**

### **A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen**

Name: Thorsten Remy  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leitung Patientenmanagement

Telefon: 08652 / 93 – 1572  
 Telefax: 08652 / 93 – 221572  
 E-Mail: [tremy@schoen-klinik.de](mailto:tremy@schoen-klinik.de)

## A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
<b>Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen</b>		
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	Behindertenparkplätze sind ausgewiesen; mehrere behindertengerechte Aufzüge
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	Rezeption mit behindertengerechten Tresen; personelle Unterstützung in Verpflegungsbereichen
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäreinrichtungen	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	alle Serviceeinrichtungen haben einen rollstuhlgerechten Zugang
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	mehrere rollstuhlgerechte WC's verfügbar
BF11	Besondere personelle Unterstützung	besondere personelle Unterstützung (bspw. Begleitung/Führen eines Rollstuhls) bei Anreise oder Therapieanwendungen möglich; individuelle Bezugsperson als Begleitperson im Haus möglich
<b>Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit</b>		
BF35	Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen	Notrufanlagen in allen Zimmern und sonstigen patientenrelevanten Bereichen
BF37	Aufzug mit visueller Anzeige	alle Aufzüge mit Stockwerksanzeige
<b>Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung</b>		
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	geeignete Betten für Patienten mit Übergewicht und/oder Übergröße werden vorgehalten
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	entsprechende Körperwaagen, Blutdruckmanschetten verfügbar
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Patientenlifter im Bewegungsbad für Patienten bis 120 kg
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	per Verordnung möglich (Sanitätshaus in der Klinik)



## 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 (außer Belegärzte)	10,01
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,01
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	10,01
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Fachärztinnen und Fachärzte	8,01
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,01
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	8,01
– davon ambulante Versorgungsformen	0

<sup>1</sup> Bei den Belegärztinnen und Belegärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Die genannte Personalangaben beziehen sich auf die tatsächliche Anzahl der belegten Betten, welche die 92 Planbetten übersteigen.

### A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

#### Personal des Krankenhauses insgesamt

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	18,09	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	18,09	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	18,09	
– 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	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	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
<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	1 Jahr
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0	
- 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	
<b>Beleghebammen und Belegentbindungspfleger</b>	0	
<b>Operationstechnische Assistentinnen und Operations- technische Assistenten</b>	0	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	7,19	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,19	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	7,19	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Die genannten Personalangaben beziehen sich auf die tatsächliche Anzahl der belegten Betten, welche die 92 Planbetten übersteigen.

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

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen	15,79	
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,79	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	15,79	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	1,07	anteilig für den Akutbereich
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,07	anteilig für den Akutbereich
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	1,07	anteilig für den Akutbereich
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	8,6	anteilig für den Akutbereich
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,6	anteilig für den Akutbereich
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	8,6	anteilig für den Akutbereich
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	1,06	anteilig für den Akutbereich
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,06	anteilig für den Akutbereich
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	1,06	anteilig für den Akutbereich
- davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

Die genannte Personalangaben beziehen sich auf die tatsächliche Anzahl der belegten Betten, welche die 92 Planbetten übersteigen.

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
SP04	Diätassistentin und Diätassistent	1,09	
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,09	
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	- davon stationäre Versorgung	1,09	
	- davon ambulante Versorgungsformen	0	

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
SP36	Entspannungspädagogin und Entspannungspädagoge/Entspannungstherapeutin und Entspannungstherapeut/Entspannungstrainerin und Entspannungstrainer (mit psychologischer, therapeutischer und pädagogischer Vorbildung)/Heileurhythmielehrerin und Heileurhythmielehrer/Feldenkraislehrerin und Feldenkraislehrer	1,08	anteilig für den Akutbereich
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,08	anteilig für den Akutbereich
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	- davon stationäre Versorgung	1,08	anteilig für den Akutbereich
	- davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP05	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	1,07	anteilig für Akutbereich
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,07	anteilig für Akutbereich
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	- davon stationäre Versorgung	1,07	anteilig für Akutbereich
	- davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP31	Gymnastik- und Tanzpädagogin und Gymnastik- und Tanzpädagoge	1,11	anteilig für Akutbereich
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,11	anteilig für Akutbereich
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	- davon stationäre Versorgung	1,11	anteilig für Akutbereich
	- davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP13	Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut	1,85	
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,85	
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	- davon stationäre Versorgung	1,85	
	- davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP15	Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister	4,01	anteilig für Akutbereich
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,01	anteilig für Akutbereich
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	- davon stationäre Versorgung	4,01	anteilig für Akutbereich
	- davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP43	Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF)	0,44	anteilig für den Akutbereich
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,44	anteilig für den Akutbereich
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	- davon stationäre Versorgung	0,44	anteilig für den Akutbereich
	- davon ambulante Versorgungsformen	0	

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
SP56	Medizinisch-technische Radiologie-assistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	0,08	anteilig dem Akutbereich zugerechnet
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,08	anteilig dem Akutbereich zugerechnet
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	- davon stationäre Versorgung	0,08	anteilig dem Akutbereich zugerechnet
	- davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP20	Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer	2,84	Diplom-Sportlehrer anteilig für Akutbereich
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,84	Diplom-Sportlehrer anteilig für Akutbereich
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	- davon stationäre Versorgung	2,84	Diplom-Sportlehrer anteilig für Akutbereich
	- davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP21	Physiotherapeutin und Physiotherapeut	8,12	anteilig für Akutbereich
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,12	anteilig für Akutbereich
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	- davon stationäre Versorgung	8,12	anteilig für Akutbereich
	- davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP23	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe	15,79	
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,79	
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	- davon stationäre Versorgung	15,79	
	- davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP26	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	1,06	anteilig für Akutbereich
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,06	anteilig für Akutbereich
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	- davon stationäre Versorgung	1,06	anteilig für Akutbereich
	- davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP42	Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	6,64	anteilig für den Akutbereich
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,64	anteilig für den Akutbereich
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	- davon stationäre Versorgung	6,64	anteilig für den Akutbereich
	- davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	0,44	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal mit Zusatzqualifikation Manualtherapie,</li> <li>• Zusatzqualifikation Wundmanagement,</li> <li>• Zusatzqualifikation Bobath oder Vojta</li> </ul> anteilig für den Akutbereich
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,44	anteilig für den Akutbereich
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	- davon stationäre Versorgung	0,44	anteilig für den Akutbereich
	- davon ambulante Versorgungsformen	0	



### A-12.2.2 Lenkungs-gremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Das Lenkungs-gremium des Risikomanagements thematisiert wöchentlich Risikoeinträge und setzt sich interdisziplinär aus Risikoverantwortliche, BR, Oberarzt (gleichzeitig auch Vorsitzender der Arzneimittelkommission), Betriebsrat (gleichzeitig Therapeut), Qualitätsmanagement, Ltg. Patientenmanagement

