

ST. JOSEF-KRANKENHAUS
SCHWESTERN SALVATORIANERINNEN



EIN UNTERNEHMEN DER VINZENZ GRUPPE
Medizin mit Qualität und Seele www.vinzenzgruppe.at

proCum Cert - QUALITÄTSBERICHT

Krankenhaus: **St. Josef-Krankenhaus**
Schwestern Salvatorianerinnen
Ein Unternehmen der Vinzenz Gruppe

Institutionskennzeichen:

Postanschrift des Krankenhauses: Auhofstraße 189
1130 Wien

**Ist zertifiziert nach proCum Cert inklusive KTQ®
durch die KTQ®-akkreditierte Zertifizierungsstelle
proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft
mit der Zertifikatnummer: 2009-0901-A-WIEN-11-K-280
Datum der Ausstellung: 10.12.2009
Gültigkeitsdauer: 09.12.2012**

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der proCum Cert	3
Vorwort der KTQ®	4
Einleitung	6
Basisteil	9
A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses.....	9
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	14
B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses.....	23
C Qualitätssicherung	25
Systemteil	27
D Qualitätspolitik	27
E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	29
1 Patientenorientierung im Krankenhaus	33
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung.....	39
3 Sicherheit im Krankenhaus.....	42
4 Informationswesen	45
5 Krankenhausführung	47
6 Qualitätsmanagement	51
7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus	54
8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft.....	55
9 Trägerverantwortung	56

Vorwort der proCum Cert

Die proCum Cert GmbH ist eine eigenständige konfessionelle Zertifizierungsgesellschaft, die von der katholischen und der evangelischen Kirche, namentlich durch den Katholischen Krankenhausverband Deutschlands (KKVD) und den Deutschen Evangelischen Krankenhausverband (DEKV) ins Leben gerufen wurde.

Gesellschafter der proCum Cert sind neben den genannten Krankenhausverbänden die beiden christlichen Wohlfahrtsverbände Caritas (DCV) und Diakonie (DWdEKD) sowie deren Versicherungsdienst Ecclesia und die Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen (DQS).

Als Kooperationspartner der KTQ[®] war die proCum Cert an der Entwicklung des KTQ-Manuals beteiligt. Als akkreditierte Zertifizierungsstelle der KTQ[®] ist sie berechtigt, Krankenhäuser in dem vorgesehenen Verfahren mit dem KTQ-Zertifikat auszuzeichnen.

Das kombinierte pCC-KTQ-Zertifikat geht in seinen Anforderungen über die hinaus, die im KTQ-Manual beschrieben sind. Ziel der proCum Cert ist, christliche Werte in das Qualitätsmanagement einzubeziehen und in der Organisation zu verankern. Hierfür wurden 24 weitere Qualitätskriterien formuliert, die es in dem KTQ-Manual mit seinen derzeit 72 Kriterien nicht gibt.

Das KTQ-Manual ist vollumfänglicher Bestandteil des proCum Cert-Anforderungskataloges. Um das pCC-KTQ-Zertifikat zu erhalten, muss das Krankenhaus sowohl die Erfüllung aller Voraussetzungen für das KTQ-Zertifikat, als auch die Erfüllung der zusätzlichen proCum Cert-Anforderungen nachweisen.

Dieser Nachweis ist dem Krankenhaus gelungen, daher wurde es von der proCum Cert mit dem kombinierten pCC-KTQ-Zertifikat ausgezeichnet.

Der vorliegende Qualitätsbericht ist während der dreijährigen Gültigkeitsdauer des Zertifikates über die Internetseite www.proCum-Cert.de allgemein zugänglich.

Mathias Bojahr
Geschäftsführer
proCum Cert GmbH

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.

Gesellschafter der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK), die Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat (DPR), der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e.V. (HB) und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen¹. 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, von Praktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit, das Informationswesen, die Krankenhausführung 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.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Krankenhausbereiche überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Mit dem KTQ-Qualitätsbericht werden umfangreiche, durch die Fremdbewertung validierte, Informationen über das betreffende Krankenhaus in standardisierter Form veröffentlicht.

¹ zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Bundesverband, IKK-Bundesverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Die Knappschaft
Qualitätsbericht St. Josef-KH, Wien Nov. 2009-11-20 Seite 4/57
proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 72 Kriterien des KTQ-Kataloges 5.0. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet im zweijährigen Turnus den 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 aufwendige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass (Name der Einrichtung) 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 Spitzenverbände
der Krankenkassen

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

Andreas Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Dr. Astrid Bühren

Für den Hartmannbund

Einleitung

St. Josef – Krankenhaus

Ein Unternehmen der Vinzenz Gruppe

Medizin mit Qualität und Seele

Das St. Josef-Krankenhaus ist ein **gemeinnütziges Ordenskrankenhaus**. Es verfügt über 164 Betten und steht allen Patienten offen, unabhängig von ihrer Herkunft und ihrer Versicherung. 2009 werden in unserem Haus von über **400 Mitarbeitern** rund **10.700 Patienten** stationär betreut. Mehr als **1.700 Kinder** erblicken hier das Licht der Welt.

Dank seiner überschaubaren Größe kann das Krankenhaus moderne Medizin in einem fast familiären Rahmen bieten. Die Abteilungen arbeiten auf einem hohen fachlichen Standard und auf dem neuesten Stand der Technik.

Das Krankenhaus deckt alle klassischen, medizinischen Versorgungsbereiche ab. Darüber hinaus ist das Krankenhaus Vorreiter im Bereich der **Geburtshilfe und Frauenheilkunde** und spezialisiert auf die Erkennung und **Behandlung von Krebserkrankungen** und führt seit kurzem ein eigenes **Brustgesundheitszentrum**. Im Bezirk ist das Krankenhaus Allgemeinversorger im Bereich Chirurgie, Interne sowie Gynäkologie und Geburtshilfe.

Das Krankenhaus ist **Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Universität Wien**. Eine gute Vernetzung mit Spezialkliniken, dem niedergelassenen Bereich und extramuralen Diensten sichern hohe Versorgungsqualität.

Das Krankenhaus leistet einen wichtigen Beitrag in der medizinischen Versorgung der Wiener Bevölkerung und hat dabei zwei Leistungsschwerpunkte herausgebildet:

- **Kompetenzzentrum für die Frau und das Kind**

Viertgrößte Geburtshilfe in Wien

Gynäkologie

Brustgesundheitszentrum

- **Schwerpunkt für Diagnose und Therapie von Krebserkrankungen**

Chirurgische Therapie von Tumor-Erkrankungen (insbesondere Brustkrebs, Darmkrebs sowie gynäkologische Tumore)

Internistische Onkologie

Häuserübergreifende Vernetzung in der Vinzenz Gruppe und mit Krankenhäusern des Wiener Krankenanstaltenverbundes

Das St. Josef - Krankenhaus wurde 1930 von den Schwestern Salvatorianerinnen gegründet. Derzeit arbeiten etwa 20 geistliche Schwestern im Krankenhaus in den verschiedensten Bereichen und Funktionen mit. 2004 wurde das Krankenhaus in die Vinzenz Gruppe eingebracht.

Die **Vinzenz Gruppe** zählt zu den größten privat geführten gemeinnützigen Spitalsträgern Österreichs. Der Vinzenz Gruppe gehören sieben Spitäler an: Gemeinsam zählen die Krankenhäuser Barmherzige Schwestern Wien, Linz und Ried, das Orthopädische Spital Speisung sowie die Krankenhäuser St. Josef, Göttlicher Heiland und Herz-Jesu (alle Wien) knapp 5.000 Mitarbeiter und rund 2.200 Betten. Laufende Initiativen für mehr Qualität im Spital geben der Vinzenz Gruppe eine Vorreiterrolle. Sie setzt auf ein einheitliches, effizientes Management in ihren Häusern und bündelt Kompetenzen und Ressourcen. Das sichert die Mittel für die Menschen.

Hohes medizinisches Können ist verbunden mit einem starken Fundament an Werten –

Medizin mit Qualität und Seele

Auf Qualität achten wir nicht nur in der medizinische Versorgung sondern auch in der intensiven persönlichen Zuwendung zu den Patienten, der Achtung ihrer Würde und dem Respekt vor ihren religiösen und kulturellen Bedürfnissen. Effizienter Einsatz von Ressourcen und ein wertschätzender partizipativer Führungsstil zählen zu den Grundprinzipien der Krankenhausleitung.

Die Beachtung der ethischen und spirituellen Dimension hat einen hohen Stellenwert. Gemeinsam haben die Krankenhäuser der Vinzenz Gruppe Leitsätze dafür formuliert, die **„Sieben Eckpfeiler des christlichen Krankenhauses“**

- Zuwendung
- Einbeziehen der psychischen und geistig-seelischen Verfassung
- Angebote, die Antwort auf die Not der Zeit sind
- Kultur im Umgang mit Sterbenden und mit dem Tod
- Wertorientiertes Führen
- Entscheidung auf Basis ethischer Grundlagen
- Verwurzelung in christlicher Verantwortung

Anspruch und Realität in Einklang zu bringen, ist eine ständige Herausforderung. Regelmäßig durchgeführte Patientenbefragungen bescheinigen uns, dass wir auf einem guten Weg sind.

Möglich wird es durch den verantwortungsbewussten patientenorientierten Einsatz aller Mitarbeiter des Hauses, denen unsere Patienten vertrauen, und denen wir an dieser Stelle danken.

Der Krankenhaus-Vorstand

Sr. Carmen Maria Weiß SDS
Geschäftsführerin, Pflegedirektorin

Dr. Gerhard Knor
Geschäftsführer, Verwaltungsdirektor

OA Dr. Imma Müller-Hartburg
Ärztliche Direktorin

OA Dr. Josef Mahlknecht
stellv. Ärztlicher Direktor

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1-1.6 Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses (Anschrift, E-Mail, Internetadresse)

St. Josef Krankenhaus GmbH
 Auhofstraße 189
 1130 Wien

office@sjk-wien.at
www.sjk-wien.at

A-1.2 K919

A-1.3 St. Josef Krankenhaus GmbH

A-1.3.1 Krankenhaus der Regelversorgung

A-1.4 Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Universität Wien

A-1.4.1 Sonstige Einrichtungen welche mit dem Krankenhaus zusammenarbeiten

- Anerkannte Fort- und Weiterbildungseinrichtungen
- Vertragliche Kooperationszentren (z. B. Apparategemeinschaften)

A-1.5 Das Krankenhaus verfügt über 164 systemisierte Betten. (Stichtag 31.12.2008)

A-1.6 Im abgelaufenen Kalenderjahr wurden 10.702 stationäre und 11.548 ambulante Patienten behandelt. Davon waren 1.382 Privatpatienten.

A-1.7 A Fachabteilungen

Fachabteilung	Nicht bettenführ. Abt. mit fachl. n.weisungsg. Leitung (nb)	Zahl der Betten	Zahl stationäre Fälle	Haupt- oder Belegabt.	Notfallaufnahme vorhanden
1. Abteilung für Innere Medizin	Nein	33	1992	Haupt	ja
2. Abteilung für Innere Medizin	Nein	34	1514	Haupt	ja
Abteilung für Chirurgie	Nein	52	3374	Haupt	ja
Abteilung für Gynäkologie	Nein	17	1960	Haupt	ja
Abteilung Geburtshilfe	Nein	24	1859	Haupt	ja

Fachabteilung	Nicht bettenführ. Abt. mit fachl. n.weisungsg. Leitung (nb)	Zahl der Betten	Zahl stationäre Fälle	Haupt- oder Belegabt.	Notfallaufnahme vorhanden
Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin	Nein	4	613	Haupt	nein

A-1.7 B Mindestens Top-30 DRG (nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr

Rang	LDF-Gruppe	Bezeichnung	Fallzahl
1	MEL13.09 MEL13.02 MEL13.08	Entbindung insgesamt - Sectio (Kaiserschnitt) 346 - Saugglocke 76 - Beckenendlage-spontan 17 - Forceps (Zangengeburt) 5	1733
2	MEL13.07	Kleine gynäkologische Eingriffe	839
3		Chemotherapien bei bösartigen Erkrankungen	683
4	MEL06.06	Eingriffe bei abdominellen Hernien	445
5	HDG08.08	Chronisch entzündliche Darmerkrankung	344
6	MEL09.03	Eingriffe an den peripheren Gefäßen	325
7	MEL13.03	Laparoskopische Eingriffe an den weiblichen Beckenorganen	288
8	HDG08.06	Blinddarmentzündung und Darmdivertikel	257
9	MEL05.05	Gallenblasenoperationen	248
10	HDG01.32	Lokale und pseudoradikuläre Syndrome der Wirbelsäule	199
11	HDG08.04	Erkrankungen Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm	185
12	MEL13.05	Eingriffe an den weiblichen Beckenorganen	177
13	HDG12.04	Komplikationen in der Schwangerschaft und im Wochenbett	167
14	HDG08.01	Bösartige Neubildungen des Magendarmtrakts	153
15	MEL14.22	Eingriffe an Bewegungsapparat und Haut	142
16	HDG06.02	Bluthochdruck	138
17	HDG06.04	Chronische Herzerkrankungen	138
18	MEL02.03	Kleine Eingriffe – Bindegewebe und Weichteile	136
19	HDG08.03	Gutartige Neubildungen Leber, Galle, Pankreas	127
20	MEL16.01	Tumorchirurgie Brustdrüse	121
21	HDG18.05	Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse	114
22	HDG08.15	Erkrankungen von Leber, Galle, Pankreas	108
23	HDG08.13	Andere Erkrankungen des Anus und des Mastdarms	105
24	HDG09.04	Erkrankungen der Nieren	105
25	MEL06.01	Blinddarmoperation	104
26	HDG08.11	Sonstige Magen-Darm Erkrankungen	100
27	HDG08.02	Bösartige Neubildungen Leber, Galle, Pankreas	95
28	HDG08.12	Komplizierte Erkrankungen des Anus und des Mastdarms	86
29	HDG19.08	Komplizierte Erkrankungen der Haut	83
30	HDG08.18	Symptome betreffend das Verdauungssystem	82

A-1.8-2.0

Versorgungsschwerpunkte, Behandlungsmöglichkeiten, DARZ

A-1.8 Welche besonderen Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote werden vom Krankenhaus wahrgenommen?

Das St. Josef-Krankenhaus deckt die klassischen medizinischen Versorgungsbereiche in der Inneren Medizin und der Chirurgie ab. Darüber hinaus ist das Krankenhaus Vorreiter im Bereich der **Geburtshilfe und Frauenheilkunde** und spezialisiert auf die Erkennung und **Behandlung von Krebserkrankungen**; führt ein eigenes **Brustgesundheitszentrum**.

Die **Schwerpunkte** der **Abteilungen für Innere Medizin** sind Onkologie, Gastroenterologie und Stoffwechselerkrankungen, Herzkreislauferkrankungen, Sonographie und Echokardiographie. Im Behandlungsschwerpunkt Metabolisches Syndrom liegt ein Focus auf der ganzheitlichen Betreuung einschließlich der Motivation zu einem gesunden Lebensstil.

Die Abteilung für **Chirurgie** ist auch international bekannt für die Hernienchirurgie (Leistenbruch, Nabelbruch etc.), weiters für Darm- und Gallenchirurgie (incl. Krebs-Operationen und Krebsnachsorge). Einen weiteren Schwerpunkt bilden die minimal invasiven Techniken (Galle, Darm, Leistenbruch, Hyperhidrose (übermäßiges Schwitzen)). Im **Brustgesundheitszentrum** werden krankenhausübergreifend Kompetenzen gebündelt, die den Patientinnen eine professionelle medizinische Behandlung und eine persönliche, zuwendungsorientierte Betreuung gewährleistet

Die Abteilung für **Gynäkologie** bietet alle gynäkologischen Standardoperationen, darunter auch pelviskopische Operationen, Krebsoperationen und Inkontinenzoperationen. In der weithin bekannten **Geburtshilfe** im St. Josef-Krankenhaus geben die Sicherheiten der modernen Medizin den notwendigen Rückhalt, ohne die heimelige Atmosphäre rund um die Geburt zu beeinträchtigen.

