Kliniken Schmieder Heidelberg

Strukturierter Qualitätsbericht 2020

gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort 1

Einleitung 2

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts 4

A-0 Fachabteilungen 4

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses 4

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers 8

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus 8

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie 8

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses 9

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses 10

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit 12

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses 14

A-9 Anzahl der Betten 16

A-10 Gesamtfallzahlen 16

A-11 Personal des Krankenhauses 17

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung 25

A-13 Besondere apparative Ausstattung 35

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V 35

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen 37

B-[1] Kliniken Schmieder Heidelberg
Neurologisches Fachkrankenhaus / Neurologie 37

B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 37

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel 37

B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 37

B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 37

B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 39

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 41

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD 41

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 41

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 41

B-[1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 41

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 41

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 41

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 41

B-[1].11 Personelle Ausstattung 42

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen 42

B-[1].11.2 Pflegepersonal 44

B-[1].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 46

C Qualitätssicherung 48

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V 48

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V 48

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung 48

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge 48

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V 49

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 49

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr 49

D Qualitätsmanagement 50

D-1 Qualitätspolitik 50

D-2 Qualitätsziele 52

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements 53

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements 54

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte 56

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements 57

Vorwort

Die Mitglieder der Geschäftsführung: Patrick Mickler, Paul-Georg Friedrich, Lisa Sophia Friedrich und Dr. Ulrich Sandholzer

Erfahrung und Fortschritt - das sind zwei Charakteristika, die entscheidend das Profil der Kliniken Schmieder bestimmen. 1950 gründete Prof. Dr. med. habil. Friedrich Schmieder die Kliniken Schmieder in Gailingen am Hochrhein. Heute betreiben wir sechs neurologische Kliniken in Baden-Württemberg. In Allensbach befindet sich neben der Hauptverwaltung auch der Sitz der Geschäftsführung, die zentral alle Kliniken leitet. Wir sind stolz darauf, uns in den über 60 Jahren unseres Bestehens ein internationales Renommee als Neurologisches Fachkrankenhaus und als Vorreiter in der Neurologischen Rehabilitation erarbeitet zu haben.

Die Kliniken Schmieder sind ein Fachkrankenhaus für Neurologie. Hier haben wir uns zum Qualitätsführer über alle neurologischen Phasen entwickelt. Diese effektiv-vernetzte Behandlungskette von der Phase A bis zur Phase E ermöglicht einen reibungslosen Übergang vom Akut- in den Rehabilitationsbereich "unter einem Dach" - ohne Informationsverluste, Wartezeiten oder Redundanzen: integrierte Versorgung, wie sie integrierter nicht sein kann.

Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2020: Vor der 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. Die Kliniken Schmieder sind Neurologische Fach- und Rehabilitationskrankenhäuser in privater Trägerschaft. Unter dem Leitgedanken der wohnortnahen Rehabilitation versorgen sie das Land Baden-Württemberg im Bereich Neurologische Rehabilitation an sechs Standorten in Allensbach, Gailingen, Konstanz, Stuttgart-Gerlingen, Stuttgart und in Heidelberg. Jeder fünfte Patient kommt aus den übrigen Bundesländern. Spezialanfragen erreichen die Kliniken Schmieder aus der ganzen Welt. Die Kliniken Schmieder betreuen mit rund 2.000 Mitarbeitern und ca. 1250 Betten pro Jahr über 14.000 neurologische Patienten aller Schweregrade in allen Akut- und Rehabilitationsstadien. Als eines der wenigen nur im Bereich der Neurologie tätigen Häuser sind die Kliniken Schmieder in der Lage, die vollständige Behandlungskette der Neurologischen Rehabilitation aus einer Hand anzubieten, Rehabilitation über alle Phasen zu betreiben. Über 60 Jahre Erfahrung, modern ausgestattete diagnostische und therapeutische Abteilungen und eigene Institute für Forschung und Lehre garantieren höchsten fachlichen Standard. Neben dem Qualitätsbericht gibt es viele weitere Indikatoren für den sehr hohen Qualitätsstandard der Kliniken Schmieder. Dazu zählt: die Zertifizierung aller Kliniken nach KTQ-Reha und IQMP-Reha seit 2008, die Anerkennung als Multiple-Sklerose-Zentrum unserer Kliniken in Konstanz und Gailingen, das Focus-Siegel als Top Rehaklinik 2019 unserer Kliniken in Allensbach, Konstanz, Gailingen und Heidelberg, die Ergebnisse der Patientenbefragungen der Deutschen Rentenversicherung Bund, Peer-Review-Studien, die Innovationskraft unseres gemeinsamen Forschungsinstitutes mit der Universität Konstanz die Zertifizierung zum Energiemanagement nach DIN ISO 50001, 2011. Jörg Krumm Leiter Qualitätsmanagement Der Qualitätsbericht wurde fristgerecht im Herbst 2019 erstellt. Der Hersteller der Software zur Erstellung des XML ist 3M, verwendet wurde die aktuellste Programmversion

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Jörg Krumm, Leiter Qualitätsmanagement
Telefon:	07734 860

Fax:	07734 860 2084
E-Mail:	j.krumm@kliniken-schmieder.de

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Paul-Georg Friedrich, Geschäftsführung
Telefon:	07533 8080
Fax:	07533 808 1117
E-Mail:	p.friedrich@kliniken-schmieder.de

Links:

Link zur Internetseite des Krankenhauses:	http://www.kliniken-schmieder.de
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht:	http://www.kliniken-schmieder.de/unser-profil/qualitaetsmanagement/qualitaetsberichte.html

Weiterführende Links:

	URL	BESCHREIBUNG
1	www.kliniken-schmieder.de/kliniken-und-standorte.html	Details zur Klinik
2	www.kliniken-schmieder.de/behandlungs-spektrum.html	Behandlungsspektrum der Klinik
3	www.kliniken-schmieder.de/patienten-und-angehoerige/aufenthalt.html	Wege zur Klinik
4	www.kliniken-schmieder.de/lurija-institut.html	Forschung an der Klinik
5	www.kliniken-schmieder.de/fortbildung-zenith.html	Fortbildung an der Klinik

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	2800	Kliniken Schmieder HeidelbergNeurologisches Fachkrankenhaus / Neurologie

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Kliniken Schmieder Heidelberg
PLZ:	69117
Ort:	Heidelberg
Straße:	Speyererhof

