

KLINIK KIPPENBERG GMBH



QUALITÄTSBERICHT

BERICHTSJAHR 2006
OKTOBER 2007

Inhalt

4	Einleitung
6	A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses
10	B Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen
11	Abteilung für Frührehabilitation
17	C Qualitätssicherung
17	Die Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V
17	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V
17	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V
17	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung
19	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V
19	Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V
20	D Qualitätsmanagement
20	Qualitätspolitik
20	Qualitätsziele
21	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
21	Instrumente des Qualitätsmanagements
25	Qualitätsmanagement-Projekte
26	Bewertung des Qualitätsmanagements
27	Perspektiven des Qualitätsmanagements
29	Impressum

Einleitung

Wir freuen uns, Ihnen hiermit den neuen Qualitätsbericht vorlegen zu können! Es ist unser dritter Bericht, den wir nach der gesetzlichen Vorgabe alle zwei Jahre und darüber hinaus, in Absprache mit den Krankenkassen, auch in den Jahren dazwischen vorlegen. Wir haben uns, wie alle Krankenhäuser der RHÖN-KLINIKUM AG, zu einer jährlichen Berichtslegung entschlossen, weil wir von dem Gedanken überzeugt sind, dass Leistungen und Ergebnisse gerade im Gesundheitsbereich regelmäßig überprüft werden müssen und der Öffentlichkeit vorgestellt werden sollten.

Unser Bericht stellt die Arbeit der KLINIK KIPFENBERG dar. Die KLINIK KIPFENBERG ist eine Fachklinik für neurologische Frührehabilitation. Sie ist auf die Behandlung von so genannten „Schwerst-Schädelhirngeschädigten“ spezialisiert, also auf Patienten mit einem Rehabilitationsbedarf nach ernstesten Erkrankungen wie einer Hirnblutung, einem Schlaganfall, Zuständen nach Gehirnoperationen oder nach Sauerstoffmangel. Als zusätzlichen Schwerpunkt, der sich aber teilweise mit dem genannten überschneidet, betreuen wir als einziges Zentrum in der Mitte Bayerns Patienten mit einer Querschnittschädigung.

Die KLINIK KIPFENBERG will ihren Patientinnen und Patienten ein Höchstmaß an moderner Rehabilitation anbieten. Daher sorgt sie systematisch dafür, dass ihre Mitarbeiter einen hohen fachlichen Standard erreichen und halten. Zu diesem Zweck betreibt die KLINIK KIPFENBERG ein eigenes Fortbildungszentrum, in dem auch international bekannte Referenten an der Schulung der Mitarbeiter mitwirken. Um von den Fortschritten der Rehabilitationsforschung direkt profitieren zu können, ist eine Kooperation mit akademischen Partnern an Einrichtungen für Gesundheits- und Rehabilitationsforschung der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt und der Katholischen Universität Leuven (Belgien) etabliert. Die Kooperation arbeitet seit über zehn Jahren mit großem Erfolg.

Die entscheidenden Neuerungen, die sich in 2006 für die KLINIK KIPFENBERG ergeben haben, seien hier kurz genannt. Die KLINIK KIPFENBERG hat in diesem Jahr 16 Betten für die neurologische Anschlussheilbehandlung erhalten. Das bedeutet für ihr Programm der bruchlosen Rehabilitation die Ergänzung der letzten, noch fehlenden äußeren Voraussetzung. Mit der neuen Möglichkeit, nun auch die Anschlussheilbehandlung in Kipfenberg durchzuführen, können in Kipfenberg Patienten von der Intensivstation über alle Stufen der neurologischen Rehabilitation bis zur ambulanten Weiterversorgung betreut werden. Unser Angebot entspricht damit der Forderung nach der Geschlossenheit der „Rehabilitations-Kette“.

Daneben wurden der Klinik im Krankenhausplan des Landes Bayern zusätzlich zehn weitere Betten der neurologischen Frührehabilitation zugesprochen. Die konstant hohe Auslastung der Klinik, die mit der Erweiterung durch einen Bereich für die Frührehabilitation von Querschnittpatienten noch zusätzlich erhöht wurde, hat damit eine strukturelle Entsprechung gefunden. Der Erhöhung ging eine detaillierte Überprüfung unserer Arbeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen voraus.

Der positive Abschluss des Antragsverfahrens auf Bettenerhöhung bringt somit auch eine Anerkennung für die Leistung der KLINIK KIPFENBERG zum Ausdruck.

Eine weitere Neuerung betrifft diesen Qualitätsbericht direkt. Wir haben auch in diesem Jahr gemeinsam mit dem zentralen Qualitätsmanagement der RHÖN-KLINIKUM AG unser Qualitätsmanagement fortentwickelt und können in diesem Bericht nun erstmals längsschnittliche Ergebnisse zu unseren Qualitätsindikatoren vorstellen. Wir können dadurch belegen, dass wir das hohe Niveau, das wir für unsere Klinik beanspruchen, dauerhaft gehalten halten.

Schließlich ist die Form des Berichts auch in diesem Jahr wieder leicht verändert und nötigt den Leser eine neuerliche Orientierungsleistung ab. Die Gliederung des Berichts ist bundesweit verbindlich geregelt und soll einen leichteren Vergleich zwischen den Berichten verschiedener Krankenhäuser ermöglichen. Wir hoffen, dass sich den Lesern auch in dieser neuen Form ein Bild unserer Arbeit für die Patienten im vergangenen Jahr vermitteln wird.

Kipfenberg, im Oktober 2007

Die Geschäftsführung

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Herrn Rainer Meinhardt, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	Klinik Kipfenberg Kindingerstraße 13 85110 Kipfenberg
	Zentrale E-Mail-Adresse	gf@neurologie-kipfenberg.de
	Internet-Präsenz	http://www.neurologie-kipfenberg.de
A-2	Institutskennzeichen des Krankenhauses	260913607
A-3	Standortnummer	00
A-4	Name und Art des Krankenhausträgers	Klinik Kipfenberg GmbH Art: privat
A-5	Akademisches Lehrkrankenhaus	Nein

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

- Abteilung für Neurologische Frührehabilitation
- Abteilung für weiterführende neurologische Rehabilitation
- Abteilung für neurologische Anschlussheilbehandlung
- Abteilung für orthopädische Anschlussheilbehandlung

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Entfällt.

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte

Entfällt.

