



# Strukturierter Qualitätsbericht

---

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

# INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort .....	1
Einleitung .....	1
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .....	3
A-0 Fachabteilungen .....	4
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	4
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers .....	7
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	7
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie .....	7
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	7
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	8
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit .....	9
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	10
A-9 Anzahl der Betten .....	12
A-10 Gesamtfallzahlen .....	12
A-11 Personal des Krankenhauses .....	12
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	16
A-13 Besondere apparative Ausstattung .....	24
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V .....	25
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen .....	26
B-[1] Kliniken Schmieder Satellitenstation Neurologisches Fachkrankenhaus / Neurologie .....	26
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	26
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	26
B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	26
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	27

B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	27
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	28
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	29
B-[1].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	30
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	30
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	31
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	32
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	32
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	32
B-[1].11	Personelle Ausstattung .....	32
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	32
B-[1].11.2	Pflegepersonal .....	33
B-[1].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	36
C	Qualitätssicherung .....	36
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	36
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	37
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	37
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge .....	37
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr.37 2 SGB V .....	
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 37 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr .....	38
D	Qualitätsmanagement .....	38
D-1	Qualitätspolitik .....	38
D-2	Qualitätsziele .....	39
D-3	Aufbau des einrichtung-internen Qualitätsmanagements .....	40

# Qualitätsbericht 2020 Kliniken Schmieder Stuttgart-Gerlingen

D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements .....	41
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte .....	42
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements .....	43

## Vorwort



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

Die Kliniken Schmieder prägen seit 1950 die Neurologische Rehabilitation in Deutschland. Erfahrung und Fortschritt bestimmen seither die Arbeit an unseren sechs Standorten in Baden-Württemberg. In fast sieben Jahrzehnten Unternehmensgeschichte sind wir zum phasenübergreifenden Qualitätsführer unter den Neurologischen Fachkrankenhäusern und Vorreiter in der Neurologischen Rehabilitation geworden. Dabei sind wir als Familienunternehmen kontinuierlich und bedarfsorientiert gewachsen.

Besonderen Wert legen wir auf die wissenschaftlich fundierte Weiterentwicklung unserer Behandlungsangebote für neurologische Patienten. Innovationen spielen dabei eine große Rolle, damit wir mit unseren 2.000 Mitarbeitern die Versorgung und Behandlung von rund 14.000 Patienten auch in Zukunft auf höchstem Niveau gewährleisten können.

Unser Anspruch ist es, den Patienten mehr zu bieten als die gängigen Therapiestandards. Mit den Therapieinnovationen setzen wir neue Maßstäbe in der Neurologischen Rehabilitation, die die Kliniken Schmieder als Qualitätsführer in diesem Bereich festigen.

## 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. 1.250 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 2018 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 Version 2019.2.0.

### Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Herr Jörg Krumm, Leiter Qualitätsmanagement
Telefon:	07734 862444
Fax:	07734 862084
E-Mail:	j.krumm@kliniken-schmieder.de

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Herr Paul-Georg Friedrich, Geschäftsführung
Telefon:	07533 8080
Fax:	07533 8081117
E-Mail:	p.friedrich@kliniken-schmieder.de

### Links:

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

### Weiterführende Links:

	URL	BESCHREIBUNG
1	<a href="http://www.kliniken-schmieder.de/kliniken-und-standorte.html">www.kliniken-schmieder.de/kliniken-und-standorte.html</a>	Details zur Klinik
2	<a href="http://www.kliniken-schmieder.de/behandlungsspektrum.html">www.kliniken-schmieder.de/behandlungsspektrum.html</a>	Behandlungsspektrum der Klinik
3	<a href="http://www.kliniken-schmieder.de/patienten-und-angehoerige.html">www.kliniken-schmieder.de/patienten-und-angehoerige.html</a>	Wege zur Klinik
4	<a href="http://www.kliniken-schmieder.de/lurija-institut.html">www.kliniken-schmieder.de/lurija-institut.html</a>	Forschung an der Klinik
5	<a href="http://www.kliniken-schmieder.de/fortbildung-zenith.html">www.kliniken-schmieder.de/fortbildung-zenith.html</a>	Fortbildung an der Klinik