Hausnummer:	1
IK-Nummer:	260822140
Standort-Nummer alt:	0
Standort-Nummer:	772703000
Telefon-Vorwahl:	06221
Telefon:	65400
E-Mail:	info@Kliniken-Schmieder.de
Krankenhaus-URL:	http://www.Kliniken-Schmieder.de

A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. Ariel Schönfeld , Ärztlicher Leiter
Telefon:	06221 6540 221
Fax:	06221 6540 560
E-Mail:	a.schoenfed@kliniken-schmieder.de

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Herr Dr. med Matthias Janta, Geschäftsführer
Telefon:	06221 6540 110
Fax:	06221 6540 555
E-Mail:	m.janta@kliniken-schmieder.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Herr Holger Schaar, Pflegedienstleiter
Telefon:	06221 6540 219
Fax:	06221 6540 565
E-Mail:	h.schaar@kliniken-schmieder.de

Leitung:	
Name/Funktion:	Herr Bernhard Riedel, Therapieleiter
Telefon:	06221 6540 219
Fax:	06221 6540 553
E-Mail:	b.riedel@kliniken-schmieder.de

Leitung:	
Name/Funktion:	Frau Susanne Reichert, Leiterin Projektmanagement
Telefon:	06221 6540 110
Fax:	06221 6540 555
E-Mail:	s.reichert@kliniken-schmieder.de

Prof. Dr. Ariel Schönfeld Bernhard Riedel Jörg Wegener Susann Susset

A-1.2 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	Kliniken Schmieder Heidelberg GmbH
Träger-Art:	privat

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität

1	Ruprecht - Karls - Universität Heidelberg

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?	Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
1	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
2	Atemgymnastik/-therapie
3	Basale Stimulation
4	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
5	Bewegungsbad/Wassergymnastik
6	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
7	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
8	Diät- und Ernährungsberatung *z. B. bei Diabetes mellitus*
9	Ergotherapie/Arbeitstherapie
10	Fußreflexzonenmassage
11	Kinästhetik
12	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
13	Manuelle Lymphdrainage
14	Massage *z. B. Akupunktmassage, Bindegewebsmassage, Shiatsu*
15	Medizinische Fußpflege *von extern*
16	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie *z. B. Erweiterte AmbulantePhysio-therapie (EAP), Krankengymnastik am Gerät/med. Trainingstherapie*
17	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
18	Schmerztherapie/-management
19	Sehschule/Orthoptik *konsiliarisch*
20	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot *z. B. Pflegevisiten,Pflegeexperten oder Pflegeexpertinnen*
21	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
22	Stomatherapie/-beratung *Kooperation mit externem Dienst*
23	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
24	Wundmanagement *z. B. spezielle Versorgungchronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris*

	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
25	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
	AMSEL, junge Schlaganfall-Selbsthilfe
26	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
27	Biofeedback-Therapie
28	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
29	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
30	Redressionstherapie
31	Sozialdienst
32	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
	z. B. Besichtigungen und Führungen, Vorträge, Informationsveranstaltungen
33	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen
	z. B. Forced-Use-Therapie,Taub´sche Therapie, Bewegungsinduktionstherapie, Therapie des Facio-Oralen Traktes (F.O.T.T.), Spiegeltherapie, Schlucktherapie
34	Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder
35	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
	z. B. Hospizdienst, Palliativzimmer, Trauerbegleitung, Abschiedsraum, klinische Seelsorge durch evangelischen und katholischen Seelsorgedienst
36	Sporttherapie/Bewegungstherapie
37	Physikalische Therapie/Bädertherapie
	z. B. Vierzellenbäder, Kneippanwendungen
38	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
	z. B. Nichtraucher/innen-Kurse
39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
	z. B. Beratung zur Sturzprophylaxe, Hilfsmittelversorgung, Ernährung bei Dysphagie
40	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
	z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie
41	Spezielle Entspannungstherapie
	z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung
42	Wärme- und Kälteanwendungen

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

	LEISTUNGSANGEBOT
1	Seelsorge/spirituelle Begleitung
	Standard

	LEISTUNGSANGEBOT
2	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle *Standard*
3	Ein-Bett-Zimmer *limitiertes Kontingent*
4	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) *auf Nachfrage möglich*
5	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen *Standard*
6	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen *Standard*
7	Rooming-in *Standard*
8	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle *limitiertes Kontingent*
9	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen *Standard*

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name/Funktion:	Myriam Kopp, Schwerbehindertenvertretung
Telefon:	06221 6540 170
Fax:	06221 6540 0
E-Mail:	m.kopp@kliniken-schmieder.de

Name/Funktion:	Myriam Kopp, Schwerbehindertenvertretung
Telefon:	06221 6540 170
Fax:	06221 6540 0
E-Mail:	m.kopp@kliniken-schmieder.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
1	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen *Standard*
2	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen *Standard*
3	Diätetische Angebote *je nach Erkrankung individuell zusammengestellt*
4	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
5	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) *Standard*
6	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen *Standard*
7	Arbeit mit Piktogrammen *bei isolierten Patienten*
8	Besondere personelle Unterstützung *Jeder Mitarbeiter ist zur Hilfe verpflichtet*
9	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
10	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe *bis 180 kg können bestellt werden*

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
11	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
	bis 180 kg
12	Dolmetscherdienst
	z.B. Türkisch - Konsultation ausländischer Mitarbeiter mittels hausinterner Mitarbeiter Fremdsprachenliste, Dolmetscher für Arabisch im Haus
13	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
	Wegeleitsystem
14	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift
	z. T. mit Sprachansage, nur Braille-Beschriftung
15	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
	z.B. Russisch, Englisch, Polnisch, Rumänisch, Arabisch

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

WISSENSCHAFTLICHE ARBEIT UND KLINISCHE PRAXIS

Lurija Institut

Am 12. Mai 1997 gründete die Gemeinnützige Stiftung Schmieder für Wissenschaft und Forschung gemeinsam mit der Universität Konstanz das Lurija Institut für Rehabilitationswissenschaften und Gesundheitsforschung an der Universität Konstanz. Das Lurija Institut verbindet wissenschaftliche Arbeit und klinische Praxis: Seit vielen Jahren arbeitet das Institut sehr eng mit der Universität Konstanz, aber auch mit vielen anderen Universitäten und Fachhochschulen zusammen. Die eng vernetzten Forschungskooperationen zwischen einer Rehabilitationseinrichtung und Universitäten sowie die Möglichkeit, Krankheitsverläufe über lange Zeiträume hinweg, während eines oder mehrerer Rehabilitationsaufenthalte, zu untersuchen, sind bis heute deutschlandweit einmalig. Die Erkenntnisse aus den Forschungsarbeiten geben wertvolle Impulse für die Entwicklung neuer, innovativer Therapiestrategien. Das Lurija Institut ist damit ein wichtiger Antriebsmotor für die Neurologische Rehabilitation, um immer wieder höhere Qualitätsstandards für Patient/innen erreichen zu können. Zahlreiche Erkenntnisse aus Forschungsarbeiten sind bereits in konkrete Therapiekonzepte umgewandelt worden. Um nur einige zu nennen: Spiegeltherapie bei Schlaganfallpatienten, Gangtraining bei Parkinson, Behandlung motorischer und kognitiver Fatigue bei MS-Patienten oder gerätegestütztes Training bei Armparese.