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP03	Angehörigenbetreuung/ -beratung/ -seminare	
MP04	Atemgymnastik	
MP05	Babyschwimmen	Im Angebot des ambulanten Rehabilitationszentrums
MP06	Basale Stimulation	
MP07	Beratung/ Betreuung durch Sozialarbeiter	
MP08	Berufsberatung/ Rehabilitationsberatung	
MP10	Bewegungsbad/ Wassergymnastik	
MP11	Bewegungstherapie	
MP12	Bobath-Therapie	
MP13	Diabetiker-Schulung	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassungsmanagement	
MP16	Ergotherapie	
MP17	Fallmanagement/ Case Management/ Primary Nursing/ Bezugspflege	
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinententraining/ Inkontinenzberatung	
MP23	Kunsttherapie	
MP24	Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP27	Musiktherapie	
MP29	Osteopathie/ Chiropraktik	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	
MP31	Physikalische Therapie	
MP32	Physiotherapie/ Krankengymnastik	
MP33	Präventive Leistungsangebote/ Präventionskurse	Im Rahmen des Angehörigenprogramms
MP34	Psychologisches/ psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psycho-sozialdienst	
MP35	Rückenschule/ Haltungsschulung	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/ Logopädie	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/ Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- u. Kälteanwendungen	
MP49	Wirbelsäulengymnastik	
MP51	Wundmanagement	
MP52	Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot	Kommentar
Räumlichkeiten		
SA01	Aufenthaltsräume	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	Als Wahlleistung nach Möglichkeit, als Standard im Bereich Anschlussheilbehandlung
SA04	Fernsehraum	
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA07	Rooming-In	
SA08	Teeküche für Patienten	
SA09	Unterbringung Begleitperson	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
Ausstattung der Patientenzimmer		
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	
SA14	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	
SA16	Kühlschrank	
SA17	Rundfunkempfang am Bett	
SA18	Telefon	
SA19	Wertfach/ Tresor am Bett/ im Zimmer	
Verpflegung		
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (Mineralwasser)	
Ausstattung/ Besondere Serviceangebote des Krankenhauses		
SA22	Bibliothek	
SA23	Cafeteria	
SA24	Faxempfang für Patienten	
SA25	Fitnessraum	
SA26	Friseursalon	
SA27	Internetzugang	
SA28	Kiosk/ Einkaufsmöglichkeiten	
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen (Kapelle, Meditationsraum)	
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	
SA31	Kulturelle Angebote	
SA33	Parkanlage	
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	
SA36	Schwimmbad	
SA37	Spielplatz	
SA38	Wäscheservice	
Persönliche Betreuung		
SA40	Empfangs- und Begleitsdienst für Patienten und Besucher	
SA41	Dolmetscherdienste	
SA42	Seelsorge	

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

Die KLINIK KIPFENBERG ist durch Kooperationsvereinbarungen mit den Universitäten Eichstätt-Ingolstadt sowie Leuven fest verbunden. Folgende Mitarbeiter der Klinik sind durch regelmäßige Lehrveranstaltungen und Forschungskolloquien an der Ausbildung von Psychologen, Gesundheitspädagogen und Sozialpädagogen der Universität Eichstätt-Ingolstadt beteiligt:

- Prof. med. Dr. Rudolf Preger, der Chefarzt der KLINIK KIPFENBERG, ist im Umfang von vier Semesterwochenstunden im Studiengang Gesundheitspädagogik der Universität Eichstätt engagiert.
- Zudem leitet Herr Prof. Preger gemeinsam mit Frau Diplompsychologin Christiane Zeller, einer Mitarbeiterin der Abteilung Psychologie der Klinik, das neuropsychologische Fallseminar in der vertieften Ausbildung für klinische Neuropsychologen der Eichstätter Universität.
- Herr Dr. phil. Carl Heese, der Leiter der Abteilung Psychologie, bietet regelmäßig Veranstaltungen in den Studiengängen Gesundheitspädagogik und Sozialpädagogik an. Im Rahmen von fortlaufenden Diplomandenkolloquien betreut er auch Forschungsarbeiten zu Themen der sozialen Unterstützung, der Interaktion von Emotion und Rehabilitation und der Hilfeannahmefähigkeit, die an der KLINIK KIPFENBERG durchgeführt werden. Ergebnisse dieser Arbeit wurden in Fachorganen und auf dem rehawissenschaftlichen Kolloquium der Deutschen Rentenversicherungsträger präsentiert.

In 2006 war die KLINIK KIPFENBERG auch an Veranstaltungen der Kinderuniversität in Eichstätt und Ingolstadt beteiligt und hat dort die neurologische Rehabilitation vorgestellt.

A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V	90
Betten Intensivmedizin	20

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Gesamtzahl der im Berichtsjahr 2006 behandelten Fälle:

Vollstationäre Fälle	633
----------------------	-----

B Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen

Die KLINIK KIPFENBERG verfügt über je eine Abteilung für neurologische Frührehabilitation, für Weiterführende neurologische Rehabilitation, für neurologische Anschlussheilbehandlung, sowie für orthopädische Anschlussheilbehandlung. Die Intensivstation und die Station für die Behandlung von Patienten mit Querschnittsyndromen zählen zur neurologischen Frührehabilitation. Wir stellen im Folgenden nur die Abteilung für Frührehabilitation dar, weil nur hier eine Krankenhausbehandlung im Sinne des Sozialgesetzbuches durchgeführt wird. Die übrigen Abteilungen bieten keine Leistungen der Krankenhausbehandlung sondern der Rehabilitation im engeren Sinne an, auf die sich der Qualitätsbericht nicht bezieht.

B-1.1 Abteilung für Frührehabilitation

Hauptabteilung

Leitung der Abteilung: Prof. Dr. med. Rudolf Preger

Telefon: 08465-175-100

Fax: 08465-175-184

E-Mail: ca@neurologie-kipfenberg.de

B-1.2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte	Kommentar
VS00	Intensivmedizinische neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	In diesem Schwerpunkt überlappen sich die intensivmedizinische Krankenhausversorgung und die multiprofessionelle Rehabilitation. So ist es möglich, bei Patienten mit schwersten Hirnverletzungen noch während der intensivmedizinischen Versorgung und Überwachung die Wiederherstellung von sensiblen, motorischen und kognitiven Fähigkeiten durch den integrierten Einsatz eines Rehabilitationsteams zu fördern.
VS00	Allgemeine neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	In der allgemeinen neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation steht der Therapieansatz des ärztlich geleiteten Rehabilitationsteams, bestehend aus Mitarbeitern der Physiotherapie, Physikalischen Therapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie, Musik- und Kunsttherapie und des Sozialdienstes, im Vordergrund. Eine medizinische Krankenhausbehandlung ist dabei für die schwerst schädel-hirnverletzten Patienten noch erforderlich.
VS00	Frührehabilitation bei Querschnittlähmung	Die Läsionen, die mit Querschnittlähmungen einhergehen, sind meistens isolierte Verletzungen oder Erkrankungen des Rückenmarks, zerebrale Strukturen sind dagegen oft nicht betroffen. Der Ansatz der neurologischen Rehabilitation ist daher bei diesen wachen und kognitiv nicht eingeschränkten Patienten an deren spezifische Bedürfnisse nach Selbstbestimmung, Situationskontrolle und Krankheitsverarbeitung angepasst

B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote

Siehe Kapitel A-9.

B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote

Siehe Kapitel A-10.