A-1.9 Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen

1. Abteilung für Innere Medizin

Endoskopische Ambulanz

- Gastroskopie (Magenspiegelung)
- Coloskopie (Dickdarmspiegelung)
- Gastroenterologische Ambulanz (Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts)

Onkologische Ambulanz

2. Abteilung für Innere Medizin

Gerinnungsambulanz

Ambulanz für Bewegungstherapie und Metabolisches Syndrom

Kardiologische Ambulanz

Abteilung für Chirurgie

Brustgesundheitszentrum – Ambulanz

- Digitale Mammographie
- Ultraschall
- Stereotaktische Biopsie (Mammotomie)

<ul style="list-style-type: none"> - Ultraschallgezielte Biopsie - Beratung (2. Meinung), Begutachtung - OP-Planung - Nachsorge - Vorsorge <p>Chirurgische Ambulanz (Allg.) Darmambulanz Hernienambulanz Plastisch-chirurgische Ambulanz Venenambulanz</p> <ul style="list-style-type: none"> - Präoperative Diagnostik <p><u>Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe</u> Akupunktur für Schwangere Geburtsvorbereitungskurse Gestationsdiabetesambulanz (Schwangerschaftsdiabetes) Gynäkologische Ambulanz (Allg.) Pränataldiagnostische Ambulanz</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nackenfaltenmessung - Combined Test - Schwangerenintensivambulanz - Organscreening - 37. SSW-Ultraschall - Amniocentese (Fruchtwasserdiagnostik) <p>Schwangerengymnastik Stillberatung Urogynäkologische Ambulanz</p> <p><u>Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin</u> Präanästhesieambulanz</p>

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

Apparative Ausstattung	Vorhanden	Verfügbarkeit 24h sichergestellt	Apparategemeinschaft
Computertomographie	Ja	Ja	
Sonographie	Ja	Ja	
Röntgen	Ja	Ja	
Endoskopie - Gastroskopie - Coloskopie - Bronchoskopie	Ja	Ja	
Mikrobiologie	Ja	Ja	Kooperation mit dem KH der BHS Wien
Labor	Ja	Ja	Zentrallabor der Wiener Krankenhäuser der Vinzenz Gruppe im KH Göttlicher Heiland; Basislabor vor Ort

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

Therapeutische Möglichkeiten	Vorhanden	Apparategemeinschaft?
Physiotherapie	Ja	
Schmerztherapie	Ja	
Gruppenpsychotherapie	Ja	
Einzelspsychotherapie	Ja	

A-2.1.3-2.1.4

A-2.1.3 Existieren folgende erweiterte therapeutische Möglichkeiten?

- Operativer Bereitschaftsdienst
- Präsenzbereitschaft
- Rufbereitschaft
- Blutdepot in Klinik
- Blutdepot außerhalb / extern
- Regelung der Konsiliardienste im Haus vorhanden
- Regelung der Konsiliardienste extern vertraglich geregelt

A-2.1.4 Welche weiteren Leistungsangebote bestehen?

- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie im Hause Geburtsvorbereitungskurse
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie im Hause die Möglichkeit einer ambulanten Entbindung mit Nachsorge durch hausinterne Hebammen
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie eine Stillberatung bzw. ein Elternzentrum
- Inkontinenzberatung
- Sonstige

Entlassungsmanagement
 Diätologie und Ernährungsberatung
 Interdisziplinärer Palliativ-Konsiliardienst
 Klinische- und Gesundheitspsychologie

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

1. Abteilung für Innere Medizin

B-1.1 Medizinisches Leistungsspektrum

- Gut- und bösartige Tumor- und Bluterkrankungen (Onkologie)
- Magen-, Darm- und Lebererkrankungen (Gastroenterologie)
- Diagnostik und Therapie von Wirbelsäulen- und Gelenksbeschwerden

B-1.5 Die 10 Top-HDG und MEL-Gruppen der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	LDF-Gruppe	Bezeichnung	Fallzahl
1	MEL22.02	Chemotherapie bei bösartigen Erkrankungen der Leistungsgruppe B	220
2	MEL22.14	Andere, zusätzliche oder begleitende onkologische Therapie – Monoklonale Antikörper	136
3	MEL22.01	Chemotherapie bei bösartigen Erkrankungen der Leistungsgruppe A	126
4	HDG01.32	Chronisch degenerative Erkrankungen der Wirbelsäule (Syndrome der Wirbelsäule)	106
5	HDG08.08	Chronisch entzündliche Darmerkrankung	92
6	MEL22.04	Chemotherapie bei bösartigen Erkrankungen der Leistungsgruppe D	82
7	HDG08.04	Erkrankungen der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms	75
8	HDG14.01	Bösartige Neubildungen von Knochen, Bindegewebe und Weichteilen	60
9	HDG06.02	Bluthochdruck	58
10	HDG08.06	Blinddarmentzündung und Darmdivertikel	58

B-

1.6 Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	Diagnose	Bezeichnung	Fallzahl
1	C50.9	Bösartige Neubildung der Brustdrüse	166
2	C56	Bösartige Neubildung des Eierstocks	97
3	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	81
4	C18.7	Bösartige Neubildung - Dickdarm (Sigma)	70
5	C19	Bösartige Neubildung - Dickdarm (Rektosigmoid)	65
6	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	60
7	I10	Bluthochdruck	59
8	C25.9	Bösartige Neubildung der Bauchspeicheldrüse	47
9	K57.3	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess	46
10	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	38

B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	MEL-Code	Bezeichnung	Fallzahl
1	6917	Onkologische Therapie: Monoklonaler Antikörper Bevacizumab: 2,5mg/kg (LE = je Wochendosis)	349
2	8644	Chemotherapie: Oxaliplatin (Eloxantin) < 100 mg/m ² (Tag 1)	95
3	3299	Endoskopische Polypektomie	86
4	8527	Chemotherapie: Gemcitabine (Tag 1)	82
5	6952	Onkologische Therapie - monoklonaler Antikörper Trastuzumab: 6 mg/kg KG (LE=je Verabreichung)	66
6	8701	Chemotherapie: Topotecan (Tag 1)	46
7	8218	Chemotherapie: Carboplatin (Tag 1)	42
8	8575	Chemotherapie: Irinotecan < 160 mg/m ² (Tag 1)	42
9	7555	Stationäre Psychotherapie (LE= pro Patient je Aufenthalt)	41
10	6945	Onkologische Therapie - monoklonaler Antikörper Rituximab (anti-CD20) (LE = je Verabreichung)	37

2. Abteilung für Innere Medizin

B-1.1 Medizinisches Leistungsspektrum

- Nicht invasive Kardiologie, Bluthochdruck
- Erkrankungen des Metabolischen Syndroms
- Diagnostik und Therapie von Wirbelsäulenerkrankungen
- Kompetenzzentrum Ultraschall

B-1.5 Die 10 Top-HDG der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	LDF-Gruppe	Bezeichnung	Fallzahl
1	HDG08.08	Chronisch entzündliche Darmerkrankung	111
2	HDG06.04	Chronische Herzerkrankungen	88
3	HDG09.04	Nierenerkrankungen	82
4	HDG01.32	Chronisch degenerative Erkrankungen der Wirbelsäule (Syndrome der Wirbelsäule)	79
5	HDG06.02	Bluthochdruck	75
6	HDG08.15	Erkrankungen von Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse	59
7	HDG18.05	Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse	55
8	HDG01.18	Polyneuropathien	49
9	HDG08.02	Bösartige Neubildungen Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse	44
10	HDG08.06	Blinddarmentzündung und Darmdivertikel	40

B-1.6 Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	Diagnose	Bezeichnung	Fallzahl
1	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	87
2	I10	Primäre Bluthochdruck	75
3	I50.9	Herzinsuffizienz	64
4	D37.6	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens	36
5	K57.3	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszeß	32
6	G45.0	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik	24
7	N18.8	Chronische Niereninsuffizienz	23
8	E14.9	Diabetes mellitus	21
9	N39.0	Harnwegsinfektion	21
10	M54.4	Lumboischialgie	20

B-1.7 Die 6 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	MEL-Code	Bezeichnung	Fallzahl
1	3299	Endoskopische Polypektomie	79
2	7555	Stationäre Psychotherapie (LE= pro Patient je Aufenthalt)	56
3	6830	Komplexe Diabeseinstellung (Basis-Bolus, Pumpentherapie)	21
4	6567	Stressechokardiographie	14
5	6917	Onkologische Therapie - monoklonaler Antikörper Bevacizumab: 2,5mg/kg (LE = je Wochendosis)	7
6	6947	Therapie der febrilen Neutropenie - Leukozyten<1,0 G/l oder Neutrophile<0,5 G/l (FUO, Sepsis mit / ohne lokaler Infektion) (LE = pro Behandlungstag)	5

Abteilung für Chirurgie

B-1.1 Medizinisches Leistungsspektrum

- Hernienchirurgie
- Brustchirurgie (Interdisziplinäres Brustgesundheitszentrum)
- Darm- und Gallenchirurgie
- Minimal invasive Chirurgie
- Onkologische Chirurgie
- Plastische Chirurgie
- Venenchirurgie

B-1.5 Die 10 Top-HDG und MEL-Gruppen der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	LDF-Gruppe	Bezeichnung	Fallzahl
1	MEL06.06	Eingriffe bei abdominellen Hernien	437
2	MEL09.03	Eingriffe an den peripheren Gefäßen	317
3	MEL05.05	Gallenblasenoperation	251
4	HDG08.06	Appendizitis und Darmdivertikel	156
5	MEL14.22	Sonstige Eingriffe an Bewegungsapparat und Haut	141
6	MEL02.03	Kleine Eingriffe - Bindegewebe und Weichteile	134
7	HDG08.08	Chronisch entzündliche Darmerkrankung	123
8	MEL16.01	Tumorchirurgie Mamma	108
9	MEL06.01	Appendektomie	103
10	HDG08.01	Bösartige Erkrankungen des Magendarmtrakts	100

B-1.6 Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	Diagnose	Bezeichnung	Fallzahl
1	K40.9	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe	306
2	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	289
3	K57.3	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszeß	131
4	K80.2	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis	119
5	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	102
6	K80.0	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis	95
7	G56.0	Karpaltunnel-Syndrom	86
8	K43.9	Hernia ventralis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	86
9	K63.5	Polyp des Kolons	79
10	K62.1	Rektumpolyp	65

B-1.7 Die 15 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	MEL-Code	Bezeichnung	Fallzahl
1	2646	Einseitige radikale Varizenoperation	293
2	2857	Operation bei einseitiger Inguinal-, Femoralhernie	285
3	3116	Laparoskopische Gallenblasenoperation	227
4	3299	Sonstige Operation – Darm	203
5	1411	Operation bei Kompressionsyndromen peripherer Nerven, Neurolysen (offen/endoskopisch), inkl. Op. bei Karpaltunnelsyndrom - einseitig/beidseitig	198
6	2876	Operation bei Narbenhernie, Mittellinienbruch	137
7	7275	Zentraler Gefäßkatheter auf neonat./päd. Intensiveinheiten (LE=je Aufenthalt auf der Intensivstation)	134
8	4568	Tenolyse; Operation eines Ganglions; Ringbandspaltung	114
9	3254	Appendektomie	104
10	4616	Spalthauttransplantation / Vollhauttransplantation	95
11	4601	Weite Exzision eines Hauttumors mit plastisch-chirurgischer Defektdeckung	79
12	3362	Operation bei Hämorrhoiden, Analfistel, Analfissur, anorektalem Abszess	50
13	1526	Plastische Operation an den Lidern (einseitig/beidseitig, Oberlid und/oder Unterlid)	48
14	2176	Brusterhaltende Operation / (Teil-) Exzision eines bösartigen Tumors der Mamma	47
15	2177	Operation / (Teil-)Exzision gutartiger Mammatumore (benigner Läsionen des Mammaparenchyms), inkl. Gynäkomastie einseitig/beidseitig	46

Abteilung für Gynäkologie

B-1.1 Medizinisches Leistungsspektrum

Gesamtes Leistungsspektrum einer gynäkologischen Standardversorgung inkl. onkologischer Fälle und allen Behandlungsformen der weiblichen Inkontinenz.

B-1.5 Die 10 Top-HDG und MEL-Gruppen der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	LDF-Gruppe	Bezeichnung	Fallzahl
1	MEL13.07	Kleine gynäkologische Eingriffe	833
2	MEL13.03	Laparoskopische Eingriffe an den weiblichen Beckenorganen	285
3	MEL13.05	Eingriffe an den weiblichen Beckenorganen III	176
4	HDG12.04	Komplikationen in der Schwangerschaft und im Wochenbett	73
5	MEL13.06	Vaginale/abdominale Hysterektomie	65
6	HDG12.05	Schwere Komplikationen in der Schwangerschaft und im Wochenbett	41
7	HDG12.01	Abortus	36

Rang	LDF-Gruppe	Bezeichnung	Fallzahl
8	HDG11.09	Sonstige Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane	35
9	HDG11.03	Akute entzündliche Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane	33
10	HDG11.08	Nichtentzündliche Erkrankungen des Uterus, Vagina, Vulva	33

B-1.6 Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	Diagnose	Bezeichnung	Fallzahl
1	O02.1	Missed abortion [Verhaltene Fehlgeburt]	149
2	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	145
3	N92.1	Zu starke oder zu häufige Menstruation (unregelmäßiger Zyklus)	135
4	D25.9	Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet	104
5	N95.0	Postmenopausenblutung	100
6	N84.1	Polyp der Cervix uteri, Schleimhautpolyp der Zervix	84
7	N92.0	Zu starke oder zu häufige Menstruation (regelmäßiger Zyklus)	63
8	N84.0	Polyp des Corpus uteri	55
9	D06.9	Carcinoma in situ - Zervikale intraepitheliale Neoplasie	54
10	N85.0	Glanduläre Hyperplasie des Endometriums	45

B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	MEL-Code	Bezeichnung	Fallzahl
1	3782	Curettagel/ Konisation/ Cerclage; sonstige Eingriffe an der Cervix uteri	851
2	3721	Laparoskopische Operation an den weiblichen Genitalorganen (exkl. 3776) (LE = je Sitzung)	237
3	3849	Sonstige Operation - Vagina, Vulva, Damm	143
4	3753	Vaginale oder abdominale Hysterektomie ohne Adnexentfernung	61
5	3816	Vaginaler Eingriff bei Deszensus mit/ ohne Inkontinenz/ Beckenbodeninsuffizienz (inkl. Operation nach Lahodny)	59
6	3754	Hysterektomie mit vorderer/ hinterer Scheidenplastik	53
7	3751	Hysterektomie vaginal oder abdominal unter erschwerten Umständen (Rezidiveingriff, Uterustumoren über 15cm, Morcellement, Operation mit Entfernung der Adnexe)	40
8	3785	Ballonablation des Endometriums	40
9	3784	Hysteroskopische Operation (exkl. diagnostische Hysteroskopie)	37
10	2887	Diagnostische Laparoskopie/ Pelviskopie	27

Abteilung für Geburtshilfe

B-1.1 Medizinisches Leistungsspektrum

- Viertgrößte Geburtsabteilung Wiens mit einer Versorgung von 1700 Geburten pro Jahr
- Schwerpunktbetreuung der natürlichen Geburt inkl. der Spontanentbindung bei Beckenendlagen- und Zwillingsgeburten
- Kooperation mit neonatologischer Abteilung bei extremen Frühgeburten

B-1.5 Die 10 Top-HDG und MEL-Gruppen der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	LDF-Gruppe	Bezeichnung	Fallzahl
1	MEL13.09 MEL13.02 MEL13.08	Entbindung insgesamt - Sectio (Kaiserschnitt) 346 - Saugglocke 76 - Beckenendlage-spontan 17 - Forceps (Zangengeburt) 5	1733
2	HDG12.04	Komplikationen in der Schwangerschaft und im Wochenbett	94
3	HDG12.05	Schwere Komplikationen in der Schwangerschaft und im Wochenbett	22
4	HDG12.07	Peri-/postpartale Komplikationen	11
5	MEL13.07	Kleine gynäkologische Eingriffe	5
6	HDG01.32	Lokale und pseudoradikuläre Syndrome der Wirbelsäule	4
7	HDG12.03	Blutung in der Spätschwangerschaft	3
8	HDG08.08	Chronisch entzündliche Darmerkrankung	2
9	HDG12.06	Schwere peri-/postpartale Komplikationen	2
10	HDG16.11	Befunde und Zustände betreffend Infektionen	2