Tagungsfrequenz: wöchentlich

### 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: VA Klinisches Risikomanagement Letzte Aktualisierung: 16.08.2021
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: VA Notfall Letzte Aktualisierung: 22.02.2021
RM05	Schmerzmanagement	Name: Schmerztherapie Letzte Aktualisierung: 16.10.2020
RM06	Sturzprophylaxe	Name: VA Sturz und Unfall- Erfassung Letzte Aktualisierung: 18.12.2020
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z. B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: Schön Klinik Dekubitusstandard Letzte Aktualisierung: 17.06.2021
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: MPG Handbuch BGL Letzte Aktualisierung: 25.12.2020
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Qualitätszirkel
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM18	Entlassungsmanagement	Name: VA Entlassung Psychosomatik Letzte Aktualisierung: 28.12.2020

Ergänzung zu RM 03: Themenorientierte Mitarbeiterbefragungen bei Bedarf

Ergänzung zu RM 12: Verwendung standardisierter Informationsbögen über Medikamentengruppen anhand derer die Aufklärung erfolgt.

#### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	Letzte Aktualisierung: 14.01.2021
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	Frequenz: monatlich

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	Frequenz: monatlich

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

Ja, Tagungsfrequenz: wöchentlich

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

Arzneimitteltherapiesicherheit bedeutet die sichere Anwendung von Arzneimitteln. Dabei wird eine optimale Organisation des Medikationsprozesses mit dem Ziel angestrebt, auf Medikationsfehlern beruhende unerwünschte Ereignisse zu vermeiden und somit Risiken in der Therapie zu minimieren. Deshalb wurde konzernweit ein Schön Klinik Standard erarbeitet und umgesetzt, der sich inhaltlich stark an den Empfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit orientiert.

Das Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet, trifft sich wöchentlich bzw. in dringenden Fällen sofort.

Neue Mitarbeiter werden monatlich bei Eintritt in das Unternehmen bezüglich des Fehlermeldesystems geschult.

#### **A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen**

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
EF02	CIRS Berlin (Ärztchamber Berlin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

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

Ja, Tagungsfrequenz: bei Bedarf

### **A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte**

#### **A-12.3.1 Hygienepersonal**

	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	2	für die gesamte Schön Klinik BGL
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	2	für die gesamte Schön Klinik BGL
Hygienefachkräfte (HFK)	1	für die gesamte Schön Klinik BGL
Hygienebeauftragte in der Pflege	3	für die gesamte Schön Klinik BGL

<sup>1</sup> Anzahl der Personen

Hygienekommission: ja

#### **Vorsitzende / Vorsitzender**

Name: Prof. Rembert Koczulla  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt Pneumologie & Ärztlicher Leiter der Hygienekommission  
 Telefon: 08652 / 93 – 1540  
 Telefax: 08652 / 93 – 221541  
 E-Mail: [RKoczulla@schoen-klinik.de](mailto:RKoczulla@schoen-klinik.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

In der Schön Klinik Berchtesgadener Land werden keine Operationen durchgeführt.

### **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

Verfahrensanweisung zum Wundmanagement mit letzter Evaluierung vom 03.05.2021.

### **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: 29 ml/Patiententag

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen: teilweise

Es gibt keine Intensiv- und Normalstationen in der Psychosomatik der Schön Klinik Berchtesgadener Land. Dort findet die gesamte medizinische Versorgung in sogenannten "Medizinischen Zentralen" statt. Deshalb wird der Händedesinfektionsmittelverbrauch für das Gesamthaus erhoben, in der Hygienekommission evaluiert und in Fortbildungen besprochen.

### 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
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standort-spezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung 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)

In der Schön Klinik BGL gibt es eine standardisierte Information für Patienten mit MRE, ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRE und ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening. Diese treffen aber nicht für den Bereich der Psychosomatik in unserem Haus zu.

### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Wir sind über die HFK im MRSA Netzwerk und mit der Fachgruppe Hygiene in einem internen Hygienetzwerk organisiert. In diesem Rahmen werden quartalsweise 50 Qualitäts-Kennzahlen und -Indikatoren zur Hygienequalität erhoben, bewertet und ggf. notwendige Maßnahmen daraus.	Darüber hinaus ist der Klinikgeschäftsführer im Corona-Pandemie-Netzwerk des südlichen Landkreises BGL vertreten.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		Die Medizinprodukteaufbereitung wird regelmäßig, mindestens jedoch jährlich überprüft RDG: Wartung und Validierung nach DIN 15883-1 Steckbeckenspülen: Wartung und Überprüfung nach DIN 15883-3 Sterile MP: Überprüfung durch externen Dienstleister
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Die Mitarbeiter werden regelmäßig zu Themen der Infektionsprävention und Krankenhaushygiene geschult.

#### **A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement**

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM01	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Unsere Patienten haben die Möglichkeit telefonisch, per Mail, Meinungskarte oder persönlich Ihre Anliegen vorzutragen und erhalten zeitnah Rückmeldung.
BM02	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	VA Beschwerdemanagement mit Stand vom 20.09.2021
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	
BM06	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Diana Pfnür Qualitätsmanagerin Telefon: 08652 / 93 – 1640 Telefax: 08652 / 93 – 221640 E-Mail: <a href="mailto:DPfnuer@schoen-klinik.de">DPfnuer@schoen-klinik.de</a> Link: <a href="https://www.schoen-klinik.de/-berchtesgadener-land/erfahrung">https://www.schoen-klinik.de/-berchtesgadener-land/erfahrung</a> Stellvertretender Ansprechpartner ist Hr. Michiel Hautvast

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM08	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	In der Klinik liegen Beschwerdekarten aus, die anonym in einem Briefkasten abgegeben werden können.
BM09	Es werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt	Die Patientenbefragung erfolgt digital im Rahmen des Entlasssettings.

## **A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)**

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multi-professionellen Ansatz gelebt wird.

### **A-12.5.1 Verantwortliches Gremium**

Die Arzneimittelkommission befasst sich regelmäßig mit dem Thema Arzneimitteltherapiesicherheit.

Die Arzneimittelkommission der Klinik (K-AMK) unterstützt die Klinikleitung in ihrer Aufgabe, die spezifische Ausrichtung und Ausgestaltung für die Arzneimitteltherapie des jeweiligen Standortes vorzugeben, und für die Durchführung der notwendigen Maßnahmen zu sorgen. Sie regelt die Verwendung der Arzneimittel im Krankenhaus unter Berücksichtigung der vom Träger vorgegebenen Rahmenbedingungen und gibt Empfehlungen zum Arzneimitteleinsatz.

Die Arzneimittelkommission der Klinik versteht sich dabei als Fachabteilungsübergreifendes Gremium, welches Empfehlungen und Entscheidungen zu Themen der Arzneimitteltherapie für den gesamten Standort erarbeitet, und die von der zentralen Arzneimittelkommission (ZAMK) ausgehenden Beschlüsse ausarbeitet, konkretisiert und kommuniziert.

