



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Klinik Nette-Gut für Forensische Psychiatrie an der Rheinmosel-Fachklinik Andernach
Institutionskennzeichen:	260710759
Anschrift:	Am Nette-Gut 2 56575 Weißenthurm
Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer:	2017-0007 KHVB
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	DQS GmbH, Frankfurt am Main
Gültig vom:	28.02.2017
 bis:	27.02.2020
Zertifiziert seit:	02.04.2009

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	8
1 Patientenorientierung	9
2 Mitarbeiterorientierung	12
3 Sicherheit - Risikomanagement	14
4 Informations- und Kommunikationswesen	18
5 Unternehmensführung	20
6 Qualitätsmanagement	22

Vorwort der KTQ®

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, MVZ, Pathologische Institute, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize und alternative Wohnformen und Rettungsdienstleistungen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

Die Verfahrensinhalte, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie-, und berufsgruppenübergreifend in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der KTQ-GmbH und Praktikern aus dem Gesundheitswesen entwickelt und erprobt. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Kataloge entsprechend weiterentwickelt.

Mit dem freiwilligen Zertifizierungsverfahren und dem damit verbundenen KTQ-Qualitätsbericht bietet die KTQ® somit Instrumente an, die die Sicherung und stetige Verbesserung der Qualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Öffentlichkeit darstellen.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen Kriterien, die sich auf

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- Sicherheit - Risikomanagement,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Unternehmensführung und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

Während der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der

¹ zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Dachverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Knappschaft.

Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Dieser KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 55 Kriterien des KTQ-Kataloges Version 2015.

Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass die **Klinik Nette-Gut für Forensische Psychiatrie** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter www.ktq.de abrufbar.

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Die Klinik Nette-Gut für Forensische Psychiatrie an der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach ist eine Maßregelvollzugseinrichtung mit 390 Behandlungsplätzen

Die Behandlung in der Klinik Nette-Gut dient der Besserung und Sicherung der Patienten auf der Grundlage des Maßregelvollzugsgesetzes des Landes Rheinland-Pfalz. Die Therapie-maßnahmen sind darauf ausgerichtet, die Resozialisierung der Patienten mit der größtmöglichen Sicherheit für die Bevölkerung zu verbinden.

Die Klinik Nette-Gut ist kein Krankenhaus nach §108 SGB V und unterliegt somit nicht den gesetzlichen Anforderungen bezüglich der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems. Dennoch war es besonders in diesem sensiblen Bereich unerlässlich, die Prozesse ständig zu beobachten und zu verbessern. Aus diesem Grunde hatte sich die Klinik Nette-Gut an das bewährte Qualitätsmanagementsystem der Einrichtungen des Landeskrankenhauses (AöR) angeschlossen und erarbeitet analog vielfältige Konzepte und Richtlinien, um einen ausgezeichneten und reibungslosen Behandlungsprozess zu gewährleisten.

Seit 2016 sind in § 7 Maßregelvollzugsgesetz des Landes Rheinland-Pfalz die Themen Qualitätssicherung und Sicherheitsstandard benannt. Die Maßregelvollzugskliniken sind demnach verpflichtet, eine an anerkannten wissenschaftlichen Standards orientierte Qualität der Behandlungs- und Wiedereingliederungsmaßnahmen sowie der Versorgungsabläufe zu gewährleisten.



Klinik Nette-Gut
für Forensische Psychiatrie
an der Rhein-Mosel-Fachklinik
Andernach
Am Nette-Gut 2
56575 Weißenthurm
Tel.: 02637 / 911-0
Fax: 02637 / 911-3191
info@klinik-nette-gut.de
www.klinik-nette-gut.de

Leistungsstruktur der Einrichtung im Überblick:

Psychomedizinische Abteilung

Die Psychomedizinische Abteilung behandelt überwiegend psychisch kranke Straftäter, die an Erkrankungen wie Schizophrenie, wahnhaften Störungen, Intelligenzminderungen sowie hirnorganisch bedingten psychischen Störungen leiden. Häufig liegen bei diesen Patienten mehrere psychiatrische Diagnosen vor.

Ein Schwerpunkt liegt in der Pharmakotherapie, weiterhin werden Psychoedukation sowie verhaltenstherapeutische und tiefenpsychologische Behandlungsverfahren angewandt. Pädagogische sowie sozio- und milieutheraeutische Maßnahmen runden die Behandlungsangebote ab. Zur Abteilung gehört die einzige Frauenstation der Klinik, welche Patientinnen aller psychiatrischen Diagnosen behandelt

Psychotherapeutische Abteilung

Die Patienten der Psychotherapeutischen Abteilung leiden an schweren Persönlichkeitsstörungen oder sexuellen Deviationen. Gerade diese Patienten sind bezüglich der Veränderungsbereitschaft und Veränderungsmöglichkeiten der Persönlichkeit äußerst eingeschränkt. Umso wichtiger ist es, die Persönlichkeitszüge, welche zu dem deliktischen Verhalten führten, zu analysieren und diese in Richtung eines gesellschaftlich akzeptierten Verhaltens zu lenken. Bei der entsprechenden psychotherapeutischen Behandlung werden verhaltenstherapeutische Maßnahmen, tiefenpsychologisch fundierte Maßnahmen sowie kognitiv-behavioristische Maßnahmen eingesetzt.

Die psychiatrische Behandlung umfasst neben der Psychopharmakotherapie u.a. auch sozialpsychiatrische Therapien. Hierbei werden Defizite und Ressourcen der Patienten analysiert und in Zusammenarbeit mit dem multiprofessionellen Team in eine entsprechende Behandlung einbezogen. Es fließen die Informationen und Erfahrungen der einzelnen Berufsgruppen ein, sodass die gesamte Persönlichkeit der Patienten umfänglich gewürdigt werden kann.

Suchttherapeutische Abteilung

Die Suchttherapeutische Abteilung der Klinik Nette-Gut ist im Rahmen des Verteilungsplans der forensischen Kliniken des Landes Rheinland-Pfalz für die Behandlung von drogenabhängigen Patienten zuständig. Neben der Diagnose einer Suchterkrankung weisen viele Patienten noch eine oder mehrere Zusatzdiagnosen auf.

Im Sinne der Suchttherapie geht es für die Patienten darum, sich von süchtigen Neigungen und Einstellungen zu trennen und Verhaltensweisen einzuüben, durch welche sie in Zukunft ein gesellschaftlich integriertes Leben ohne Suchtmittelkonsum führen können. Neben Therapiemaßnahmen, die das dafür erforderliche Bewusstsein schaffen, Wissen vermitteln und die Patienten zu einer Tagesstrukturierung und regelmäßigen Arbeitsleistung befähigen, spielen sämtliche Aspekte der gesellschaftlichen Wiedereingliederung eine entscheidende Rolle.