B-1.6 Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	Diagnose	Bezeichnung	Fallzahl
1	O80.0	Spontangeburt aus Schädellage	1249
2	O82.1	Geburt durch Schnittentbindung bei Gefahrenzustand für Mutter oder Kind	189
3	O82.0	Geburt durch elektive Schnittentbindung	121
4	O81.4	Entbindung mittels Vakuumentraktor	71
5	O47.1	Frustrane Kontraktionen ab 37 oder mehr vollendeten Schwangerschaftswochen	32
6	O83.1	Manualhilfe bei Entbindung aus Beckenendlage	19
7	O34.3	Betreuung der Mutter bei Zervixinsuffizienz	17
8	O47.0	Frustrane Kontraktionen vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche	15
9	O70.0	Dammriß 1. Grades unter der Geburt	13
10	O75.7	Vaginale Entbindung nach vorangegangener Schnittentbindung	11

B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	MEL-Code	Bezeichnung	Fallzahl
1	3855	Entbindung	1231
2	3899	Sonstige Operation - Gravidität	604
3	3852	Sectio cäsarea (Schnittentbindung)	222
4	3849	Sonstige Operation - Vagina, Vulva, Damm	141
5	3853	Komplizierte Entbindung Geburt: (vaginale Geburt bei Beckenendlage, Vakuumextraktion, Zangenextraktion, Mehrlingsgeburt)	117
6	3851	Wiederholte Sectio cäsarea oder Sectio nach vorangegangener Operation am Uterus	81
7	3857	Entbindung mit schweren peri-/ postpartalen Komplikationen	20
8	3782	Curettage/ Konisation/ Cerclage; sonstige Eingriffe an der Cervix uteri	11
9	3856	Komplizierte Entbindung (vaginale Geburt bei Beckenendlage, Vakuumextraktion, Zangenextraktion, Mehrlingsgeburt) mit schweren peri-/ postpartalen Komplikationen	6
10	3709	Tubenligatur, abdominal oder vaginal, einseitig/beidseitig	4

Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

B-1.1 Medizinisches Leistungsspektrum

- Anästhesie
- Intensivmedizin
- Schmerztherapie
- Notfallmedizin

B-1.8 Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung

B-1.8 Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilungen

Nr	Fachabteilung	Durchschnittliche Verweildauer in Tagen
	1. Abteilung für Innere Medizin	4,7
	2. Abteilung für Innere Medizin	7,4
	Abteilung für Chirurgische	3,4
	Abteilung für Gynäkologie	2,7
	Abteilung für Geburtshilfe	3,5
	Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin	1,8

B-1.9 Spezifisch für die Fachabteilung:

B-1.9 Anästhesie und Intensivmedizin

B-1.9.5 Art der Intensivstation?

interdisziplinär operativ / konservativ

B-1.9.6 Haben Sie zusätzlich eine Wachstation (Intermediate Care)?

Ja

Wenn ja: Existiert eine ärztliche Leitung der Wachstation?

Ja

B-1.9.7 Anzahl der Intensivpatienten pro Jahr

613 Patienten

B-1.9.8 Durchschnittliche Beatmungsdauer pro Patient (Angabe in Tagen)

2 Tage

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

Nr.	Fachabteilung	Ärztliche Leitung	Anzahl beschäftigter Ärzte insgesamt	Ärzte in Ausbildung	Fachärzte	Turnusärzte
	1. Abteilung für Innere Medizin	Ja	10,60	1	5	4,60
	2. Abteilung für Innere Medizin	Ja	9,45	1	4,55	3,90
	Abteilung für Chirurgische	Ja	13,39	1	8,89	3,50
	Abteilung für Gynäkologie	Ja	6,58	1	3,58	2
	Abteilung für Geburtshilfe	Ja	7,49	1	4,49	2
	Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin	Ja	8,94	1	6,94	1
	Summe		56,45	6	33,45	17

B-2.4 B Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):

B-2.4 Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):

Lehrkrankenhaus der Med Uni Wien mit Lektoraten an der Abteilung für Allg. Chirurgie sowie der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe.

B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

Nr	Fachabteilung	Anzahl beschäftigter Pflegekräfte	Prozentualer Anteil DGKP	Prozentualer Anteil DGKP mit Fachweiterbildung	Prozentualer Anteil Krankenpflegehelfer/in	Wird Hilfspersonal eingesetzt?
	1. Abteilung für Innere Medizin	18,37	90,5%	5,4%	9,5%	Ja
	2. Abteilung für Innere Medizin	18,55	78,4%	10,8%	21,6%	Ja
	Abteilung für Chirurgische	30,66	84,0%	3,3%	16,0%	Ja
	Abteilung für Gynäkologie	18,58	90,6%	0,0%	9,4%	Ja
	Abteilung für Geburtshilfe	16,09	85,2%	12,4%	14,8%	Ja
	Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin	11	100%	63,6%	0,0%	Ja
	Gesamt	113,25	86,9%	11,5%	13,1%	

B-2.5 Prozentualer Anteil der Mitarbeiter des Kranken- und Pflegepersonals, die über eine dreijährige Ausbildung verfügen

B-2.5 Prozentualer Anteil der Mitarbeiter des Kranken- und Pflegepersonals, die über eine dreijährige Ausbildung verfügen

86,9 % der Mitarbeiter des Kranken- und Pflegepersonals verfügen über eine dreijährige Ausbildung.

B-2.7 Wie hoch war die Stellenbesetzung im vergangenen Jahr in folgenden Bereichen?

Ärztlicher Dienst	59,80
Pflegedienst	150,60
Medizinisch-Technischer Dienst	10,31
Verwaltungsdienst	40,62
Klinische Psychologie / Psychotherapie	1,51
Betriebspersonal	61,38

B-2.8 Anzahl der weitergebildeten Mitarbeiter der Pflege (Stichtag 31.12 Berichtsjahr)

Anzahl der Mitarbeiter in der Anästhesie:	7 MA
Anzahl der Mitarbeiter im OP:	11 MA
Anzahl der Mitarbeiter in der Hygiene:	1 MA
Anzahl der Mitarbeiter für die Praxisanleitung:	1 MA
Anzahl der Diabetesfachschwester(n):	1 MA
Anzahl der Mitarbeiter im Entlassungsmanagement:	2 MA
Anzahl der Mitarbeiter im Wundmanagement:	1 MA
Anzahl der Mitarbeiter mit Palliativausbildung:	2 MA

B-2.9 Weitere Berufsgruppen (Stichtag 31.12 Berichtsjahr)

Anzahl der Dipl.-Psychologen	3 MA
------------------------------	------

C Qualitätssicherung

C-1 Externe Qualitätssicherung

Das österreichische Gesundheitsqualitätsgesetz (2005) bildet die rechtliche Grundlage für die externe Qualitätssicherung, mit der Vollziehung ist das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) beauftragt. Derzeit sind die Instrumente im Aufbau und größtenteils noch im Pilotstadium. Es besteht in Österreich keine gesetzliche Verpflichtung zur externen Qualitätssicherung analog zu § 137 SGB V.

Dennoch wird die freiwillige Teilnahme an anerkannten Registern von der Krankenhausleitung gewünscht und gefördert, indem personelle und strukturelle Ressourcen geschaffen werden. Für die Teilnahme an folgenden externen Qualitätsregistern sind verantwortliche Mitarbeiter definiert:

- ÖQUASTA-Laborringversuche klinisch / chemische Parameter
- Österreichisches Krebsregister
- Register des BIQG zur Qualitätssicherung in der Chirurgie (Erfassung ungeplanter Re-Eingriffe bis zum 14. postoperativen Tag)
- Q-Indikatoren gemäß Definition durch den MAB der VG
- AGO Dokumentation – Gebärmutterhalskrebs
- Geburtenregister

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) ist – entsprechend Artikel 4 der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (BGBl. I Nr. 73/2005) – die verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur. Er gibt verbindliche Strukturqualitätskriterien (z.B. Ausstattung, Mitarbeiterqualifikation) vor.

Darüber hinaus erfolgen regelmäßige Einschauen der MA 15 Gesundheitsdienst der Stadt Wien zu jeweils spezifischen Fragestellungen.

Fachärzte des Krankenhauses sowie Pflegeexperten sind Mitglieder bei verschiedenen österreichischen und internationalen Fachgesellschaften und Expertengremien und lassen deren anerkannte Qualitätsziele in die Steuerung der Abteilungen einfließen.

C-2 Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V

NICHT RELEVANT

C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§112 SGB V)

C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil.

C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)

NICHT RELEVANT

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S.3 Nr. 3

SGB V

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S.3 Nr. 3 SGB V

NICHT RELEVANT

C-5.2 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

NICHT RELEVANT

Systemteil

D Qualitätspolitik

Qualität heißt für uns medizinisches Können, liebevolle Zuwendung gegenüber allen Patienten und das Achten ihrer Würde. Anspruch und Realität miteinander in Einklang zu bringen ist für uns eine permanente Herausforderung.

Unser Bekenntnis zu christlichen Werten heißt: Wir tun alles, um den Wert und die Würde des Lebens zu schützen. Unser Wertemanagement trägt dafür Sorge, dass Werte erlebbar gemacht werden. Zur Qualität bei uns gehört Expertise in Medizin und Pflege, nach den neuesten Erkenntnissen. Die Ausrüstung ist auf dem neuesten Stand medizinischer Technik, entsprechend den Schwerpunkten. Zur Qualität gehören Führen und Steuern, eingebettet in ein klar strukturiertes Managementsystem. Im Prozess geht es um das Leben von Menschen, deshalb muss er klar abgestimmt sein. Wir vereinbaren Ziele, wir fordern Berichte ein, wir messen die Ergebnisse und machen sie transparent. Spitäler sollen nicht geführt werden wie gewinnorientierte Unternehmen, aber professionelles Management ist unverzichtbar.

Die Vinzenz Gruppe versteht sich als lernende Organisation, wir managen unser gemeinsames Wissen – innerhalb der Häuser, zwischen den Häusern, innerhalb der Gruppe. Zur Qualität bei uns gehört Effizienz. Effizienz, die dafür sorgt, dass Qualität gesichert wird. Wir arbeiten permanent an Prozessen und Strukturen, die Leerläufe und Doppelgleisigkeiten vermeiden. Der Grundsatz: Die Mittel dort einsetzen, wo sie von den Patienten wirklich gebraucht werden. Effizienz bewahrt so die Ressourcen für die höchste Qualität von Medizin und Pflege.

Das klinische Risk- und Fehlermanagementsystem ist ein weiterer Baustein des organisationalen Lernens und des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses - es stützt sich auf folgende Informationsquellen:

„Aus Fehlern lernen und deren Wiederholung vermeiden“ – das ist einer unser Leitgedanken. Wir haben 2008 in unserem Krankenhaus hiSAM erfolgreich eingeführt. **hiSAM** steht für **high Safetymanagement**. Mitarbeiter können auf dieser intranetbasierten Plattform „Beinahefehler“ und risikogeneigte Ereignisse in absolut anonymer Form einem Team von Vertrauenspersonen melden. Diese treffen sich in regelmäßigen Abständen – im Anlassfall auch sehr kurzfristig – um entsprechende Strategien zu erarbeiten. Diese Maßnahmen werden mit dem Krankenhausvorstand und den Linienverantwortlichen abgestimmt und umgesetzt. Dabei findet die Anonymität des Melders größte Beachtung. Das hiSAM Team ist ein Teil des Qualitätsmanagements. Unabhängig vom Fehlermanagement erstellt das Team auch prospektiv Strategien um Risiken zu minimieren. Die Zufriedenheit der Mitarbeiter und die Akzeptanz wurden im Rahmen einer schriftlichen Befragung überprüft.

Von hiSAM klar getrennt, bildet die **strukturierte Nachbearbeitung von Schadensfällen** eine weitere wichtige Quelle für die Qualitätsarbeit im Krankenhaus.

Wir nehmen Beschwerden und Anregungen unserer Patienten ernst. Wir ermöglichen unseren Patienten und Mitarbeitern, Anliegen und Verbesserungsvorschläge an uns zu übermitteln. Mit dem anonymen **Feedbackmeldesystem feedNET** haben wir einen barrierefreien Zugang geschaffen, der uns neben der regelmäßigen Patientenbefragung im ambulanten und stationären Bereich, als dritte Quelle für die Qualitätsarbeit dient. Diese Meldungen werden im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses strukturiert von einer speziell nominierten Mitarbeiterin und ihrem Team bearbeitet. Auch Ideen und Verbesserungsvorschläge von Mitarbeitern werden so erfasst. In Zukunft wollen wir auch externen Partnern – z.B. niedergelassen Ärzten oder Lieferanten – die Teilnahme an diesem Feedbackmeldesystem ermöglichen.

Die Ergebnisse der strukturierten sowie periodisch durchgeführten **Patienten- und Mitarbeiterbefragungen** bilden einen weiteren Schwerpunkt unserer Qualitätsarbeit und sind Ausgangspunkt für qualitätsfördernde Projekt und Maßnahmen.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

E-1 Der Aufbau des einrichtungswen Qualitätsmanagements im Krankenhaus stellt sich wie folgt dar:

Der **Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB)** ist als Stabstelle direkt der Geschäftsführung unterstellt. Der QMB steht der gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherungskommission und dem Qualitätsteam vor und vertritt das KH im holdingweiten QM-Netzwerk.

Der QMB stellt die Kommunikationsdrehscheibe zwischen der Geschäftsführung und den einzelnen qualitätsfördernden Gremien dar. Sämtliche Informationen und Verbesserungsvorschläge aus den Bereichen Riskmanagement, Vorschlagswesen, Beschwerdewesen, Hygiene oder dem Qualitätsmanagement selbst (Befragungen, Audits) werden beim QMB gebündelt, mit der Geschäftsführung weiterentwickelt und mit den Leitern der jeweiligen Gremien reflektiert. Auch die Anpassung der holdingweit definierten Qualitätsziele auf Krankensebene erfolgt in enger Abstimmung mit den jeweiligen Fachbereichen.

Das **QM-Team (QMT)** setzt sich aus den Leitern qualitätsfördernder Gremien zusammen. Alle drei Berufsgruppen sind vertreten. Das QMT unterstützt den QMB bei der Koordination von Q-Projekten und Verbesserungsmaßnahmen sowie bei der Aggregation von Q-Kennzahlen und der Erstellung von Berichten.

Die **Qualitätssicherungskommission** trägt dem gesetzlichen Auftrag Rechnung. Sie besteht aus dem QMT erweitert um folgende Mitglieder:

- Vertreter der MedUniWien,
- Facharzt für Pathologie
- Mitarbeiterin des Medizin-Technischen Dienstes.

Dem QM-Team stehen für die Umsetzung des Qualitätsmanagements u. a. folgende Methoden und Instrumente zur Verfügung:

hiSAM Meldesystem (high Safetymanagement - CIRS)

Das anonyme, intranetbasierte Meldesystem wurde 2008 eingeführt und dient zur Erfassung von sicherheitsrelevanten Situationen und Beinahefehlern. Die mit dem Meldesystem verknüpfte Datenbank dient:

- der Koordination der aus den Meldungen resultierten Verbesserungsmaßnahmen
- der Kommunikation mit dem Meldenden auf anonymem Weg (Track & Trace) und
- der statistischen Auswertung der Ereignisse und dem Berichtswesen.

In diesem Gremium ist die Reaktionszeit im Anlassfall sehr kurz (<24 Stunden).

feedNET (Feedback-Managementsystem)

Dieses intranet- und internetbasierte Tool bietet Mitarbeitern und Patienten die Möglichkeit Verbesserungsvorschläge, Lob und Beschwerden an ein spezialisiertes Team zu übermitteln.