Feste Teilnehmer sind: Klinikgeschäftsführer, Chef- und Oberärzte, Pflegedienstleitung und Apotheker.

### **A-12.5.2 Verantwortliche Person**

Name: Dr. Andreas Leidinger  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt Orthopädie  
 Telefon: 08652 / 93 – 1501  
 Telefax: 08652 / 93 – 221501  
 E-Mail: [ALeidinger@schoen-klinik.de](mailto:ALeidinger@schoen-klinik.de)

### **A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal**

	Anzahl <sup>1</sup>
Apothekerinnen und Apotheker	1
Weiteres pharmazeutisches Personal	0

<sup>1</sup> Anzahl der Personen

Im Rahmen der Zusammenarbeit mit der zuständigen Apotheke.

### **A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen**

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im

stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

Die Zentrale Arzneimittelkommission der Schön Klinik hat zu den einzelnen Teilbereichen im Medikationsprozess die im Folgenden detailliert beschriebenen Maßnahmen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit verabschiedet:

## **1. Verantwortlichkeiten**

### **Verantwortlichkeit für Medikamentenanamnese**

Anforderung: Die Verantwortlichkeit für die Medikamentenanamnese bei Aufnahme ist klar zu regeln. Dabei kann sich die Regelung für die verschiedenen Abteilungen des Hauses unterscheiden, so dies medizinisch oder prozessual sinnvoll ist.

### **Verordnung von Klinik- und Dauermedikation**

Anforderung: Verantwortlichkeit für Verordnung der Medikation des Patienten (inkl. Dauermedikation) liegt beim hauptbehandelnden Arzt.

### **Stellen, Verabreichen und Dokumentieren für Akut-Patienten**

Anforderung: Klinik-Medikation und Dauermedikation muss von der Klinik verordnet, gestellt und gegeben werden. Dies muss dokumentiert werden.

## **2. Allgemeine Maßnahmen**

### **Spritzenetiketten**

Anforderung: Spritzenetiketten entsprechend DIVI-Standard sind zu verwenden.

### **Wiederholen Mündlicher Anordnungen („closed loop“ Kommunikation)**

Anforderung: Wenn mündliche Anordnungen nicht vermeidbar sind (z.B. in Notfallsituationen), sollen sie vom Empfänger immer laut wiederholt werden und vom Verordner rückbestätigt werden. Auch die erfolgte Verabreichung soll laut bestätigt werden.

## **3. Anamnese und Dokumentation**

### **Dokumentation nach Wirkstoff und Handelsname**

Anforderung: Regeln zur Dokumentation nach Wirkstoff und Handelsname wie von ZAMK beschlossen sind zu verwenden.

### **Dokumentation der Vormedikation bei Aufnahme**

Anforderung: Die Dokumentation der Vormedikation des Patienten bei Aufnahme (Dauer- und Bedarfsmedikation) erfolgt an einem festgelegten Ort, der für alle beteiligten am Medikationsprozess zugänglich ist.

### **Einheitliches Vorgehen zur Erfassung, Dokumentation und Kommunikation von Allergien**

Anforderung: Es wird ein klinikweit einheitliches Vorgehen zur Erfassung, Dokumentation und Kommunikation von Allergien/Unverträglichkeiten festgelegt.

## **4. Verordnung**

### **An Nierenfunktion angepasste Verordnung**

Anforderung: Eine aktuelle eGFR (geschätzte glomeruläre Filtrationsrate) bzw. CrCl (Kreatinin-Clearance) muss bei Patienten >60 Jahren zum Verordnungszeitpunkt bekannt

sein. Ist dies nicht möglich, muss die Bestimmung innerhalb von 24h nachgeholt und die Medikation ggf. entsprechend angepasst werden.

### **Elektronischer Interaktionscheck**

Anforderung: Eine Möglichkeit zum elektronischen Interaktionscheck muss zum Verordnungszeitpunkt verfügbar sein.

### **Pädiatrische Verordnung**

Anforderung: Bei gewichtsbezogener Verordnung muss die Dosis-Berechnung für alle am Medikationsprozess beteiligten nachvollziehbar dokumentiert werden.

## **5. Übertragung**

### **4-Augen-Prinzip bei händischer Übertragung**

Anforderung: Beim händischen Übertragen von Medikation (elektronisch à Papier, Papier à Papier oder Papier à elektronisch) soll ein 4-Augen-Prinzip zur Anwendung kommen.

## **6. Stellen**

### **Stellen im 4-Augenprinzip ohne Unterbrechung**

Anforderung: Das 4-Augen-Prinzip ist sinnvoll umzusetzen, Stellen der Medikamente soll dabei ohne Unterbrechung erfolgen.

## **7. Entlassung**

### **Brief an weiterbehandelnden Arzt**

Anforderung: Der Brief an den weiterbehandelnden Arzt enthält die empfohlene Medikation nach Entlassung (inkl. Dauer der Anwendung ) und Hinweisen auf Medikationsänderungen während des Aufenthalts.

## **8. Fehler und UAW**

### **Meldung von UAW**

Anforderung: Meldung von UAW an die AKDÄ (<http://www.akdae.de/>) sind Teil des Einarbeitungskonzeptes für neue Mitarbeiter.

### **Regelmäßige Kontrollen auf Fehler im Medikationsprozess**

Anforderung: Regelmäßige Kontrollen auf Fehler im Medikationsprozess werden auf allen Stationen durchgeführt, die Ergebnisse werden in der AMK diskutiert.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS01	Allgemeines: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen	
AS02	Allgemeines: Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder	
AS03	Aufnahme ins Krankenhaus – inklusive Arzneimittelanamnese: Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) (A-12.2.3)

Nr. Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS04 Aufnahme ins Krankenhaus – inklusive Arzneimittelanamnese: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	
AS05 Medikationsprozess im Krankenhaus: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) (A-12.2.3)
AS06 Medikationsprozess im Krankenhaus: SOP zur guten Verordnungspraxis	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) (A-12.2.3)
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)	
AS08 Medikationsprozess im Krankenhaus: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinik-Center®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)	
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	Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS13	Entlassung: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen Aushändigung des Medikationsplans Bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multi-professionellen Ansatz gelebt wird.

### **A-13 Besondere apparative Ausstattung**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

#### **A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe**

Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung: nein

Kommentar:

Entsprechend dem Katastrophen- und Einsatzplan besteht in unserer Klinik bei externen Gefahrenlagen folgende Möglichkeiten zur Aufnahme weiterer Patienten:

Keine Aufnahmemöglichkeit von Patienten, welche nach der Kategorie 1 (akut vital bedroht) in der Sichtung eingestuft werden.

Keine Aufnahmemöglichkeit von Patienten, welche nach der Kategorie 2 (schwerverletzt) in der Sichtung eingestuft werden.

