



JAHRESBERICHT 2008



ADULLAM-STIFTUNG

Das Berichtsjahr darf wiederum als ein sehr gutes und erfolgreiches bezeichnet werden. 2008 nahm die Adullam-Stiftung am Schweizerischen Qualitätswettbewerb «Esprix» teil und erreichte mit zwei andern Unternehmen das Finale. Darüber freuen wir uns ganz besonders.



DER SPEZIELLE WEG ZUR QUALITÄT

Im Gesundheitswesen geht es um die Arbeit mit und an Menschen. «Produkte» sind Behandlung und Betreuung, «Ergebnisse» Gesundheit, Selbständigkeit und Wohlbefinden. Das Qualitätsmanagement mit seinen ursprünglich industriellen Wurzeln muss diesen speziellen Umständen angepasst werden. Eine weitere Besonderheit liegt bei der starken Reglementierung des Gesundheitswesens in der Schweiz. Spitäler und Heime sind in die Spital- und Pflegeheimplanung der kantonalen Regierungen eingebunden. Die Preisgestaltung ist vertraglich eng geregelt. Im schweizerischen Gesundheitswesen wird es kaum zu einem echten Markt mit Preiswettbewerb kommen. Die Differenzierung über das Leistungsangebot und die Qualität ist deshalb von eminenter Bedeutung.

Dabei gilt: Die Anforderungen eines Qualitätsmanagement-Systems nach Standardisierung, Normierung, Strukturierung, Reglementierung und Messung sind oft nur schwer mit dem Grundsatz des individuellen und persönlichen Zugangs zum kranken oder behinderten Menschen vereinbar. Dies ist einer der Gründe für eine sehr unterschiedliche Ausprägung des Qualitätsmanagements in Gesundheitsinstitutionen.

DIE ADULLAM-STIFTUNG UND DIE QUALITÄT

Qualität wird in der Adullam-Stiftung verstanden als «Steigerung des Nutzens für die Kunden». Unsere Kunden sind kranke und pflegebedürftige Betagte. Sie wollen eine bestmögliche Lebensqualität. Es ist keine leichte Aufgabe, diese ihnen im Alter zu ermöglichen. Das Älterwerden ist stark geprägt durch Verlusterlebnisse. Nicht nur die Gesundheit, auch die Selbständigkeit gehen verloren. Mit zunehmendem Alter verliert auch das soziale Netz an Festigkeit und die Wohnsituation entspricht oft nicht mehr den geänderten Bedürfnissen. Die optimale Behandlung und Betreuung

muss deshalb nicht nur medizinisch sinnvoll sein, sie muss auch auf die individuelle Lebenssituation, die Bedürfnisse, Erwartungen und Lebenshaltung der einzelnen Betagten abgestimmt werden.

Diesen Anforderungen kann nur ein vielseitiges Leistungsangebot gerecht werden. Breite medizinische, pflegerische und rehabilitative Hilfestellung sowie individualisierte Wohnmöglichkeiten und Alltagsgestaltung sind wichtig. Ein freundlicher, menschlicher und respektvoller Umgang ist essentiell.

DAS EFQM-MODELL ALS WEGWEISER

In der zweiten Hälfte der 90er Jahre stellte die Adullam-Stiftung sich der Aufgabe, ein System der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung einzuführen. Eine Orientierungsgrundlage für die weitere Entwicklung stellte das neu formulierte Leitbild der Stiftung dar. Dessen Grundsätze wurden seither mehrmals evaluiert und haben sich als sehr robust erwiesen. In der Suche nach dem besten Umsetzungsinstrument setzte sich die Stiftung mit verschiedenen Methoden auseinander und kam 2000 zum Entscheid, sich auf das EFQM-Modell (European Foundation for Quality Management) abzustützen.

Diese Orientierung am EFQM-Modell hat sich im Rückblick als ausgesprochen sinnvoll erwiesen. Das Modell bietet einen umfassenden Rahmen, aber auch genügend Gestaltungsspielraum für individuelle Qualitätsanstrengungen. Es wird geprüft, ob das Getane sinnvoll ist, den Anspruchsgruppen dient und zu den erwünschten Ergebnissen führt. Die Institution wird somit nicht in eine von aussen festgelegte Struktur gezwängt, sondern das Qualitätsmanagement geht vom bestehenden Bedarf aus und kann unmittelbar der Leistungsverbesserung dienen.

