KTQ®

Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

proCum Cert

HERZ-JESU KRANKENHAUS

EIN UNTERNEHMEN DER VINZENZ GRUPPE WIEN

proCum Cert-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 6.0_2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Herz-Jesu Krankenhaus
Anschrift:	Baumgasse 20 a
	A-1030 Wien

Ist zertifiziert nach proCum Cert inklusive KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2013-A-WIEN-11-K-001948
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft, Frankfurt am Main

Gültig vom:	07.01.2014
bis:	06.01.2017

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der proCum Cert 3
Vorwort der KTQ® 4
Vorwort der Einrichtung 6

Die Kategorien 8
1 Patientenorientierung 9
2 Mitarbeiterorientierung 14
3 Sicherheit 17
4 Informations- und Kommunikationswesen 20
5 Führung 22
6 Qualitätsmanagement 26
7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus 28
8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft 29
9 Trägerverantwortung 30

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.

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 63 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, alternative Wohnformen und Rettungsdiensteinrichtungen.
Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene[1], die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

- Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Informations- und Kommunikationswesen,
- die Führung und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam 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 Bereiche der Einrichtung überprüft.

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

Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009. 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 aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass das **Herz-Jesu Krankenhaus in Wien** 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 http://www.ktq.de/ abrufbar.

Dr. G. Jonitz
Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann
Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH
Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus
Für den Deutschen Pflegerat

Dr. med. M. Vogt
Für den Hartmannbund

Medizin mit Herz

Das Herz-Jesu Krankenhaus im Herzen Wiens ist ein gemeinnütziges Krankenhaus mit Öffentlichkeitsrecht, das Patientinnen und Patienten aller Versicherungsklassen behandelt und betreut.

Das Krankenhaus verfügt momentan über 154 Betten und ist mit modernster Medizintechnik ausgestattet. Es beschäftigt rund 400 Mitarbeiter/innen aus Pflege, Medizin und weiteren wichtigen Berufsgruppen.

Das Spital wurde 1945 vom Orden der Dienerinnen des Heiligsten Herzens Jesu gegründet. Seit 2007 ist das Krankenhaus Teil des überregionalen konfessionellen Krankenhausverbundes der Vinzenz Gruppe Krankenhausbeteiligungs- und Management GmbH. Die Vinzenz Gruppe ist ein Verbund von sieben Krankenhäusern, Pflegehäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen und zählt zu den größten privat geführten gemeinnützigen Spitalsträgern Österreichs. 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 somit Kompetenzen und Ressourcen.

Bis heute sind geistliche Schwestern in verschiedenen Aufgaben im Krankenhaus tätig. Sie prägen, gemeinsam mit allen Mitarbeiter/innen, das christliche Profil des Krankenhauses. Entsprechend dem christlichen Auftrag fühlen sich alle im Krankenhaus Beschäftigten in ihrer Arbeit für die Patientinnen und Patienten stets dem Grundsatz: "Medizin mit Qualität und Seele" verpflichtet. Die christliche Grundhaltung der Nächstenliebe, Würde, Wertschätzung und Respekt, besonders gegenüber Kranken und älteren Mitmenschen ist ein wichtiger Wert und Grundlage für die tägliche Arbeit aller Mitarbeiter/innen. Die Patientinnen und Patienten stehen im Mittelpunkt jedes Handelns, dies erfahren sie in allen Begegnungen mit den Mitarbeiter/innen der verschiedenen Berufsgruppen. Zudem gehören ein wertschätzender partizipativer Führungsstil, das Schaffen eines Arbeitsklimas für Mitarbeiter/innen durch selbstverantwortliches und verantwortungsbewusstes Handeln und ein effizienter Ressourceneinsatz zu den Grundprinzipien der Krankenhaus-Leitung.

Das Krankenhaus bietet orthopädische Zentren für Hand- und Fußchirurgie sowie Künstlichen Gelenksersatz, chirurgische Zentren für Speiseröhren- und Magenchirurgie sowie Proktologie, internistische Zentren für Rheumatologie, Schlafmedizin, Akutgeriatrie und Remobilisation sowie ein anästhesiologisches Zentrum für Ultraschall-gezielte Nervenblockaden. Diabetologie und Osteologie aus dem Bereich der Inneren Medizin und Schilddrüsenchirurgie aus der Allgemeinchirurgie sind zusätzliche medizinische Schwerpunkte des Krankenhauses. Mit der Eröffnung der neuen Räumlichkeiten der Tagesklinik 2007 kam das Spital dem Wunsch vieler Patientinnen und Patienten einer möglichst kurzen Aufenthaltsdauer bestmöglich nach, sofern die medizinische Indikation dies erlaubt. Einen besonderen Stellenwert hat auch das vor zwei Jahren gegründete Projekt der Intensivierten Frührehabilitation, durch das Pati-

entinnen und Patienten nach einer Hüft- und Kniegelenksersatz-Operation effizienter und schneller mobilisiert und damit früher und zufriedener nach Hause gehen können.

Das Spital betreut jährlich rund 12.300 (2012) stationäre Patientinnen und Patienten, davon werden rund 6.000 in einem unserer vier Operationssäle operiert. In unseren Spezialambulanzen versorgen wir jährlich rund 19.000 (2012) Patientinnen und Patienten.

Das Herz Jesu Krankenhaus ist ein akademisches Lehrkrankenhaus.

Enge Kooperationen mit Spezialkliniken, den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Serviceeinrichtungen sichern hohe Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten. Aufgrund des Regionalen Strukturplanes Gesundheit (RSG) wird das Herz-Jesu Krankenhaus in den nächsten Jahren umgebaut und vergrößert und erfüllt damit auch seinen klaren Versorgungsauftrag der Stadt Wien.

Die Führungskräfte und ihre Mitarbeiter/innen haben sich dazu verpflichtet, betriebsinternen Abläufe kontinuierlich einem strukturierten Qualitätsmanagement zu unterziehen, genau zu analysieren, zu bewerten und vielfach zu optimieren. Dank der systematischen Qualitätsarbeit in den letzten Jahren konnten Abläufe, Prozesse und Zusammenhänge sicherer, transparenter und auch effizienter gestaltet werden. Das wichtigste Symbol der Qualitätsarbeit ist das Zertifikat nach pCC inklusive KTQ.

