

Strukturierter Qualitätsbericht **2018**

Gemäß § 136 b Absatz 1, Satz 1, Nr. 3, SGB V für das Berichtsjahr 2018

Kliniken Schmieder Heidelberg GmbH

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-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts	5
A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses	7
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	8
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	11
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	12
A-8.1 Forschung und akademische Lehre	12
A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen	14
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	15
A-10 Gesamtfallzahlen	15
A-11 Personal des Krankenhauses	16
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	16
A-11.2 Pflegepersonal	16
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	18
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	19
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	23
A-12.1 Qualitätsmanagement	23
A-12.1.1 Verantwortliche Person	23
A-12.1.2 Lenkungsgremium	23
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	23
A-12.2.1 Verantwortliche Person	23
A-12.2.2 Lenkungsgremium	23
A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen	23
A-12.2.3.1Einsatz eines einrichtungswinterne Fehlermeldesystems	24
A-12.2.3.2Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	24
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	25
A-12.3.1 Hygienepersonal	25
A-12.3.1.1Hygienekommission	25
A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene	25
A-12.3.2.1Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	25
A-12.3.2.2Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie	26
A-12.3.2.3Umgang mit Wunden	26
A-12.3.2.4Händedesinfektion	26
A-12.3.2.5Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	27
A-12.3.2.6Hygienebezogenes Risikomanagement	27
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	28
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	28
A-12.5.1 Verantwortliches Gremium	28
A-12.5.2 Verantwortliche Person	28
A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal	29
A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen	29
A-13 Besondere apparative Ausstattung	30
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	31

B-[1]	Kliniken Schmieder Heidelberg Neurologisches Fachkrankenhaus / Neurologie	31
B-[1].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	31
B-[1].1.1	Fachabteilungsschlüssel	31
B-[1].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	31
B-[1].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	31
B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	32
B-[1].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	33
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	34
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	34
B-[1].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	34
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	35
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	36
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	36
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	36
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	36
B-[1].11	Personelle Ausstattung	37
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	37
B-[1].11.2	Pflegepersonal	38
B-[1].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	39
C	Qualitätssicherung	41
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	41
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	41
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	41
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr	41
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	41
C-5.2	Leistungsbereiche, für die im Prognosejahr gemäß Mindestmengenregelungen Mindestmengen erbracht werden sollen	41
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	41
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	41
D	Qualitätsmanagement	42
D-1	Qualitätspolitik	42
D-2	Qualitätsziele	44
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	45
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	46
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	48
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	49

Vorwort



Dr. rer. pol. Dagmar Schmieder
Vorsitzende der Geschäftsführung

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. Neben der Hauptverwaltung befindet sich in Allensbach 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

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 2019.2.0 .

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 Homepage 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

	URL	Beschreibung
2	www.kliniken-schmieder.de/behandlungsspektrum.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	Schlüssel	Fachabteilung
1	Hauptabteilung	2800	Kliniken Schmieder Heidelberg Neurologisches 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:	00
Krankenhaus-URL:	http://www.Kliniken-Schmieder.de