KONTINUIERLICHE VERBESSERUNGEN

Die wichtigsten Grundsätze sind Kontinuität und Beständigkeit: Nicht anhalten, nicht abweichen, sondern den eingeschlagenen Weg weitergehen. Sehr geholfen haben dabei die periodischen Assessments der Stiftung nach dem EFQM-Modell. 2001 unterzog man sich einer ersten Fremdbewertung durch ein externes Assessoren-Team. Dies wurde im drei- bis vierjährigen Rhythmus wiederholt, so dass jeweils der aktuelle Interventionsbedarf identifiziert werden konnte. Die daraus abgeleiteten Verbesserungen haben quasi von selbst die richtige Betriebsentwicklung eingeleitet. Die Beteiligung der Mitarbeitenden an der Ergebnisanalyse und Massnahmenentwicklung sowie -umsetzung hat dazu geführt, dass das Verständnis für die Qualitätsförderung geweckt wurde und gewachsen ist.

QUALITÄTSMANAGEMENT-SYSTEM NACH MASS

Das Ergebnis dieser Entwicklung ist nach acht Jahren ein kunden-, prozess- und ergebnisorientiertes Qualitätsmanagement-System. Es beinhaltet alle wichtigen Bausteine:



- Feste QM-Struktur mit Verantwortung der Geschäftsleitung
- Systematisches Prozessmanagement
- Gezieltes Management der wichtigsten Ressourcen (Personal, Finanzen, Infrastruktur, Wissen und Partner)
- Regelmässige Kunden- und Mitarbeiterbefragungen
- Flächendeckende interne Messungen von strategischen und operativen Kennzahlen
- Ergebnisorientierte Qualitätsprojekte (Verbesserungsprojekte).

Diese Bausteine sind durch ein natürliches, situations- und bedarfsgerechtes Einführen gut verankert. Sie werden in der Belegschaft nicht als ein «künstliches» System wahrgenommen, sondern als fester Bestandteil der Stiftung. Qualitätsförderung wird immer mehr zur Selbstverständlichkeit, gehört zum Alltag und ist Teil der Unternehmenskultur.

weise angegangen. Das Personal als wichtigste «Ressource» des Betriebes hat dabei Priorität erhalten.

PRAGMATISCH UND EINFACH

Wesentlich ist der Umgang mit Ergebnismessungen. In der Medizin sind Messungen stark abhängig von der Individualität der Patienten bzw. der Bewohner und der Vielschichtigkeit der Situationen, in denen sich chronisch oder unheilbar kranke Betagte befinden. Eine wissenschaftlich korrekte und allseits vergleichbare Ergebnismessung wäre mit einem unverhältnismässigen Aufwand verbunden. Da die Stiftung trotzdem auf Messungen nicht verzichten wollte, wurden sehr früh einfache betriebsrelevante Parameter definiert und kontinuierlich gemessen. Die Vergleichbarkeit mit anderen Mitbewerbern war dabei sekundär.

Wo liegt der Schlüssel zum heutigen Erfolg der Adullam-Stiftung? Entscheidend waren ein nicht nachlassender Wille nach Verbesserung, die Überzeugung von der Richtigkeit des



WENN WENIGER MEHR IST

Die wichtigsten Kriterien in allen Qualitätsanstrengungen sind die Praxisrelevanz und der zu erwartende Nutzen. Verbesserungsmassnahmen müssen nachvollziehbar sein, insbesondere für diejenigen Mitarbeitenden, die direkt betroffen sind. Dieser Grundsatz ist wichtiger als das Dogma der Vollständigkeit einer Umsetzung. Ein solches Vorgehen ist für alle verständlich und glaubwürdig und steigert so die Akzeptanz.