Weiterhin kümmert sich die Suchttherapeutische Abteilung konsequent um die Aufarbeitung der Einweisungsdelikte. Es geht darum, ein Rechtsbewusstsein herzustellen und die Basis dafür zu schaffen, dass die Patienten nach der Entlassung aus dem Maßregelvollzug keine weiteren Straftaten mehr begehen.

Institutsambulanz

Die Forensisch-Psychiatrische Institutsambulanz besteht seit dem 01. Juli 2008, wobei der Versorgungsschwerpunkt in der Betreuung von beurlaubten bzw. zur Bewährung entlassenen Maßregelvollzugspatienten der Klinik Nette-Gut liegt. Allerdings können auch Maßregel-

vollzugspatienten anderer Kliniken, welche sich in der Beurlaubung bzw. in der Entlassungsphase auf Bewährung befinden, versorgt werden.

Möglich ist auch die Versorgung von nicht aus dem Maßregelvollzug stammenden, jedoch unter forensischen Behandlungsaspekten zu versorgenden Menschen. Die wichtigste Aufgabe besteht in der forensisch-psychiatrischen Prognostik hinsichtlich der Einschätzung des künftigen straffreien Handelns.

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Die Klinik verfügt über einen Internet-Auftritt, der über Rechtsgrundlagen, Aufgaben und Struktur der KNG informiert. Besucher und Patienten werden außerdem durch Informationsblätter und Broschüren informiert. In allen Abteilungen gibt es Aufnahmestationen, die eine ständige Aufnahmebereitschaft sicherstellen, es existiert ein Aufnahmestandard. Die unterschiedlichen Einweisungsparagrafen werden berücksichtigt. Die Erreichbarkeit der Klinik ist durch Beschilderung gewährleistet. Auf dem Klinikgelände gibt es ein Wegeleitsystem.

Leitlinien und Standards

Um konsequent die Umsetzung wissenschaftlicher Leitlinien und Standards der Fachgesellschaften voranzutreiben, werden in Projekten Handlungsanweisungen abgeleitet. Andere verbindliche Konzepte werden, abhängig von ihrem Inhalt individuell von Arbeits- oder Projektgruppen entwickelt. So entstehen einrichtungs- und trägerweit festgelegte Konzepte, Handbücher, Leit- und Richtlinien. Diese werden im Intranet dargestellt und sind für die Beschäftigten ständig in aktueller Form nachlesbar. Darüber hinaus haben die Beschäftigten die Möglichkeit sich im Internet und über hauseigene Fachbibliotheken zum aktuellen Stand der Wissenschaft und Technik zu informieren.

Information und Beteiligung des Patienten

Im Leitbild des Landeskrankenhauses (LKH) ist eine professionelle Beziehungsgestaltung mit den Patienten verankert. Dazu gehört, von Beginn des Behandlungsprozesses an, in einen offenen Dialog über Krankheitsbilder zu treten und die Patienten für die Mitarbeit zu gewinnen. Jeder Patient erhält nach der Aufnahme Infoblätter der Klinik wie die Hausordnung, die Stationsregeln sowie ausführliche Informationen zur Tagesstruktur. Die Patientenzeitung "innenleben" ermöglicht den Zugang zu aktuellen Diskussionen in der Klinik und weiteren allgemeinen Klinikinformationen. Der Patientenrat stellt ein Bindeglied zwischen Klinikleitung und Patienten dar. Die Einbeziehung von Angehörigen wird unter Berücksichtigung des Behandlungsziels gefördert. Des Weiteren werden Selbsthilfegruppen für Patienten und Angehörige intern ggf. auch extern ermöglicht und gezielt gefördert. Patienten- und Angehörigen-schulungen gehören zum allgemeinen Therapieprogramm.

Ernährung und Service

In der KNG gibt es überwiegend 1- und 2-Bettzimmer, die teilweise mit Sanitärbereichen ausgestattet sind. Zum Teil verfügen die Zimmer über einen Patientenruf mit Gegensprechanlage und können mit Radios, CD-Spielern und Fernsehgeräten ausgestattet werden. Die wesentlichen Klinikräumlichkeiten sind barrierefrei gestaltet und sind gut zu erreichen. Auf den Stationen gibt es Aufenthalts-, Therapie- und Multifunktionsräume, die für die Therapie, Tagesstrukturierung, als Besucherräume und zur Freizeitgestaltung genutzt werden. Es werden spezielle Trennscheibenbesuchsräume vorgehalten. Ein Besucherappartement ist eingerichtet. Die Klinik verfügt über eine Sporthalle, es gibt mehrere Sportplätze, Zierteiche, Freizeit- und Gartenhütten sowie Grillplätze, einen Boule- und einen Schachplatz. Die Küche stellt die Versorgung der meisten stationären Patienten mit einer zeitgemäßen, ernährungsphysiologisch ausgewogenen Verpflegung sicher. Kulturelle, religiöse und diätetische Anforderungen werden berücksichtigt. Die Patienten nehmen ihr Essen in dem Speiseraum der

Station ein. Die auf den Stationen befindlichen Patientenküchen stehen für Kochgruppen oder zur eigenen Nutzung zur Verfügung.

Akut-/ Notfallversorgung

Erstdiagnostik und Erstversorgung

Notfälle im üblichen somatischen Sinn gibt es in der Forensischen Psychiatrie nicht. Die Patienten werden nur bei Vorliegen einer rechtskräftigen Verurteilung aufgenommen. Die Aufnahme erfolgt gemäß Standard. Darüber hinaus hat die Klinik keinen Behandlungsauftrag.

Elektive, Ambulante Versorgung

Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

In der Klinik gibt es eine Forensisch Psychiatrische Institutsambulanz (FPIA). Die oft lange Verweildauer im Maßregelvollzug, mit der Gefahr der Hospitalisierung sowie dem Fehlen von sozialen Bezügen, erfordert im Hinblick auf eine Entlassung in Freiheit eine schrittweise Eingliederung in die Gesellschaft. Dies kann durch eine ambulante Betreuung im Rahmen einer "Beurlaubung" erfolgen. Nach der Entlassung aus der Maßregel trägt eine ambulante Nachsorge dazu bei, die Reintegration erfolgreich abzuschließen.

