

NEUROLOGISCHE KLINIK GMBH
BAD NEUSTADT AN DER SAALE



QUALITÄTSBERICHT



BERICHTSJAHR 2005
JUNI 2006

Inhalt

4	Einleitung
6	Die Klinik: Strukturdaten und Leistungsüberblick
11	Fachabteilungen der Klinik
11	Abteilung Akutneurologie, Stroke-Unit und Klinische Neurophysiologie
17	Abteilung für Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzte, Neurologische-Neurochirurgische Frührehabilitation und Intensivmedizin
23	Abteilung Weiterführende Rehabilitation, Abteilung Anschlussrehabilitation, Anschlussheilbehandlung und Medizinische Rehabilitation
29	Qualitätsmanagement
29	Qualitätsziele
31	Strukturen des Qualitätsmanagements
37	Projekte des Qualitätsmanagements
39	Messergebnisse im Qualitätsmanagement
43	Perspektiven des Qualitätsmanagements
45	Impressum

1 Einleitung

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

Sie halten den Qualitätsbericht der Neurologischen Klinik Bad Neustadt an der Saale für das Jahr 2005 in den Händen. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der Folge auf die weibliche Form der Anrede verzichtet.

Dieser Bericht gibt Ihnen als Patient, aber auch als Angehöriger einen Einblick in das Qualitätsmanagement unseres Hauses. Sie erfahren Ergebnisse unserer erbrachten Leistungen unter dem Aspekt des Qualitätsmanagements, erhalten aber auch einen Überblick über laufende und geplante Projekte zur Qualitätssicherung.

Unseren Partnern in der Gesundheitsversorgung (zuweisenden Ärzten, kooperierenden Krankenhäusern, Kosten- und Leistungsträgern) vermittelt der Bericht das spezifische Leistungsangebot und die Qualitätsorientierung der Neurologischen Klinik.

In diesem Bericht konzentrieren wir uns auf einen Schwerpunkt der Klinik, die Schlaganfallversorgung, denn der Schlaganfall ist mit 44% die häufigste Diagnose der in unserer Klinik behandelten Patienten. Anhand dieses Krankheitsbildes beschreiben wir Ihnen unsere integrative Patientenversorgung für alle Phasen der klinischen Behandlung von neurologischen Erkrankungen. Jede unserer drei Abteilung stellt neben dem Schlaganfall (Schwerpunkt 1) einen weiteren abteilungsspezifischen Schwerpunkt (Schwerpunkt 2) in der Patientenversorgung vor.

Nur wenige Kliniken in Deutschland bieten sowohl eine akutneurologische als auch eine neurologisch-rehabilitative Behandlung, die alle Phasen der Rehabilitation umfasst, unter einem Dach an. Aus der engen Zusammenarbeit zwischen Akutneurologen und Rehabilitationsmedizinern ergeben sich für Patienten, Angehörige und Kosten- und Leistungsträger Vorteile. Eine lückenlose Behandlung ist gewährleistet, so dass dem Patienten Doppeluntersuchungen oder auch erneute Aufnahmeverfahren erspart bleiben, was zur Kostenreduzierung beiträgt. Bei Verlegung von einer Abteilung in die andere ist eine interdisziplinäre Übergabe sichergestellt. Patienten und Mitarbeiter profitieren während des gesamten Behandlungsverlaufes von der Prozesskontinuität im ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereich.

Unser Fachpersonal, Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten werden durch intensive Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen auf die hohen Anforderungen bei der Behandlung und Betreuung neurologisch Erkrankter vorbereitet. Die Klinikleitung unterstützt und fördert die Mitarbeiter durch die Teilnahme an internen und externen Kursen zu therapeutischen Behandlungskonzepten wie dem Bobath-Kon-

zept, der Basalen Stimulation, Kinästhetik und dem Konzept der Wahrnehmung nach Sonderegger sowie anderen therapeutischen Ansätzen.

Die Neurologische Klinik Bad Neustadt hat das Prinzip der Interdisziplinarität zur Basis ihrer internen Organisation gemacht. Wegen dieser Form einer modellhaften, sektorenübergreifenden integrierten Versorgung zwischen stationären neurologischen Akut- und Rehabilitationsmedizinern wurde die Klinik im Jahr 2004 im Schlaganfallsektor mit dem Innovationspreis "QuIK-Qualität und Innovation im Krankenhaus" der Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe ausgezeichnet.

Neben der Darstellung unserer integrativen Patientenversorgung gibt Ihnen der Bericht einen Einblick in Kooperationen am Standort Bad Neustadt, deren Abläufe und Prozesse wesentlich durch die Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Gefäßerkrankungen geprägt sind.

Wir freuen uns über eine Rückmeldung.

Bad Neustadt an der Saale, im Juni 2006

Die Klinikleitung

Alle Phasen der Neurologie unter einem Dach

2 Die Klinik: Strukturdaten und Leistungsüberblick

Name und Anschrift der Klinik	Neurologische Klinik Bad Neustadt an der Saale von-Gutenberg-Str. 10 97616 Bad Neustadt an der Saale
Institutskennziffer	
Akutneurologie	260961207
Rehabilitation	510960273
Träger	Neurologische Klinik GmbH
Zentrale E-Mail-Adresse	gf@neurologie-bad-neustadt.de
Internet-Präsenz	www.neurologie-bad-neustadt.de
Betten	260
Stationäre Fälle im Jahr 2005 gesamt	4.102
Ambulante Fälle im Jahr 2005 gesamt	510

Fachabteilungen und Planbetten

Phase A	46 Betten Akutneurologie,	50 Betten
Akutneurologie/Stroke-Unit/Klinische Neurophysiologie	4 Betten überregionale Stroke-Unit	
Phase B	76 Betten Normalstation und Intermediate Care,	89 Betten
Abteilung für Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzte (Frührehabilitation)	13 Betten Intensivstation	
Phase C	Weiterführende Rehabilitation	48 Betten
Phase D	Anschlussrehabilitation/ Anschlussheilbehandlung/ Medizinische Rehabilitation	73 Betten
Phase F	Aktivierende Pflege	
Bettenzahl gesamt		260 Betten

Besonderheiten der Klinik

Lage

Zentrale Lage

Bad Neustadt an der Saale liegt am Ostrand des Naturparks „Bayerische Rhön“. Eine gute Verkehrsanbindung ist durch öffentliche Verkehrsmittel sowie einen direkten Anschluss an die Autobahn A 71 Schweinfurt-Erfurt gegeben.

Ausstattung

- Konventionelles Röntgen
- Computertomographie
- Kernspintomographie*
- Digitale Subtraktionsangiographie*
- Videodokumentierte Untersuchung des Schluckaktes
- Doppler- und Duplexsonographie der hirnversorgenden Arterien
- Multimodal evozierte Potentiale (VEP, SSEP, MEP, AEP)
- Elektroneuro- und Elektromyographie
- EEG und Langzeit-Video-EEG-Doppelbildableitung
- 3/6/12 Kanal-EKG, Langzeit-EKG
- Echokardiographie (TTE, TEE)*
- 24-Stunden-Blutdruckmessung
- Bronchoskopie
- Internistische Sonographie und Gastroskopie
- Zentrallabor*, externes Vertragslabor

* Kooperation mit der Herz- und Gefäß-Klinik Bad Neustadt

Diagnostisches Spektrum

Besondere Serviceeinrichtungen

- Aufenthaltsräume
- Beschwerdemanagement
- Besuchsdienste durch ehrenamtliche Helfer
- Bushaltestelle und kostenlose Nutzung des Stadtbusses für gehfähige Patienten
- Cafeteria, Kiosk und Einkaufsmöglichkeiten
- Computergestütztes Patienteninformationssystem
- Diätetische Verpflegung durch die hauseigene Küche möglich
- Fernsehgerät im Aufenthaltsbereich der Patientenzimmer (unentgeltlich)
- Fortbildungs- und Informationsangebote für Patienten und Angehörige
- Friseur und Fußpflege im Haus
- Hol- Bringedienst
- Internetzugang im Foyer (unentgeltlich)
- Kulturelle Angebote
- Ökumenische Seelsorge, ehrenamtlicher Helferkreis
- Parkplätze für Besucher und Patienten
- Patientenbibliothek
- Telefon am Bett (Anschluss unentgeltlich, Einheiten gebührenpflichtig)

Angebote für Patienten und Angehörige

- Unterbringung einer Begleitperson im Patientenzimmer oder im Gästehaus möglich
- Wertfach im Zimmer
- Zweibettzimmer mit eigener Nasszelle

Interdisziplinäre Leistungsangebote

Kooperationen am Standort Bad Neustadt

Als Tochterunternehmen der RHÖN-KLINIKUM AG stehen der Klinik die konsiliarischen, diagnostischen und medizinischen Leistungen folgender Kliniken in gleicher Trägerschaft vor Ort zur Verfügung:

Herz- und Gefäß-Klinik Bad Neustadt

- Fachbereich Herzchirurgie
- Fachbereich Kardiologie
- Fachbereich Gefäßchirurgie
- Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Klinik für Handchirurgie Bad Neustadt

Frankenlinik Bad Neustadt

- Kardiologisches und Angiologisches Rehabilitationszentrum
- Schwerpunkt Anschlussrehabilitation, Anschlussheilbehandlung
- Integriertes Diabeteszentrum

Saaletalklinik: Rehabilitationsklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängige

Klinik Neumühle: Rehabilitationsklinik für Drogenabhängige

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

- Abteilung Krankenhaus
- Abteilung Rehabilitation

Schmerzkonferenz

Patienten mit chronischen Schmerzen können in interdisziplinären Schmerzkonferenzen, an denen Ärzte der Abteilung für Anästhesie, der Herz- und Gefäß-Klinik, der Klinik für Handchirurgie, der Psychosomatischen Klinik, der Neurologischen Klinik und niedergelassene Ärzte teilnehmen, vorgestellt werden.

Dialysepflichtige Patienten

Dialysepflichtige Patienten werden in einem Dialysezentrum in unmittelbarer Nähe der Klinik behandelt.

Spezielle Leistungen für die Klinik für Handchirurgie

Die Neurologische Klinik erbringt die neurophysiologische Diagnostik zur Beurteilung peripherer Nervenschäden für die Klinik für Handchirurgie.

In der Neurologischen Klinik besteht das Angebot der Überprüfung der Fahreignung durch vier Fachärzte mit verkehrsmedizinischer Qualifikation. 2005 stellte die DaimlerChrysler AG der Klinik unentgeltlich ein Trainingsfahrzeug der A-Klasse zur Verfügung. Dieses findet regelmäßig Einsatz in ergo- und physiotherapeutischen Trainingseinheiten.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit prägt die Abläufe in unserer Klinik. Bei Patienten, die zunächst in der akutneurologischen Abteilung aufgenommen wurden, beurteilen die Akutmediziner gemeinsam mit den Rehabilitationsmedizinern die Rehabilitationsindikation, die Rehabilitationsfähigkeit und die Rehabilitationsprognose. Die Patienten können nach abgeschlossener Diagnostik und Akuttherapie in der Regel zügig und nahtlos in die Rehabilitation übernommen werden. Sollten andererseits im Verlauf der Rehabilitation auf neurologischem Fachgebiet Komplikationen (zum Beispiel ein erneuter Schlaganfall) auftreten, können die Patienten hausintern zur Diagnostik, Therapie und Überwachung verlegt werden. Dadurch entfallen Verlegungstransporte. Behandlungsziele und -verlauf werden schriftlich beziehungsweise elektronisch dokumentiert und sind somit dem Nachbehandelnden zugänglich. Im Rahmen der bereichsübergreifenden morgendlichen Frühbesprechung werden die Neuaufnahmen, Besonderheiten des Nachdienstes sowie relevante Befunde der bildgebenden Diagnostik vorgestellt. Weiterhin werden in diesem Rahmen interne Patientenverlegungen besprochen.