Haftungsrelevante Schadensfälle

Strukturierte Erfassung von haftungsrelevanten Schadensfällen, Bearbeitung derselben und Entwicklung von Verbesserungsmaßnahmen.

Patientenbefragungen

Strukturierte, periodische Patientenbefragungen durch ein externes Marktforschungsinstitut finden jährlich im ambulanten und stationären Bereich statt. Die Fragebögen sind holdingweit inhaltlich abgestimmt und ermöglichen ein externes Benchmarking.

Mitarbeiterbefragung

Von einem externen Meinungsforschungsinstitut durchgeführte, anonyme Befragung. Die Fragebögen sind wiederum holdingweit inhaltlich abgestimmt und ermöglichen somit ein externes Benchmarking mit den anderen Häusern der VG.

Prozessmanagement

Prozesse werden weitgehend flächendeckend im Rahmen des PDCA-Zyklus dargestellt und die erhobenen Kennzahlen (Check) aggregiert.

Dokumentenlenkungssystem roXtra

Zur Dokumentenlenkung wurde das Dokumentenlenkungssystem roXtra eingeführt. Der Workflow zur Erstellung eines Q-Dokuments ist damit klar strukturiert und endet mit der elektronischen Verteilung des Dokuments an den definierten Personenkreis und mit der Einforderung der Lesebestätigung.

Auch die automatisierte Wiedervorlage der Q-Dokumente zur zyklischen Überarbeitung und die zwischenzeitliche Erfassung von Änderungsanträgen erfolgt mit diesem Programm.

G Weitergehende Informationen

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:

Qualitätsmanagementbeauftragter: OA Dr. Ulrich Schmidbauer

Ansprechpartner (z.B. Qualitätsbeauftragter, Patientenfürsprecher, Pressereferent; Leitungskräfte verschiedener Hierarchieebenen):

Assistent QM: Mag. (FH) Harald Fuchs
 Stv. Verwaltungsdirektor und Leiter Marketing & PR: Mag. Gerhard Fuchs
 Leitung Assistenz: Mag. (FH) Bettina Müller
 Stv. Pflegedirektorin: Monika Peinsipp

Links (z.B. Unternehmensberichte, Broschüren, Homepage):

www.sjk-wien.at
www.vinzenzgruppe.at
www.hernienzentrum.at

AUSSTATTUNG

H Ausstattung

H-1 Räumliche Ausstattung in den Fachabteilungen

H-1.1 A Anzahl der Einbettzimmer

Fachabteilung	WG WC TV TEL	WG WC	WG WC TV	WG WC TEL	DU WC TV TEL	DU WC	DU WC TV	DU WC TEL
1. Abteilung für Innere Medizin					2			
2. Abteilung für Innere Medizin					2			
Abteilung für Chirurgie					4			
Abteilung für Gynäkologie					2			
Abteilung für Geburtshilfe					4			
Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin					0			

H-1.1 B Anzahl der Zweibettzimmer

Fachabteilung	WG WC TV TEL	WG WC	WG WC TV	WG WC TEL	DU WC TV TEL	DU WC	DU WC TV	DU WC TEL
1. Abteilung für Innere Medizin					6			
2. Abteilung für Innere Medizin					6			

Fachabteilung	WG WC TV TEL	WG WC	WG WC TV	WG WC TEL	DU WC TV TEL	DU WC	DU WC TV	DU WC TEL
Abteilung für Chirurgie					5			
Abteilung für Gynäkologie					2			
Abteilung für Geburtshilfe					1			
Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin					0			

H-1.1 C Anzahl der Dreibettzimmer

Fachabteilung	WG WC TV TEL	WG WC	WG WC TV	WG WC TEL	DU WC TV TEL	DU WC	DU WC TV	DU WC TEL
1. Abteilung für Innere Medizin				3				
2. Abteilung für Innere Medizin				2				
Abteilung für Chirurgie				1				
Abteilung für Gynäkologie				0				
Abteilung für Geburtshilfe				2				
Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin				0				

H-1.1 D Anzahl der Mehrbettzimmer

Fachabteilung	WG WC TV TEL	WG WC	WG WC TV	WG WC TEL	DU WC TV TEL	DU WC	DU WC TV	DU WC TEL
1. Abteilung für Innere Medizin				2				
2. Abteilung für Innere Medizin				3				
Abteilung für Chirurgie				7				
Abteilung für Gynäkologie				3				
Abteilung für Geburtshilfe				3				
Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin				1				

H-2 Ausstattung an medizinischen Geräten in der Fachabteilung

H-2.1 Für alle Fachabteilungen

Nr.	Fachabteilung	Notfallkoffer vorhanden
	1. Abteilung für Innere Medizin	Ja
	2. Abteilung für Innere Medizin	Ja
	Abteilung für Chirurgie	Ja
	Abteilung für Gynäkologie	Ja
	Abteilung für Geburtshilfe	Ja
	Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin	Ja

1 Patientenorientierung im Krankenhaus

1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt patientenorientiert.

1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert

Das Krankenhaus gewährleistet im Vorfeld der stationären Versorgung eine an den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen orientierte Organisation und Gestaltung.

Das Krankenhaus in angenehmer Grünruhelage ist mit öffentlichen und privaten Verkehrsmitteln (Tiefgarage) gut erreichbar. Aufnahmetermine und erforderliche Voruntersuchungen werden mit den Patienten und ggf. Zuweisern geklärt. Mittels Website, Broschüren und Informationsblättern werden Patienten (und Besucher) über Leistungen und Zusatzangebote informiert. Verschiedene Spezialambulanzen dienen der prästationären Abklärung. Für geplante operative Eingriffe gibt es eine Präanästhesieambulanz zur Aufklärung und Narkosefreigabe.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

Innerhalb des Krankenhauses ist die Orientierung für Patienten und Besucher sichergestellt.

Die Patienten werden durch einen Mitarbeiter der Aufnahme persönlich auf die Station begleitet. Während des Aufenthalts erfolgt die Begleitung durch Pflegepersonen oder den Patientenbegleitdienst. Die Mitarbeiter des Empfangs stehen Patienten und Besuchern als zentrale Auskunftsstelle zur Verfügung. Die Stützpunkte können ebenfalls Auskünfte erteilen. Im Wegeleitsystem werden nach Möglichkeit sprachenunabhängige Symbole (Piktogramme) verwendet. Die überschaubare Größe des Hauses ermöglicht rasch eine eigenständige Orientierung.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

Die Aufnahme erfolgt koordiniert unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patienten nach Information, angemessener Betreuung und Ausstattung.

Nach der administrativen Datenerfassung werden auf der Station die Aufnahmegespräche (Anamnese Medizin und Pflege) geführt. Notfallpatienten werden vorgereicht, für regelmäßig wiederkehrende Patienten gibt es einen Quick-Check-In. Auf die Wahrung der Privatsphäre wird geachtet. Im Wartebereich stehen Zeitschriften und TV zur Überbrückung von Wartezeiten zur Verfügung. Patienten werden bei der Aufnahme und in Informationsmappen über die Zusatzangebote wie etwa Telefon, Internet und Café sowie die Möglichkeit, Lob und Beschwerden zu artikulieren, informiert.

1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

Die ambulante Patientenversorgung z. B. im Rahmen der Notfallambulanz, der Medizinischen Versorgungszentren (Psych.: der psychiatrischen Institutsambulanz), der Wiedereinbestellungsambulanz oder der Ermächtigungsambulanz (Uni.: Spezialambulanzen) verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse.

Die Ambulanzen sind personell mit dem stationären Betrieb eng verbunden und dienen in erster Linie der prästationären und poststationären Versorgung. Für Untersuchungen in den Spezialambulanzen ist eine Terminvereinbarung notwendig. Das Entlassungsmanagement organisiert die Betreuung durch extramurale Dienste im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt um eine bedarfsgerechte, lückenlose Versorgung für die Zeit nach der Entlassung zu sichern.

1.2 Ersteinschätzung und Planung der Behandlung

Eine umfassende Befunderhebung jedes Patienten ermöglicht eine patientenorientierte Behandlungsplanung.

1.2.1 Ersteinschätzung

Für jeden Patienten wird ein körperlicher, seelischer und sozialer Status erhoben, der die Grundlage für die weitere Behandlung darstellt.

In den Anamnesegesprächen (Medizin und Pflege) wird der Status erhoben. Seelsorgliche und psychologische Bedürfnisse werden aktiv erfragt und berücksichtigt, Psychotherapie und klinische Psychologie bilden einen integralen Bestandteil im Behandlungskonzept onkologischer Patienten - Anforderung über das Krankenhausinformationssystem (KIS). Auf die Wahrung der Intimsphäre wird bei Patientengesprächen so gut wie möglich geachtet. Das elektronische Dokumentationssystem und Richtlinien ermöglichen einen einheitlichen Qualitätsstandard der Dokumentation.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

Vorbefunde werden soweit wie möglich genutzt und zwischen dem betreuenden Personal ausgetauscht.

Die Nutzung von Vorbefunden vermeidet unnötigen Ressourcenverbrauch, ermöglicht es, den Krankenhausaufenthalt möglichst kurz zu halten, und dient der Patientenorientierung. Durch eine weitgehende Digitalisierung der Krankengeschichte (Einscannen auswärtiger Befunde, Zugriff auf Befunde aus Voraufenthalten in Echtzeit, elektronisches Bildarchiv PACS) können Vorbefunde sinnvoll genutzt werden. Bei elektiven Aufnahmen werden Befunde nach Möglichkeit prästationär erhoben. Das KIS ermöglicht eine abteilungs- und berufsgruppenübergreifende Nutzung der Daten.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

Für jeden Patienten wird der umfassende Behandlungsprozess unter Benennung der Behandlungsziele festgelegt.

Die diagnosespezifische Auswahl der Aufnahmeuntersuchungen folgt Leitlinien unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse. Die Planung des Behandlungsprozesses liegt in der Verantwortung des Facharztes, wird weitgehend elektronisch unterstützt, der Status von Anforderungen und Untersuchungen ist jederzeit transparent. Die Pflegeplanung erfolgt auf Basis einer strukturierten Pflegeanamnese und einem Pflegemodell, Pflegeziele werden definiert und dokumentiert. Der Behandlungsprozess in der Geburtshilfe wird von Hebammen im Partogramm dokumentiert.

1.2.4 Integration der Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Eine umfassende und einfühlsame Aufklärung des Patienten und die Wahrung seiner Autonomie sind den Mitarbeitern im Krankenhaus ein hohes Gut. Bei komplexen Krankheitsbildern beraten Fachärzte verschiedener Disziplinen und formulieren eine gemeinsame Therapieempfehlung. Die Entscheidung trifft der Patient gemeinsam mit dem behandelnden Arzt. Besondere Bedeutung hat das Einbeziehen des Patienten bei der Gestaltung einer wirksamen Schmerztherapie. Die Zufriedenheit der Patienten betreffend die Einbeziehung in die Behandlungsplanung wird regelmäßig gemessen.

1.3 Durchführung der Patientenversorgung

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten erfolgt in koordinierter Weise gemäß multiprofessioneller Standards, um bestmögliche Behandlungsergebnisse zu erzielen.

1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten wird umfassend, zeitgerecht und entsprechend professioneller Standards durchgeführt.

Von medizinischen Fachgesellschaften anerkannten Diagnose- und Therapiemethoden, Wissensaustausch mit Universitätskliniken, Teilnahme an Fachkongressen und Fortbildungen, Rund-um-die-Uhr-Präsenz von FÄ aller Abteilungen und ein dichtes Konsiliararztnetz, Anwendung wissenschaftlich fundierter Pflegemodelle, qualitativ hochwertige Personalauswahl und –qualifizierung ermöglichen eine hohe Behandlungsqualität. Die gute, unkomplizierte interdisziplinäre Zusammenarbeit und schnelle Diagnosestellung zählen zu den Stärken des Hauses.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

Der Patientenversorgung werden Leitlinien mit, wo möglich, Evidenzbezug zugrunde gelegt.

Die Gestaltung der Behandlungs- und Pflegeabläufe nach evidenzbasierten Richtlinien wird als Methode der Qualitätssicherung gesehen. Im Dokumentenlenkungssystem sind die nachweisliche Kenntnisnahme und die Überarbeitung aller Dokumente in regelmäßigen Intervallen definiert. Die Richtlinien sind nach dem Prinzip des PDCA Zyklus erstellt. Die dort definierten Checks sind Bestandteil unterschiedlichster Audits in Verantwortung des Vorgesetzten. Als Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizin-Univ. stehen alle wesentlichen Fachjournale elektronisch zur Verfügung.

1.3.3 Patientenorientierung während der Behandlung

Der Patient wird in alle durchzuführenden Behandlungsschritte und Maßnahmen der Versorgung einbezogen und seine Umgebung ist patientenorientiert gestaltet.

Vor Operationen wird die Aufklärung mittels Aufklärungsbögen (tlw. auch in Fremdsprachen verfügbar) durch den Arzt durchgeführt. Standardisierte Texte können individuell ergänzt werden. Die Besuchszeiten sind aus Rücksicht auf andere Patienten klar geregelt, im Einzelfall wird auf individuelle Bedürfnisse nach Möglichkeit eingegangen. Zu einem angenehmen Aufenthalt tragen Möglichkeiten der Kommunikation, der Unterhaltung und des Rückzugs bei: Aufenthalts- und Fernsehräume, Bibliothek, Café, Internetzugang, Parkanlage, Kapelle, Stillzimmer u.a.m.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

Bei der Verpflegung werden die Erfordernisse, Bedürfnisse und Wünsche der Patienten berücksichtigt.

Die Zubereitung der Speisen erfolgt täglich frisch in der hauseigenen Küche. Sofern aus medizinischen Gründen keine Diätvorschrift besteht, kann der Patient aus zwei Standard- und Spezialmenüs auswählen, wobei individuelle Zusatzwünsche berücksichtigt werden können. Die Ernährungsberatung und die Qualitätskontrolle erfolgen durch eine Diätologin. Auf der Geburtshilfe wird als besonderer Service ein Frühstücks- und Abendbuffet angeboten.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Die Planung der Behandlung erfolgt teilweise bereits prästationär (Vereinbarung von Untersuchungsterminen, Einholung nötiger Befunde). Anforderungen werden digital erfasst und über Auftragslisten abgearbeitet. Bei pathologischen Befunden wird grundsätzlich mit dem behandelnden Facharzt telefonisch Rücksprache gehalten. Bei komplexen Krankheitsbildern erfolgt eine interdisziplinäre Beratung über die weitere Therapieplanung (z.B. Mamma-Board im Brustgesundheitszentrum)

1.3.6 Koordination der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Die OP Ablauforganisation ist in den OP-Statuten geregelt und liegt in der Verantwortung eines OP-Managers und der Abteilungsleiter. Die Fachärzte planen nach Kontingenten, die in einer elektronischen Plankarte abgebildet sind. In einer wöchentlichen Planungssitzung des OP-Steuerungsteams wird das Programm auf Machbarkeit geprüft und ev. freie Kapazitäten werden vergeben. Durch die Anwesenheit von Fachärzten aller im Krankenhaus vertretenen Abteilungen und des OP-Pflegedienstes ist eine OP-Bereitschaft rund um die Uhr sichergestellt.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

Die Behandlung des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.

Untersuchungen, Konsile, psychotherapeutische, psychologische und seelsorgliche Beratung werden im Klinikinformationssystem erfasst und über Auftragslisten bearbeitet. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird durch tägliche Visiten und Dienstübergaben vollzogen. Es gibt regelmäßige sowie anlassbezogene interdisziplinäre Fallbesprechungen. Bei schwierigen ethischen Entscheidungen gibt es zusätzlich die Möglichkeit eines Ethik-Konsils. Das Palliativteam ist ebenfalls multiprofessionell zusammengesetzt.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

Die Visitation des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.

Täglich findet für den Patienten eine Visite durch den Facharzt gemeinsam mit der zuständigen Pflegeperson, den Turnus- und Assistenzärzten statt. Der Ablauf der Visite, deren Inhalte, die Visitenzeiten und die Dokumentation sind in der Abteilungsordnung bzw. im Visitenstandard geregelt, die Patienten sind über die Visitenzeiten informiert. Über einen Laptop gibt es online Einsicht in die vorhandenen Befunde. Auf die Wahrung der Intimsphäre wird Wert gelegt. Die strukturierte Kommunikation zwischen Patient und behandelndem Arzt bei der Entlassung ist geregelt.