Die anspruchsvollen Kriterien eines Qualitätsmanagementsystems für Krankenhäuser sollen erneut im Zuge des internationalen Zertifizierungsverfahrens nach pCC inklusive KTQ 2013 überprüft werden. Der dafür zugrundeliegende Qualitätsbericht, ergänzt um weitere Verbesserungen in der Qualität von Abläufen und Prozessen aus den zahlreichen Ergebnissen der regelmäßigen Mitarbeiter- und Patientenbefragungen, liegt in den folgenden Seiten vor.

Der Krankenhaus-Vorstand

Dr. Marcel John Geschäftsführer	**Akad. gepr. PDL DGKS Brigitte Lagler, MSc** Pflegedirektorin & Vorstand Wertemanagement	**Prim. Dr. Manfred Greher, MBA** Ärztlicher Direktor

Die Kategorien

1 Patientenorientierung

KTQ:

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Herz-Jesu Krankenhaus befindet sich an einem zentralen Standort im Herzen Wiens und ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln (U3 und Buslinie 74A) gut erreichbar. Im Umfeld des Krankenhauses befinden sich ausreichend Parkplätze (Kurzparkzone). Die Zuweisung erfolgt über Ordinationen des niedergelassenen Allgemeinmediziners oder Facharztes. Die Aufnahmeplanung für unsere Patienten erfolgt nach ärztlicher Entscheidung über die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme in Abstimmung zwischen Zuweisern und den Abteilungen. Für geplante Krankenhausaufnahmen bewährt sich eine ambulante Vorbereitung des Aufenthaltes (z.B. präoperative Ambulanz).

1.1.2 Leitlinien

Die Versorgung unserer Patienten erfolgt unter Anwendung des besten wissenschaftlich verfügbaren Fachwissens in Kombination mit der großen Erfahrung unserer Fachärzte. Wir gestalten den Ablauf für alle Patienten so reibungslos wie möglich und berücksichtigen dabei alle medizinischen Notwendigkeiten ohne die Einzigartigkeit und die persönlichen Umstände unserer Patienten aus den Augen zu verlieren. Auch in der Krankenpflege verpflichten wir uns, höchste fachliche Qualifikation und standardisierte Abläufe mit individueller Wertschätzung für unsere Patienten zu kombinieren.
Unseren Mitarbeitern steht eine umfangreiche Dokumentenbibliothek zur Verfügung, welche stets die aktuellsten Informationen bereithält.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Umfassende Patientenaufklärung vor der Behandlung ist uns wichtig, damit wir die notwendigen Entscheidungen gemeinsam mit unseren Patienten treffen und umsetzen können. Unsere Patienten sind aufgefordert den Behandlungsprozess durch aktive Mitarbeit bestmöglich zu unterstützen (z.B. Vorbefunde und Medikation bereithalten). Wir stellen Informationen über unser Krankenhaus, Mitarbeiter, Ziele und Abläufe auf unserer Homepage, in Broschüren und Informationsfoldern zur Verfügung. Vor jeder geplanten Aufnahme werden unsere Patienten über die notwendigen nächsten Schritte rechtzeitig informiert.
Auf die Wahrung der Privatsphäre wird im gesamten Aufnahme- und Behandlungsprozess unserer Patienten besonders geachtet.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Die Patientenzimmer sind so ausgestattet, dass größtmögliches persönliches Wohlbefinden der Patienten und bestmögliche medizinisch-pflegerische Abläufe gesichert werden. Jedes Bett ist mit einem Patienteninfotainmentsystem (Telefon, TV, Internet, Informationsmaterial) ausgestattet.
Ein Wegeleitsystem informiert in Form von Übersichtstafeln, Ortsangaben und Piktogrammen über Standort und mögliche Wege. Der Patientenbegleitdienst begleitet Patienten auf die Stationen, zu Therapien und Untersuchungen. Transportsessel stehen zur Verfügung.
Aus frischen Lebensmitteln werden in unserer hauseigenen Küche schmackhafte Speisen vor Ort zubereitet. Auf die Grundlagen einer gesunden Ernährung und die spezifischen Richtlinien in den Diätkostformen wird geachtet. Kulturell-religiöse Kostvorschriften werden immer beachtet.

1.1.5 Kooperationen

Die komplexe, individuelle Behandlung unserer Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit zahlreichen internen und externen Kooperationspartnern. Niedergelassene Ärzte sind ebenso eingebunden wie soziale Stützpunkte, Angehörige, Rehabilitationseinrichtungen oder Bandagisten. Unser Entlassungsmanagement kooperiert eng mit dem Fonds Soziales Wien.

Als neues Angebot möchten wir die ambulante Rehabilitation im Orthopädischen Spital Speising hervorheben.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Im Herz-Jesu Krankenhaus ist die Versorgung von Notfallpatienten nach höchsten Behandlungsstandards sicher gestellt. Ein Herzalarmteam steht rund um die Uhr zur Verfügung. Das Fachwissen unserer Mitarbeiter wird durch regelmäßige Schulungen auf neuestem Stand gehalten und kontinuierlich überprüft.
Der Aufnahmezustand und die Krankengeschichte des Patienten werden unmittelbar nach Eintreffen im Krankenhaus von hochqualifizierten Mitarbeitern erhoben. Sofortmaßnahmen und die mittelfristige Therapie werden rasch und kompetent geplant und umgesetzt. Spirituelle, religiöse und psychologische Bedürfnisse werden dabei ebenfalls thematisiert und bilden einen integralen Bestandteil unserer Behandlung. Auf die Möglichkeit einer seelsorgerischen Betreuung wird bereits bei der pflegerischen Aufnahme hingewiesen.

