

# Stationäre und ambulante NeuroGeriatrische Rehabilitation



Qualitätsbericht 2006

## Vorwort

Die Klinik am Stein wurde 1977 als erste geriatrische Rehabilitationsklinik in Deutschland gegründet. Seit 30 Jahren hat die Klinik ihre Leistungsfähigkeit, hohe medizinische Kompetenz und ökonomische Effizienz kontinuierlich unter Beweis stellen können. Die Klinik ist unter anderem Gründungsmitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft Geriatrischer Reha-Einrichtungen und gehört im Bereich der NeuroGeriatric zu den führenden Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland.

Von Anfang an haben wir Rehabilitation als umfassenden Ansatz zur Wiederherstellung von Gesundheit und Lebensqualität verstanden. Heute stellen wir unsere Arbeit auf die Anforderungen nach dem ICF-Paradigma (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) der WHO um und erweitern die Betrachtung der körperlichen Handicaps und deren "Reparatur" hin zu Partizipationsmöglichkeiten und fördernden bzw. hindernden Faktoren, die ein Leben in den gewohnten Lebensbezügen beeinflussen. Die Formulierung der Rehabilitationsziele und die Wahl der therapeutischen Mittel orientieren sich mehr denn je an den individuellen Bedürfnissen des Erkrankten. Bestmögliche Autonomie und Selbstbestimmung kennzeichnen die Rahmenparameter. Damit sind Rehabilitationsergebnisse danach zu bewerten, welchen überprüfbaren Nutzen sie für den Betroffenen haben.

Rund 2.000 Patienten aus ganz Nordrhein-Westfalen kommen jährlich zur Rehabilitation in die Klinik am Stein. Vor dem Hintergrund dieses überregionalen Einzugsgebietes haben wir ambulante Rehabilitationszentren zunächst in Olsberg, Düsseldorf und Dortmund etabliert, die den stationären Rehaprozess im gewohnten Lebensumfeld fortsetzen. Diese Zentren ermöglichen häufig eine Verkürzung der stationären Verweildauern. Neben dem ökonomischen Aspekt bieten sie ideale Möglichkeiten, um im realen Lebensumfeld der Erkrankten zu rehabilitieren.

Die Klinik am Stein ist akademisches Lehrkrankenhaus der Europafachhochschule Fresenius [EFF] in Idstein. Hier können sich Physio-, Ergo- und Sprachtherapeuten auf internationalem Hochschulniveau zum Bachelor oder Master qualifizieren. Die Hochschule liefert darüber hinaus aktuellen Forschungsinput in die Rehabilitation und führt wissenschaftliche Studien durch. Diese Zusammenarbeit gewährleistet eine optimale Synergie von Forschung und Praxis zum Wohle der Patienten.

## Kurzüberblick

### Stationäre Rehabilitation



#### **Klinik am Stein**

Zentrum für NeuroGeriatric  
und Rehabilitationsmedizin

Wattmecke 1-7 \* 59939 Olsberg

Tel.: 02962 | 808-0

Fax: 02962 | 808 250

E-Mail: [info@klinik-am-stein.de](mailto:info@klinik-am-stein.de)

<http://www.klinik-am-stein.de>

Ärztlicher Direktor:	Dr. med. Rüdiger Buschfort
Träger:	Solidaria gemeinnützige Krankenhaus mbH
Geschäftsführung:	Thomas Eisenreich, Ulrich Hoffmann
Indikationen:	Neurologie C+D, Geriatrie Innere, Orthopädie
Spezialabteilungen:	Alzheimer Therapiezentrum Olsberg [ATZ] Aphasieschwerpunktzentrum mit angeschlossenem Regionalzentrum Südwestfalen der Aphasiker Selbsthilfe
Kapazitäten	134 stationäre Betten, davon 70 Neurologie C+D, 52 Geriatrie, 8 Orthopädie, 4 Behandlungsplätze ATZ
Vergütungspauschalen	Neurologie C            220,17 € Neurologie D            156,00 € Geriatrie   Innere      156,00 € Orthopädie              102,62 €

### Ambulante Rehabilitation

Ambulantes Rehasentrum Düsseldorf	Neurologie 20 BP
Ambulantes Rehasentrum Dortmund	Neurologie 20 BP   Geriatrie 10 BP
Ambulantes Rehasentrum Olsberg	Neurologie 10 BP   Geriatrie 10 BP   Orthopädie 5 BP