1.4 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche

Die kontinuierliche Weiterversorgung des Patienten in anderen Versorgungsbereichen erfolgt professionell und koordiniert gesteuert unter Integration des Patienten.

1.4.1 Entlassung und Verlegung

Der Übergang in andere Versorgungsbereiche erfolgt strukturiert und systematisch unter Integration und Information des Patienten und ggf. seiner Angehörigen.

Im Rahmen der Pflegeanamnese wird frühzeitig die aktuelle Betreuungssituation erhoben. Bei erhöhtem Betreuungsbedarf wird das Entlassungsmanagement zugezogen. Der Entlassungstermin wird zwischen dem Patienten und dessen Angehörigen, der weiterbetreuenden Organisation und dem behandelnden FA koordiniert. Der Patient erhält bei der Entlassung einen vorläufigen Patientenbrief, der die genaue Dosierung und Verabreichungsform notwendiger Medikamente beinhaltet.

1.4.2 Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich (Entlassung/ Verlegung u. a.)

Das Krankenhaus sichert eine lückenlose Information für die Weiterbehandlung oder Nachsorge des Patienten.

Entlassungen werden am Vortag vom visitierenden FA zusammen mit dem Patient bzw. den Angehörigen besprochen. Der vorläufige Patientenbrief enthält Informationen betreffend der weiteren medizinischen Betreuung, Verhaltensempfehlungen, die Medikation in Dosierung und Verabreichungsform sowie allfällige Anordnungen. Weiters erfolgt vorab die telefonische Kontaktaufnahme mit der weiterbetreuenden Institution. Patientenbriefe können über eine gesicherte und verschlüsselte Verbindung elektronisch übermittelt werden.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

Vom Krankenhaus wird eine kontinuierliche Weiterbetreuung des Patienten durch Kooperation mit den weiterbetreuenden Einrichtungen bzw. Personen sichergestellt.

Bei komplexem Betreuungsbedarf erfolgt frühzeitig eine Kontaktaufnahme mit der weiterbetreuenden Institution bzw. dem Hausarzt. Es gibt eine ständige Kooperation des Entlassungsmanagements mit gewerblichen Anbietern z.B. Bandagisten, Spezialbetten, Sauerstoff, Inkontinenzprodukte und Stomaversorgung. Diese übernehmen die kassenrechtliche Genehmigung bzw. die Schulung von Patienten und Angehörigen. Schulungen zu Diabetes und Wundversorgung werden durch hauseigene Experten durchgeführt. Es besteht eine enge Vernetzung mit den Hausärzten der umliegenden Bezirke

1.A pCC 1A

1.A.1 Besondere Zuwendung und Präsenz für Patienten gewährleisten

Management und Mitarbeiter stellen sicher, dass Patienten und ihre Angehörigen die jeweils erforderliche Aufmerksamkeit und Zuwendung erfahren und sich in guter Obhut wissen können.

Die Begleitung der Patienten gilt als Merkmal der zuwendungsorientierten Patientenbetreuung des Hauses. Nach der administrativen Aufnahme begleitet eine geistliche Schwester den Patienten auf dem ersten Weg durch das KH und sorgt dabei für Orientierung und Sicherheit. Patienten werden zu allen Untersuchungen und Therapien begleitet, die ihnen dabei entgegengebrachte Zuwendung wird in der Patientenbefragung überprüft. Die seelsorgliche Betreuung ist uns ein zentrales Anliegen, daher bieten wir den Patienten auf Wunsch eine Begleitung zu Gottesdiensten an.

1.A.2 Berücksichtigung der spirituellen bzw. religiösen Dimension von Krankheit und Krankheitsbewältigung

Alle an der Behandlung Beteiligten berücksichtigen die spirituelle bzw. religiöse Dimension von Krankheit und Krankheitsbewältigung sowie entsprechende Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen.

Entsprechend dem Auftrag des Trägers wird den spirituellen und religiösen Bedürfnissen der Patienten und Angehörigen besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Für diese Aufgaben steht im Besonderen das Team der KH-Seelsorge zur Verfügung. Die Zuwendung erfolgt vor allem durch persönliche Begegnung in regelmäßigen und gezielten Patientenbesuchen. Das Pflegepersonal stellt im Zuge der Pflegeanamnese das Angebot der KH-Seelsorge vor. Das Angebot der Seelsorge richtet sich an alle Interessierten, unabhängig von der Konfessions- oder Religionszugehörigkeit.

1.A.3 Sensibilität und Respekt für Patienten mit nicht christlichem kulturellen und religiösen Hintergrund

Management und Mitarbeiter achten den kulturellen und religiösen Hintergrund der Patienten und sorgen für entsprechende Unterstützung.

Mitarbeiter aus den verschiedensten Kulturen und Religionen sind im Krankenhaus angestellt. Diese fungieren als Dolmetscher, Bindeglied und Vermittler von kulturellen / religiösen Bedürfnissen der Patienten. Unterstützung zur Integration von spirituellen Themen in die Unternehmenskultur geben: Krankenhauseelsorge durch Beiträge in Pflegeteambesprechungen, Anamnese der spirituellen und kulturellen Bedürfnisse, Wertegruppe mit Impulsen (Werte-Cafe), Ethikberatung, Besinnungstage für Mitarbeiter, Fortbildungsangebote, Handbücher (z.B. „Muslime im KH“)

1.A.4 Behandlung und Betreuung von besonderen Personengruppen

Management und Mitarbeiter gewährleisten die adäquate Versorgung von Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf.

Patienten mit krankheits- oder altersbedingt erhöhtem Betreuungsaufwand und der Gefahr von physischen und psychischen Schäden unterliegen der besonderen Fürsorgepflicht. Ein wichtiges Anliegen ist die Begleitung, Unterstützung und Entlastung der Angehörigen. Für Kriseninterventionen stehen klinische Psychologen und Psychotherapeuten zur Verfügung. Die Entlassung erfolgt erst, wenn die nachfolgende Versorgung gesichert ist oder auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten.

1.A.5 Berücksichtigung der besonderen Erfordernisse bei der Behandlung von Kindern

Management und Mitarbeiter gewährleisten auch in Krankenhäusern ohne Kinderabteilungen eine kindgerechte Versorgung von Kindern innerhalb des Krankenhauses.

Das KH bewirbt die Behandlung von Kindern nicht gesondert, die Versorgung von Neugeborenen an unserer geburtshilflichen Abteilung ist jedoch Teil unseres Leistungsspektrums. Diese ist durch eine tägliche Kinderarztvisite und darüber hinaus durch einen Bereitschaftsdienst und Kooperationen mit neonatologischen Intensivstationen sichergestellt.

Um Kindern eine optimale Betreuung und ein Maximum an vertrauter Umgebung bieten zu können, ist die Aufnahme von Begleitpersonen gewünscht bzw. wird unterstützt. Kinder erhalten nach der Operation eine Tapferkeitsurkunde.

1.A.6 Sicherstellung einer Weiterbetreuung von Palliativpatienten

Management und Mitarbeiter sehen den besonderen Bedarf schwerstkranker und sterbender Patienten und sorgen für eine notwendige palliative Weiterversorgung.

Die Information und Beratung von Angehörigen dient der Sicherstellung einer adäquaten Betreuung nach der Entlassung. Benötigte Beratungen und Schulungen werden rechtzeitig veranlasst. Die Liefertermine benötigter Hilfsmittel wie beispielsweise Spezialkrankenbetten, parenterale Ernährung etc. werden so koordiniert, dass der Patient nach seiner Entlassung diese bereits zuhause vorfindet. Der Palliativkonsiliardienst wird besonders für die adäquate Schmerztherapie zugezogen. Weiters besteht enge Kooperation mit stationären und mobilen Hospizdiensten.

2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

2.1 Planung des Personals

Durch die Personalplanung ist die kontinuierliche Bereitstellung einer angemessenen Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern gesichert.

2.1.1 Planung des Personalbedarfes

Die Planung des Personalbedarfes umfasst die Bereitstellung einer angemessenen Zahl an entsprechend qualifizierten Mitarbeitern.

Der Personalbedarf wird im Rahmen der Budgeterstellung 2x/Jahr geplant, Soll/Ist- Abweichungen werden in regelmäßigen Reports ermittelt und mit den Verantwortlichen diskutiert, um geeignete Maßnahmen zu treffen. Die Führungskräfte und der Personalentwicklungsbeauftragte sind in eine vorausschauende Personalplanung einbezogen (Führungsnachwuchs). Arbeitszufriedenheitsmessungen und Austrittsgespräche tragen dazu bei, Ursachen für Fluktuation zu finden.

2.2 Personalentwicklung

Die Personalentwicklung des Krankenhauses orientiert sich an den Bedürfnissen des Hauses und der Mitarbeiter.

2.2.1 Systematische Personalentwicklung

Das Krankenhaus betreibt eine systematische Personalentwicklung.

Die Personalentwicklung ist als Stabstelle des Vorstands eingerichtet, systematische Personalentwicklung gehört zu den strategischen Schwerpunkten der Krankenhäuser der Vinzenz Gruppe. Für die Führungskräfte gibt es ein einheitliches FK-Entwicklungsprogramm zur Qualifizierung im Sinne des „Orientierungsrahmen Management“. In Mitarbeitergesprächen werden individuelle Ziele vereinbart. Die Vinzenz Akademie und das Innerbetriebliche Fortbildungsprogramm bieten ein umfangreiches Angebot, Qualität und Bedarfsgerechtigkeit werden evaluiert.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

Das Krankenhaus stellt sicher, dass Wissensstand, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiter den Anforderungen der Aufgabe (Verantwortlichkeiten) entsprechen.

Die Qualifikation ist teilweise gesetzlich vorgegeben und wird durch Stellenbeschreibungen ergänzt, in denen die nötige Ausbildung und Fortbildungen sowie Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungen geregelt sind. Im Rahmen der Dienstvertragsgestaltung können zusätzlich organisatorische Belange festgelegt werden. In einer Schulungsdatenbank werden vorgeschriebene Einschulungen (z.B. auf Medizinprodukte) dokumentiert. Die Überprüfung der Qualifikation erfolgt zusätzlich anhand der Zeugnisse, CV, bzw. auch laufend durch Abschlüsse von Fortbildungen.

2.2.3 Fort- und Weiterbildung

Das Krankenhaus sorgt für eine systematische Fort- und Weiterbildung, die sowohl an den Bedürfnissen der Mitarbeiter als auch des Krankenhauses ausgerichtet ist.

Das Team der Innerbetrieblichen Fortbildung (IBF) organisiert ein Jahresprogramm, ergänzt um externe Fortbildungen und Veranstaltungen der Vinzenz Akademie. Ziel der IBF ist es, die Bereitschaft zur Fortbildung durch leicht zugängliche Angebote zu fördern, um das Wissen ständig aktuell zu halten und so die qualitativ hochwertige Betreuung aller Patienten zu unterstützen. Das Fortbildungsangebot wird aus Befragungen, Rückmeldungen an das IBF-Team sowie den Inhalten von MA-Gesprächen abgeleitet. Die Zufriedenheit mit dem Angebot wird bei den Veranstaltungen erhoben.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Das Fortbildungsbudget-Budget wird im Rahmen der jährlichen Budgetierung geplant. Innerbetriebliche Fortbildungen sind in der Regel kostenfrei und erfolgen durchwegs während der Arbeitszeit. Bei externen Weiterbildungen erfolgt eine individuelle Fortbildungsfördervereinbarung. Ärzte und Pflege haben Kontingente für Fortbildungstage / Jahr. Für Sonderausbildungen in der Pflege übernimmt das KH den Bildungsaufwand und stellt die Mitarbeiter für die Ausbildung frei.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

Für Mitarbeiter sind angemessene Fort- und Weiterbildungsmedien zeitlich uneingeschränkt verfügbar.

Über das Intranet sind Online-Nachschlagewerke (Pschyrembel, Austria Codex u.a.), wissenschaftliche Datenbanken, Richtlinien, Standards, Leitlinien, die Medikamenten-Informationen und die Präsentationen von Fortbildungen usw. auf allen Stationen und in allen Bereichen frei verfügbar. Die Vinzenz Gruppe baut derzeit eine umfangreiche virtuelle Bibliothek auf. Arbeitsplatzspezifische Fachliteratur und Periodika werden je nach Bedarf erworben. Seminar- und Vortragsräume mit entsprechender Infrastruktur sind ausreichend vorhanden.

2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten

Angegliederte Ausbildungsstätten leisten eine Theorie-Praxis-Vernetzung und bereiten Mitarbeiter angemessen auf ihre Tätigkeiten im Rahmen der Patientenversorgung vor.

Im St. Josef-Krankenhaus gibt es keine angegliederte Ausbildungsstätte. Das Haus stellt aber für diverse Schulen Praktikumsstellen zur Verfügung. Die Theorie-Praxis-Vernetzung wird in monatlichen Treffen mit dem Praxisanleiter besprochen. Als Akademisches Lehrkrankenhaus der Med. Uni Wien werden Studenten in die Praxis eingeführt. Der Lernerfolg wird durch eine standardisierte Evaluation bewertet. Der Erfolg der innerbetrieblichen Fortbildung wird mittels Anwesenheitsliste sowie im klinischen Alltag überprüft. Eine Schulungsdatenbank wird derzeit aufgebaut.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.

2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

Im Krankenhaus wird ein festgelegter und einheitlicher Führungsstil praktiziert, der die Bedürfnisse der Mitarbeiter berücksichtigt.

Der Orientierungsrahmen Management stellt das zentrale Instrument der Vinzenz Gruppe dar, mit dessen Hilfe die Erwartungen an die Träger von Managementverantwortung auf den unterschiedlichen Ebenen definiert werden. Er ist Ausdruck der strategischen Bedeutung von guter Mitarbeiterführung und guter organisatorischer Steuerung. Partizipativer Führungsstil und wertschätzender Umgang sind zentrale Werte. Mit den MA werden MA-Gespräche, mit Führungskräften auch Zielvereinbarungsgespräche geführt. Die Zufriedenheit mit dem Führungsstil wird in MA-Befragungen erhoben

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Im Krankenhaus kommen unterschiedliche Arbeitszeitregelungen (Voll- oder Teilzeit, geringf. Besch.) zum Einsatz. Der Dienstplan wird vor Monatsbeginn unter Berücksichtigung der Mitarbeiter- und Abteilungsinteressen erstellt. Das elektronische Dienstplansystem unterstützt die Verantwortlichen bei der Einhaltung der Gesetze (z.B. Arbeitszeit-Höchstgrenzen, Ruhezeiten) und Betriebsvereinbarungen. Quartalsweise wird ein Report über die geleisteten Überstunden erstellt.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Orientierungshilfen für die Einarbeitung von MA geben das Personalmanagement-Handbuch und der Orientierungsrahmen Management, der die Einarbeitung und Integration neuer Mitarbeiter als wichtige Führungsaufgabe definiert. Der MA erhält bei Eintritt eine Einführungsmappe sowie ein Log-Buch ("Quo Vadis"), und nimmt an einem Seminartag für neue MA teil, der im Zeichen des Kennenlernens des KH und der Vernetzung mit anderen Bereichen steht. Vor dem Übergang ins unbefristete Dienstverhältnis findet ein MA-Gespräch statt. Neue MA werden im Intranet mit Foto vorgestellt.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zum Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden.

2008 wurde ein intranet-basiertes, strukturiertes Feedbackmanagement (feedNET) eingeführt, welches die Möglichkeit zur Anbringung von Lob, Kritik und Verbesserungsvorschlägen bietet. Über das feedNET-System kann auch bei anonymen Eingaben eine Rückmeldung an den Verfasser erfolgen. Der Feedbackmanager sammelt die Kritik, gibt Rückmeldung an den Ideenbringer, legt die Eingaben der zuständigen FK bzw. dem QM-Team und dem Vorstand vor. Der Vorstand wird mindestens halbjährlich über die eingelangten Meldungen und die Reaktionen informiert.