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Die Ambulanzen des Herz-Jesu Krankenhauses spiegeln unsere Fachschwerpunkte wider und stehen Patienten mit Überweisung vom Allgemeinmediziner oder Facharzt zur Verfügung. Wir streben möglichst geringe Wartezeiten für unsere Patienten an und vergeben daher für alle Ambulanzen Termine. Ungeplante Ambulanzbesuche bleiben medizinischen Notfällen vorbehalten.
Das Ambulanzangebot und die Öffnungszeiten sind interdisziplinär abgestimmt und auf unserer Homepage abrufbar. Die Ambulanzen sind mit qualifiziertem Fachpersonal besetzt.

1.3.2 Tagesklinische Operationen

Ausgewählte operative Leistungen werden als so genannte tagesklinische Leistungen erbracht. Dabei ist der Patient nur für maximal 12 Stunden im Haus und kann noch am OP-Tag in häusliche Pflege entlassen werden.

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Nach der administrativen, pflegerischen und medizinischen Aufnahme mit Erhebung von Krankengeschichte und aktuellem Zustand des Patienten ist es Aufgabe des verantwortlichen Facharztes, nach Aufklärung und Abstimmung mit dem Patienten, die weitere Diagnostik und Behandlung festzulegen. Optimierte Abläufe mit definierter Verantwortung, Aufgabenverteilung und Zeitzielen werden auf den einzelnen Abteilungen umgesetzt.
Der Untersuchungs- und Behandlungsplan wird schrittweise an den Zustand des Patienten und die einlangenden Befunde angepasst. Die Prozessschritte werden im Krankenhausinformationssystem erfasst und dokumentiert. Vorhandene und mitgebrachte Vorbefunde und auch Röntgenbilder werden eingescannt und sind danach im Krankenhausinformationssystem abrufbar.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Unser therapeutisches Angebot ist in Abteilungsschwerpunkten festgelegt und auf die Bedürfnisse unserer Patienten abgestimmt. Wir nützen das aktuellste medizinische Fachwissen, um unseren Patienten die bestmögliche Behandlung anzubieten. Die Patienten werden über geplante Therapiemaßnahmen und Operationen im Rahmen der operativen Vorbereitung oder stationären Aufnahme ausführlich aufgeklärt. Die Art der Behandlung, deren Risiken, die Nachbehandlung und der mögliche Verlauf werden mit Patienten und auf Wunsch auch mit ihren Angehörigen besprochen. Die Umsetzung der beschlossenen Behandlungsschritte erfolgt unter aktiver Beteiligung der Patienten.
Wir besprechen postoperative Therapiestrategien bereits vor dem Eingriff und bieten unseren Patienten dadurch die Möglichkeit sich frühzeitig auf die Nachbehandlungsphase vorzubereiten. Eine effiziente Schmerztherapie besitzt im HJK einen sehr hohen Stellenwert.

1.4.3 Operative Verfahren

Wir haben große Erfahrung in der Planung und Organisation der komplexen Abläufe vor, während und nach Operationen. Verantwortungen sind klar geregelt und hochspezialisiertes Personal steht für die Patienten im Einsatz. Die Abläufe sind zwischen allen Berufsgruppen abgestimmt und werden einem kontinuierlichen Optimierungsprozess unterzogen.
Die operative und anästhesiologische Versorgung entspricht den Vorgaben internationaler Fachgesellschaften und wird nach dem besten verfügbaren Fachwissen durchgeführt. Nach größeren Operationen und für Risikopatienten steht eine Intensivstation zur Verfügung.

1.4.4 Visite

Die Hauptvisite wird für jeden Patienten täglich durch einen Facharzt der Abteilung in Kooperation mit der Pflege durchgeführt. Jeder Patient kann während der Visite alle ihm wichtig erscheinenden Themen ansprechen. Für notwendige ausführliche Gespräche werden gesonderte Termine vereinbart. Der Facharzt informiert den Patienten über den aktuellen Stand der Diagnostik und die nächsten Therapiemaßnahmen.
Die Patienten werden vorab über die Visitenzeiten informiert. Auf Wahrung der Intimsphäre während der Visite wird großer Wert gelegt.

1.4.5 Prästationär, Poststationär

Die prä- und poststationäre Versorgung erfolgt größtenteils im niedergelassenen Bereich und teilweise in den Ordinationen der im Haus angestellten Ärzte. Geplante Aufnahmen und Operationen werden in Präambulanzen (Orthopädie, Chirurgie, Anästhesie, Innere) vorbereitet. Dabei werden die Vorinformationen umfassend berücksichtigt. Darüber hinaus besteht eine sehr enge Kooperation mit Rehabilitationseinrichtungen zur poststationären Weiterbetreuung.

1.5.1 Entlassung

Der Ablauf der Entlassung der stationären Patienten erfolgt standardisiert als Routineentlassung. Im Rahmen der Pflegeanamnese wird frühzeitig die aktuelle Betreuungssituation erhoben. Bei erhöhtem Betreuungsbedarf wird das multiprofessionelle Entlassungsmanagement zugezogen. Der Entlassungstermin wird mit dem Patienten und dessen Angehörigen, evtl. mit weiter betreuenden Organisationen vereinbart.
Jeder Patient erhält bei der Entlassung einen Patientenbrief mit allen relevanten Informationen zur weiteren medizinischen Versorgung. Dieser wird durch einen Pflegeentlassungsbericht ergänzt.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Der Übergang in andere Versorgungsbereiche erfolgt strukturiert und systematisch unter Integration und Information des Patienten und seiner Angehörigen. Dies ist der Hauptauftrag unseres Entlassungsmanagement-Teams. Niedergelassene Ärzte und Zuweiser werden soweit dies vom Patienten gewünscht wird, in die Organisation der Weiterbetreuung mit einbezogen.
Hilfsmittel oder Heilbehelfe werden von der transferierenden Abteilung nach Wunsch des Patienten organisiert. Es gibt eine ständige Kooperation des Entlassungsmanagements mit gewerblichen Anbietern für z.B. Spezialbetten, Sauerstoff, Inkontinenzprodukte, Stomaversorgung und Heilbehelfen.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Im Herz-Jesu Krankenhaus werden Bedürfnisse sterbender Patienten und ihrer Angehörigen umfassend berücksichtigt. Respekt und Würde werden in diesem Zusammenhang besonders betont, von allen Mitarbeitern gelebt und von den Führungskräften eingefordert.
Für die Begleitung von Sterbenden stehen von Seiten des Herz-Jesu Krankenhauses neben den Behandlungsteams auf den Stationen die Krankenhausseelsorge und die klinische Psychologie sowie ein Palliativ-Team zur Verfügung. Schwestern des Herz-Jesu Ordens sind in die Betreuung nach Zustimmung des Patienten eingebunden.
Die kulturellen und religiösen Wünsche der Patienten und Angehörigen werden respektiert und berücksichtigt.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Die Würdigung von Sterben und Tod im Spitalsalltag ist ein wesentlicher Ausdruck unserer christlichen Wertehaltung und unserer sozialen Kompetenz. Ein Raum der Stille steht in Form unserer Kapelle bzw. dem Verabschiedungsraum zur Verfügung. Die Angehörigen erfahren Trost und Unterstützung durch die Begleitung der Seelsorge. Angehörigen wird genügend Zeit gegeben, um sich vom Verstorbenen zu verabschieden. Auch Bräuche und Vorschriften von nicht-christlichen Religionen werden soweit uns dies möglich ist, unterstützt.