A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

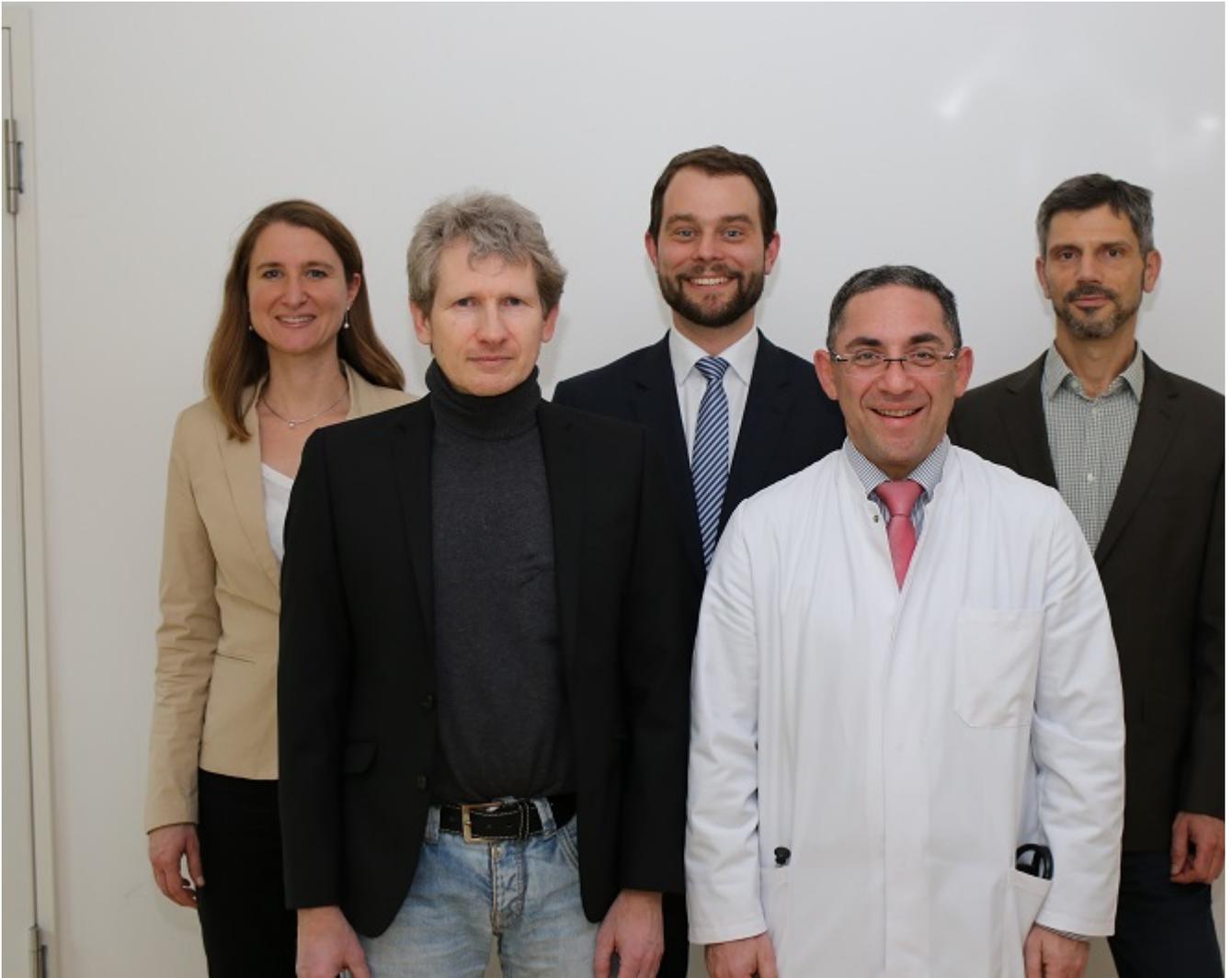
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. Ariel Schönfeld
	, Ärztlicher Leiter
Telefon:	06221 6540 221
Fax:	06221 6540 560
E-Mail:	a.schoenfed@kliniken-schmieder.de

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



Susanne Reichert

Dr. med. Matthias Janta

Bernhard Riedel

Holger Schaar

Prof. Dr. Ariel Schönfeld

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. Akupunkturmassage, Bindegewebsmassage, Shiatsu
15	Medizinische Fußpflege von extern
16	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie z. B. Erweiterte Ambulante Physio-therapie (EAP), Krankengymnastik am Gerät/med. Trainingstherapie
17	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
18	Schmerztherapie/-management
19	Sehschule/Orthoptik konsiliarisch
20	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen z. B. Beratung zur Sturzprophylaxe
21	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot z. B. Pflegevisiten, Pflegeexperten oder Pflegeexpertinnen
22	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
23	Stomatherapie/-beratung Kooperation mit externem Dienst
24	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
25	Wundmanagement z. B. spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris
26	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen AMSEL, junge Schlaganfall-Selbsthilfe
27	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
28	Biofeedback-Therapie
29	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
30	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)