Die Klinik verfügt über folgende medizinisch-therapeutische Abteilungen:

- Ernährungsberatung
- Ergotherapie
- Logopädie
- Neuropädagogik
- Neuropsychologie
- Physiotherapie
- Physikalische Therapie
- Sozialdienst und Nachsorge
- Therapeutische Pflege

Eine adäquate Diagnostik und eine evidenzbasierte Behandlung der häufigen internistischen Begleiterkrankungen ist durch die beiden internistischen Oberärzte der Klinik gewährleistet. Die internistische Oberärztin ist auch hygienebeauftragte Ärztin der Klinik.

Verkehrsmedizin

Integratives Konzept für alle Phasen

Therapeutisches Spektrum

**Fünf Phasen unter
einem Dach**

Phase A

Die Abteilung Akutneurologie, Stroke-Unit und Klinische Neurophysiologie diagnostiziert und behandelt Patienten aller Schwierigkeitsgrade mit akuten oder chronischen Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems und der Muskulatur. Der Versorgung des Schlaganfalls kommt ein besonderer Stellenwert zu. Die Stroke-Unit wurde erstmals 1999 gemäß den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Stiftung Schlaganfall zertifiziert und 2002 als überregionale Stroke-Unit entsprechend der Richtlinien des Bayerischen Sozialministeriums anerkannt. Im Rahmen eines Pilotprojekts kooperiert die Abteilung telemedizinisch mit der Franz von Prümmer Klinik, Bad Brückenau.

Phase B

Mit der Abteilung für Intensivmedizin/Abteilung zur Behandlung Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzter hat die Neurologische Klinik Bad Neustadt bereits 1991 die Intensivmedizin und die neurorehabilitative Behandlung zusammengeführt. Alle erforderlichen intensivmedizinischen Interventionsmöglichkeiten sind im Haus vorhanden.

Phasen C und D

Die Abteilungen für Weiterführende Rehabilitation, Anschlussrehabilitation und Anschlussheilbehandlung behandeln alle neurologischen Krankheitsbilder rehabilitativ. Eine teilstationäre Rehabilitation ist gegebenenfalls möglich.

Phase F

In der Abteilung für Aktivierende Pflege werden Patienten aufgenommen, die trotz intensiver rehabilitativer Bemühungen über einen längeren Zeitraum keine Fortschritte erreichen konnten.

3 Fachabteilungen der Klinik

3.1 Abteilung Akutneurologie, Stroke-Unit und Klinische Neurophysiologie

Leitung der Abteilung: Prof. Dr. med. Bernd Griewing, Facharzt für Neurologie

Von den in der Abteilung tätigen Ärzten sind 40% Fachärzte.

Die Chefarzte der Abteilung Akutneurologie und der Abteilung Weiterführende Rehabilitation, Anschlussrehabilitation und Anschlussheilbehandlung sind zu vier Jahren Weiterbildung im Fach Neurologie ermächtigt.

Die Abteilung bietet folgende **ambulante Leistungen** an:

Alle neurologische Notfallindikationen

Gesamt-Leistungszahlen der Abteilung:

Fallzahlen (DRG)	1.999
Behandlungsmaßnahmen insgesamt (OPS alle Kapitel)	18.171

Die folgenden Tabellen stellen die **mengenmäßig** wichtigsten Leistungen dar:

Die häufigsten Fallgruppen (DRG)

Rang	DRG	Text	Fallzahl
1	B70	Schlaganfall	449
2	I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich	334
3	B76	Krampfanfälle	188
4	B69	Transitorische ischämische Attacke (TIA, vorübergehende, umschriebene Durchblutungsstörung des Hirns)	177
5	B71	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven	171
6	B67	Degenerative Krankheiten des Nervensystems	157
7	B77	Kopfschmerzen	98
8	B68	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie (kleinhirnbedingte Koordinationsstörung)	58
9	D61	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel)	55
10	B81	Erkrankungen des Nervensystems	29

Die häufigsten Hauptdiagnosen

Rang	ICD 10	Text	Fallzahl
1	I63	Hirninfarkt (Schlaganfall mit Minderdurchblutung)	423
2	M51	Bandscheibenschäden, außer an der Halswirbelsäule	220

Rang	ICD 10	Text	Fallzahl
3	G45	Transitorische ischämische Attacke (TIA, vorübergehende Durchblutungsstörung des Hirns)	168
4	G40	Epilepsie	157
5	M54	Rückenschmerzen	89
6	G44	Kopfschmerzsyndrome	73
7	G20	Primäres Parkinson-Syndrom (Morbus Parkinson ohne weitere Ursache)	66
8	G35	Multiple Sklerose (Encephalomyelitis disseminata, schubweise oder langsam fortschreitende neurologische Störungen an verschiedenen Orten)	53
9	M50	Zervikale Bandscheibenschäden (der Halswirbelsäule)	42
10	I67	Zerebrovaskuläre Krankheiten (Gefäßkrankheiten des Hirns, z. B. Aneurysma = Gefäßaufweitung, Dissektion = Spaltung der Gefäßwand; Binswanger-Demenz, d. h. Gedächtnisstörungen etc.)	41

Die häufigsten Prozeduren

Rang	OPS 301	Text	Fallzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels (ohne Kontrastmittel)	1.192
2	1-208	Registrierung evozierter Potentiale (z. B. Reaktion des zentralen Nervensystems auf optische, akustische oder Gefühlsreize)	929
3	1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	677
4	1-205	Elektromyographie (EMG, elektrische Untersuchung der Muskelfunktion)	510
5	1-204	Untersuchung des Liquorsystems (Gehirn-Rückenmark-Flüssigkeit)	482
6	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels (Kernspintomographie ohne Kontrastmittel)	440
7	3-820	Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie) des Schädels mit Kontrastmittel	411
8	1-206	Neurographie (Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit und der Nerven- bzw. Muskelantwort)	390
9	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	362
10	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark (Kernspintomographie ohne Kontrastmittel)	263

Leistungsschwerpunkte der Abteilung

Schwerpunkt 1: Schlaganfall

Volkkrankheit Schlaganfall

Jedes Jahr ereignen sich in Deutschland nach unterschiedlichen Schätzungen 185.000 bis 220.000 Schlaganfälle und es müssen zwischen 650.000 und 945.000 Patienten mit Zustand nach Schlaganfall versorgt werden. Der Schlaganfall ist die dritthäufigste Todesursache in Deutschland, aber die Nummer eins für eine Behinderung mit daraus resultierenden hohen Folgekosten. Unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten betrachtet, ist die Schlaganfallbehandlung an dritter Stelle der teuersten Fallkosten im Krankenhausbudget (2001: 941 Millionen Euro) und damit von hohem volkswirtschaftlichen Interesse. Von diesen Schlaganfallpatienten versterben circa 20% innerhalb der ersten vier Wochen, 37% innerhalb des ersten Jahres und circa 60% innerhalb von fünf Jahren. Circa ein Drittel der

überlebenden Patienten bleibt nach einem Schlaganfall pflegebedürftig. Bei den 70- bis 80-jährigen haben 7,5% der Frauen und 8,4% der Männer bereits mindestens einen Schlaganfall im Leben erlitten. Da im Jahre 2050 mit einem Anteil von 15% der Bevölkerung bei den über 80-Jährigen gerechnet wird, ist die präventive Gesundheitserziehung von großer Bedeutung. Das Risiko eines weiteren Schlaganfalls beträgt in den ersten fünf Jahren 15 bis 40%.

Ausschlaggebend bei der Schlaganfallbehandlung ist die zeitnahe Aufnahme des Patienten in ein Behandlungszentrum mit ausgewiesener Expertise in der Schlaganfallbehandlung. Die Einführung des Stroke-Unit Konzeptes war ein erster Meilenstein im Therapiefortschritt, ein zweiter die Möglichkeit der Lysetherapie, das heißt, dass medikamentös durch Auflösung der mit Blutgerinnsel verschlossenen Gefäße das Ausmaß der Folgeschäden vermindert beziehungsweise komplett vermieden werden kann. Diese Therapieoption ist jedoch nur in einem engen Zeitfenster von drei Stunden (mit Einschränkung bis zu sechs Stunden) möglich, so dass die ersten Stunden nach Auftreten eines Schlaganfalls für den Behandlungserfolg, die spätere Behinderung und damit auch den ökonomischen Ressourcenverbrauch entscheidend sind. Es gilt: Time is Brain! Die Schlüsselfaktoren neben der Prävention und Aufklärung der Bevölkerung sind das Notfallmanagement, die Prozesse in der Akutklinik sowie der nahtlose Übergang in die Rehabilitation.

Akutneurologisch wird das gesamte Krankheitsspektrum der Neurologie in einem Einzugsgebiet von rund 300.000 Einwohnern mit Schwerpunkt in den Landkreisen Rhön-Grabfeld, Bad Kissingen und Hassberge versorgt.

Die Stroke-Unit an der Neurologischen Klinik ist seit 2002 ein überregionales Schlaganfallzentrum im Norden Bayerns gemäß den Richtlinien des Bayerischen Sozialministeriums. Damit konnte in den vergangenen Jahren das Konzept einer vernetzten Struktur für Schlaganfallpatienten von der Stroke-Unit Bad Neustadt aus umgesetzt werden.

Die Weiterentwicklung der präklinischen, integrativen Versorgung von Schlaganfallpatienten ist ein erklärtes Ziel der Abteilung für Akutneurologie. So ist das Projekt „Stroke Angel“ unter dem Aspekt einer frühestmöglichen und optimalen Versorgung von Schlaganfällen zu sehen.

Für die Versorgung von Schlaganfallpatienten besteht eine enge Kooperation mit der Herz- und Gefäß-Klinik und dem Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie: im Jahr 2005 wurden 335 MRT's für die Akutneurologie durchgeführt.

Leistungszahlen

Die Neurologische Klinik beteiligt sich an der „Qualitätssicherung Schlaganfall Bayern“ durch die Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung (BAQ).

„Time is Brain“

Überregionales
Schlaganfallzentrum

Stroke Angel

Die hier genannten Patienten- und Leistungszahlen entsprechen dem BAQ-Bericht aus dem Jahr 2004. (Die Auswertung der Leistungszahlen 2005 erfolgt im Oktober 2006).

	Eigene Klinik		Bayern gesamt		Mit Stroke-Unit		Ohne Stroke-Unit	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Anzahl der gemeldeten Patienten	545	3,3	16.548	100,0	8.666	52,4	7.882	47,6
Geschlecht	n	%	n	%	n	%	n	%
Männlich	284	52,1	8.198	49,5	4.566	52,7	3.632	46,1
Weiblich	261	47,9	7.742	46,8	3.755	43,3	2.987	50,6
Fehlende Angaben	0	0,0	608	3,7	345	4,0	263	3,3
Durchschnittsalter								
Durchschnitt	70,9		70,7		68,9		72,7	
Standardabweichung	11,7		13,1		13,1		12,7	
Median	73		73		71		75	
25. und 75. Perzentile	65 bis 79		64 bis 80		62 bis 79		66 bis 82	
Altersverteilung	n	%	n	%	n	%	n	%
< 45 Jahre	12	2,2	730	4,4	465	5,4	265	3,4
45-54 Jahre	48	8,8	1.218	7,4	757	8,7	461	5,9
55-64 Jahre	59	10,8	2.519	15,2	1.516	17,5	1.003	12,7
65-74 Jahre	186	34,1	4.631	28,0	2.570	29,7	2.061	26,2
75-84 Jahre	207	38,0	5.454	33,0	2.544	29,4	2.910	36,9
≥ 85 Jahre	33	6,1	1.781	10,8	687	7,9	1.094	13,9
Fehlende Angaben	0	0,0	215	1,3	127	1,5	88	1,1
Lyserate gesamt	n	%	n	%	n	%	n	%
I.a. Lyse	0	0,0	35	0,3	29	0,5	6	0,1
I.v. Lyse	21	5,2	729	6,6	540	8,9	189	3,9
Nicht durchgeführt	386	94,8	10.127	92,2	5.461	89,9	4.666	95,1
Fehlende Angaben	0	0,0	89	0,8	43	0,7	46	0,9

Qualitätsmanagement

Klinische Behandlungspfade

Erstellung Klinischer Behandlungspfade

Behandlungspfad zum akuten Schlaganfall

Der klinikintern entwickelte Behandlungspfad zum akuten Schlaganfall beschreibt den optimalen Weg dieses speziellen Patientenkollektivs in unserer Klinik: von der Aufnahme des Patienten in der Notaufnahme über die entscheidende Diagnostik und die therapeutischen Leistungen in ihrer zeitlichen Abfolge bis hin zur Entlassung des Patienten.