### Besonderheiten

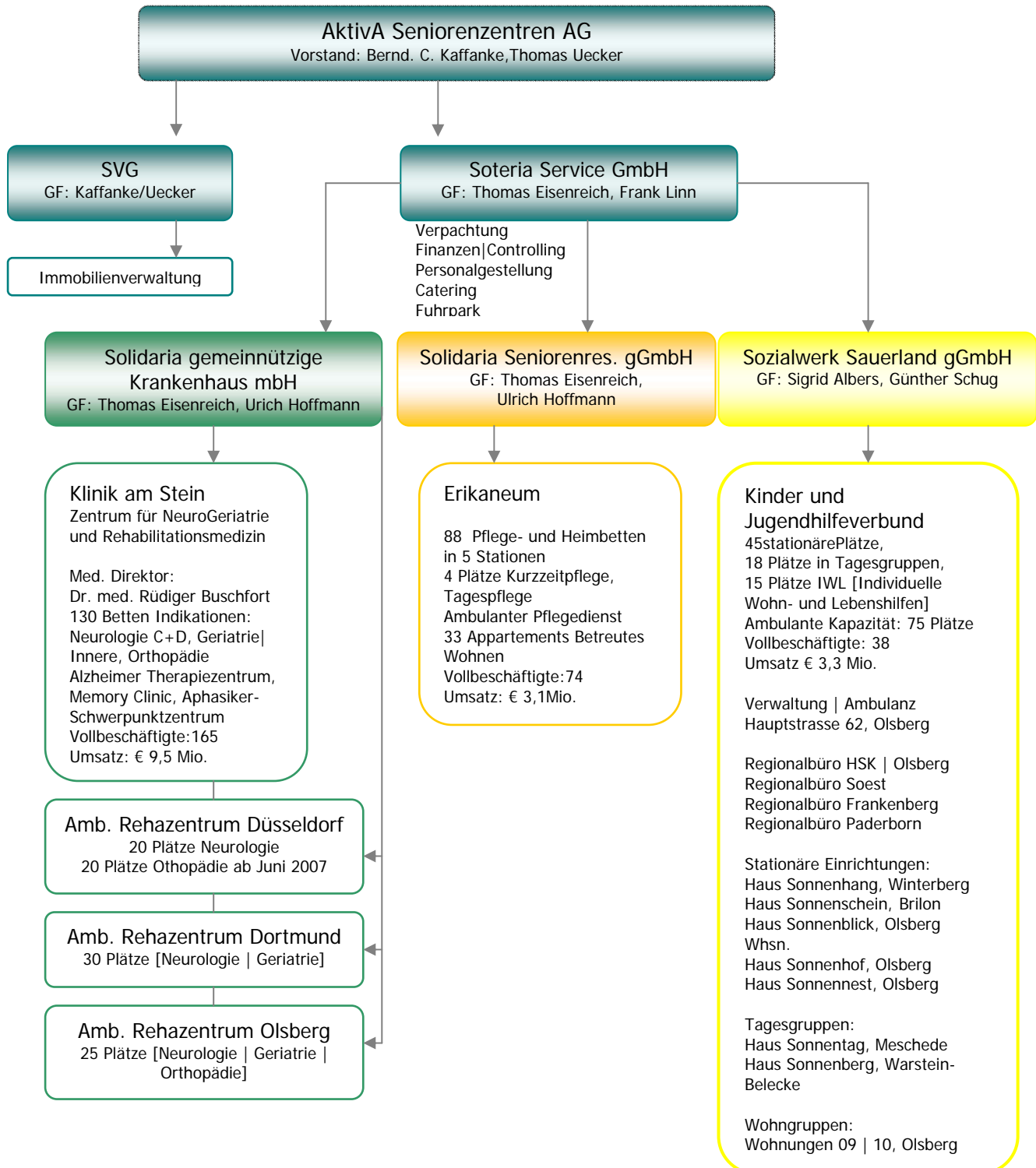
Hoher Qualifikationsgrad Personal, Optimierte Verhältnis zwischen Ergebnisqualität und ökonomischer Effizienz, umfassendes Qualitätsmanagement [intern | extern], akademisches Lehrkrankenhaus und Ausbildungsstätten der Europafachhochschule Fresenius, Idstein.

### Hauptprojekte

Umfassende Einführung ICF mit Hochschulbegleitung  
Neubau mit innovativen Behandlungskonzepten

# Träger

Seit 1973 initiierte und unterhielt die von der Familienstiftung Dr. R.C. Müller gegründete SVG, Lindau/Bodensee [vormals Sozialwerk Sauerland e.V., Olsberg] frei-gemeinnützige, der Diakonie oder dem DPWV angegliederte Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege in Nordrhein-Westfalen. Neben der Klinik am Stein werden qualifizierte Einrichtungen der Altenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe betrieben. Im Januar 2007 fusionierte die SVG mit der Activa Seniorenzentren AG/Villingen Schweningen, so dass sich aktuell folgende Struktur zeigt



## Ärztliche Leitung

Die Klinik am Stein, Zentrum für NeuroGeriatric und Rehabilitationsmedizin steht unter der ärztlichen Leitung von Dr. med. Rüdiger Buschfort, Facharzt für Neurologie, Geriatrie und Rehabilitationswesen. Dr. Buschfort ist ständiges Mitglied der European Academy of Medicine of Ageing [EAMA] und Lehrbeauftragter an der Europafachhochschule Fresenius in Idstein.

## Indikationen

Die Klinik bietet zurzeit 134 stationäre Rehabilitationsplätze in den Indikationen Neurologie C+D, Geriatrie | Innere, Orthopädie und Psychogeriatric. Als Spezialabteilung ist das Alzheimer Therapiezentrum [ATZ] mit 4 Behandlungsplätzen angegliedert.

Indikation	AHB	AR- Betten	Vergütungspauschalen
Neurologie C		32	220,27 €
Neurologie D		38	156,00 €
Geriatrie   Innere		52	156,00 €
Orthopädie		8	102,67 €
ATZ		4	156,00 €

Tab.1 Indikationen und Vergütung

## Ärzteteam

Dr. Buschfort leitet ein Ärzteteam aus 3 Oberärzten [2 Neurologen, 1 Internist] und zur Zeit 7 Weiterbildungsassistenten/innen [WBE 2 Jahre Neurologie, 1 Jahr Innere]. Darüber hinaus teilt sich die Klinik am Stein mit der örtlichen Elisabeth-Klinik, Fachklinik für Orthopädie einen orthopädischen Oberarzt.

## Diagnostik

Die Klinik am Stein hält eine moderne Funktionsdiagnostik vor:

Neurophysiologie: EEG, TCD, ECD, USD, EMG, EVP  
Internistische Diagnostik: Langzeit-EKG, Langzeit-RR, Herzecho, TEE, Farbduplexsonografie, Videoendoskopie zur Schluckdiagnostik Natives Röntgen

CT und MRT werden in Kooperation erbracht. Darüber hinaus bestehen Kooperationsverträge mit wichtigen Konsiliarärzten [Urologie, HNO, Augen, Kardiologie].

