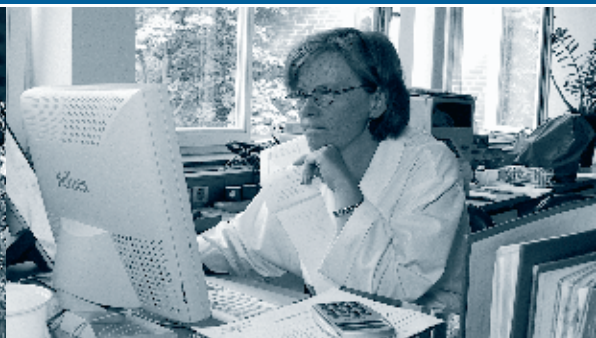


# Klinikum Hannover – Geriatrisches Zentrum Hagenhof

Qualitätsbericht 2004



Klinikum Hannover –  
Geriatrisches Zentrum Hagenhof  
Rohdehof 3  
30853 Langenhagen  
Telefon (0511) 73 00-02  
Internet [www.klinikum-hannover.de](http://www.klinikum-hannover.de)



**Region Hannover**



# Qualitätsbericht des Klinikum Hannover – Geriatrisches Zentrum Hagenhof 2004

## Inhalt

5	Vorwort
6	Einführung
8	Klinikum Hannover – Geriatrisches Zentrum Hagenhof
9	Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Klinikum Hannover – Geriatrisches Zentrum Hagenhof
15	Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses
15	Geriatrisches Zentrum Hagenhof – Akutgeriatrie
17	Geriatrisches Zentrum Hagenhof – Rehabilitation
19	Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten
20	Qualitätssicherung
21	Qualitätspolitik
23	Qualitätsmanagement und dessen Bewertung
36	Qualitätsmanagementprojekte
40	Weitergehende Informationen für das Klinikum Hannover – Geriatrisches Zentrum Hagenhof
42	Glossar – Abkürzungsverzeichnis
44	Impressum

## Klinikum Hannover

**Träger: Region Hannover**

Rechtsform: Kommunalen Eigenbetrieb

gemäß Niedersächsischer Gemeindeordnung

**Werksausschuss für das Klinikum Hannover**

zuständiger Ausschuss der Regionsversammlung

**Dezernat II: Soziale Infrastruktur**

**Regionsrat Erwin Jordan**

### Leitung des Klinikum Hannover

In den Sieben Stücken 2-4, 30655 Hannover

#### **Prof. Dr. Rudolf Schmid**

Werksleitung · Leitender Direktor

Telefon (0511) 906-7319

#### **Prof. Dr. Reinhard Brunkhorst**

Ärztlicher Direktor

Telefon (0511) 906-7341

#### **Angelika Hausen**

Pflegedirektorin

Telefon (0511) 906-7351

#### **Katrin Reiser**

Kaufmännische Direktorin

Telefon (0511) 906-7331

### Personalrat des Klinikum Hannover

#### **Friedo Weh**

Vorsitzender

Telefon (0511) 906-7398

### Einrichtungen des Klinikum Hannover

#### **Klinikum Hannover Nordstadt**

Haltenhoffstraße 41, 30167 Hannover

Telefon (0511) 970-0

#### **Klinikum Hannover –**

#### **Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie**

Rohdehof 3, 30853 Langenhagen

Telefon (0511) 7300-03

#### **Klinikum Hannover Siloah**

Roesebeckstraße 15, 30449 Hannover

Telefon (0511) 927-0

#### **Klinikum Hannover –**

#### **Geriatrisches Zentrum Hagenhof**

Rohdehof 3, 30853 Langenhagen

Telefon (0511) 7300-02

#### **Klinikum Hannover Oststadt-Heidehaus**

Podbielskistraße 380, 30659 Hannover

Telefon (0511) 906-0

#### **Klinikum Hannover Heidehaus**

Am Leineufer 70, 30419 Hannover

(seit dem 1. Juni 2005 im Klinikum Hannover Oststadt-Heidehaus)

#### **Klinikum Hannover Hautklinik Linden**

Ricklinger Straße 5, 30449 Hannover

Telefon (0511) 9246-0



## Region Hannover

### Vorwort

Berichte über die Qualität von Krankenhäusern bieten Chancen zur Veröffentlichung von Informationen über Geleistetes. Der Gesetzgeber hat zwar die Krankenhäuser in Deutschland gemäß § 137 Sozialgesetzbuch V verpflichtet, ab dem Jahr 2005 Qualitätsberichte vorzulegen. Wir verstehen diese Berichte jedoch nicht nur als Erfüllung einer Gesetzesvorgabe, sondern vor allem als Gelegenheit, unsere Leistungen, Strukturen, Prozesse und Angebote einer interessierten Öffentlichkeit, unseren Patientinnen und Patienten, der Fachwelt und unseren Partnern unter dem Aspekt der Qualität zu präsentieren. Dies ist Ausdruck unserer Qualitätspolitik, die sich den Versorgungsaufgaben – insbesondere unter Maßgabe von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement – stellt und hierfür durch entsprechende unternehmensinterne Entscheidungen die Voraussetzungen will und schafft.

Über Ergebnisse dazu informieren die einzelnen Berichte der Krankenhäuser in Trägerschaft der Region Hannover. Diese Krankenhäuser werden im Jahr 2005 zu einer neuen Gesellschaft „Klinikum Region Hannover GmbH“ zusammengefasst. Auch dies belegt die Bereitschaft, den Willen und die Fähigkeit, sich auch hier durch Schaffung einer geeigneten Unternehmensform den Anforderungen – resultierend aus sich verändernden Rahmenbedingungen im Krankenhauswesen – offensiv und aktiv zu stellen. Ein koordiniertes Qualitätsmanagement wird auch in der Klinikum Region Hannover GmbH eine zentrale Rolle spielen.

Die einzelnen Qualitätsberichte markieren keinen Abschluss, sondern geben aktuellen Einblick in unsere Vorhaben. Sie dokumentieren bereits erfolgreich Erreichtes sowie die Absicht, jetzt und künftig an der Umsetzung und Optimierung von qualitätsgesicherten Leistungen und Prozessen für unsere Patientinnen und Patienten stetig zu arbeiten – als Merkmal zeitgemäßer und innovativer Krankenhausführung und -kultur.

*Geschäftsführung  
der Gesellschaft zur Geschäftsbesorgung  
für die Krankenhäuser in Trägerschaft  
der Region Hannover GmbH*

## Einführung

Für die Erstellung des strukturierten Qualitätsberichts nach dem § 137 des Sozialgesetzbuchs V haben die Spitzenverbände im Gesundheitswesen, d.h. die Bundesverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat einen Vertrag geschlossen und die Inhalte in einer bundesweit einheitlichen Vorgabe geregelt.

Damit soll u.a. sichergestellt werden, dass die Krankenhäuser einer interessierten Öffentlichkeit regelmäßig vergleichbare und qualitätsrelevante Daten zur Verfügung stellen. Die Veröffentlichung erfolgt verpflichtend durch die Krankenkassen im Internet, zusätzlich zu den von den Krankenhäusern herausgegebenen Berichten. Der hier vorliegende Bericht ist auf den Internetseiten des Klinikum Hannover einsehbar: [www.klinikum-hannover.de](http://www.klinikum-hannover.de)

Der Qualitätsbericht besteht aus zwei Teilen, einem so genannten Basisteil, der Leistungs- und Strukturdaten des Krankenhauses enthält, und einem Systemteil, der einen systematischen Überblick über das Engagement im Qualitätsmanagement geben soll. Die vorgeschriebene Systematik wird im Folgenden dargestellt und erläutert die Inhalte des Berichts zur einfacheren Lesbarkeit.

### A – C Basisteil

#### A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Im Teil A werden allgemeine Merkmale für das gesamte Krankenhaus beschrieben. Es werden Angaben zur Größe, zu den Patientenzahlen und Hauptleistungen im Berichtsjahr gemacht. Es wird anhand der Aufzählung der verschiedenen Fachabteilungen und deren Ambulanzen dargestellt, welche Behandlungsmöglichkeiten bestehen. Ergänzt wird dies um die Darstellung der Ausstattung mit medizinischen Geräten und Großgeräten, wie z.B. dem Computertomografen, und der therapeutischen Möglichkeiten durch die verschiedenen Berufsgruppen, wie z.B. Krankengymnastik.

In Form einer Hitliste werden die Hauptbehandlungsfälle in ihrer Häufigkeit und ihrem Inhalt beschrieben.

#### B Struktur- und Leistungsdaten

##### B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten

Im Kapitel B-1 werden die verschiedenen Fachabteilungen des Krankenhauses mit ihren Versorgungsschwerpunkten und Leistungsangeboten vorgestellt. Hierzu werden die häufigsten Behandlungsfälle als so genannte DRG (Diagnosis Related Group) und die häufigsten Diagnosen (ICD), Eingriffe und Operationen (OPS) in Hitlisten aufgeführt.

## B-2 **Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten**

In diesem Teil werden Angaben für das gesamte Krankenhaus über ambulante Operationen und deren Behandlungszahlen und weitere Spezialambulanzen gemacht. Weiterhin wird die Zahl der Mitarbeiter und deren Qualifikation im Ärztlichen Dienst und im Pflegedienst aufgeführt. Ebenso wird dargestellt, in welchen Fachrichtungen Ärzte im Krankenhaus Spezialausbildungen erhalten können.

## C **Qualitätssicherung**

Im Kapitel C werden Angaben über gesetzlich vorgeschriebene Qualitätssicherungsmaßnahmen bei durchgeführten Operationen und in verschiedenen vom Gesetzgeber beschlossenen Behandlungsstrukturen (z.B. Disease Management Programme) beschrieben.

## D – G **Systemteil**

### D **Qualitätspolitik**

In diesem Kapitel wird die Qualitätspolitik des Krankenhauses mit ihren Grundsätzen sowie strategischen und operativen Zielen dargestellt.

### E **Qualitätsmanagement und dessen Bewertung**

Hier werden der Aufbau des einrichtungsin-  
ternen Qualitätsmanagements im Kranken-  
haus beschrieben und die Maßnahmen von  
Selbst- oder Fremdbewertungen, z.B. einer  
externen Zertifizierung, dargestellt

### F **Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum**

In diesem Teil findet sich eine Auflistung der  
im Krankenhaus im Berichtszeitraum durch-  
geführten Projekte des Qualitätsmanage-  
ments.

### G **Weitergehende Informationen**

Angaben über Verantwortliche und Ansprech-  
partner für den Qualitätsbericht und Nen-  
nung von Adressdaten sowie Zusatzinforma-  
tionen zum Krankenhaus.

## Klinikum Hannover – Geriatrisches Zentrum Hagenhof

Im Geriatrischen Zentrum Hagenhof werden zwei verschiedene Versorgungsaufträge unter einem Dach erfüllt. Ein Teil der Einrichtung steht mit stationären und teilstationären Plätzen für die weiterführende Rehabilitation zur Verfügung, der andere Teil für die akutmedizinische und früh rehabilitative Behandlung alter Menschen. Die Patienten erhalten im Rahmen einer interdisziplinären Behandlung bedarfsorientiert akutmedizinisch/früh rehabilitative Leistungen oder eine weiterführende Rehabilitation.

### Mobilität und größtmögliche Selbstständigkeit

Zu den Zielen der medizinisch rehabilitativen Behandlung zählt der Erhalt einer größtmöglichen Selbstständigkeit älterer Patienten auch bei Behinderungen und chronischen Erkrankungen. Neben der organmedizinischen Behandlung spielt daher im Geriatrischen Zentrum Hagenhof die Abklärung und Behandlung von Funktionseinschränkungen, die für eine unzureichende Selbstversorgungsfähigkeit der Patienten verantwortlich sind, eine besondere Rolle. Die oftmals mehrdimensionalen Problemkonstellationen älterer Menschen und ihre besonderen Bedürfnisse erhalten spezielle Aufmerksamkeit.

### Individualisierte Therapieplanung

Ein Charakteristikum des medizinischen Konzeptes stellt die geriatrische Bewertung dar. Das therapeutische Team entscheidet gemeinsam, welche die dringlichsten Probleme sind und stellt einen individuellen Behandlungsplan auf. Die Verantwortlichen machen sich ein umfassendes Bild von den Patienten, ihrer Hilfebedürftigkeit sowie ihrer mentalen Verfassung. Die Erkenntnisse werden statistisch ausgewertet und bestimmte Therapieformen bei verschiedenen Patientengruppen miteinander verglichen. Eine weitere Kernkompetenz liegt in der individualisierten prothetischen Versorgung. Die verschiedenen therapeutischen Bereiche Ergotherapie, Physiotherapie, Physikalische Therapie und Logopädie sind weitere Einrichtungen der Klinik. Angeschlossen ist eine Tagesklinik, in der Patienten therapeutische Leistungen ambulant erhalten.

### Für ein selbstbestimmtes Leben

Alle Mitarbeiter leisten ihren Beitrag, damit die Therapiepläne exakt und individuell auf jeden Fall angepasst werden. Damit gewährleisten die Verantwortlichen der Klinik, dass Patienten ein menschenwürdiges und größtenteils selbst bestimmtes Leben führen können.