Behandlungspfade sichern die gleichbleibende, optimale Qualität der Patientenversorgung und unterstützen neue Mitarbeiter in der Einarbeitung. Dieser Behandlungspfad zum Schlaganfall befindet sich derzeit in der praktischen Erprobung.

Schwerpunkt 2: Epilepsie

Die Epilepsien zählen zu den häufigsten Erkrankungen innerhalb der Neurologie mit einer Häufigkeit von 0,5 bis 1% bezogen auf die Gesamtbevölkerung. Es handelt sich um eine chronische Erkrankung mit wiederholten, spontan auftretenden, anfallsartigen motorischen und Verhaltensänderungen. Gelegenheitsanfälle treten bei 5% der Bevölkerung auf. Die Epilepsien werden unterteilt in symptomatisch-fokale Anfälle mit einer Häufigkeit von 60 bis 70% und generalisierte Anfälle mit einer Häufigkeit von 20 bis 30%. Nicht selten ist eine Epilepsie Symptom einer anderen neurologischen Erkrankung. Die symptomatische Epilepsie zeigt eine zweigipflige Verteilung mit einer häufigsten Erstmanifestation im Kindesalter sowie nach dem 60. Lebensjahr.

In der Akutneurologie tritt die Erkrankung Epilepsie entweder als Notfall, als pharmakoresistente Epilepsie im ambulanten Bereich oder als differentialdiagnostisch abzuklärendes Erstereignis auf.

Die Neurologische Klinik Bad Neustadt ist Partner des fränkischen Kompetenznetzwerkes Epilepsie. Sie arbeitet mit der Beratungsstelle für Epilepsieerkrankte des Bezirks Unterfranken zusammen.

Seit Ende 2004 besteht das fränkische Kompetenznetzwerk Epilepsie, an dem sich folgende Partner beteiligen:

- Zentrum für Epilepsie Erlangen (ZEE) der Universität Erlangen-Nürnberg
- Klinik für Nuklearmedizin/PET-Zentrum Bad Berka
- Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie der Herz- und Gefäß-Klinik Bad Neustadt
- Psychosomatische Klinik Bad Neustadt
- Neurologische Klinik Bad Neustadt

Leistungszahlen

Zahl der behandelten Patienten mit der Enddiagnose Epilepsie	
Insgesamt	388
Klassifiziert	282
Nicht klassifiziert	79
Mit Status epilepticus	27
Anzahl Videoableitungen 2005	63

Erfahrung in
der Behandlung
Epilepsieerkrankter

Kompetenznetzwerk
Epilepsie

**Projekt zur
Verbesserung
der klinischen
Versorgung**

Qualitätsmanagement

Die Abteilung Akutneurologie, Stroke-Unit und Klinische Neurophysiologie entwickelt fortlaufend Projekte zur Verbesserung der klinischen Versorgung von Epilepsiepatienten und beteiligt sich an nationalen und internationalen Studien.

- Ausbau der nicht invasiven EEG-Diagnostik mittels Video-Doppelbildableitung zur prächirurgischen Diagnostik und Differentialdiagnostik unklassifizierter Epilepsiesyndrome
- Intensivierung der Zusammenarbeit im Rahmen des Kompetenznetzwerkes Epilepsie und mit der Beratungsstelle für Epilepsieerkrankte des Bezirks Unterfranken durch regelmäßige Treffen
- Initiierung regelmässiger Beratungstermine durch die Beratungsstelle für Epilepsieerkrankte des Bezirks Unterfranken an der Neurologischen Klinik Bad Neustadt für Epilepsieerkrankte der Region

3.2 Abteilung für Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzte, Neurologische-Neurochirurgische Frührehabilitation und Intensivmedizin

Leitung der Abteilung: Prof. Dr. med. Diethard Steube, Facharzt für Chirurgie, Neurochirurgie, Diagnostische Radiologie/Neuroradiologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Verkehrsmedizin

Von den in der Abteilung tätigen Ärzten sind 33% Fachärzte.

Es besteht eine Weiterbildungsermächtigung: ein Jahr Neurochirurgie.

Die Abteilung bietet folgende **ambulante Leistungen** an:

- Verlaufsbeurteilung der stationär behandelten Patienten und Entscheidung über erneute stationäre Aufnahme im Verbundsystem der stationären und ambulanten Nachsorge
- Alle klassischen Fragestellungen im neurologisch-neurochirurgischen Grenzbereich
- Spezifisch neurochirurgische Fragestellungen wie zum Beispiel Bandscheibenvorfälle und Nerven-Kompressionssyndrome
- Ambulante Spastik-Therapie mit Botulinum-Toxin und intrathekaler Baclofen-Anwendung

Gesamt-Leistungszahlen der Abteilung:

Fallzahlen (DRG)	664
Operationen/interventionelle Maßnahmen (OPS Kapitel 5)	2.872
Behandlungsmaßnahmen insgesamt (OPS alle Kapitel)	12.676

Die folgenden Tabellen stellen die **mengenmäßig** wichtigsten Leistungen dar:

Die häufigsten Fallgruppen (DRG)

Rang	DRG	Text	Fallzahl
1	B43	Neurologische Frührehabilitation, mehr als 28 Tage	201
2	B42	Neurologische Frührehabilitation bis 28 Tage, ohne Beatmung > 95 Stunden	106
3	B70	Schlaganfall	24
4	A43	Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom (bei erhaltenem Bewußtsein Unfähigkeit, sich sprachlich oder durch Körperbewegungen verständlich zu machen)	15
5	B61	Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks	8
6	B78	Intrakranielle Verletzung (Verletzung von Organen des Schädelinneren, Hirnverletzung)	7
7	A11	Beatmung > 249 und < 500 Stunden	6
8	W40	Frührehabilitation bei Polytrauma (Mehrfachverletzung)	5
9	A07	Beatmung > 999 und < 1800 Stunden	3
9	B66	Neubildungen des Nervensystems	3

Die häufigsten Hauptdiagnosen

Rang	ICD 10	Text	Fallzahl
1	I63	Hirnfarkt (Schlaganfall mit Minderdurchblutung)	256
2	S06	Intrakranielle Verletzung (Verletzung von Organen innerhalb des Schädels)	98
3	I61	Intrazerebrale Blutung (Blutung ins Hirngewebe)	94
4	G93	Krankheiten des Gehirns (Restkategorie)	54
5	I60	Subarachnoidalblutung (Blutung unter der weichen Hirnhaut)	33
6	G82	Paraparese und Paraplegie (Querschnittlähmung), Tetraparese und Tetraplegie (Lähmung aller Extremitäten)	28
7	G62	Polyneuropathien (diffuse Erkrankung peripherer Nerven)	23
8	G81	Hemiparese und Hemiplegie (halbseitige Lähmung)	8
9	C71	Bösartige Neubildung des Gehirns	7
10	G41	Status epilepticus (Serie von Krampfanfällen)	6

Die häufigsten Prozeduren

Rang	OPS 301	Text	Fallzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels (ohne Kontrastmittel)	624
2	1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	590
3	1-208	Registrierung evozierter Potentiale (z. B. Reaktion des zentralen Nervensystems auf optische, akustische oder Gefühlsreize)	574
4	8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	523
5	8-390	Lagerungsbehandlung	183
6	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung	171
7	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	88
8	8-551	Frührehabilitation	83
9	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	74
10	5-431	Gastrostomie (Eröffnung des Magens zur Anlage einer äußeren Magenfistel)	66

Leistungsschwerpunkte der Abteilung

Schwerpunkt 1: Schlaganfall

Frührehabilitation Schwerstbetroffener

Im Bereich der Neurologischen Neurochirurgischen Frührehabilitation werden definitionsgemäß die Patienten behandelt, die durch ihren Schlaganfall eine besonders schwere Beeinträchtigung erlitten haben. Als Aufnahmekriterium für die Abteilung ist die Notwendigkeit einer akutmedizinischen Behandlung definiert und ein Barthel-Index unter 30 Punkten. Der Barthel-Index ist für Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen ein weltweit verbreitetes Instrument zur Messung der Fähigkeitsstörungen. Im Rahmen der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation erfolgt eine fachliche Einbindung der Bereiche Therapeutische Pflege, Physio- und Ergotherapie, Neuropädagogik, Physikalische Therapie sowie Logopädie und Neuropsychologie.

Der Schweregrad der Beeinträchtigung und die Behandlungsergebnisse werden wöchentlich in einer interdisziplinären Teamkonferenz dokumentiert. Darüber hinaus wird die Fähigkeitsstörung nach dem Barthel-Index 14-tägig erfasst. Eine weitere Beurteilung erfolgt zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt mit dem erweiterten Barthel-Index nach Schönle, dem FIM (Functional Independence Measure) und der GOS (Glasgow Outcome Scale).

Die enge Zusammenarbeit mit der Abteilung Akutneurologie gewährleistet den nahtlosen Übergang in die neurorehabilitative Weiterbehandlung ohne Zeitverlust. Durch diese konsequente Therapieabfolge werden optimale Behandlungserfolge ermöglicht.

Leistungszahlen

Im Jahr 2005 wurden 383 Schlaganfallpatienten frührehabilitativ nach OPS 8-552 behandelt. An sieben Tagen pro Woche wurden im Durchschnitt 300 Therapieminuten pro Patient, im Sinne von aktivierend-therapeutischer Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal und dem Einsatz der oben genannten Therapiebereiche, erbracht.

300 Therapieminuten

Qualitätsmanagement

Konzept der Angehörigenanleitung

Für das Team der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation ist die Begleitung des Patienten und seiner Angehörigen bei der Krankheitsbewältigung eine wichtige Aufgabe. Der Abbau von Berührungängsten bestimmt in der Anfangszeit die Angehörigenanleitung. Im Behandlungsprozess sind Angehörige ein wichtiger Orientierungspunkt für den Patienten und werden, wenn erwünscht, in die Pflege einbezogen und angeleitet.

**Angehörige
als Partner im
Rehabilitationsteam**

Dies erfolgt anhand eines Phasenmodells:

- 1. Phase: Erläuterung und Demonstration von ausgewählten Pflegetätigkeiten durch die Pflegekraft
- 2. Phase: Übernahme dieser Pflegetätigkeiten durch die Angehörigen unter Anleitung der Pflegekraft
- 3. Phase: Selbstständige Übernahme der erlernten Pflegetätigkeiten
- 4. Phase: Kontrolle und Beratung zu den übernommenen Tätigkeiten

Anleitungsschwerpunkte

- Die veränderte Kommunikation mit dem Patienten
- Die therapeutische Körperpflege und das An- und Auskleiden
- Lagerungs- und Transfertechniken
- Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme und das Verabreichen von Medikamenten
- Spezielle Grund- und Behandlungspflege

Angehörigen-seminare

In regelmäßigen Abständen finden zweitägige Angehörigenseminare statt. Unter der Leitung des Chefarztes vermitteln in diesen Seminaren Pflegekräfte und Therapeuten die Behandlungskonzepte. Praktische Übungen finden zusammen mit den Patienten statt. 2005 nahmen 45 Angehörige an den Seminaren teil.