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

### A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	2800	Kliniken Schmieder Satellitenstation Neurologisches Fachkrankenhaus / Neurologie

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Kliniken Schmieder Stuttgart-Gerlingen
PLZ:	70839
Ort:	Gerlingen
Straße:	Solitudestraße
Hausnummer:	20
IK-Nummer:	260812353
Standort-Nummer alt:	99
Standort-Nummer:	772856000
Telefon-Vorwahl:	07156
Telefon:	9410
E-Mail:	info@kliniken-schmieder.de
Krankenhaus-URL:	<a href="http://www.kliniken-schmieder.de">http://www.kliniken-schmieder.de</a>

#### A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Standort-Name:	Kliniken Schmieder Satellitenstation Z2N im Katharinenhospital
PLZ:	70174
Ort:	Stuttgart
Straße:	Kriegsbergstraße
Hausnummer:	60
IK-Nummer:	260812353
Standort-Nummer alt:	2
Standort-Nummer:	772856000
Standort-URL:	<a href="http://kliniken-schmieder.de">http://kliniken-schmieder.de</a>

## A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts



Jenny Rottke (PDL), Miriam Thiel (GL), Dr. med. Rudolf von Schayck (ÄL), Iris Gebert (TL)

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Herr Dr. med. Rudolf van Schayck, Ärztlicher Leiter
Telefon:	07156 9410
Fax:	07156 941333
E-Mail:	r.vanschayk@kliniken-schmieder.de

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Frau Miriam Thiel, Geschäftsleitung
Telefon:	07156 9410
Fax:	07156 941333
E-Mail:	m.thiel@kliniken-schmieder.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Frau Jenny Rottke, Pflegedienstleiterin
Telefon:	07156 9410
Fax:	07156 941333
E-Mail:	j.rottke@kliniken-schmieder.de

Leitung:	
Name/Funktion:	Frau Iris Gebert, Therapieleiterin
Telefon:	07156 9410
Fax:	07156 941333
E-Mail:	i.geberte@kliniken-schmieder.de

### Leitung des Standorts:

Standort:	Kliniken Schmieder Satellitenstation Z2N im Katharinenhospital
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. med. Rudolf van Schayck, Ärztlicher Leiter
Telefon:	07156 9410
Fax:	07156 941333
E-Mail:	r.vanschayck@kliniken-schmieder.de

Standort:	Kliniken Schmieder Satellitenstation Z2N im Katharinenhospital
Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Miriam Thiel, Geschäftsleitung
Telefon:	07156 9410
Fax:	07156 941333
E-Mail:	m.thiel@kliniken-schmieder.de

Standort:	Kliniken Schmieder Satellitenstation Z2N im Katharinenhospital
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Jenny Rottke, Pflegedienstleitung
Telefon:	07156 9410
Fax:	07156 941333
E-Mail:	j.rottke@kliniken-schmieder.de

Standort:	Kliniken Schmieder Satellitenstation Z2N im Katharinenhospital
Leitung:	
Name/Funktion:	Iris Gebert, Therapieleitung
Telefon:	07156 9410
Fax:	07156 941333
E-Mail:	i.gebert@kliniken-schmieder.de



### A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

### A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	Kliniken Schmieder (Stiftung & Co) KG
Träger-Art:	privat

### A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

#### Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu

### A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

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

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

	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
1	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
2	Atemgymnastik/-therapie
3	Basale Stimulation
4	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden <i>Hospizdienst, Palliative Care, Trauerbegleitung</i>
5	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
6	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
7	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
8	Ergotherapie/Arbeitstherapie
9	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
10	Kinästhetik
11	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
12	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie <i>z. B. Erweiterte Ambulante Physio-therapie (EAP), Krankengymnastik am Gerät/med. Trainingstherapie</i>
13	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst <i>z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie</i>