**A-1.1 Klinikum Hannover – Geriatriisches Zentrum Hagenhof  
Klinik für Geriatrie**  
Rohdehof 3  
30853 Langenhagen  
Telefon (05 11) 73 00-02  
E-Mail [hagenhof@klinikum-hannover.de](mailto:hagenhof@klinikum-hannover.de)  
Internet [www.klinikum-hannover.de](http://www.klinikum-hannover.de)

#### Krankenhausführung:

#### Klinikreferentin

Renate von Fircks  
Telefon (05 11) 73 00-2 00,  
Telefax (05 11) 73 00-2 09  
E-Mail [renate.vonfircks.langenhagen@klinikum-hannover.de](mailto:renate.vonfircks.langenhagen@klinikum-hannover.de)

#### Sprecher der ärztlichen Klinikleitungen

Chefarzt Dr. med. Peter Bernhardt  
Telefon (05 11) 73 00-3 01  
Telefax (05 11) 73 00-3 06  
E-Mail [peter.bernhardt.langenhagen@klinikum-hannover.de](mailto:peter.bernhardt.langenhagen@klinikum-hannover.de)

#### Sprecherin der pflegerischen Klinikleitungen

Birgit Krukemeier  
Telefon (05 11) 73 00-6 00  
Telefax (05 11) 73 00-6 05  
E-Mail [birgit.krukemeier.langenhagen@klinikum-hannover.de](mailto:birgit.krukemeier.langenhagen@klinikum-hannover.de)

**A-1.2 Institutionskennzeichen:** 2603 21 224

**A-1.3 Träger:** Region Hannover

**A-1.4** Das Krankenhaus ist kein Akademisches Lehrkrankenhaus.

**A-1.5 Gesamtzahl der Betten:** 99

**A-1.6** Im Jahr 2004 wurden im Klinikum Hannover – Geriatriisches Zentrum Hagenhof 1.412 Patienten stationär behandelt, 114 in einer Tagesklinik, sowie 51 ambulante Behandlungen durchgeführt.

## A-1.7A Fachabteilungen des Klinikum Hannover – Geriatrisches Zentrum Hagenhof

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl der Betten	Zahl stationäre Fälle	Hauptabt. (HA) oder Belegabt. (BA)	Poliklinik/ Institutsambulanz ja/nein
0102	Akut-Geriatrie	34	488	HA	nein
0200	Rehabilitation	51	924	HA	nein
	Rehabilitation-Tagesklinik	14	114	HA	
<b>Gesamt</b>		<b>99</b>	<b>1.526</b>		

## A-1.7B Top-15-DRG\*

Rang	DRG		Fallzahl
1	B70	Schlaganfall	247
2	I62	Oberschenkelhals- oder Beckenbruch	209
3	I73	Nachbehandlung bei Krankheiten des Bindegewebes (z. B. nicht chirurgische Wiedereinrenkung einer Hüftgelenksentweichung)	177
4	I41	Behandlung von älteren, mehrfach erkrankten Patienten bei Krankheiten oder Behinderungen des Muskel-Skelett-Systems oder des Bindegewebes	125
5	F65	Erkrankung der Blutgefäße an Armen oder Beinen	88
6	B42	Erste Rehabilitationsmaßnahmen (= Frührehabilitation) bei Nervenkrankheiten	84
7	F45	Erste Rehabilitationsmaßnahmen (= Frührehabilitation) oder Behandlung von älteren, mehrfach erkrankten Patienten bei Kreislauferkrankungen	44
8	I68	Nicht operativ behandelte Krankheiten oder Verletzungen im Wirbelsäulenbereich (z. B. Lenden- und Kreuzschmerzen)	38
9	I75	Schwere Verletzung von Schulter, Arm, Ellbogen, Knie, Bein oder Sprunggelenk	27
10	B63	Altersschwachsinn (= Demenz, Alzheimer) oder sonstige chronische Krankheiten der Hirnfunktion	26
11	G67	Speiseröhrentzündung, Magen-Darm-Infekt oder verschiedene Krankheiten der Verdauungsorgane	22
12	I69	Knochen- und Gelenkkrankheiten (z. B. Polyarthrit, Hüft- oder Kniearthrose)	21
13	E41	Erste Rehabilitationsmaßnahmen (= Frührehabilitation) oder Behandlung von älteren, mehrfach erkrankten Patienten bei Atemwegserkrankungen	19
14	F62	Herzermüdung, d. h. Unvermögen des Herzens, den erforderlichen Blutausswurf aufzubringen (= Herzinsuffizienz) oder Kreislaufkollaps	16
15	L63	Infektionen der Harnorgane	14

\* Das Geriatrische Zentrum Hagenhof ist ein Krankenhaus mit zwei klinischen Bereichen. Es sind die häufigsten 15 DRG aufgeführt. Auf eine Darstellung der häufigsten 30 DRG für das Geriatrische Zentrum Hagenhof wurde bewusst verzichtet, weil sich daraus keine weiterführende Information über das Hauptleistungsspektrum ergibt.



- A 1.8 **Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote im Klinikum Hannover – Geriatrisches Zentrum Hagenhof**  
Akutmedizinische und früh rehabilitative Behandlung bei Herz-Kreislauf-erkrankungen, Schlaganfällen, Lungenerkrankungen, Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen, Amputation und Wundheilungsstörungen.

Rehabilitative geriatrische Komplexbehandlung bei Funktionsdefiziten, wie Lähmungen, Gangstörungen, Bewusstseinsstörungen, Gedächtnisstörungen, Schluckstörungen und Sprachstörungen.

Ganzheitliche Betrachtung der Erkrankungen des alten Menschen mit entsprechender Bewertung in den Bereichen Selbstversorgung, Mobilität, Gedächtnisstörungen, Sprachstörungen und soziale Eingliederung.

- A-1.9 **Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Ermächtigungsambulanzen		Arzt
Geriatric		Dr. Linda Mull
Privatambulanz		
Geriatric		Dr. Linda Mull
Weitere ambulante Behandlungsmöglichkeiten		
Ergotherapie		

- A-2.0 **Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen der berufsgenossenschaftlichen Verfahren**  
Im Klinikum Hannover – Geriatrisches Zentrum Hagenhof werden keine berufsgenossenschaftlichen Behandlungen durchgeführt.

## A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

### A-2.1.1 Apparative Ausstattung

	vorhanden (ja/nein)	Verfügbarkeit 24 Std. sichergestellt (ja/nein)
Laufband mit dynamischer Gewichtsentlastung – Differenziertes Gehtraining mit variabler Entlastung u.a. nach Schenkelhalsfrakturen	ja	ja
Motomed-Geräte – Mobilisations- und Kräftigungsübungen von Armen und/oder Beinen	ja	ja
„Easy Walk“-Anlage ermöglicht frühen Beginn eines Gehtrainings auch für schwer betroffene Patienten	ja	ja
Balance-Master – Erlernen von verschiedenen Belastungsmodalitäten, Konzentrationstraining	ja	ja
Universalturm-Zugapparat – selbstständige Muskelkräftigung des Schulter-, Arm- und Rumpfbereichs	ja	ja
Stehbarren – Mobilisation und Herz-Kreislauftraining bei schwerer körperlich eingeschränkten Patienten	ja	ja
Stehbett – Ermöglicht bettlägerigen Patienten den frühen Beginn eines Herz-Kreislauftrainings	ja	ja
Schlingentisch – ermöglicht die Mobilisation und Kräftigung von Armen/Beinen sowie Rumpf unter Entlastung	ja	ja
ELEX-Gerät – zur Therapie visueller Lese- und Explorationsstörungen bei Gesichtsfeldausfällen und Neglect	ja	ja
Übungs-Küchenraum – zum Erlernen einer weitestgehenden Unabhängigkeit (mit Hilfsmitteln) bei körperlicher Einschränkung	ja	ja
Übungs-Badezimmer – zum Erlernen einer weitestgehenden Unabhängigkeit beim Duschen/Baden (mit Hilfsmitteln) bei körperlicher Einschränkung	ja	ja

	vorhanden (ja/nein)	Verfügbarkeit 24 Std. sichergestellt (ja/nein)
Therapiegarten	ja	ja
Echokardiografie	ja	ja
Elektrokardiogramm (EKG)	ja	ja
Endoskopie	ja	ja
Lungenfunktionsprüfung	ja	ja
Mobility clinic (Erlernen von Gehen nach langer Krankheit, z. B. Schlaganfall))	ja	ja
Laufband mit dynamischer Gewichtsentlastung	ja	ja
Motomed-Geräte (z.B. Fahrradergometer)	ja	ja
Easy-walk-Anlage (Lauftraining im Sicherheitsgurt)	ja	ja
Röntgen – konventionell	ja	ja
Sonografie	ja	ja
Sonografie (Dopplersonografie/Erwachsene)	ja	ja
Sonografie (Duplexsonografie)	ja	ja
Reizstromtherapiegerät	ja	ja
Allergietestungen	nein*	ja
Apnoediagnostik	nein*	ja
Arthroskopie	nein*	ja
Beatmungsgeräte	nein*	ja
Bronchoskopie	nein*	ja
Computertomografie (CT)	nein*	ja
Dermatohistopathologie	nein*	ja
Dialyse	nein*	ja
Diagnostik Maligne Hyperthermie	nein*	ja
Eigenblutspende	nein*	ja
Elektroenzephalogramm (EEG)	nein*	ja
Elektromyografie (EMG)	nein*	ja
Elektronenmikroskopie	nein*	ja
Endoskopie / ERCP	nein*	ja
Endoskopische Krampfaderchirurgie (SEPS)	nein*	ja

	vorhanden (ja/nein)	Verfügbarkeit 24 Std. sichergestellt (ja/nein)
Endoskopie / Videoendo- skopie	nein*	ja
Evozierte Potenziale (AEP/ SEP/MEP)	nein*	ja
Extrakorporale Stoßwellen- lithotrypsie (ESWL)	nein*	ja
Hämofiltration	nein*	ja
Herzkatheterlabor	nein*	ja
Hochfrequenzchirurgie	nein*	ja
Hörtestgeräte (für Neu- geborene)	nein*	ja
Hörtestgeräte (u.a. mobil)	nein*	ja
Inkubator	nein*	ja
Kardiotokografie (Wehen- schreiber)	nein*	ja
Laser (zur Therapie)	nein*	ja
Laser (zur Operation)	nein*	ja
Magnetresonanztomografie (MRT)	nein*	ja
Mikrografisch kontrollierte Chirurgie	nein*	ja
Multifunktionsbetten Kreiß- saal	nein*	ja
Narkoseanlagen	nein*	ja
Phlebografie	nein*	ja
Phlebochirurgie	nein*	ja
pH-Metrie/Manometrie	nein*	ja
Fototherapie	nein*	ja
Plasmapherese	nein*	ja
Radiowellenchirurgie	nein*	ja
Reanimationseinheiten für Neugeborene	nein*	ja
Rhinomanometrie	nein*	ja
Röntgen – Angiografie	nein*	ja
Röntgen – DSA (Digitale Sub- traktionsangiografie)	nein*	ja
Röntgen – Durchleuchtung	nein*	ja
Röntgen – Mammografie	nein*	ja

	vorhanden (ja/nein)	Verfügbarkeit 24 Std. sichergestellt (ja/nein)
Säuglingsmonitoring	nein*	ja
Schlaflabor	nein*	ja
Schmerztherapiepumpen	nein*	ja
Sonografie (Hüfte bei Neu- geborenen)	nein*	ja
Sonografie (Brustdrüse)	nein*	ja
Sonografie (fetale Doppler- sonografie)	nein*	ja
Sonografie (transrektale Sono- grafie)	nein*	ja
Sonografie (Vaginalsono- grafie)	nein*	ja
Ultraschallchirurgie	nein*	ja
Ureteroskopie	nein*	ja
Ureterorenoskopie	nein*	ja
Urodynamik Messplatz	nein*	ja
UV-Belichtungsplätze	nein*	ja

\* Die mit einem Stern gekennzeichneten Apparate stehen an anderen Krankenhäusern in der Trägerschaft der Region Hannover in vollem Umfang zur Verfügung und werden in enger organisatorischer und fachlicher Kooperation genutzt.