Seelsorge für Angehörige

Die Ökumenische Seelsorge bietet Hilfestellung und Unterstützung bei der Verarbeitung der Krankheit an. Zur Überleitung in den häuslichen Bereich wird von den Bezugspflegekräften ein Entlassungsstatus erhoben, der Sozialdienst und die Therapeuten übernehmen Verordnungen für Hilfsmittel und stellen in Abstimmung mit den Angehörigen Kontakt zu ambulanten Pflegediensten, Sanitätshäusern und Selbsthilfegruppen her.

Informationsbroschüre für Angehörige

Information

Um pflegenden Angehörigen Kenntnisse, Informationen und Hilfestellung zu geben, war die Abteilung für Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation an der Erstellung einer Informationsbroschüre beteiligt: „Hirn-Aneurysma und Hirn-Angiom – Rehabilitation. Die Angehörigen. Der häusliche Bereich“. (Verein für Hirn-Aneurysma-Erkrankte – Der Lebenszweig – e.V., 86368 Gersthofen, Informationsbroschüre auf der Grundlage von Vorträgen von Prof. Dr. med. D. Steube, Dr. med. K. Mattes und Prof. Dr. med. K. Kretzschmar. Copyright 2005 Eva Gerlich.)

Forschungsprojekt

Forschung

Prospektive fortlaufende Laborscreeninguntersuchung zur Erfassung von Hypophysenfunktionsstörungen nach erworbenen schweren Hirnschäden. Bestimmt werden die Parameter Cortisol, Prolaktin, IGF1, fT4 im Serum, bei Männern zusätzlich Testosteron. Ziel ist die Erfassung der Häufigkeit von Störungen des Hypophysenvorderlappens und gegebenenfalls die Etablierung einer Hormonsubstitution zur Förderung des Behandlungserfolges.

Neuroloquium

In Zusammenarbeit mit dem Zentrum Neuropsychologie Würzburg findet alle zwei Monate ein interdisziplinäres, regionales, fallbezogenes Expertengespräch „Neuroloquium“ zu Schwerpunkten der ambulanten und stationären Neurorehabilitation statt. Zielsetzung ist die Optimierung der integrierten Versorgung neurologischer Patienten.

Expertengespräch

Schwerpunkt 2: Intensivmedizin und Schädel-Hirn-Trauma

Unter Bereitstellung aller erforderlichen intensivmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten bietet die Frührehabilitation dem Patienten die Chance, bereits auf der Intensivstation konsequent nach therapeutischen Gesichtspunkten behandelt und therapiert zu werden. Der Patient gewinnt dadurch wertvolle Therapiezeit, auch wenn stabile Kreislauffunktionen oder eine ausreichende Atmung zu diesem Zeitpunkt nur mittels modernster Intensivmedizin erreicht werden können.

**Frühestmögliche
Rehabilitation bei
intensivpflichtigen
Patienten**

Ein besonderes Leistungsmerkmal der Intensivstation ist die umfangreiche Erfahrung der Ärzte und Pflegekräfte in der oft schwierigen Entwöhnung von der Beatmungsmaschine bei komplex erkrankten, langzeitbeatmeten Patienten.

**Umfangreiche
Erfahrung in der
Weaning-Phase**

Ein Therapieschwerpunkt ist die differenzierte Spastikbehandlung. Nach Ausschöpfung der physiotherapeutischen Therapiemöglichkeiten inklusive Gipsbehandlung und der konventionellen medikamentösen Therapie, besteht die Möglichkeit der lokalen Botulinum-Toxin-Behandlung, oder die Indikation für eine intrathekale Baclofen-Therapie. Nach Sicherung der Indikation wird die hierfür erforderliche Pumpe in einer neurochirurgischen Klinik implantiert und anschließend die differenzierte Pumpeneinstellung in unserem Hause vorgenommen.

Ergibt sich während der Intensivbehandlung die Notwendigkeit einer chirurgischen oder neurochirurgischen Intervention, werden nahegelegene operative Einrichtungen konsiliarisch eingebunden. Gleiches gilt für spezielle internistische Fragestellungen der Kardiologie, Gastroenterologie, Nephrologie und so weiter.

Leistungszahlen

Anzahl der CT Leistungen	994
Anzahl der Patienten mit Röntgenleistungen	1.761
Anzahl der Patienten mit vorhandenem und neuangelegten Tracheostoma	135
Anzahl der Patienten mit vorhandener und neuangelegter PEG (künstliche Ernährung)	144
Anzahl der Patienten im Wachkoma	32

Qualitätsmanagement

Engagement in Fachgesellschaften

Engagement in Fachgesellschaften: In den Gesellschaften für Neurologische Intensivmedizin (DGNI) und Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vertreten die Mediziner der Abteilung aktiv das Fachgebiet der Frührehabilitation. Der Chefarzt der Abteilung für Frührehabilitation ist Sprecher für die Sektion Neurorehabilitation in der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC). Ebenso engagiert er sich als Mitglied in dem erweiterten Vorstand des Bundesverbandes Neurorehabilitation.

Neue Therapie- ansätze

Lagerung in Neutralstellung: Eine neu entwickelte Maßnahme in der Rehabilitation schwerbetroffener Patienten ist die „Lagerung in Neutralstellung“ (LiN). Dabei werden die Körperabschnitte des Patienten unter Berücksichtigung begrenzender Faktoren (Körperkonstitution, Lagerungsart und Kontrakturen) so weit wie möglich in eine günstige, „neutrale“ Position gebracht. In der therapie- und pflegefreien Zeit vermeidet die „Lagerung in Neutralstellung“ Verkürzung und Überdehnung von Muskulatur, verringert das Risiko von Kontrakturen und spastischen Mustern und bietet eine optimale Basis für wiederkehrende Funktionen.

Günstige Auswirkungen auf Vitalparameter und Beweglichkeit konnten in einer klinischen Untersuchung, die unter anderem auch in unserer Klinik durchgeführt wurde, nachgewiesen werden.

Eine Physiotherapeutin der Neurologischen Klinik absolvierte 2005 die Schulung zur „Trainerin für Lagerung in Neutralstellung“ und wird diese Form der Lagerung im eigenen Haus weiter etablieren.

3.3 Abteilung Weiterführende Rehabilitation, Abteilung Anschlussrehabilitation, Anschlussheilbehandlung und Medizinische Rehabilitation

Leitung der Abteilung: Dr. med. Alfred Baumgarten, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Verkehrsmedizin

Von den in der Abteilung tätigen Ärzten sind 25% Fachärzte.

Die Chefarzte der Abteilung für Akutneurologie und der Abteilung Weiterführende Rehabilitation, Anschlussrehabilitation und Anschlussheilbehandlung sind zusammen zu vier Jahren Weiterbildung im Fach Neurologie ermächtigt.

Die folgenden Tabellen stellen die **mengenmäßig** wichtigsten Leistungen dar:

Die häufigsten Hauptdiagnosen – Weiterführende Rehabilitation

Rang	ICD 10	Text	Fallzahl
1	I63	Hirnfarkt (Schlaganfall mit Minderdurchblutung)	288
2	I61	Intrazerebrale Blutung (Blutung ins Hirngewebe)	75
3	S06	Intrakranielle Verletzung (Verletzung von Organen innerhalb des Schädels)	41
4	G93	Krankheiten des Gehirns (Restkategorie)	19
5	I60	Subarachnoidalblutung (Blutung unter der weichen Hirnhaut)	13
6	G20	Primäres Parkinson-Syndrom (Morbus Parkinson ohne weitere Ursache)	12
7	G62	Polyneuropathien (diffuse Erkrankung peripherer Nerven)	10
8	G35	Multiple Sklerose (Encephalomyelitis disseminata, schubweise oder langsam fortschreitende neurologische Störungen an verschiedenen Orten)	8
9	D32	Gutartige Neubildung der Meningen (Hirnhäute)	7
10	G61	Polyneuritis (diffuse Entzündung peripherer Nerven)	6

Die häufigsten Hauptdiagnosen – Abteilung Anschlussrehabilitation, Anschlussheilbehandlung und Medizinische Rehabilitation

Rang	ICD 10	Text	Fallzahl
1	I63	Hirnfarkt (Schlaganfall mit Minderdurchblutung)	501
2	I61	Intrazerebrale Blutung (Blutung ins Hirngewebe)	66
3	S06	Intrakranielle Verletzung (Verletzung von Organen innerhalb des Schädels)	64
4	G35	Multiple Sklerose (Encephalomyelitis disseminata, schubweise oder langsam fortschreitende neurologische Störungen an verschiedenen Orten)	21
5	I60	Subarachnoidalblutung (Blutung unter der weichen Hirnhaut)	20
6	G62	Polyneuropathien (diffuse Erkrankung peripherer Nerven)	19
7	G40	Epilepsie	17
8	G93	Krankheiten des Gehirns (Restkategorie)	14
8	I67	Zerebrovaskuläre Krankheiten (Gefäßkrankheiten des Hirns, z. B. Aneurysma = Gefäßaufweitung, Dissektion = Spaltung der Gefäßwand; Binswanger-Demenz, d. h. Gedächtnisstörungen etc.)	14
10	G20	Primäres Parkinson-Syndrom (Morbus Parkinson ohne weitere Ursache)	13

Leistungsschwerpunkte der Abteilung

Schwerpunkt 1: Schlaganfall

Inhalte der Schlaganfallrehabilitation

Die Rehabilitation von Schlaganfallpatienten beinhaltet die ärztliche Betreuung, die motorische Rehabilitation mit Lagerung und Mobilisierung in der Frühphase, Stand und Gangtraining inklusive Laufbandtraining, verschiedenen Methoden der Verbesserung der Armfunktion und Verordnung und Anpassung von Hilfsmitteln, die Therapie von Schluckstörungen, die neuropsychologische Rehabilitation, die Therapie von Sprach- und Sprechstörungen, die psychotherapeutische und medikamentöse Behandlung bei psychischen Störungen (zum Beispiel Depression) und die medikamentöse Therapie bei Antriebsstörungen und zentral-motorischen Störungen.

Sozialmedizinische Beurteilung

Am Ende der stationären oder teilstationären neurologischen Rehabilitation erfolgt ärztlicherseits eine differenzierte sozialmedizinische Beurteilung. Für Patienten im erwerbsfähigen Alter müssen die quantitative und qualitative Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben beurteilt und die Leistungsfähigkeit in der letzten beruflichen Tätigkeit sowie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (positives und negatives Leistungsbild) beurteilt werden.

Soziale Nachsorge

Für Patienten, die nicht mehr im Erwerbsleben stehen, muss in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst und in Absprache mit dem Patienten und seinen Angehörigen die nachstationäre Betreuung geregelt beziehungsweise organisiert werden, wenn eine Hilfsbedürftigkeit in den Alltagsverrichtungen fortbesteht.

Leistungszahlen

Qualitätsindikator therapeutische Leistungen

Ein wesentlicher Qualitätsindikator für die neurologische Rehabilitation ist die Anzahl, die Art und die Qualität der erbrachten therapeutischen Leistungen. Die Dokumentation therapeutischer Leistungen nach der „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation“ (KTL) ist seit April 2001 im einheitlichen Entlassungsbericht der Rentenversicherung verbindlich vorgegeben. Die Deutsche Rentenversicherung Bund (ehemals BfA) erfasst seit 1998 die KTL-Angaben im ärztlichen Entlassungsbericht und wertet sie systematisch aus. Nachfolgend sind die Daten für Patienten mit zerebro-vasculären Erkrankungen (ICD I60-I69) für das Jahr 2004 dargestellt. (Die Daten für 2005 werden im Laufe des Jahres 2006 veröffentlicht.)