B-1.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Gesamt-Leistungszahlen der Abteilung:

Stationäre Fallzahlen (DRG)	633
Operationen/interventionelle Maßnahmen (OPS Kapitel 5)	65
Behandlungsmaßnahmen insgesamt (OPS alle Kapitel)	3.053

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
1	I63	151	Hirnfarkt (Schlaganfall mit Minderdurchblutung)
2	S06	102	Intrakranielle Verletzung (Verletzung von Organen innerhalb des Schädels)
3	G62	93	Polyneuropathien (diffuse Erkrankungen peripherer Nerven)
4	I61	87	Intrazerebrale Blutung (Blutung ins Hirngewebe)
5	G93	46	Krankheiten des Gehirns (Restkategorie)
6	I60	44	Subarachnoidalblutung (Blutung unter der weichen Hirnhaut)
7	S14	18	Verletzung der Nerven und des Rückenmarks in Halshöhe
8	I62	10	Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutungen
9	G82	7	Paraparese und Paraplegie (Querschnittlähmung), Tetraparese und Tetraplegie (Lähmung aller Extremitäten)
9	G95	7	Sonstige Erkrankungen des Rückenmarks
11	S24	7	Verletzung der Nerven und des Rückenmarkes in Thoraxhöhe
12	G06	6	Intrakranielle und intraspinale Abszesse und Granulome (Abszesse und knötchenförmige entzündliche Neubildung im Schädel und am Rückenmark)
12	G61	6	Polyneuritis (diffuse Entzündung peripherer Nerven)
14	M50	*	Zervikale Bandscheibenschäden (der Halswirbelsäule)
15	G20	*	Primäres Parkinson-Syndrom (Morbus Parkinson ohne weitere Ursache)
16	I64	*	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet (Restkategorie)
17	M46	*	Entzündliche Spondylopathien (Krankheiten der Wirbel, Restkategorie)
18	A84	*	Virusenzephalitis, durch Zecken übertragen
19	G04	*	Enzephalitis (Hirngewebeentzündung), Myelitis (Rückenmarksentzündung) und Enzephalomyelitis (Entzündung von Hirngewebe und Rückenmark)
20	G71	*	Primäre Myopathien (Muskelkrankungen)

* Fallzahlen <= 5

Die Liste der häufigsten Diagnosen der KLINIK KIPFENBERG zeigt klar den fachklinischen Schwerpunkt des Krankenhauses bei Erkrankungen des Gehirns und der Nerven. Die häufigste Diagnose, Schlaganfall, steht dabei für eine typische Alterserkrankung, den zweiten Rang nimmt aber eine Erkrankung ein, die sehr eng mit Unfällen, vor allem Verkehrsunfällen zusammenhängt.

B-1.7 Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
1	8-552	547	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation
2	1-207	540	Elektroenzephalographie (EEG)
3	3-200	370	Native Computertomographie des Schädels
4	8-390	283	Lagerungsbehandlung
5	1-208	267	Registrierung evozierter Potentiale (z. B. Reaktion des zentralen Nervensystems auf optische, akustische oder Gefühlsreize)
6	8-931	199	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes
7	8-930	180	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
8	1-610	167	Diagnostische Kehlkopfspiegelung
9	8-987	103	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
10	5-431	59	Gastrostomie (Eröffnung des Magens zur Anlage einer äußeren Magenfistel)
11	1-206	56	Neurographie (Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit und der Nerven- bzw. Muskelantwort)
12	1-205	52	Elektromyographie (EMG, elektrische Untersuchung der Muskelfunktion)
13	8-976	49	Komplexbehandlung bei Querschnittlähmung
14	8-831	35	Legen, Wechsel und Entfernung eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
15	8-123	29	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters
16	1-334	26	Urodynamische Untersuchung (Messung des Harnflusses)
17	1-632	19	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie (Spiegelung von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm)
18	1-620	17	Diagnostische Tracheobronchoskopie (Spiegelung der Luftröhre und der Bronchien)
19	3-203	12	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
20	8-701	11	Einfache endotracheale Intubation (Einbringen eines Schlauches in die Luftröhre durch Mund oder Nase)
21	8-771	9	Kardiale Reanimation (Herz-Kreislauf-Wiederbelebung)
22	1-204	6	Untersuchung des Liquorsystems (Gehirn-Rückenmark-Flüssigkeit)
22	3-220	6	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel
24	8-133	*	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters (Harnkatheter oberhalb des Schambeins)

* Fallzahlen <= 5

Das zahlenmäßig bedeutendste Vorgehen betrifft die langwierige erste Phase der Rehabilitation von schwerstgeschädigten Schädel-Hirnpatienten. Die hohe Anzahl von Monitoring-Prozeduren reflektiert den intensivmedizinischen Bedarf, der bei vielen Patienten der Frührehabilitation in der KLINIK KIPFENBERG besteht. Für diese erste Phase der Rehabilitation verfügt die KLINIK KIPFENBERG über eine Intensivstation mit 20 Betten, auf der gleichwohl rehabilitative Leistungen in vollem Umfang möglich sind.

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistung
Ambulantes Rehabilitationszentrum	Ambulante Nachuntersuchungen von Patienten der KLINIK KIPPENBERG durch den Chefarzt im Rahmen einer Ermächtigung Antispastische Behandlung mit Botulinumtoxin und Baclofen Ergotherapie Fahreignungstraining und -begutachtung Logopädie Neuropsychologische Therapie Physikalische Therapie Physiotherapie Psychotherapie Sporttherapie

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Entfällt für die KLINIK KIPPENBERG.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Eine stationäre BG-Zulassung besteht für die neurologische Rehabilitation.

B-1.11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Kommentar
AA01	Angiographiegerät	
AA03	Belastungs-EKG/ Ergometrie	
AA04	Bewegungsanalysesystem	
AA08	Computertomograph (CT)	24-Notfallverfügbarkeit ist gegeben
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	
AA11	Elektromyographie (EMG)/ Gerät zur Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit	
AA12	Endoskop	
AA27	Röntgengerät/ Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)	24-Notfallverfügbarkeit ist gegeben
AA29	Sonographiegerät/ Dopplersonographiegerät	
AA31	Spirometrie/ Lungenfunktionsprüfung	
AA33	Uroflow/ Blasendruckmessung	
AA00	Schluckvideographie	
AA00	Therapeutisches Laufband	
AA00	Bewegungsbad	
AA00	Computertrainingsplätze	
AA00	Notfalllabor	24-Stunden-Verfügbarkeit ist gegeben

B-1.12 Personelle Ausstattung

B-1.12.1 Ärzte

	Anzahl	Kommentar	Fachexpertise
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	18,6 VK		Allgemeinmedizin (AQ23), Innere Medizin (AQ23), Neurochirurgie (AQ41), Neurologie (AQ42), Orthopädie (AQ10), Psychiatrie und Psychotherapie (AQ51), Physikalische und Rehabilitative Medizin (AQ49), Urologie (AQ60)
Davon Fachärzte	9 VK	Weiterbildungsbefugnisse für Physikalische und Rehabilitative Medizin (zwei Jahre), Innere Medizin (ein Jahr) und Neurologie (ein Jahr)	

Anmerkung: Das ärztliche und pflegerische Personal betreut neben dem Akutkrankenhausbereich auch den Rehabilitationsbereich nach § 111 SGB V.