Stationäre Versorgung

Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

Die forensische Diagnostik und Behandlungsplanung richtet sich nach § 13, 14 und 15 MVollzG. Hierzu werden halbjährlich multiprofessionelle Behandlungs- und Wiedereingliederungspläne erstellt. Das Zustandsbild des Patienten wird in regelmäßigen Teamsitzungen reflektiert. Die Behandlungsplanung und eine notwendige Diagnostik werden ggf. angepasst. Die besonderen Bedürfnisse der Patienten werden berücksichtigt. Für die Stationen existieren ILPrO-Konzepte, die den Kontakt zwischen Patienten und multiprofessionellem Team vorgeben. Die somatische Behandlung wird durch die Hausarztpraxis koordiniert, ggf. werden externe Fachärzte hinzugezogen. Die psychologische Diagnostik wird nach dem Konzept Testdiagnostik durchgeführt. Für die Patienten wird nach dem Bezugspflegekonzept mit Gruppenanbindung ein DV-gestützter Pflegeprozess mit NANDA-Pflegediagnosen abgeleitet.

Therapeutische Prozesse

Die Planung der Therapie erfolgt nach wissenschaftlichem Stand unter Einbeziehung der Leitlinien der Fachgesellschaften. Therapeutische Angebote werden durch die zuständigen Berufsgruppen zur Verfügung gestellt und im multiprofessionellen Team in das Gesamtbehandlungskonzept integriert. Die Kooperation von Fachabteilungen und Berufsgruppen wird durch die regelmäßigen Abteilungskonferenzen, stationsbezogene Teambesprechungen und bei Besprechungen im ärztlichen Bereich gewährleistet. Zu wichtigen Fragestellungen innerhalb des Behandlungsverlaufs, insbesondere auch bei sicherheitsrelevanten Entscheidungen (z.B. Gewährung von Lockerungen) finden regelmäßige Fallbesprechungen statt. Die Festlegung der therapeutischen Maßnahmen erfolgt individuell und wird mit dem Patienten ggf. dessen Betreuer und auf Wunsch auch mit den Angehörigen besprochen. Für eine Reihe von Krankheitsbildern stehen laiengerechte Aufklärungsbroschüren z.T. auch in Fremdsprachen zur Verfügung.

Visite

Der Ablauf der Visite wird patientenorientiert gestaltet. Auf den Stationen gibt es feste Visitermine, die zum üblichen Therapieprogramm zählen. In der Visite selbst wird auf die Fragen, Wünsche und Beschwerden des Patienten eingegangen und die geplante Diagnostik und Therapie erläutert.

Weiterbetreuung/Übergang in andere Bereiche

Entlassungsprozess

In der Entlassungsphase werden mit den Patienten der soziale Empfangsraum, die formalen Voraussetzungen (z.B. verbindliche Vereinbarung), die Weisungen, die Fortführung der Selbsthilfegruppe, die weitere Betreuung durch die FPIA und die Fortführung der Medikation besprochen. Die Sicherstellung der Nutzung von Prognoseinstrumenten bei Beurlaubungen und Entlassungen leitet sich aus dem Lockerungskonzept ab. Bei der Überleitung des Patienten in die FPIA wird dieser gemäß dem Leistungskatalog betreut bis die Bewährungszeit ausläuft. Vor Ablauf der Bewährungszeit wird geprüft, wie ggf. eine Weiterbetreuung erfolgen kann.

Sterben und Tod

Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

In der Regel werden Schwerstkranke, sterbende Patienten aus dem Maßregelvollzug beurlaubt oder entlassen, um ihnen ein würdiges privates Umfeld zu ermöglichen. Dies geschieht stets mit Einschätzung der Gefährlichkeit des Patienten. Möchte der Patient lieber auf der bekannten Station bleiben, wird dies in einem Einzelzimmer ermöglicht. Tritt dieser seltene Fall ein, werden die individuellen kulturellen und religiösen Bedürfnisse berücksichtigt. Die Klinik arbeitet eng mit der Seelsorge zusammen. Bei Notwendigkeit werden auch externe Fachärzte und Palliativdienste hinzugezogen.

Umgang mit Verstorbenen

Ist ein Patient verstorben, wird zunächst die Ermittlungsbehörde durch einen Arzt informiert. In der Regel wird der Leichnam beschlagnahmt. Nach der Freigabe des Leichnams können die Angehörigen angemessen Abschied nehmen. Den Angehörigen, Mitarbeitern und Patienten wird eine Betreuung durch die Klinikseelsorge angeboten. Dabei wird auf kulturelle und religiöse Wünsche geachtet.

2 Mitarbeiterorientierung

Personalbedarfsplanung / Personalentwicklung

Personalbedarf

Die Planung des Personals ergibt sich aus der prognostizierten Leistungs- und Erlösplanung. Im Rahmen der jährlichen Wirtschaftsplanung erfolgt die Planung des Personalbedarfs für das Folgejahr. Auf Basis der Hochrechnung wird in Zusammenarbeit mit der Personalabteilung und den Personalverantwortlichen die Vollkräfteplanung für das kommende Wirtschaftsjahr erstellt. Personalbemessungskriterien wie z.B. die Psychiatriepersonalverordnung finden dabei Berücksichtigung. Anpassungsmaßnahmen wie Nachbesetzungen werden kontinuierlich durch das Direktorium verantwortlich wahrgenommen. Dies geschieht in enger Abstimmung mit den Fachabteilungen und, im Rahmen der Mitbestimmung, mit der Personalvertretung.

Personalentwicklung

Ausgehend von den Unternehmenszielen und den Ergebnissen der Mitarbeitergespräche wird jährlich, in Zusammenarbeit zwischen Direktorium und Rhein-Mosel-Akademie (Institut für Fach- und Führungskräfte im Gesundheits- und Sozialwesen in Trägerschaft des Landeskrankenhauses (AöR)), eine Qualifikationsbedarfsanalyse entwickelt. Die darin geplanten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen werden überwiegend durch die Rhein-Mosel-Akademie durchgeführt und kontrolliert. Für spezielle Qualifikationen werden externe Fortbildungsmaßnahmen genutzt. Das Kompetenzmodell nimmt bei der individuellen Weiterentwicklung der Mitarbeiter einen hohen Stellenwert ein.

Ein zentraler Punkt der Umsetzung der Mitarbeiterorientierung ist die Festlegung jährlich mit jedem Mitarbeiter ein "Mitarbeitergespräch zur Leistung und Entwicklung" zu führen. Hierbei können Wünsche und Ziele der Mitarbeiter sowie die Ziele und Erfordernisse der Einrichtung erörtert und nach Möglichkeit in Übereinstimmung gebracht werden. Die Mitarbeiterorientierung ist eine von zwei entscheidenden strategischen Zielsetzungen. Hieraus werden zahlreiche Maßnahmen u.a. der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Vereinbarkeit von Beruf und Familie abgeleitet. Die Klinik hat 2015 am Wettbewerb "Bester Arbeitgeber im Gesundheitswesen" teilgenommen. Die Kliniken sind Initiator und Mitglied der Arbeitgeber Marke „inclinica“.