## Pflege, Therapie und Ausbildung

Die Klinik am Stein beschäftigt insgesamt rund 165 Vollkräfte aller Professionen. Die Klinik ist akademisches Ausbildungsinstitut für Physio-, Ergo- und Sprachtherapeuten der Europafachhochschule Fresenius in Idstein [EFF]. Darüber

hinaus ist die Klinik Ausbildungsstätte für Pflegeschüler der Krankenpflegeschulen Meschede und Brilon. In der Sprachtherapie können Klinische Linguisten unter Supervision der Sprachtherapeuten der Klinik ihr Anerkennungsjahr [LiP] absolvieren. Dr. Moriz, Leiter der Sprachtherapie ist darüber hinaus Dozent an der EFF.

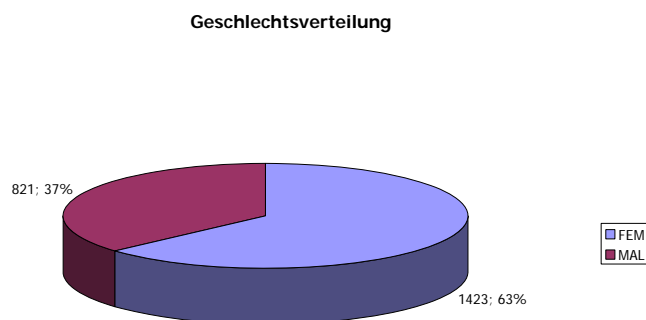
Fachdisziplin	Anzahl	Qualifizierung
Pflege	67 VK	88% examierte Fachkräfte, alle Pflegekräfte haben Bobath-Inhouse-Kurse durchlaufen, leitende Kräfte haben FOTT
Physiotherapie	15 VK	Bobath Grund- und Aufbaukurse, Spezialkurse: Ataxie, SHT, MS; Lymphdrainage, Mc Millan, PNF, Fott, Funktionelle Bewegungslehre
Ergotherapie	9,5 VK	Bobath, Perfetti, Affolter
Sprachtherapie	5,5 VK	Dipl. Klinische Linguisten, Logopäden, Dipl. Sprachheilpädagogen mit div. Zusatzqualifikationen wie PNF, FOTT, Modak
Psychologie	2 VK	VT, Ausbildung zur Neuropsychologie
Physikalische Therapie	9 VK	Lymphdrainage, Elektrotherapie, Osteopathie
Sozialdienst	5,5 VK	Dipl. Sozialpädagoginnen, Dipl. Sozialarbeiterinnen, Dipl. Gerontologin

Tab.2 Vollkräfte und Qualifikationen

## Analysen und Ergebnisqualität

Die Datenanalyse aus dem Klinikinformationssystem swisscare® und dem Analysetool M.ICS, das die KaS in Zusammenarbeit mit der Uni Köln entwickelt hat, zeigt folgende Ergebnisse.

Abb. 1 Geschlechtsverteilung 2006



Indikation	2004	2005	2006
Alzheimer	11	28	29
Geri/Inn	981	991	1098
Neuro C	285	264	259
Neuro C->Neuro D	91	84	109
Neuro D	200	194	221
Ortho	94	149	133
TK Geri	27	22	39
TK Neuro	88	89	67
TK Ortho	93	102	101

Die Entwicklung der Patientenzahlen zeigt den deutlichen Schwerpunkt in der geriatrischen Indikation. Allerdings ist hier anzumerken, dass ein Großteil der geriatrischen Diagnosen klassisch neurologische sind und eigentlich in die (teurere) neurologische Indikation gehört hätten. Neuro C > Neuro D beschreibt die Phasenwechsler, die sich innerhalb des Aufenthaltes von Phase C zu Phase D bessern

Tab.3 Patienten pro Indikation im Jahresvergleich

Hinsichtlich der regionalen Einzugsgebiete ergab sich 2006 folgendes Bild:

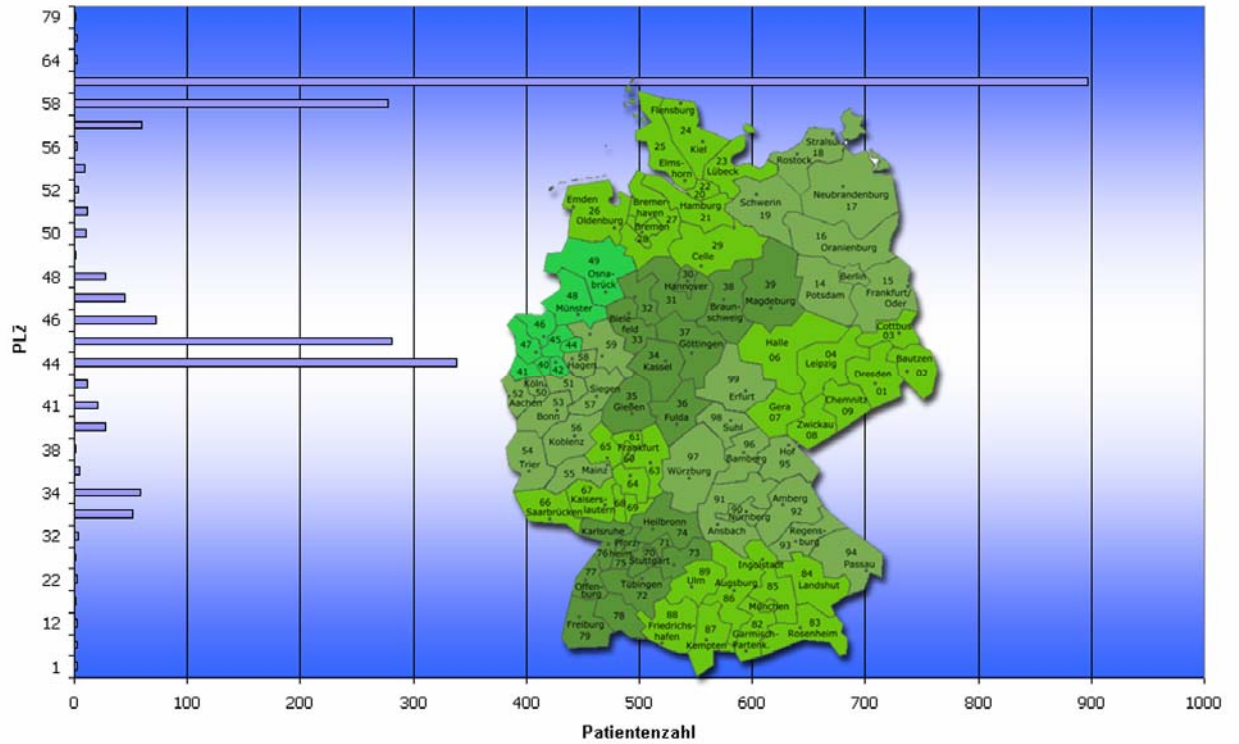


Abb. 2. Bedeutung der Regionen

Die Abbildung zeigt zwei wesentliche Schwerpunkte des Einzugsgebietes: Die Region des Hochsauerlandkreise (PLZ 59), den Großraum Hagen (PLZ 58) und Siegen (PLZ 57) einerseits und den Großraum Dortmund, Bochum, Herne (PLZ 44) und den Großraum Essen, Gelsenkirchen, Recklinghausen (PLZ 45) andererseits. Dabei sind auch die angrenzenden PLZ Gebiete 46, 47 (Bocholt, Oberhausen, Wesel) und 33 (Paderborn, Bielefeld) und 34 (Großraum Kassel) noch bedeutsame Einzugsgebiete. Damit kamen 2006 rund 1100 Patienten aus dem angrenzenden Ruhrgebiet, rund 950 aus dem nahen Sauer- und Siegerland

Hinsichtlich der Altersverteilung in den einzelnen Indikationen zeigt sich folgendes Bild:

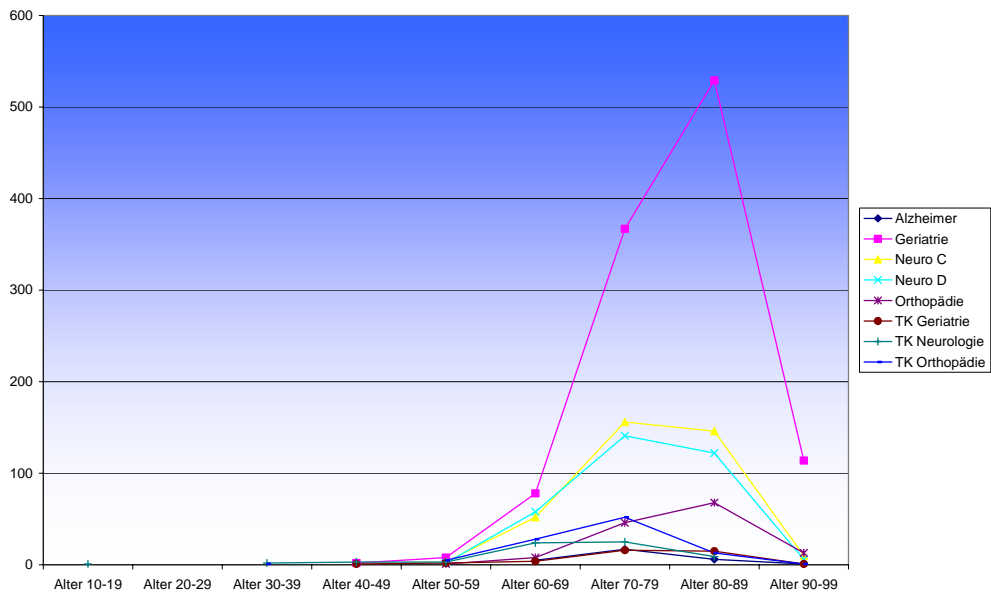


Abb. 3 Altersverteilung und Indikationen

Die Klinik am Stein ist Vertragspartner der GkV. In Einzelfällen werden, insbesondere in der Tagesklinik Olsberg auch Patienten der DRV Bund und Land behandelt. Insofern erklärt sich der geringe Anteil der unter 60-Jährigen.

### Hauptdiagnosen

Der Schwerpunkt der Einweisungsdiagnosen lag 2006 deutlich im großen Feld der zerebralen Ischämien und Blutungen.

ICD 10	Hauptdiagnosen
I 61-I 63	Zerebrale Blutungen, Ischämien (Schlaganfall)
M 16	Koxarthrosen
M17	Gonarthrosen
S 72	Femur Fraktur
M 48	Spinalstenosen
M 53	Bandscheibenschädigungen
G 20	Parkinson
Z 89	Extremitätenverlust/Amputation
I 21	Herzinfarkt

Tab.4 Schwerpunktdiagnosen

### Entlassungen

Als ein indirekter Indikator für das erreichte Mobilitätsmaß kann das Verlegungsziel nach der Rehabilitation gelten

Indikation	Privatwohnung	Pflegeeinrichtung	Krankenhaus
Geriatric	85,50%	12,07%	2,41%
Neuro C	60,78%	35,29%	3,92%
Neuro D	87,17%	10,25%	2,56%
Neuro C>D	85,71%	14,28%	
Orthopädie	96,77%	3,22%	

Tab. 5 Entlassungsziel pro Indikation

### Qualitative Analysen

Indikation	2005	2006
Alzheimer	21,06	20,42
Geriatric	23,81	22,52
Neuro C	30,06	29,23
Neuro D	22,17	18,51
Orthopädie	20,45	19,99

Tab. 6 Verweildauerentwicklung

Die Klinik am Stein konnte trotz sinkender Eingangsbarthelindizes die Verweildauern ständig optimieren. Dabei spielt auch die enge Verzahnung mit den ambulanten Zentren eine Rolle, da Patienten so früher aus der stationären Rehabilitation in die ambulante Rehabilitation überführt werden können.