## A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

	vorhanden (ja/nein)	Verfügbarkeit 24 Std. sichergestellt (ja/nein)
Alltagsorientiertes Training	ja	ja
Arbeitstherapie	ja	ja
Chemotherapie (ambulant/ stationär)	ja	ja
Diabetiker-Schulung	ja	ja
Diättherapie	ja	ja
Einzelpsychotherapie	ja	ja
Endoskopie / ERCP	ja	ja
Ergotherapie <sup>1</sup>	ja	ja
Logopädie	ja	ja
Neuropsychologisches Training	ja	ja
Physikalische Therapie	ja	ja
Physiotherapie <sup>2</sup>	ja	ja
Psychosoziale Beratung	ja	ja
Reizstromtherapie	ja	ja
Schlingentisch	ja	ja
Schmerztherapie	ja	ja
Sozialtraining	ja	ja
Akkupunktur-Sprechstunde	nein*	ja
Allergie-Hyposensibilisie- rungen	nein*	ja
Allergietestungen	nein*	ja
Arthroskopie	nein*	ja
Bronchoskopie	nein*	ja
Dialyse	nein*	ja
Eigenblutspende	nein*	ja
Elternschule (Geburtshilfe)	nein*	ja
Ernährungsberatung	nein*	ja
Extrakorporale Stoßwellen- lithotrypsie (ESWL)	nein*	ja
Gruppenpsychotherapie	nein*	ja
Herzkatheterlabor	nein*	ja
Immunologisches Labor	nein*	ja
Laser (Operation)	nein*	ja
Lasertherapie	nein*	ja
Lichttherapie	nein*	ja

	vorhanden (ja/nein)	Verfügbarkeit 24 Std. sichergestellt (ja/nein)
Thrombolyse	nein*	ja
Mikrografisch kontrollierte Chirurgie	nein*	ja
Neurodermitisschulung	nein*	ja
Periradikuläre Therapie (PRT) CT-gesteuert	nein*	ja
Phlebochirurgie	nein*	ja
Phlebografie	nein*	ja
Fotodynamische Therapie	nein*	ja
Foto-Lichttherapie	nein*	ja
Fototherapie	nein*	ja
Psychoedukation	nein*	ja
Psychotherapie – ambulant	nein*	ja
Psychiatrische Vor- und Nachsorge	nein*	ja
Radiowellenchirurgie	nein*	ja
Sehschule	nein*	ja
Sentinel-Lymphknoten- diagnostik	nein*	ja
Sozio-Therapie	nein*	ja
Sportmedizin	nein*	ja
Strahlentherapie	nein*	ja
Stroke-Unit	nein*	ja
Suchtnachsorge	nein*	ja
Systemische psychiatrische Behandlung	nein*	ja
Transurethrale Resektion – Blase/Prostata	nein*	ja
UV-Therapie	nein*	ja
Verhaltenstherapie	nein*	ja

1 U.a. nach Bobath, Affolter und Perfetti.

2 U.a. nach Bobath, der funktionellen Bewegungslehre (FNL) und der prozeptiven neuromuskulären Förderung (PNF).

\* Die mit einem Stern gekennzeichneten therapeutischen Möglichkeiten stehen an anderen Krankenhäusern in der Trägerschaft der Region Hannover für die Therapie in vollem Umfang zur Verfügung und werden in enger organisatorischer und fachlicher Kooperation genutzt.

## B-1.1 Geriatrisches Zentrum Hagenhof – Akutgeriatrie

Chefarzt Dr. med. Peter Bernhardt

## B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum:

Akut-medizinische und frührehabilitative Behandlung bei Herz-Kreislauf-erkrankungen, Schlaganfällen, Blutzuckererkrankung, Lungenerkrankungen, Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen, Amputation und Wundheilungsstörungen.

Frührehabilitative geriatrische Komplexbehandlung bei Funktionsdefiziten, wie Lähmungen, Gangstörungen, Bewusstseinsstörungen, Gedächtnisstörungen, Schluckstörungen und Sprachstörungen.

## B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte:

Wundversorgung und Management, insbesondere bei chronischen Wunden bei Gefäßerkrankungen, Krampfadergeschwüren sowie nach Operationen.

## B-1.4 Weitere Leistungsangebote:

Physiotherapeutische und ergotherapeutische Behandlung

## B-1.5 TOP-10-DRG

Rang	DRG		Fallzahl
1	I41	Behandlung von älteren, mehrfach erkrankten Patienten bei Krankheiten oder Behinderungen des Muskel-Skelett-Systems oder des Bindegewebes	97
2	B42	Erste Rehabilitationsmaßnahmen (= Frührehabilitation) bei Nervenkrankheiten	71
3	F45	Erste Rehabilitationsmaßnahmen (= Frührehabilitation) oder Behandlung von älteren, mehrfach erkrankten Patienten bei Kreislaufkrankungen	43
4	G67	Speiseröhrenentzündung, Magen-Darm-Infekt oder verschiedene Krankheiten der Verdauungsorgane	21
5	E41	Erste Rehabilitationsmaßnahmen (= Frührehabilitation) oder Behandlung von älteren, mehrfach erkrankten Patienten bei Atemwegserkrankungen	19
6	I73	Nachbehandlung bei Krankheiten des Bindegewebes (z.B. nicht chirurgische Wiedereinrenkung einer Hüftgelenksentweichung)	17
7	B70	Schlaganfall	16
8	F62	Herzermüdung, d.h. Unvermögen des Herzens, den erforderlichen Blutausswurf aufzubringen (= Herzinsuffizienz) oder Kreislaufkollaps	15
9	L63	Infektionen der Harnorgane	14
10	F65	Erkrankung der Blutgefäße an Armen oder Beinen	12



### B-1.6 TOP-10-ICD

Rang	ICD		Fallzahl
1	M96	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach langwierigen Krankheitsverläufen	97
2	I63	Hirnfarkt (Schlaganfall)	58
3	I50	Herzschwäche	30
4	I70	Gefäßverkalkung	29
5	F05	Delir, nicht durch Alkohol bedingt	18
6	A09	Durchfall und Magenschleimhautentzündung vermutlich infektiöser Herkunft	15
7	J18	Lungenentzündung mit unbestimmtem Erreger	14
7	N39	Andere Erkrankungen des Harnwegsystems	14
8	F01	Nicht altersbedingte Demenz (vaskuläre Demenz)	10
9	E11	Altersdiabetes (= TYP-II-Diabetes)	9

### B-1.7 TOP-10-OPS Maßnahmen und Diagnostik

Rang	OPS		Fallzahl
1	8-550	Komplexe Frührehabilitationsbehandlung alter Menschen	340
2	8-854	Blutwäsche (Dialyse)	68
3	3-200	Schichtrontgenaufnahme des Schädels	63
4	8-390	Lagerungsbehandlung zur Entlastung geschädigter Extremitäten und Lagerung zur Verhinderung von Druckstellen	53
5	1-632	Spiegelung von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm zur Diagnosefindung	48
6	8-800	Blutübertragung	38
7	1-440	Spiegelung des oberen Verdauungstrakts, der Gallengänge und der Bauchspeicheldrüse mit Probenentnahme	14
8	9-310	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	12
9	3-802	Schichtuntersuchung der Wirbelsäule (Kernspin)	9
10	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	8

### B-1.1 Geriatrisches Zentrum Hagenhof – Rehabilitation

Chefarzt Dr. med. Peter Bernhardt

### B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum:

Vollstationäre und teilstationäre Rehabilitation für häufig vorkommende Funktionseinschränkungen nach Erkrankungen, wie Operation nach Oberschenkelhalsbruch, nach Amputationen, bei Schüttellähmung und Demenz etc.

Altersmedizinische Frührehabilitation bei den o.g. Erkrankungen mit gleichzeitig bestehender Herzschwäche, Lungenentzündung, Zuckererkrankung, Bluthochdruck und Harnwegsentzündungen.

### B-1.5 TOP-10-Behandlungsfälle

Rang		Fallzahl
1	B70 Schlaganfall	231
2	I62 Oberschenkelhals- oder Beckenbruch	207
3	I73 Nachbehandlung bei Krankheiten des Bindegewebes (z. B. nicht chirurgische Wiedereinrenkung einer Hüftgelenksentweichung)	160
4	F65 Erkrankung der Blutgefäße an Armen oder Beinen	76
5	I68 Nicht operativ behandelte Krankheiten oder Verletzungen im Wirbelsäulenbereich (z. B. Lenden- und Kreuzschmerzen)	31
6	I41 Behandlung von älteren, mehrfach erkrankten Patienten bei Krankheiten oder Behinderungen des Muskel-Skelett-Systems oder des Bindegewebes	28
7	I75 Schwere Verletzung von Schulter, Arm, Ellbogen, Knie, Bein oder Sprunggelenk	27
8	I69 Knochen- und Gelenkkrankheiten (z. B. Polyarthrit, Hüft- oder Kniearthrose)	21
9	B63 Altersschwachsinn (= Demenz, Alzheimer) oder sonstige chronische Krankheiten der Hirnfunktion	17
10	B42 Erste Rehabilitationsmaßnahmen (= Frührehabilitation) bei Nervenkrankheiten	13

### B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte:

Ganzheitliche Betrachtung der Erkrankungen des alten Menschen mit entsprechender Bewertung in den Bereichen Selbstversorgung, Mobilität, Gedächtnisstörungen, Sprachstörungen und soziale Eingliederung

### B-1.4 Weitere Leistungsangebote:

Wohnortnahe rehabilitative Maßnahmen in der Tagesklinik; ambulante physiotherapeutische und ergotherapeutische Behandlung



### B-1.6 TOP-10-ICD

Rang	ICD	Fallzahl	
1	S72	Bruch des Oberschenkels	224
2	I63	Hirnfarkt (Schlaganfall)	185
3	M96	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach langwierigen Krankheitsverläufen	166
4	I70	Gefäßverkalkung	55
5	I64	Schlaganfall ohne Blutung	39
6	S32	Bruch der Lendenwirbelkörper und des Beckens	34
7	S42	Bruch des Oberarmes- und der Schulter	26
8	I73	Sonstige Gefäßkrankheiten der Arme und Beine	17
9	I69	Folge von Hirngefäßkrankungen	15
10	I61	Hirnblutung	12

### B-1.7 TOP-10-OPS Operative Prozeduren

Die im Geriatrischen Zentrum Hagenhof durchgeführten Eingriffe und Maßnahmen sind in der Liste der Klinik für Geriatrie – Akutgeriatrie zusammengefasst und werden hier nicht gesondert aufgeführt.

## B-2.1– Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V und andere ambulante Leistungen

B-2.3 Im Klinikum Hannover – Geriatriisches Zentrum Hagenhof werden gemäß des dort vorgehaltenen Leistungsspektrums keine ambulanten Operationen nach §115b SGB V durchgeführt, so dass für das Berichtsjahr 2004 keine Angaben gemacht werden können. Dies gilt ebenso für die unter B-2.3 erfragten ambulanten Leistungen in Spezialambulanzen.

## B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst im Klinikum Hannover – Geriatriisches Zentrum Hagenhof

Abteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl der Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
Gesamt	10	6	4

### Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis

Weiterbildungsbefugnis für	Name	Jahre
Innere Medizin	Ltd. Oberärztin Dr. Linda Mull	2 Jahre

## B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst im Klinikum Hannover – Geriatriisches Zentrum Hagenhof

Abteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt	Anteil der examinierten Pflegekräfte (3 J.) in %	Anteil der Pflegekräfte mit entsprechender FWB (3 J. + FWB) in %	Anteil Krankenpflegehelfer (1J.) in %
	50	92 %		8%
Akut-Geriatrie				ohne Examen
<b>Vollkräfte Gesamt</b>	<b>39,12</b>			

### Das Geriatriische Team – weitere Qualifikationen

Konstituierendes Element der medizinischen-rehabilitativen Behandlung ist der tägliche Einsatz des geriatrischen Teams. Es besteht aus Ärzten, Pflegekräften, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, (Neuro-)Psychologen und Sozialarbeitern.

Die Behandlungsleitung und Koordination des geriatrischen Teams liegt in fachärztlicher Hand. Den Ärzten obliegt das umfassende Fall- und Teammanagement. Aufgrund der vielfältigen und zumeist fächerübergreifenden Anforderungen (internistische, neurologische, psychiatrische, orthopädische, rehabilitative, psychosoziale Problemkonstellationen) verfügen mehrere Fachärzte des Hagenhofs über die Zusatzqualifikation Klinische Geriatrie.

Zusätzliche Personalqualifikation		
Ergotherapeuten	9	Davon 8 mit anerkanntem Fortbildungszertifikat der Bobath-Therapie Davon 9 mit Therapiefortbildung neuropsychologischer Störungen Davon 3 mit Therapiefortbildung nach Affolter und Perfetti
Physiotherapeuten	8,5	Davon 7 mit anerkanntem Fortbildungszertifikat der Bobath-Therapie Davon 3 mit anerkanntem Fortbildungszertifikat der PNF (prozeptive neuromuskuläre Förderung) Davon 8,5 mit Therapiefortbildungen z. B. HODT (handlungsorientierte Diagnostik und Therapie) oder Funktioneller Bewegungslehre usw.
Sprachtherapeuten / Logopäden	2,5	Davon 2,5 mit Therapie-Fortbildungen: z. B. HODT (handlungsorientierte Diagnostik und Therapie), Aphasiediagnostik, Therapie von Schluckstörungen usw.
Dipl. Psychologen	1	Mit approbierter klinischer Qualifikation
Staatlich anerkannte Bade- meister und Masseur	2	Davon 1 mit anerkanntem Fortbildungszertifikat Lymphdrainage
Dipl. Sozialpädagoginnen	2	Sozialarbeit / Entlassungsmanagement

## C Qualitätssicherung

- C-1- Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V,  
C-5 bei ambulantem Operieren, nach landesrechtlichen Vereinbarungen und in Disease Management Programmen

Für das Geriatriische Zentrum Hagenhof sind gemäß des Leistungsspektrums und Versorgungsauftrags keine gesetzlich verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen und Mindestmengenvereinbarungen definiert, sodass an dieser Stelle keine Darstellung erfolgen kann.

Über die freiwillige externe Qualitätssicherung im Rahmen der multizentrischen Dokumentation der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. (GEMIDAS) wird im Kapitel E-2 berichtet.