Einarbeitung

Zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter ist ein Mentorensystem mit klaren Verantwortlichen und Checklisten für verschiedene Berufsgruppen eingeführt. Dadurch ist sichergestellt, dass neue Mitarbeiter schnell und vor allem umfassend eingearbeitet werden und mit den für die Sicherheit und den Behandlungserfolg maßgeblichen Konzepten vertraut werden. Darüber hinaus ist eines der wichtigsten Ziele und Aufgaben des Mentors, die soziale Integration in das Team zu fördern und regelmäßig Gespräche anzubieten. Die neuen Mitarbeiter des Unternehmens nehmen am "Einführungstag für neue Mitarbeiter" teil.

Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Die Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpfleger wird nach dem Krankenpflegegesetz und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung durchgeführt. Die Vernetzung von Theorie und Praxis erfolgt über die Mitarbeiter der Krankenpflegeschule, die Dozenten des theoretischen Unterrichts und die Praxisanleiter in den Einsatzorten. Die Auszubildenden zur Gesundheits- und Krankenpflege und Kauffrau/Kaufmann werden auch in der KNG eingesetzt. Es besteht eine Kooperation mit der Katholischen Fachhochschule Mainz für den dualen

Studiengang Pflege. Es besteht eine Stiftungsprofessur u.a. mit dem Landeskrankenhaus (AöR) und der Katholischen Hochschule Mainz zur "Erweiterte Pflegekompetenzen bei langfristigem Versorgungsbedarf (Schwerpunkt Psychiatrie) im Fachbereich Gesundheit und Pflege.

Im Rahmen der Facharztweiterbildung nehmen die Assistenzärzte am Curriculum zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie teil. Es besteht die Möglichkeit zum Erwerb der Zusatzbezeichnung für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie. Die Klinik fördert die Ausbildung zum Rechtspsychologen.

Es bestehen Kooperationen mit mehreren Ergotherapieschulen der Umgebung. In der KNG leisten jährlich durchschnittlich 20 Ergotherapieschüler ihre zur Ausbildung gehörenden Pflichtpraktika ab.

Das Landeskrankenhaus (AöR) hat, zur Förderung und Umsetzung der internen Fort- und Weiterbildung, die Rhein-Mosel Akademie (RMA) gegründet. Diese veröffentlicht in jährlichem Rhythmus die Fortbildungsangebote im "Kursbuch Kompetenz".

Auf Basis der Ziele des Unternehmens und der Mitarbeiterjahresgespräche werden individuell für die Beschäftigten, zwischen diesen und ihren Vorgesetzten Fort- und Weiterbildungsbedarf erkannt und vereinbart. Über fachbereichsbezogene oder fachbereichsübergreifende Fortbildungen informieren die zuständigen Direktionen ihre Mitarbeiter. Regelmäßige Pflichtfortbildungen sind für die verschiedenen Berufsgruppen standardisiert. Die Inhalte werden durch Präsenzveranstaltungen und mittels E-Learning an die Mitarbeiter vermittelt.

Arbeitszeiten / Work Life Balance

Für die Beschäftigten des Landeskrankenhauses (AöR) wurden Dienstvereinbarungen zur Arbeitszeitregelung und automatisierter Zeiterfassung, auf Basis von Gesetz und Tarifvertrag geschlossen. Diese wird in Form von Rahmendienstplänen, wo möglich mit Gleitzeitstrukturierung umgesetzt. Die Mitarbeiterwünsche werden bei der Planung soweit wie möglich mit einbezogen.

Wir bieten für unsere Mitarbeiter Plätze zur Kinderbetreuung im Betriebskindergarten und für erwachsene Angehörige in den geriatrischen Tagesstätten an.

Weitere Betreuungsangebote werden über www.betreut.de vermittelt (Übernahme der Vermittlungskosten durch den Arbeitgeber). Die Personalabteilung bietet Integrationsgespräche an.

Das betriebliche Gesundheitsmanagement ist etabliert, es werden Gesundheitstage, Schulungen und Seminare angeboten,

Darüber hinaus gibt es eine Kooperation mit einem Fitnessstudio in der Nähe, dass Mitarbeitern das Training zu vergünstigten Konditionen ermöglicht. Zwei Mal in der Woche wird im Rahmen einer „bewegten Pause“ mittags ein Rückentraining angeboten.

Ideenmanagement

Generell richten die Mitarbeiter ihre Ideen, Wünsche und Beschwerden auf dem Dienstweg an die Vorgesetzten. Zu verschiedenen Themenbereichen können die Mitarbeiter ihre Verbesserungsvorschläge direkt bei der entsprechenden Stelle und dem betrieblichen Vorschlagswesen anbringen. Innerhalb der Einrichtung werden die Ergebnisse des Vorschlagswesens über die Mitarbeiterzeitschrift "Forum" veröffentlicht. Beschwerden werden als ernsthafte Anliegen der Mitarbeiter bewertet und entsprechend auf der Basis von Führungsleitlinien und Leitbild behandelt.

3 Sicherheit– Risikomanagement

Patientenbezogene Risiken

Methoden des klinischen Risikomanagements

Im Leitbild des Landeskrankenhauses (AöR) sind der lernfördernde Umgang mit Fehlern und die kooperative Kommunikationskultur als klare Zielstellung für die Führungskräfte beschrieben. Diese offene Fehlerkultur minimiert damit die möglicherweise aus Fehlern resultierenden Risiken.

Die Verantwortlichkeit für das klinische Risiko liegt bei den ärztlichen Direktoren.

Patientenbezogene Schadensfälle werden an den Kaufmännischen Direktor gemeldet.

Schadensfälle werden auf Abteilungsebene analysiert, Verbesserungsmöglichkeiten abgeleitet.

Die Mitarbeiter erhalten regelmäßige Schulungen zu Notfallsituationen, zum Brandschutz, zu Hygienethemen, zum Deeskalationsmanagement etc.

Es werden gemäß der Vorschriften Beauftragte für die Bereiche Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Medizintechnik, Umweltmanagement etc. vorgehalten

In den Fachkommissionen werden die in ihrem Einflussbereich erkannten Risiken (mediz. Notfallmanagement, Hygiene, Arzneimittel, Brandschutz- und Katastrophenschutz) aufgegriffen und entsprechende Gegenmaßnahmen eingeleitet.