Daher wurde das Prozessmanagement nicht «flächendeckend» eingeführt, sondern primär bewusst auf strategisch relevante und auf fehleranfällige Prozesse fokussiert. Erst in einem zweiten Schritt wurde es kontinuierlich auf andere Prozesse ausgeweitet. Der heutige Umsetzungsgrad ist schon sehr hoch und deckt die relevanten Prozesse ab. Auch der Bereich Ressourcenmanagement wurde so schritt-

gewählten Weges, und vor allem mehrere Jahre systematischer, geduldiger und oft unspektakulärer Arbeit. Die Theorie, die gewählte Methode, das EFQM-Modell und das QM-System waren wichtige Voraussetzungen, die jedoch erst durch entsprechendes Handeln umgesetzt werden mussten.

DANK

Über weitere wichtige Ergebnisse und Ereignisse wird auf den folgenden Seiten berichtet. Wir danken den Patientinnen, Patienten, Bewohnerinnen, Bewohnern und deren Angehörigen sowie den mit uns zusammenarbeitenden Institutionen und Behörden für das in uns gesetzte Vertrauen. Danken möchten wir auch allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihr grosses Engagement. Vor allem aber danken wir Gott für das gute Gelingen und die Bewahrung im vergangenen Jahr.

GERIATRIESPITAL



LEISTUNGSDATEN

Die Anzahl der Eintritte ins Geriatriespital hat im Jahr 2008 im Vergleich zum Vorjahr nur leicht zugenommen: Es wurden 653 Patienten behandelt (Vorjahr 634). Damit sind die Eintrittszahlen seit 2005 stabil auf einem Niveau, welches den Ressourcen eines Geriatriespitals unserer Grösse angemessen ist. Die mittlere Aufenthaltsdauer betrug 47.9 Tage (Vorjahr: 49.4 Tage). Für die Akutbehandlung und die Rehabilitation ohne Langzeitbehandlung werden im Durchschnitt 37.7 Spitaltage benötigt - ein optimaler Zeitraum für die Genesung von mehrheitlich über 80-jährigen Geriatriespitalpatienten. 44% der eingetretenen Patientinnen und Patienten konnten wieder nach Hause entlassen werden (Vorjahr: 45%). Die Anzahl der geleisteten Pflagetage im Geriatriespital betrug 31'272 (Vorjahr: 31'301), in der Passerelle 4'842 (Vorjahr: 4'631). Die Bettenbelegung im Geriatriespital war mit 100.5% (Vorjahr 100.9%) weiterhin sehr hoch, in der Passerelle lag sie bei 88.2% (Vorjahr 84.6%).

PARTNER-INSTITUTIONEN

Die wichtigsten zuweisenden Institutionen sind das Universitätsspital Basel (Notfallstation, Akutgeriatrische Universitätsklinik, Medizinische und Chirurgische Kliniken) sowie das St. Claraspital. Die Möglichkeit, Patienten nach telefonischer Absprache direkt von der Arztpraxis oder vom Hausbesuch ins Geriatriespital zu überweisen, wurde ebenfalls oft genutzt (vgl. Grafik).

PROJEKTE ZUR STEIGERUNG DER QUALITÄT

Neben der anspruchsvollen Patientenbetreuung wurde im Geriatriespital im Jahr 2008 an mehreren grösseren Projekten gearbeitet:

- **Nachtarztsystem:** Die in den letzten Jahren deutlich gestiegenen Anforderungen an die medizinische Betreuung im Geriatriespital führten zu einer spürbaren Mehr-