Qualitätspolitik ist die Gesamtheit der Maßnahmen, die Leitung, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser des Klinikum Hannover ergreifen, um Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, Patienten- bzw. Kundenzufriedenheit, Wirtschaftlichkeit, Mitarbeiterzufriedenheit und gesellschaftliches Ansehen der Organisation zu fördern. Die Qualitätspolitik sollte alle wesentlichen Aktivitäten des Unternehmens erfassen. Sie hat Leitbildfunktion und trägt dazu bei, den Bestand des Unternehmens langfristig zu sichern und Arbeitsplätze zu erhalten.

Aus der Qualitätspolitik leiten sich Qualitätsziele ab, deren Erreichen durch jeweils geeignete Qualitätsindikatoren messbar gemacht werden können.

#### Unternehmensziel:

Ziel aller Aktivitäten des Klinikum Hannover ist es, gemäß dem gesetzlichen Auftrag nach § 12 SGB V für die Menschen der Stadt und der Region Hannover und darüber hinaus medizinische Dienstleistungen in Diagnostik, Therapie, Pflege und allgemeinem Service wirtschaftlich und in hoher Qualität, nach dem jeweiligen Stand wissenschaftlicher Erkenntnis, zu erbringen und den Wünschen bzw. Erfordernissen seiner Kunden gerecht zu werden.

Kunden sind insbesondere:

- Patientinnen und Patienten
- Angehörige und Besucher
- einweisende Ärzte
- Krankenkassen
- Vertragspartner
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

#### Haltung gegenüber Kunden:

Gegenüber ihren Kunden, insbesondere gegenüber Patientinnen und Patienten, achten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Klinikum Hannover auf die Wahrung der menschlichen Würde, der Autonomie, der Verschwiegenheit, der Privat- und Intimsphäre. Dies gilt in besonderem Maße für den Umgang mit sterbenden Patientinnen und Patienten.

#### Mitarbeiterorientierung:

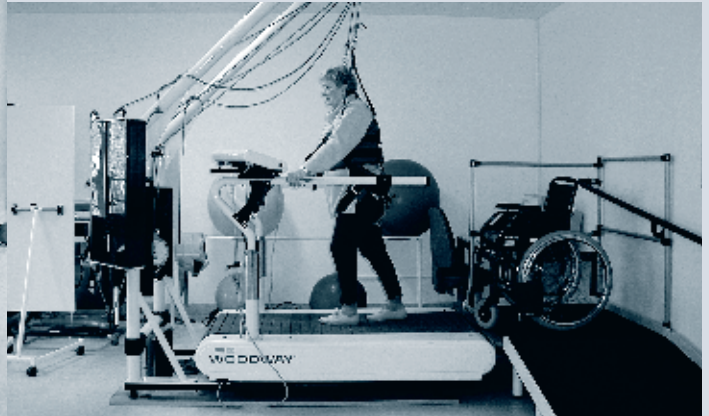
Unternehmensführung und Leitungen führen ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werte-, ziel- und ergebnisorientiert und arbeiten mit ihnen kooperativ zusammen. Die berufliche und persönliche Weiterentwicklung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und deren Kreativität wird mit den Entwicklungsplanungen des Unternehmens abgestimmt und unterstützt.

#### Medizinisches Leistungsangebot:

Unternehmensführung, Leitungen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Klinikum Hannover sind bestrebt, das medizinische Leistungsangebot entsprechend dem Fortschritt der wissenschaftlichen Erkenntnis und der sich wandelnden Patientenerwartungen weiter zu entwickeln. Sie kooperieren hierzu auch mit anderen Leistungsanbietern.

#### Professionalität:

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Berufsgruppen und Hierarchieebenen achten die gegenseitige Professionalität, den jeweiligen Beitrag zur Verwirklichung der Unternehmensziele und tragen durch ihr Verhalten zur gegenseitigen Motivationssteigerung und zur



Stärkung des Selbstwertgefühls des Einzelnen bei. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Leitungsfunktion nehmen ihre Vorbildfunktion wahr. Unternehmensführung, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verpflichten sich zu kontinuierlichem Lernen bezogen auf die Inhalte ihrer jeweiligen Berufsgruppe als auch im Hinblick auf die innerbetriebliche Kultur.

#### **Umgang mit Fehlern:**

Ziel ist es, Fehler durch Qualifizierung und durch Maßnahmen der Struktur- und Prozessqualität bestmöglich zu vermeiden. Dennoch auftretende Fehler werden analysiert, um durch geeignete Maßnahmen eine Wiederholung zu verhindern.

#### **Umgang mit dem Budget:**

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Klinikum Hannover verpflichten sich zu einem treuhänderischen Umgang mit aus Kassenbeiträgen der Patientinnen und Patienten bzw. von der Öffentlichen Hand bereit gestellten Mitteln sowie zum pfleglichen und werterhaltenden Umgang mit Sachmitteln. Sie sind bemüht, hierfür den größtmöglichen gesundheitlichen Nutzen für die Patientinnen und Patienten zu erwirtschaften.

#### **Unternehmensinterne Kooperation:**

Innerhalb und über die Standortgrenzen hinaus arbeiten die Berufs- und Fachgruppen zusammen, unterstützen sich durch Wissens- und Erfahrungsaustausch und in der Bewältigung akuter Engpässe im Interesse des Gesamtunternehmens.

#### **Gesetzliche Vorschriften:**

Unternehmensführung, Leitungen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Klinikum Hannover verpflichten sich zur Beachtung und Umsetzung gesetzlicher Sicherheits-, Melde- und Schutzvorschriften gegenüber Kunden, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

#### **Aus-, Fort- und Weiterbildung:**

Neben der Patientenbehandlung sieht sich das Klinikum Hannover der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verpflichtet. Er sieht hierin eine wesentliche Grundlage seiner eigenen Zukunftssicherung.

#### **Wissenschaftlicher Auftrag:**

Das Klinikum Hannover sieht einen wissenschaftlichen Auftrag in der medizinischen Versorgungs- und Therapieforschung und beteiligt sich hierzu an Forschungsprojekten zur Optimierung von Diagnostik, Therapie und Pflege in enger Zusammenarbeit mit externen Partnern.

#### **Umwelt und Gesellschaft:**

Das Klinikum Hannover berücksichtigt bei seinen Aktivitäten die Belange des Umweltschutzes, des sorgsam und schonenden Umgangs mit natürlichen Ressourcen, der Sicherung der Lebensgrundlage künftiger Generationen und der berechtigten Belange und Anliegen anderer gesellschaftlicher Bereiche.

## E-1 **Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements**

Unter Bezugnahme der gesetzlichen Anforderungen und unter Bezugnahme auf das Unternehmensziel „Leitung und Mitarbeiter verpflichten sich zur kontinuierlichen Entwicklung eines Qualitätsmanagements“ wurde zur Umsetzung des genannten Unternehmenszieles ein übergeordnetes zentrales Gremium mit Anbindung an das Direktorium des Klinikum Hannover eingerichtet.

Diese Zentrale Kommission Qualitätsmanagement hat das Ziel, dem Teilziel des Gründungsleitbildes folgend, im Klinikum Hannover die Einführung eines Qualitätsmanagements entscheidungsvorbereitend zu beraten und aktiv zu gestalten.

Die QM-Kommission setzt sich aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus den verschiedenen Berufsgruppen der einzelnen Krankenhäuser zusammen, die in der Regel eine QM-Qualifikation besitzen oder dabei sind zu erwerben.

Die QM-Kommission initiiert, berät und fördert nach Abstimmung mit dem Direktorium und in Kooperation mit der QM-Stabstelle die QM-Weiterbildung, QM-Vorhaben und QM-Aktivitäten im Klinikum Hannover. Sie hält Kontakte zu den mit Qualitätsmanagement befassten dezentralen Arbeitsgruppen in den einzelnen Krankenhäusern.

Die Mitglieder der QM-Kommission stellen die Verbindung zentral und dezentral her und beraten die einzelnen Krankenhäuser in QM-Angelegenheiten.

Sie vermitteln die QM-Anliegen des Klinikum Hannover an die verantwortlichen Instanzen in den einzelnen Krankenhäusern und deren lokale Anliegen in die QM-Kommission.

## E-2 **Qualitätsbewertung**

In dem mehrdimensionalen Aufgabenfeld der Geriatrie lassen sich einzelne Indikatoren der Ergebnisqualität nur bedingt herausstellen. Dennoch kann ein Beitrag zur Evaluation der Ergebnisqualität und Bewertung durch externe Vergleiche und die kontinuierliche kritische Diskussion verschiedener Kennwerte geleistet werden.

Im Berichtszeitraum erfolgten Bewertungen der Ergebnisqualität anhand externer Vergleiche, interner Selbstbewertungen und einer Patientenumfrage, welche im Folgenden dargestellt werden:

- I. Das Geriatrie Minimum Data Set (Gemidas)
- II. Bewertung der Rate der Neueinweisungen
- III. Patientenumfrage zur Zufriedenheit

### I. **Das Geriatrie Minimum Data Set (Gemidas)**

Eine externe Bewertung von definierten Qualitätsindikatoren findet über die freiwillige Teilnahme an der multizentrischen Dokumentation der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrie Einrichtungen e.V. im Rahmen der Erfassung des Geriatrie Minimum Data Sets statt.

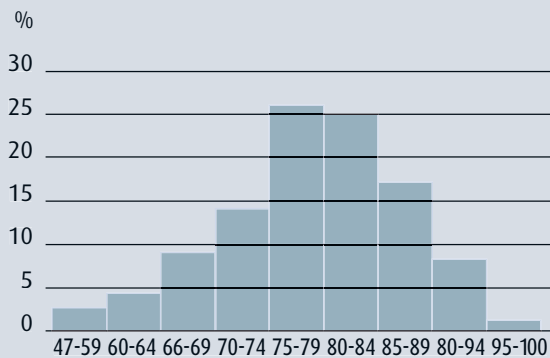


Abbildung 1: Patienten nach Altersgruppen

Zu den Grundlagen der Qualitätssicherung gehört die systematische Selbstbeobachtung. Mit Gemidas wurde daher ein Minimaldatensatz spezifiziert, der es erlaubt, grundlegende Informationen zu Merkmalen, Verläufen und Behandlungsergebnissen bei geriatrischen Patienten in der täglichen Routine zu erheben und quartalsweise oder jährlich zu analysieren. Mit Hilfe von standardisierten Bewertungsverfahren (Assessments) bewertet beispielsweise der Pflegedienst am Anfang und am Ende der Behandlung die Selbständigkeit der Patienten beim Essen, Waschen, Anziehen, Toilettengang usw. Die Physiotherapeuten begutachten die Balance, das Gangbild und die Gehgeschwindigkeit. Die Daten dienen sowohl der internen als auch der externen Qualitätssicherung, an der etwa 70 Geriatrische Einrichtungen aus ganz Deutschland teilnehmen. Die folgenden Daten stammen aus der Auswertung des Geriatrischen Minimum Data Sets der eigenen Klinik.

### Das Alter der Patienten

Die Altersspanne der behandelten Patienten erstreckte sich im Jahr 2004 von 47 bis 100 Jahren. Das durchschnittliche Alter lag bei 78 Jahren. Abbildung 1 zeigt die Häufigkeit verschiedener Altersgruppen.

### Auf welchem Weg kamen die Patienten in die geriatrische Klinik?

91 Prozent der Patienten kamen aus einem vorbehandelnden Krankenhaus, von diesen 75 Prozent aus Häusern des Klinikum Region Hannover, der Rest aus den hannöverschen Stiftungen, aus der Medizinischen Hochschule und anderen Krankenhäusern.

### Wo lebten die Patienten vor dem Krankenhausaufenthalt und wohin wurden sie entlassen?

Über 90 Prozent der betagten Patienten, die im Jahr 2004 im Geriatrischen Zentrum Hagenhof behandelt wurden, lebten vor dem Krankenhausaufenthalt in einem Privathaushalt.

Wo lebten die Patienten vor Beginn der stationären Behandlung?	Häufigkeit
Privathaushalt	92%
Betreutes Wohnen	3%
Pflegeheim	3%
Kurzzeitpflege	1%
Sonstige Einrichtungen	1%

Tabelle 1: Wohnsituation vor und nach dem Krankenhausaufenthalt

Wohin wurden die Patienten entlassen?	Häufigkeit
Privathaushalt	64%
Betreutes Wohnen	3%
Pflegeheim	15%
Kurzzeitpflege	3%
Sonstige Einrichtungen	1%
Verlegung in ein anderes Krankenhaus	13%
Gestorben	1%

Behandlungsanlass	Häufigkeit
Frakturen, insbesondere beckennahe Frakturen, Gelenkersatz u. ä.	34% (376)
Schlaganfall und andere neurologische Erkrankungen	31% (348)
Immobilität bei/nach anderen schweren Erkrankungen	26% (293)
Amputation eines Beines unter- oder oberhalb des Knies	9% (102)
<b>Insgesamt</b>	<b>100% (1.119)</b>

Tabelle 2: Anlass der Behandlung

86 Prozent der Patienten wurden regulär entlassen, d. h. nach Hause, in die Kurzzeitpflege oder ein Pflegeheim. 13 Prozent wurden vorzeitig aufgrund einer akuten Komplikation in ein anderes Krankenhaus verlegt und 1 Prozent starb während des Aufenthaltes.