Trägerin des Lurija Instituts ist die Gemeinnützige Stiftung Schmieder für Wissenschaft und Forschung, die auch die finanziellen Mittel für die Infrastruktur und die laufende Arbeit des Instituts zur Verfügung stellt. Ziel der Gründung im Jahr 1997 war die Intensivierung der Forschung in den Kliniken Schmieder vor allem in Kooperation mit der Universität Konstanz und anderen hochschulischen Einrichtungen. Darüber hinaus soll in der Universitätsöffentlichkeit das Interesse an der Neurologischen Rehabilitation bei Wissenschaftler/innen und Studierenden gefördert werden.

Lurija Lectures und gemeinsame Forschungskolloquien

Mit den Lurija Lectures sowie mit gemeinsamen Forschungskolloquien mit den Fachbereichen Psychologie und Sprachwissenschaft sowie des Fachs Sportwissenschaft der Universität Konstanz bietet das Institut Plattformen für den Kontakt zwischen Klinik und Universität. Hier werden regelmäßig Ergebnisse aus der Forschung disziplinenübergreifend diskutiert und einem breiteren Publikum zugänglich gemacht.

Forschungsschwerpunkte

In den jährlich stattfindenden Sitzungen des Vorstandes und des Kuratoriums des Lurija Instituts werden die jeweils aktuellsten Forschungsprojekte vorgestellt und strategische Weichenstellungen diskutiert. Außerdem werden zukünftige wissenschaftliche Vorhaben konzipiert. Im Jahr 2020 wurde an 25 Forschungsprojekten gearbeitet, die sich auf die Themen Bewegungsvorstellung, Long-Covid-Rehabilitation, Pseudoneurologische Störungen, Gerätegestützte Therapie, Kinematische Ganganalysen, Störungsbilder bei MS, Diagnostik bei

Wachkoma-Patienten, Sturzprävention bei Parkinson und Affordanzwahrnehmung konzentrierten.

Personal

Mitarbeiter/innen aus verschiedenen Fachdisziplinen forschen in den Kliniken Schmieder gemeinsam mit Universitätsangehörigen für die Weiterentwicklung der Neurologischen Rehabilitation. Für die Veranstaltungsorganisation, die Öffentlichkeitsarbeit und weitere Aufgaben stehen wissenschaftliche Mitarbeiter/innen zur Verfügung.

Leitung

Als Geschäftsführerin der Gemeinnützigen Stiftung Schmieder für Wissenschaft und Forschung verantwortet Lisa Friedrich die Budget- und Personalplanung des Lurija Instituts.

Lehre

Im Rahmen der Kooperation mit der Universität Konstanz bieten Fachkräfte der Kliniken Schmieder Seminare für Studierende der Psychologie und der Sportwissenschaft an. Im Wintersemester stehen "Grundlagen Neurologischer Krankheitsbilder" auf dem Lehrplan, im Sommersemester das Seminar "Praxis der neurologischen Rehabilitation" und das wöchentlich stattfindende Fallseminar "Neurologische Psychologie".

Studiengang

Seit 2014 bieten die Kliniken Schmieder gemeinsam mit der Universität Konstanz einen berufsbegleitenden Bachelorstudiengang an. Der weiterbildende B.Sc. Motorische Neurorehabilitation ermöglicht Ergo- und Physiotherapeut/innen innerhalb von drei Jahren eine fachliche Spezialisierung im Bereich der Neurorehabilitation. Das Studium kann jährlich zum Wintersemester aufgenommen werden.

Räume

Das Lurija Institut verfügt über eigene Räume in den Klinken Schmieder Allensbach.

	AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN
1	Doktorandenbetreuung
2	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
3	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
	Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg; Hospitanten und Praktikanten des B.Sc. Motorische Neurorehabilitation
4	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
5	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher
6	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien
	DFG

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

	AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
	als Außeneinsatz im Rahmen von Kooperationsverträgen (Uni Klinik HD, St. Josef Krankenhaus); als Träger der praktischen Ausbildung in Zusammenarbeit mit Luise von Marillac Schule HD
2	Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin
	Durchführung von Praktika
3	Ergotherapeut und Ergotherapeutin
	Durchführung von Praktika
4	Logopäde und Logopädin
	Durchführung von Praktika
5	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin
6	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten:	108

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE					
Gesamt:	26,20		Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	*40,00*	
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	26,20	**Ohne:**	0,00	
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	26,20	

- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE				
Gesamt:	11,81			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	11,81	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	11,81

BELEGÄRZTINNEN UND BELEGÄRZTE	
Anzahl in Personen:	0

ÄRZTINNEN UND ÄRZTE, DIE KEINER FACHABTEILUNG ZUGEORDNET SIND				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE, DIE KEINER FACHABTEILUNG ZUGEORDNET SIND				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

A-11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:
39,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	127,63			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	127,63	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	127,63

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,78			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,78	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,78

ALTENPFLEGERINNEN UND ALTENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

PFLEGEASSISTENTINNEN UND PFLEGEASSISTENTEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

KRANKENPFLEGEHELFERINNEN UND KRANKENPFLEGEHELFER (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	20,27			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	20,27	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	20,27

PFLEGEHELFERINNEN UND PFLEGEHELFER (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	13,69			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	13,69	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	13,69

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

BELEGENTBINDUNGSPFLEGER UND BELEGHEBAMMEN IN PERSONEN ZUM STICHTAG 31. DEZEMBER DES BERICHTSJAHRES	
Anzahl in Personen:	0

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,01			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,01	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,01