Eine Aufnahmemöglichkeit von 20 Patienten, welche nach der Kategorie 3 (leichtverletzt) in

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

Entsprechend dem Katastrophen- und Einsatzplan besteht in unserer Klinik bei externen Gefahrenlagen folgende Möglichkeiten zur Aufnahme weiterer Patienten:

Keine Aufnahmemöglichkeit von Patienten, welche nach der Kategorie 1 (akut vital bedroht) in der Sichtung eingestuft werden.

Keine Aufnahmemöglichkeit von Patienten, welche nach der Kategorie 2 (schwerverletzt) in der Sichtung eingestuft werden.

Eine Aufnahmemöglichkeit von 20 Patienten, welche nach der Kategorie 3 (leichtverletzt) in der Sichtung eingestuft werden.

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

#### **A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

**A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 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 Fachabteilungen**

### **B-1 Psychosomatik/Psychotherapie**

#### **B-1.1 Name der Fachabteilung**

Name: Psychosomatik/Psychotherapie  
Schlüssel: Psychosomatik/Psychotherapie (3100)  
Art: Hauptabteilung  
Telefon: 08652 / 93 – 1507  
Telefax: 08652 / 93 – 221506  
E-Mail: [RDoerr@schoen-klinik.de](mailto:RDoerr@schoen-klinik.de)

#### **Chefärztinnen und Chefarzte**

Name: Dr. med. Robert Doerr  
Funktion / Chefarzt  
Arbeits-  
schwer-  
punkt:  
Telefon: 08652 / 93 – 1506  
Telefax: 08652 / 93 – 221506  
E-Mail: [RDoerr@schoen-klinik.de](mailto:RDoerr@schoen-klinik.de)  
Straße: Malterhöh 1  
PLZ / Ort: 83471 Schönau am Königssee

Name: Dr. Sandra Hunatschek  
Funktion / Ltd. Psychologin  
Arbeits-  
schwer-  
punkt:  
Telefon: 08652 / 93 – 1707  
Telefax: 08652 / 93 – 221707  
E-Mail: [SHunatschek@schoen-klinik.de](mailto:SHunatschek@schoen-klinik.de)  
Straße: Malterhöh 1  
PLZ / Ort: 83471 Schönau am Königssee

#### **B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Fachabteilung**

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 Fachabteilung**

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Neurologie	Kommentar / Erläuterung
VN22	Schlafmedizin	für die gesamte Schön Klinik BGL
VN23	Schmerztherapie	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik	Kommentar / Erläuterung
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP12	Spezialsprechstunde	Telefonische Sprechstunde nach Vereinbarung
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung	nur Psychotherapeutische Komplexbehandlung entsprechend OPS-Code 9-62
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie	
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR02	Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie	
VR03	Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Dopplersonographie	
VR04	Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie	
VR25	Andere bildgebende Verfahren: Knochendichtemessung (alle Verfahren)	

#### **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 Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl: 888  
 Teilstationäre Fallzahl: 0  
 Anzahl Betten: 92

#### **B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F33	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit	552
2	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert – Somatoforme Störung	186
3	F32	Phase der Niedergeschlagenheit – Depressive Episode	129
4	F31	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung – manisch-depressive Krankheit	8
5	F41	Sonstige Angststörung	7
6 – 1	F44	Abspaltung von Gedächtnisinhalten, Körperwahrnehmungen oder Bewegungen vom normalen Bewusstsein – Dissoziative oder Konversionsstörung	< 4

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
6 – 2	F22	Psychische Störung, bei der dauerhafte falsche Überzeugungen bzw. Wahnvorstellungen auftreten	< 4
6 – 3	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	< 4
6 – 4	F40	Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen	< 4

### **B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	14.896
2	9-626	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	1.411
3	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	948
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	< 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 (außer Belegärzte)	10,01
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,01
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	10,01
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	8,01
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,01
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	8,01
– davon ambulante Versorgungsformen	0

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen**

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ63	Allgemeinmedizin

Nr. Facharztbezeichnung
AQ42 Neurologie
AQ51 Psychiatrie und Psychotherapie
AQ53 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr. Zusatz-Weiterbildung
ZF32 Physikalische Therapie und Balneologie

Die genannte Personalangaben beziehen sich auf die tatsächliche Anzahl der belegten Betten, welche die 92 Planbetten übersteigen.

### B-1.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	18,09	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	18,09	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	18,09	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	7,19	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,19	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	7,19	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

### Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr. Anerkannte Fachweiterbildungen/ zu- sätzliche akademische Abschlüsse	Kommentar / Erläuterung
PQ05 Leitung einer Station/eines Bereiches	
PQ10 Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	Co-Therapie
PQ12 Notfallpflege	
PQ13 Hygienefachkraft	
PQ14 Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ20 Praxisanleitung	
PQ21 Casemanagement	

### Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr. Zusatzqualifikationen	Kommentar / Erläuterung
ZP13 Qualitätsmanagement	Interne Auditoren
ZP24 Deeskalationstraining	
ZP16 Wundmanagement	
ZP18 Dekubitusmanagement	
ZP19 Sturzmanagement	

Die genannte Personalangaben beziehen sich auf die tatsächliche Anzahl der belegten Betten, welche die 92 Planbetten übersteigen.

### **B-1.11.3      Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen	15,79
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,79
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	15,79
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	1,07
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,07
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,07
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	8,6
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,6
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	8,6
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	1,06
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,06
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,06
– davon ambulante Versorgungsformen	0

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

Die genannte Personalangaben beziehen sich auf die tatsächliche Anzahl der belegten Betten, welche die 92 Planbetten übersteigen.

## **C Qualitätssicherung**

### **C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V**

Die Informationen für den Berichtsabschnitt "C-1" für dieses Berichtsjahr liegen noch nicht vor.

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

nicht zutreffend

### **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 nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

### **C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V**

	Anzahl <sup>2</sup>
1. Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht <sup>1</sup> unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	14
2. Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	4
3. Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	4

<sup>1</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))