#### **Anlass der medizinisch-rehabilitativen Behandlung**

Aus welchem Grund war die medizinisch-rehabilitative Behandlung erforderlich? Die Nachbehandlung unfallchirurgisch versorgter Patienten, besonders nach beckennahen Frakturen, stand an erster Stelle. Fast gleich groß war die Gruppe der Patienten, die einen Schlaganfall erlitten oder andere neurologische Erkrankungen durchgemacht hatte. Die dritte Gruppe bildeten Patienten mit Immobilität nach anderen schweren Erkrankungen und meist langen Krankenhausaufenthalten. An vierter Stelle standen Patienten, die nach einer Amputation eines, manchmal sogar beider Beine, im GZH medizinisch versorgt und rehabilitativ behandelt wurde.

#### **Multimorbidität**

Viele der älteren Patienten leiden nicht nur an einer, sondern an mehreren (chronischen) Krankheiten gleichzeitig (Multimorbidität). Eine zentrale Aufgabe der Ärzte ist daher die differenzierte und abgewogene medikamentöse Einstellung der Patienten. Die Tabelle 3 (Seite 26) gibt einen Überblick über behandlungsrelevante Erkrankungen der Patienten, je nach Anlass, der die Patienten in die Klinik geführt hat.

#### **Fähigkeiten der Patienten bei Aufnahme und Entlassung**

Im Folgenden wird über die funktionellen Fähigkeiten der Patienten bei Beginn und am Ende der medizinisch-rehabilitativen Behandlung informiert. Die Daten beziehen sich auf diejenigen Patienten, die regulär entlassen wurden (vgl. Tabelle 1). Vorzeitig aufgrund einer Komplikation verlegte oder verstorbene Patienten sind daher in den Daten nicht enthalten.

#### **Selbständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens (Barthel-Index)**

Der größte Teil der Patienten kam im Jahr 2004 mit mittelschweren bis mittleren Einschränkungen der Selbsthilfefähigkeit in die Klinik. Ein Drittel der Patienten hatten jedoch auch sehr schwere oder schwere Beeinträchtigungen.

Behandlungsrelevante Erkrankungen der Patienten (Auswahl; in Klammern: ICD-10-Code)	Anlass der medizinischen-rehabilitativen Behandlung			
	Frakturen, bes. beckennahe Frakturen, Gelenkersatz (n = 376)	Schlaganfall, andere neurologische Erkrankungen (n = 348)	Immobilität bei anderen Erkrankungen (n = 293)	Amputation unterer Extremitäten (n = 102)
Bluthochdruck (I10–I15)	67%	80%	70%	76%
Hirndurchblutungsstörungen (I60–I69)	15%	81%	22%	14%
Zuckerkrankheit (E10–E14)	21%	34%	29%	53%
Herzschwäche (I50)	30%	18%	38%	24%
Herzkranzverkalkung (I20–I25)	22%	24%	38%	37%
Niereninsuffizienz (N17–N19)	16%	20%	41%	33%
Herzrythmusstörungen (I46–I49)	18%	28%	33%	17%
Krankheiten des Harnsystems (N30–N39)	16%	22%	24%	12%
Demenz u. ä. (F00, F01, F03, F06, F07)	20%	11%	14%	10%
Arthrose (M15–M19)	19%	11%	16%	5%
Osteoporose (M80–M85)	23%	7%	15%	2%
Arterienverkalkung, pAVK (I70, I73)	9%	13%	21%	95%
Chronische Krankheiten der Atemwege (J40–J47)	9%	8%	21%	7%
Stoffwechselerkrankungen (E71, E75, E78, E88)	5%	16%	10%	13%
Parkinson-Syndrom (G20, G21)	8%	5%	7%	–

Tabelle 3: Behandlungsanlass und Multimorbidität

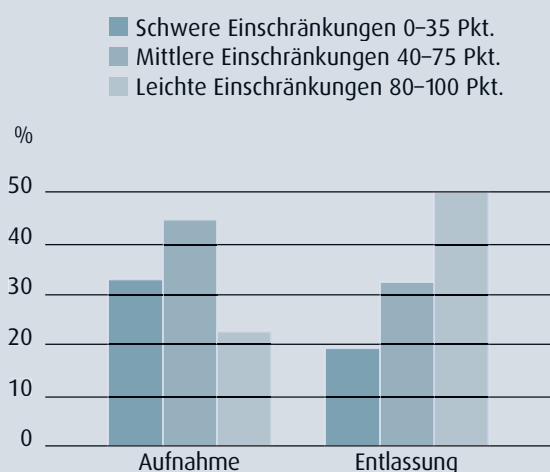


Abbildung 2: Selbsthilfefähigkeit der Patienten

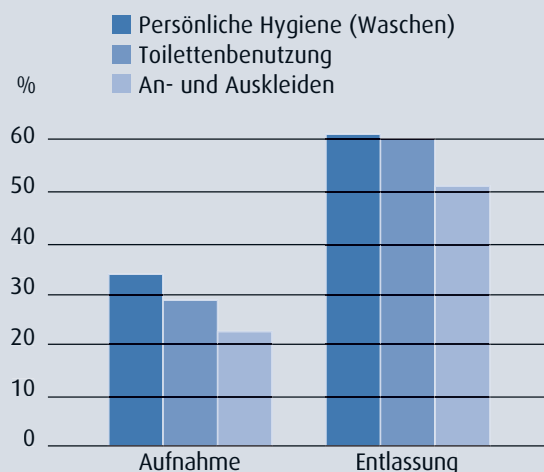


Abbildung 3: Ausgewählte Bereiche der Aktivitäten des täglichen Lebens: Selbständige Patienten

Aufsteh- und Gehgeschwindigkeit	Aufnahme	Entlassung
Test kann nicht durchgeführt werden: Aufstehen und Gehen ist ohne Hilfsperson nicht möglich	61 %	28%
Stark reduzierte Geschwindigkeit (über 30 Sek.)	12%	20%
Reduzierte Geschwindigkeit (20–30 Sek.)	18%	27%
Mobil oder ausreichende Geschwindigkeit (unter 20 Sek.)	10%	26%

Tabelle 4: Mobilität der Patienten

Selbsthilfefähigkeit bei Behandlungsbeginn (Barthel-Index)	Durchschnittliche Behandlungsdauer in Tagen
Sehr schwere /schwere Einschränkungen (0–35 Pkt.)	29,5
Mittelschwere /mittlere Einschränkungen (40–75 Pkt.)	26,9
Leichte / geringe Einschränkungen (80–100 Pkt.)	19,4
<b>Insgesamt</b>	<b>25,9</b>

Tabelle 5: Behandlungsdauer regulär entlassener Patienten und Selbsthilfefähigkeit bei Aufnahme

50 Prozent der Patienten konnten das Haus mit geringen oder keinen Einschränkungen der Selbständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens wieder verlassen. Die Anteil der Patienten mit schwereren funktionellen Einschränkungen hatte sich von 33 Prozent bei Aufnahme auf 19 Prozent bei Entlassung reduziert (Abbildung 2).

#### Selbständigkeit in ausgewählten Bereichen der Aktivitäten des täglichen Lebens

Ein Drittel der Patienten konnte sich bei Behandlungsbeginn selbstständig waschen oder selbstständig die Toilette benutzen. Am Ende der Behandlung hatte sich die Zahl der selbstständigen Patienten in allen Bereichen verdoppelt (Abb. 3).

#### Gehvermögen der Patienten

Das Gehvermögen der Patienten kann auf verschiedene Weise evaluiert werden. Eine Möglichkeit, objektive Daten zu gewinnen, ist die Messung der Aufsteh- und Gehgeschwindigkeit der Patienten (Timed „up & go“-Test), diese wird von den Physiotherapeuten bei Beginn und Ende der Behandlung durchgeführt (siehe Anlage).

#### Behandlungsdauer der regulär entlassenen Patienten

Wie lange mussten die Patienten im Geriatrischen Zentrum Hagenhof behandelt werden, ehe sie entlassen werden konnten? Die durchschnittliche Behandlungsdauer der regulär entlassenen Patienten variierte je nach Schwere der funktionellen Einschränkungen, mit denen sie in die Klinik kamen, zwischen 29,5 und 19,4 Tagen.

Entlassungsort	2001	2002	2003	2004
Neueinweisungen in ein Pflegeheim	13%	13%	15%	16%
Kurzzeitpflege	1%	1%	1%	4%
Rückkehr in einen Privathaushalt	86%	86%	84%	80%
<b>Insgesamt</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabelle 6: Reguläre Entlassung – Privathaushalt oder Pflegeheim?

## II. Bewertung der Ergebnisqualität anhand der Rate der Neueinweisungen

Die Rate der Neueinweisungen in ein Pflegeheim stellt einen der Kennwerte dar. Es zählt nicht nur zum gesellschaftlichen Auftrag einer geriatrischen Klinik, durch die medizinisch-rehabilitative Behandlung einen Beitrag zur Vermeidung von Heimeinweisungen zu leisten, sondern es ist auch der Wunsch der meisten Patienten, in einen Privathaushalt zurückzukehren. Hierzu erfolgte eine Selbstbewertung anhand eigener Daten.

### Allgemeine Fragestellung

Im Folgenden wird untersucht, wie effektiv es im Jahr 2004 gelungen ist, durch die medizinisch-rehabilitative Behandlung einen Beitrag zur Vermeidung von Neueinweisungen in ein Pflegeheim zu leisten? Die Untersuchung bezieht sich daher auf Patienten, die regulär entlassen wurden und vor der Erkrankung in einem Privathaushalt gelebt haben. (Vorzeitig aufgrund einer Komplikation verlegte und verstorbene Patienten sowie Patienten, die bereits vor dem Krankenhausaufenthalt in einem Pflegeheim lebten, zählen also nicht zur Zielgruppe dieser Untersuchungsfrage.)

### Periodenvergleich

Für die Beurteilung der Effektivität der Vermeidung von Neueinweisungen in ein Pflegeheim im Jahr 2004 werden Vergleichsdaten benötigt. In diesem Fall wurde daher ein Periodenvergleich durchgeführt, d. h. es wurde das Ergebnis des Jahres 2004 mit den Ergebnissen der vorangehenden Jahre verglichen.

Zunächst ist ein Anstieg der Rate der Neueinweisungen in ein Pflegeheim in den Jahren 2001 bis 2004 zu beobachten. Darüber hinaus ist die Zahl der Entlassungen in die Kurzzeitpflege im Jahr 2004 leicht angestiegen (Tab. 6).

### Verhaltens- oder Struktureffekt?

Die Unterschiede der Rate der Neueinweisungen in ein Pflegeheim in den Untersuchungszeiträumen können auf verschiedene Faktoren zurückgehen. Im allgemeinen werden Verhaltens- und Struktureffekte unterschieden. Die Qualitätssicherung einer Klinik ist vor allem interessiert, die Verhaltenseffekte zu identifizieren, die auf das Verhalten der Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten zurückgehen. Darüber hinaus kann die Rate der Neueinweisungen von Struktureffekten, wie beispielsweise Veränderungen der Patientenstruktur, beeinflusst werden.

Die Betrachtung der Patientenstruktur zeigt, dass der Anteil der Patienten, der mit schweren Einschränkungen der Selbsthilfefähigkeit in die Klinik kam, von einem knappen Viertel im Jahr 2001 auf ein knappes Drittel im Jahr 2004 angestiegen ist (Tab. 7).

Bereich	Ausprägung	2001	2002	2003	2004
Allgemeine Pflege (PPR)	Stufe 3 bei Aufnahme	18%	24%	41%	51%
Selbsthilfefähigkeit (Barthel-Index)	Sehr schwere und schwere Einschränkungen (0–35 Pkt.) bei Aufnahme	22%	21%	29%	31%
Alter	80 Jahre und älter	43%	44%	49%	48%
Haushaltsgröße	Anteil aus 1-Personenhaushalten	51%	57%	53%	51%

Tabelle 7: Entwicklung der Patientenstruktur

Selbsthilfefähigkeit (Barthel-Index) bei Entlassung	2001	2002	2003	2004
0–70 Punkte	32%	28%	33%	33%
Mehr als 70 Punkte	5%	6%	5%	4%

Tabelle 8: Rate der Neueinweisungen in ein Pflegeheim in Abhängigkeit von der Selbsthilfefähigkeit der Patienten

Die Vermutung liegt nahe, dass die Veränderung der Patientenstruktur zu dem Anstieg der Rate der Neueinweisungen in ein Pflegeheim und in die Kurzzeitpflege geführt hat.

Die Annahme, dass der Anstieg der Neueinweisungen in ein Pflegeheim primär auf Struktureffekte und nicht Verhaltenseffekte zurückgeht, wird im folgenden überprüft.

### Präzisierung der Fragestellung

Um mögliche Verhaltenseffekte identifizieren zu können, müssen Struktureffekte kontrolliert werden. Für die Beantwortung der Frage, wie effektiv es dem geriatrischen Team im Jahr 2004 im Vergleich zu den vorangehenden gelungen ist, Neueinweisungen in ein Pflegeheim zu vermeiden, wurde daher die Patientenstruktur kontrolliert. Die präzisierte Untersuchungsfrage lautet daher: wie effektiv wurden im Jahr 2004 im Vergleich zu den vorangehenden Jahren Neueinweisungen in ein Pflegeheim in vergleichbaren Patientengruppen vermieden?