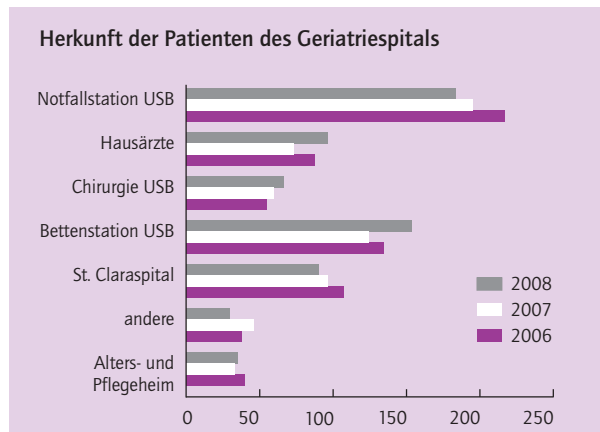
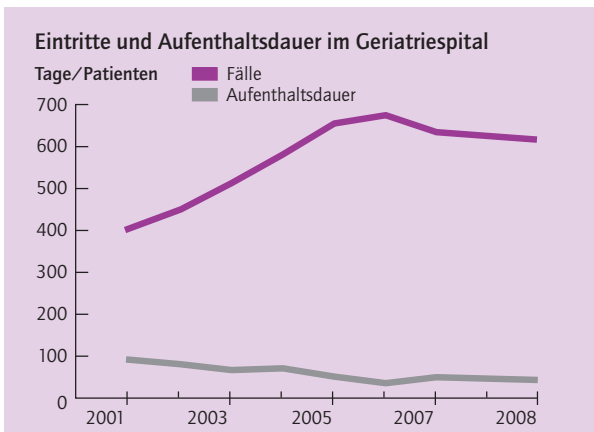
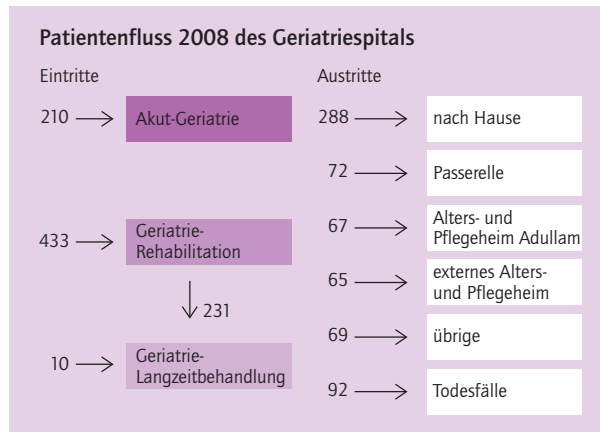
belastung im Arztdienst. Nebst diversen organisatorischen Massnahmen war eine personelle Aufstockung im Assistenzarztteam unumgänglich. Diese ermöglichte auch die Einführung des Nachtarztsystems. Nicht nur wird hiermit den Anforderungen des Arbeitsgesetzes vollumfänglich Rechnung getragen, sondern auch die Patientenbetreuung in der Nacht qualitativ verbessert.

- **Notfall- und Reanimationskonzept:** Die interdisziplinären Vorbereitungsarbeiten hierfür erwiesen sich als sehr komplex und beanspruchten einen längeren Zeitraum. Ende 2008 lag das Konzept zur Einführung im Frühling 2009 vor. Das Notfall- und Reanimationskonzept wird ein rasches und effektives Vorgehen in Notfallsituationen gewährleisten.
- **EDV-basiertes Klinikinformationssystem:** Aufgrund des 2007 zusammengestellten interdisziplinären Anforderungsprofils wurde mit einem der drei evaluierten Softwareanbieter eine Vorbereitungsstudie durchgeführt. Die hierbei erarbeitete Lösung des Anbieters entsprach jedoch zu wenig den konkreten Bedürfnissen des Geriatriespitals. Das Projektteam entschied sich deshalb für einen anderen Weg. Wir verzichten auf die Anpassung eines fertigen Marktproduktes und werden vielmehr nun zusammen mit einem im Haus bereits bekannten und vertrauten Softwarepartner ein eigenes System entwickeln.
- **Ziel- und ergebnisorientierter Pflegeprozess:** Auch in diesem Jahr wurde im Pflegedienst der Fokus auf die Entwicklung und Verbesserung des Pflegeprozesses gerichtet. Das pflegerische Handeln soll auf individuell festgelegten Zielen der Patienten basieren und im Verlauf der Betreuung den erreichten Ergebnissen angepasst werden. Eine wichtige professionelle Unterstützung hierzu bietet das System der Pflegediagnosen nach NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), welches im Geriatriespital eingeführt wurde.