<sup>2</sup> Anzahl der Personen

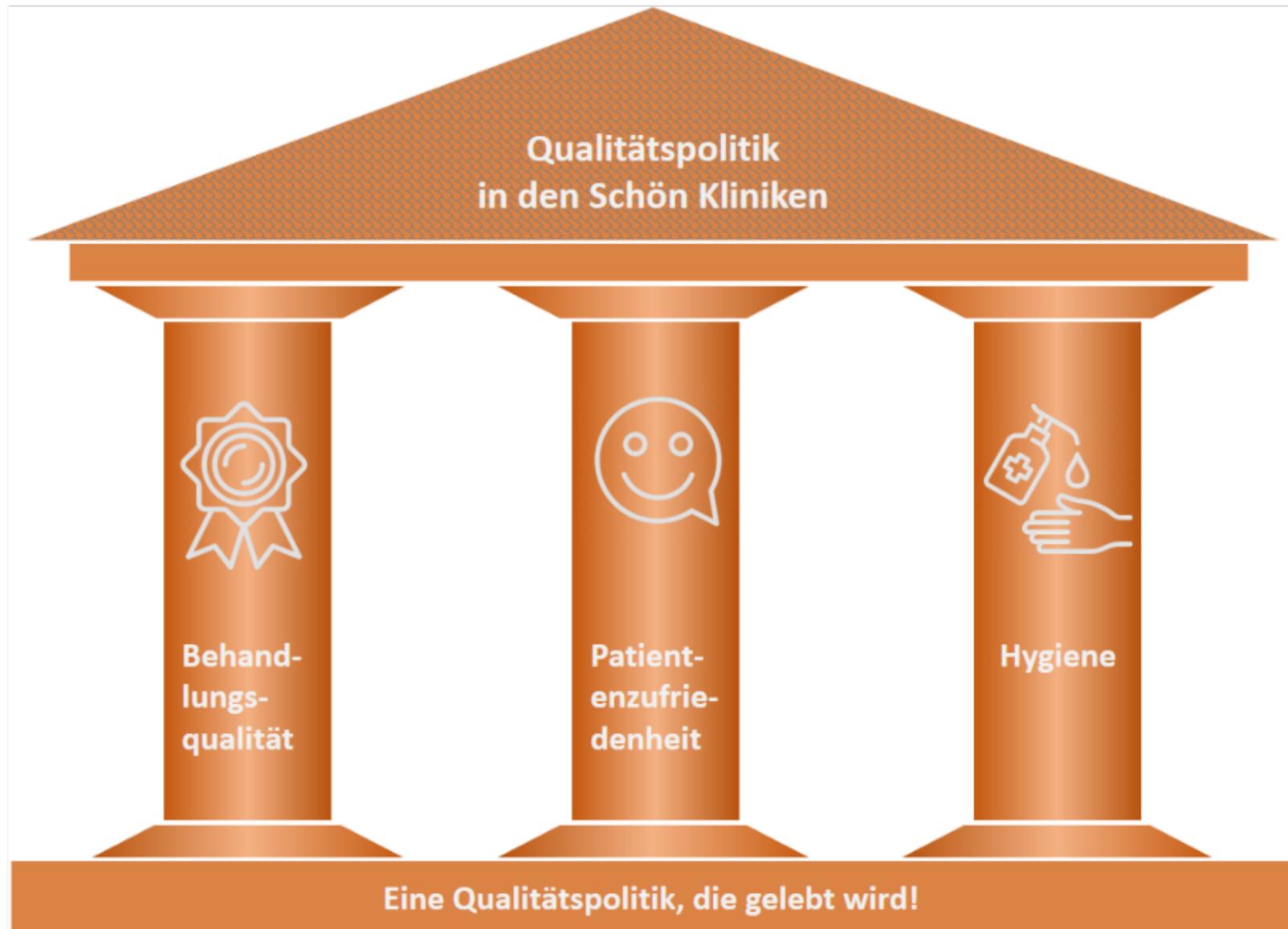
### **C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## D Qualitätsmanagement

### D-1 Qualitätspolitik

Unsere Qualitätspolitik besteht aus drei wesentlichen Grundpfeilern: **Behandlungsqualität, Patientenzufriedenheit und Hygiene.**



#### **Behandlungsqualität**

Seit der Gründung durch die Familie Schön im Jahr 1985 setzt das Unternehmen auf Exzellenz durch Spezialisierung und Qualität. Wir sind die erste Klinikgruppe Deutschlands, die eine systematische Erfassung und Auswertung ihrer Behandlungsergebnisse eingeführt hat. So erhöhen wir permanent unsere Behandlungsqualität. Sowohl für unsere Qualität als auch für die Qualitätsmessung erhalten wir auch international viel Anerkennung und dienen als Vorbild.

Uns leitet der Anspruch, exzellente medizinische Qualität zum Wohle unserer Patienten zu leisten. Wir sind überzeugt, dass das beste Ergebnis durch konstruktiven und offenen Austausch sowie durch konsequentes Handeln erreicht wird. Unsere Entscheidungen werden dabei von nachvollziehbaren und faktenbasierten Argumenten geleitet und der Erfolg unserer Behandlungen und der medizinischen Qualität anhand von klar definierten Ergebnisparametern gemessen (s. D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements). Mit unseren wissenschaftlich anerkannten Qualitätsindikatoren haben wir geeignete Instrumente entwickelt, um zu überprüfen, dass wir die medizinischen Standards erfüllen und eigens gesetzte Ziele erreichen. Außerdem können wir so regelmäßig relevante Verbesserungen für unsere Patienten vorantreiben. Denn der individuelle Nutzen für unsere Patienten steht in den Schön Kliniken stets im Fokus. Für ihn verbessern wir durch Spezialisierung und Erfahrung kontinuierlich unsere Behandlung.

Für unsere Patienten zählt ihre Lebensqualität im Alltag. Daher erheben, messen und bewerten wir unsere medizinische Leistung seit Jahren nicht nur mit Blick auf das Behandlungsergebnis, sondern auch unter Berücksichtigung der Patientenperspektive. Unsere Patienten berichten selbst, wie sie ihren Gesundheitszustand vor, während und

nach einer Behandlung wahrnehmen. In diesem Zusammenhang wird von der Patientenberichteten Ergebnisqualität gesprochen, kurz PROMs (Patient-Reported Outcome Measures). Die Einbeziehung dieser Sichtweise ist ein gänzlich neuer Ansatz, der zunehmend in den Fokus rückt. Noch erfolgt die Umsetzung von PROMs jedoch vor allem im Kontext von Pilot- und Forschungsprojekten. Die Schön Kliniken haben die zentrale Bedeutung von PROMs erkannt und leisten auf diesem Gebiet seit geraumer Zeit Pionierarbeit. Im Rahmen einer Studie der Bertelsmann Stiftung wird berichtet: „Leuchtturmprojekte wie [...] die auf psychische und orthopädische Erkrankungen spezialisierte Privatklinikgruppe Schön Kliniken (Kaplan et al. 2014) haben mit ihren Behandlungsergebnissen, die unter anderem mit PROMs bewertet werden, internationale Anerkennung gefunden. In beiden Einrichtungen arbeiten Ärzte daran, ihren Patienten die bestmögliche Versorgung zu bieten und die Verwirklichung dieses Ziels zu messen.“ (Steinbeck, Ernst und Pross 2021).