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

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

KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTINNEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOTHERAPEUTEN IN AUSBILDUNG WÄHREND DER PRAKTISCHEN TÄTIGKEIT (GEMÄß § 8 ABSATZ 3, NR. 3 PSYCHOTHERAPEUTENGESETZ - PSYCHTHG)				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

ERGOTHERAPEUTINNEN UND ERGOTHERAPEUTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

BEWEGUNGSTHERAPEUTINNEN UND BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTINNEN UND KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTINNEN UND PHYSIOTHERAPEUTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

DIÄTASSISTENTIN UND DIÄTASSISTENT

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

ERGOTHERAPEUTIN UND ERGOTHERAPEUT

Gesamt:	17,70			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	17,70	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	17,70

KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGIN UND KLINISCHER NEUROPSYCHOLOGE

Gesamt:	0,18			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,18	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,18

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

Gesamt:	12,78			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	12,78	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	12,78

MASSEURIN/MEDIZINISCHE BADEMEISTERIN UND MASSEUR/MEDIZINISCHER BADEMEISTER

Gesamt:	1,75			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	1,75	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	1,75

MEDIZINISCH-TECHNISCHE ASSISTENTIN FÜR FUNKTIONSDIAGNOSTIK (MTAF) UND MEDIZINISCH-TECHNISCHER ASSISTENT FÜR FUNKTIONSDIAGNOSTIK				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

MEDIZINISCH-TECHNISCHE LABORATORIUMSASSISTENTIN UND MEDIZINISCH-TECHNISCHER LABORATORIUMSASSISTENT (MTLA)				
Gesamt:	0,46			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,46	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,46

MEDIZINISCH-TECHNISCHE RADIOLOGIEASSISTENTIN UND MEDIZINISCH-TECHNISCHER RADIOLOGIEASSISTENT (MTRA)				
Gesamt:	0,23			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,23	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,23

OECOTROPHOLOGIN UND OECOTHROPHOLOGE (ERNÄHRUNGSWISSENSCHAFTLERIN UND ERNÄHRUNGSWISSENSCHAFTLER)				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

ORTHOPÄDIEMECHANIKERIN UND BANDAGISTIN UND ORTHOPÄDIEMECHANIKER UND BANDAGIST/ORTHOPÄDIESCHUHMACHERIN UND ORTHOPÄDIESCHUHMACHER				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

ORTHOPTISTIN UND ORTHOPTIST/AUGENOPTIKERIN UND AUGENOPTIKER				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00

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

PHYSIOTHERAPEUTIN UND PHYSIOTHERAPEUT

Gesamt:	23,73			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	23,73	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	23,73

PODOLOGIN UND PODOLOGE (FUßPFLEGERIN UND FUßPFLEGER)

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

DIPLOM-PSYCHOLOGIN UND DIPLOM-PSYCHOLOGE

Gesamt:	2,87			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	2,87	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	2,87

SOZIALARBEITERIN UND SOZIALARBEITER

Gesamt:	2,02			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	2,02	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	2,02

PERSONAL MIT ZUSATZQUALIFIKATION NACH BOBATH ODER VOJTA

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

PERSONAL MIT ZUSATZQUALIFIKATION IN DER MANUALTHERAPIE

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

PERSONAL MIT ZUSATZQUALIFIKATION IN DER STOMATHERAPIE				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

PERSONAL MIT ZUSATZQUALIFIKATION IM WUNDMANAGEMENT				
Gesamt:	3,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	3,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	3,00

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Jörg Krumm, Leiter Qualitätsmanagement
Telefon:	07734 86 0
Fax:	07734 86 2084
E-Mail:	j.krumm@kliniken-schmieder.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

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

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Geschäftsführung, Geschäftsleitung, Personalleitung, Leiter Qualitätsmanagement
Tagungsfrequenz des Gremiums:	wöchentlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:	entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.2.2 Lenkungsgremium

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

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Organigramm QM *Letzte Aktualisierung: 09.01.2020*
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Klinisches Notfallmanagement
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Notfallmanagement *Letzte Aktualisierung: 01.06.2019*
4	Schmerzmanagement *Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Schmerzmanagement* *Letzte Aktualisierung: 01.06.2019*
5	Sturzprophylaxe
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Sturzprophylaxe *Letzte Aktualisierung: 01.06.2019*
6	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") *Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Dekubitusprophylaxe* *Letzte Aktualisierung: 01.06.2019*
7	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen *Letzte Aktualisierung: 01.06.2019*
8	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
9	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
10	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
11	Entlassungsmanagement
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Entlassmanagement *Letzte Aktualisierung: 01.06.2019*

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

☐	Tumorkonferenzen
☐	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
☐	Pathologiebesprechungen
☐	Palliativbesprechungen
☑	Qualitätszirkel
☑	Andere: Teambesprechungen

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?	Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor
	Letzte Aktualisierung: 01.01.2017
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen
	Intervall: monatlich
3	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem
	Intervall: jährlich

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	quartalsweise
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	werden unmittelbar geprüft und umgesetzt

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:	Ja

Genutzte Systeme:

	BEZEICHNUNG
1	EF00: EF00 Austausch mit Kliniken Schmieder Allensbach, Stuttgart-Gerlingen und Heidelberg

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	wöchentlich

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	3[1)]
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1[2)]
Hygienefachkräfte (HFK)	2
Hygienebeauftragte in der Pflege	7[3)]

[1)] *davon 1 Mitarbeiter extern BZH*
[2)] *Arzt für Innere Medizin*
[3)] *alle Stationsleitungen Pflege*

A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Dr. med. Matthias Janta, Geschäftsführung
Telefon:	06221 6540 110
Fax:	06221 6540 555
E-Mail:	m.janta@kliniken-schmieder.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

Auswahl:	Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl:	Ja

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

Auswahl:	Ja

Der Standard (Liegedauer) wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl:	Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

	OPTION	A
1	Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	Ja

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor:

Auswahl:	Nein

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl:	Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl:	Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Nein
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Nein

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl:	Nein

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

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen
	Name: QS-MRSA GeQuiK; MRE-Netzwerk Rhein-Neckar-Kreis
	in Baden-Württemberg vorgegeben
2	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH)
	Details: Teilnahme (ohne Zertifikat)
3	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
	jährlich
4	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen
	jährlich

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

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

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Dr. med Matthias Janta, Geschäftsführung
Telefon:	06221 6540 110
Fax:	06221 6540 555
E-Mail:	m.janta@kliniken-schmieder.de

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 multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums:	Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	ja – eigenständige Position AMTS

Kontaktdaten:

Name/Funktion:	Dr. Joachim Fichtner, Oberarzt
Telefon:	06221 6540 158
Fax:	
E-Mail:	j.fichtner@kliniken-schmieder.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:	1
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	0

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.