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
14	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
15	Schmerztherapie/-management
16	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>z. B. Beratung zur Sturzprophylaxe</i>
17	Spezielle Entspannungstherapie <i>z. B. Autogenes Training, ProgressiveMuskelentspannung, Meditation, Qi Gong, Yoga, Feldenkrais</i>
18	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot <i>z. B. Pflegevisiten, Pflegeexperten oder Pflegeexpertinnen, Beratung durch Brustschwester</i>
19	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
20	Stomatherapie/-beratung
21	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
22	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
23	Diät- und Ernährungsberatung <i>über Klinikum Stuttgart</i>
24	Wundmanagement <i>z. B. spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris</i>
25	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
26	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
27	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
28	Redressionstherapie
29	Sozialdienst
30	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen <i>z. B. Forced-Use-Therapie, Taub'sche Therapie, Bewegungsinduktionstherapie, Therapie des Facio-Oralen Traktes (F.O.T.T.), Spiegeltherapie, Schlucktherapie</i>
31	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege

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

LEISTUNGSANGEBOT	
1	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
2	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)

LEISTUNGSANGEBOT	
	<p>Fernsehgerät am Bett/im Zimmer (kostenlos)kostenloses Internet in WLAN- ZoneRundfunkempfang am Bett (kostenlos)Telefon am Bett (Kosten: 2 €/Tag)klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten (jede angefangene 30 Min. 1,50 €, ab der 3. Stunde jede weitere Stunde 3 €, Tagesmax. 18 €</p>
3	<p>Empfangs- und Begleitsdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen</p> <p>Fernsehgerät am Bett/im Zimmer (kostenlos)kostenloses Internet in WLAN- ZoneRundfunkempfang am Bett (kostenlos)Telefon am Bett (Kosten: 2 €/Tag)</p>
4	<p>Seelsorge/spirituelle Begleitung</p> <p>Fernsehgerät am Bett/im Zimmer (kostenlos)kostenloses Internet in WLAN- ZoneRundfunkempfang am Bett (kostenlos)Telefon am Bett (Kosten: 2 €/Tag)</p>
5	<p>Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen</p> <p>Fernsehgerät am Bett/im Zimmer (kostenlos)kostenloses Internet in WLAN- ZoneRundfunkempfang am Bett (kostenlos)Telefon am Bett (Kosten: 2 €/Tag)</p>
6	Abschiedsraum

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name/Funktion:	Frau Manuela Jonk, Fachkompetenzleitung Berufstherapie
Telefon:	07156 941 303
Fax:	07156 641 163
E-Mail:	m.jonk@kliniken-schmieder.de

### A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
2	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
3	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
4	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
5	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
6	Arbeit mit Piktogrammen
7	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
8	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
9	Allergenarme Zimmer
10	Diätetische Angebote
11	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
	<i>z.B. Russisch, Englisch</i>

## 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 Forschungsk Kooperationen 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 Kliniken Schmieder Allensbach.

## A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

## A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten: 18

## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl: 142

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:	5,29	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	39,00
---------	------	---	-------

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	5,29	Ohne:	0,00
--------------------------------	------	------	-------	------

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	5,29
------------------	-----------	------	------------	------

#### - DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE

Gesamt: 1,68

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	1,68	Ohne:	0,00
--------------------------------	------	------	-------	------

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	1,68
------------------	-----------	------	------------	------

#### BELEGÄRZTINNEN UND BELEGÄRZTE

Anzahl in Personen: 0

#### ÄRZTINNEN UND ÄRZTE, DIE KEINER FACHABTEILUNG ZUGEORDNET SIND

Gesamt: 0,00

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
--------------------------------	------	------	-------	------

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0,00	<b>Stationär:</b> 0,00
- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE, DIE KEINER FACHABTEILUNG ZUGEORDNET SIND		
Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0,00	<b>Ohne:</b> 0,00
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0,00	<b>Stationär:</b> 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:	24,55	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 24,55	<b>Ohne:</b> 0,00
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0,00	<b>Stationär:</b> 24,55

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

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0,00	<b>Ohne:</b> 0,00
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0,00	<b>Stationär:</b> 0,00

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

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0,00	<b>Ohne:</b> 0,00
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0,00	<b>Stationär:</b> 0,00

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

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0,00	<b>Ohne:</b> 0,00

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

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

**Gesamt:** 3,95

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 3,95 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 3,95

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

**Gesamt:** 1,03

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

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

**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

**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

<b>Versorgungsform:</b>	<b>Ambulant:</b> 0,00	<b>Stationär:</b> 0,00
-------------------------	-----------------------	------------------------

#### KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN

<b>Gesamt:</b>	0,00
----------------	------

<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	<b>Mit:</b> 0,00	<b>Ohne:</b> 0,00
----------------------------------	------------------	-------------------