### Bildung vergleichbarer Patientengruppen

Für die Bildung vergleichbarer Patientengruppen wurden Kriterien herangezogen, die nachweislich einen Einfluss auf das Risiko, in ein Pflegeheim eingewiesen zu werden, haben. Hierzu zählt die Selbsthilfefähigkeit der Patienten am Ende der Behandlung, die häusliche Situation wie die Größe des Haushalts (1-Personen oder Mehrpersonenhaushalt) der Patienten und schließlich auch das Alter. Die Bildung vergleichbarer Patientengruppen wurde hier anhand der Selbsthilfefähigkeit bei Entlassung vorgenommen. Da sich der Anteil der Patienten, der aus 1-Personenhaushalten kam und das Alter der Patienten im Vergleich der Jahre nur wenig oder gar nicht verändert hat, wurden diese Merkmale in der vorliegenden Analyse vernachlässigt. Angesichts der nicht sehr großen Fallzahlen, konnte so eine ausreichende Zellenbesetzung gewährleistet werden.

### Vergleichbare Patientengruppen: Neueinweisungen in ein Pflegeheim in den Jahren 2001 bis 2004

Aus der Untersuchung vergleichbarer Patientengruppen geht hervor, dass Neueinweisungen in ein Pflegeheim im Jahr 2004 genauso effektiv wie in den vorangehenden Jahren vermieden wurden (Tab. 8).

Selbsthilfefähigkeit (Barthel-Index) bei Entlassung	2001	2002	2003	2004
0–70 Punkte	1%	1%	2%	8%
Mehr als 70 Punkte	–	–	–	1%

Tabelle 9: Entlassungen in die Kurzzeitpflege in Abhängigkeit von der Selbsthilfefähigkeit der Patienten

Der Anstieg der Rate der Entlassungen in die Kurzzeitpflege im Jahr 2004 lässt sich hingegen nicht durch das ausgewählte Merkmal der Patientenstruktur erklären (Tab. 9).

#### Ergebnisse im Überblick

- In den letzten Jahren wurde eine zunehmende Zahl schwer betroffener Patienten im Geriatrischen Zentrum Hagenhof behandelt.
- Die Beurteilung der Rate der Neueinweisungen in ein Pflegeheim anhand von Vergleichsdaten muss Merkmale der Patientenstruktur berücksichtigen.
- Die Analyse vergleichbarer Patientengruppen hat gezeigt, dass Neueinweisungen in ein Pflegeheim im Jahr 2004 genauso effektiv vermieden wurden, wie in den vorangehenden Jahren.

#### Zusammenfassung

In den letzten Jahren hat die Behandlung schwer betroffener Patienten im Geriatrischen Zentrum Hagenhof zugenommen. Die Rate der Neueinweisungen in ein Pflegeheim am Ende der Behandlung ist in den Jahren 2001–2004 gestiegen. Der Periodenvergleich der Neueinweisungen in ein Pflegeheim anhand vergleichbarer Patientengruppen zeigt jedoch, dass es dem geriatrischen Team im Jahr 2004 genauso effektiv wie in den vorangehenden Jahren gelungen ist, Neueinweisungen in ein Pflegeheim zu vermeiden.

Der beobachtete Anstieg der Zahl der Entlassungen in die Kurzzeitpflege im Jahr 2004 konnte anhand der ausgewählten Kriterien der Patientenstruktur nicht erklärt werden. Die Kurzzeitpflege dient primär der vorübergehenden Entlastung pflegender Angehöriger, wenn sie Urlaub machen möchten oder selber krank sind, und kann einmal im Jahr für vier Wochen in Anspruch genommen werden. Auch Patienten, deren Rehabilitationsbehandlung aufgrund von Knochen- oder Wundheilungsstörungen unterbrochen werden muss, werden gelegentlich vorübergehend in der Kurzzeitpflege versorgt. Welche Faktoren zu dem Anstieg der Entlassungen in die Kurzzeitpflege geführt haben, kann gegenwärtig nicht beantwortet werden. Der Sachverhalt muss weiter beobachtet und analysiert werden.

### III. Patientenzufriedenheit

#### Einleitung

Eine patientenorientierte medizinische Versorgung muss die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen berücksichtigen. Dazu gehört neben klinischen und funktionellen Parametern grundsätzlich auch die Patientenzufriedenheit. Ziel des Geriatrischen Zentrums Hagenhof sind zufriedene Patienten. Ob dieses Ziel erreicht wird, kann die Klinik letztlich nur erfahren, wenn sie die Patientenzufriedenheit misst.

Im Berichtszeitraum wurde im Geriatrischen Zentrum Hagenhof eine systematische Patientenbefragung mit nachfolgender Auswertung durchgeführt. Folgende Fragen standen im Mittelpunkt der Untersuchung:



1. Inwieweit wurden die Erwartungen der Patienten an den Klinikaufenthalt erfüllt?
2. Wie zufrieden sind die Patienten letztendlich mit dem Klinikaufenthalt gewesen?
3. Welche Faktoren beeinflussen die Zufriedenheit der Patienten mit dem Klinikaufenthalt?

Darüber hinaus sollten Erfahrungen gesammelt werden, ob und wie eine Patientenbefragung, die den Mindestanforderungen empirischer Sozialforschung genügt, bei den Patienten der Klinik durchgeführt werden kann.

Die im Rahmen dieser Befragung ermittelten Ergebnisse werden in der Fachliteratur veröffentlicht.

### Konzept

Die Inhalte der Befragung wurden anhand des Konzeptes der unterstützenden Versorgung ausgewählt. Die zentrale Annahme des Konzeptes ist, dass – trotz aller technischer Neuerungen – im Mittelpunkt der medizinischen Versorgung die Interaktionen zwischen Versorger und Patienten und der damit verbundene personenbezogene Versorgungsprozess steht.

Darüber hinaus berücksichtigt das Konzept unterstützende oder belastende Aspekte der nicht-psychozialen Versorgung wie beispielsweise die Hotelleistungen, der organisatorische Ablauf der Versorgung und andere Faktoren (Abb. 4).

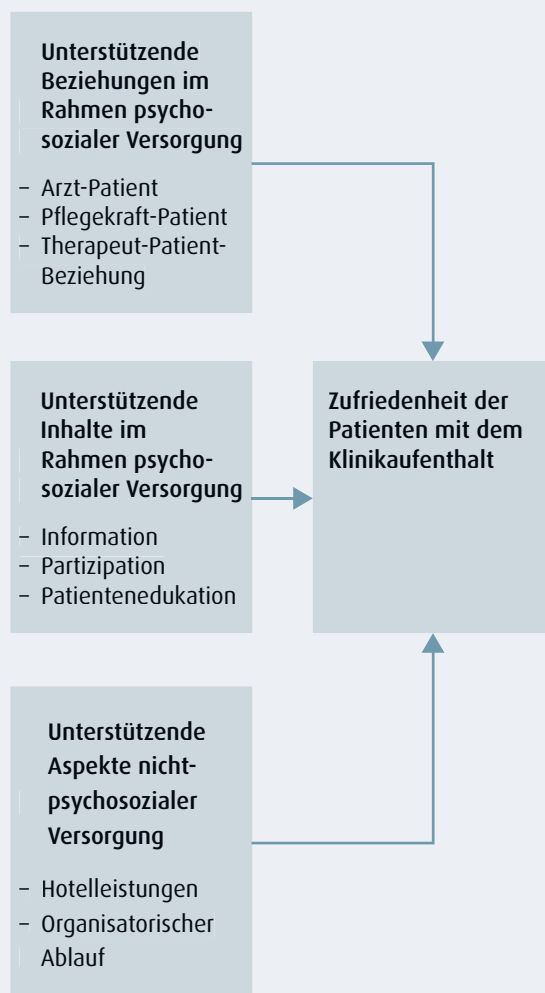


Abbildung 4: Das Konzept der unterstützenden Versorgung (nach Pfaff et. al. 2003)

Skala	Items (Beispiele)	Berufsgruppen	Zahl der Items
Unzulänglichkeiten der Versorger-Patient-Beziehung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die ... hatten zu wenig Zeit für mich;</li> <li>- die ... informierten nur auf Anfrage;</li> <li>- die ... vergaßen schon mal ein Anliegen, das man hatte</li> </ul>	Ärzte / Pflegekräfte / Therapeuten	Je Skala: 3 Insgesamt: 9
Patientenedukation	<ul style="list-style-type: none"> <li>... haben mir konkret gezeigt, was ich für meine Gesundheit tun kann;</li> <li>... haben mir gezeigt, wie ich bei der Behandlung mitwirken kann;</li> <li>... haben mir gezeigt, wie ich mit meinen Beschwerden umgehen kann; usw.</li> </ul>	Die Ärzte, die Pflegekräfte oder die Therapeuten	6
Hotelleistungen	die Verpflegung, allgemeine Sauberkeit, Einrichtung des Krankenzimmers, Anzahl der Patienten im Krankenzimmer, Ausstattung mit sanitären Anlagen usw. war ...	-	6
Organisationschaos und Hektik	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hier in der Klinik wusste manchmal die rechte Hand nicht, was die linke tut;</li> <li>- bei der Krankengymnastik / Ergotherapie gab es häufig Wartezeiten;</li> <li>- in der Klinik ging es hektisch zu;</li> <li>- die Pflegekräfte hatten mehr Arbeit, als sie bewältigen konnten; usw.</li> </ul>	Ärzte / Pflegekräfte / Therapeuten	Je Skala: 6 Insgesamt: 12

Tabelle 10: Unterstützende Versorgung

Es wurde zunächst ein kleiner, jedoch wichtiger Bereich, der vom Personal der Klinik im Rahmen des Qualitätsmanagements auch beeinflusst werden kann, untersucht:

- a Unzulänglichkeiten in der Beziehungsqualität der Versorger-Patient-Interaktionen. Werden diese von den Patienten toleriert und entschuldigt oder wirken sie sich nachteilig auf ihre Zufriedenheit mit dem Klinikaufenthalt aus?
- b Auf der Inhaltsebene der Versorger-Patient-Interaktionen interessierte, ob die Vermittlung von praktischem Wissen und Fertigkeiten (Patientenedukation) die Zufriedenheit der Patienten mit dem Klinikaufenthalt fördert oder ob sie bei den älteren Patienten ohne Effekt bleibt?
- c Im Rahmen der nicht-psychosozialen Aspekte der unterstützenden Versorgung ging es um die Frage, welche Bedeutung der wahrgenommene organisatorische Ablauf und die wahrgenommene Qualität der Hotelleistungen für die Zufriedenheit der Patienten mit dem Klinikaufenthalt haben?

#### **Erklärende Variable: unterstützende Versorgung**

Für Messung der unterstützenden Versorgung aus der Sicht der Patienten wurden Skalen des Kölner Patientenfragebogens verwandt, die im Rahmen eines Forschungsprojektes entwickelt und getestet worden waren (Tab. 10). Die psychosozialen Versorgungsleistungen der Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten („Physiotherapeuten und /oder Ergotherapeuten“) wurden jeweils mit den gleichen Items erhoben.

#### **Zu erklärende Variable: Patientenzufriedenheit**

Im Mittelpunkt des Interesses stand die selbstberichtete Zufriedenheit der Patienten mit der stationären Versorgung. Die Zufriedenheit der Patienten wurde mit Hilfe eines klassischen fünfstufigen Ratings erfragt. Ergänzend wurden die Patienten gefragt, ob ihre Erwartungen erfüllt wurden. Die Antworten beider Fragen wurden gewichtet zu einem Summenscore zusammengefasst (Abb. 5). Die Zielgröße der Untersuchung stellte somit die erwartungsmodierte Zufriedenheit der Patienten dar. Sie wurde für verschiedene Bereiche und für den Klinikaufenthalt insgesamt erfragt.

Wie zufrieden waren Sie mit ... ?		+ Der / die war(en) ...	
sehr unzufrieden	1	-1	viel schlechter als erwartet
unzufrieden	2	-0,5	etwas schlechter als erwartet
weder unzufrieden noch zufrieden	3	0	genauso wie erwartet
zufrieden	4	0,5	etwas besser als erwartet
sehr zufrieden	5	1	viel besser als erwartet

Abb. 5: Summenscore „Patientenzufriedenheit“ (nach Janssen et. al. 2004)

Teilnahmestatus	n = 268	100 %
Organisatorische Ausfälle (kurzfristige Entlassung oder Verlegung in ein anderes Krankenhaus)	46	17%
Keine oder nur Minimal-Teilnahme aufgrund fehlender Deutschkenntnisse	9	3%
Teilnahme an der Befragung vom Patienten nicht erwünscht	5	2%
Krankheitsbedingte (Demenz, Sprech-/Sprachstörungen, besondere Gebrechlichkeit) Minimal- oder Nicht-Teilnahme	89	33%
<b>Teilnehmer</b>	<b>119</b>	<b>44%</b>

Tabelle 11: Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer

### Durchführung der Befragung

Die Untersuchung wurde als Vollerhebung angelegt, es wurden in verschiedenen Zeitsequenzen (eine Woche bis mehrere Monate) der zweiten Jahreshälfte des Jahres 2003 alle Patienten einer räumlichen Einheit (der gesamten Klinik oder einzelner Stationen) einbezogen (n = 268).