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
	in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Heidelberg		
2	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja
3	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinster elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	
	24h verfügbar		
4	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja
	in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Heidelberg		
5	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	
	in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Heidelberg		

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA 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, dassKrankenhäuser, 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 gestuftenSystem von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschläge vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?	Die Notfallstufe oder Nichtteilnahme wurde noch nicht vereinbart

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung:

Erfüllt:	Nein

A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der 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] Kliniken Schmieder HeidelbergNeurologisches Fachkrankenhaus / Neurologie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Kliniken Schmieder Heidelberg Neurologisches Fachkrankenhaus / Neurologie
Straße:	Speyererhof
Hausnummer:	1
PLZ:	69117
Ort:	Heidelberg
URL:	http://www.Kliniken-Schmieder.de

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2800) Neurologie

B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Ariel Schönfeld, Ärztlicher Leiter
Telefon:	06221 6540 221
Fax:	06221 6540 560
E-Mail:	a.schoenfeld@Kliniken-Schmieder.de
Adresse:	Speyererhof 1
PLZ/Ort:	69117 Heidelberg
URL:	http://www.Kliniken-Schmieder.de

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

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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
2	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
3	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
4	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
5	Intensivmedizin
6	Endoskopie
7	Behandlung von Schädel-Hirn-Trauma
8	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
9	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
10	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
11	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
12	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
13	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
14	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
16	Betreuung von Patienten und Patientinnen mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation
17	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
18	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
19	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
20	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
21	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
22	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
23	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
24	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
25	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
26	Spezialsprechstunde
27	Neurologische Frührehabilitation
28	Schmerztherapie
29	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
30	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
31	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
32	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
33	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
34	Psychoonkologie
35	Konventionelle Röntgenaufnahmen
36	Duplexsonographie
37	Computertomographie (CT), nativ *in Kooperation mit der Universitätsklinik Heidelberg*
38	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel *in Kooperation mit der Universitätsklinik Heidelberg*
39	Arteriographie *in Kooperation mit der Universitätsklinik Heidelberg*
40	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT) *in Kooperation mit der Universitätsklinik Heidelberg*
41	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ *in Kooperation mit der Universitätsklinik Heidelberg*
42	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel *in Kooperation mit der Universitätsklinik Heidelberg*
43	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren *in Kooperation mit der Universitätsklinik Heidelberg*

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0
Kommentar/Erläuterung:	Phase A und B der neurologischen Behandlungskette

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	NEUROLOGIE
	Privatambulanz

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

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

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

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE				
Gesamt:	26,20	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	*39,00*	
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	26,20	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	26,20
			Fälle je Anzahl:	0,0

- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE				
Gesamt:	11,81			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	11,81	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	11,81
			Fälle je Anzahl:	0,0

B-[1].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Anästhesiologie
2	Augenheilkunde *konsiliarisch*
3	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde *konsiliarisch*
4	Innere Medizin
5	Innere Medizin und Angiologie
6	Neurologie
7	Psychiatrie und Psychotherapie

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Sportmedizin
2	Sozialmedizin

B-[1].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:
39,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	127,63			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	127,63	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	127,63
			Fälle je Anzahl:	0,0

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,78			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,78	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,78
			Fälle je Anzahl:	0,0

PFLEGEASSISTENTINNEN UND PFLEGEASSISTENTEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

KRANKENPFLEGEHELFERINNEN UND KRANKENPFLEGEHELFER (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	20,27			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	20,27	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	20,27
			Fälle je Anzahl:	0,0

PFLEGEHELFERINNEN UND PFLEGEHELFER (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	13,69			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	13,69	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	13,69
			Fälle je Anzahl:	0,0

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

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

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Diplom
2	Intensiv- und Anästhesiepflege
3	Leitung einer Station / eines Bereiches

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Geriatrie
	z. B. Zercur
4	Kinästhetik

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
5	Atmungstherapie
6	Wundmanagement

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

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

KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTINNEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOTHERAPEUTEN IN AUSBILDUNG WÄHREND DER PRAKTISCHEN TÄTIGKEIT (GEMÄß § 8 ABSATZ 3, NR. 3 PSYCHOTHERAPEUTENGESETZ - PSYCHTHG)				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

C Qualitätssicherung

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

Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden:

☑	Es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.
☐	Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

	LEISTUNGSBEREICH	AUSWAHL
1	MRE	Ja
	30.08 / 28.02.	
2	Schlaganfall: Akutbehandlung	Ja
	30.08 / 28.02.	

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

Es gibt keine DMP in der Neurologie. Aus diesem Grund sind die Kliniken Schmieder hier nicht betroffen.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Keine Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

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 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen:	5
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen:	5
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	5

* 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).

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Der Rückblick auf eine erfolgreiche Geschichte seit Gründung durch Prof. Friedrich Georg Schmieder im Jahre 1950 ist geeignet, sich der gemeinsamen handlungsleitenden Werte und Visionen zu besinnen. Diese Leitsätze dienen uns als Rahmen für die Gestaltung einer harmonischen, von gegenseitigem Respekt geprägten, fruchtbaren Zusammenarbeit innerhalb der Kliniken Schmieder und mit unseren Partnern.
Aus unserer großen Erfahrung und aus unserem Behandlungsauftrag gewinnen wir die Kraft und die Verpflichtung, durch Innovation und ständige Weiterentwicklungen die Betreuung unserer Patienten und ihrer Angehörigen mit dem Ziel zu erbringen, die Patienten wieder in die Gesellschaft zu re-integrieren und die Teilhabe am allgemeinen Leben zu fördern und zu verbessern.
Unsere Patienten leiden an Störungen des Nervensystems und an Funktionsstörungen des Gehirns. Sie sind damit im Kern ihres menschlichen Daseins beeinträchtigt. Diese Einschränkungen gemeinsam mit unseren Patienten zu verbessern, ist unsere Herausforderung.
Jeder von uns leistet einen unverzichtbaren, wertvollen Beitrag zum Erreichen dieses Zieles, sei dies im direkten Kontakt mit den Patienten oder durch indirekte Dienstleistungen. Jeder Einzelne und jede Gruppe füllt die Leitsätze für sich und seine jeweiligen Aufgaben im gemeinsamen Geist mit Leben. Unser Engagement und unsere anspruchsvolle Aufgabe werden nur erfolgreich sein, wenn diese auch von unseren Patienten, ihren Angehörigen und unseren Partnern als solche wahrgenommen wird.