Verwendete Diagnoseschlüssel (in der 1. Diagnose)		Rehabilitanden	
		Anzahl	Anteil
Alle ausgewerteten Entlassungsberichte		91	
Entlassungsberichte mit gültigen ICD X Diagnoseschlüssel		91	100%
100-199	Kap. IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	91	100%
160-169	Zerebrovaskuläre Krankheiten	91	100%
160	Subarachnoidalblutung	14	15%
161	Intrazerebrale Blutung	15	16%
163	Hirnfarkt	57	63%
164	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	1	1%
165	Verschluss und Stenose der extrakraniellen hirnversorgenden Arterien ohne resultierenden Hirnfarkt	1	1%
167	Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten	3	3%

Anteil der Rehabilitanden mit Leistungen aus dem jeweiligen KTL-Kapitel	
B- Krankengymnastik	100%
C- Thermo- Hydro- und Balneotherapie	43%
D- Elektrotherapie	15%
E- Inhalation	15%
F- Massage	60%
G- Ergotherapie	91%
H- Sozial- und Berufsberatung	96%
K- Information, Schulung	89%
L- Sport- und Bewegungstherapie	87%
M- Rekreationstherapie	11%
P- Kleingruppe Psychologie	36%
U- Spez. Leistungen in der Neurologie	100%

Qualitätsmanagement

Nach der Anamneseerhebung und der klinischen Aufnahmeuntersuchung durch den Arzt werden Therapieziele vom Arzt und den Therapeuten in Absprache mit dem Patienten festgelegt und ein Therapieplan erstellt. In wöchentlich stattfindenden Therapiebesprechungen überprüfen Arzt, Therapeuten und Pflegekräfte unter Berücksichtigung des Rehabilitationsverlaufes die Therapieziele und modifizieren diese gegebenenfalls.

Klinische Verlaufsuntersuchungen werden im Rahmen der Visiten durchgeführt. Die Alltagsfähigkeit wird mit dem Barthel-Index wöchentlich erfasst.

Die internistische Oberärztin mit der Zusatzqualifikation Diabetologie (DDG) gewährleistet evidenzbasierte Diagnostik und Therapie der häufigen internistischen Begleiterkrankungen.

Einen wesentlichen Aspekt der Rehabilitation von Schlaganfallpatienten stellt die Sekundärprävention dar. Die medikamentöse Vorbeugung der zerebralen Ischämie orientiert sich an den Therapieleitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Schlaganfallgesellschaft und ist evidenzbasiert. Die Sekundärprävention umfasst jedoch nicht nur die medikamentöse Behandlung,

Therapieziele

Klinische Verlaufsuntersuchungen und Scoring

Internistische Begleiterkrankung

Prävention eines Reinfarktes

sondern auch ein Gesundheitsbildungsprogramm (Schulungen und Vorträge zu den Themen Schlaganfall, Risikofaktoren für Gefäßkrankheiten, Stress, gesunde Ernährung und Salutogenese).

Fahreignung nach Schlaganfall

Eine Begutachtung der Fahreignung nach Schlaganfall kann auf Wunsch des Patienten oder nach Aufforderung durch eine Führerscheinstelle durch einen Facharzt mit verkehrsmedizinischer Qualifikation erfolgen.

Individuelle Information und Beratung

Ein Angebot an Patienten und Angehörige sind ärztliche Sprechstunden, die neben den Visiten weitere Informationsmöglichkeiten darstellen.

In einem Abschlussgespräch mit dem Patienten oder mit dem Patienten und einem Angehörigen werden das Rehabilitationsergebnis, die Entlassungsmedikation, Therapieempfehlungen für die Zeit nach der Entlassung und bei Patienten im erwerbsfähigen Alter die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung erörtert.

Laien werden zu Experten

Etwa zehn mal im Jahr erhalten Patienten und Angehörige im Rahmen einer Gesprächsrunde, die zusammen mit der Selbsthilfegruppe Schlaganfall Würzburg veranstaltet wird, Informationen zu sozialrechtlichen Fragestellungen, ambulanten Therapiemöglichkeiten und Fahreignung nach Schlaganfall. 2005 nahmen daran insgesamt 440 Personen teil. Es besteht eine enge Kooperation mit weiteren Selbsthilfegruppen neurologisch Betroffener.

Schwerpunkt 2: Rehabilitation von Menschen mit Epilepsie nach epilepsiechirurgischem Eingriff

Rehabilitation nach neurochirurgischem Eingriff

Epilepsien sind Erkrankungen, die medikamentös nicht heilbar sind, deren Symptomausprägung jedoch beeinflusst werden kann. Bei Patienten mit nachgewiesener Hirnschädigung bietet die Operation des epileptogenen Herdes bei Pharmakoresistenz die Möglichkeit einer ursächlichen Behandlung. Voraussetzung für eine adäquate medikamentöse oder operative Therapie ist eine exakte diagnostische Einordnung des Anfallsleidens.

Neben der differenzierten Diagnostik und der Anfallskontrolle durch medikamentöse beziehungsweise chirurgische Therapie ist bei vielen Menschen mit Epilepsie auch eine spezifische medizinische Rehabilitation notwendig, um eine Besserung des psychischen Befindens und eine Besserung gegebenenfalls auf dem Boden einer Grunderkrankung oder nach epilepsiechirurgischem Eingriff bestehender Funktions- und Fähigkeitsstörungen, das Erlernen eines angemessenen Umgangs mit der Erkrankung und die soziale (Re)Integration zu ermöglichen.

Kompetenznetzwerk Epilepsie

Seit der Gründung des fränkischen Kompetenznetzwerks Epilepsie werden Patienten nach epilepsiechirurgischem Eingriff in unserer Klinik rehabilitativ behandelt. Dies bedarf auf Seiten der Ärzte, der verschiedenen Therapeutengruppen, des Pflegedienstes und des Sozialdienstes spezieller Kenntnisse.

Leistungszahlen

Im Jahr 2005 wurden in der Neurologischen Klinik Bad Neustadt zehn Patienten (vier Frauen, sechs Männer) nach einem in der Klinik für Neurochirurgie der Universität Erlangen-Nürnberg durchgeführten epilepsiechirurgischen Eingriff rehabilitativ behandelt. Die prächirurgische Diagnostik war bei allen Patienten im Zentrum Epilepsie Erlangen (ZEE) durchgeführt worden. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 40 Jahre (Männer 39 Jahre, Frauen 41 Jahre). Vier Patienten hatten präoperativ unter fokalen Anfällen und sechs Patienten unter sekundär-generalisierten Anfällen gelitten. Ein primär generalisierter Anfall war bei keinem Patienten aufgetreten. Bis zum Zeitpunkt des epilepsiechirurgischen Eingriffs hatten die Patienten durchschnittlich 19 Jahre unter Anfällen gelitten. Die präoperative Anfallsfrequenz betrug durchschnittlich 15 Anfälle pro Monat.

Bei der stationären Aufnahme in unsere Klinik waren acht der operierten Patienten in den Alltagsverrichtungen völlig selbständig (Barthel-Index 100/100 Punkte). Ein Patient hatte einen Barthel-Index von 95/100 Punkten (bei Entlassung 100/100 Punkte), ein weiterer Patient einen Barthel-Index von 45/100 Punkten.

Während der Rehabilitation (durchschnittliche Verweildauer 29 Tage) erlitt ein Patient einmalig einen einfach-fokalen und ein weiterer Patient einmalig einen komplex-fokalen Anfall. Im Rahmen der neuropsychologischen Funktionstherapie wurde bei sieben Patienten eine deutliche Leistungsverbesserung erreicht, bei drei Patienten wurden bei Entlassung unveränderte neuropsychologische Befunde erhoben. Präoperativ waren fünf Patienten berufstätig. Diese fünf Patienten wurden arbeitsunfähig aus der stationären Rehabilitation entlassen. In der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung wurde bei allen fünf Patienten eine berufliche Wiedereingliederung vier bis sechs Wochen nach der Entlassung empfohlen, wobei die quantitative Leistungsfähigkeit im letzten Beruf und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für alle Patienten mit sechs Stunden und mehr täglich eingeschätzt wurde. Ein Patient war Schüler, ein weiterer Patient Student. Drei Patienten waren wegen des Anfallsleidens bereits berentet.

Qualitätsmanagement

Die fachliche Betreuung erfolgt durch den Chefarzt und einen auf dem Gebiet der Epileptologie erfahrenen Oberarzt.

Nach einem epilepsiechirurgischen Eingriff in der Klinik für Neurochirurgie der Universität Erlangen-Nürnberg werden die Patienten vom Sozialdienst des ZEE in unserer Klinik angemeldet. Nach der stationären Aufnahme wird der Patient in der Neuropsychologischen Abteilung zur differenzierten Diagnostik und störungsspezifischen Therapie vorgestellt (neuropsychologische Beeinträchtigungen stellen für Patienten nach epilepsiechirurgischen Eingriffen die häufigste Funkti-

Patienten nach epilepsiechirurgischem Eingriff

Ergebnisse der Rehabilitation

Fachliche Betreuung

Therapieschwerpunkte

onsstörung mit Auswirkung auf die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft dar). Weitere Therapieschwerpunkte bei Patienten nach epilepsiechirurgischem Eingriff sind die logopädische Behandlung sowie die Physio- und Ergotherapie.

Belastungserprobung in der Neurologischen Klinik

Abhängig vom Ergebnis der neuropsychologischen Diagnostik kommt die Durchführung einer beruflichen Belastungserprobung in Betracht. Berufliche Belastungserprobungen während der Medizinischen Rehabilitation erleichtern die Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben. Die beruflichen Belastungserprobungen werden in der Regel in der Klinik selbst durchgeführt.

Psychiatrische und psychosomatische Mitbetreuung

Bei Entwicklung einer depressiven Störung oder einer Angstsymptomatik, bei gravierenden Schwierigkeiten mit der Krankheitsbewältigung und bei Verdacht auf psychogene Anfälle können die Patienten in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt zur diagnostischen Einordnung und zur Frage weiterer Therapiemöglichkeiten vorgestellt werden.

Teilhabe am Arbeitsleben

Schon zu Beginn der stationären Rehabilitation ist der Sozialdienst in das interdisziplinäre Therapiekonzept einbezogen. In Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt prüft der Sozialdienst Möglichkeiten der beruflichen Wiedereingliederung. Dabei kommen insbesondere Maßnahmen zur Arbeitsplatzsicherung (stufenweise Wiedereingliederung, innerbetriebliche Umsetzung), Einleitung von beruflichen Maßnahmen zur Rehabilitation über die verschiedenen Rehabilitationssträger (Umschulung, Erstausbildung, Eingliederungshilfen) und die Einleitung von stationären medizinisch-beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen (Arbeitstherapie, Berufsfindung und –vorbereitung) in Betracht.