proCum Cert:

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

Wir drücken unsere Wertschätzung für Patienten und ihre Bedürfnisse durch kontinuierliche Beobachtung und Gesprächsangebote aus. Die Seelsorge und der Besuch durch ehrenamtliche Mitarbeiter sind integraler Bestandteil unseres Behandlungsangebotes.
Auf allen Wegen zu den Stationen, diagnostischen Spezialeinrichtungen, in den OP, zur Intensivstation und während der Wartezeit in der Ambulanz, werden Patienten von qualifizierten Mitarbeitern betreut. Sprechzeiten sind definiert und veröffentlicht.
Das Ordenskrankenhaus und seine Mitarbeiter sind christlichen Werten verbunden, die durch die Präsenz christlicher Symbole und Medien Ausdruck finden, sich aber auch durch Respekt für nichtchristliche Kulturen äußern.

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

Ein vorrangiges Anliegen des Ordenskrankenhauses ist das Eingehen auf die religiösen und spirituellen Bedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen basierend auf den 7 Eckpfeilern des christlichen Profils. Pflege und Ärzteschaft fördern den Zugang zum seelsorgerischen Angebot des Hauses. Ein Seelsorgeteam steht für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter zur Verfügung. Die Seelsorge ist Bestandteil des Betreuungskonzeptes unseres Hauses.
Entsprechend dem Claim „Medizin mit Qualität und Seele“ sind sich die Mitarbeiter des Hauses bewusst, dass für jeden Patienten die Integration körperlicher, psychischer und seelischer Gesundheit anzustreben ist.

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

Verwurzelt in christlicher Wertorientierung sind die Mitarbeiter des Hauses offen für die Begegnung mit Menschen, unabhängig von ihrer ethnischen oder religiösen Zugehörigkeit. Wir begegnen der Weltanschauung unserer Patienten und Mitarbeiter mit Respekt.
Die Wertegruppe des Hauses und das klinische Ethikkomitee beschäftigen sich regelmäßig mit Themen zum interkulturellen und interreligiösen Dialog. Wir fördern das Verständnis für andere Kulturen durch regelmäßige Fortbildung und Aufklärung.

1.A.4 Behandlung und Betreuung von besonderen Personengruppen

Die Führung und die Mitarbeiter gewährleisten die adäquate und umfassende Versorgung von Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf. Abhängig vom individuellen Bedarf wird eine umfassende Planung der stationären und poststationären Behandlung und Betreuung vorgenommen. Ein multiprofessionelles Team bestehend aus Ärzten, Pflegepersonen, Therapeuten, Psychologen, Seelsorgern und Sozialarbeitern gewährleistet dies.
Für Kriseninterventionen stehen klinische Psychologen und Psychotherapeuten zur Verfügung.

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

Im Herz-Jesu Krankenhaus werden, außer in akuten Notfällen, keine Patienten unter 15 Jahren behandelt. Das Herzalarmteam ist für kinderspezifische Notfälle geschult und entsprechend ausgestattet.

1.A.6 Sicherstellung einer Weiterbetreuung von Palliativpatienten

Das Palliativteam kann im Rahmen eines palliativ-ethischen Konsils angefordert werden. Gespräche mit Angehörigen werden auf Wunsch des Patienten durchgeführt. Pflegende Angehörige werden gezielt unterstützt. Adressen und Telefonnummern liegen auf und werden weitergegeben. Das Entlassungsmanagement unterstützt durch Information über ambulante und stationäre Palliativangebote (z.B. CS-Hospiz Oberzellergasse) und stellt die notwendigen Kontakte her.

2 Mitarbeiterorientierung

KTQ:

2.1.1 Planung des Personalbedarfes

Unsere Mitarbeiter mit ihren Fähigkeiten werden von der Geschäftsführung und dem Vorstand als wesentlichste Ressource für das Unternehmen mit höchster Wertschätzung behandelt. Der Personalbedarf wird laufend evaluiert und den Erfordernissen unserer Patienten angepasst. Strategische Ziele, Patientenzahlen und -erfordernisse geben die Rahmenbedingungen für den Personaleinsatz vor. Die Berechnung erfolgt nach standardisierten und üblichen Verfahren. Führungskräfte und Personalentwicklungsbeauftragte sind in eine vorausschauende Personalplanung einbezogen. Mitarbeiterbefragung und Austrittsgespräche tragen dazu bei, Ursachen für Fluktuation zu hinterfragen.