Unser Motto: Nie aufgeben!

Wir sind für Menschen da, die unsere Hilfe brauchen.
Wir haben für unsere Patienten eine besondere Verantwortung, die sich an ethischen Grundwerten orientiert.
Wir wollen, dass unsere Patienten wieder möglichst selbständig werden und aktiv am Leben teilhaben können.
Wir unterstützen und begleiten unsere Patienten zusammen mit ihren Angehörigen auf dem oft beschwerlichen und langwierigen Weg der Rehabilitation und Teilhabe - auch wenn sich erhoffte Besserung nicht einstellt.
Wir stehen allen unseren Patienten mit unserem fachlichen Wissen und unserer Kompetenz zur Seite.
Wir begegnen unseren Patienten mit Respekt, menschlicher Zuwendung und Einfühlungsvermögen.
Wir schaffen einen für die Genesung und Rehabilitation förderlichen Rahmen.

Wir handeln nach unseren Grundsätzen.
Wir wollen in allen Bereichen professionell handeln.
Wir gestalten die Beziehungen zu unseren Partnern langfristig.
Wir arbeiten kontinuierlich an dem Erhalt und Ausbau der Markt- und

Qualitätsführerschaft in der Neurologischen Rehabilitation.
Wir setzen im Alltag unsere Erfahrung und hohe fachliche Standards vernetzt mit Forschung und Lehre ein.

Wir gehen verantwortlich mit unseren Ressourcen um.
Wir planen, arbeiten und verhalten uns so, dass der wirtschaftliche Bestand des Unternehmens langfristig gesichert ist.
Wir verbinden Qualität mit Wirtschaftlichkeit.
Wir setzen auf Nachhaltigkeit statt auf kurzfristigen Erfolg.
Wir setzen unsere Arbeitskraft und unsere Arbeitsmittel verantwortungsbewusst ein.
Wir übernehmen Verantwortung sowohl für unseren unmittelbaren Arbeitsbereich als auch für das ganze Unternehmen.

Wir sind gemeinsam stärker - jeder Einzelne ist wichtig.
Wir leisten alle direkt oder indirekt einen Beitrag zur Rehabilitation unserer Patienten und unterstützen uns gegenseitig.
Wir gestalten ein Klima, in dem die gegenseitige Wertschätzung und Bedeutung jedes Einzelnen gespürt wird.
Wir tauschen unser über die Jahre erworbenes Wissen über Standorte und Fachgebiete hinweg aus.
Wir erweitern kontinuierlich unser Wissen, fördern die klinikeigene Forschung und pflegen die Kooperation mit Universitäten, Forschungseinrichtungen und Partnern.
Wir leisten mit der Neurologischen Rehabilitation für die Patienten und ihre Angehörigen einen wichtigen gesellschaftlichen Beitrag zur Teilhabe in Beruf, Familie und Freizeit.

D-2 Qualitätsziele

Die Kliniken Schmieder streben die Sicherung und den Ausbau der Qualitätsführerschaft in der Behandlung und Rehabilitation von Patienten mit neurologischen Erkrankungen als primäres Qualitätsziel an. Die Geschäftsführung der Kliniken Schmieder legt die Qualitätspolitik und die Qualitätsziele fest und ist für deren Umsetzung klinikweit verantwortlich. In den Leitungskonferenzen sowie in den Konferenzen der Standortführungsteams werden die festgelegten Qualitätsziele kommuniziert und die Maßnahmen zu deren Realisierung initiiert. Verantwortlich für die Umsetzung der Qualitätsziele am Standort ist das jeweilige Standortführungsteam. Die Qualitätsziele werden gesamthaft für die Durchführung der neurologischen Behandlung und Neuro-Rehabilitation definiert und entsprechend dem abgestimmten Verfahren erarbeitet und kommuniziert. Die Klinik entwickelt, vermittelt und setzt jeweils Maßnahmen zur Erreichung von Qualitätszielen um. Ergänzend kommt bei der Formulierung der Qualitätsziele hinzu, dass die einzelnen Berufsgruppen entsprechend auch den Vorgaben ihrer Standesorganisationen und im Abgleich mit den Voraussetzungen vor Ort Qualitätsziele im Einklang mit dem Leitbild und in Abstimmung mit der Geschäftsführung erarbeiten, vorschlagen und umsetzen. Vor diesem Hintergrund sind z.B. folgende Qualitätsmanagement- und Qualitätssicherungsmaßnahmen umgesetzt:

- Implementierung und Weiterentwicklung eines Unternehmensleitbildes,
- Anwendung/Umsetzung von medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leitlinien/Standards,
- Regelmäßige Interdisziplinäre Teambesprechungen,
- Etablierung von internen Qualitätssicherungszirkeln,
- Durchführung interner Audits,
- Durchführung interner Peer Review Verfahren,
- Permanente Patientenbefragungen,
- Spezifische Befragungen von Patienten zu definierten Leistungsbereichen
- Strukturiertes Einweisungsmanagement,
- Strukturiertes Entlassmanagement,
- Internes Beschwerdemanagement,
- Klinisches Fehler- und Risikomanagement mit CIRS und Sturzprophylaxe,
- Standardisiertes medizinisches und nicht-medizinisches Notfallmanagement,
- Etablierte Hygienekommissionen,
- Etablierte Arzneimittelkommission,
- Etablierte Arbeitssicherheitsausschuss,
- Standards zum Umgang mit Medizinprodukten nach MedPBetreibVO
- Zeitnahe Information der Patienten und Partner durch zügige Erstellung der Entlassberichte im KIS,
- Klinikeigenes EDV-gestütztes Klinikinformationssystem mit elektronischer Daten-Archivierung.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