Zur Erhöhung der Patientensicherheit hinsichtlich der Medikamentenvergabe erfolgt die Medikationsverordnung digital im KIS. In der RMF und der KNG wird die Medikation von der Apotheke automatisiert verblistert.

2016 wurde CIRS in allen Einrichtungen des Landeskrankenhauses (AöR) implementiert.

Das Auswertungsteam in der Klinik Nette-Gut besteht aus dem QM- Steuerungskreis.

Eigen- und Fremdgefährdung

Im Rahmen des Schutzes des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung überprüft der verantwortliche Arzt eventuelle Aufsichts- und Sicherungsmaßnahmen unter Beachtung gesetzlicher Grundlagen. Die Eigengefährdung wird regelmäßig geprüft und dokumentiert. Die Mitarbeiter werden in Deeskalationstrainings im professionellen Umgang mit Aggressionen und Krisenmanagement mit Schwerpunkt Prävention geschult. Für besondere Situationen bestehen Verfahrensanweisungen, die den Mitarbeitern bekannt sind. Schulungen zum Einsatz der Schutzdecke finden statt.

Medizinisches Notfallmanagement

Eine Notfallkommission etabliert die Festlegungen zur benötigten Ausrüstung. Die festgelegte Standardausrüstung wird monatlich durch die Stationsleitungen bzw. benannte Verantwortliche geprüft. Mitarbeiter des ärztlichen, pflegerischen Dienstes müssen jährliche Notfallübungen bzw. Mega Code Schulungen (Ärzte, Pflege d. Neurologie) absolvieren. MA anderer Berufsgruppen haben die Möglichkeit, an einer Notfallübung für nicht medizinisches Personal teilzunehmen. Alarmierungsketten sind verschriftlicht, Notrufnummern hängen aus und sind auf den mousepads hinterlegt. Eine Verfahrensanweisung (VA 2 somatischer Notfall) regelt die Abläufe und Zuständigkeiten. Die Orte des Notfallequipments sind festgelegt und bekannt.

Organisation der Hygiene

Um die Einhaltung der Hygienevorschriften sicherzustellen verfügt die KNG über einen Hygienebeauftragten Arzt und zwei Hygienefachkräfte. Diese stellen durch regelmäßige und

protokollierte Begehungen den Standard der Hygiene sicher und stehen gemeinsam mit dem Hygienebeauftragten Arzt den Mitarbeitern als Ansprechpartner beratend zur Seite. Hygienerelevante Themen, Anweisungen und Durchführungsstands sind für die Mitarbeiter im Hygieneplan verfügbar. Das HACCP-Konzept ist in der Küche vollständig umgesetzt und die Küchen Mitarbeiter werden regelmäßig geschult. Das Landeskrankenhaus (AöR) hat für seine Einrichtungen eine Stabsstelle Hygiene und einen Beratervertrag für die Hygienerelevanten Angelegenheiten mit einem Krankenhaushygieniker des Klinikums der Universität Frankfurt. Die jährlichen Hygienepflichtfortbildungen werden für einen definierten Mitarbeiterkreis über das E-Learningsystem vermittelt. Regelmäßige „Händehygienetage“ werden für die Mitarbeiter angeboten.

Hygienerelevante Daten, Infektionsmanagement

Für die Einrichtungen des Landeskrankenhauses (AöR) wurden Infektionserfassungsbögen eingeführt, um Infektionsdaten zu ermitteln und das umfassend betriebene Hygienemanagement mit validen Daten aus den Behandlungsbereichen zu unterstützen. Ergeben sich Auffälligkeiten bei der Auswertung der Daten oder besteht Handlungsbedarf aufgrund des Auftretens von Erregern oder Infektionen nimmt die Hygienefachkraft und der Hygienebeauftragte Arzt Kontakt zu den jeweiligen Bereichen auf. Vor Ort beraten die Hygienefachkraft und die hygienebeauftragten Ärzte den ärztlichen Dienst und das Pflegepersonal über spezifisch zu ergreifende Maßnahmen.

Es finden regelmäßige hausinterne Einweisungen und Schulungen bezüglich der Hygiene im Umgang mit speziellen Infektionserregern und Einweisungen für Isolierbereiche statt. Die Hygienefachkräfte überprüfen vor Ort die Isolierungsmaßnahmen, weisen die Mitarbeiter in die Hygienestandards ein und stehen den Mitarbeitern bei Fragen zur Seite. Die Hygienestandards für Infektionen sind im Hygieneplan des Landeskrankenhauses (AöR) festgelegt und für die Mitarbeiter einsehbar. Empfehlungen und Beratungen zur Antibiotikatherapie werden durch die klinikeigenen Apotheker durchgeführt. Es besteht ein Alarm- und Einsatzplan für übertragbare Krankheiten.

Arzneimittel

Bei Aufnahme eines Patienten führt der aufnehmende Arzt eine Arzneimittelanamnese durch. Bei Fragen werden diese abteilungsintern und in Rücksprache mit dem Apotheker geklärt. Ein Arzneimittelbogen zur Erleichterung der Umstellung der Arzneimittel neuer Patienten auf gelistete Arzneimittel steht den Ärzten zur Verfügung. Die Apotheke prüft bei Bearbeitung des Bogens neben der Dosierung der Arzneimittel auch die möglichen Wechselwirkungen der Arzneimittel untereinander. Qualitative Informationen zur Arzneimitteltherapie sind über die Apotheke zeitnah verfügbar. Zudem besteht theoretisch die Möglichkeit, dass der Apotheker die Chefarztvisite begleitet, um am Patientenbett zur Optimierung der Modifikation der Arzneimitteltherapie zu beraten. Die Patientenversorgung vor Ort mit Arzneimitteln geschieht durch verblisterte Medikation.

Labor- und Transfusionsmedizin

Transfusionsverantwortlicher, Transfusionsbeauftragter und Transfusionsqualitätsbeauftragter verfügen über die Qualifikation, die nach Stand von Wissenschaft und Technik erforderlich ist. Alle Mitarbeiter, die im Rahmen der klinischen Anwendung von Blutkomponenten und Plasmaderivaten mit Tätigkeiten beauftragt sind, werden vor der Übernahme dieser Tätigkeit durch Einweisung und Schulung qualifiziert. Jede diagnostizierte Impfreaktion auf Tetanus-Immunglobulin wird dem Transfusionsbeauftragten und Transfusionsverantwortlichen gemeldet. Diese entscheiden über die Einleitung erforderlicher Maßnahmen zur Vermeidung von Fehlern und Verwechslungen sowie über die Einleitung gesetzlich vorgeschriebener

Meldeverpflichtungen. Die Validation der Laborparameter ist durchgängig und fortlaufend dokumentiert. In der KNG selbst werden Transfusionen nicht durchgeführt.