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Die Personalentwicklungsbeauftragte erstellt ein Grundkonzept mit jährlichen Arbeitsschwerpunkten. Personalentwicklung ist Aufgabe jeder Führungskraft. Führungskräfte werden durch ein einheitliches Entwicklungsprogramm der Vinzenz Gruppe sowie Seminare und Coaching unterstützt. Die erforderliche Qualifikation der Mitarbeiter ist teilweise gesetzlich vorgegeben und wird durch Stellenbeschreibungen bzw. Abteilungsordnungen ergänzt. Sie richtet sich nach fachlichen Anforderungen und geplanter Leistungsentwicklung. Spezifische Leistungsanforderungen an einzelne Mitarbeiter werden in Mitarbeitergesprächen thematisiert und weiterführende Qualifikationsmaßnahmen geplant. Die Qualifikation wird anhand von Zeugnissen und praktischen Fähigkeiten im Spitalsalltag überprüft.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Für die systematische Einarbeitung neuer Mitarbeiter ist die Führungskraft verantwortlich. Jeder neue Mitarbeiter erhält bei Eintritt eine Einführungsmappe und nimmt an einem Mitarbeitereinführungstag teil. Als Leitfäden für die Einarbeitungsphase dienen Checklisten, Richtlinien bzw. Abteilungsordnungen. Die neuen Mitarbeiter werden von Mentoren, Praxisanleitern, verantwortlichen Fachärzten oder der Führungskraft selbst begleitet und durch Handbücher unterstützt. Vor dem Übergang in ein unbefristetes Dienstverhältnis findet ein Mitarbeitergespräch statt.

2.2.3 Ausbildung

Ausbildung und systematisches Wissensmanagement sind kritische Erfolgsfaktoren für unser Krankenhaus. Daher stellt das Haus Praktikumsplätze für Ausbildungsinstitutionen aller Berufsgruppen zur Verfügung. Die Theorie-Praxis-Vernetzung wird in regelmäßigen Treffen mit den Praxisanleitern besprochen. Im Haus werden Studierende der Medizin, Turnusärzte und Assistenzärzte ausgebildet. Planung und Koordination obliegen dem Ausbildungsassistenten. Der Lernerfolg wird durch Evaluierungsgespräche, Turnusärztelogbuch, Rasterzeugnisse evaluiert und dokumentiert.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Die Förderung und Steuerung der Fort- und Weiterbildung für alle Mitarbeiter ist wesentliche Führungsaufgabe. Das Team der Innerbetrieblichen Fortbildung organisiert ein Jahresprogramm, ergänzt um Veranstaltungen der Vinzenz Akademie. Durch leicht zugängliche Fortbildungsangebote soll das Wissen ständig aktuell gehalten und so die qualitativ hochwertige Betreuung aller Patienten unterstützt werden. Das Angebot wird aus Befragungen sowie Rückmeldungen aus den Mitarbeitergesprächen abgeleitet. Es gibt kontinuierliche abteilungsinterne sowie externe Fortbildungsmöglichkeiten. Innerbetriebliche Fortbildungen sind in der Regel kostenfrei und durchwegs während der Arbeitszeit. Bei externen Weiterbildungen erfolgt eine individuelle Fortbildungsförderungsvereinbarung. Ein Fortbildungsbudget wird jährlich im Rahmen der Budgetplanung festgelegt. Die Zufriedenheit mit dem Fortbil-

dungsangebot wird durch Feedbackgespräche, Rückmeldebögen und durch die Mitarbeiterbefragung erhoben.

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Im Orientierungsrahmen Management sind die wesentlichen Erwartungen an Führungskräfte aller Ebenen definiert. Partizipativer Führungsstil und wertschätzender Umgang sind zentrale Werte. Alle Führungskräfte besuchen das Entwicklungsprogramm der Vinzenz Gruppe und werden zusätzlich mit individuellen Maßnahmen unterstützt. Führungskräfte und qualifizierte Mitarbeiter werden in strategische Planungsprozesse und Projekte einbezogen. Mit allen Mitarbeitern werden strukturierte Zielvereinbarungs- und Mitarbeitergespräche geführt. Die Zufriedenheit mit der Führung wird in Mitarbeiterbefragungen erhoben.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

In unserem Krankenhaus kommen unterschiedliche Arbeitszeitregelungen zum Einsatz. Der Dienstplan wird vor Monatsbeginn unter Berücksichtigung der Mitarbeiter- und Abteilungsinteressen erstellt. Die Planung und Erfassung der Arbeitszeiten erfolgt elektronisch. Für die Einhaltung gesetzlicher und kollektivvertraglicher Bestimmungen ist die Führungskraft verantwortlich. Diese wird durch das Personalmanagement unterstützt. Ein Report über die geleisteten Überstunden wird erstellt.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

2008 wurde ein intranet-basiertes Meldeportal für Rückmeldungen jeder Art eingeführt, welches die Möglichkeit bietet, Lob, Beschwerden und Ideen/Verbesserungsvorschläge einzubringen. Jeder Verfasser erhält Rückmeldung zum Status der Meldung und sobald bekannt, eine Einschätzung der Realisierbarkeit. Das QM-Team legt die Eingaben der zuständigen Führungskraft bzw. dem Vorstand vor, wertet alle Meldungen regelmäßig aus und informiert die Mitarbeiter z.B. durch Newsletter oder Artikel. Der Vorstand wird in regelmäßigen Sitzungen über alle eingelangten Meldungen und die Reaktionen informiert.

proCum Cert:

2.A.1 Wahrnehmung der Fürsorgepflicht für die Mitarbeiter

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird durch individuelle Arbeitszeitmodelle und Rücksicht bei der Urlaubsplanung gefördert. Maßnahmen zu Prävention und Gesundheitsförderungen werden innerhalb der Betrieblichen Gesundheitsförderung gesetzt. Im Fall von Arbeitsüberlastung werden Arbeitsabläufe/-zeiten evaluiert und ggf. angepasst. Coaching, Seminare zu Stress- und Konfliktbewältigung usw. werden angeboten. Insgesamt wird versucht, bei allen Mitarbeitern ein Verständnis für die Gesamtprozesse und Zusammenhänge zu erzeugen und damit die Gründe für die Belastung verständlich zu machen. Um Mitarbeiter vor Bedrohung und Gewalt zu schützen, gibt es Angebote zur Bewältigung verbaler Angriffe bzw. Selbstverteidigung. Eine Informationsbroschüre zu den Themen Mobbing, Burnout und Sucht wurde erstellt und an alle Mitarbeiter verteilt.