4 Qualitätsmanagement

4.1 Qualitätsziele

Leitgedanke

„Tue nichts, was du nicht willst, dass es dir angetan werde, und unterlasse nichts, was du wünschst, dass es dir getan würde.“

Leitgedanke

Qualitätsziele

Die Dienstleistungen der Einrichtung sind konsequent auf die Wiederherstellung der Gesundheit, der Selbsthilfefähigkeit und Wiedereingliederung ins soziale Umfeld der Patienten ausgerichtet. Das bedeutet:

**Selbstständigkeit,
Teilhabe und
Lebensqualität**

- Verlorene Funktionen und Fähigkeiten der Patienten wiederherzustellen oder durch Kompensationsstrategien zu ersetzen
- Patienten und Angehörige zu unterstützen, die größtmögliche Selbstständigkeit und Lebensqualität zu erlangen

Die Zufriedenheit der Patienten, Angehörigen, Partner und Kostenträger ist zentrales Anliegen. Das bedeutet:

Zentrales Anliegen

- Jeden Behandlungsauftrag so zu erfüllen, um sich für den folgenden Auftrag zu qualifizieren
- Zufriedene Patienten
- Zufriedene Kosten- und Leistungsträger
- Zufriedene kooperierende Partner (zum Beispiel vor- und nachbehandelnde Einrichtungen)
- Sich an den Erfordernissen des Marktes unter Berücksichtigung der Marktentwicklung zu orientieren

Die Neurologische Klinik strebt an, zu den renommierten Anbietern integrativer neurologischer Versorgungsmodelle zu gehören. Das bedeutet:

**Kontinuierliche
Weiterentwicklung**

- Eine hohe Effektivität und Effizienz der Dienstleistungen zu gewährleisten
- Leistungs- und Serviceangebote permanent zu verbessern
- Erstklassige Qualität durch systematische Behandlungs- und Therapiekonzepte zu erreichen, zu sichern und diese durch kontinuierliche Weiterentwicklung zu verbessern

- Durch Entwicklung innovativer Behandlungskonzepte an der gesamtgesellschaftlichen Weiterentwicklung der neurologischen Akut- und Rehabilitationsmedizin mitzuwirken und darüber konstruktiven Einfluss auf die Gesundheitspolitik zu gewinnen

Führen durch Zielvereinbarung

Die Leitung der Einrichtung verpflichtet sich, diese zielorientiert zu führen. Das bedeutet:

- Bei der Definition der Ziele die Kompetenzen, Erfahrungen und Vorstellungen der Mitarbeiter mit einzubeziehen
- Im Sinne eines vorausschauenden, planenden Klinikmanagements gemeinsam Ziele und Prioritäten zu setzen
- Die Ziele positiv, realisierbar und überprüfbar zu formulieren

Qualifizierte und motivierte Mitarbeiter

Qualifizierte und motivierte Mitarbeiter, die sich mit dem Leitbild und den Zielen der Einrichtungen identifizieren, zu beschäftigen. Das bedeutet:

- Eine Atmosphäre zur Förderung von Engagement und Kreativität zu erzeugen
- Eine hohe fachliche Qualifizierung durch ein gezieltes Fort- und Weiterbildungswesen zu fördern
- Ein offenes und faires Arbeitsklima zu schaffen
- Eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit zu erreichen

Wirtschaftliche Ziele

Die Neurologische Klinik ist darauf ausgerichtet, ein jährlich zu planendes Umsatz- und Renditeziel zu erreichen. Das bedeutet:

- Die Ertragskraft der Klinik langfristig zu sichern
- Eine angemessene Rendite zu erwirtschaften
- Die Arbeitsplätze langfristig zu erhalten

4.2 Strukturen des Qualitätsmanagements

4.2.1 Externe Strukturen

- Fallprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK): Circa 300 Fälle wurden in regelmäßigen Fallprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen im Jahr 2005 geprüft.
- Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung: Die Neurologische Klinik ist an der jährlichen Erfassung der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Stationären Versorgung (BAQ) beteiligt.
- Rehabilitationsqualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung: Die Neurologische Klinik ist in das Rehabilitationsqualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung eingebunden. Dabei werden Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität gemessen.
- Peer Review-Verfahren der Rentenversicherung: Es werden sechs qualitätsrelevante Bereiche (Anamnese, Diagnostik, Therapieziele und Therapie, klinische Epikrise, sozialmedizinische Epikrise, weiterführende Maßnahmen und Nachsorge) bewertet. Die Ergebnisse fließen unmittelbar in das interne Qualitätsmanagement ein und fördern einen kontinuierlichen Prozess der Qualitätsverbesserung.
- Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL): Die Versorgungsleistung wird durch die qualitative und quantitative Erfassung der Therapieeinheiten transparent. Die Rentenversicherungsträger nehmen regelmäßige Auswertungen vor. Die Klinik erhält so die Möglichkeit, ihre therapeutische Praxis zu überprüfen, Dokumentationsmängel zu erkennen und weitere Verbesserungen vorzunehmen.
- Patientenbefragung durch die Rentenversicherungsträger: Zur Erhebung von Prozess- und Ergebnisqualität, zur Feststellung der Patientenzufriedenheit und der Akzeptanz des Leistungsangebotes werden Fragebögen an zufällig ausgewählte Rehabilitanden nach Abschluss der Rehabilitation versendet. Die Ergebnisse der Auswertung werden den Kliniken mitgeteilt. Über sich hieraus ergebende klinikinterne Konsequenzen muss der Rentenversicherungsträger informiert werden. Die positiven Ergebnisse der Patientenbefragung entsprechen im Wesentlichen der im Vorjahr ermittelten Bewertung (siehe Qualitätsbericht 2004).
- Laufzeiten der ärztlichen Entlassungsberichte: Laufzeiten der Entlassungsberichte zählen zu den Qualitätsmerkmalen einer Klinik und werden von den Rentenversicherungsträgern und anderen Sozialleistungsträgern datenbankgestützt gemessen.

Wissenschaft und Forschung

- Klinische Forschung: Teilnahme an nationalen und internationalen Multi-Center-Studien: CHARISMA (Studie zur Schlaganfallprophylaxe), D-PHARM (Studie zur Neuroprotektion nach Schlaganfall), A 161 1005 (Studie zur Neuroprotektion nach Schlaganfall), PROFESS (Studie zur Schlaganfallprophylaxe), SEWOP (Studie Parkinson), Studie zum Einfluss einer enteralen Langzeiternährung mit einer Spezialnahrung bei Typ 2 Diabetikern. Randomisierte Multicenter-, Doppelblindstudie-, zur Beeinträchtigung kognitiver Leistungen nach traumatischer Hirnschädigung.

Kommunikation: Baustein des Wissensmanagements

4.2.2 Interne Strukturen

Entscheidungs- und Kommunikationsforen zur Sicherung des innerbetrieblichen Wissensmanagements

- Klinikleitungssitzung
- Routinesitzung (Abteilungsleitersitzung)
- Ärztliche Kommunikationsforen
- Interdisziplinäre Therapiebesprechung
- Besprechungen im Pflegedienst
- Besprechungen in den Therapieabteilungen
- Besprechungen der Verwaltung

Vernetztes Expertenwissen

Qualitätszirkel und Arbeitsgruppen

Qualitätszirkel und Arbeitsgruppen in der Neurologische Klinik arbeiten in interdisziplinärer Besetzung an einem einheitlichen Wissensstand durch Vertiefung der theoretischen und praktischen Kenntnisse.

Qualitätszirkel: Basale Stimulation

Die Basale Stimulation ist ein pflegepädagogisches Förderkonzept, welches großen Wert auf die Selbstbestimmtheit und Eigenentwicklung des Betroffenen legt. Reaktionen des Patienten auf gemachte Angebote der Pflegekräfte und Therapeuten werden wahrgenommen und in das künftige Handeln eingebunden. Somit bestimmt der Patient das Vorgehen in der Therapie. Dabei ist die Biographiearbeit mit dem Patienten und seinen Angehörigen ein wesentliches Element in diesem Konzept. Der Qualitätszirkel unterstützt den Mitarbeiter in der Umsetzung der Basalen Stimulation, vermittelt Kenntnisse und erweitert somit die persönliche Kompetenz jedes einzelnen.

Qualitätszirkel: Bobath-Konzept

Das Bobath-Konzept ist ein ganzheitliches Pflege- und Therapiekonzept zur Behandlung aller zentralneurologischen Läsionen. Durch das Konzept soll der Betroffene aktiv einen funktionellen Bewegungsablauf wiedererlernen beziehungsweise lernen, mit den motorischen Defiziten umzugehen. Im Qualitätszirkel verbessern die Mitarbeiter in Gruppenarbeit ihre persönliche Kompetenz und halten den Anschluss an aktuelle Entwicklungen des Bobath-Konzeptes. Ihre Aufgabe auf der Station ist es, den Kollegen in anleitender Funktion zur Verfügung zu stehen und die Umsetzung des Konzeptes zu forcieren.

Qualitätszirkel: Wahrnehmung

Der Qualitätszirkel entstand in der Notwendigkeit, wahrnehmungsbetroffene Patienten besser zu verstehen und sie in ihrem Erkennen (Wahrnehmen) und Handeln (Bewegen) gezielter zu unterstützen. Mit praktischer Begleitung durch einen externen Dozenten arbeiten Mitarbeiter aus pflegerischen und therapeutischen Berufsgruppen daran, die Probleme Wahrnehmungsbetroffener zu thematisieren, Befundkriterien aufzustellen und Interventionen zu erarbeiten.

Standardgruppe Pflege

Die Standardgruppe überarbeitet Expertenstandards im Hinblick auf die besonderen Aufgaben und Bedingungen der Neurologischen Klinik und erstellt klinikinterne Standards zur Gewährleistung permanenter Prozessqualität.

Ein weiterer Schwerpunkt der Standardgruppe ist die Wundbehandlung und -dokumentation. Jede Wunde wird in einem Wundprotokoll erfasst und fotografisch dokumentiert, der Behandlungsverlauf wird festgehalten. Mitglieder der Standardgruppe unterstützen als Wund-Experten bei besonderen Fragestellungen.

Projektgruppe Gipsteam

Ziel des redressierenden Gipsens ist es, bleibenden Gelenkschäden und spastisch bedingten Bewegungseinschränkungen entgegen zu wirken und die gewonnene Gelenkbeweglichkeit zu dokumentieren.

Projektgruppe Laufbandtherapie

Die Laufbandtherapie ermöglicht ein Gangtraining bereits im Frühstadium. Die Projektgruppe wertet die Auswirkung dieser Therapieform auf die Wiedererlangung der Gehfähigkeit aus.

**Expertenstandards
in der Praxis**

**Integrierte
Versorgung von MS-
Patienten**

Arbeitsgruppe Multiple Sklerose (MS)

Basis der Arbeitsgruppe MS ist ein komplexes Konzept der Behandlung, Anleitung und Nachbetreuung der betroffenen Patienten und Aufklärung ihrer Angehörigen. Die stationäre Betreuung von MS-Patienten erfolgt in der Neurologischen Klinik in enger Abstimmung zwischen MS-Nurses, Forschungssekretärinnen und Ärzten. Ziel der Arbeitsgruppe ist die kontinuierliche Verbesserung der integrierten Versorgung von MS-Patienten, was durch Symposien, Vorträge, Studienbeteiligung und –auswertung, das MS-Nursing und die Kooperation mit Fachgesellschaften erreicht wird. Im Jahr 2005 wurden 120 Patienten durch die Arbeitsgruppe betreut.

MS-Nursing: Die Qualität der Versorgung von MS-Patienten wird, neben der medizinisch-therapeutischen Behandlung, durch speziell geschulte Pflegekräfte gewährleistet. Diese MS-Nurses betreuen schon während der stationären Versorgung den Patienten, geben Information, Beratung und praktische Unterweisung bei Selbstinjektion. Darüber hinaus wird den Patienten das Angebot der häuslichen Nachsorge gemacht. Dieses reicht von regelmäßigen Telefonaten in den Wochen nach der Entlassung bis zu vom Patienten gewünschten Hausbesuchen.

Praxisanleiter

Arbeitsgruppe Praxisanleiter

Die Kontinuität und Qualität in der Anleitung von neuen Mitarbeitern, Schülern sowie Auszubildenden aus den therapeutischen Disziplinen gewähren Praxisanleiter in der Neurologischen Klinik.

**Sicherheit groß
geschrieben**

Arbeitsgruppe Arbeitssicherheit

Die interdisziplinär besetzte Arbeitsgruppe bearbeitet alle relevanten Themen rund um Medizintechnik, EDV, Gebäudesicherheit, Brandschutz und Hygiene im Krankenhaus.

**Fordern und Fördern:
Fortbildung als
Qualitätssicherung**

Fort- und Weiterbildung

Jeder einzelne Mitarbeiter gestaltet mit seiner Arbeit die Schnittstelle zum Patienten und bestimmt mit seiner fachlichen und sozialen Kompetenz den Genesungsprozess und die Zufriedenheit der Patienten mit. Da die Grundausbildung der einzelnen ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Berufsgruppen in der Regel den hochspezifischen Anforderungen neurologischer Akut- und Rehabilitationsbehandlung nicht genügt, ist die Spezialisierung der Mitarbeiter ein unverzichtbarer Baustein zur Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität.