B-1.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Kommentar
Pflegekräfte insgesamt	155,83 VK	
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung)	121,35 VK	
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung)	6 VK	Intensivpflege, Rehabilitationspflege, Pflegemanagement

B-1.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Für die Fachabteilung steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar
SP02	Arzthelfer	
SP03	Beleghebammen/-entbindungspfleger	
SP04	Diätassistenten	
SP05	Ergotherapeuten	
SP07	Hebammen/ Entbindungspfleger	
SP08	Heilerziehungspfleger	
SP12	Kinästhetikmentoren	
SP13	Kunsttherapeuten	
SP14	Logopäden	
SP15	Masseur/ Medizinische Bademeister	

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar
SP16	Musiktherapeuten	
SP18	Orthopädietechniker	Durch Kooperation täglich verfügbar
SP20	Pädagogen	
SP21	Physiotherapeuten	
SP22	Podologen	
SP23	Psychologen	
SP24	Psychotherapeuten	
SP25	Sozialarbeiter	
SP26	Sozialpädagogen	
SP27	Stomatherapeuten	
SP28	Wundmanager	

C Qualitätssicherung

C-1 Die Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)

C-1.1 Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate

Entfällt für die KLINIK KIPFENBERG als Spezialanbieter.

C-1.2 Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren

Trifft nicht zu.

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

Über § 137 SGB V hinaus ist nach Landesrecht keine verpflichtende externe Qualitätssicherung vereinbart.

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

Entfällt für die KLINIK KIPFENBERG.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

C-4.1 Systematische Ausleitung von Qualitätsindikatoren

Wie im vergangenen Jahr hat sich die KLINIK KIPFENBERG an der konzerninternen systematischen Ausleitung fachübergreifender und fachspezifischer Qualitätsindikatoren beteiligt. Seit Anfang des Jahres 2006 werden alle konzernweiten Indikatoren quartalsweise ausgewertet.

Die Indikatoren stammen zum größten Teil aus nach dem System der BQS dokumentierten Fällen, ferner aus Routinedaten entsprechend § 21 KHEntgG und abgeleiteten DRG-Grouping-ergebnissen sowie aus speziell erhobenen Daten. Es wurden Qualitätsindikatoren ausgewählt, die möglichst ergebnisorientiert, aussagekräftig (zum Beispiel nicht häufig null) und spezifisch sind und mit geringem Aufwand für die behandelnden Ärzte erhoben werden können. Für alle Indikatoren werden der Hintergrund, das Ziel, der Referenzwert und die Logik für Nenner (Grundgesamtheit) und Zähler sowohl konzernintern im Intranet als auch gegenüber der Öffentlichkeit im Internet (www.rhoen-klinikum-ag.com/qb/) dargestellt.

Die quartalsweise erhobenen Ergebnisse der Indikatoren werden innerhalb der KLINIK KIPFENBERG in regelmäßigen Abständen innerhalb der Klinik-Konferenz aufgegriffen und anhand der Patientenakten analysiert. Dabei werden Hinweise auf Dokumentationsfehler, Probleme bei internen Abläufen und natürlich auch medizinische Verbesserungsmöglichkeiten gesucht.

Ergebnisse des Jahres 2006:

Qualitätsindikator	Indikator-typ	Nenner (Grundgesamtheit)	Zähler	Ergebnis 2006 in %	Ergebnis 2005 in %	Ziel	Konzern- durchschnitt in %
Mortalität während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit PCCL 0 bis 2 gemäß DRG-Systematik	Routine	9	0	0	0	<= 2%	0,37
Postpunktionelles Syndrom	Routine	5	0	0	0	<= 20%	2,05

Erläuterungen:

In den Ergebnissen werden die Zielmarken durchwegs erreicht. Es ist aber zuzugestehen, dass die Indikatoren, die primär für die Abbildung von Allgemeinkrankenhäusern ausgewählt wurden, die Qualität der Arbeit der Fachklinik KIPFENBERG nur sehr eingeschränkt wiedergeben können. Es ist daher auf die klinikspezifischen Daten unter C-4.3 zu verweisen.

C-4.2 Weitere fachspezifische Klinikübergreifende Verfahren der externen Qualitätssicherung

Erfolgreiche Stichproben-Prüfung durch den MDK

In 2006 fand in der KLINIK KIPFENBERG eine Stichprobenprüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen statt. Diese Prüfung ist eine gesetzlich geregelte Untersuchung der Qualität der klinischen Arbeit durch Fachgutachter. Sie wurde angesetzt im Zusammenhang mit dem Antrag der KLINIK KIPFENBERG auf eine Erhöhung der Kapazität in der Frührehabilitation. Die Stichprobenprüfung fand zum ersten Mal in der KLINIK KIPFENBERG seit ihrem Bestehen statt. Nach einem statistischen Modell wurden 198 abgeschlossene Fälle ausgewählt

und anhand sämtlicher vorliegender Unterlagen ausgewertet. Überprüft wurden insbesondere die ausreichende Therapiedichte und die Verweildauer in der Klinik. In beiden Punkten kamen die Gutachter zu einem insgesamt sehr positiven Ergebnis. Einen Verbesserungsbedarf ergab die Untersuchung der Therapiedichte, hier zeigte sich ein relativer Mangel an therapeutischer Versorgung in den Tagen nach der Verlegung von der Intensivstation auf die normalen Stationen der Frührehabilitation. Dieser Mangel konnte durch eine relativ einfache organisatorische Maßnahme mittlerweile behoben werden, nämlich einer Umstellung der Therapieplanung von einer Wochenplanung auf eine Tagestherapieplanung.

C-4.3 Weitere, klinikspezifisch erhobene qualitätsrelevante Messdaten

Für den Bedarf der KLINIK KIPFENBERG als Spezialklinik wurde ein Messmodell entwickelt, nach dem die Arbeit der Klinik mit einschlägigen Ergebnisdaten zu kontrollieren ist. Diese Daten werden routinemäßig erhoben und betreffen die folgenden Faktoren:

- Patientenzufriedenheit
- Gewinn an Teilhabe
- Spezifische neurologische Komplikationsfaktoren

Durch die kontinuierliche Untersuchung dieser Faktoren konnten wir in den letzten Jahren Vergleichswerte ermitteln, die mit der steigenden Erfahrung in der Interpretation dieser Daten über mehrere Perioden hinweg zunehmend als Referenzwerte dienen und auch längerfristige Entwicklungen abbilden können. Ergebnisse dieser fortlaufenden Messungen sind unter Instrumente des Qualitätsmanagements unter D-4 dargestellt.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Entfällt.

C-6 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Trifft nicht zu.