2.A pCC 2A

2.A.1 Wahrnehmung der Fürsorgepflicht für die Mitarbeiter

Die Krankenhausleitung nimmt ihre Fürsorgepflicht für die Mitarbeiter bewusst wahr.

Es wird versucht, bei den Mitarbeitern ein Verständnis für die Zusammenhänge ihrer Arbeit zu bekommen, um allfällige Belastung zu reduzieren. Arbeitsabläufe werden evaluiert und ggf. angepasst. Gesundheitsschutz und Arbeitsmedizin sind im KH stark präsent. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird durch indiv. Arbeitszeitmodelle und Rücksicht bei der Urlaubsplanung gefördert. Coaching, Seminare zu Zeitmanagement, Konfliktbewältigung usw. werden angeboten, Raucherentwöhnung wird gefördert. MA können persönlichkeitsorientierte Seminare und Kurse besuchen.

2.A.2 Wertschätzung und Anerkennung vermitteln, Verbundenheit fördern

Krankenhausleitung und Führungskräfte sorgen für eine Kultur, in der die Mitarbeiter Anerkennung und Wertschätzung erfahren und ihre Verbundenheit mit der Einrichtung gefördert wird.

Die Anerkennung und Wertschätzung der MA ist den Verantwortlichen des KH enorm wichtig. FK werden in Führung und Kommunikation gezielt weitergebildet, MA-Gespräche bilden jährlich einen Fixpunkt der Wertschätzung und Anerkennung durch den Vorgesetzten im strukturierten Rahmen. Feste im Jahresverlauf, sowie persönliche Festtage, Graduierungen und Jubiläen werden besonders gefeiert. Zu karenzierten MA wird Kontakt gehalten um die Wiedereingliederung zu fördern. Langjährige MA werden anlässlich ihrer Pensionierung im Rahmen einer festlichen Verabschiedung gewürdigt.

2.A.3 Hilfe zur Bewältigung persönlicher Krisen

Die Führungskräfte und Kollegen stehen Mitarbeitern in persönlichen Krisen, z. B. bei Schicksalsschlägen, Suchtproblemen, Burn-Out-Syndrom fürsorglich zur Seite.

MA können sich in persönlichen Krisensituationen an ihren Vorgesetzten, den Betriebsrat, an die Psychotherapie oder die Seelsorge wenden. Sie werden in ihren Sorgen und Nöten, auch wenn diese privater Natur sind, ernst genommen. Über dieses Angebot wird aktiv informiert. Zum Angebot in Krisensituationen von Mitarbeitern gehört u.a.: Psychotherapeutische Unterstützung, Supervision, Gehaltsvorschuss, Karenzierung, Anpassung von Arbeitszeiten, individ. Unterstützung bei Schwierigkeiten wie drohende Obdachlosigkeit, Gewalt, Missbrauch und Glaubenskrisen.

2.A.4 Förderung der sozialen und christlich-ethischen Kompetenz der Mitarbeiter

Die Führungskräfte sehen in der Sozialkompetenz sowie in der christlich-ethischen Kompetenz eine Schlüsselqualifikation der Mitarbeiter und fördern sie entsprechend.

Mit verschiedenen Veranstaltungen wird versucht, das christliche Basiswissen und die Spiritualität unter größtmöglicher Behutsamkeit den MA zu vermitteln bzw. Interesse zu wecken (Wertetage, Einkehrtage, Wallfahrt usw.). MA-Feste beginnen stets mit einer spirituellen Feier. Bei der Gestaltung wird darauf Wert gelegt, dass die christliche Spiritualität erfahrbar ist, das Mitfeiern für Mitarbeiter mit anderen oder ohne religiöse Orientierung aber ebenfalls möglich ist. Schulungen, Workshops und Ethikberatung fördern die persönliche ethische Kompetenz, Respekt und Toleranz.

3 Sicherheit im Krankenhaus

3.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung

Das Krankenhaus gewährleistet eine sichere Umgebung für die Patientenversorgung.

3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum Arbeitsschutz angewandt, das insbesondere Sicherheitsaspekte am Arbeitsplatz, bei Mitarbeitern, im Umgang mit Gefahrstoffen und zum Strahlenschutz berücksichtigt.

Regelmäßige Arbeitsplatzevaluierungen, Unterweisungen und persönliche Beratung bilden die Basis des Arbeitsschutzes. Experten verschiedener Fachgebiete (Arbeitssicherheit, Arbeitsmedizin, Hygiene, Laser- und Strahlenschutz, Brandschutz, Umweltmanagement), erarbeiten Richtlinien und Unterweisungen. Im Arbeitsschutzausschuss sind auch der Betriebsrat und die Geschäftsführung vertreten. Angebote zum Gesundheitsschutz und zur Gesundheitsförderung erfolgen durch einschlägige Experten, innerbetriebliche Fortbildungen und das Gesundheitszentrum.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Die öffentlich ausgehängte Brandschutzordnung regelt das Verhalten der Mitarbeiter im Brandfall. Der Brandschutzbeauftragte ist für deren Aktualisierung verantwortlich. Die Prüfung der Brandmelder, der Funktionsfähigkeit der Brandschutztüren und Wartung der Brandmeldeanlage, der Braundrauchentlüftungen und der angesteuerten Brandschutztüren ist geregelt und erfolgt in regelmäßigen Intervallen. Die Mitarbeiter nehmen an verpflichtenden Schulungen zum Brandschutz und zur Ersten Löschhilfe teil.

3.1.3 Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung bei hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz angewandt.

Notfallpläne behandeln die Sicherheit im Krankenhaus (Brandschutz, Evakuierung) und den Ausfall wichtiger Anlagen, regeln die Verantwortlichkeiten und die zu treffenden Maßnahmen. Die redundante IT-Infrastruktur stellt eine hohe Verfügbarkeit der IT sicher, es wird durch ein Einschau-System und Formulare für handschriftl. Dokumentation ergänzt. Notfallpläne für Großschadensereignisse regeln das Verhalten bei Pandemien und die Schaffung zusätzlicher Versorgungskapazitäten. Die Pläne sind im Intranet verfügbar und werden in festgelegten Intervallen aktualisiert.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Bei medizinischen Notfällen wird der Herzalarm ausgelöst, der Fachärzte mit notfallmedizinischer Ausbildung und entsprechend geschulte Pflegepersonen aktiviert. Auf den Bettenstationen und im Ambulanzbereich gibt es Notfallwägen mit standardisierter Ausrüstung. In der Geburtshilfe gibt es Richtlinien für das Verfahren bei hoch-akuten Kaiserschnitten („Sectio-Alarm“) und neonatologischen Notfällen. Regelmäßig finden Schulungen und Trainings zu Notfallsituationen statt. Nachbesprechungen zu medizinischen Notfällen und Komplikationen werden abgehalten.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

Für den Patienten wird eine sichere unmittelbare Umgebung gewährleistet und Maßnahmen zur Sicherung vor Eigen- und Fremdgefährdung umgesetzt.

Wichtige Elemente zur Gewährleistung der Patientensicherheit bilden strukturierte Behandlungsprozesse und präventive Maßnahmen, z.B. Sturzprophylaxe. Für die Behandlung von Kindern sind zwei Zimmer kindgerecht adaptiert. Patientenidentifikationsarmbänder bieten Schutz vor Verwechslungen. Der Zutritt zu sensiblen Bereichen ist gesichert. Das Risk-Managementsystem und Sicherheits-Audits zeigen Verbesserungspotentiale auf. Bei notwendigen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen werden die gesetzlichen Vorschriften beachtet, die MA sind entsprechend geschult.

3.2 Hygiene

Im Krankenhaus wird ein systematisches, krankenhausesweit umgesetztes Verfahren zur effektiven Prävention und Kontrolle von Infektionen eingesetzt.

3.2.1 Organisation der Hygiene

Für die Belange der Hygiene ist sowohl die personelle Verantwortung als auch das Verfahren der Umsetzung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen krankenhausesweit geregelt.

Das Hygieneteam ist multiprofessionell zusammengesetzt, der Hygienebeauftragte Facharzt ist Mitglied des KH-Vorstands, das gewährleistet eine angemessene Beachtung hygienerelevanter Themen. Die Arbeit ist durch eine Geschäftsordnung geregelt.

Die Umsetzung wird in erster Linie über die Linienverantwortung (Kommunikation über die entsprechenden Besprechungen) geregelt. Auf den Stationen sind Hygienekontaktpersonen eingesetzt, die als erste Ansprechpartner für das Stationspersonal zur Verfügung stehen. Die Standards und Regeln sind auch im Intranet publiziert.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

Für die Analyse hygienerelevanter Bereiche wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen werden krankenhausesweit hygienerelevante Daten erfasst.

Keimresistenz- und Infektionsstatistiken werden erstellt. Zusammenhänge zwischen Infektionen und deren Ursachen lassen sich nach Analysen der Daten der Infektionserfassungssoftware Hybase und der OP-Dokumentation herstellen. Die mikrobiologischen Befunde externer Labors werden automatisch in Hybase übertragen. Auffällige Ergebnisse werden besprochen und ggf. Maßnahmen ergriffen.

Das KH nimmt am Antibiotika-Strategie-Projekt des Gesundheitsministeriums teil. Regelmäßig konferieren die AB-Beauftragten mit externen Spezialisten zur aktuellen Resistenzlage.

3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Die Mitglieder des Hygieneteams planen hygienesichernde Maßnahmen eigenverantwortlich aufgrund ihres Fachwissens und anlassbezogen. Zahlreiche hygienesichernde Maßnahmen werden im Intranet in diversen Richtlinien und Plänen für alle Mitarbeiter nachvollziehbar beschrieben. Das Hygieneteam berät die KH-Führung und alle MA, führt Schulungen durch, gibt Stellungnahmen zu Umbauten und Neuanschaffungen ab, begleitet die Infektionserfassung, überwacht das Auftreten von speziellen Erregern und organisiert Untersuchungen von Geräten und Wasser, etc.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Richtlinien und Empfehlungen der Krankenhaushygiene werden vom Hygieneteam entweder direkt oder über die Führungskräfte in die jeweils relevanten Bereiche weitergeleitet. Um die Inhalte von Richtlinien und Empfehlungen weiter bekannt zu machen, finden regelmäßig Hygieneschulungen statt. Die Verpflichtung zur Einhaltung der Hygienerichtlinien ist in den Stellenbeschreibungen festgelegt. Im Rahmen der dokumentierten Hygieneaudits werden die Einhaltung der Hygienerichtlinien thematisiert und unmittelbar Verbesserungsmaßnahmen vereinbart.

3.3 Bereitstellung von Materialien

Vom Krankenhaus werden die für die Patientenversorgung benötigten Materialien auch unter Beachtung ökologischer Aspekte bereitgestellt.

3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten.

Die Anforderung von Blut und Blutprodukten erfolgt durch den behandelnden Arzt. Im Blutdepot ist immer eine Mindestmenge lagernd (Bestellung durch das Labor beim Roten Kreuz Wien). Verantwortlich ist die Leitung des Blutdepots, die Regelungen sind im Handbuch definiert. Die Bevorratung und die Bestellung der Arzneimittel und Medizinprodukte obliegen dem Med.-Depot. Lagernde Arzneimittel werden nach elektronischer Bestellung durch die jeweiligen Abteilungen an diese ausgegeben. Nicht lagernde Produkte werden nach Überprüfung und Bewertung nachbestellt.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Die Arzneimittelverordnung wird durch den FA in der Patientendokumentation festgehalten. Grundsätzlich kann jedes zugelassene Arzneimittel verordnet werden, ggf. wird ein Medikament anhand einer Substitutionsliste ersetzt. Sowohl Bestellung als auch Wareneingang werden elektronisch erfasst und dokumentiert.

Bei Fragen betreffend Inkompatibilität, Neben- und Wechselwirkungen, etc. können Informationen bei der Klinischen Pharmazeutin der VG eingeholt werden. Das Verfahren bei unerwünschter Wirkung von Arzneimitteln und die Suchtgiftgebarung sind geregelt.

3.3.3 Anwendung von Blut- und Blutprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Blut und Blutprodukten.

Das Labor ist nach ISO 9001 zertifiziert.

Das Blutdepot des Labors bekommt von einem externen Prüflabor mehrmals jährlich Probenmaterial für die Teilnahme an den ÖQUASTA-Laborringversuchen übermittelt. Zusätzlich zu den externen Ringversuchen wird eine wöchentliche Kontrollmessung durchgeführt. Der Kühlschank zur Lagerung der Blutkonserven hat eine kontinuierliche Temperaturüberwachung und ist an die zentrale Leittechnik angeschlossen. Die Verantwortung für die Einhaltung der Richtlinien liegt beim Blutdepotbeauftragten

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Im QM-Handbuch der Instrumentenaufbereitung sind die Lagerbedingungen, Lagerdauer und Ablaufkontrollen von Sterilgut beschrieben. Die Handhabung und der Transport von Sterilisier- und Sterilgut sind in Arbeitsanweisungen geregelt. Ebenso sind allgemeine hygienische Maßnahmen im OP und der Instrumentenaufbereitung beschrieben. Auf den Abteilungen finden mehrmals jährlich Lager- und Sterilgutkontrollen statt. Die Vorgehensweise mit Medizinprodukten geringer Risikoklassifizierung wird in Leitungssitzungen besprochen und über die Vorgesetzten kommuniziert.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Das KH verfügt über ein umfangreiches Abfallwirtschaftskonzept. Die Sicherheitsdatenblätter für gefährliche Stoffe liegen in den Arbeitsbereichen (Sicherheitsordner) sowie im Intranet auf. Bei Neuanschaffung von elektrischen Geräten wird die Energieeffizienzklasse beachtet. Nutzung der Abwärme von Kälteanlagen für die Vorwärmung von Warmwasser. Der Einsatz von "intelligenten" Regelkreisen, Wärmerückgewinnung bei der Raumluftechnik und Optimierung der Temperaturgrenzen ermöglichen Energieeinsparungen ebenso wie Energiesparlampen oder Flachbildschirme.

4 Informationswesen

4.1 Umgang mit Patientendaten

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die Erfassung, Dokumentation und Verfügbarkeit von Patientendaten sicherstellt.

4.1.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Eine hausinterne Regelung zur Führung und Dokumentation von Patientendaten liegt vor und findet Berücksichtigung.

Die Dokumentation von Patientendaten wird einerseits durch das Krankenhausinformationssystem (KIS) vorgegeben, andererseits sind verbindliche Regelungen in den Abteilungsordnungen, den Richtlinien Fieberkurve und Ärztliche Dokumentation und dem Standard Pflegedokumentation definiert. Das IT-Ausfallkonzept und die Datensicherheitsrichtlinie regeln die Verfügbarkeit von Patientendaten bei technischen Problemen. Das Archiv enthält die Akte der Aufenthalte seit der Gründung des Krankenhauses, die Akten sind im Bedarfsfall kurzfristig verfügbar.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

Vom Krankenhaus wird eine vollständige, verständliche, korrekte, nachvollziehbare und zeitnahe Dokumentation von Patientendaten gewährleistet.

Die weitgehend elektronische Dokumentation - sie erfolgt individuell nachvollziehbar mit Benutzernamen und Passwort je Benutzer - trägt viel zu einer verständlichen, nachvollziehbaren Dokumentation bei. Handschriftliche Dokumentationen (Fieberkurve) werden grundsätzlich mit Handzeichen versehen (Handzeichenliste liegt auf allen Stationen auf). Das mobile digitale Diktat ermöglicht eine zeitnahe Verfügbarkeit der Befunde. Die eingesetzte Software ermöglicht Plausibilitätsprüfungen, abgeschlossene Krankengeschichten werden auf Vollständigkeit geprüft.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren, um den zeitlich uneingeschränkten Zugriff auf die Patientendokumentation zu gewährleisten.