Funktion der Adullam-Stiftung

Geriatricspital	Anzahl Betten	Aufenthaltsdauer
Akut-Geriatrie Aufnahme, Abklärung und Akutbehandlung	20	26 Tage
Geriatric-Rehabilitation Internistische, chirurgische und einfache Neurorehabilitation	40	43 Tage
Geriatric-Langzeitbehandlung Slower-Stream-Rehabilitation, spezialisierte Behandlungspflege und Palliativbehandlung	25	32 Tage



• **Qualitätsarbeitsgruppe zur Sturzprävention:** Stürze sind im Alter ein häufiges Ereignis mit oft gravierenden Folgen. Aus diesem Grund wurde im Geriatricspital 2005 ein Konzept zur Sturzabklärung und -prophylaxe entwickelt. Seit 2008 werden in der interdisziplinären Qualitätsarbeitsgruppe Sturz (QUAST) die Erfahrungen

ausgewertet und das Konzept anhand der Empfehlungen zur «Sturzprävention» der Stiftung für Patientensicherheit sowie des Expertenstandards «Sturzprophylaxe in der Pflege» (DNQP) ergänzt. Die Ergebnisse und das überarbeitete Konzept werden im Jahr 2009 vorgestellt werden.

ALTERS- UND PFLEGEHEIM

WEITERE ZUNAHME DER AUFENTHALTSDAUER

Im Berichtsjahr wurden im Alters- und Pflegeheim 72'718 Pflagetage geleistet (Vorjahr: 72'269). Die mittlere Bettenbelegung betrug 99.3 % (Vorjahr: 99.0%). Die Aufenthaltsdauer betrug im Durchschnitt drei Jahre und zwei Monate. Damit hat sich der seit 2004 anhaltende Trend zu längeren Aufhalten fortgesetzt. Damals betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer nur zwei Jahre und vier Monate. Diese Entwicklung dürfte insbesondere auf die grossen Anstrengungen zur Steigerung der Betreuungs- und Pflegequalität zurückzuführen sein.

NEUE PFLEGEWOHNGRUPPEN

Im Berichtsjahr wurde die Liegenschaft Missionsstrasse 8a grundlegend umgebaut. Es entstanden drei Pflegewohngruppen à 9 Plätze und sechs Alterswohnungen. Konzeption, Planung und Realisierung erfolgten in Rekordzeit. Nachdem im Dezember 2007 der Stiftungsrat das Projekt

der Bewohnerinnen und Bewohner zu erhalten und zu fördern. So wird ein Teil der Haushaltsführung gemeinsam in der Pflegewohngruppe durchgeführt. Im Vordergrund stehen die Arbeiten und Aufgaben im Zusammenhang mit den Mahlzeiten (Kochen, Tischdecken, Abwaschen). Selbstverständlich wird dabei auf die Möglichkeiten und Gewohnheiten der Bewohnerinnen und Bewohner Rücksicht genommen.

Jede Pflegewohngruppe verfügt neben den Schlafzimmern über eine eigene Küche. Die Mahlzeiten sollen wenn möglich und gewünscht gemeinsam im Esszimmer eingenommen werden. Die Stube lädt zum Verweilen und zur Gemeinschaft ein.

Es wird die gleiche professionelle Pflege geleistet wie im Pflegeheim. Grundsätzlich können die Betagten bis zum Lebensende in der Pflegewohngruppe bleiben, es sei denn,



bewilligt hatte, wurden die Detailarbeiten unverzüglich in Angriff genommen. Der Abschluss eines langjährigen Mietvertrages für die Liegenschaft und die Bauplanung zur Erlangung der Baubewilligung standen am Anfang. Im Mai 2008 konnte mit den umfangreichen Umbauarbeiten begonnen werden. Die Investitionskosten betragen rund 4 Millionen Franken. Der Bezug der Liegenschaft erfolgte dann bereits im November des Berichtsjahres.