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

Die Anerkennung und Wertschätzung der Mitarbeiter ist den Verantwortlichen des Hauses sehr wichtig. Führungskräfte werden in Führung und Kommunikation gezielt weitergebildet. Mitarbeitergespräche bilden einen Fixpunkt der Wertschätzung und Anerkennung durch den Vorgesetzten. Alle Führungskräfte haben den Auftrag kontinuierlich Feedback weiterzugeben und Leistungen zu würdigen sowie Verbesserungspotentiale objektiv und wertschätzend zu kommunizieren. Feste im Jahresverlauf, sowie persönliche Festtage und Jubiläen werden gefeiert. Zu karenzierten Mitarbeitern wird Kontakt gehalten um die Wiedereingliederung zu fördern. Langjährige Mitarbeiter werden anlässlich ihrer Pensionierung im Rahmen einer festlichen Verabschiedung gewürdigt. Verstorbener Mitarbeiter wird im Rahmen von Gedenkmessen gedacht.

2.A.3 Hilfe zur Bewältigung persönlicher Krisen

Erste Ansprechperson in persönlichen Krisensituationen ist der direkte Vorgesetzte. Mitarbeiter können sich auch an den Betriebsrat / Mitarbeitervertretung, an die klinische Psychologie, die Seelsorge oder die Personalentwicklung wenden. Sie werden in ihren Sorgen und Nöten ernst genommen. Zum Angebot in Krisensituationen gehört u.a.: Vermittlung psychotherapeutischer Unterstützung, Supervision, Gehaltsvorschuss, Karenzierung, Anpassung von Arbeitszeiten, Vermittlung externer Fachleute, individuelle Unterstützung bei Schwierigkeiten wie drohender Obdachlosigkeit, Gewalt und Glaubenskrisen. Ein Kriseninterventionsteam steht jederzeit zur Verfügung.

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

Durch Veranstaltungen von Seelsorge, Wertegruppe und Ethikkomitee wird die christliche Wertebasis unter größtmöglicher Behutsamkeit vermittelt bzw. das Interesse geweckt und die soziale und ethische Kompetenz gefördert. Die Teilnahme an kirchlichen Feiern wird angeboten. Bei der Gestaltung wird darauf Wert gelegt, dass die christliche Spiritualität erfahrbar wird sowie Mitarbeiter mit anderer oder ohne religiöser Orientierung ebenfalls mitfeiern können. Schulungen, Workshops und Ethikberatung fördern die persönliche ethische Kompetenz, Respekt und Toleranz.

3 Sicherheit

KTQ:

3.1.1 Arbeitsschutz

Das Herz-Jesu Krankenhaus nimmt seine Pflichten zum Arbeitsschutz nach den aktuell, gültigen Rechtsbestimmungen wahr. Zur Umsetzung dieser Aufgaben sind qualifizierte Personen befähigt, die in den Bereichen Arbeitssicherheit, Arbeitsmedizin, Hygiene, Laser- und Strahlenschutz, Brandschutz und Umweltmanagement eingesetzt werden.
Regelmäßige Arbeitsplatzevaluierungen, Unterweisungen und persönliche Beratung bilden die Basis des Arbeitsschutzes. In allen Bereichen liegt ein Arbeitssicherheitsordner mit notwendigen Informationen auf.
Der Umgang mit Arbeitsunfällen ist geregelt. Arbeitsunfälle werden erfasst, ausgewertet und Maßnahmen abgeleitet.

3.1.2 Brandschutz

Die Verantwortlichkeiten, das Verhalten im Brandfall, der Evakuierungsalarm und die Maßnahmen nach einem Brand sind in der Brandschutzordnung geregelt. Die Brandschutzordnung sowie die Flucht- und Rettungswegspläne liegen in jeder Station sowie in jedem Brandabschnitt auf. Ein Brandschutzbeauftragter ist benannt. Dieser ist für die Aktualisierung der Pläne und die Überprüfung aller brandschutzrelevanten Einrichtungen verantwortlich. Anfahrtswege und Feuerwehrflächen sind abgestimmt.
Jeder Mitarbeiter ist verpflichtet einmal jährlich an einer Brandschutzschulung und einer Löschübung teilzunehmen.

3.1.3 Umweltschutz

Themen des Umweltschutzes sind Bestandteil der holdingweiten Qualitätsziele. Im Umweltkonzept sind die Umweltpolitik, die Umweltziele und das davon abgeleitete Programm enthalten. Es werden Ziele für Materialverbrauch, Umweltverträglichkeit der verwendeten Produkte, Abfall, Wasser, Energie, Transport und Verkehr sowie für die Mitarbeitermotivation definiert.
Der Umgang mit Abfällen ist im Abfallwirtschaftskonzept geregelt. Eine Energie- und Abfallbilanz wird aufgestellt.

3.1.4 Katastrophenschutz

Die Verantwortlichkeiten und Abläufe sind im OGK-Plan (Organisation von Großereignissen und Katastrophen) klar geregelt. Dieser ist für alle Mitarbeiter zugänglich und Bestandteil des Arbeitssicherheitsordners auf den Stationen. Weiters sind in der Matrix Risikoanalyse nichtmedizinischer Notfälle, Großereignisse und Katastrophen, die möglichen Gefahren, deren Folgen und Auswirkungen sowie die Maßnahmen und die dazu vorhandenen Dokumente aufgelistet.
Katastrophenschutz- und Evakuierungsübungen haben stattgefunden.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Ausfallsszenarien für nichtmedizinische Notfallsituationen (z.B. IT-, Strom-, Wasser-, Telefonausfall etc.) sind in Konzepten geregelt. Diese sind als Bestandteil der Arbeitssicherheitsordner auf den Stationen sowie zentral in der Dokumentenbibliothek verfügbar. Zur frühzeitigen Erkennung von Abweichungen bzw. Störungen der technischen Einrichtungen werden Kontrollgänge und periodische Tests (z.B. Notstromaggregat) durchgeführt. Protokolle liegen auf.
Für sensible Einrichtungen, wie z.B. Notstromaggregat, Brandmeldeanlage und Lüftungsanlagen sind Vollwartungsverträge mit den Servicefirmen abgeschlossen.