	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
31	Redressionstherapie
32	Sozialdienst
33	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit z. B. Besichtigungen und Führungen, Vorträge, Informationsveranstaltungen
34	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
35	Vojtathérapie für Erwachsene und/oder Kinder
36	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege
37	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden z. B. Hospizdienst, Palliativzimmer, Trauerbegleitung, Abschiedsraum, klinische Seelsorge durch evangelischen und katholischen Seelsorgedienst
38	Sporttherapie/Bewegungstherapie
39	Physikalische Therapie/Bädertherapie z. B. Vierzellenbäder, Kneippanwendungen, Ultraschalltherapie, Elektrotherapie
40	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse z. B. Nichtraucher/innen-Kurse
41	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie
42	Spezielle Entspannungstherapie z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung
43	Wärme- und Kälteanwendungen

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

	Leistungsangebot
1	Andachtsraum Standard
2	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen auf Anfrage
3	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer Kosten pro Tag: 0 € Standard
4	Ein-Bett-Zimmer limitiertes Kontingent
5	Rooming-in Standard
6	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen Max. Kosten pro Stunde: 1,5 € Max. Kosten pro Tag: 12,5 € Wochenticket (7 Tage): 62,50€

	Leistungsangebot
7	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen Standard
8	Hotelleistungen Standard
9	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) auf Nachfrage möglich
10	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen Standard
11	Seelsorge Standard
12	Internetanschluss am Bett/im Zimmer Kosten pro Tag: 0 € nicht am Bett, aber kostenlos nutzbares WLAN
13	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum Standard
14	Schwimmbad/Bewegungsbad Standard
15	Telefon am Bett Kosten pro Tag: 1,3 € Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,15 € Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 € Standard
16	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: Essgewohnheiten fremder Kulturen werden berücksichtigt Standard
17	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle limitiertes Kontingent
18	Rundfunkempfang am Bett Kosten pro Tag: 0 € Standard
19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer Standard
20	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle Standard

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Aspekte der Barrierefreiheit	
1	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
2	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen Standard
3	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen Standard
4	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin nach Bedarf
5	Besondere personelle Unterstützung Jeder Mitarbeiter ist zur Hilfe verpflichtet
6	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe bis 180 kg KG können bestellt werden
7	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter bis 180 kg KG
8	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug Standard
9	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. Standard
10	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette Standard
11	Arbeit mit Piktogrammen bei isolierten Patienten
12	Diätetische Angebote je nach Erkrankung individuell zusammengestellt
13	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit durch Verwaltungsleitung und technische Abteilung intern und extern durch die Stadt Heidelberg
14	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
15	Dolmetscherdienst z.B. Türkisch - Konsultation ausländischer Mitarbeiter mittels hausinterner Mitarbeiter Fremdsprachenliste
16	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung Wegeleitsystem
17	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung keine Sprachansage, nur Braille-Beschriftung
18	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 auf einzigartige Weise 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, Behandlung von 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 der jährlich stattfindenden Sitzung des Kuratoriums des Lurija Instituts werden die jeweils aktuellsten Forschungsprojekte vorgestellt und diskutiert. Ausserdem werden zukünftige wissenschaftliche Vorhaben konzipiert sowie strategische Fragen erörtert. Im Jahr 2018 wurde an 21 Forschungsprojekten gearbeitet, die sich auf die Themen Bewegungsvorstellung, Pseudoneurologische Störungen, Gerätegestützte Therapie, Kinematische Ganganalysen, Störungsbilder bei MS, Diagnostik bei Wachkoma-Patienten, Berufsorientierte Rehabilitation 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-Schmieder 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.