In den Kliniken Schmieder ist seit 2006 ein systematisches internes Qualitätsmanagement etabliert und in sämtlichen Klinikbereichen verankert. Zentral ist ein Leiter Qualitätsmanagement als Qualitätsmanagement-Koordinator benannt und als Qualitätsauditor qualifiziert. Der Leiter Qualitätsmanagement ist als Mitglied der Geschäftsleitung direkt der Geschäftsführung der Kliniken Schmieder unterstellt. Er legt die Planung, Durchführung sowie die Ergebnisse der Qualitätsmanagement-Projekte direkt der Geschäftsführung zur Diskussion und Entscheidung vor. In jeder Teilklinik ist als Leitungsgremium ein Standortführungsteam SFT eingesetzt, bestehend aus der Ärztlichen Leitung, der Pflegedienstleitung, der Therapieleitung sowie dem Klinikmanager als zuständiges Mitglied der Geschäftsleitung. Das SFT ist mitverantwortlich für das Qualitätsmanagement-System in der Teilklinik und wird regelmäßig seitens des Leiters Qualitätsmanagement diesbezüglich beraten. An allen Teilkliniken gibt es von der Klinikleitung ernannte Qualitätsmanagementbeauftragte QMB, deren Aufgaben der Leiter Qualitätsmanagement zentral koordiniert. Diese QMB wurden hierarchie- und berufsgruppen- übergreifend ausgewählt, um sicherzustellen, dass möglichst alle Berufsgruppen vertreten und hierarchisch durchmischt sind. Regelmäßige Treffen der QMB finden statt, um den Fortschritt des internen QM zu begleiten. Zusätzlich bestehen an den Standorten von den QMB geleitete Arbeitsgruppen zu speziellen Themen des Qualitätsmanagement, in denen ausgesuchte Mitarbeiter eingebunden sind.

Die Zertifizierung nach KTQ-Reha Version 1.0 und nach IQMP-Reha wurde im Frühjahr 2008 im Rahmen einer Visitation an allen Standorten erstmals erfolgreich durchgeführt. Die Rezertifizierung wurde in 2011, 2014 und 2017 nach KTQ-Reha 1.1 mit BAR sowie IQMP-Reha erreicht.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

In der Klinik werden regelmäßig und systematisch Methoden zur Überprüfung und Bewertung der internen Qualitätssicherung angewandt.
So werden regelmäßige Patientenbefragungen durchgeführt, die Ergebnisse und Rückmeldungen daraus im Standortführungsteam (SFT) besprochen, analysiert und bewertet. Sofern erforderlich werden Anpassungen zur Verbesserung der Patientenversorgung umgesetzt.

Ein strukturiertes Beschwerdemanagementsystem ist etabliert. Für Rückmeldungen der Patienten stehen grundsätzlich verschiedene Kommunikationswege zur Verfügung. Unsere Mitarbeiter sind sensibilisiert, Hinweise unmittelbar aufzunehmen und der Klinikleitung als zentraler Ansprechpartner zu zuleiten. Dadurch ist eine strukturierte, zeitnahe Bearbeitung sichergestellt. Darüber hinaus werden die vorliegenden Auswertungen zum Anlass genommen, präventiv Maßnahmen zur Vermeidung von Beschwerden umzusetzen. In unserem obligatorischen Einführungsvortrag wird auf die verschiedenen Möglichkeiten und Ansprechpartner für ein Feedback hingewiesen. Auch wurde in ausgesuchten Klinikteilen die sog. Stationsleitungsvisite als proaktives Beschwerdemanagement-Instrument eingeführt: die Stationsleitungen (oder ihre Stellvertretung) befragen in gewissen Abständen die ihnen anvertrauten Patienten, informieren sich nach dem Befinden und auch danach, was im Rahmen des Klinikaufenthalts subjektiv als positiv bzw. negativ empfunden wird. Flankierend finden anonyme Patientenbefragungen zu spezifischen Leistungsbereichen der Klinik statt. Insgesamt ist eine äußerst geringe Freqenz an Beschwerden, mit seit Jahren stabiler Tendenz festzustellen.

Ein Fehler- und Risikomanagement ist seit 2009 eingeführt: einerseits handelt es sich um ein anonymes elektronisches Berichtssystem zu erwarteten Risiken und Fehlern (CIRS), andererseits wird die potentielle Sturzgefahr in einem Assessment erfasst, die Sturzhäufigkeit gemessen und entsprechende vorbeugende Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen umgesetzt. Dieses Instrument wird auch dazu genutzt, regelhaft und systematisch Auswertungen durchzuführen mit dem Ziel Risikoprofile zu erstellen und potentielle Risiken zu minimieren. Alle diese Maßnahmen dienen der Patientensicherheit!
Alle Berufsgruppen sind verpflichtet, gemäß der jeweils geltenden medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leitlinien und Standards (AWMF, DGN, DGNR und DNQP), die auch im klinkeigenen Intranet publiziert sind, tätig zu werden. Neben täglichen ärztlichen Visiten durch die Stationsärzte finden regelmäßige Visiten durch Oberärzte und ärztliche Leiter statt. Regelmäßig finden auch ärztliche Fortbildungen statt, ergänzt durch zusätzliche Angebote wie neuroradiologische und röntgenologische Falldemonstrationen.
Berufsgruppen- und hierarchieübergreifende Qualitätszirkel zur Erfassung des Versorgungsgrades der Patienten in der Therapie werden regelmäßig monatlich durchgeführt. Hier werden Konzepte erarbeitet, welche in Abstimmung mit der Geschäftsführung, zu einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess führen, welcher mit der Zeit alle Bereiche der Klinik erfasst. Die Patientenfragebögen werden monatlich ausgewertet, im SFT des Standorts bewertet und ggf. erforderliche Maßnahmen abgeleitet.

Zusätzlich werden interne Audits an allen Standorten regelmäßig durch die QMBs durchgeführt. Dazu zählen u.a. verpflichtend Audits in den Bereichen Datenschutz und Medizinproduktesicherheit.

Zweimal jährlich findet eine standortübergreifende Hygienekommissionssitzung statt, die mit den Hygienekommissionen am Standort gemeinsam die klinikinternen Hygienerichtlinien gemäß externer Vorgaben wie RKI, KRINKO, IfSG, Hygieneverordnung des Landes etc. vereinbart, die im Hygienehandbuch - jederzeit nachzulesen im klinikeigenen Intranet - dokumentiert sind. Überprüft werden diese Hygieneregelungen in regelmäßig durchgeführten Hygienevisiten an allen Standorten durch die Hygienefachkraft, den zuständigen Abteilungsleiter und ein Mitglied des Standortführungsteams. Qualitätszirkel zur Hygiene finden vierteljährlich statt.
Regelhaft werden Datenschutzbegehungen durch den Datenschutzbeauftragten durchgeführt. Zusätzlich werden datenschutzrelevante Aspekte im Rahmen interner Audits regelmäßig überprüft (s.o.). Die geänderten Datenschutzrechtlichen Vorgaben gemäß Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)werden an allen Standorten der Kliniken Schmieder und in allen Abteilungen konsequent geschult.
Die zeitnahe Erstellung der Entlassberichte wird durch das bestehende Klinikinformationssystem unterstützt und im Rahmen des klinikinternen Controllings überwacht. Übergreifend werden interne Peer-Reviews der Entlass-Berichte basierend auf externen Vorgaben regelmäßig durchgeführt.
Darüber hinaus findet ein- bis zweimal im Jahr auch eine Arzneimittelkonferenz mit dem verantwortlichen Klinikapotheker statt.