In der Geriatrie werden Patienten versorgt, die aufgrund besonderer Gebrechlichkeit, einer demenziellen Erkrankung, Sprachverständnisstörungen nach einem Schlaganfall usw. kaum oder gar nicht an einer standardisierten Befragung teilnehmen können. Im Klinikalltag wird die Behandlung und Versorgung dieser Patienten daher häufig mit ihren Angehörigen und Betreuern besprochen. Es wäre naheliegend, auch diese nach ihrer Meinung über die Qualität der Versorgung zu befragen. Eine Angehörigenbefragung war jedoch nicht Gegenstand dieser Untersuchung. Sie wäre Aufgabe einer weiteren Untersuchung.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung basieren auf der Befragung geriatrischer Patienten, die in der Lage waren, an einer standardisierten Patientenbefragung teilzunehmen (Tab. 11). Auch diese Patienten waren hinsichtlich ihres sonstigen Gesundheitszustandes immer noch eine recht heterogene Gruppe: 42 Prozent litten bei Aufnahme unter sehr schweren bis mittelschweren funktionellen Einschränkungen, 49 Prozent der Befragten waren 80 Jahre und älter, 39 Prozent waren Männer.

Eine zentrale Frage der Durchführung der Befragung war, wie bei den betagten Patienten eine hohe Teilnahmequote erreicht werden kann. Erfahrungsgemäß ist bei älteren Patienten die persönliche Aktivierung besonders wichtig („Interessiert sie meine Meinung wirklich? Ich bin doch schon 89 Jahre alt“). Zudem stellt der Umgang mit Fragebögen für viele betagte Patienten eine ungewohnte und daher auch fehleranfällige Aufgabe dar. Aufgrund dieser Erfahrungen wurde die persönliche Befragung gewählt. 96 Prozent der teilnahmefähigen Patienten konnten für die Befragung gewonnen werden.

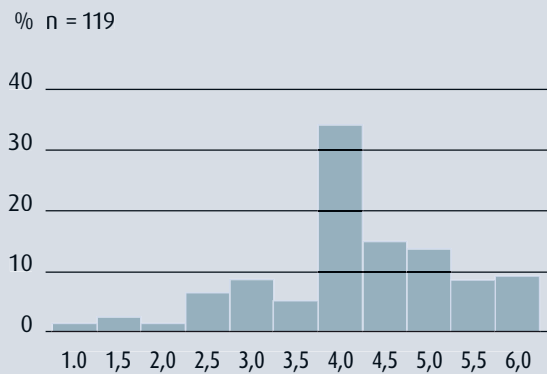


Abbildung 6: Zufriedenheit der Patienten mit dem gesamten Klinikaufenthalt

Das Interview wurde anhand eines standardisierten Fragebogens ein bis zwei Tage vor Entlassung in einem separaten Raum unter Ausschluss dritter Personen durchgeführt. Der Zweck der Befragung wurde mit den Patienten besprochen. Ihnen wurde zugesagt, dass ihre Angaben anonym bleiben und nur statistisch zum Zweck der datengestützten Qualitätssicherung ausgewertet werden. Die Messung der Patientenzufriedenheit stellt daher kein Beschwerdemanagement dar. Mit Hilfe einer systematischen Patientenbefragung lässt sich jedoch das Beschwerdemanagement aus der Sicht der Patienten evaluieren.

#### Wie zufrieden waren die Patienten?

Die Zielgröße Patientenzufriedenheit kann einen Wert zwischen 0 und 6 Punkten annehmen. Je höher die Punktzahl, desto höher die Patientenzufriedenheit. 6 Punkte besagt, dass die Patienten sehr zufrieden waren und ihre Erwartungen weit übertroffen wurden. 0 Punkte bringen zum Ausdruck, dass die Erwartungen der Patienten sehr enttäuscht wurden und sie mit der Versorgung sehr unzufrieden waren. 4 Punkte spiegelt die Situation der Patienten wider, die zufrieden waren und dies auch erwartet hatten, also den Normalfall.

Die Zufriedenheit der Patienten mit dem gesamten Klinikaufenthalt erreichte im Durchschnitt 4 Punkte.

Im Rahmen der bereichsspezifischen Patientenzufriedenheit ergab sich der geringste Wert bei der Verpflegung mit im Durchschnitt 3 Punkten. Die höchste Patientenzufriedenheit erreichten die Therapeuten mit durchschnittlich 5 Punkten. Der Wert weist darauf hin, dass die Erwartungen etlicher Patienten übertroffen wurden und sie mit den Therapeuten häufig sehr zufrieden waren.

#### Wodurch wurde der Grad der Zufriedenheit der Patienten mit dem gesamten Klinikaufenthalt beeinflusst?

Folgende Bereiche der unterstützenden Versorgung hatten unabhängig voneinander einen signifikanten Einfluss auf die Zufriedenheit der Patienten mit dem gesamten Klinikaufenthalt (Tab. 12):

- die wahrgenommene Qualität der Hotelleistungen;
- Erfahrungen mit Unzulänglichkeiten der Versorger-Patient-Beziehungen;
- die Vermittlung von praktischem Wissen und Fertigkeiten im Rahmen der Patientenedukation.

Das Modell erklärt insgesamt 37 Prozent der interindividuellen Unterschiede der Patientenzufriedenheit.

Kein Zusammenhang konnte zwischen wahrgenommenen Problemen des organisatorischen Ablaufs und der Zufriedenheit der Patienten mit dem Klinikaufenthalt festgestellt werden.

Prädiktoren	Patientenzufriedenheit <sup>1</sup> Beta (multiple Regression)
Unzulänglichkeiten der Versorger-Patient-Beziehung (n = 87)	-.30**
Patientenedukation (n = 108)	.26**
Hotelleistungen (n = 105)	.32**
Rehabilitationspotential (n = 113)	.07
Geschlecht (M = 1/W = 2) (n = 119)	-.21*

1 Kontrollvariablen: Rehabilitationspotenzial und Geschlecht der Patienten; \*p < .05; \*\*p < .01

Tabelle 12: Unterstützende Versorgung und Patientenzufriedenheit

### Ergebnisse im Überblick

- Die Therapeuten erreichten in der Patientenzufriedenheit den höchsten Wert (im Durchschnitt 5 von 6 Punkten);
- Die Patienten waren mit dem gesamten Klinikaufenthalt im Durchschnitt zufrieden (4 von 6 Punkten);
- Drei Einflussfaktoren konnten identifiziert werden:
  - Erfahrungen mit Unzulänglichkeiten der Versorger-Patient-Beziehung beeinträchtigen die Zufriedenheit der Patienten mit dem gesamten Klinikaufenthalt.
  - Eine vielfältige und wohlschmeckende Verpflegung verbunden mit guten Hotelleistungen fördert die Patientenzufriedenheit.
  - Die Vermittlung von praktischem Wissen und Fertigkeiten zur Bewältigung der Erkrankung (Patientenedukation) steigert die Zufriedenheit der Patienten.
- Patientenbefragungen, die Mindestanforderungen der empirischen Sozialforschung genügen, sind aufwändig und können daher wahrscheinlich nur seltener durchgeführt werden.

### Zusammenfassung

Die Daten zeigen, dass für den Grad der Zufriedenheit der älteren Patienten mit dem Klinikaufenthalt nicht nur die Hotelleistungen, sondern auch die konkreten Tipps und Hilfeleistungen, die das Personal zur Bewältigung der Krankheit gibt, und das Gefühl, nicht vernachlässigt, sondern umsorgt zu werden, von Bedeutung sind.

Neben der Modernisierung der räumlichen Infrastruktur wird daher auch eine weitere Verbesserung der praktischen und emotionalen Unterstützung der Patienten angestrebt.

E-3

### Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V

Im Geriatrischen Zentrum Hagenhof wurden gemäß des Leistungsspektrums und Versorgungsauftrags keine Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 137 SGB V durchgeführt (siehe C-1 – C-5), sodass hier keine Ergebnisse dargestellt werden.

- **Patientenbefragung**

Neben klinischen und funktionellen Parametern ist grundsätzlich auch die Patientenzufriedenheit ein Bestandteil der Ergebnisqualität. In der zweiten Hälfte des Jahres 2003 wurde eine systematische Patientenbefragung durchgeführt. Die Befragung und statistische Auswertung der Daten ist abgeschlossen. Die Umsetzung der Ergebnisse im Klinikalltag dauert an.

**Ziel:** Verbesserung des Wissens über die Patientenzufriedenheit

**Beginn:** 1. 7. 2003

**Ende:** 15. 9. 2004 (Datenauswertung)

**Ansprechpartnerin:** Dr. Gisela Clausen

- **Dokumentation des Dekubitusmanagement**

Ältere Patienten sind bei längeren Erkrankungen besonders gefährdet, ein Druckgeschwür (Dekubitus) am Körper zu erleiden. Um Daten zu erhalten, die gezielte Präventionsmaßnahmen möglich machen, wird dokumentiert, welche Patienten mit einem Druckgeschwür aufgenommen wurden, der Schweregrad das Druckgeschwür, unter welchen Umständen es entstanden ist usw. Die Daten werden im Klinikum Hannover im Rahmen eines Qualitätsmanagementprojektes der Pflege statistisch ausgewertet.

**Ziel:** Das Risiko eines Dekubitus zu minimieren resp. die Versorgung im Rahmen des Wundmanagement zu verbessern, um sowohl die Qualität der Pflege zu verbessern als auch die Kosten zu senken.

**Beginn:** Januar 2004

**Ende:** offen

**Ansprechpartnerin:** Renate Geruschkat

- **Dokumentation des Wundmanagements**

Ein therapeutischer Schwerpunkt der Klinik ist die moderne Wundversorgung. Diese kann von einer guten Dokumentation unterstützt werden. Daher wurde (in Abstimmung mit dem zentralen Wunddokumentationsbogen des Klinikums Hannover) eine detaillierte standardisierte Behandlungsdokumentation für sekundär heilende Wunden der geriatrischen Patienten eingerichtet. Diese Dokumentation kann quantitativ ausgewertet werden, ist übersichtlicher geworden und der Zeitaufwand gegenüber einer im Freitext verfassten schriftlichen Dokumentation ist wesentlich geringer geworden.

**Ziel:** eine gut les- und auswertbare und ohne großen Zeitaufwand zu erstellende Wunddokumentation der sekundär heilenden Wunden.

**Beginn:** Januar 2004

**Ende:** offen

**Ansprechpartnerinnen:** Renate Geruschkat, Sabine Otto-Gaus



- **Zertifizierung des Geriatrischen Zentrums Hagenhof nach „Ökoprofit 2004“**

Das Geriatrische Zentrum Hagenhof ist Mitglied im Öko-Profit-Club (Umweltschutz).

**Erreichte Ziele:** umweltpolitische Leitlinien, Umweltprogramme, Wirtschaftlichkeitskonzept, Schwachstellenanalyse und Festlegung der Handlungsfelder, Herstellung der Rechtssicherheit, Prüfung und Auszeichnung.

**Einsparungen in 2004:** 59.824 kg Abfall, 1.472.520 kWh Strom, 4.063.843 kWh Wärme, 14.380.113 Kubikmeter Wasser.

In den Jahren 2004/2005 sollen verbesserte Personal Computer (Thinclient) eingesetzt werden, mit den Zielen: verringerter Stromverbrauch, Verlängerung der Nutzbarkeit von Endgeräten, geringer Anfall von Elektromüll, Austausch von herkömmlichen Bildschirmen durch Flachbildschirme, zentrale Wartung und Service der Software (Citrix).

Zur Festlegung eines betrieblichen Umweltschutzes ist ein weiteres Ziel der Aufbau eines Umweltmanagementsystems nach EMAS II („ECO – Management and Audit Scheme“), der höchsten erreichbaren Umweltauszeichnung für ein Unternehmen.

**Ansprechpartnerin:** Swetlana Böhm (Umweltteam Langenhagen)

#### QM-Projekte standortübergreifend / für alle Krankenhäuser des Klinikum Hannover

- **Dekubitusmanagement im Klinikum Hannover**

**Beginn:** März 2004; fortlaufendes Projekt

**Maßnahme:** Meldung aller dekubitusgefährdeten Patientinnen und Patienten sowie Patientinnen und Patienten mit bereits vorliegenden Dekubitalulzera bei Aufnahme an die Pflegedienstleitung des jeweiligen Standortes mittels eines standardisierten Meldesformulars mit folgenden Daten:

- Patientendaten
  - Station
  - Dekubitusgefährdung nach Gradeinteilung 1–4 Norton-Skala
  - Entstehungsort der Dekubitalulzera (Station/ andere Abteilung /anderes Krankenhaus/ Pflegeeinrichtung/zu Hause)
  - Einsatz einer Therapiematrätze oder kinästhetische Anwendungen
  - Dekubitusgrad bei Entlassung
- Die Daten werden in einer Datenbank zusammengeführt, ausgewertet und den Stationen zur Verfügung gestellt.

**Ziel:**

- Ermittlung der Anzahl dekubitusgefährdeter Patienten
  - Ermittlung der Anzahl der in der Klinik entstandenen Dekubitalulzera
  - Ermittlung des Dekubitusgrades bei Entlassung
- Alle durchgeführten Maßnahmen werden von der Pflegedienstleitung überprüft und mit dem Pflegepersonal besprochen.