Neben der Überprüfung der Behandlungsergebnisse, ist es für uns ebenso selbstverständlich neue Erkenntnisse aus der Wissenschaft in unsere Arbeitsweise einfließen zu lassen und auf diese Weise die Behandlungsqualität zu optimieren. Insbesondere neue Therapie- und Behandlungsformen brauchen exzellente akademische Forschung. Deshalb arbeiten in den Schön Kliniken eine Vielzahl an Universitätsprofessoren, Privatdozenten und wissenschaftlichen Mitarbeitern. Wir kooperieren mit Universitäten und Forschungsgruppen im In- und Ausland. So bringen wir unsere Erfahrungen in Forschung und Wissenschaft ein und stellen gleichzeitig sicher, dass unsere Patienten die für sie optimale Behandlungsmethode erhalten, die dem aktuellsten medizinischen Standard entspricht.

Wir geben unser Bestes für eine nachweisbar und spürbar optimale Behandlung.

### **Patientenzufriedenheit**

In den Schön Kliniken stehen unsere Patienten konsequent im Fokus all unseren Handelns. In einem patientenorientierten Versorgungsprozess stehen die wiedergewonnene körperliche Funktionsfähigkeit, das Zurechtkommen mit den Aktivitäten des täglichen Lebens, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Zufriedenheit der Patienten mit dem medizinischen Prozess und seinem Ergebnis im Mittelpunkt. Deshalb haben wir die rein medizinischen Parameter um die subjektiven Größen der Gesundheitsverbesserung und individuellen Zufriedenheit ergänzt. Die Zufriedenheit unserer Patienten ist so entscheidend, weil sie richtungsweisend ist. So leiten wir aus diesem wertvollen Feedback Maßnahmen ab, die im Rahmen kontinuierlicher Verbesserung wiederum die Steigerung der Weiterempfehlung und Zufriedenheit der Patienten zum Ziel haben.

In unseren psychosomatischen Häusern erhalten unsere Patienten während ihrer Behandlung mehrfach Fragebögen als Bestandteil der medizinischen und psychologischen Diagnostik. Die Befragung wird meist über ein Klinik-Tablet bzw. am PC durchgeführt. Um es unseren Patienten so leicht wie möglich zu machen ihr Feedback abzugeben, erfolgt hierüber auch die Patientenzufriedenheitsbefragung.

In unseren somatischen Kliniken kann jeder Patient mit der digitalen Patientenzufriedenheitsbefragung seine subjektive Einschätzung zu verschiedenen Aspekten des Klinikaufenthalts abgeben. Seit 2020 finden unsere Patienten hierfür an den gut besuchten und gut zugänglichen Orten Feedback-Terminals in Form von Tablet-Systemen. Auch den Kreis der Angehörigen haben wir in die Befragung eingeschlossen. Viele unserer Patienten sind teilweise sehr auf die Unterstützung und Besuche ihrer Angehörigen angewiesen, um nach schwerer Erkrankung schrittweise in den Alltag zurückzufinden. So erleben auch Angehörige unseren Einsatz für ihre Lieben und die Menschlichkeit, mit der wir unseren Patienten begegnen. Sie sind hautnah dabei und eingebunden. Daher ist uns ihre Rückmeldung ebenso wichtig.

### **Hygiene**

Krankenhaushygiene ist ein unbedingter Schwerpunkt im Bereich der Patientenbehandlung und bildet daher eine weitere wichtige Säule der Schön Klinik-

Qualitätspolitik. Denn die Sicherheit unserer Patienten und Mitarbeitenden stehen für uns an oberster Stelle.

Geltende Gesetze, Vorschriften und Empfehlungen sind rahmengebend und helfen unseren Mitarbeitenden, die Hygienequalität bei medizinischen Behandlungen zu verbessern. Mit unseren Hygienestandards und -plänen haben wir die Gesetzesanforderungen so formuliert, dass sie für die Mitarbeitenden verständlich sind und praktisch umgesetzt werden können. Zur eigenen Sicherheit und die unserer Patienten nehmen alle Berufsgruppen regelmäßig an Schulungen zu Themen wie Hygiene oder Erste Hilfe teil. Unsere Pflegekräfte erhalten darüber hinaus jährlich eine Hygienepflichtfortbildung. In unseren Kliniken finden regelmäßig Begehungen statt, die je nach Risikobereich ein- bis zweimal jährlich durchgeführt werden.

Da das Thema Hygiene ein so wichtiges ist, widmen sich diesem Thema in den Schön Kliniken gleich mehrere Berufsgruppen: Hygienebeauftragte Ärzte, die Hygiene-Ansprechpartner für ihre Kollegen sind, Klinikhygieniker und Hygienefachkräfte. Im Arbeitskreis Hygiene und der Hygienekommissionssitzung werden regelmäßig gemeinsam hygienerelevante Themen beurteilt, Standards erfasst und Vorgehensweisen immer wieder auf den Prüfstand gestellt und besprochen.

Nicht zuletzt ist das Thema Hygiene auch im Zuge der Corona-Pandemie mehr und mehr in den Fokus gerückt. In den Schön Kliniken sind wir uns der zunehmenden Bedeutung bewusst und haben unser bestehendes Hygienekonzept erweitert. Zum Selbstschutz unserer Patienten bieten wir Hygieneschulungen für diese an, denn wir sind davon überzeugt, dass aufgeklärte Patienten zufriedener sind und schneller genesen.

## **D-2 Qualitätsziele**

**Im Zentrum unserer Arbeit steht das, was für unsere Patienten am wichtigsten ist:**

### **Behandlungsergebnisse**

Man muss nicht Mediziner sein, um Behandlungsergebnisse bewerten zu können. Schließlich geht es darum, ob eine Behandlung dem Patienten im Alltag hilft und nachhaltig spürbare Verbesserungen bringt.

Deshalb erheben wir neben objektiven klinischen Daten, wie z. B. Beweglichkeit, Gewichtszunahme oder Gehstrecken, auch die Sichtweise unserer Patienten. 3, 6, 12 oder 24 Monate nach Abschluss der Behandlung fragen wir unsere Patienten, wie sie selbst die Ergebnisqualität ihrer Behandlung bewerten. Die Befragung erfolgt mithilfe wissenschaftlich etablierter Messinstrumente. Die Einbeziehung der Patienten-berichteten Ergebnisqualität ist ein noch neuer Ansatz, der immer mehr an Bedeutung gewinnt (s. Kapitel D-1 Qualitätspolitik).

Zur umfassenden Bewertung der Behandlungsergebnisse bringen wir die Patienten-berichtete Sichtweise und die objektiven klinischen Daten zusammen und analysieren und bewerten diese umfassend. Auf Basis dieser transparenten und individuellen Sicht auf die Ergebnisse werden Behandlungskonzepte in Expertengremien diskutiert, weiterentwickelt und verbessert.