	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
1	Doktorandenbetreuung
2	Dozenten/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)
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 im gesamten Krankenhaus**Anzahl Betten:** 77**A-10 Gesamtfallzahlen****Vollstationäre Fallzahl:** 839**Teilstationäre Fallzahl:** 0**Ambulante Fallzahl:** 0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 22,69 **Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:** 40,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 22,69 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 22,69

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 8,74

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 8,74 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 8,74

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl in Personen: 0

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt: 0,00

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

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

- davon Fachärzte und Fachärztinnen, 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 Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 95,93

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 95,93 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 95,93

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0,00**Beschäftigungsverhältnis:**

Mit:	0,00	Ohne:	0,00
-------------	------	--------------	------

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
------------------	------	-------------------	------

Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0,00**Beschäftigungsverhältnis:**

Mit:	0,00	Ohne:	0,00
-------------	------	--------------	------

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
------------------	------	-------------------	------

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0,00**Beschäftigungsverhältnis:**

Mit:	0,00	Ohne:	0,00
-------------	------	--------------	------

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
------------------	------	-------------------	------

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 18,54**Beschäftigungsverhältnis:**

Mit:	18,54	Ohne:	0,00
-------------	-------	--------------	------

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	Stationär:	18,54
------------------	------	-------------------	-------

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt: 16,60**Beschäftigungsverhältnis:**

Mit:	16,60	Ohne:	0,00
-------------	-------	--------------	------

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	Stationär:	16,60
------------------	------	-------------------	-------

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 Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (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: 0,00

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-Psychologen und Diplom-Psychologinnen

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
----------------------------------	-------------	------	--------------	------

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

Klinische Neuropsychologen und Klinische Neuropsychologinnen

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
----------------------------------	-------------	------	--------------	------

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

Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
----------------------------------	-------------	------	--------------	------

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

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
----------------------------------	-------------	------	--------------	------

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

Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
----------------------------------	-------------	------	--------------	------

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

Ergotherapeuten

Gesamt: 0,00**Beschäftigungsverhältnis:**

Mit:	0,00	Ohne:	0,00
-------------	------	--------------	------

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
------------------	------	-------------------	------

Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten

Gesamt: 0,00**Beschäftigungsverhältnis:**

Mit:	0,00	Ohne:	0,00
-------------	------	--------------	------

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
------------------	------	-------------------	------

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen

Gesamt: 0,00**Beschäftigungsverhältnis:**

Mit:	0,00	Ohne:	0,00
-------------	------	--------------	------

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
------------------	------	-------------------	------

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Diätassistent und Diätassistentin

Gesamt: 0,60**Beschäftigungsverhältnis:**

Mit:	0,00	Ohne:	0,60
-------------	------	--------------	------

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	Stationär:	0,60
------------------	------	-------------------	------

Ergotherapeut und Ergotherapeutin

Gesamt: 15,06**Beschäftigungsverhältnis:**

Mit:	15,06	Ohne:	0,00
-------------	-------	--------------	------

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	Stationär:	15,06
------------------	------	-------------------	-------

Klinischer Neuropsychologe und Klinische Neuropsychologin

Gesamt: 0,00**Beschäftigungsverhältnis:**

Mit:	0,00	Ohne:	0,00
-------------	------	--------------	------

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
------------------	------	-------------------	------

Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin

Gesamt: 10,62**Beschäftigungsverhältnis:**

Mit:	10,62	Ohne:	0,00
-------------	-------	--------------	------

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin

Gesamt: 1,17

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF)

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)

Gesamt: 0,43

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)

Gesamt: 0,23

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Oecotrophologe und Oecotrophologin (Ernährungswissenschaftler und Ernährungswissenschaftlerin)

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Orthopädiemechaniker und Bandagist und Orthopädiemechanikerin und Bandagistin/Orthopädieschuhmacher und Orthopädieschuhmacherin

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Orthoptist und Orthoptistin/ Augenoptiker und Augenoptikerin

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0,00 Ohne: 0,00

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

Physiotherapeut und Physiotherapeutin

Gesamt: 20,09

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 20,09 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 20,09

Podologe und Podologin (Fußpfleger und Fußpflegerin)