<b>Versorgungsform:</b>	<b>Ambulant:</b> 0,00	<b>Stationär:</b> 0,00
-------------------------	-----------------------	------------------------

#### PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN

<b>Gesamt:</b>	0,00
----------------	------

<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	<b>Mit:</b> 0,00	<b>Ohne:</b> 0,00
----------------------------------	------------------	-------------------

<b>Versorgungsform:</b>	<b>Ambulant:</b> 0,00	<b>Stationär:</b> 0,00
-------------------------	-----------------------	------------------------

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

<b>Gesamt:</b>	0,00
----------------	------

<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	<b>Mit:</b> 0,00	<b>Ohne:</b> 0,00
----------------------------------	------------------	-------------------

<b>Versorgungsform:</b>	<b>Ambulant:</b> 0,00	<b>Stationär:</b> 0,00
-------------------------	-----------------------	------------------------

#### PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOTHERAPEUTEN IN AUSBILDUNG WÄHREND DER PRAKTISCHEN TÄTIGKEIT (GEMÄß § 8 ABSATZ 3, NR. 3 PSYCHOTHERAPEUTENGESETZ - PSYCHTHG)

<b>Gesamt:</b>	0,00
----------------	------

<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	<b>Mit:</b> 0,00	<b>Ohne:</b> 0,00
----------------------------------	------------------	-------------------

<b>Versorgungsform:</b>	<b>Ambulant:</b> 0,00	<b>Stationär:</b> 0,00
-------------------------	-----------------------	------------------------

#### ERGOTHERAPEUTINNEN UND ERGOTHERAPEUTEN

<b>Gesamt:</b>	0,00
----------------	------

<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	<b>Mit:</b> 0,00	<b>Ohne:</b> 0,00
----------------------------------	------------------	-------------------

<b>Versorgungsform:</b>	<b>Ambulant:</b> 0,00	<b>Stationär:</b> 0,00
-------------------------	-----------------------	------------------------

#### BEWEGUNGSTHERAPEUTINNEN UND BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTINNEN UND KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTINNEN UND PHYSIOTHERAPEUTEN

<b>Gesamt:</b>	0,00
----------------	------

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

#### SOZIALARBEITERINNEN UND SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGINNEN UND SOZIALPÄDAGOGEN

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

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

#### ERGOTHERAPEUTIN UND ERGOTHERAPEUT

Gesamt:	2,70			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	2,70	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	2,70

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

Gesamt:	2,02			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	2,02	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	2,02

#### DIPLOM-PSYCHOLOGIN UND DIPLOM-PSYCHOLOGE

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

### A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

Das klinische Risikomanagement in den Kliniken Schmieder verfolgt das Ziel, die Sicherheit der Patienten, der an deren Versorgung Beteiligten und der Organisation zu erhöhen. Dabei werden die klinischen Risiken im Zusammenhang mit Prävention, Diagnostik, Therapie und Pflege systematisch, strukturiert und priorisiert bewertet und Maßnahmen zur Vermeidung bzw. Reduzierung von Risiken auf die jeweilige Situation vor Ort zugeschnitten. Die Klinikleitung stellt

den Aufbau und die Aufrechterhaltung des klinischen Risikomanagementsystems (kRMS) durch folgende Maßnahmen sicher: • Erarbeitung und Kommunikation einer Risikopolitik und Risikomanagementstrategie • Definition von Zielen für das kRMS • Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen für das kRMS • Festlegung der Verantwortlichkeiten innerhalb des kRMS • Erarbeitung eines Kennzahlensystems für den Nachweis der Wirksamkeit des kRMS • Etablierung einer auf dem kRMS ausgerichteten Sicherheitskultur Durch die v.g. Strukturen stellt die Klinikleitung sicher, dass das kRMS mit dem Qualitätsmanagementsystem, anderen Managementsystemen sowie der Politik und Strategie des Unternehmens abgestimmt und vereinbar ist.