### Gemidas

Die Klinik am Stein nimmt am GEMIDAS Projekt der Arbeitsgemeinschaft Geriatrischer Einrichtungen, deren Gründungsmitglied sie ist, teil. Im Rahmen dieses Projektes werden Ein- und Ausgangsassessments durchgeführt, die auch qualitative Aussagen über die Ergebnisqualität zulassen. Zu diesen Assessments gehören neben dem Barthel Index, die Minimental State Examination, der Time-up and Go, die Tinetti Scale und die Erfassung der verordneten Hilfsmittel. Darüber hinausgehend verwendet das therapeutische Team international

anerkannte Diagnose- und Assessmentverfahren zur Überprüfung der Ergebnisqualität. Hierzu gehören die Koma Remissions-Skala, die NIHSS zur klinischen Verlaufsbeurteilung beim Schlaganfall, Schluckdiagnostik nach Tohara, neuropsychologische Testbatterien etc.

### Eingangs- und Ausgangsbarthel

Der Barthel Index ist ein gebräuchliches Assessment, das die Aktivitäten des täglichen Lebens beschreibt. In einem Sample von rund 500 Patienten aus 2005\* zeigten sich hinsichtlich der Ergebnisqualität folgende Werte:

Indikation	Aufnahmebarthel Durchschnitt	Entlassbarthel Durchschnitt
Neurologie C	23,15	41,57
Neurologie D	80,47	95,02
Phasenwechsler C>D	47,05	76,15
Geriatric   Innere	50,05	68,79
Orthopädie	71,30	82,96

Tab. 7 Durchschnittlicher Aufnahme- und Entlassbarthelindex pro Indikation

### Time up and Go

Der Time up and Go (TuG) ist ein Assessment, das erfasst, in welchem Zeitraum ein Patient vom Stuhl aufstehen und eine definierte Gehstrecke bewältigen kann.

Indikation	TuG mgl. Aufnahme	TuG mgl. Entlassung	Ø von TuG Aufnahme	Ø von TuG Entlassung	Ø VWD
Ortho	ja	ja	23,74	15,79	20,16
Ortho	nein	ja		27,22	20,67
Neuro C	nein	ja		29,46	31,85
Neuro D	ja	ja	20,64	16,36	22,79
Geri/Inn	ja	ja	24,74	18,51	21,76
Geri/Inn	nein	ja		29,26	24,59
Neuro C>D	ja	ja	32,00	24,50	27,00
Neuro C>D	nein	ja		22,20	28,80

Tab. 8 Aufnahme- und Entlassscores Time up and Go

Bei der Analyse dieser Tabelle (Samplegröße 300 im Jahr 2005\*) sind prinzipiell zwei Untergruppen je Indikation zu berücksichtigen, zum einen die Patienten, die bei der Aufnahme zu Durchführung des Testes nicht in der Lage waren, bzw. im Zeitmaß oberhalb der vorgegebenen Maximalzeit von 30 Sekunden lagen und zum anderen die, die bei der Aufnahme den TuG innerhalb der geforderten Zeit absolvieren konnten. Hierbei zeigt sich, dass die, die den TuG anfänglich durchführen können, überwiegend mit deutlich besseren Zeitverbesserungen und mit kürzerer durchschnittlicher Verweildauer abschneiden. In der Tabelle fehlen aufgrund der äußerst geringen Anzahl (<10) die Patienten, die weder bei der Aufnahme noch bei der Entlassung den TuG durchführen konnten oder wollten.

## Minimental State Examination

Die Minimental State Examination (MMSE) ist Bestandteil des routinemäßigen Gemidas Screenings. Sie dient als Siebverfahren für kognitive Auffälligkeiten und als erstes Demenzscreening. Danach ergaben sich bei einem Sample von 400 Patienten im Jahresvergleich folgende durchschnittliche MMSE Scores

Indikation	2003	2004	2005*
Geri/Inn	24,88	23,74	24,41
Neuro C	21,36	21,60	18,15
Neuro D	25,34	25,01	23,88
Ortho	27,40	27,02	27,77

Tab. 9 Indikation und Minimental State Scores

\* die Gemidas Daten für 2006 sind noch nicht in ausreichender Anzahl aus der Papierdokumentation in SwissCare überführt worden. Aus diesem Grund wurden die Daten aus 2005 für die Analyse herangezogen. Seit 2007 werden die Gemidas Assessments direkt in Swisscare erfasst.

## Behandlungspfade und Riskmanagement

Für die wesentlichen Syndromgruppen sind umfassende Behandlungspfade definiert. Darüber hinaus besteht ein aktives Riskmanagement für Patienten mit MRSA, sturzgefährdete Patienten, und kardiale Risikogruppen.

Ein Katastrophen/Krisenmanagement befindet sich zurzeit in Absprache mit den behördlichen und institutionellen Kooperationspartnern (Katastrophenschutz, Feuerwehr, Rettungswesen) in der Entwicklung.

Sturzhäufigkeiten, Nosokomiale Infektionen, Verlegungshäufigkeiten wegen intermittierender Krisen, Dekubitusfälle werden dokumentiert und in den jeweiligen Bereichen statistisch erfasst.<sup>1</sup>

## Qualitätssicherung

Die Klinik am Stein ist in allen Bereichen nach DIN EN ISO 9001:2000 zertifiziert. Sie hat 1996 erstmalig unter Supervision der LGA InterCert ein Qualitätsmanagement eingeführt. Darüber hinaus hat die Klinik am OS-Rehaverfahren Neurologie 2006 der GKV in der medizinischen Rehabilitation erfolgreich teilgenommen.