### **Patientenerlebnis**

Die Genesung unserer Patienten und die damit verbundene Therapie stehen für uns im Vordergrund. Ein Klinikaufenthalt ist meist mit Sorgen, Hoffnungen, Ängsten und Unsicherheiten verbunden. Das ist uns bewusst. Daher sind wir nicht nur mit medizinischer Expertise, sondern auch mit viel Menschlichkeit für unsere Patienten da. Die landschaftlich reizvolle Lage, unsere Infrastruktur sowie das Ambiente unserer Kliniken tragen zur Unterstützung des ganzheitlichen Genesungsprozesses bei. Wir wissen, dass sich unsere Patienten wohlfühlen müssen, um gesund werden zu können.

Am Ende eines Aufenthalts befragen wir unsere Patienten, wie zufrieden sie mit unserer Klinik waren. So erhalten wir eine direkte Rückmeldung, was wir gut gemacht haben und wo wir besser werden können.

Was macht eine gute Klinik aus? Für uns ist es die konsequente Ausrichtung aller Aktivitäten und aller Mitarbeitenden an den individuellen Bedürfnissen unserer Patienten, um die bestmöglichen Behandlungsergebnisse und eine deutlich höhere Lebensqualität zu erzielen.

### **Patientensicherheit**

Die Sicherheit unserer Patienten ist ein hohes Gut, an dem wir unser Handeln ausrichten. Einen wichtigen und elementaren Beitrag zur Patientensicherheit leistet ein gutes Hygienemanagement, das ein multidisziplinäres Aufgabenfeld darstellt. Deshalb ist das Thema Krankenhaushygiene sowohl Teil unserer Qualitätspolitik als auch unserer Qualitätsziele.

Sorgfalt, Genauigkeit und Verlässlichkeit sind in Bezug auf die Krankenhaushygiene wichtige Begleiter aller Mitarbeitenden der Schön Klinik Gruppe. Zur Sorgfalt tragen unterstützend viele begleitende Maßnahmen (z. B. Checklisten und Sicherheitsroutinen) und genau definierte, kontinuierlich überprüfte Prozesse bei.

Regelmäßig werden Zahlen, wie die zum Händedesinfektionsmittel- oder Antibiotikaverbrauch analysiert und Maßnahmen hieraus abgeleitet. So schützen wir neben unseren Patienten auch unsere Mitarbeitenden.

## **D-3            Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements**

Qualitätsmanagement ist ein Instrument der Organisationsentwicklung und kommt in erster Linie dem Patienten zugute.

In einem funktionierenden Qualitätsmanagementsystem ist es wichtig, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Qualitätsarbeit mit Leben erfüllen und somit zur guten Zusammenarbeit und Zufriedenheit in einem Unternehmen beitragen.

Die Schön Klinik Berchtesgadener Land hat seit 1999 ein strukturiertes Qualitätsmanagementsystem aufgebaut und ist nach DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert. Sinn und Zweck unseres Qualitätsmanagementsystems ist die ständige Verbesserung der Klinikabläufe und der Behandlungsqualität mit dem übergeordneten Ziel der möglichst hohen Patientenzufriedenheit und Weiterempfehlung.

### **Warum Qualitätsmanagement?**

Folgende Vorteile ergeben sich für unsere Klinik durch die Zertifizierung:

Sicherung der Qualität

Förderung einer kontinuierlichen Verbesserung

Optimierung der Prozessabläufe

Strukturiertes Beschwerde- und Risikomanagement

Sicherung des Unternehmens und der Arbeitsplätze

### **Wichtige QM-Strukturen:**

In der Schön Klinik BGL kümmern sich alle Mitarbeiter um die Qualität der Dienstleistungserbringung. Aber jede Klinik hat Mitarbeiter, die sich besonders mit den verschiedenen Qualitätsaspekten beschäftigen. In der Schön Klinik BGL ist der Qualitätsbeauftragte verantwortlich für die Qualität der medizinischen Leistungserbringung. Er wird aus dem Kreis der leitenden Mitarbeiter gewählt und ist in der Regel Inhaber einer Vollzeitstelle in der Patientenversorgung. Er hat eine Ausbildung in Qualitätsmanagement und wird je nach Haus von seiner Stelle für die Belange des Qualitätsmanagements freigestellt.

Des Weiteren gibt es einen Qualitätsmanager. Der Qualitätsmanager ist verantwortlich für das Qualitätsmanagement im engeren Sinne und kümmert sich um spezielle Aufgaben des Qualitätsmanagements wie z.B. die Zertifizierungen nach DIN EN ISO 9001.

Die **Qualitätskommission** (QK) wird vom Qualitätsbeauftragten geleitet und besteht aus der Klinikleitung, Qualitätsbeauftragter und Qualitätsmanager. Die QK koordiniert die

verschiedenen Qualitätsaktivitäten, erstellt das Programm für die internen Audits und berät die Klinikleitung hinsichtlich anstehender Entscheidungen, die das Qualitätsmanagementsystem betreffen.

Für folgende Funktionen gibt es in der Klinik eigene **Beauftragte**:

- Qualitätsbeauftragter
- Risikomanager
- Sicherheitsbeauftragter im med. Bereich
- Arzneimitteltherapiesicherheitsbeauftragter
- BTM-Beauftragter
- Antibiotikabeauftragter
- Notfallbeauftragter
- Hygienebeauftragter u. Hygienefachkraft
- Ernährungsbeauftragter
- Beauftragter für med. Geräte / Medizinproduktekoordinator
- Beauftragter für Medizinprodukte-Sicherheit
- Strahlenschutzbeauftragter
- Datenschutzbeauftragter /Datenschutzkoordinator
- Fachkraft für Arbeitssicherheit
- Brandschutzbeauftragter
- Gefahrgutbeauftragter
- Abfallbeauftragter
- Fremdfirmenkoordinator
- Sicherheitsbeauftragter
- Ausbildungsbeauftragter
- Fortbildungsbeauftragter
- Anlagenverantwortlicher Elektrotechnik Starkstromanlagen
- Anlagenverantwortlicher für sanitärtechnische Anlagen
- Anlagenverantwortlicher für raumlufttechnische Anlagen

## **D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements**

### **Patienteneinbindung**

Aufgeklärte Patienten, die von Anfang an über ihren Behandlungsablauf informiert sind und wissen, wie sie diesen unterstützen können, sind zufriedenerer Patienten und genesen schneller.

### **Verbesserungswesen**

Die Klinikleitung betreibt ein aktives Verbesserungswesen. Jeder Verbesserungsvorschlag wird systematisch überprüft und bearbeitet. Der Einreicher erhält eine schriftliche Rückmeldung und der Vorschlag geht in ein Prämiensystem ein.

### **Feedbackmanagement**

Im Rahmen des Feedbackmanagements haben unsere Patienten die Möglichkeit eine ausführliche Rückmeldung über ihren Klinikaufenthalt abzugeben, in persönlicher oder schriftlicher Ansprache. Insbesondere im Rahmen des strukturiertes Beschwerdemanagement gewährleisten wir, dass Patienten und Mitarbeitern jederzeit ein

kompetenter Ansprechpartner für die Bearbeitung von Beschwerden und Anregungen zur Verfügung steht und dass Beschwerden zeitnah bearbeitet werden. Es ist uns wichtig, die Anliegen ernst zu nehmen, weswegen die Themen auch regelmäßig mit der Klinikgeschäftsführung besprochen werden. So werden aus Beschwerden Verbesserungspotentiale erarbeitet, Prozesse optimiert und die Zufriedenheit unserer Patienten wiederhergestellt.