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Wir haben in unserem ersten Qualitätsbericht 2004 (erschieden im Juli 2005) ausführlich unsere Vorstellung von guter Medizin und Rehabilitation, einem konstruktiven Umgang mit unseren Patienten und der über das Krankenhaus hinausreichenden Verantwortung unserer Arbeit. Den Kern unserer Qualitätspolitik bilden nach wie vor die folgenden Grundsätze:

- Als Krankenhaus der RHÖN-KLINIKUM AG gilt für uns der Unternehmenskodex: Organisation und Abläufe des Krankenhauses orientieren sich am Patienten und nicht umgekehrt.
- Als Rehabilitationsklinik für Schwerstbetroffene sind wir dem Ideal einer bruchlosen Rehabilitation besonders verpflichtet. Daher kooperieren wir eng in unserem Haus, das nach dem patientenorientierten Flussprinzip organisiert ist, und auch darüber hinaus mit unseren Zuweisern und den weiterführenden Stellen, besonders der ambulanten Versorgung und der Selbsthilfe.
- Als überschaubare Einrichtung nutzen wir die Chance zu einem intensiven direkten Kontakt mit unseren Patienten und ihren Angehörigen und sorgen für eine förderliche Atmosphäre, die für alle Beteiligten hilfreich ist.

D-2 Qualitätsziele

Zentrales Ziel:
Umsetzung des
patientenorientierten
Flussprinzips

Die Qualitätspolitik verfolgt die Geschäftsleitung unter Zugrundelegung der Unternehmensphilosophie und der Qualitätsgrundsätze der RHÖN-KLINIKUM AG. Das zentrale Mittel der Umsetzung der Qualitätspolitik sieht sie in der Fortentwicklung des patientenorientierten Flussprinzips als Organisations- und Personalentwicklungsaufgabe. Der Erfolg dieser Arbeit ist an den drei Säulen des Behandlungserfolgs der Neurorehabilitation abzulesen. Sie bestehen in der Zufriedenheit der Patienten, den Gewinnen an Teilhabe im Sinne der ICF (internationale Klassifikation der Funktionen) und einem sicheren Management von Komplikationsfaktoren, die die Rehabilitation belasten. Zu diesen Säulen werden systematisch empirische Messungen unternommen, die eine wirksame Selbstkontrolle ermöglichen und deren Ergebnisse über das klinikinterne Qualitätsmanagement in die Optimierung der Arbeitsbedingungen und der Arbeit einfließen.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement der KLINIK KIPFENBERG ist eine Leitungsfunktion, der alle leitenden Mitarbeiter in besonderer Weise verpflichtet sind. Zur Berichterstattung und zur Vorbereitung einer Zertifizierung des Qualitätsmanagements ist eine Arbeitsgruppe mit einem Leiter und einer Stellvertretung eingesetzt, in der alle Bereiche der Klinik vertreten sind. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe haben sich bei der Deutschen Gesellschaft für Qualität e.V. (DGQ) oder vergleichbaren Anbietern für diese Aufgabe qualifiziert. Sie halten einen engen fachlichen Kontakt zu den anderen Konzernkliniken der RHÖN-KLINIKUM AG und werden fachlich unterstützt von der Abteilung Qualitätsmanagement des Konzerns.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement der KLINIK KIPFENBERG setzt neben den selbstverständlichen Instrumenten wie einer Hygienekonferenz die folgenden Instrumente zur Qualitätssicherung ein:

■ Patienteninformation

Zur Sicherung einer zufrieden stellenden Informationsvermittlung hat es sich bei den neurologischen Patienten der KLINIK KIPFENBERG bewährt, auch für die Angehörigen systematische Informationsveranstaltungen zum Rehabilitationsverlauf, zur Nachbetreuung und Alltagsorganisation sowie zur sozialen Wiedereingliederung anzubieten. Wir haben dazu ein geeignetes Curriculum entwickelt und es im Berichtsjahr dreimal mit insgesamt 36 Terminen angeboten.

■ Beschwerdemanagement

Für die KLINIK KIPFENBERG ist das Konzept des Beschwerdemanagements der RHÖN-KLINIKUM AG verbindlich. Es sieht eine externe Bearbeitung jeder schriftlichen Beschwerde im Vorstandsbüro des Konzerns vor.

■ Patientenbefragung und Outcome-Messung nach dem unter C-4.3 dargestellten Messmodell

Abbildung 1 zeigt die Entwicklung der Patientenzufriedenheit über die letzten drei Jahre. Bei der Bewertung mit Schulnoten von „Eins“ bis „Sechs“ erreicht die KLINIK KIPFENBERG ein annähernd konstantes Ergebnis. In Ergänzung dazu ist die Zufriedenheit der Patienten mit ihrem Gesundheitszustand im Hinblick auf die Schwere ihrer Erkrankung angegeben. Hier ist über den Zeitraum eine leichte Verbesserung zu verzeichnen. Die Patienten der KLINIK KIPFENBERG verlassen die Klinik mit einer über die Jahre verbesserten subjektiven Gesundheit. Diese weitere Verbesserung wird aber nicht der Klinik zugeschrieben, sondern offenbar anderen Faktoren, wie etwa dem eigenen Beitrag der Patienten zur Rehabilitation. Da die Rehabilitation mit dem Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe arbeitet, sehen wir auch hier einen zunehmenden Erfolg unserer Arbeit.

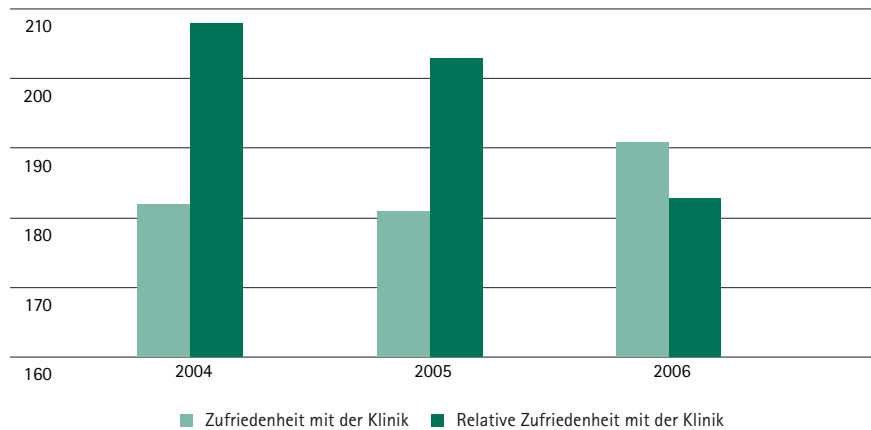


Abbildung 1: Patientenzufriedenheit im Drei-Jahresvergleich

Die Gewinne an alltäglicher Selbständigkeit und Teilhabemöglichkeiten werden mit Hilfe der FIM-Skala gemessen. Der FIM ordnet den Patienten einen Punktwert zwischen 18 und 126 zu, wobei 18 Punkte „vollständige Hilflosigkeit“ und 126 Punkte „völlige Selbständigkeit“ bedeuten. Zum Zeitpunkt der Aufnahme in die KLINIK KIPFENBERG lag der FIM-Wert bei etwa 20 Punkten und hat sich bis zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Frührehabilitation im Durchschnitt verdoppelt (vergleiche Abbildung 2). Auf dem Niveau der Entlassung besteht zwar noch eine durchgängige Angewiesenheit auf pflegerische und therapeutische Hilfestellungen, es sind aber schon einzelne Selbsthilfemöglichkeiten wie eine teilweise eigenständige Körperpflege wieder möglich. In der längsschnittlichen Betrachtung scheint dieser Verdopplungsgewinn der durchschnittlich zu erwartende Wert zu sein, der in der Frührehabilitation bei den speziellen, besonders schwer beeinträchtigten Patienten der KLINIK KIPFENBERG erreicht wird.