Das QM ist als übergeordnete Stabsstelle etabliert. Der Durchdringungsgrad in der alltäglichen Praxis hat sich im Laufe der Jahre signifikant erhöht. Regelmäßige QM-Zirkel, die standardmäßige Einbindung des QM in Prozessabläufe (z.B. Beschwerde-Verbesserungsmanagement) sowie die regelmäßigen Audits haben eine höhere Transparenz der Kernprozesse für Mitarbeiter und Leitung bewirkt.<sup>2</sup> Das QM ist sowohl bei Einführung als auch Etablierung und Evaluierung neuer Prozesse zentral involviert. So wurde und wird aktuell das neue Pflegemodell entsprechend begleitet und dokumentiert. Als zentrales, laufendes Projekt im QM gilt die Analyse und Optimierung sämtlicher Kernprozesse (.z.B. Aufnahme-management, Catering) im Sinne eines sich ständig optimierenden PDCA Zyklus.

---

<sup>1</sup> siehe Anlagen

<sup>2</sup> Vgl. Anlage Auditbewertung

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht wurden durch diese Arbeit Ressourcenoptimierungen und letztlich Einsparungen möglich.

## Chancen und Risiken

Die im Sommer 2006 durchgeführte SWOT Analyse innerhalb des Leitungsteams der Klinik am Stein ergab die Kepproblembereiche

- Veraltete Bausubstanz, ländliche Lage/Berglage,
- Personalbeschaffung, -qualität und -konstanz vor allem im ärztlich-therapeutischen Bereich,
- zunehmendes Auseinanderklaffen von Qualitätsansprüchen und erzielbaren Erlösen,
- Zeitfresser in identifizierbaren Prozessen (z.B. ärztliche Dokumentation), unvollständige Innovationsprozesse.

In einer Strategie/Zieldiskussion wurden aufgrund dieser Analyse die Hauptstrategien für die nächsten Jahre formuliert und die sich daraus ableitbaren Ziele, Maßnahmen und Meilensteine festgelegt. Gleichzeitig wurde ein Projektmanagement installiert, das Auftrag, Ressourcen und Fortschritte der einzelnen Projekte dokumentiert.

Beispielhaft sollen im Qualitätsbericht die Hauptprojekte vorgestellt werden:

### 1. Neubau

Die Klinik am Stein ist aufgrund der beschriebenen Mängel in der Bausubstanz in der aktiven Neubauplanung. Ziel der Maßnahme ist eine Erweiterung der Bettenkapazität auf 180 stationäre Betten und die Flexibilisierung des Raumangebotes. Es sind ausschließlich komfortable, funktionale Einzelzimmer geplant, die alle die gleiche Ausstattung und Größe für ein Maximum an Flexibilität aufweisen. Standardmäßig können Angehörige mit aufgenommen werden.<sup>3</sup> Darüber hinaus wird der Neubau im Bereich spezialisierter Patientenrisikogruppen (MRSA, Sturzpatienten, Weglauftendenz etc.) optimierte Therapiemöglichkeiten bieten. Die therapeutischen Einrichtungen werden in Zusammenarbeit mit der Europafachhochschule Fresenius entwickelt. Hier geht es einerseits um optimierte Settings für Sequenztraining, Forced Use Therapien, Cimt und Gruppenkonzepte, andererseits werden "Real-life-Simulationen" geschaffen, die die reale Erprobung von Alltagsfähigkeiten ermöglichen. Konzept, Raumbedarf und Planung laufen in einer Projektgruppe zusammen.

Als Standort wird eine zentrale, fußläufig gut zu erreichende und an die Infrastruktur der Kernstadt angebundene Lage angestrebt. Das mögliche Gelände für dieses Vorhaben wird ab Ende 2008 bebaubar.

---

<sup>3</sup> Die Kompetenzschulung der Angehörigen für ein optimiertes Management der Krankheitsfolgen im häuslichen Umfeld ist eine der großen Herausforderungen und Chancen. Hier kann die Klinik auf das erfolgreiche Angehörigentherapiekonzept im Rahmen des Alzheimer Therapiezentrum Olsberg aufbauen. Nachbefragungen von Angehörigen und Erkrankten konnten zeigen, dass ein umfassender Therapieansatz, der auch die Angehörigen einbezieht, indem er sie durch Schulung zu fördernden Faktoren macht, das Leben zu Hause für Erkrankten und Lebenspartner gleichermaßen signifikant verbessert

## **2. ICF<sup>4</sup> Einführung**

Die Klinik hat begonnen, auf allen Ebenen das ICF Konzept der WHO zu etablieren. Das im Vorwort geschilderte Verständnis von Krankheit, Gesundheit, Partizipation und hindernden versus fördernden Faktoren wird die Rehabilitation nachhaltig verändern. Die Einführung des ICF Konzeptes geschieht unter wissenschaftlicher Beratung der Europafachhochschule Fresenius. Zusammen mit der Hochschule werden Settings und Therapiekonzepte entwickelt, die ein Maximum an alltagsrelevanten Rehabilitationseffekten ermöglichen. Durch diesen Ansatz werden optimale Transferleistungen in den normalen Lebensalltag möglich und gewährleistet. Die konsequente und zeitnahe Umstellung auf das Paradigma der WHO bedeutet für die Klinik Innovationsführerschaft. Gleichzeitig wird ein sektorenübergreifender Behandlungspfad und ein entsprechend umfassendes innovatives Therapiekonzept (corporate therapy design) entwickelt.

## **3. Pflegemodell**

Der Herausforderung, Wirtschaftlichkeit und Qualitätsansprüche bei real sinkenden Erlösen zusammen zu bringen, begegnet die Klinik am Stein einerseits mit der Optimierung von Prozessen. Andererseits kann nur ein optimierter, erlösabhängiger Einsatz von Ressourcen das Problem nachhaltig lösen. Als eine Hauptmaßnahme hat die Klinik am Stein ein innovatives neues Pflegemodell erntwickelt, das einen 7 Tagedienst mit 10 Stunden / Tag und folgend 6 garantiert freien Tagen bedeutet. Dadurch werden der jeweilige Pfl egetag entzerrt, Übergabezeiten reduziert und durch die ganztägige Ansprechbarkeit von gleichen Hauptansprechpartnern einerseits für Patienten mehr Konstanz und für Ärzte und Therapeuten mehr Informationsqualität erzielt. Auch die Pflegekräfte zeigen sich in Befragungen nach der Testphase von 3 Monaten durchweg zufrieden. Im gleichen Zuge wurden die Pfl egetätigkeiten und Prozesse analysiert, optimiert und viele der pflegefremden Tätigkeiten an geringer qualifiziertes Personal delegiert. Dieses Modell bedeutet nach der bisherigen Evaluation eine Verbesserung der Pflegequalität bei gleichzeitiger Einsparung von Ressourcen.