### **Risikomanagement**

Um die Sicherheit unserer Patienten zu gewährleisten, stehen unsere Prozesse und Abläufe stets auf dem Prüfstand. Das klinische Risikomanagement ist fester Bestandteil unseres Qualitätsmanagementsystems und trägt maßgeblich zur Identifikation und Vorbeugung von Risiken, Beinahe-Fehlern und kritischen Vorfällen bei.

So haben wir für sogenannte „Beinahe-Fehler“ ein anonymes Meldesystem (CIRS, Critical Incident Reporting System) etabliert, ein Sicherheitssystem, welches wir aus der Luftfahrt übernommen haben. Wird eine Situation in diesem System gemeldet, analysiert ein Expertengremium die Hintergründe, bewertet die Situation und leitet daraus entsprechende Maßnahmen ab. Das System ermöglicht es uns, Fehler zu erkennen, bevor sie eintreten und daraus zu lernen.

### **Befragung zur Mitarbeiterzufriedenheit.**

In regelmäßigen Abständen findet eine ausführliche schriftliche Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung statt. Alle Schön-Kliniken nehmen regelmäßig an der Great Place to Work Befragung teil. Hier erfolgt die Mitarbeiterbefragung und Datenauswertung über eine externe Firma nach einem vorgegebenen Fragebogen. Die Ergebnisse werden im Rahmen eines Benchmark mit den Ergebnissen aller anderen Teilnehmer an dieser Befragung verglichen. Die Schön Klinik BGL erreichte im Jahr 2019 in der Kategorie "Beste Arbeitgeber Gesundheit & Soziales" den ersten Platz sowie ein Sonderpreis für Gesundheitsförderung.

### **Auditierung**

Interne Audits durchlaufen ein 3-Jahres-Auditprogramm und sind als kollegialer Dialog zu verstehen, in dem durch vorab ausgewählte und kommunizierte Fachthemen eine Bestandsaufnahme der aktuellen Situation in der jeweiligen Fachabteilung durchgeführt wird. Durch interne Auditierung werden Arbeitsprozesse gefördert und Schwachstellen minimiert oder behoben. In engem Austausch aller Schön Kliniken werden regelmäßig Cross-Audits durchgeführt.

Unsere Klinik ist nach, der international am weitesten verbreiteten und bedeutendsten, Qualitätsnorm DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert. Die Norm legt die Mindestanforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem fest, die von Unternehmen umzusetzen sind, um die Kundenanforderungen sowie weitere Anforderungen an die Produkt- bzw. Dienstleistungsqualität zu erfüllen und deren Umsetzung wird daher jährlich durch externe Auditoren geprüft.

.

### **Patientenzufriedenheitsbefragungen**

Um die Wünsche unserer Patienten noch genauer zu kennen, haben wir in jeder Klinik eine kontinuierliche Patientenbefragung eingeführt. Die Ergebnisse werden regelmäßig ausgewertet und allen Beteiligten zur Verfügung gestellt. Die Qualitätskommission und die Klinikleitung beschäftigen sich intensiv mit den Wünschen der Patienten und den daraus resultierenden Verbesserungspotentialen.

## **D-5 Qualitätsmanagement-Projekte**

Um das wissenschaftliche und therapeutische Wissen aller Mitarbeiter der psychosomatischen Kliniken der Schön-Gruppe weiter zu optimieren und die hier vorhandenen großen Potentiale zur Nutzung von Synergieeffekten besser nutzen zu können, findet regelhaft anhand anerkannter klinischer Daten ein Benchmark der in den einzelnen Kliniken erreichten Therapieerfolge bei den einzelnen Krankheitsbildern statt. Anhand der

hier gewonnenen Ergebnisse erfolgt ein enger Austausch der Kliniken untereinander, um in Sinne von "best practice" voneinander zu profitieren und die jeweiligen Behandlungskonzepte der einzelnen Kliniken anhand dieses Wissens zu optimieren.

Darüber hinaus wurde im Rahmen des Wissensmanagements zu wesentlichen Prozessthemen ein monatlicher Jour Fixe implementiert.

## **D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements**

Jede Schön Klinik muss mindestens einen dreijährigen Zertifizierungszyklus nach DIN EN ISO 9001 durchlaufen.

Dies dient der Implementierung der Grundforderungen des Qualitätsmanagements und schafft über geregelt Prozesse eine Transparenz der Abläufe. Somit wird auch die Erfüllung aller gesetzlichen Anforderungen bezüglich des medizinischen Gerätemanagements gewährleistet.

### **Externes Überwachungs- bzw. Rezertifierungsaudit (jedes 3. Jahr)**

Jährlich findet ein Audit durch externe Auditoren statt (Fa. BSI Management Deutschland). Diese überprüfen Dokumente, alle Abteilungen, Prozessabläufe, Gerätesicherheit, Hygiene, etc.. Das Ergebnis dieses Audits entscheidet über den Fortbestand der Zertifizierungsurkunde. Seit 2017 wird nach den neuen Richtlinien der ISO 9001:2015 auditiert.

Eine interne Qualitätsmanagementbewertung findet jährlich statt, dazu wird ein interner Bericht erstellt. Ebenso finden zur Messung, Analyse und ständigen Verbesserung der Qualität regelmäßige interne Audits, eine Vielzahl von QM – Konferenzen und ein sogenannter Q-Dialog (mehrstündiger strukturierter Report von klinik- und abteilungsbezogenen Qualitätsthemen) mit der Geschäftsführung statt.

Durch die vom QM konsequent ausgelösten Veränderungs- und Erweiterungsprozesse werden die qualitätsorientierten medizinischen Inhalte und angebotenen Leistungen der Schön Klinik gestärkt, verbessert und in ihrer Entwicklung vorangetrieben. An der kontinuierlichen Weiterentwicklung im Sinne des QM arbeitet die Abteilung Qualitäts- und Klinisches Risikomanagement eng mit der Klinikleitung zusammen. Mit der strukturierten Qualitätsmanagementarbeit werden Prozesse regelmäßig auf ihren Qualitäts- und Ergebnisbeitrag für die Patientenbehandlung durchleuchtet. Durch die detaillierte Arbeit von Projektgruppen werden Prozesse interdisziplinär zum Wohle der Patienten und im Sinne eines optimalen Behandlungsergebnisses gestaltet. Die Anregungen und Verbesserungsvorschläge der Mitarbeiter werden dabei stets in die QM- Arbeit eingebunden.