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0,00 Ohne: 0,00

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

Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin

Gesamt: 2,22

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 2,22 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 2,22

Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin

Gesamt: 1,32

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 1,32 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 1,32

Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0,00 Ohne: 0,00

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

Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: 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 Lenkungs-gremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungs-gremiums 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 Lenkungs-gremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungs-gremiums 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
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Klinisches Notfallmanagement
4	Schmerzmanagement
5	Sturzprophylaxe
6	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege")
7	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
8	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
9	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
10	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
11	Entlassungsmanagement

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

<input type="checkbox"/>	Tumorkonferenzen
<input type="checkbox"/>	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
<input checked="" type="checkbox"/>	Pathologiebesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Palliativbesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Qualitätszirkel
<input checked="" type="checkbox"/>	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
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	3 ¹⁾
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	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 wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen 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 Wundaufgabe	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 Händedesinfektionsmittelverbrauch 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 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 Name: QS-MRSA GeQuiK; MRE-Netzwerk Rhein-Neckar-Kreis in Baden-Württemberg vorgegeben
2	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH)

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

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)

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

A-13 Besondere apparative Ausstattung

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

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen**B-[1] Kliniken Schmieder Heidelberg Neurologisches 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 des Chefarztes bzw. der Chefärzte:**

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
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

	Medizinische Leistungsangebote
	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].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	839
Teilstationäre Fallzahl:	0
Kommentar/Erläuterung:	Phase A und B der neurologischen Behandlungskette

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	77
2	R13.1	Dysphagie bei absaugpflichtigem Tracheostoma mit (teilweise) geblockter Trachealkanüle	58
3	R13.0	Dysphagie mit Beaufsichtigungspflicht während der Nahrungsaufnahme	45
4	G62.80	Critical-illness-Polyneuropathie	36
5	G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie	36
6	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	35
7	I63.8	Sonstiger Hirnfarkt	27
8	G93.80	Apallisches Syndrom	27
9	G93.1	Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert	24
10	I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	19
11	G61.0	Guillain-Barré-Syndrom	19
12	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	17
13	I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	16
14	I63.0	Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien	16
15	I61.8	Sonstige intrazerebrale Blutung	16
16	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	15
17	I61.4	Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn	13
18	G70.0	Myasthenia gravis	12
19	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	12
20	S06.21	Diffuse Hirnkontusionen	11
21	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	10
22	I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	10
23	I60.2	Subarachnoidalblutung, von der A. communicans anterior ausgehend	10
24	G41.2	Status epilepticus mit komplexfokalen Anfällen	9
25	F05.0	Delir ohne Demenz	9
26	I61.3	Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm	8
27	I67.88	Sonstige näher bezeichnete zerebrovaskuläre Krankheiten	8
28	S06.0	Gehirnerschütterung	7
29	S06.33	Umschriebenes zerebrales Hämatom	7
30	D32.0	Gutartige Neubildung: Hirnhäute	7

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Hirninfarkt	175
2	R13	Dysphagie	108
3	I61	Intrazerebrale Blutung	86
4	S06	Intrakranielle Verletzung	57
5	G93	Sonstige Krankheiten des Gehirns	52
6	G81	Hemiparese und Hemiplegie	42
7	G62	Sonstige Polyneuropathien	36
8	I60	Subarachnoidalblutung	27
9	G61	Polyneuritis	20
10	I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	19

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	602
2	8-552.9	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 56 Behandlungstage	233
3	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	192
4	1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	173
5	8-552.7	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 28 bis höchstens 41 Behandlungstage	134
6	8-701	Einfache endotracheale Intubation	130
7	3-200	Native Computertomographie des Schädels	107
8	5-431.20	Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode	107
9	8-552.8	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 42 bis höchstens 55 Behandlungstage	98
10	8-700.x	Offenhalten der oberen Atemwege: Sonstige	86
11	8-552.5	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	80
12	9-200.1	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 72 bis 100 Aufwandspunkte	78
13	9-200.6	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 130 bis 158 Aufwandspunkte	76
14	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	75
15	8-552.0	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	72
16	9-200.5	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 101 bis 129 Aufwandspunkte	62
17	8-552.6	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage	62
18	9-200.e	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 362 oder mehr Aufwandspunkte	55