Pflegewohngruppen bedeuten für die Adullam-Stiftung ein neues Angebot und damit eine weitere Differenzierung des Leistungsspektrums. Anders als im angestammten Pflegeheim zeichnet sich der Aufenthalt in einer Pflegewohngruppe durch gemeinschaftliches, möglichst familiäres Wohnen aus. Es soll so weit wie möglich die Normalität wie in der früheren Wohnung gelebt werden können. Die Pflegewohngruppen haben das Ziel, die Alltagskompetenz

den Pflegeanforderungen kann nicht mehr optimal entsprochen werden.

ALTERSWOHNUNGEN

Die ebenfalls in der Liegenschaft Missionsstrasse 8a neu erstellten sechs Alterswohnungen runden das Angebot der Stiftung ab. Dort können – wenn gewünscht – verschiedene Dienstleistungen wie Verpflegung, Reinigung, Wäscheversorgung, Betreuung und ambulante Pflege «à la carte» in Anspruch genommen werden.



BILANZ

AKTIVEN	31.12.2008	31.12.2007
Flüssige Mittel	1'994'065	1'987'039
Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	3'654'604	3'919'865
Darlehen	55'000	74'000
Vorräte	218'100	213'900
Umlaufvermögen	5'921'769	6'194'804
Betriebseinrichtungen	869'508	1'043'202
Mieterausbauten	3'258'000	0
Immobilien	49'458'000	51'934'000
Anlagevermögen	53'585'508	52'977'202
Total Aktiven	59'507'277	59'172'006
PASSIVEN	31.12.2008	31.12.2007
Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	1'519'208	761'185
Übrige kurzfristige Verbindlichkeiten	675'789	514'980
Transitorische Passiven	757'000	790'000
Kurzfristige Finanzverbindlichkeiten	10'975'000	4'000'000
Langfristige Finanzverbindlichkeiten	35'373'363	43'203'363
Guthabenbüchlein	911'679	1'138'361
Fremdkapital	50'212'039	50'407'889
Fonds	3'412'991	3'357'667
Stiftungskapital per 1.1.	5'406'450	4'888'661
Jahresergebnis	475'797	517'789
Stiftungskapital	5'882'247	5'406'450
Total Passiven	59'507'277	59'172'006

KOMMENTAR ZU BILANZ UND JAHRESRECHNUNG

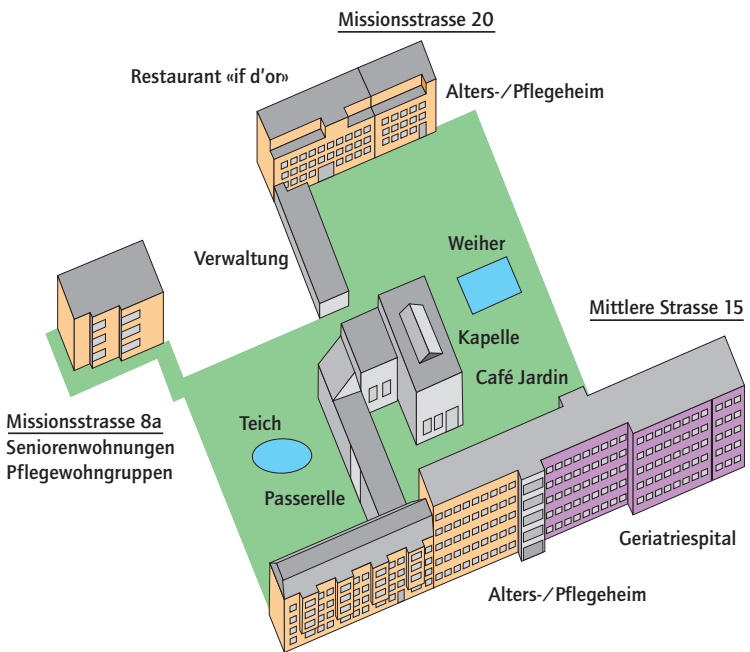
Die erstmals in der Bilanz aufgeführten Mieterausbauten betreffen den Umbau in der gemieteten Liegenschaft Missionsstrasse 8a (neue Pflegewohngruppen und Alterswohnungen).