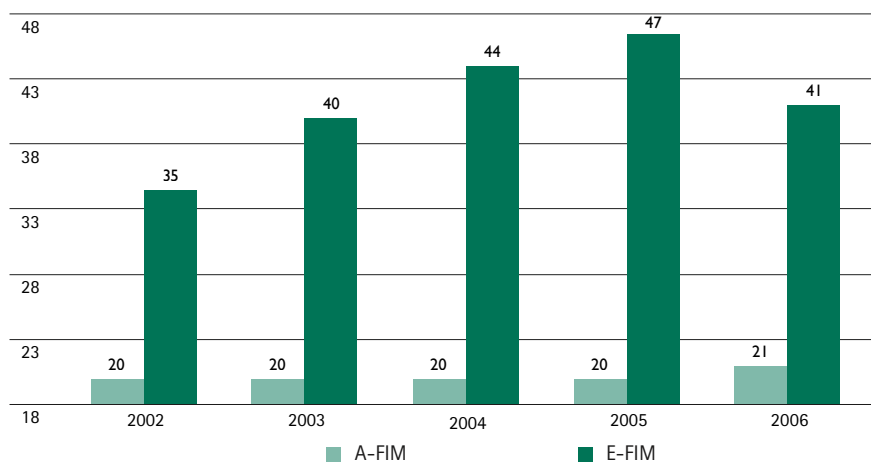


Abbildung 2: FIM - Score bei Aufnahme und bei Entlassung aus der neurologischen Frührehabilitation

Von besonderer Bedeutung sind die Selbständigkeitsgewinne der älteren Patienten im Vergleich zu denen der Jüngeren. Die Rehabilitationschancen sinken zwar mit dem Alter leicht ab, aber insgesamt wird in der wissenschaftlichen Literatur nach wie vor die Gefahr einer Unterschätzung der Entwicklungs- und Wiederherstellungsmöglichkeiten im Alter gesehen. Im Kontrast zu der alternativen Möglichkeit einer weniger anspruchsvollen geriatrischen Rehabilitation ist von dem neurologischen Rehabilitationsansatz zu fordern, dass er Rehabilitationsanstrengungen weitgehend unabhängig vom Alter der Patienten trifft. Daher werten wir es als besonderen Erfolg unseres Konzeptes, dass wir eine Angleichung der Gewinne von Jüngeren und Älteren in der Frührehabilitation über die Jahre verzeichnen können (Abbildung 3).

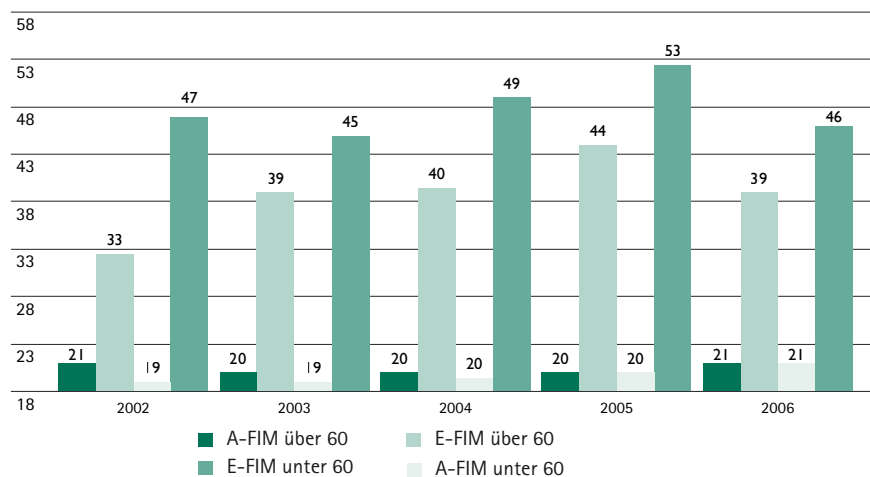


Abbildung 3: FIM – Score bei Aufnahme und bei Entlassung nach Altersgruppen

Die Verringerung von Komplikationsfaktoren stellt den dritten Faktor in unserem Messmodell der internen Qualitätssicherung dar. Mit diesem soll der Erfolg des Managements von häufigen Problemen, welche die neurologische Rehabilitation zusätzlich belasten, kontrolliert werden. Im einzelnen untersuchen wir dabei die folgenden Bereiche:

- Erfolge in der Entwöhnung von der maschinellen Beatmung (Weaning)
- Erfolgreiche Kontrolle und Sanierung der MRSA-Besiedlung
- Entfernung der Trachealkanüle
- Erfolgreiche Behandlung von wundgelegenen Stellen und das Vermeiden von Wundliegen

Eine schwere Hirnschädigung ist häufig mit einer ungenügenden Lungenfunktion verbunden. In schweren Fällen kann eine lebenslange Abhängigkeit von einer Beatmungsmaschine resultieren, welche die Lebensqualität sehr stark beeinträchtigt. Der Entwöhnung von der Beatmung gilt daher ein besonderes Augenmerk in der neurologischen Rehabilitation.

In der Entwöhnung, dem Weaning, konnten wir in 2006 eine Erfolgsquote von 72 Prozent erreichen. Im Drei-Jahresvergleich müssen wir dabei eine rückläufige Tendenz bei unseren Erfolgen verzeichnen, so lag 2004 die Erfolgsquote noch bei 82 Prozent. Nach eingängiger Prüfung und Diskussion dieses Sachverhaltes können wir als Ursache dieser ungünstig erscheinenden Entwicklung eine entsprechende Zuweisungspraxis ausmachen. Die Qualifikation der Therapeuten der Klinik in der Atemtherapie ist in diesem Zeitraum gesteigert worden, gleichzeitig ist das Profil der KLINIK KIPPENBERG als Spezialanbieter für Frührehabilitation von schwerstgeschädigten Patienten mit schweren Komplikationen wie einer nicht nur vorübergehenden Beatmungspflichtigkeit weiter geschärft worden. Entsprechend hat sich die absolute Anzahl an beatmungspflichtigen Patienten im gleichen Zeitraum um beinahe 60 Prozent erhöht. Insgesamt sehen wir daher in diesem Ergebnis keine Relativierung unseres Therapieansatzes.