Ein elektronisches Klinikinformationssystem besteht seit 1998. Die weitgehende Digitalisierung der Dokumentation ermöglicht eine hohe Verfügbarkeit von Patientendaten sowohl aktueller als auch vergangener Aufenthalte. Das IT-Netzwerk inkl. W-LAN ermöglicht Zugriff auf die Patientendaten z.B. auch während der Visite mittels Laptops. Das Archiv enthält die Akte der Aufenthalte seit der Gründung des Krankenhauses (1930), die Akten sind im Bedarfsfall kurzfristig verfügbar. Externe Befunde werden digitalisiert und der elektronischen Krankengeschichte hinzugefügt.

4.2 Informationsweiterleitung

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die adäquate Weiterleitung von Informationen gewährleistet.

4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Informationsweitergabe innerhalb und zwischen verschiedenen Krankenhausbereichen.

Wichtigstes Instrument der Informationsweitergabe sind das KIS sowie die persönliche Kommunikation. Ergebnisse wichtiger Besprechungen werden protokolliert, der Status der To-Do-Liste wird in der Folgesitzung evaluiert. Das Dokumentenlenkungssystem gewährleistet die nachvollziehbare Weitergabe verbindlicher Informationen. Digitale Werkzeuge wie E-Mail und Intranet werden stark genutzt. Monatliche Newsletter, MA-Zeitungen, Aushänge und Plakate informieren zu relevanten Themen. Eine Besprechungsmatrix gibt eine Übersicht über die Besprechungsstrukturen.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

Zentrale Auskunftsstellen im Krankenhaus werden mit Hilfe einer geregelten Informationsweiterleitung kontinuierlich auf einem aktuellen Informationsstand gehalten.

Der Empfang (Informationsschalter) in der Eingangshalle des Krankenhauses ist die zentrale Auskunftsstelle für Patienten und Besucher und hat auch Zugriff auf die relevanten Daten des KIS. Das Intranet fungiert als Portal für zentrale Informationsdatenbanken (interne und externe

Telefonverzeichnisse, Dienstpläne usw.). Der Informationsfluss erfolgt über E-Mail und regelmäßige Kommunikation zwischen Empfang und Vorgesetztem bzw. Teambesprechungen.
Die Patientenaufnahme fungiert als zentrale Koordinationsstelle für Betten - und OP-Planung

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Die Öffentlichkeit wird durch unterschiedliche, zielgruppenspezifische Kommunikationsmaßnahmen angesprochen: Gemeinsame Patientenzeitschrift der Krankenhäuser der Vinzenz Gruppe "Vinzenz-Magazin", Hausbroschüre, Folder, Homepage, Artikel und Inserate in Zeitungen, Schaukästen, Info-Veranstaltungen, Beteiligung bei Publikumsmessen. Mit dem niedergelassenen Bereich (Zuweiser) besteht enger Kontakt über Bezirksärztesitzungen, die regelmäßig auch im Krankenhaus abgehalten werden.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

Daten und Informationen insbesondere von Patienten werden im Krankenhaus durch verschiedene Maßnahmen geschützt. Vgl. entsprechende landesrechtliche Regelungen (Regelungen zum Datenschutz finden sich in den Landeskrankenhausesetzen von Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Thüringen), in: Krankenhausrecht - Rechtsvorschriften des Bundes und der Länder, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, 5. Auflage 1998; Ärztliche Berufsordnung.

Der Umgang mit elektronischen Daten ist in Richtlinien und einem IT-Sicherheitskonzept verbindlich geregelt. Zugriffe werden über entsprechende Berechtigungen definiert. Vor unbefugten Zugriffen schützen modernste Technologien. Grundsätzlich werden Daten nur in zentralen Systemen gespeichert, wodurch bei Diebstahl einzelner Endgeräte Daten nicht in unbefugte Hände gelangen können.

Die Verschwiegenheitspflicht ist in den Dienstverträgen geregelt und wird immer wieder in Erinnerung gerufen. Der Datenschutzbeauftragte überprüft die Einhaltung der Vorgaben.

4.3 Nutzung einer Informationstechnologie

Im Rahmen der Patientenversorgung wird Informationstechnologie eingesetzt, um die Effektivität und Effizienz zu erhöhen.

4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

Die Voraussetzung für eine umfassende und effektive Nutzung der unterstützenden Informationstechnologie wurde geschaffen.

Ein leistungsfähiges Klinikinformationssystem, kombiniert mit Spezialsoftware z.B. für Labor, Radiologie und Verpflegungsmanagement und ein flächendeckendes Netzwerk inkl. W-LAN und mobilen Laptop-Arbeitsplätzen ermöglichen die Durchdringung der relevanten Krankenhausbereiche mit moderner Informationstechnologie. Sicherheitskonzept und redundante Infrastruktur ermöglichen eine hohe Verfügbarkeit. Das Berechtigungskonzept regelt den bedarfsgerechten Zugriff auf die Daten. Hotline und persönliche Vor-Ort-Berater unterstützen die Anwender.

5 Krankenhausführung

5.1 Entwicklung eines Leitbildes

Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes

Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

Die Unternehmenskultur wurde durch die Schwestern Salvatorianerinnen geprägt. Die „Sorge um das Heil des ganzen Menschen“, ein Satz aus der Ordensregel, ist auch den weltlichen Mitarbeitern sehr vertraut. An der Entwicklung des Leitbildes waren die Führungskräfte aktiv beteiligt. Die Wertebasis wurde in einem gemeinsamen Prozess der VG formuliert, den „7 Eckpfeilern des christl. KH“. Der gemeinsame Claim lautet: „Medizin mit Qualität und Seele“. Patienten- und MA-Befragungen und strukturierte MA-Gespräche evaluieren die Umsetzung und Alltagsrelevanz des Leitbildes.

5.2 Zielplanung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und steuert die Umsetzung der festgelegten Ziele.

5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und nutzt diese für die Steuerung seiner Handlungen.

Im Zuge der Integration des Krankenhauses in die Vinzenz Gruppe wurde ein Leitbild- und Strategieentwicklungsprozess begonnen, die Ergebnisse werden unter Berücksichtigung der Holding-Strategie und des Regionalen Strukturplans Gesundheit laufend weiterentwickelt. Im Management Review werden die strategischen Ziele mit klar definierten Aufgaben und Kennzahlen konkretisiert. Die Abteilungsstrategien basieren auf der Krankenhaus-Strategie. Zielvereinbarungen mit Führungskräften und Evaluierung der Zielerreichung sind wichtige Steuerungsinstrumente.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die aktuelle Organisationsstruktur des Krankenhauses ist festgelegt unter Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten.

Organigramme bilden die Organisationsstruktur in Hinblick auf Linienverantwortung und Stabstellen, die zusätzlichen Funktionen, Gremien und Verantwortungsbereiche (z.B. Ethikkommission, Brandschutzbeauftragte usw.) und die Einbindung des Krankenhauses in den Holdingverbund Vinzenz Gruppe ab. Die Zuständigkeiten und Kompetenzen sind in Stellenbeschreibungen, Tätigkeitsprofilen und Dienstverträgen der Mitarbeiter, bzw. in Geschäftsordnungen der Gremien geregelt.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

Die Krankenhausleitung entwickelt einen Finanz- und Investitionsplan und übernimmt die Verantwortung für dessen Umsetzung.

Der Budgetvoranschlag wird vom Controlling unter Einbeziehung der Abteilungsvorstände nach Vorgaben der Geschäftsführung vorbereitet, von dieser genehmigt und dem Land Wien als Aufsichtsbehörde vorgelegt. Die mittel- bis langfristige Unternehmensstrategie wird in einem mehrjährigen Businessplan dargestellt. Die Budget- und Investitionsverfolgung erfolgt durch laufende Analysen, Ansätze zum Gegensteuern bei Abweichungen werden mit den Abteilungsvorständen entwickelt, die Letztverantwortung für das Budget trägt die Geschäftsführung.

5.3 Sicherstellung einer effektiven und effizienten Krankenhausführung

Das Krankenhaus wird effektiv und effizient geführt mit dem Ziel der Sicherstellung der Patientenversorgung.

5.3.1 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise von Leitungsgremien und Kommissionen, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Die Arbeitsweise des Vorstands, der gesetzlich vorgesehenen Kommissionen und der wichtigsten Gremien ist durch Geschäftsordnungen geregelt. Das Organigramm und eine Besprechungsmatrix bilden die Leitungsgremien, deren Teilnehmer, die Sitzungsfrequenz, die Art der Agenda-Erstellung und Protokollierung ab. Die zuständigen Vorstandsmitglieder erhalten die Sitzungsprotokolle. In den standardisierten Protokollen wird mittels ToDo-Liste der Bearbeitungsstatus offener Punkte monitiert.

5.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Führen und Steuern des Krankenhauses erfolgt über strategiebasiertes „Management by Objectives“. In wöchentlichen Vorstandssitzungen auf KH-Ebene und monatlichen GF-Sitzungen auf Holding-Ebene werden die relevanten Themen bearbeitet. Die langfristige Strategie wird mit mehrjährigen Businessplänen hinterlegt, es gibt jährliche Zielvereinbarungen und die Evaluierung mit Hilfe regelmäßiger Controllingberichte, Mitarbeitergesprächen, der Ergebnisse von Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, Projektaufträgen, und dem Erledigungsstatus in Protokollen.

5.3.3 Information der Krankenhausführung

Die Krankenhausleitung wird regelmäßig über Entwicklungen und Vorgänge im Krankenhaus informiert und nutzt diese Informationen zur Einleitung verbessernder Maßnahmen.

Strukturierte Regelkommunikation (Teambesprechungen, Jour Fixe, Primärärztesitzung u.a.) und das Berichtswesen (Controlling, medizin. Leistungszahlen) sind die wichtigsten Informationsquellen im laufenden Betrieb, die in den Vorstandssitzungen besprochen werden. Patienten- und Mitarbeiterbefragungen werden regelmäßig von einem externen Institut durchgeführt, die Ergebnisse werden ausgewertet und Maßnahmen abgeleitet. Ein strukturiertes, anonymes Riskmanagement- und ein Feedbackmanagementsystem liefern wertvolle Hinweise zur Qualitätsverbesserung.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

Die Krankenhausführung fördert durch geeignete Maßnahmen das gegenseitige Vertrauen und den gegenseitigen Respekt gegenüber allen Mitarbeitern.

Das KH bekennt sich zu einem partizipativen Führungsstil und der Beachtung christlicher Grundwerte. Das Führungs- und Steuerungskonzept ist im „Orientierungsrahmen Management“ definiert und wird den Führungskräften im Rahmen des Fortbildungsprogramms „Führen mit Qualität und Seele“ vermittelt. Die strukturierten MA-Gespräche eröffnen Raum für vertrauensvolle Kommunikation zwischen Vorgesetzten und MA. Wertschätzender Umgang miteinander wird als wichtiger Bestandteil der Unternehmenskultur gesehen und auch durch informelle Begegnungsmöglichkeiten gefördert.

5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

Rechte und Ansprüche von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen werden krankenhausesweit respektiert und berücksichtigt.

5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

Die Struktur der Ethikberatung ermöglicht und fördert die Auseinandersetzung mit Themen von ethischer Relevanz. Ein klinisches Ethik-Konsil kann jederzeit einberufen werden und wird von geschulten Vertrauenspersonen moderiert. Hier können therapeutische und diagnostische Maßnahmen hinsichtlich ihrer ethischen Vertretbarkeit geprüft werden. Der Ethikkodex, das Leitbild, der Orientierungsrahmen Management und Richtlinien (z.B. zum Thema Reanimation, Patientenverfügung) definieren den Handlungsrahmen, Schulungen sensibilisieren MA für ethische Fragen.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

Im Krankenhaus werden Bedürfnisse sterbender Patienten und ihrer Angehörigen systematisch berücksichtigt.

Die behutsame Begleitung sterbender Patienten und die Beachtung ihrer körperlichen, seelischen, kulturellen und religiösen Bedürfnisse haben einen hohen Stellenwert. Sterbenden Patienten wird ein Einzelzimmer zur Verfügung gestellt. Angehörige können sterbende Patienten jederzeit besuchen, sie werden auf Wunsch seelsorglich oder psychologisch begleitet. Mehrere Mitarbeiter sind in der

Palliativbetreuung und Sterbebegleitung speziell geschult, dem Multidisziplinären Palliativkonsiliardienst ist Schmerzfreiheit in der letzten Lebensphase ein wichtiges Anliegen.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

Im Krankenhaus gibt es Regelungen zum adäquaten Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen.

Einer würdevollen und angemessenen Versorgung von Verstorbenen und der Beachtung kultureller und religiöser Bedürfnisse – inkl. der Besonderheiten nicht christlicher Konfessionen – wird großes Augenmerk geschenkt. Es gibt zwei Verabschiedungsräume, von denen einer interkonfessionell eingerichtet ist. Hier können sich die Hinterbliebenen in Ruhe verabschieden. Auf der Geburtshilfe hat ein liebevoll gestaltetes Abschiedsritual für verstorbene Babys hohen Stellenwert für Angehörige und Betreuungspersonal. Für Verstorbene wird regelmäßig ein Gottesdienst gefeiert.

5.A pCC 5A

5.A.1 Entwicklung und Pflege einer christlichen Unternehmenskultur

Management und Mitarbeiter leisten ihren jeweiligen Beitrag zur Entwicklung und Pflege einer christlichen Unternehmenskultur.

Das Management hat vom Träger den klaren Auftrag übernommen, die christlichen Werte im Krankenhaus lebendig zu halten. Das Wertemanagement ist als Vorstandsressort in die KH-Führung integriert. Der Pastoralrat als fixer Arbeitskreis mit MA der Berufsgruppen setzt Impulse zur Förderung eines guten Miteinanders, in dem Werte, ethisches Verantwortungsbewusstsein und Spiritualität einen Platz im KH-Alltag haben. Die Inanspruchnahme spiritueller Angebote wird gefördert (Kostenübernahme, Dienstfreistellung). Auf die Vorbildfunktion der Führungskräfte wird geachtet.

5.A.2 Suche und Einstellung von Mitarbeitern, die das christliche Profil der Einrichtung stärken

Die Krankenhausleitung sucht Mitarbeiter, die das christliche Profil des Krankenhauses stärken, und vermittelt in der Personalsuche die christliche Werteorientierung

In den Stelleninseraten wird die christliche Verwurzelung deutlich betont, im Besetzungsprozess von Führungskräften ist der Wertebezug einer der Schwerpunkte. Im Sinne von Toleranz und Vielfalt ist die persönliche Glaubensentscheidung keine Grundvoraussetzung, solange der Kandidat sich mit den christlich-ethischen Haltungen des Hauses identifizieren kann und über entsprechende Sozialkompetenzen verfügt (lösungsorientiertes Konfliktverhalten, Umgang mit Kritik, wertschätzende Kommunikation, Fähigkeit zur Selbstreflexion).

5.A.3 Soziale Verantwortung, Rücksichtnahme und ethische Sensibilität in der Personalführung

Die Krankenhausleitung sorgt für eine an ethischen und sozialen Kriterien ausgerichtete Personalführung, die sich durch soziale Verantwortung, besondere Rücksichtnahme und Sensibilität auszeichnet, gerade auch im Blick auf Entscheidungen und Situationen, die kontrovers oder als problematisch beurteilt werden.

"Wertorientiertes Führen" ist als einer der Eckpfeiler des christlichen Profils definiert. Der Integration neuer MA wird großes Augenmerk geschenkt (Einführungstage, Mentorensystem u.a.). Mitarbeitern in schwierigen Situationen (beruflich und privat) wird - unter Beachtung der Verantwortung für das Gesamtsystem - vielschichtige Unterstützung angeboten (z.B.: Coaching, Karenzierung, Arbeitsplatzwechsel, MA-Gespräche, Fortbildungen) Für MA mit alters- oder gesundheitsbedingten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit werden bedarfsgerechte Lösungen gesucht.

5.A.4 Umsetzung eines klinischen Risikomanagements

Die Krankenhausleitung schafft geeignete Strukturen, die die Umsetzung eines effektiven klinischen Risikomanagements ermöglichen, und gewährleistet deren Umsetzung.