## **4. Dokumentationswesen**

Die bestehende Problematik von komplexen Korrekturzyklen in der ärztlichen Dokumentation und den damit verbundenen Zeitverzögerungen wird durch ein innovatives automatisiertes Softwaretool entschärft, das in Zusammenarbeit zwischen dem Softwarehersteller dataswiss und dem ärztlichen Direktor Dr. Buschfort entwickelt worden ist. Im Hintergrund steht eine aufwändige Parametrisierung möglicher Einzelbefunde. Der ausführende/untersuchende Arzt bearbeitet hingegen eine einfache Checkliste. Das Tool ist für den Aufnahmebefund einsetzbar, Anamnese und Epikrise werden in den nächsten Schritten entwickelt. Letzlich soll soviel der ärztlich-therapeutischen Dokumentation wie möglich abgedeckt werden.

## **5. Personalentwicklung**

Als eigenständiges Projekt zielt die Personalentwicklung auf eine langfristige Bindung und hohe Qualifizierung der Mitarbeiter. Neben Fortbildungs-ermächtigungen werden qualifizierte Kurse in die Einrichtungen geholt.

---

<sup>4</sup> ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

Herausragende Qualifizierungsmöglichkeiten (z.B. Rehawesen für Fachärzte) sollen die Personalbeschaffung erleichtern und letztlich eine hohe Einstandsqualität neuer Mitarbeiter sicherstellen. Parallel werden transparente Aufstiegs- und Leistungsanreize entwickelt, die die Motivation der Mitarbeiter steigern.

## **6. BalancedScoreCard**

Mitarbeitermotivation, Transparenz von Entscheidungsprozessen, Teilhabe an Unternehmenszielen, sich optimierende Prozessschleifen, Kennzahl gesteuertes Management; die Klinik am Stein strukturiert seit Sommer 2006 die operativen und strategischen Prozesse innerhalb der Unternehmensgruppe neu. Die Einführung der Balanced-Score-Card gehört zu den effektiven Neuerungen, die letztlich die Markführerschaft im Feld der NeuroGeriatric zum Ziel haben. Das Projekt der BSC erfolgt im Nachgang zur SWOT Analyse und Strategiediskussion. Innerhalb des Jahres 2007 wird die BSC im Führungsteam und den Abteilungsleitern eingeführt sein. In diesem Zusammenhang finden auch Mitarbeitergespräche-/Beurteilungen sowie die Etablierung erfolgsabhängiger Vergütungssysteme statt.

## **Ambulante Zentren**

Die Zukunft der Rehabilitation gehört der wohnortnahen Behandlung. Dies ist die erklärte Vorstellung der Kostenträger. Mit der dezentralen Lage der Klinik am Stein erwächst uns hier ein Problem. Rund 45% der Patienten kommen aus dem Hochsauerlandkreis. Der Hauptteil kommt aus dem Ruhrgebiet, dem angrenzenden Rheinland und Ostwestfalen. Um die Anbindung an diese Gebiete nicht zu verlieren, entwickelt und realisiert die Klinik am Stein neue Standorte in den Haupteinzugsgebieten in Form von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen.

Zur Klinik am Stein gehören mit heutigem Stand die Ambulanten Rehabilitationszentren in Olsberg, Düsseldorf und Dortmund. Die Zentren verfolgen einerseits das Ziel einer idealen, wohnortnahen Fortsetzung der stationären Rehabilitationsleistungen. Andererseits können sie vielfach stationäre Rehaleistungen verkürzen oder sogar ersetzen.

Die Zentren erfüllen hinsichtlich Räumlichkeiten, Personalausstattung und Qualifizierung alle Voraussetzungen der BAR, des VDR und der GKV.

Sie arbeiten nach dem gleichen medizinisch-therapeutischen Konzept der Klinik am Stein, sind ebenfalls akademische Ausbildungsstätten der Europafachhochschule Fresenius und sind umfassend in die Etablierung des ICF Konzeptes einbezogen, das gerade im ambulanten, wohnortnahen Umfeld hohe Bedeutung hat. Die Zentren bieten optimale Möglichkeiten, einen vollständigen, sektorenübergreifenden Behandlungspfad anbieten zu können.

## Übersicht

	Indikationen und Behandlungsplätze	Kostenträger	Vergütungspauschalen
<b>Amb. Reha Düsseldorf</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neurologie 20</li> </ul>	DRV, GKV, PKV	DRV 126 € Vdak 123 € AOK 145 € PKV 176 €
<b>Amb. Reha Dortmund</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neurologie 20</li> <li>▪ Geriatrie 10</li> </ul>	GKV, PKV	Jeweils 114 €
<b>Ambulante Reha Olsberg</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neurologie 10</li> <li>▪ Geriatrie 10</li> <li>▪ Orthopädie 5</li> </ul>	GKV, PKV, DRV nach Einzelabsprache	Neurologie 128,28 € Geriatrie 128,28 € Orthopädie 90.33 €

Tab. 10 Ambulante Zentren, Indikationen und Vergütungspauschalen

## Vorort-Vernetzung

Die auch in der aktuellen Gesundheitsnovelle geforderte Vernetzung bedeutet für die Klinik am Stein und ihre ambulanten Niederlassungen letztlich Standort-sicherung, Verbesserung der transsektoralen Angebote und Entwicklung neuer Angebote. Auf allen Ebenen betreibt die Klinik aktive Kooperationen:

- Schlaganfallversorgung im ländlichen Raum: laufendes Kooperationsprojekt mit den Akutkrankenhäusern Brilon und Meschede mit dem Ziel eines optimierten sektorenübergreifenden Behandlungspfades Schlaganfall und der Etablierung eines Qualitätsstandards in der Behandlung.
- Entwicklung eines die Akutmedizin und Rehabilitation umfassenden, gemeinsamen Portals, das vor- und nachversorgenden Ärzten kostenfreien und direkten Informationszugang über das Internet ermöglicht. Dieses Portal wird in Zusammenarbeit mit ISPRO und dem Stadtkrankenhaus Soest als Pilot entwickelt
- Qualifizierte Schlaganfallversorgung: laufendes Kooperationsprojekt mit dem Florence Nightingale Krankenhaus der Diakonie Kaiserswerth mit dem Ziel eines früh einsetzenden standardisierten Diagnose- und therapeutischen Behandlungsregimes in der Akutphase. In diesem Projekt bringt das Ambulante Rehaszentrum Düsseldorf neurologische Kompetenz in das internistische Akutkrankenhaus und ermöglicht dort - ohne signifikante Mehrkosten – defakto die Einführung der Frührehabilitation nach den Standards einer Stroke Unit.
- Kooperation zwischen dem Orthopädischen Krankenhaus Ratingen, niedergelassenen orthopädischen Fachärzten und dem Ambulanten Interdisziplinären Rehaszentrum Düsseldorf. Ziel ist die Etablierung eines abschließenden Behandlungsstandards, der Prävention, Akutmedizin und Rehabilitation umfasst.
- Kooperation mit der Universität Bonn (PD. Dr. Jessen) zur Analyse der Ergebnisqualität im Alzheimer Therapiezentrum

## Resumee

Mit der Verzahnung der stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten gelingt es der Klinik am Stein, den sehr unterschiedlichen medizinischen und rehabilitativen Anforderungen fachlich wie auch ökonomisch gerecht zu werden. Dies führt zu einem hohen Outcome bei sinkenden Gesamt-Fall-Aufwendungen bei gleichzeitig hoher Patientenzufriedenheit. Mit dem Neubau wird die Qualitätsführerschaft der Neurogeriatrischen Rehabilitation ab 2007 weiter ausgebaut.

Olsberg, 04|2007

### **Anlagen**

Unfallbericht / Sturzstatistik  
Infektionsstatistik (als Datei)  
Funktionsdiagnostik  
Verlegungsstatistik  
QM – Auditberichte (als Datei)  
QM – Prozessanalyse (als Datei)

## Unfallbericht / Sturzstatistik

Für das Jahr 2006 wurden folgende Unfälle/Stürze verzeichnet

	Anzahl	Pat.Zimmer	Badezimmer	sonst Wege	Therapie	Verletzung
Januar	43	35	4	3	1	7
Februar	53	42	7	2	2	17
März	33	25	3	3	2	4
April	56	50	2	4		12
Mai	57	49	3	5		11
Juni	50	36	8	3	3	12
Juli	50	38	6	3	3	16
August	43	36	4		3	10
September	34	24	5	4	1	14
Oktober	41	33	2	4	2	8
November	37	32	4	1		11
Dezember	37	29	5	3		9

## Anzahl Funktionsdiagnostik

	Durchgeführte Untersuchung							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Echocardiographie	0	28	63	43	3			5
Ultraschall	126	263	415	508	449	472	589	272
EEG	218	351	486	563	646	578	511	502
Duplex	39	43	21	3	5	8	11	6
TCD	58	63	37	24	31	10	24	25
ECD	101	108	88	80	225	137	149	102
Doppler-Extremitäten	6	8	10	3	17	8	4	
Laryngoskopie (Schellong-Test)	0	41	26	14	9	7	2	
Spirometrie				3			16	1
SPDK-Wechsel (EKG)			14	27	19	22	26	22
SPDK-Anlage					5	4		
ZVK-Anlage					2	1	1	
Pleurapunktion					2	3	1	
Ohren ausspülen					3	3	4	1
Langzeit-EKG					2	138	172	127
LZ-Blutdruckmessung						111	116	70
Internistische Konsile								451
Orthopädische Konsile								801
Konsile Olsberg								87
Konsile Brilon								69

Verlegungsstatistik 2007

Monat	Anzahl der Verlegungen	Krankenhaus			Bigge	von Station
		Bri	Mesch	Olsb		
Januar		1	1			10/20
		1			1	50
		1	1			30/40
		1			1	H II
		1	1			30/40
		1	1			70
		1	1			60
	Dorsten	1				70
		1	1			H II
	Paderborn	1				10/20
Februar	Arnsberg	1				H II
		1	1			10/20
		1		1		H II
		1	1			60
	Arnsberg	1				50
		1	1			10/20
		1	1			30/40
		1		1		60
		1	1			70
		1	1			40
März		1	1			50
	Siegen	1				50
		1			1	50
		1	1			70
		1				50
	Unna	1				10/20
	Warstein	1			1	60
		1				60
	Winterberg	1				30/40
		1		1		10/20
April		1				30/40
	Hagen	1				30/40
	Dortmund	1				30/40
	Attendorn	1				10/20
		1			1	10/20
		1			1	60
		1	1			30/40
		1			1	H II
		1	1			70
	KH-Gelsenk.	1				70
April	KH Köln	1				30/40
		1			1	60
	Attendorn	1				10/20
		1			1	H II
		1			1	50
Stadt. Soest	1				H II	

		1	1			10/20
		1	1			70
		1	1			30/40
		1	1			1 30/40
	Warstein	1				1 H II
	Olpe	1				70
<b>Summe</b>		<b>52</b>	<b>19</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>5</b> H II