Das Fort- und Weiterbildungskonzept beinhaltet:

- Durch Fachgesellschaften zertifizierte therapeutische und pflegerische Kurse
- Ärztliche Fort- und Weiterbildung in Form von zertifizierten Kolloquien und von der Landesärztekammer Bayern anerkannten Fortbildungen
- Regelmäßige interne Seminare und Kurzfortbildungen
- Symposien und Tagungen
- Gesetzlich geforderte Schulungen und Unterweisungen (Brandschutz, Hygiene, Infektionsschutz, Arbeitssicherheit, Datenschutz)
- Ergänzung durch externe Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten

Erfassung des Qualifikationsstandes:

- Die Teilnahme der Mitarbeiter wird dokumentiert. Zum Jahresende wird von den Stations- und Abteilungsleitungen der Qualifikationsstand erhoben. Dies ist Grundlage für die Fortbildungsplanung des Folgejahres.

Einarbeitungskonzept:

Um neue Mitarbeiter schnellstmöglich an die Anforderungen der Klinik heranzuführen, wird ein stufenförmiges Einarbeitungskonzept praktiziert:

- Zweitätiges interdisziplinäres Einarbeitungskonzept
- Hospitationstag in anderen Fachbereichen
- Vierwöchige Einarbeitung durch einen Praxisanleiter
- Beibehaltung der Zuordnung zum einarbeitenden Praxisanleiter

Förderung der Führungs- und Sozialkompetenz:

- Teilnahme an Stationsleitungskursen (extern)
- Teilnahme an Praxisanleiterkursen (in Herz- und Gefäß-Klinik)
- Führungsseminare für Stationsleitungen und Abteilungsleitungen
- Supervisionstage für Stationsleitungen und Abteilungsleitungen
- Kommunikations- und Konfliktbearbeitungsseminare

Nachwuchsförderung:

Durch die Zusammenarbeit mit dem Europäischen Schulungszentrum für berufliche Bildung (ESB) in Bad Neustadt, der Berufsfachschule für Krankenpflege am Kreiskrankenhaus Bad Neustadt und anderen Ausbildungsstätten wird die Aus- und Weiterbildung von Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und Gesundheits- und Krankenpflegekräften für den Fachbereich Neurologie aktiv gefördert.

Schnelle Information an Nachbehandelnde

Brieflaufzeiten:

EDV-gestützt werden intern die Brieflaufzeiten ausgewertet:

- Abteilung Akutneurologie/Stroke-Unit: 0 Tage, die Briefschreibung erfolgt mit der Entlassung des Patienten
- Abteilung für Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzte/Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation und Intensivmedizin: 7,9 Tage
- Abteilung für Weiterführende Rehabilitation/Anschlussrehabilitation/Anschlussheilbehandlung Rehabilitation: 8,9 Tage

Patientenzufrieden- heit

Patientenzufriedenheit

In den 1.886 ausgewerteten Patientenfragebögen wird die Besserung des Gesundheitszustandes folgendermaßen bewertet:

- Stark gebessert: 46%
- Etwas gebessert: 36%
- Nicht geändert: 16%
- Nicht gebessert: 2%

4.3 Projekte des Qualitätsmanagements

Projekt „Stroke Angel“ an der Neurologischen Klinik

Mit Hilfe des im September 2005 an der Neurologischen Klinik eingeführten elektronischen „Stroke Angel“-Systems steht ein Instrument zur Verfügung, um den präklinischen Versorgungsprozess beim Schlaganfall zu beschleunigen.

**Innovation bei
der präklinischen
Versorgung**

Bisher zeigten Ergebnisse verschiedener Untersuchungen, dass die Zeit vom Auftreten des Schlaganfalls bis zum Eintreffen in der Klinik (Notfallmanagement) noch verkürzt und damit unter anderem durch eine erhöhte Lyserate das Outcome (Therapieergebnis) des Patienten positiv beeinflusst werden kann. Die bundesweite Lyserate liegt derzeit bei circa 3% aller Schlaganfallpatienten und ist damit viel zu niedrig.

Mit Hilfe technischer Neuerungen soll der Ablauf beschleunigt werden, indem die am Notfallort beziehungsweise im Rettungswagen erhobenen Patientendaten während des Patiententransports an die Klinik übermittelt werden. Der Zeitgewinn entsteht durch frühzeitige Information der Klinik, die somit schneller Vorbereitungen zur unmittelbaren Therapie einleiten kann.

**EDV-Technik im
Rettungswagen**

Die dem Rettungsdienst bekannten Patientendaten sowie das Rettungsdienstprotokoll werden durch den Rettungsassistenten über einen Handcomputer erfasst. Die Daten der Versichertenkarte werden dann mit einem Lesegerät direkt auf einer speziellen Datenleitung an die Klinik übertragen.

In der Klinik kommen die Daten auf einem Computer in der Notaufnahme an. Das diensthabende Team der Notaufnahme erhält erste Informationen einschließlich des Rettungsdienstprotokolls über den zu erwartenden Patienten. Die technologische Umsetzung erfolgt in Kooperation mit der Firma Philips und der Neurologischen Klinik der Universität Düsseldorf.

Die Nutzung neuer Kommunikationswege und -techniken sowie die gute Zusammenarbeit an den Schnittstellen optimiert den präklinischen Prozess.

Seit September 2005 erfolgt die Erfassung: Das System übertrug die Daten in 100% der Fälle. Es zeigte sich, dass die Geräte nach einer Einarbeitungszeit im Alltag einsetzbar und intuitiv bedienbar sind. Das Rettungsdienstpersonal erhebt die Scores zuverlässig (in 15 von 20 Fällen, 75%) mit hoher Übereinstimmung zum Aufnahmearzt. In der Einschätzung nach der Los Angeles Prehospital Stroke Screen (LAPSS) zeigt sich eine Sensitivität von 73,3% und eine Spezifität von 80,0%.

Auswertung des Los Angeles Prehospital Stroke Screen und Schlaganfall				
Zeitraum: 20.10.2005 - 31.12.2005				
Gesamt		Schlaganfall		
20		ja	nein	
LAPSS	positiv	11	1	
	negativ	4	4	
100%		ja	nein	
LAPSS	positiv	55,00%	5,00%	
	negativ	20,00%	20,00%	

Die elektronische Datenübermittlung wird in den klinischen Ablauf eingefügt und erlaubt somit die frühzeitige Organisation der Patientenaufnahme. So soll die Entwicklung von Behandlungspfaden auf Basis der erhobenen Patientenparameter und klinischen Befunde die präklinische Versorgung unterstützen. Letztendliches Ziel ist, den Behandlungspfad mit einer Zuweisungsempfehlung für die Klinik mit den für den Patienten entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten zu erstellen, um die immer knapper werdenden Ressourcen im Gesundheitssystem optimal zu nutzen.

Erfassung der pflegetherapeutischen Leistungen

Die Neurologische Klinik war mit dem Arbeitskreis neurologische Frührehabilitation in Bayern an der Entwicklung, Überprüfung und Erstellung des Katalogs der pflegetherapeutische Maßnahmen in der Phase B beteiligt. Der Katalog ermöglicht, anhand definierter Zeitfenster, die am Patienten erbrachte Leistungen aus den therapeutischen Konzepten abbildbar zu machen.

Einführung der Bezugspflege im Bereich der Frührehabilitation

Die beiden Bettenstationen der Frührehabilitation haben als Stationsprojekt 2005 die Einführung der Bezugspflege gewählt.

Als Ziel der Bezugspflege ist die bestmögliche Patientenversorgung bei mehr Behandlungskontinuität formuliert.

Die Pflegekraft erarbeitet mit dem Patienten das individuelle Rehabilitationsziel, ist zuständig für die Vollständigkeit und Aktualität der Dokumentation, verantwortlich für den Inhalt der Pflegeplanung und erstellt am Ende der Rehabilitation den Verlegungsbericht.

Durch die Bezugspflege steigt die Motivation der Mitarbeiter durch klar geregelte Verantwortlichkeiten, der eigene Anteil am Behandlungserfolg wird offensichtlich.

Auch in der Ablauforganisation der Station ergeben sich Vorteile, denn der einzelne Mitarbeiter erfährt Entlastung durch einen übersichtlicheren Aufgabenbereich.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird vereinfacht. Die Angehörigenanleitung erfährt ebenfalls eine qualitative Aufwertung.

**DRG-Bedingungen
konstruktiv
begegnen**

Behandlungskontinuität durch Bezugspflegekräfte

4.4 Messergebnisse im Qualitätsmanagement

4.4.1 Systematische Ausleitung von Qualitätsindikatoren

Die Klinik hat sich an der konzerninternen systematischen Ausleitung fachübergreifender und fachspezifischer Qualitätsindikatoren beteiligt. Es werden zunehmend Indikatoren verwandt, die aus den Routinedaten in Anlehnung an die AHRQ-Kriterien oder andere international anerkannte Messwerte abgeleitet werden. Die regelhafte Ausleitung und Arbeit mit Qualitätsindikatoren wurde zur Jahreswende 2005/2006 begonnen, als die Qualitätsindikatoren für den Bezugszeitraum 2005 ausgewertet wurden. Im Anschluss daran werden die Qualitätsindikatoren quartalsweise ermittelt. 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 Ergebnisse der Qualitätsindikatoren werden regelmäßig vom Qualitätsmanagement des Konzerns ausgeleitet und den Geschäftsführungen der Konzernkliniken zugeleitet. Auch geeignete und gezielte Qualitätsindikatoren sind nicht als definitive Qualitätsergebnisse zu verstehen, sondern geben erst Hinweise auf mögliche qualitätsrelevante Aspekte. Daher beauftragen die Kliniken die entsprechenden Chefärzte, die Ergebnisse zu bewerten, sie in ihren Abteilungen zu kommunizieren und gegebenenfalls Maßnahmen für die klinischen Abläufe zu ergreifen. Nach sechs bis acht Wochen werden die eingeführten Änderungen im Tagesgeschäft evaluiert. Damit ist ein Zyklus von Planung, Ausführung, Evaluierung, Korrektur und Neuplanung (PDCA-Zyklus) geschlossen. Nach der Evaluation entscheiden die Abteilungen, ob sie die Unterstützung der Fachgruppen (konzernweite, fachbezogene Qualitätszirkel) oder die des Qualitätsmanagements des Konzerns in Anspruch nehmen möchten. Auch für die vorangehende Arbeit mit den Qualitätsindikatoren werden die Kliniken vom Qualitätsmanagement des Konzerns unterstützt, wobei hauptsächlich die Planungs- und Evaluierungsgespräche mit Geschäftsführern, Ärztlichen Direktoren und Chefärzten begleitet werden.

Ergebnisse 2005 für die konzernweit erhobenen Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Typ	Nenner	Zähler	Prozent	Ziel	Mittelwert RHÖN-KLINIKUM AG
Postpunktionelles Syndrom	Routine	484	32	6,6%	≤ 20%	3,06%
Mortalität während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit PCCL 0 bis 2 gemäß DRG-Systematik	Routine	1.301	0	0,0%	≤ 2%	0,37%

Anmerkung: „Routine“ bedeutet § 21-Daten gemäß KHEntgG als Datenquelle.

Die vergleichsweise hohe Rate des postpunktionellen Kopfschmerzes erklären wir durch den hohen Kodierstandard in unserer Klinik.