## A-12.1 Qualitätsmanagement

### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Herr Jörg Krumm, Leiter Qualitätsmanagement
Telefon:	07734 862444
Fax:	07734 862084
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 <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Organigramm QM Letzte Aktualisierung: 01.06.2019</i>
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Klinisches Notfallmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Notfallmanagement Letzte Aktualisierung: 01.06.2019</i>
4	Schmerzmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Schmerzmanagement Letzte Aktualisierung: 01.06.2019</i>
5	Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Schmerzmanagement Letzte Aktualisierung: 01.06.2019</i>
6	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Dekubitusprophylaxe Letzte Aktualisierung: 01.06.2019</i>
7	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen Letzte Aktualisierung: 01.06.2019</i>
8	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Medizinproduktesicherheit Letzte Aktualisierung: 01.06.2019</i>
9	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
10	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
11	Entlassungsmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Entlassmanagement Letzte Aktualisierung: 01.06.2019</i>

#### 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 <i>Letzte Aktualisierung: 01.01.2018</i>
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: quartalsweise</i>
3	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem <i>Intervall: jährlich</i>

#### 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: Austausch mit Kliniken Schmieder Allensbach 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
Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	1
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1
Hygienefachkräfte (HFK)	1
Hygienebeauftragte in der Pflege	1

#### A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

#### Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Herr Dr. med. Rudolf van Schayck, Ärztlicher Leiter
Telefon:	07156 941131
Fax:	
E-Mail:	r.vanschayck@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:	Nein
----------	------

### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

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

#### Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe liegt vor:

Auswahl:  Ja  Nein

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

#### Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl:  Ja  Nein

### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgeminestationen erhoben:  Ja  Nein

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:  Ja  Nein

#### Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl:  Ja  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 ( <a href="http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html">www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html</a> ).	Ja
2	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung 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 <i>Name: QS-MRSA GeQuik, MRE-Netzwerk Landkreis Ludwigsburg und Stadt Stuttgart</i>
2	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH) <i>Details: Teilnahme (ohne Zertifikat)</i>
3	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen
4	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten

## A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

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

### Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Frau Miriam Thiel, Geschäftsleitung
Telefon:	07156 9410
Fax:	07156 941333
E-Mail:	m.thiel@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 6540158
Fax:	
E-Mail:	j.fichtner@kliniken-schmieder.de

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:	0
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	0
Erläuterungen:	Kooperation mit externer 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.

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
	<i>24h-Notfallverfügbarkeit in Kooperation mit Klinikum Stuttgart</i>		
2	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja
	<i>in Kooperation mit Klinikum Stuttgart</i>		

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
3	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	
<i>in Kooperation mit Klinikum Stuttgart</i>			
4	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja
<i>Kooperation mit Klinikum Stuttgart</i>			
5	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse), z. B. Hämofiltration, Dialyse, Peritonealdialyse	Ja
<i>in Kooperation mit Klinikum Stuttgart</i>			

### 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, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschlüsse 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 Satellitenstation Neurologisches Fachkrankenhaus / Neurologie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Kliniken Schmieder Satellitenstation Neurologisches Fachkrankenhaus / Neurologie
Straße:	Kriegsbergstraße
Hausnummer:	60
PLZ:	70174
Ort:	Stuttgart
URL:	<a href="http://www.kliniken-schmieder.de">http://www.kliniken-schmieder.de</a>

#### 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:	Herr Dr. med. Rudolf van Schayck, Chefarzt
Telefon:	07156 941 134
Fax:	07533 808 1339
E-Mail:	r.vanschayk@kliniken-schmieder.de
Adresse:	Solitudstraße 20
PLZ/Ort:	70839 Gerlingen
URL:	<a href="http://www.kliniken-schmieder.de">http://www.kliniken-schmieder.de</a>

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG 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 der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
2	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
3	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
4	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
5	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
6	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
7	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
8	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
9	Intensivmedizin
10	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
11	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
12	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
13	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
14	Endoskopie
15	Palliativmedizin
16	Physikalische Therapie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
17	Schmerztherapie
18	Transfusionsmedizin
19	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
20	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
21	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
22	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
23	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
25	Neurologische Frührehabilitation
26	Schmerztherapie
27	Konventionelle Röntgenaufnahmen
28	Computertomographie (CT), nativ
29	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
30	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
31	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
32	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
33	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
34	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
35	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
36	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
37	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
38	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
39	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
40	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
41	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
42	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
43	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
44	Native Sonographie
45	Eindimensionale Dopplersonographie
46	Duplexsonographie
47	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung

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

Vollstationäre Fallzahl:	142
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	24
2	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	16
3	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	11
4	I63.8	Sonstiger Hirnfarkt	7
5	G62.80	Critical-illness-Polyneuropathie	6
6	I61.8	Sonstige intrazerebrale Blutung	5
7	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	5
8	I60.2	Subarachnoidalblutung, von der A. communicans anterior ausgehend	5
9	I67.7	Zerebrale Arteriitis, anderenorts nicht klassifiziert	5
10	I60.1	Subarachnoidalblutung, von der A. cerebri media ausgehend	5
11	I63.0	Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien	4
12	G93.1	Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
13	I60.8	Sonstige Subarachnoidalblutung	< 4
14	G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie	< 4
15	S06.4	Epidurale Blutung	< 4
16	G61.0	Guillain-Barré-Syndrom	< 4
17	I63.9	Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet	< 4
18	G95.88	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Rückenmarkes	< 4
19	I61.5	Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung	< 4
20	S06.9	Intrakranielle Verletzung, nicht näher bezeichnet	< 4
21	S06.21	Diffuse Hirnkontusionen	< 4
22	S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung	< 4
23	M46.22	Wirbelosteomyelitis: Zervikalbereich	< 4
24	J81	Lungenödem	< 4
25	S06.23	Multiple intrazerebrale und zerebellare Hämatome	< 4
26	S06.31	Umschriebene Hirnkontusion	< 4
27	R47.0	Dysphasie und Aphasie	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
28	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	< 4
29	I62.9	Intrakranielle Blutung (nichttraumatisch), nicht näher bezeichnet	< 4
30	I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	< 4

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I63	Hirnfarkt	51
2	I61	Intrazerebrale Blutung	24
3	S06	Intrakranielle Verletzung	16
4	I60	Subarachnoidalblutung	14
5	I67	Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten	7
6	G62	Sonstige Polyneuropathien	6
7	G93	Sonstige Krankheiten des Gehirns	< 4
8	G81	Hemiparese und Hemiplegie	< 4
9	G06	Intrakranielle und intraspinale Abszesse und Granulome	< 4
10	G82	Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie	< 4

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	107
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	95
3	8-390.1	Lagerungsbehandlung: Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage	89
4	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	75
5	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	50
6	8-552.9	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 56 Behandlungstage	40
7	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgreicher Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	25
8	8-552.7	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 28 bis höchstens 41 Behandlungstage	24
9	8-552.8	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 42 bis höchstens 55 Behandlungstage	18

# Qualitätsbericht 2020

## Kliniken Schmieder Stuttgart-Gerlingen

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	9-200.5	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 101 bis 129 Aufwandspunkte	18
11	9-200.e	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 362 oder mehr Aufwandspunkte	15
12	3-202	Native Computertomographie des Thorax	15
13	8-552.5	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	14
14	8-552.6	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage	14
15	8-552.0	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	14
16	9-200.1	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 72 bis 100 Aufwandspunkte	14
17	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	10
18	5-431.20	Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode	10
19	9-200.02	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 57 bis 71 Aufwandspunkte	10
20	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	9
21	9-200.6	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 130 bis 158 Aufwandspunkte	8
22	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	8
23	8-718.3	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Mindestens 11 bis höchstens 20 Behandlungstage	7
24	9-200.01	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 43 bis 56 Aufwandspunkte	7
25	9-200.8	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 188 bis 216 Aufwandspunkte	6
26	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	5
27	9-200.7	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 159 bis 187 Aufwandspunkte	5
28	9-200.a	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 246 bis 274 Aufwandspunkte	5
29	8-133.0	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Wechsel	5
30	9-200.9	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 217 bis 245 Aufwandspunkte	5

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	124
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	107
3	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	106
4	3-200	Native Computertomographie des Schädels	95
5	8-390	Lagerungsbehandlung	89
6	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	75
7	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	50
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	46
9	3-202	Native Computertomographie des Thorax	15
10	8-718	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung	14

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

### 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:	Nein

### B-[1].11 Personelle Ausstattung

#### B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

**ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE**

<b>Gesamt:</b>	5,29	<b>Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:</b>	39,00
<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	<b>Mit:</b> 5,29	<b>Ohne:</b>	0,00
<b>Versorgungsform:</b>	<b>Ambulant:</b> 0,00	<b>Stationär:</b>	5,29
		<b>Fälle je Anzahl:</b>	26,8

**- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE**

<b>Gesamt:</b>	2,42		
<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	<b>Mit:</b> 2,42	<b>Ohne:</b>	0,00
<b>Versorgungsform:</b>	<b>Ambulant:</b> 0,00	<b>Stationär:</b>	2,42
		<b>Fälle je Anzahl:</b>	58,7

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

**B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

**B-[1].11.2 Pflegepersonal**

**MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:**

39,00

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

<b>Gesamt:</b>	24,55		
<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	<b>Mit:</b> 24,55	<b>Ohne:</b>	0,00
<b>Versorgungsform:</b>	<b>Ambulant:</b> 0,00	<b>Stationär:</b>	24,55
		<b>Fälle je Anzahl:</b>	5,8

**GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER (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

**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  
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:** 3,95

**Beschäftigungsverhältnis:** Mit: 3,95 Ohne: 0,00

**Versorgungsform:** Ambulant: 0,00 Stationär: 3,95  
Fälle je Anzahl: 35,9

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

<b>Gesamt:</b>	1,03		
<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	<b>Mit:</b> 1,03	<b>Ohne:</b> 0,00	
<b>Versorgungsform:</b>	<b>Ambulant:</b> 0,00	<b>Stationär:</b> 1,03	
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 137,9	

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

<b>Gesamt:</b>	0,00		
<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	<b>Mit:</b> 0,00	<b>Ohne:</b> 0,00	
<b>Versorgungsform:</b>	<b>Ambulant:</b> 0,00	<b>Stationär:</b> 0,00	
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0	

**BELEGENTBINDUNGSPFLERGER UND BELEGHEBAMMEN IN PERSONEN ZUM STICHTAG 31. DEZEMBER DES BERICHTSJAHRES**

<b>Anzahl in Personen:</b>	0
<b>Fälle je Anzahl:</b>	0,0

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

<b>Gesamt:</b>	0,00		
<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	<b>Mit:</b> 0,00	<b>Ohne:</b> 0,00	
<b>Versorgungsform:</b>	<b>Ambulant:</b> 0,00	<b>Stationär:</b> 0,00	
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0	

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

<b>Gesamt:</b>	0,00		
<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	<b>Mit:</b> 0,00	<b>Ohne:</b> 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

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

### B-[1].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für 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
			Fälle je Anzahl:	0,0
ERGOTHERAPEUTINNEN UND ERGOTHERAPEUTEN				
Gesamt:		0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	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.

**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 - 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:	2
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen:	2
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	2

## 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

#### **Unser Leitbild - unsere Leitsätze**

##### **Präambel**

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:

- Regelmäßige Revision und Weiterentwicklung des Unternehmensleitbildes
- Anwendung und Umsetzung von medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leitlinien und Standards
- Sicherstellung regelmäßiger Interdisziplinärer Teambesprechungen
- Weiterführung und Fortentwicklung von internen Qualitätssicherungszirkeln
- Regelmäßige Durchführung interner Audits
- Regelmäßige Schulungs- und Qualifizierungsmaßnahmen interner Auditoren und Qualitätsmanagementbeauftragter
- Durchführung interner Peer Review Verfahren,
- Permanente Patientenbefragungen
- Strukturiertes Einweisungsmanagement
- Strukturiertes Entlassmanagement
- Internes Beschwerdemanagement
- Klinisches Fehler- und Risikomanagement mit CIRS und Sturzprophylaxe,
- Standardisiertes medizinisches und nicht-medizinisches Notfallmanagement
- Etabliertes, auf das jeweilige Infektionsgeschehen adaptiertes Hygienemanagement
- Etablierte Arzneimittelkommission
- In der Organisation integrierte Arbeitssicherheitskonzepte
- Standards zum Umgang mit Medizinprodukten nach MedPBetreibVO und regelmäßige interne Überprüfungen
- 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 Frequenz 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 Hygieneregeln 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

DGNER = 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
- Einführung eines digitalen Spracherkennungssystems zur optimierten und beschleunigten Erstellung der Entlassungsberichte
- 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, exzellente 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.