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Die Patientensicherheit nimmt im Herz-Jesu Krankenhaus einen hohen Stellenwert ein. Die Mitarbeiter sind für den sicheren Umgang geschult und Richtlinien sowie Anweisungen regeln den Ablauf. Sicherheitsrisiken werden frühzeitig erhoben und in der Planung berücksichtigt. Vor dem Medikamenteneinsatz, bei Bedarf unter Beiziehung eines Facharztes für Psychiatrie bzw. des Amtsarztes werden gelindere Maßnahmen, z. B. beruhigende Gespräche, ausgeschöpft.
Die notwendigen Maßnahmen sowie die Verwendung von Heil- und Hilfsmitteln werden an die persönlichen Bedürfnisse des Patienten angepasst (Rollator, Antidekubitusmatratzen, Gangschulung etc.).

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Der Ablauf bei medizinischen Notfällen ist klar geregelt und allen Mitarbeitern bekannt. Ein multidisziplinäres, hochqualifiziertes und regelmäßig geschultes Notfallteam steht rund um die Uhr zur Verfügung. Eine sofortige Erstversorgung ist sichergestellt. Notfallausrüstungen stehen an definierten Orten zur Verfügung und werden regelmäßig kontrolliert. Jeder Mitarbeiter ist in „Basic Life Support“ geschult. Die Notfalleinsätze werden systematisch ausgewertet, besprochen und entsprechende Maßnahmen abgeleitet. Probealarme finden regelmäßig statt.

3.2.3 Hygienemanagement

Für die Belange der Hygiene steht dem Krankenhaus ein interprofessionelles Hygieneteam, das als Stabsstelle der ärztlichen Direktion organisiert ist, zur Verfügung. Auf den Stationen sind Hygienekontaktpersonen nominiert. Im Rahmen von regelmäßigen Begehungen und Audits der einzelnen Bereiche und Befragungen der Mitarbeiter werden die Einhaltung der Anweisungen überprüft, Verbesserungspotentiale aufgezeigt und Lösungsansätze erarbeitet. Relevante Hygienepläne und Dokumente liegen in den einzelnen Bereichen auf und sind elektronisch in der Dokumentenbibliothek verfügbar. Im Rahmen der Speisenversorgung werden Vorgaben des HACCP-Konzeptes eingehalten. Hygieneschulungen für Mitarbeiter finden regelmäßig statt.

3.2.4 Hygienerelevante Daten

Für die Erhebung hygienerelevanter Daten ist das Hygieneteam verantwortlich. Eine jährliche Keim- und Resistenzstatistik wird mittels des Infektionserfassungsprogramms Hybase erstellt und an das ANISS-Register gemeldet. Ebenfalls werden die Anwendung- und Komplikationsraten von peripheren Venenverweilkathetern jährlich erhoben. Eine Händedesinfektionsmittelverbrauchsrechnung wird erstellt. Die Erhebung der Punktprävalenz nosokomialer Infektion erfolgt auf der Internen Abteilung und wird VG-weit verglichen.
Aus den Datenerhebungen lassen sich frühzeitig Trends erkennen und entsprechende Verbesserungsmaßnahmen ableiten. Durch eine enge Zusammenarbeit mit den Abteilungen ist eine rasche Reaktion bei Auffälligkeiten sichergestellt.

3.2.5 Infektionsmanagement

Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen kommen wir der Meldepflicht von relevanten Infektionserkrankungen nach. Intern ist dies in einer Richtlinie geregelt. Für die Patienten, Besucher und Mitarbeiter soll das Risiko einer nosokomialen Infektion bzw. beruflich bedingten Infektion minimiert werden. Sicherheits- und Hygienemaßnahmen für den Umgang mit infektiösen Patienten sind in Richtlinien und Checklisten festgelegt, den Mitarbeitern bekannt sowie im Hygieneordner und der Dokumentenbibliothek verfügbar. Ein Teil einer Inneren Station kann im Ernstfall als Isolierstation fungieren. Im Rahmen der regelmäßigen Hygieneschulungen wird auf allgemeine und spezielle Hygienemaßnahmen sowie den Umgang mit Schutzausrüstungen umfassend eingegangen.

3.2.6 Arzneimittel

Zur Gewährleistung größtmöglicher Patientensicherheit erfolgt eine Anwendung von Arzneimitteln prinzipiell nur nach dokumentierter ärztlicher Verordnung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben und dem Stand der Wissenschaft. Die Richtlinie Medikamentensicherheit regelt die Zuständigkeiten sowie den Ablauf.
Die Bevorratung und die Bestellung von Arzneimitteln obliegen dem Medikamentendepot. Die Medikamentenversorgung ist auch außerhalb der Kernarbeitszeit, über die Anstaltsapotheke des AKH Wien, sichergestellt. Sowohl die Bestellung als auch der Wareneingang werden elektronisch erfasst und dokumentiert.
Umfassende Arzneimittelinformationen sind im Intranet abrufbar bzw. können Fragen betreffend Inkompatibilitäten, Neben- und Wechselwirkungen direkt mit der klinischen Pharmazeutin der VG abgeklärt werden.
VG-weit ist eine Arzneimittelkommission, entsprechend der Geschäftsordnung, einberufen.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Die Verwendung von Blut und Blutprodukten wird nach den gesetzlichen Grundlagen, in Letztverantwortung durch den ärztlichen Direktor, durchgeführt. Ein blutdepotbeauftragter Arzt ist nominiert. Die Regelungen im Umgang mit Blut und Blutprodukten, die Prozesse und Abläufe sowie die Verantwortlichkeiten sind in einem Handbuch festgelegt. Der Blutdepotbeauftragte ist verantwortlich für den sicheren Umgang und die Einhaltung der Vorgaben. Jeder eintretende ärztliche Mitarbeiter erhält eine verpflichtende Blutdepotschulung.
Das medizinische Labor ist nach ISO 9001:2008 zertifiziert. Weiterhin erhält das Labors mehrmals jährlich Probenmaterial von einem externen Prüflabor für die Teilnahme an den ÖQUASTA-Laborringversuchen.