Medizinprodukte

Der Umgang mit Medizinprodukten ist im Handbuch Medizinprodukte geregelt. Dort sind Verantwortungsbereiche wie die Beschaffung und Inbetriebnahme von Neugeräten, die Einweisungs- und Schulungsnachweise, die Funktionsprüfungen sowie Störungsmeldungs- und Reparaturauftragsabläufe festgelegt. Des Weiteren existiert ein einrichtungsübergreifender Optimierungsworkshop Medizintechnik um den Bereich technische Medizinprodukte einrichtungsübergreifend zu regeln. Die Medizinproduktebeauftragten führen die Medizinproduktebücher / Bestandsverzeichnisse, sind zuständig für die ordnungsgemäße Durchführung der Überprüfung und Instandhaltung der technischen Medizinprodukte und deren Dokumentation. In allen stationären Bereichen sind Medizingeräteverantwortliche benannt und geschult.

Schutz- und Sicherheitskonzepte

Arbeitsschutz

Der Arbeitgeber hat für die Durchführung des Arbeitsschutzes eine Fachkraft für Arbeitssicherheit freigestellt und eine Betriebsärztin bestellt. Es werden regelmäßige Arbeitssicherheitsausschusssitzungen durchgeführt. Begehungen von Arbeitsplätzen werden durch den Betriebsärztlichen Dienst und die Fachkraft für Arbeitssicherheit in festgelegten Abständen durchgeführt. Die Begehungen werden protokolliert. Weiterhin ist ein landeskrankenhausweiter Optimierungsworkshop Arbeitssicherheit eingeführt worden, um sowohl das einrichtungsinterne Vorgehen, als auch die trägerweite Abstimmung in diesem Bereich entscheidend zu verbessern.

Brandschutz

Für die KNG besteht ein Alarm- und Einsatzplan. Flucht- und Rettungswegepläne sind in den Gebäuden / Bereichen ausgehängt und werden regelmäßig aktualisiert. Brandschutzschulungen werden als Pflichtveranstaltungen angeboten und über E-Learningmodule und praktische Löschübungen vor Ort vermittelt. Weiterhin ist ein landeskrankenhausweiter Optimierungsworkshop Brandschutz eingeführt worden, um sowohl das einrichtungsinterne Vorgehen, als auch die trägerweite Abstimmung in diesem Bereich entscheidend zu verbessern. Es besteht eine enge Kooperation mit der örtlichen Feuerwehr mit regelmäßigen Übungen vor Ort und der Brandschutzbehörde. Mit den Patienten werden jährliche Evakuierungsübungen durchgeführt. Nicht in allen Stationen haben die Patienten unkontrollierten Zugriff auf Feuerzeuge.

Datenschutz

Zur Gewährleistung der Vorschriften des Datenschutzes und zur Sicherung der Daten gegen Verlust oder unbefugten Zugriff wurden Datenschutzrichtlinien erstellt und in dem "Organisationshandbuch Datenschutz" zusammengefasst. Dieses Organisationshandbuch hat den Status einer Dienstanweisung. Der Datenschutzbeauftragte bietet darüber hinaus regelmäßig Schulungen zum Thema an. Die Zugriffsrechte auf das Krankenhausinformationssystem (KIS) sind im Rahmen eines Berechtigungskonzeptes festgelegt. Hierin ist definiert, welche Mitarbeitergruppen einen stations- und/oder fachbereichsübergreifenden Zugriff haben dürfen und wann eine Begründung für einen wechselnden Zugriff erforderlich ist. In welchem Umfang die Mitarbeiter Zugriff für die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit erhalten, wird ausschließlich vom Dienstvorgesetzten bestimmt. Bei Fragen wird der zentrale Datenschutzbeauftragte eingeschaltet. Es finden regelmäßig Unterweisungen der Beschäftigten zum Datenschutz statt.

Umweltschutz

Es gilt in der KNG als Strategie, Abfallvermeidung und Abfallminderung vor der Abfallentsorgung bzw. Abfallverwertung zu verfolgen. In enger Zusammenarbeit mit den Bedarfsträgern wird auf die Beschaffung kostengünstiger, ökologisch unbedenklicher Ge- und Verbrauchsgüter geachtet. Bei der Beschaffung von Elektrogeräten wird auf den Energieverbrauch - Energieeffizienzklasse - geachtet. Energiesparlampen werden dort eingebaut, wo dies möglich ist. Fahrten innerhalb des großen Geländes werden zum Teil durch Benutzung von Fahrrädern oder Elektrorollern bewältigt.

Katastrophenschutz

Aufgrund der Vorgabe des §15 des Landesbrand- + Katastrophenschutzgesetzes verfügen die Einrichtungen des LKH über ausgebildete Selbsthilfekräfte in Brandschutz. In allen Einrichtungen sind MA zum IHK/UTK zertifizierten Brandschutzbeauftragten ausgebildet. Für die Einrichtungen liegen "Alarm und Einsatzpläne" vor. Für die Mitarbeiter der Telefonzentrale gibt es eine "Alarmierungs-Checkliste", die im Notfall durch das dort eingesetzte Personal abgearbeitet wird.

Ausfall von Systemen

Es bestehen in den Bereichen Konzepte, sowohl zur Vermeidung als auch zum Management von Nichtmedizinischen Notfallsituationen. So werden z.B. Straßen- und Gehwegzustände regelmäßig überprüft. Für den Ausfall wichtiger Infrastruktur bestehen Konzepte (z.B. für Stromausfall, DV-Ausfall). Das Risiko des Ausfalls wichtiger technischer Gerätschaften wird durch regelmäßige Wartungen und Inspektionen durch den technischen Dienst minimiert. Mitarbeiter werden über das Vorgehen im Notfall unterwiesen.

4 Informations- und Kommunikationswesen

Informations- und Kommunikationstechnologie

Netzwerkstruktur und Datensysteme

Die Informations- und Kommunikationstechnologie wird vom Träger einheitlich für alle Einrichtungen des Landeskrankenhauses (AöR) zentral und strategisch geplant. Das System selbst ist durch zwei ausfallgesicherte, redundant ausgelegte Rechenzentren abgesichert, es erfolgen tägl. Backups und eine permanente Spiegelung der Daten. Patienten- und mitarbeiterbezogene Daten werden nur zur Verfügung gestellt, soweit dies zur Ausübung der beruflichen Tätigkeit notwendig und erforderlich ist. Neue Mitarbeiter werden als Pflichtveranstaltung im Umgang mit dem Krankenhausinformationssystem (KIS) geschult.