Eine Infektion mit den überall vorhandenen multiresistenten Krankenhauskeimen (zum Beispiel multiresistente *Staphylococcus aureus* – MRSA) bedeutet eine deutliche Erschwerung der Rehabilitation. Die MRSA-Besiedlung erfolgt zwar im Allgemeinen ohne Beschwerden für den Patienten, sie erfordert aber die unverzügliche Isolation der Patienten sowie erhöhte Schutzmaßnahmen im Umgang mit ihnen. So soll vermieden werden, dass weitere besonders anfällige schwerkranke Patienten ebenfalls mit diesem Keim infiziert werden. Wir testen daher alle unsere Patienten bei der Aufnahme in unserer Klinik auf MRSA und wiederholen diese Untersuchung regelmäßig. Bei einem positiven Testergebnis ergreifen wir sofort Isolationsmaßnahmen und beginnen mit der Sanierung der Keimbesiedlung, die allerdings bei der Resistenz der Keime nur eingeschränkt möglich ist. Mit diesem Vorgehen können wir aber das mit einer Besiedlung verbundene Risiko begrenzen und eine unkontrollierte Ausbreitung erfolgreich verhindern. Trotz des langen Aufenthaltes in der KLINIK KIPPENBERG überwiegt auch in 2006 die Anzahl der MRSA-Fälle, die bereits bei Aufnahme kontaminiert oder infiziert waren (71 Prozent). Von allen MRSA-Fällen in 2006 konnten wir 61 Prozent sanieren, das entspricht bei den schwerkranken Patienten wieder einer sehr guten Erfolgsrate.

Eine Trachealkanüle ist ein künstlich angelegter Ausgang der Luftröhre in der Höhe des Halses. Die Versorgung mit einer Kanüle wird vorgenommen, wenn eine so schwere Schluckstörung besteht, dass bei dem Versuch, normal zu schlucken, die Gefahr einer Lungenentzündung oder sogar des Erstickens droht. Die Kanüle erschwert das Sprechen und die Nahrungsaufnahme erheblich und beeinträchtigt so die Rehabilitation. Zur Einschätzung unserer Arbeit betrachten wir vor allem die Patienten, die über die erste Phase der Rehabilitation auf unserer Intensivstation hinaus eine Trachealkanüle benötigen. Bei diesen Fällen einer schweren Beeinträchtigung konnten wir im weiteren Verlauf der Schlucktherapie bei immerhin 42 Prozent der betroffenen Patienten die Kanüle doch noch entfernen und ihnen ein normales Sprechen und eine normale Nahrungsaufnahme wieder ermöglichen. Diese Erfolgsquote entspricht genau der Quote des vorangegangenen Berichtszeitraumes und wird von uns wieder als positives Ergebnis gewertet. Zu berücksichtigen ist hier, dass Schluckstörungen neurologische Defizite darstellen, die wie Halbseitenlähmungen und andere Störungen nach Hirnschädigungen häufig eine bleibende Behinderung trotz aller therapeutischen Bemühungen verursachen.

Wundstellen, die bei Patienten durch eine längerfristige und einseitige Belastung von Hautpartien entstehen, gelten je nach Umständen als Behandlungsfehler. Dabei ist aber wie bei der Besiedelung mit MRSA-Keimen der Allgemeinzustand von Patienten zu berücksichtigen. Schwerstkranke, multimorbide Patienten bilden mitunter trotz intensiver Pflege in kürzester Zeit Wunden an Aufliegestellen aus. Man unterscheidet den sogenannten Dekubitus nach Schweregraden von I bis IV, wobei die Grade III und IV schwere und sehr schwere Wunden bezeichnen. Im Rahmen unserer Qualitätssicherung interessieren die Anzahl der in der Klinik entstandenen schweren Dekubitus und die Anzahl der erfolgreich zum Abheilen gebrachten Dekubitus. Ein Dekubitus beeinträchtigt die Rehabilitation durch die besondere Rücksichtnahme auf die Wundpartien, die eine Mobilisation aus dem Bett oder dem Rollstuhl erschweren und verzögern. In der KLINIK KIPFENBERG wurden 2006 91 Fälle von schweren Dekubitus der Grade III und IV behandelt. Im Jahr zuvor waren es lediglich 82 Fälle. Hierin, und in der deutlich gestiegenen Anzahl der erforderlichen maschinellen Beatmungen, sehen wir ein Hauptindiz für eine weitere Zunahme der Selektion von besonders schwer betroffenen Patienten für die Zuweisung zur Rehabilitation in der KLINIK KIPFENBERG.

Kein Dekubitus in der Klinik in 2006 entstanden

Erfreulicherweise ist keiner der behandelten Dekubitus in der KLINIK KIPFENBERG entstanden; sie waren sämtlich bereits bei der Aufnahme vorhanden. Von den behandelten Fällen konnten 70 Prozent zum Abheilen gebracht werden. Das bedeutet eine deutliche Zunahme gegenüber dem Wert des vorangegangenen Jahres um 10 Prozentpunkte. Wir sehen darin einen weiteren Erfolg unseres Wundmanagements und der Entwicklung von therapeutischen Standards gerade auch in diesem Bereich.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Der Schwerpunkt der Qualitätsentwicklung lag im Berichtsjahr bei der weiteren Sicherung der therapeutischen Versorgungsqualität. Dazu gab es den konkreten Anlass, dass im OPS-Katalog, dem amtlichen Verzeichnis für klinische Leistungen, für das Jahr 2007 in die Beschreibung der Prozedur „neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation“ die Bestimmung aufgenommen wurde, dass die „aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation“ gewährleistet werden muss. Da unser Ansatz der Basisqualifikation durch zwei bis drei rehabilitative Spezialweiterbildungen für die therapeutischen und pflegerischen Mitarbeiter der KLINIK KIPFENBERG nicht die gewünschte und geforderte Grundqualifikation für die Gesamtheit der Mitarbeiter kurzfristig bereitstellen kann, haben wir uns entschlossen, dieser Anforderung mit einer Ausarbeitung von therapeutischen Pflegestandards und ihrer kontrollierten Vermittlung zu entsprechen.

Therapeutische Schulung des gesamten Pflegepersonals

Die Pflegestandards wurden seit Mitte des Jahres kontinuierlich überarbeitet und durch rehabilitations-therapeutische Standards ergänzt. Anschließend wurde im Rahmen der stationseigenen Fachfortbildungstermine mit der Vermittlung und Auffrischung dieser Standards an alle Pflegekräfte begonnen und von den Stationsleitungen kontrolliert.

Diese auszuweisende Qualifikation für die aktivierend-therapeutische Pflege wird im Frühjahr 2007 abgeschlossen sein.

Die Entwicklung der Basisqualifikation für Mitarbeiter der Therapie und der Pflege, wurde parallel dazu fortgeführt. Die Quote der Mitarbeiter mit einer vollständigen für den speziellen Bedarf der neurologischen Frührehabilitation ausgelegten Basisqualifikation konnte weiter gesteigert werden (vergleiche Abbildung 4), sie erreicht aber leider immer noch nicht die gesteckten Ziele von 50 Prozent für die Mitarbeiter der Pflege und 75 Prozent für Mitarbeiter der Therapie.