In allen KH der Vinzenz Gruppe ist ein anonymes Riskmanagementsystem (Critical Incident Reporting System) zur Erfassung sicherheitsrelevanter Ereignisse und Beinahe-Fehler installiert. In regelmäßigen Audits (Sicherheit, Hygiene u.a.) wird die Einhaltung von Standards überprüft. In besonders risikorelevanten Bereichen (Geburtshilfe, OP) wurden Richtlinien umfassend erweitert und werden Trainings und Schulungen in dichteren Intervallen durchgeführt. M & M - Konferenzen (Morbidity & Mortality) tragen zu einer offenen und konstruktiven Fehlerkultur bei.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Umfassendes Qualitätsmanagement

Die Krankenhausführung stellt sicher, dass alle Krankenhausbereiche in die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements eingebunden sind.

6.1.1 Einbindung aller Krankenhausbereiche in das Qualitätsmanagement

Die Krankenhausführung ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements.

Die Vinzenz Gruppe definiert holdingweite Qualitätsziele, die in Zielvereinbarungen für die KH-Führung konkretisiert werden. Der QM-Beauftragte (Stabstelle der Geschäftsführung) stellt die Kommunikationsdrehscheibe zwischen der Geschäftsführung und den einzelnen qualitätsfördernden Gremien, die multiprofessionell besetzt sind, dar: Riskmanagement, Vorschlagswesen, Beschwerdewesen, Hygiene usw. Prozesse werden weitgehend im Rahmen des PDCA-Zyklus dargestellt. Die Ergebnisse der Befragungen und Audits werden systematisch zur Qualitätsentwicklung genutzt.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

Das Krankenhaus entwickelt, vermittelt und setzt Maßnahmen zur Erreichung von Qualitätszielen um.

Jährliche Q-Ziele werden mit den GF der Vinzenz Gruppe, der KH und dem Zentralbereich QM entwickelt und mit Kennzahlen hinterlegt. Danach erfolgt eine KH-spezifische Abstimmung durch Vorstand und QMB. Die Vermittlung der Q-Ziele erfolgt über Zielvereinbarungsgespräche mit den Führungskräften, Regelkommunikation und die Medien des Hauses (Mitarbeiterzeitung etc.). Medizinische Q-Ziele werden im Medical Advisory Board für die gesamte Gruppe definiert (Benchmarks). Auch die Ergebnisse der MA- und Patientenbefragungen werden für die Definition von Q-Zielen herangezogen.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Der QM-Beauftragte ist der GF als Stabstelle direkt zugeordnet. Struktur, Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung sind definiert. Der QMB steht der gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherungskommission und dem Qualitätsteam vor und vertritt das KH im holdingweiten QM-Netzwerk.

Das QM-Team setzt sich aus den Leitern qualitätsfördernder Gremien zusammen. Alle drei Berufsgruppen sind vertreten. Das QMT unterstützt den QMB bei der Koordination von Q-Projekten und Verbesserungsmaßnahmen sowie bei der Aggregation von Q-Kennzahlen und der Erstellung von Berichten.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

Im Krankenhaus werden regelmäßig und systematisch Methoden der internen Qualitätssicherung angewandt.

Die interne Qualitätssicherung liegt im Verantwortungsbereich der Abteilungsleiter. Bei der Planung und Durchführung werden sie vom QM-Team im Bedarfsfall unterstützt. Im Risiko- und Feedbackmanagementsystem werden (anonyme) Meldungen erfasst und statistisch ausgewertet, weitere QM-Instrumente sind Befragungen (Mitarbeiter, Patienten), Messungen (z.B. medizin. Qualitäts-Indikatoren) und Audits (z.B. Hygiene, Sicherheit), M & M – Konferenzen, Richtlinien, Standards u.a.

Die Prozesse sind weitgehend nach dem PDCA Zyklus (Plan-Do-Check-Act) abgebildet.

6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben, analysiert und zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.

6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

Über die gesetzlich vorgeschriebene externe Qualitätssicherung hinaus werden qualitätsrelevante Daten systematisch erhoben und analysiert.

Q-relevante Kennzahlen werden durch holdingweite Q-Ziele, das QM-Netzwerk, das Medical Advisory Board und die KH-Führung vorgeschlagen, die Daten werden u.a. durch folgende Instrumente und Methoden erhoben:

Manuelle Erfassung / elektronisch unterstützte Auswertung (z.B. Infektionen, Hygiene, Sturzraten, Revisionseingriffe, Beschwerden, Vorschlagswesen, Risk-Management)

Ergebnisse aus Audits und Begehungen (z.B. der sanitären Aufsicht, der Arbeitssicherheit)

Befragungen (Q-gesicherte Auswertung durch ext. Institut)

Teilnahme an nat. und internat. Registern

6.3.2 Nutzung von Befragungen

Regelmäßig durchgeführte Patienten- und Mitarbeiterbefragungen sowie Befragungen niedergelassener Ärzte werden als Instrument zur Erfassung von Patienten- und Mitarbeiterbedürfnissen und zur Verbesserung der Patientenversorgung genutzt.

Patienten- und MA-Befragungen finden in regelmäßigen Intervallen statt. Die Auswertung erfolgt durch ein externes Institut, die Anonymität ist gesichert. Die Fragebögen sind standardisiert (Benchmark innerhalb der Vinzenz Gruppe) Die gewonnenen Kennzahlen sind Basis für Zielvereinbarungen. Maßnahmen und Projekte werden bei Bedarf zeitnah abgeleitet. Zusätzlich gibt es anlassbezogen vertiefte Befragungen zu speziellen Themen (z.B. Verpflegung, Werte u.a.). Der niedergelassene Bereich wird im Rahmen von Aussendungen um Feedback zur Zufriedenheit mit dem KH gebeten.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse zählt zum Kern einer zuwendungsorientierten Betreuung. Beschwerden werden als Chance zur Q-Verbesserung gesehen. Während des KH-Aufenthaltes erfragen Pflege und Ärzte laufend die Wünsche und Anliegen der Patienten. Neben dem persönlichen Gespräch wird aktiv die Möglichkeit einer (auch anonym möglichen) Rückmeldung angeboten (web-basiertes Feedback-Formular, Fragebogen). Beschwerden werden im Rahmen eines strukturierten Prozesses analysiert und bearbeitet. Über die Patientenadvokatschaft wird auf den Stationen informiert

6.4 Externe Qualitätssicherung nach §137 SGB V

Die Daten der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V werden systematisch erhoben und die Auswertungen zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.

6.4.1 Beteiligung an der externen Qualitätssicherung

Das Krankenhaus beteiligt sich an den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung.

Die Strukturqualitätskriterien werden eingehalten, die gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen der Qualitätssicherung sind im internationalen Vergleich gering. Das KH beteiligt sich über das vorgeschriebene Ausmaß hinaus an Registern und Q-Studien im internationalen und nationalen Rahmen und auf Ebene der Vinzenz Gruppe: z.B. Geburtenregister, Krebsregister, Hygiene (ANISS), Labor (ÖQUASTA). In der Küche ist HACCP implementiert.

6.4.2 Umgang mit Ergebnissen der externen Qualitätssicherung

Das Krankenhaus analysiert systematisch die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung und legt ggf. notwendige Konsequenzen fest.

Im Zentrallabor werden die Ergebnisse der Ringversuche analysiert. Das Hygieneteam sichtet regelmäßig die vorliegenden Daten aus ANISS. Signifikante Abweichungen werden analysiert und an den Vorstand weitergeleitet, Maßnahmen werden vorgeschlagen. Die Datenbasis des BIQG (Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen) befindet sich derzeit noch in der Aufbauphase. Durch Vinzenz Gruppe-weites Benchmarking und Analyseprozesse ähnlich einem Peer Review können Verbesserungsmaßnahmen gefunden sowie Synergien genutzt werden.

7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus

7.A pCC 7A

7.A.1 Integration der Seelsorge ins Krankenhaus

Die Seelsorge ist in die Strukturen und Prozesse des Krankenhauses integriert.

Die Krankenhaus-Seelsorge ist einerseits dem Krankenhaus selbst und andererseits der Erzdiözese Wien unterstellt. Ziele, Aufgaben, Angebote und Organisation von KH-Seelsorge sind in einem eigenen Handbuch geregelt. Die Nutzung zahlreicher Informationskanäle und die Integration in die IT (Anforderungslisten) gewährleisten eine Durchdringung des seelsorglichen Angebotes bei den Patienten und den Mitarbeitern. Die Mitarbeit in der Wertegruppe und im Ethikkomitee sicher die Integration christlich-spiritueller Themen in der Unternehmenskultur und im Arbeitsalltag.

7.A.2 Strukturelle Rahmenbedingungen und Organisation der Seelsorge

Die Krankenhausleitung schafft Rahmenbedingungen für eine qualitativ hochwertige Seelsorge.

Das Team der KH-Seelsorge besteht aus ehrenamtl. und hauptamtl. Laienmitarbeitern und einem r.k. Priester, der im Krankenhaus wohnt. Dadurch ist beim Wunsch nach Sakramentenspendung eine zeitnahe Versorgung möglich. Zur Erfüllung liturgischer, inhaltlicher und organisatorischer Arbeiten steht der KH-Seelsorge eine eigene Infrastruktur zur Verfügung. Die Seelsorge ist in die IT integriert, dies unterstreicht den Stellenwert im klinischen Alltag. Von der Erzdiözese und der Vinzenz Gruppe formulierte Standards gewährleisten eine qualitativ hochwertige KH-Seelsorge.

7.A.3 Angebote der Seelsorge

In Abstimmung mit der Krankenhausleitung und den zu berücksichtigenden weiteren Beteiligten sorgen die mit Aufgaben der Seelsorge Betrauten für ein vielfältiges Spektrum von Gesprächs- und Beratungsangeboten, von Zuwendung und Begleitung, von Ritualen und Zeremonien sowie von gottesdienstlichen und anderen Veranstaltungen

Kern des Seelsorgeangebots ist die persönliche Begleitung. Gottesdienste werden täglich angeboten, darüber hinaus zu besonderen Anlässen (z.B. Gedenkgottesdienste für Verstorbene). Verschiedene Riten und Zeremonien wollen der Lebenssituation und der religiösen Einstellung der Patienten gerecht werden (z.B. Segnung von Neugeborenen und deren Eltern, Krankensalbung, Verabschiedungsfeier). Besondere seelsorgliche Angebote bestehen bei Trauer- und Sterbebegleitung. Auf Wunsch wird Kontakt mit der Heimatpfarre oder zu Vertretern anderer Religionen hergestellt.

7.A.4 Verbindung und Zusammenarbeit mit Kirchengemeinden

Krankenhausleitung, Mitarbeiter und die in der Seelsorge Tätigen suchen und gestalten die Verbindung und Zusammenarbeit mit Kirchengemeinden.

Die Krankenhaus-Seelsorge arbeitet mit der katholischen und evangelischen Pfarrgemeinde vor Ort und dem Dekanat zusammen. Zur Gottesdienstgemeinde der Krankenhauskapelle gehören neben den geistlichen Schwestern, Patienten und Mitarbeitern auch die Bewohner der Umgebung. Ehrenamtliche Krankenhaus-Seelsorger stammen teilweise aus der näheren Wohnumgebung. Auf Wunsch des Patienten wird Kontakt mit der Heimatpfarre oder zu Vertretern anderer Konfessionen und Religionen hergestellt.

8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft

8.A pCC 8A

8.A.1 Übernahme von Verantwortung für Ausbildung

Die Krankenhausleitung stellt in Wahrnehmung ihrer gesellschaftlichen Verantwortung Ausbildungs- und Praktikumsplätze zur Verfügung und sorgt für eine qualitativ hochwertige Ausbildung.

Das Krankenhaus bietet die Möglichkeit der TA- und FA-Ausbildung. Als Lehrkrankenhaus der Mediz.Universität ist es in die praxisnahe Ausbildung von Medizinstudenten eingebunden. In den Bereichen Pflege, Hebammen, Physiotherapie und Verwaltung werden Praktikumsplätze angeboten. Persönliche Begleitung und systematische Einführung in das Aufgabengebiet der Auszubildenden in der Einführungsphase haben hohe Bedeutung (Ausbildungsassistenten, Praxisanleiter, TÄ-Logbuch usw.). Die Vermittlung der Werte-Grundlage stellt ebenfalls ein wichtiges Ausbildungsziel dar.

8.A.2 Förderung ehrenamtlichen bzw. bürgerschaftlichen Engagements

Die Krankenhausleitung ermöglicht und fördert ehrenamtliches und bürgerschaftliches Engagement.

Das KH anerkennt und fördert das ehrenamtliche Engagement seiner MA in gemeinnützigen Organisationen (z. B. Rotes Kreuz), Dienstfreistellungen sind möglich. Die Kooperation mit Selbsthilfegruppen basiert tlw. auf ehrenamtlichem Engagement. Im Bereich der KH-Seelsorge und im Gesundheitszentrum sind speziell ausgebildete, ehrenamtliche MA im Einsatz, deren Weiterbildung und Spesen vom KH finanziert werden. Die Beratung und die Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen zum Thema Pränataldiagnostik wird durch das Krankenhaus mitentwickelt und mitfinanziert.

9 Trägerverantwortung

9.A pCC 9A

9.A.1 Vorgaben und Beiträge zur Ausrichtung und Strategie des Unternehmens

Der Träger nimmt durch entsprechende Vorgaben und Beiträge Einfluss auf Strategie und Ausrichtung des Unternehmens.

Die Grundstrategie der Vinzenz Gruppe wird von vier Säulen getragen: christliche Werte, medizinische und pflegerische Qualität, Führungs- und Steuerungskompetenz und effizienter Ressourceneinsatz. Sie beinhalten die wesentlichen Werte, an denen sich die Mitarbeiter orientieren und bilden einen Handlungsfaden im täglichen Umgang mit den Patienten. Die Häuser erarbeiten basierend darauf ihre Leistungsstrategie. Die Umsetzungsvereinbarung sowie Evaluierung erfolgen in den jährlichen Zielgesprächen und dem Management-Review.

9.A.2 Vorgaben für die Unternehmensführung

Der Träger nimmt durch entsprechende Vorgaben Einfluss auf die Führung des Unternehmens.

Die Vinzenz Gruppe sieht es als ihr zentrales Ziel, den Auftrag der Ordensgemeinschaften in ihren Krankenhäusern zu verankern. Darüber hinaus sind das finanzielle Gleichgewicht der Krankenhäuser sicherzustellen und höchste Ansprüche an Qualität und Managementkompetenz umzusetzen. Dementsprechend wurden etliche Vorgaben für die Unternehmensleitung eingeführt, die laufend eingesetzt und evaluiert werden, z. B. Standards in den Bereichen Rechnungswesen und Controlling, Personalmanagement, Qualitätsmanagement.

9.A.3 Personalverantwortung

Der Träger nimmt seine Verantwortung bei der Besetzung der Leitungspositionen wahr.

Die Vinzenz Gruppe nimmt ihre Verantwortung bei der Besetzung von Leitungspositionen in den Krankenhäusern sehr ernst und hat daher ein standardisiertes Vorgehen entwickelt, das ein hohes Qualitätsniveau sicherstellt. Auch ein prospektives Personalmanagement ist fixer Bestandteil der Strategie. Im Führungskräfte-Entwicklungsprogramm werden Potenziale erkannt und gefördert. Basis dafür ist der Orientierungsrahmen Management, der, ausgehend von der strategischen Grundhaltung der Vinzenz Gruppe, die von einer Führungskraft erwarteten Kompetenzen vorgibt.

9.A.4 Wahrnehmung der Aufsichtsverantwortung

Der Träger nimmt seine Aufsichtsverantwortung gegenüber der Geschäftsführung wahr.

Die Aufsichtsgremien der Vinzenz Gruppe und ihrer Krankenhäuser haben den besonderen Auftrag, die Umsetzung und Weiterführung der Werte der Ordensgemeinschaften zu unterstützen und zu überwachen und die Geschäftsführer zu beraten. Es besteht eine enge Verbindung zwischen den Ordensleitungen und den Geschäftsführern der Holding und der Krankenhäuser. Die Evaluierung der christlichen Prägung und der Umsetzung des Wertauftrags ist ein wesentlicher und fixer Bestandteil der jährlichen Zielgespräche auf Geschäftsführerebene.