Patientendaten

Klinische Dokumentation

Eine elektronische Patientenakte ist über das KIS umfassend etabliert. Unterlagen in Papierform werden als begleitende Papierakte geführt, nach Entlassung digitalisiert und in die digitale Akte integriert. Nahezu alle Prozesse des Behandlungsverlaufs werden zwischenzeitlich durch das KIS unterstützt. Hierzu zählt auch zunehmend die Digitale Fieberkurve (Behandlungsplan), wodurch eine fast papierlose Dokumentation umgesetzt wird. Das KIS beinhaltet eine komplexe Berechtigungsmatrix, die Zugriffe auf Patientendaten funktional zuverlässig und datenschutzkonform regelt. Jeder Mitarbeiter nutzt eine individuelle Kennung (Name/Passwort).

Für Schulungszwecke wird eine Systemkopie des KIS als separates Schulungssystem mit anonymisierten Daten vorgehalten.

Verfügbarkeit und Archivierung

In Abstimmung mit dem zentralen Datenschutzbeauftragten sind Zugriffsregelungen festgeschrieben. An der Behandlung beteiligten Mitarbeiter haben im Rahmen dieser Regelung 24 Std. Zugriff auf die entsprechenden digitalen Patientenakte. Begleitende Papierakten verbleiben während der Behandlung auf der Station und sind für das Behandlungsteam ebenfalls 24 Std. verfügbar. KIS-Daten und Papierdokumentation (nach der Digitalisierung) können bei einer erneuten Aufnahme über das elektronische Archiv abgerufen werden.

Informationsmanagement

Information der Unternehmensleitung

Durch die Mitgliedschaft in unterschiedlichen Gremien, Fachgesellschaften und Verbänden (z.B. Bundesdirektoren-, Maßregelvollzugskonferenz, Krankenhausgesellschaft) ist sichergestellt, dass die Einrichtungsleitung über aktuelle Entwicklungen im Krankenhauswesen kontinuierlich und zeitnah informiert ist. Darüber hinaus erhält die Krankenhausleitung intern erforderliche Informationen über festgelegten Kommunikationsstrukturen (z.B. Jour Fixe, Geschäftsleitungssitzung, Führungskreissitzung, Abteilungsleiterbesprechungen etc.). Ein umfassendes betriebswirtschaftliches Reporting (z.B. Kostenstellenberichte, Leistungsstatistik zu bspw. Belegung/Verweildauern, Risikobericht) ist umgesetzt. Durch Referat für Unternehmenskommunikation der Geschäftsleitung wurde grundlegendes zur externen und internen Kommunikation konzeptualisiert und intern veröffentlicht.

Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Der Empfangsbereich ist zentrale Auskunftsstelle für Patienten und Besucher der Klinik. Er ist 24 Std. besetzt. Informationen zu Ansprechpartnern, Wegepläne, Besucherinformation in verschiedenen Sprachen sind dort erhältlich. Der Empfangsbereich ist über Veranstaltungen und Tagungen informiert, Bereitschaftsdienstpläne und Alarmierungsketten liegen dort vor. Die Mitarbeiter der Pforte werden bzgl. Anonymität und Datenschutz jährlich geschult, in Regelungen zum Umgang mit Gefahren und kritischen Situationen sind sie eingewiesen.

5 Unternehmensführung

Unternehmensphilosophie und -kultur

Philosophie/Leitbild

Unser Leitbild kennzeichnet das Unternehmen als ein lernfähiges und veränderungsbereites System, in dem jeder Mitarbeiter durch seine Leistung zur Erfüllung der gemeinsamen Aufgabe beiträgt, bei gleichzeitig systematischer Qualifizierung und ständig verbesserter Leistung.

Im Mittelpunkt unserer Tätigkeit steht die wertschätzende und respektvolle Gestaltung der individuellen Beziehungen zu unseren Patientinnen, Bewohnerinnen und sonstigen Nutzerinnen unserer Angebote. Unsere Beziehungsaufnahme und -pflege zeichnet sich durch Kontinuität, Empathie und Professionalität aus.

Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Die Einrichtungsleitung verfolgt eine offene Informationspolitik gegenüber der Mitarbeiterschaft und der Personalvertretung und steht für ein verlässliches und berechenbares Führungsverhalten ein.

Auf der Basis des Leitbilds wurden Führungsgrundsätze und -leitlinien im Führungshandbuch zusammengefasst. Diese werden u. a. im Rahmen des "Führungskollegs" vermittelt, dieser interdisziplinäre Zertifikatskurs ist für Führungskräfte verpflichtend.

Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Das LKH und seine Einrichtungen verfolgen als öffentlich-rechtliche Kliniken keine religiösen oder weltanschaulichen Grundsätze.

Die respektvolle Unterstützung religiöser und weltanschaulicher Grundhaltungen bei Patienten und Mitarbeitern ist Bestandteil der Unternehmensphilosophie. Das Klinische Ethikkomitee (KEK) des LKH unter Vorsitz eines externen Moraltheologen diskutiert und bewertet ethische Fragestellungen und fungiert als beratendes Gremium. Die Seelsorge spielt in den Einrichtungen des LKH eine wichtige Rolle und wird unterstützt. Bestandteil der ethischen Grundhaltung ist der offene Dialog mit Angehörigen, Selbsthilfegruppen und Patienten.

Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Das Referat für Unternehmenskommunikation ist zentral eingerichtet, es unterstützt die Mitarbeiter bei der externen und internen Kommunikation. Zu seinen Aufgaben gehören u.a. PR/Marketing, Aufbau und Pflege von Internetseiten, Aufbereitung/Veröffentlichung von Intranetnachrichten. Zur Kommunikation in Krisensituationen wurde ebenfalls eine zentrale Vorgehensweise erarbeitet. Das Konzept zur Unternehmenskommunikation ist für die Mitarbeiter im Intranet zugänglich. Die KNG verfügt über einen Steuerungskreis Öffentlichkeitsarbeit.

Strategie und Zielplanung

Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Zur strategischen Ausrichtung des Unternehmens finden Klausurtagungen der Mitglieder des Führungskreises und der Geschäftsführung statt. In dieser Tagung werden die mittel- und langfristigen Zielsetzungen erarbeitet; diese werden dem Aufsichtsrat vorgestellt und als Leitlinie für die künftige Entwicklung von diesem beschlossen. Aus den mittelfristigen Zielset-

zungen werden Jahresziele abgeleitet. Hierauf bezogen werden Umsetzungsstrategien entwickelt. Zur Absicherung der operativen Umsetzung fließen die jeweiligen Ziele in die Zielvereinbarungen der leitenden Mitarbeiter ein.