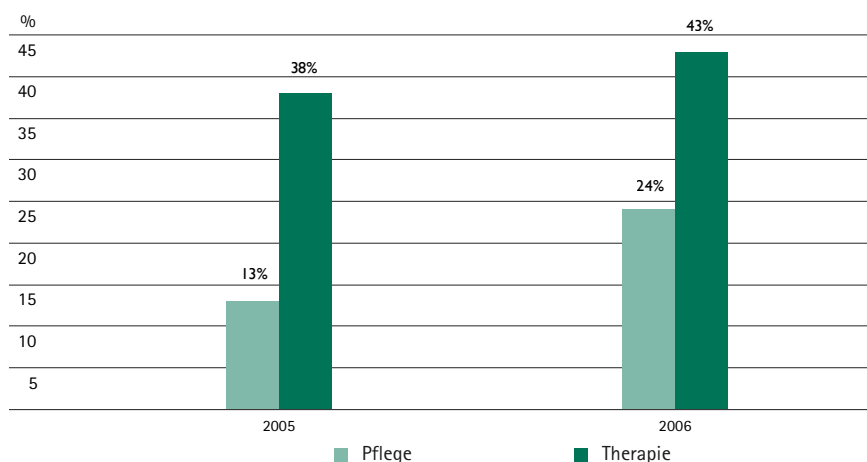


Abbildung 4: Mitarbeiter mit vollständiger Basisqualifikation

Praxissupervision durch besonders qualifizierte Trainer

Zur Sicherstellung der Umsetzung der speziellen Rehabilitations-Qualifikation und zur Steigerung der Attraktivität des Arbeitsplatzes bietet die KLINIK KIPFENBERG ihren Mitarbeitern eine Praxissupervision durch externe Fachreferenten an. Die fachliche Supervision durch die Abteilungsleiter soll auf diese Weise hoch spezifisch ergänzt werden. Im einzelnen wurden in dieser Weise in der KLINIK KIPFENBERG in 2006 ein Bobath-Grundkurs-Instruktor und ein Bobath-Aufbau-Instruktor und ein GNP-Supervisor tätig. Diese freiwilligen Angebote wurden von vielen Mitarbeitern der Therapie und der Pflege angenommen.

Darüber hinaus verfügt die Klinik in ihrem Mitarbeiter-Stamm über einen Affolter-Assistenten, einen Praxisbegleiter Basale Stimulation und ein Mitglied der Special Interest Group F.O.T.T., die in vergleichbarer Weise tätig geworden sind.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

„Medizinische Rehabilitation in geprüfter Qualität“

Die KLINIK KIPFENBERG ist beim Landesverband der Privaten Krankenanstalten akkreditiert und erfüllt die Qualitätsanforderungen, die von dem Verband konsentiert wurden. Sie konnte daher auch 2006 das Qualitätssiegel „Medizinische Rehabilitation in geprüfter Qualität“ des BDPK führen.

Seit 2006 nimmt die KLINIK KIPPENBERG am Qualitätssicherungsverfahren Rehabilitation der Krankenversicherungen teil. Das Verfahren beinhaltet eine externe vergleichende Qualitätssicherung für die Rehabilitation auf der Basis von Patientenbefragungen, Auswertungen von Arztbriefen und Visitationen in den Kliniken. Erste Ergebnisse dieser Bewertung des Qualitätsmanagements liegen derzeit noch nicht vor.

D-7 Perspektiven des Qualitätsmanagements

Die an dieser Stelle im vorausgegangen Bericht ausgeführten Vorhaben für 2006 sind für uns insgesamt zufriedenstellend bearbeitet worden. Vorhaben und der Stand ihrer Bearbeitung sind hier summarisch aufgelistet:

Projekte	Status	Erläuterung
Pflegestandards	Vollständig überarbeitet	Vermittlung und Auffrischung in Fortbildungen jetzt im Routinebetrieb
Therapiestandards	In Arbeit	Erarbeitung im Rahmen der Erstellung eines umfassenden Therapieleitfadens
Ausbau der Qualitätszirkel	Etablierung wie vorgesehen	Übergang in Routinebetrieb
Basisqualifikation der Mitarbeiter	Weitere Steigerung, aber Zielmarken nicht erreicht	Vorrang hatte die vollständige Qualifizierung der Pflege gemäß OPS 8-552 *
Integration der Erfassung der Outcome-Dimensionen des klinikeigenen Messmodells	Offen	EDV-technischer Aufwand zu hoch

* Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation:

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (8-550 ff.)

Fachübergreifende und andere Frührehabilitation (8-559 ff.)

Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung (8-563 ff.)

Mindestmerkmale:

- Frührehteam unter Leitung eines Facharztes für Neurologie, Neurochirurgie, physikalische und rehabilitative Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie, der über eine mindestens 3-jährige Erfahrung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfügt. Im Frührehteam muss der neurologische oder neurochirurgische Sachverstand kontinuierlich eingebunden sein.
- Standardisiertes Frührehabilitations-Assessment zur Erfassung und Wertung der funktionellen Defizite in mindestens 5 Bereichen (Bewusstseinslage, Kommunikation, Kognition, Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Verhalten, Emotion) zu Beginn der Behandlung. Der Patient hat einen Frührehabilitations-Barthel-Index nach Schönle bis maximal 30 Punkte zu Beginn der Behandlung. (Die Berechnung des Frührehabilitations-Barthel-Index nach Schönle ist im Anhang zur ICD-10-GM zu finden)
- Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.
- Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation.
- Vorhandensein und Einsatz von folgenden Therapiebereichen:
 - Physiotherapie/Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Logopädie/faziorale Therapie und/oder therapeutische Pflege (Waschtraining, Anziehtraining, Esstraining, Kontinenztraining, Orientierungstraining, Schlucktraining, Tracheostomamanagement, isolierungspflichtige Maßnahmen, u.a.) in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen von mindestens 300 Minuten täglich (bei simultanem Einsatz von zwei oder mehr Mitarbeitern dürfen die Mitarbeiterminuten aufsummiert werden) im Durchschnitt der Behandlungsdauer der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation. Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu koordinieren.

In der weiteren Arbeit des Qualitätsmanagements soll die neurologisch-rehabilitative Basisqualifikation der Mitarbeiter weiter ausgebaut werden.

Die Arbeit der Qualitätszirkel soll durch externe Fortbildungen intensiviert werden.

Zur Steigerung der Prozesssicherheit des rehabilitativen Ansatzes soll das Instrument der retrospektiven Fallkonferenz erprobt werden. Dabei werden die Abläufe in der Therapieplanung und der interdisziplinären Therapiegestaltung anhand von konkreten Einzelfällen nach Abschluss eines Falls im Behandlungsteam kollegial geprüft. Die dadurch gesteigerte Sensibilität für Abläufe soll in weiteren Prozessbeschreibungen und -Optimierungen münden. Sie stellen auch einen Teil der Vorbereitungen für eine Zertifizierung der KLINIK KIPFENBERG dar.

Impressum

Verantwortlich für den Qualitätsbericht zeichnet die Geschäftsführung, für die redaktionelle Gestaltung Dr. phil. Carl Heese, Tel. 08465-175-140.

Den Klinikprospekt und anderes Informationsmaterial erhalten Sie über das Sekretariat der Geschäftsführung, Frau Edeltraud Stark, Tel. 08465-175-106.

Für Fragen rund um die Aufnahme und die Behandlung in unserer Klinik steht Ihnen das Sekretariat Prof. Dr. med. Rudolf Preger mit Frau Anne Heinzl und Frau Karolina Kienast zur Verfügung, Tel. 08465-175-100.