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
19	9-200.01	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 43 bis 56 Aufwandspunkte	46
20	9-200.7	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 159 bis 187 Aufwandspunkte	43
21	9-200.02	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 57 bis 71 Aufwandspunkte	42
22	9-200.8	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 188 bis 216 Aufwandspunkte	36
23	8-101.x	Fremdkörperentfernung ohne Inzision: Sonstige	34
24	1-631.0	Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs	29
25	9-200.9	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 217 bis 245 Aufwandspunkte	27
26	8-390.1	Lagerungsbehandlung: Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage	23
27	9-200.a	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 246 bis 274 Aufwandspunkte	22
28	8-100.x	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie: Sonstige	21
29	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	19
30	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	18

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	679
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	602
3	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	541
4	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	192
5	1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	173
6	8-701	Einfache endotracheale Intubation	130
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	123
8	5-431	Gastrostomie	108
9	3-200	Native Computertomographie des Schädels	107
10	8-700	Offenhalten der oberen Atemwege	87

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**

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 22,69 **Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:** 40,00

Beschäftigungsverhältnis:**Mit:** 22,69**Ohne:** 0,00**Versorgungsform:****Ambulant:** 0,00**Stationär:** 22,69**Fälle je Anzahl:** 37,0

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 8,74**Beschäftigungsverhältnis:****Mit:** 8,74**Ohne:** 0,00**Versorgungsform:****Ambulant:** 0,00**Stationär:** 8,74**Fälle je Anzahl:** 96,0**B-[1].11.1.1 Ärztliche 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 Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 95,93**Beschäftigungs-
verhältnis:****Mit:** 95,93**Ohne:** 0,00**Versorgungsform:****Ambulant:** 0,00**Stationär:** 95,93**Fälle je
Anzahl:** 8,7

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

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

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 18,54**Beschäftigungs-
verhältnis:****Mit:** 18,54**Ohne:** 0,00**Versorgungsform:****Ambulant:** 0,00**Stationär:** 18,54**Fälle je
Anzahl:** 45,3

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt: 16,60**Beschäftigungs-
verhältnis:****Mit:** 16,60**Ohne:** 0,00**Versorgungsform:****Ambulant:** 0,00**Stationär:** 16,60**Fälle je
Anzahl:** 50,5

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	Geriatric z. B. Zercur
4	Kinästhetik
5	Atmungstherapie
6	Wundmanagement

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

Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen

Gesamt: 0,00**Beschäftigungsverhältnis:****Mit:** 0,00**Ohne:** 0,00**Versorgungsform:****Ambulant:** 0,00**Stationär:** 0,00**Fälle je Anzahl:** 0,0

Klinische Neuropsychologen und Klinische Neuropsychologinnen

Gesamt: 0,00**Beschäftigungsverhältnis:****Mit:** 0,00**Ohne:** 0,00**Versorgungsform:****Ambulant:** 0,00**Stationär:** 0,00**Fälle je Anzahl:** 0,0

Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen

Gesamt: 0,00**Beschäftigungsverhältnis:****Mit:** 0,00**Ohne:** 0,00

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

Ergotherapeuten

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen

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**

<input checked="" type="checkbox"/>	Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.
<input type="checkbox"/>	Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

	Leistungsbereich	Auswahl
1	MRE 30.08 / 28.02.	Ja
2	Schlaganfall: Akutbehandlung 30.08 / 28.02.	Ja

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 im Berichtsjahr

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

C-5.2 Leistungsbereiche, für die im Prognosejahr gemäß Mindestmengenregelungen Mindestmengen erbracht werden sollen

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**

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	5
---	---

- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	5
---	---

- Davon diejenigen, die 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).

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 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 klinkeigenen 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

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 Beschwerdeenhalten 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, 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.