Ein umfassendes betriebswirtschaftliches Reporting (z.B. Kostenstellenberichte, Leistungsstatistik zu bspw. Belegung/Verweildauern) ist umgesetzt. Im Risiko- und Projektmanagement werden die strategischen Risiken bzw. Projekte systematisch geführt und bewertet.

Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Entsprechend des Gesetzes zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich (KonTraG), Bilanzierungsregelungen und landesrechtlichen Vorschriften ist ein strukturiertes Risikomanagementsystem erarbeitet worden. Das Referat Compliance ist koordinierend für die Aktualisierung der Risikovorgaben verantwortlich und berichtet halbjährlich an die Geschäftsführung, es führt u.a. Schulungen durch und leitet b.B. Untersuchungen ein.

Zur Erhöhung der Patientensicherheit hinsichtlich der Medikamentenvergabe wurde beginnend für den Standort Andernach die elektronische Medikation in Verbindung mit der Medikamentenverblistung eingeführt. Trägerweit ist ein Fehlermeldesystem (CIRS) eingeführt.

Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Die Einrichtungen in Alzey und Andernach sind zwei der größten Arbeitgeber der Regionen und sehen sich in der Verpflichtung, arbeitsmarktpolitisch zu wirken. Dies wird bspw. deutlich im Engagement als Ausbildungsbetrieb, durch die Mitgliedschaft im Netzwerk „Familie und Beruf“ des Bundesministeriums für Gesundheit oder in der Zusammenarbeit im "Kompetenznetz Depression".

Kooperationen mit externen Leistungsanbietern und –trägern bestehen für die Patientenversorgung, mit Krankenpflege-, Ergotherapieschulen und mit Ausbildungsstätten zur psychologischen-psychotherapeutischen Weiterbildung sowie mit der Katholischen Hochschule Mainz.

Unternehmensentwicklung

Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Geschäftsordnung für die Leitungen der Einrichtungen enthält Aussagen zur Aufbauorganisation und regelt die Aufgaben der Direktionen, benennt Voraussetzungen der Beschlussfähigkeiten sowie die Verantwortlichkeiten der einzelnen Direktoriumsmitglieder, Organigramme liegen vor. Für die Einrichtungen ist die jeweilige Kommunikationsstruktur beschrieben. Wichtige Mitteilungen und Informationen aus den Gremiensitzungen werden bspw. durch Mitteilungen des Geschäftsführers, Mitarbeiterzeitung, Intranetbeitrag oder QM-Newsletter verbreitet.

Innovation und Wissensmanagement

Es bestehen Kooperationen der Einrichtungen untereinander und mit externen Leistungsanbietern. Im Rahmen von einrichtungsübergreifenden Zukunftswerkstätten für Psychiatrie und Neurologie finden Marktanalysen statt.

Innovationen im Bereich der Behandlungsstrategien werden multiprofessionell erarbeitet. Eine Projektierung von Veränderungen wird, durch die Geschäftsführung, das Direktorium oder einzelne Direktoriumsmitglieder beschlossen. Projektmanagement und ein betriebliches Vorschlagswesen, das durch ein Prämiensystem gefördert wird, sind beim Träger angesiedelt. Ergebnisse werden zentral veröffentlicht (Mitarbeiterzeitung/Intranet).

Zur systematischen Erweiterung der Fachkompetenz der Mitarbeiter wurde eine eigene Akademie gegründet.

6 Qualitätsmanagement

Struktur und Ablauf

Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Die trägerweite Struktur des Qualitätsmanagements wurde auf der Grundlage des Leitbildes und der Führungsleitlinien des Landeskrankenhauses (AöR) entwickelt. Das Qualitätsmanagement wird durch die Abteilung Qualitätsmanagement trägerweit koordiniert. Ziel ist, die gemeinsamen Strukturen zur Weiterentwicklung des Unternehmens sowie Synergieeffekte zu nutzen und die Entwicklung gemeinsamer Leitlinien fortzusetzen.

Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Die Management-, Kern- und Unterstützungsprozesse sind in ihren Funktions- und Verantwortungsbereichen definiert und in den Prozesslandkarten der Einrichtungen abgebildet. Die Prozessebenen sind miteinander vernetzt und zielführend ausgerichtet. Durch LKH-übergreifende Projektgruppen im Rahmen von Prozessoptimierungen und Koordination von Schnittstellen ist eine einheitliche strategische Ausrichtung der Einrichtungen gewährleistet.

Befragungen

Patientenbefragung

In den Einrichtungen des LKH werden regelmäßige Patientenbefragungen durchgeführt, um eine Transparenz über die Wünsche und Sorgen der Patienten zu bekommen und in der Gestaltung der Behandlungsabläufe darauf einzugehen. Die Befragungen erfolgen anonym unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen. Auf der Grundlage einer fundierten Analyse der Befragungsergebnisse werden Optimierungsmaßnahmen abgeleitet.

Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Einweiser im üblichen Sinne gibt es in der KNG nicht, in jährlichen Besprechungen werden Probleme mit externen Kooperationspartnern erfasst und Lösungen erarbeitet.

Mitarbeiterbefragung

Der Mitarbeiterzufriedenheit wird in der strategischen Zielsetzung des LKH ein hoher Stellenwert eingeräumt. Im Rahmen des Wettbewerbes "Great Place to Work" werden regelmäßig Mitarbeiterbefragungen unter Einhaltung von Datenschutzregelungen durchgeführt. Die daraus abgeleiteten Verbesserungspotentiale werden in die Personalpolitik eingebunden.

Meinungsmanagement

Beschwerdemanagement: Lob und Beschwerden von Mitarbeitern, Patienten und weiteren Externen

Ein zentraler Bestandteil des Qualitätsmanagements des LKH ist ein strukturiertes Beschwerdemanagement. Damit soll den Patienten, Angehörigen, weiteren Klienten die Möglichkeit gegeben werden, Beschwerden, Anregungen und Lob zu äußern. Diese werden systematisch erfasst und bearbeitet. Die Mitarbeiter geben ihren Vorgesetzten im jährlichen Gespräch zu Leistung und Entwicklung Rückmeldung.

Qualitätsrelevante Daten

Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

In den Einrichtungen des LKH werden verschiedene qualitätsrelevante Daten erfasst, um Qualitätssicherungsmaßnahmen zu verfolgen. Um die Anforderungen umfassend zu erfüllen, werden verschiedene Methoden und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung angewandt. Ein Vergleich von Daten auf Länder- und Bundesebene wird im Rahmen der Kommunikationsstruktur durchgeführt.