- **Projekt Pflegeüberleitung in die häusliche ambulante Versorgung im Klinikum Hannover**

**Beginn:** 2004, fortlaufendes Projekt

**Ziel:**

- Gewährleistung einer patientengerechten, hochwertigen und nach aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen angepasste Pflege und Unterstützung nach dem stationären Aufenthalt im häuslichen Bereich.
  - Durchführung der Pflegeüberleitungen/ Pflegeberatungen ausschließlich durch nach § 45 SGB IX zum Pflegeberater fortgebildete Pflegekräfte.
- Maßnahmen:**
- Kooperationsverträge zwischen dem Klinikum Hannover und ambulanten Pflegediensten
  - Festlegung von Standards zum Prozess der Pflegeüberleitung/Pflegeberatung

- **Fortbildung zur Praxisanleiterin/zum Praxisanleiter im Klinikum Hannover**

**Beginn:** Januar 2004, dauerhafte Fortführung

**Ziel:** Umsetzung der gesetzlichen Forderungen des Krankenpflegegesetzes

**Maßnahmen:**

- Neuschulung zum Praxisanleiter entsprechend den gesetzlichen Vorgaben
- Nachqualifizierung bereits geschulter MentorenInnen

- **Qualitätszirkel Pflegedokumentation im Klinikum Hannover**

**Beginn:** Januar 2001, dauerhafte Fortführung

**Ziel:**

- Qualitative Steigerung der Pflegeplanung und des Pflegeberichtes
- Kontinuierliche Anpassung und Einarbeitung gesetzlicher Vorgaben
- Kodierung pflegerelevanter Nebendiagnosen nach ICD-10-SGB V und OPS-301 der jeweilig aktuellen Fassung

**Maßnahmen:**

Erarbeitung eines Handbuchs zur Pflegedokumentation und dessen ständige Anpassung und Aktualisierung  
(Leitung: Pflegedienstleitung Andrea Osterhus, Klinikum Hannover Nordstadt; Umsetzung: Pflegedienstleitung Annelie Kadler, Klinikum Hannover Oststadt-Heidehaus)

- **Projekt Pflege nach kinästhetischen Grundsätzen**

**Beginn:** August 2004 in allen bettenführenden Abteilungen

**Ende:** Mitte 2005

**Ziel:**

- Einheitliches Konzept für alle bettenführenden Abteilungen im Klinikum Hannover
- Kostenreduzierung beim Einsatz von Therapiematratten
- Erkennen und Nutzen von Ressourcen
- Gesunderhaltung der Mitarbeiter
- Reduzierung der Entstehung von Dekubitalulzera bei dekubitusgefährdeten Patienten
- Erhöhung der Patientenzufriedenheit

**Maßnahmen:**

- Mitarbeiterschulungen
- Installation der AG Kinästhetik, verpflichtende Teilnahme von 1 Pflegekraft / Station

**Ergebnisse:**

deutlich geringerer Einsatz von Therapiematratten, Verringerung der Anzahl von Dekubitusmeldungen, daraus resultierend ein Rückgang des Krankenstandes.

- **Kontinuierliche Reanimationsfortbildung**

**Zielgruppe:**

- alle Mitarbeiter des ärztlichen und Medizinischen Dienstes,
  - Pflege- und Funktionsdienste
- Ziel: Erhaltung und Förderung der fachlichen Kompetenz für jeden Mitarbeiter mit Patientenkontakt
- Maßnahme: Kontinuierliche Schulung durch den ärztlichen Dienst der Anästhesiologischen Abteilungen

- **Qualitätszirkel Aromapflege**

**Ziel:**

- Schaffung einer Wohlfühlumgebung zur Förderung des Heilungsprozesses
- Sachkostenminimierung durch alternative Pflegemethoden

**Maßnahmen:**

- 4-wöchentliche Treffen der AG Aromapflege, festlegen von Rezepturen für unterschiedliche Anwendungsbereiche, Informationsaustausch über Wirkungsweisen nach der Erprobung.
- Die Aromapflege ist ohne großen Kosten- und Zeitaufwand in den Pflegealltag integriert worden und wird von den Patienten positiv aufgenommen.

## Weitergehende Informationen für das Klinikum Hannover – Geriatrisches Zentrum Hagenhof

### Verantwortlich für den Qualitätsbericht

#### Zentrale Qualitätsmanagementkommission des Klinikum Hannover

Ansprechpartner Prof. Dr. Rudolf Schmid  
Leitender Direktor  
In den Sieben Stücken 2–4  
30655 Hannover  
Telefon (0511) 906-7310  
Telefax (0511) 906-7375  
E-Mail [rudolf.schmid.direktorium@klinikum-hannover.de](mailto:rudolf.schmid.direktorium@klinikum-hannover.de)

### Direktorium Klinikum Hannover – Geriatrisches Zentrum Hagenhof

#### Klinikreferentin

Renate von Fircks  
Telefon (0511) 73 00-200,  
Telefax (0511) 73 00-209  
E-Mail [renate.vonfircks.langenhagen@klinikum-hannover.de](mailto:renate.vonfircks.langenhagen@klinikum-hannover.de)

#### Sprecher der ärztlichen Klinikleitungen

Chefarzt Dr. med. Peter Bernhardt  
Telefon (0511) 73 00-3 01  
Telefax (0511) 73 00-306  
E-Mail [peter.bernhardt.langenhagen@klinikum-hannover.de](mailto:peter.bernhardt.langenhagen@klinikum-hannover.de)

#### Sprecherin der pflegerischen Klinikleitungen

Birgit Krukemeier  
Telefon (0511) 73 00-6 00  
Telefax (0511) 73 00-6 05  
E-Mail [birgit.krukemeier.langenhagen@klinikum-hannover.de](mailto:birgit.krukemeier.langenhagen@klinikum-hannover.de)

**Homepage:** [www.klinikum-hannover.de](http://www.klinikum-hannover.de)

## Weiterführende Informationen – Ausblick

Das Geriatrie-Zentrum Hagenhof, das 2004 sein 25-jähriges Jubiläum feierte, stellt eine etablierte Einrichtung für Rehabilitation und Frührehabilitation älterer Patienten dar. Im Rahmen der erheblichen Veränderungen der Patientenstruktur (deutlich erhöhte Fallschwere gegenüber früheren Jahren, erhöhte Komplexität der Krankheitsbilder, Multimorbiditätsprobleme) nimmt der Anteil der frührehabilitativ (d. h. umfangreich medizinisch und rehabilitativ) zu behandelnden Patienten deutlich zu – als Folge der demografischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts mit dem Überleben immer älterer, schwer behinderter Patienten nach gravierenden Akuterkrankungen.

Die Komplexität der Erkrankungen der Patienten (einschließlich der Zunahme der mit multiresistenten Keimen besiedelten postoperativen Patienten) erfordert einen erhöhten medizinischen Versorgungsaufwand. Gleichzeitig wird im Geriatrie-Zentrum Hagenhof die Rehabilitationstechnik mit dem Einsatz von ausgefeilten Rehabilitationssystemen, die auch eine Mobilisation schwer betroffener Patienten erlauben, ausgebaut. Unter dem Begriff „Mobility-Clinic“ ist die Etablierung eines Zentrums „zum Wiedererlernen des Gehens“ mit neuer Technik geplant. Wichtige Bausteine (Loko-Station – Laufband mit dynamischer Gewichtsentlastung, Easy-Walk-Lauftrainingsstrecke, Ballance-Master, repetitive motorische Bewegungstrainer) sind bereits vorhanden. Derzeit wird an der Weiterqualifizierung des therapeutischen Personals und Entwicklung eines schlüssigen Behandlungskonzeptes – neu für Hannover – gearbeitet.

Zusammen mit Renovierungsmaßnahmen auf den Stationen und in den Treppenhäusern erfolgen die notwendigen Strukturmaßnahmen, die durch eine Renovierung des Bewegungsbaudes und des Bereiches der physikalischen Therapie zusammen mit einem externen Investor ihren Abschluss finden sollen.

Diese Maßnahmen sind wiederum Teil eines Erweiterungskonzeptes des Geriatrie-Zentrums Hagenhof zur Schaffung eines ambulanten Rehabilitationszentrums für orthopädische und kardiologische Patienten. Die Planung dazu ist bereits fortgeschritten, notwendige Umbaumaßnahmen sollen spätestens zum Jahresende 2005 beginnen.

Im Weiteren sind umfassende Fortbildungsveranstaltungen zur Mobility-Clinic und zu aktuellen bzw. neuen Rehabilitationsmethoden geplant. Auch soll die Kooperation mit der Medizinischen Hochschule ausgebaut werden.

Insgesamt will das Geriatrie-Zentrum Hagenhof seinen Platz als Kompetenz- und Servicezentrum für Rehabilitation für die Kliniken der Region Hannover und andere in Hannover angesiedelte Krankenhausträger neu definieren und festigen, wobei die Voraussetzungen durch die stadtnahe, parkähnliche Lage, großzügige Räumlichkeiten und durch das breit ausgebildete ärztliche/pflegerische/therapeutische Personal günstig sind, um dieses Ziel zu erreichen.

Kosten- und Klinikträger werden sich weiter damit auseinandersetzen müssen, dass eine alternde Bevölkerung nach vorangegangenen umfangreichen medizinischen Eingriffen und Prozeduren ein Recht auf eine fachgerechte Frührehabilitation bzw. Rehabilitation als letztes gleichberechtigtes Glied der Behandlungskette einfordert. Ein Recht, dem der Gesetzgeber durch die Aufnahme der geriatrischen Frührehabilitation ins DRG-System umfangreich Rechnung getragen hat.

## Glossar – Abkürzungsverzeichnis

### DIN ISO 9001:2000

Norm aus der Normenreihe des Deutschen Instituts für Normung e.V. und der Internationalen Organisation für Standardisierung. Die Zertifizierung des Qualitäts-Management-Systems nach ISO 9001 gewährleistet, über die reine Qualitätssicherung hinausgehend, umfangreiche Maßnahmen, die die gesamten Abläufe innerhalb eines Krankenhauses oder einer Abteilung eindeutig festlegen.

Es gibt formale Verfahren, bei denen sich Krankenhäuser oder Abteilungen durch Zertifikat einer unabhängigen und hierfür autorisierten Stelle bestätigen lassen, dass sie ein Qualitätssicherungssystem eingeführt haben und alles zur Erreichung der Qualitätsziele Notwendige tun und dokumentieren.

### DMP **Disease Management Programm**

Programm zur Vernetzung und Abstimmung der ambulanten und stationären Versorgung sowie der Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung für Patienten mit chronischen Erkrankungen, welche durch das Bundesministerium für Gesundheit verordnet werden, um in bestimmten Bereichen des Gesundheitssystems eine effektivere und qualitativ hochwertigere Versorgung zu gewährleisten. Gleichzeitig sollen mit den Programmen die Kosten gesenkt werden.

### DRG **Diagnosis Related Groups**

Von Diagnosen abhängige Gruppierung von Fallpauschalen zur Darstellung von Krankenhausleistungen und deren Abrechnung. Das DRG-System ist ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem für stationäre Krankenhausleistungen.

EBM **Einheitlicher Bewertungs-Maßstab** ambulant durchgeführter operativer und diagnostischer Maßnahmen zur Abrechnung ambulanter Leistungen.

HbA1c Spezieller Blutzuckerwert.

### ICD **Krankheitenschlüssel**

ICD bezeichnet die internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme.

Der ICD dient zur Verschlüsselung von Krankheiten nach einem weltweit gleichen Muster und fließt in die Findung der DRG (s.o.) ein.

### OPS **Operationen- und Prozedurenschlüssel**

Der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) wird eingesetzt zur Verschlüsselung der medizinischen Prozeduren und dient damit auch für die Abrechnung von Krankenhausleistungen nach den DRG (s.o.).

- KTQ** **Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus**  
Mit einer Zertifizierung nach KTQ werden die Leistungen medizinischer Einrichtungen erfasst und deren Qualitätsmanagement bewertet. Das Zertifizierungsverfahren nach KTQ bewertet alle Schritte von der Aufnahme des Patienten bis hin zur kontinuierlichen Weiterbetreuung durch Befragung der ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter und der Verwaltungsmitarbeiter.
- SGB V** **Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch**
- RSAV** **Risikostruktur-Ausgleichsverordnung**  
Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung ist ein Finanzausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen. Hierin wird der Ausgleich der Unterschiede der beitragspflichtigen Einnahmen und der Belastung durch beitragsfrei Mitversicherte geregelt. Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) bildet die rechtliche Grundlage der Disease-Management-Programme.



## Impressum

### Herausgeber

Klinikum Hannover Direktorium  
In den Sieben Stücken 2–4  
30655 Hannover  
Telefon (0511) 906-7310  
Telefax (0511) 906-7375  
[www.klinikum-hannover.de](http://www.klinikum-hannover.de)

### Redaktion

Dr. med. Hermann Stockhorst MBA,  
Klinikum Hannover

### Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Regine Buhmann, Klinikum Hannover

### Fotografie

Ahrensmeier, Bernhardt, König, Pingel

### Gestaltung

Maxbauer & Maxbauer,  
Kommunikation und Design,  
Ronnenberg-Empelde



**Region Hannover**