CIRS = Critical Incident Reporting System
AWMF = Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften
DGN = Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DGNR = Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation
DNQP = Deutsches Netzwerk für Qualität in der Pflege
DSGVO = Datenschutzgrundverordnung

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Regelmäßig werden aus den erfolgreich durchgeführten Zertifizierungsverfahren nach KTQ-Reha Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet mit dem Ziel der kontinuierlichen Verbesserung der klinischen Prozesse und des internen Qualitätsmanagementsystems.
Wichtige Projekte waren u.a.:

- Die kontinuierliche Weiterentwicklung von Standards und Leitlinien für bestimmte Krankheitsbilder im ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereich
- Die regelhafte Überprüfung und Anpassung der Kernprozesse wie Aufnahme, Behandlung, Entlassung und Nachsorge
- Eine verstärkte Einbeziehung von Angehörigen bei der Festlegung von Therapiezielen während des Rehabilitationsprozesses
- Die systematische Durchführung von internen Audits zum Datenschutz, zur Medizinproduktesicherheit und zu weiteren begleitenden Prozessen
- Erstellung von Standards für alle Bereiche zur Überprüfung des Vorgehens "Nutzung von Vorbefunden"
- Die den einzelnen Behandlungsphasen angepasste Aktualisierung der Patientenfragebögen
- Überarbeitung des Standards zur Analyse und Bewertung von Beschwerdeinhalten der Patienten
- Laufende Ergänzung interner Fortbildungsthemen bzgl. Einrichtungs-/Behandlungskonzepten
- Erstellung einer Qualifikationsmatrix zur systematischen Erfassung des Personalbedarfs in Hinblick auf Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen
- Verbesserung des Prozesses zur Erstellung und laufender Kontrolle der ärztlichen Entlassberichte
- Weiterentwicklung des klinischen Risikomanagements im Rahmen der Vorgaben aus dem Patientensicherheitsgesetz unter Fortsetzung der bestehenden Maßnahmen zur kontinuierlichen Auswertung eines CIRS (Critical Incident Reporting System) und der Stürze.
- Die Überarbeitung des medizinischen Notfallmanagements an allen Standorten.
- Die Erfassung von Häufigkeit und Ursache von Patientenstürzen gefährdeter Patienten mit daraus resultierenden Verbesserungen wie Aufklärungsflyer, Sturzassessment, spezialisierten Therapieprogrammen u.a., die zu einer unmittelbaren Reduktion der Sturzhäufigkeit führen sollen.
- Optimierung der Organisation und Maßnahmen zum Arbeitsschutz und Umgang mit Medizinprodukten.
- Weitere Ausdifferenzierung der Melde- und Routineüberprüfung im MPG
- Digitale Einbindung der Befunderstellung sowie Dokumentation diagnostischer Maßnahmen in das KIS
- Einführung, Umsetzung, Zertifizierung und Etablierung des Energiemanagementsystems

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Das Krankenhaus hat sich im Berichtszeitraum an vielfältigen Maßnahmen zur Bewertung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beteiligt (Selbst- oder Fremdbewertungen).
So nehmen die Kliniken an der Erhebung des bundesweiten Qualitätsindikators Dekubitus sowie an den Landesverfahren Baden-Württemberg zur MRSA-/MRE-Erhebung und Schlaganfall seit deren Bestehen teil.
Seit Anbeginn (1996) bis heute beteiligen sich die Kliniken im Rehabereich an dem externen Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung.
Die aus den Ergebnissen der externen Qualitätssicherungs-Programmen resultierenden Verbesserungspotentiale werden im Rahmen des internen Qualitätsmanagement bewertet und - sofern erforderlich - Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt.
Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse aus den externen Qualitätssicherungsprogrammen, externen und internen Patientenbefragungen und Klinikvisitationen durch den federführenden Belegungsträger, zeigt sich eine hohe Zufriedenheit und eine sehr gute Bewertung der Kliniken Schmieder.

Die Rezertifizierung nach KTQ®-Rehabilitation 1.1 mit den BAR-Kriterien sowie nach IQMP Reha wurde zuletzt im Frühjahr 2017 mit dem bisher besten Ergebnis erreicht. Folgende Stärken wurden besonders gewürdigt:

Rehabilitanden-Orientierung:
Hohe Versorgungsqualität, excellente medizinische und therapeutische Kompetenz in den Kliniken, diagnostische Ausstattung der Kliniken, zentrale Belegungssteuerung, infrastrukturelle Entwicklung der Kliniken, sehr gute Kooperation mit allen Beteiligten an der Patientenversorgung

Mitarbeiterorientierung:
Hohe Motivation und Engagement der Mitarbeiter, Personalplanung und -Qualifizierung, der mitarbeiterorientierte Führungsstil

Sicherheit:
Maßnahmen zum vorbeugenden Brandschutz, medizinisches Notfallmanagement, Hygienemanagement und sichere Anwendung von Arzneimitteln und Medizinprodukten

Informationswesen:
Informationstechnologie (Hardware), Elektronische Patientenakte mit 24h-Verfügbarkeit der Patientendaten, Entwicklung der EDV und Aktivitäten zur Öffentlichkeitsarbeit

Krankenhausführung:
Umgang mit dem Leitbild der Kliniken und ethischen Fragen, Finanz- und Investitionsplanung, strategische Planung, die Organisationsstrukturen

Qualitätsmanagement:
Organisation des Qualitätsmanagements, Einbindung der Mitarbeiter in das Qualitätsmanagement, Entwicklung strategischer Qualitätsziele, die Sammlung qualitätsrelevanter Daten und der Umgang mit Patientenbeschwerden im Sinne eines proaktiven Beschwerdemanagements.