Die erhöhten Personalaufwendungen in der Erfolgsrechnung stehen im Zusammenhang mit der Einführung des Nachtarztsystems (an Stelle Arzt-Pikettdienst) und der Eröffnung der Pflegewohngruppen. Die Sachaufwendungen stiegen mit nur 1.2% weniger als die Teuerung. Dies ist auf eine hohe Kostendisziplin zurückzuführen.

ERFOLGSRECHNUNG

AUFWAND	2008	2007
Ärzte und med. Fachpersonal	3'043'384	2'764'403
Pflegepersonal	11'390'007	10'633'175
Ökonomie-/ Verwaltungspersonal	6'961'082	6'823'427
Sozialleistungen	3'572'334	3'600'765
Übrige Personalkosten	346'442	267'881
Personalkosten	25'313'249	24'089'651
Medizinischer Bedarf	1'521'814	1'491'828
Lebensmittel	2'090'509	2'025'281
Haushaltsaufwand	605'084	616'608
Unterhalt und Reparaturen	1'017'464	947'257
Abschreibungen	3'623'682	3'783'052
Energie und Wasser	702'733	633'029
Kapitalzinsen	1'602'114	1'536'881
Büro- und Verwaltungsaufwand	656'302	658'304
Entsorgung	64'003	59'038
Übriger Aufwand	540'902	528'273
Sachkosten	12'424'607	12'279'551
Total Aufwand	37'737'856	36'369'202
ERTRAG	2008	2007
Steuern Geriatriespital	10'247'721	9'654'135
Steuern Alters- und Pflegeheim	19'462'031	18'943'902
Übriger Ertrag Patienten	1'236'059	866'870
Beiträge Kanton Basel-Stadt	5'708'422	5'916'033
Übriger Ertrag	1'559'420	1'506'051
Total Ertrag	38'213'653	36'886'991
Ergebnis	475'797	517'789

Die erhöhten Einnahmen bei den Spitaltaxen und beim übrigen Ertrag Patienten (+ 6.1%) sind auf den gestiegenen Anteil der Privat- und Halbprivatpatienten zurückzuführen. Dieser betrug 2008 erstmals knapp 30%. Die höheren Erträge bei den Steuern im Alters- und Pflegeheim sind eine Folge der leicht erhöhten Steuern und der Eröffnung der Pflegewohngruppen. Der Beitrag des Kantons Basel-Stadt hat um 3.5% abgenommen. Sein Anteil am Gesamtertrag beträgt noch 14.9% (Vorjahr: 16.0%).



ORGANISATION (MAI 2009)

STIFTUNGSRAT

Dr. Hansjörg Ledermann, Präsident | Peter Wirz, Vizepräsident | Dr. Holger Fischer | Ursula Jost | Matthias Mosimann | Robert Völker

GESCHÄFTSLEITUNG

Dr. Hansjörg Ledermann, Medizinischer Direktor
Richard Widmer, Verwaltungsdirektor

ÄRZTLICHER DIENST

Dr. Hansjörg Ledermann, Chefarzt | Dr. Milos Fusek, Leitender Arzt * | Dr. Daniel Gubler, Oberarzt * | Dr. Gerolamo Carpentieri, Oberarzt

PFLEGEDIENST

Monica Illenseer, Geriatriespital *
Günter Baum, Alters- und Pflegeheim *

PSYCHOLOGISCHER DIENST

Irene Schönenberger

SOZIALDIENST

Hanspeter Lips

SEELSORGEDIENST

Pfarrer Hans Mayr

PHYSIOTHERAPIE

Dirk Hanser

ERGOTHERAPIE

Madlen Richter

ERNÄHRUNGSBERATUNG

Stefania Argiro

QUALITÄTSBEAUFTRAGTER

Dr. Milos Fusek *

VERPFLEGUNG

Carlo Ghezzi *

HAUSWIRTSCHAFT

Anita Roellinger *

TECHNIK UND SICHERHEIT

Felix Gilgen *

PERSONALDIENSTE

Robert Weller *

RECHNUNGSWESEN

Monique Ringeisen *

* Mitglieder der «Erweiterten Geschäftsleitung»



ADULLAM-STIFTUNG BASEL
Mittlere Strasse 15
4003 Basel
061 266 99 11
www.adullam.ch