4.4.2 Weitere, klinikspezifisch erhobene qualitätsrelevante Messdaten

Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung (BAQ)

	Eigene Klinik		Bayern gesamt		Mit Stroke-Unit		Ohne Stroke-Unit	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Komplikationen pro Patient								
Keine Komplikation	454	83,3	10.835	65,5	6.404	73,9	4.431	56,2
Eine Komplikation	56	10,3	2.491	15,1	1.289	14,9	1.202	15,3
Mehr als eine Komplikation	17	3,1	914	5,5	486	5,6	428	5,4
Fehlende Angaben	18	3,3	2.308	14,0	487	5,6	1.821	23,1
Art der Komplikation								
Anzahl der Komplikationen gesamt	92	100,0	4.669	100,0	2.465	100,0	2.204	100,0
Davon								
Reinfarkt	6	6,5	268	5,7	145	5,9	123	5,6
TIA	2	2,2	110	2,4	54	2,2	56	2,5
Erhöhter Hirndruck	12	13,0	329	7,1	195	7,9	134	6,1
Krampfanfall	5	5,4	204	4,4	101	4,1	103	4,7
Symptomatische Sekundäre Blutung	1	1,1	137	2,9	86	3,5	51	2,3
Tiefe Beinvenenthrombose	0	0,0	15	0,3	8	0,3	7	0,3
Lungenembolie	0	0,0	20	0,4	13	0,5	7	0,3
Pneumonie	5	5,4	812	17,4	428	17,4	384	17,4
Harnwegsinfektion	15	16,3	801	17,2	352	14,3	449	20,4
Sturz	0	0,0	96	2,1	35	1,4	61	2,8
Dekubitus	1	1,1	15	0,3	7	0,3	8	0,4
Herz-Kreislauf-Dekompensation	11	12,0	535	11,5	280	11,4	255	11,6
Herzrhythmusstörung	4	4,4	302	6,5	154	6,3	148	6,7
Sonstige	30	32,6	1.025	22,0	607	24,6	418	19,0
Klinische Parameter								
Rankin Scale bei Entlassung	n	%	n	%	n	%	n	%
0: Keine Symptome	135	24,8	2.490	21,1	1.870	21,6	1.620	20,6
1: Keine Funktionseinschränkung	110	20,2	2.894	17,5	1.778	20,5	1.116	14,2
2: Geringe Funktionseinschränkung	27	5,0	1.880	11,4	1.072	12,4	808	10,3
3: Mäßige Funktionseinschränkung	158	29,0	2.056	12,4	1.172	13,5	884	11,2
4: Mittlere Funktionseinschränkung	66	12,1	1.833	11,1	901	10,4	932	11,8
5: Schwere Funktionseinschränkung	28	5,1	1.398	8,5	678	7,8	720	9,1
6: Tod	10	1,8	699	4,2	313	3,6	386	4,9
Fehlende Angaben	11	2,0	2.298	13,9	882	10,2	1.416	18,0

Hygiene

Die Erfassung und die Therapie von Patienten mit einem Methicillin-resistenten Staphylokokkus Aureus (MRSA) in der Neurologischen Klinik entsprechen modernstem Standard.

Jeder in die Abteilung für Frührehabilitation, aus anderen Kliniken oder stationären Altenhilfeeinrichtungen verlegte Patient wird einer MRSA-Eingangsunter-suchung unterzogen. Schutzmaßnahmen zur Verbreitung möglicher Keime werden ergriffen. In den anderen Abteilungen der Klinik wird diese Untersuchung bei Patienten mit vorhergehendem MRSA-Befund und bei begründetem Verdacht durchgeführt.

Etwa 50 Prozent aller MRSA-Besiedlungen im Bereich der Frührehabilitation wurden bei der Eingangsunter-suchung nach Übernahme aus anderen Kliniken und Einrichtungen festgestellt.

Auch während des Aufenthaltes in unserer Klinik werden die Patienten nach abgeschlossener Sanierung einem Verlaufsscreening unterzogen. Mit diesem Vorgehen kann eine mögliche unentdeckte Verbreitung dieses Erregers unterbunden werden.

Die Veränderungen der Erregerstatistik 2005 gegenüber 2004 sind durch das konsequente Screening-Konzept und die sich daraus ergebende Isolierungsstrategie in der Neurologischen Klinik zu erklären.

Konsequentes Hygienemanagement

Verlaufsscreening

MRSA-Statistik Neurologische Klinik

	MRSA gesamt	MRSA extern	MRSA intern	MRSA rekonaminiert
2005	105	49	46	10
2004	114	49	52	13

Die systematische Erfassung und Ausleitung nosokomialer Infektionen als Qualitätsindikator liegt für das Jahr 2005 noch nicht in der gewünschten Differenzierung vor.

Wundstatistik

Die Standardgruppe erfasst in ihrer Wundstatistik bisher alle in der Klinik zu verzeichnenden Wunden. Dazu gehören zum Beispiel OP-Wunden, Druckgeschwüre und Wundheilungsstörungen. Wundprotokolle werden bei jeder Wunde, ob mitgebracht oder im Haus erworben, erstellt. Die Wunden werden digital fotografiert, und das Behandlungsregime wird individuell festgelegt. In der Jahresstatistik erfolgt die Unterscheidung nach:

1. Wunde mitgebracht
2. Wunde in der eigenen Klinik entstanden
3. Wunde abgeheilt
4. Mit der Wunde entlassen

Wundstatus bei Aufnahme und Entlassung in der Neurologischen Klinik

	2005	2004
Mitgebrachte Wunden	308	315
Neu entstanden	155	124
Abgeheilt	210	209
Mit Wunde entlassen	146	178

Die Abweichungen in den Fallzahlen ergeben sich durch nicht separat ausgewiesene Überlieger in das jeweilige Folgejahr.

4.5 Perspektiven des Qualitätsmanagements

Implementierung eines EDV-gestützten Hygieneerfassungsmoduls

Mit der Einführung eines elektronischen Hygieneerfassungsmoduls wird im Jahr 2006 eine differenziertere Dokumentation und Abbildung der Daten aus der Hygieneabteilung ermöglicht.

Entwicklung und systematische Erfassung abteilungsübergreifender Scores

Ab 2006 werden durch die Anwendung des nach Schönle erweiterten Barthel-Index frührehabilitationsspezifische Besonderheiten zusätzlich berücksichtigt. Außerdem werden für Phase C-Patienten mit den Diagnosen Schädel-Hirntrauma, Subarachnoidalblutung, hypoxischer Hirnschaden und Critical-Illness-Polyneuropathie bei Aufnahme und Entlassung (Phase C oder D) neben dem Barthel-Index folgende Scores erhoben: Frühreha-Barthel-Index (FRI-Barthel), Functional-Independence-Measure (FIM) und Glasgow Outcome-Scale (GOS).

**Therapieerfolge
werden objektiv
messbar**

Ausbau der Schlaganfallversorgung und integrierten Versorgung

Das Stroke Angel Projekt wird 2006 fortgeführt, die erhobenen Daten ausgewertet und die Ergebnisse werden mit den Rettungsdiensten (BRK) und der Neurologischen Klinik der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf diskutiert. Der Chefarzt der Abteilung für Akutneurologie wird die Projektauswertung in den Fachgesellschaften zur Diskussion stellen.

Mitarbeiterbefragung

Die Neurologische Klinik führt in Abstimmung mit dem Betriebsrat eine Mitarbeiterbefragung durch.

Patienten- und Angehörigenfragebögen

Die Neurologische Klinik wertet eingehende Fragebögen monatlich aus. Dabei wird jede Anmerkung als Chance wahrgenommen, die Leistungen auf die Wünsche der Patienten und deren Angehörigen abzustimmen.

Kritik als Chance

Der Rücklauf liegt wegen des spezifischen Gesundheitszustandes und der Betroffenheit unserer Patienten unter 50%. Da die Angehörigenbefragung wegen der geringen Rücklaufquote nicht repräsentativ erscheint, plant die Neurologische Klinik in Zusammenarbeit mit dem Konzernmanagement für das Jahr 2006/2007 eine Neuerstellung von Fragebögen. Diese sollen im Umfang und von den Frage-

stellungen so gestaltet sein, dass sie es den Patienten und Angehörigen einfacher ermöglichen, die Prozess- und Ergebnisqualität der Klinik zu beurteilen.

Fahreignung nach Schlaganfall

Für das Jahr 2006 ist ein Projekt mit einer Behindertenfahrschule geplant, um für Patienten nach einem Schlaganfall oder anderen neurologischen Erkrankungen Testfahrten zu ermöglichen. In der Neurologischen Klinik üben Ergotherapeuten und Physiotherapeuten in Trainingseinheiten das Ein- und Aussteigen an unserem Übungskraftfahrzeug und die Handhabung der Bedienungsinstrumente. Die Teilnahme am Straßenverkehr erfolgt dann mit spezialisierten Fahrschullehrern und gegebenenfalls einem Neuropsychologen.

MS-Nursing

Nachsorge

Geplant ist die wissenschaftliche Evaluation der Auswirkungen von MS-Nursing im Vergleich zu nichtbegleiteten Patienten auf Krankheitsverlauf, Lebensqualität und Abbruchrate immunmodulatorischer Therapien.

Einführung eines neuen Therapieplanungssystems

Controlling

Ziel ist es, die Erfassung der therapeutischen und pflegerischen Leistungen zu automatisieren, deren Steuerung zu optimieren und die erbrachten Leistungen detaillierter nachzuweisen.

Wundstatistik

Differenzierte Erfassung

Zur Optimierung der Statistik ist die Unterscheidung: Patienten mit einer Wunde und Patienten mit Mehrfachwunden sowie die Differenzierung der Wundentstehung geplant. Dies wird durch die Standardgruppe 2006 in der Neurologischen Klinik umgesetzt.

Zertifizierung

Zertifizierung

Eine externe Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2000 sowie IQMP-Reha ist für 2006/2007 geplant.

5 Impressum

Redaktion und Textverarbeitung

Dr. med. Alfred Baumgarten, Dr. Hagen Fischer, Karin Meier, Ina Rathje, Jörg Rieger

Qualitätsbeauftragte

Jochen Bocklet (Verwaltungsleiter)
Ina Rathje (Leitung des Pflegedienstes)

Herausgeber

Neurologische Klinik GmbH Bad Neustadt an der Saale
Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers.

Verantwortliche und Ansprechpartner

Geschäftsführung

Jörg Rieger
Tel.: 09771/908-8765
Fax: 09771/991464
E-Mail: gf@neurologie-bad-neustadt.de

Verwaltungsleitung

Andreas Münch (seit 01.05.2006)
Tel.: 09771/908-8766
Fax: 09771/991464
E-Mail: muench.vl@neurologie-bad-neustadt.de

Leitung des Pflegedienstes

Ina Rathje
Tel.: 09771/908-8763
Fax: 09771/991464
E-Mail: pdl@neurologie-bad-neustadt.de

Ärztlicher Direktor

Prof. Dr. med. Bernd Griewing, Facharzt für Neurologie

Chefarzt der Abteilung für Akutneurologie mit überregionaler Stroke-Unit und
Klinischer Neurophysiologie

Tel.: 09771/908-8758

Fax: 09771/659409

E-Mail: castroke@neurologie-bad-neustadt.de

Dr. med. Alfred Baumgarten

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Sozialmedizin, Verkehrsmedizin
Chefarzt der Abteilung, Weiterführende Rehabilitation, Abteilung Anschlussre-
habilitation, Anschlussheilbehandlung und medizinische Rehabilitation

Tel.: 09771/908-8755

Fax: 09771/659410

E-Mail: u.kretschmer.ahbwr@neurologie-bad-neustadt.de

Prof. Dr. med. Diethard Steube

Facharzt für Chirurgie, Neurochirurgie, Diagnostische Radiologie/Neuroradio-
logie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Verkehrsmedizin

Chefarzt der Abteilung für Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzte, Neurologische-
Neurochirurgische Frührehabilitation und Intensivmedizin

Tel.: 09771/908-8751

Fax: 09771/659408

E-Mail: steube@neurologie-bad-neustadt.de

Weitere Informationen über die Neurologische Klinik können Sie im Internet
unter www.neurologie-bad-neustadt.de einsehen.