3.2.8 Medizinprodukte

Die Betreiberverordnung laut Medizinprodukte-Gesetz wird im Auftrag der Geschäftsführung des HJK von dem externen Dienstleister, Fa. Santesis, umgesetzt. Die Fa. Santesis ist nach ISO 9000:2008 zertifiziert. Die Aufbereitung von MP (Instrumente OP etc.) erfolgt in der zentralen Aufbereitungseinheit im Orthopädischen Spital Speising, welche nach EN ISO 13485:2003 zertifiziert ist.
Vor Anwendung von medizintechnischen Geräten werden Einweisungen bzw. Schulungen durchgeführt. Die Schulungsprotokolle werden in einer Datenbank verwaltet. Gebrauchsanweisungen für medizintechnische Geräte liegen in Papierform beim jeweiligen Gerät auf und sind zusätzlich elektronisch verfügbar.
Die Beschaffung neuer Geräte ist in Richtlinien festgelegt. Für die Kontrolle der Funktionalität der Geräte ist die Fa. Santesis verantwortlich. Die Instandhaltung und Reparatur der Geräte erfolgt durch Hersteller, Lieferanten oder vom Hersteller benannte Servicefirmen bzw. durch spezifisch ausgebildete Medizintechniker der Fa. Santesis.

4 Informations- und Kommunikationswesen

KTQ:

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie
Moderne Informationstechnologie steht durch ein mit Spezialsoftware (z.B. für Labor und Röntgen) kombiniertes Krankenhausinformationssystem, sowie LAN und WLAN Versorgung zur Verfügung. Redundante Systeme stellen gemeinsam mit Sicherheits- und Berechtigungskonzepten eine bedarfsgerechte, hohe Verfügbarkeit der Daten sicher. Die Unterstützung der Anwender inner- und außerhalb der Kernzeiten ist durch den Zentralbereich IT sichergestellt.

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten
Die gesetzlichen Aufträge werden vollständig berücksichtigt. Die Dokumentation erfolgt weitestgehend in elektronischer Form. Nach Entlassung wird die Papierakte gescannt und elektronisch archiviert. Ab diesem Zeitpunkt steht diese vollständig im Krankenhausinformationssystem zur Verfügung. Durch das Krankenhausinformationssystem und das digitale Diktat wird eine zeitnahe Dokumentation ermöglicht. Befunde der Spezialsysteme werden im Krankenhausinformationssystem gespeichert.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten
Klinische Daten, auch von Voraufenthalten, sind durch die vorwiegend elektronische Dokumentation, entsprechend den jeweiligen Berechtigungen in allen medizinisch relevanten Bereichen verfügbar und durch Wireless-Technologie auch mobil (z.B. bei der Visite) abrufbar. Archivierte Akten sind nach Entlassung rund 4 Wochen in Papierform und anschließend über das Krankenhausinformationssystem verfügbar.

4.3.1 Information der Krankenhausleitung
Der Vorstand nimmt an relevanten internen und externen Gremien teil und erhält Informationen in Linienverantwortung über die Regelkommunikation. Statistische Auswertungen werden regelmäßig vom Controlling und Medizincontrolling zur Verfügung gestellt. Eine 24/7 Erreichbarkeit eines Vorstandmitgliedes im Krisenfall ist gewährleistet.
Die Pflegedirektorin bzw. deren Vertretung werden täglich in der Morgenbesprechung der Bereichsleitungen über aktuelle Vorkommnisse informiert. Die Informationsweitergabe erfolgt auch in den regelmäßigen Jour Fixe. Die Pflegedirektion ist per E-Mail und telefonisch erreichbar.
Der ärztliche Direktor wird im Rahmen des wöchentlichen Primarärzte-Jour-Fixe sowie der monatlichen Primarärztesitzung informiert. Außerdem hält er regelmäßige Jour Fixe mit den Abteilungsleitern ab. Er ist per E-Mail und telefonisch erreichbar.
Die Verwaltungsdirektion wird im Rahmen von regelmäßigen Jour-Fixe Terminen mit den Stabsstellen informiert.
Im Rahmen der wöchentlichen Vorstandssitzung tauscht der Vorstand Informationen aus.
Die Kommunikation im Krisenfall ist in einem Handbuch geregelt.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)
Über zielgruppenspezifische Informationsbroschüren, Patientenmagazin „Vinzenz Magazin“, Zeitungsartikel und die Homepage werden Informationen veröffentlicht. Die Abhaltung von Symposien stellt den Kontakt zu Fachkräften und niedergelassenen Ärzten her. Intern erfolgt die Kommunikation persönlich, über ein Netz protokollierter Besprechungen, als auch unter Nutzung elektronischer Medien wie E-Mail und Intranet. Die Lenkung der für den klinischen Alltag notwendigen Dokumente erfolgt über die umfangreiche Dokumentenbibliothek. Somit sind die Verfügbarkeit und die regelmäßige Aktualisierung der Dokumente sichergestellt.

4.4.1 Organisation und Service

Die Rezeption und die Telefonzentrale befinden sich direkt beim Haupteingang. Diese sind täglich 24h besetzt. In den Kernzeiten von 7:00-15:30 Uhr steht ein verstärktes Team zur Verfügung. Ebenfalls beim Haupteingang wurde für Patienten und Besucher eine Cafeteria eingerichtet.

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Grundlage des Datenschutzes bilden die gesetzlichen Regelungen und die daraus abgeleiteten Richtlinien. Der von der Geschäftsleitung bestellte Datenschutzbeauftragte ist für diese Regelungen verantwortlich. Die Mitarbeiter unterliegen der Verschwiegenheitspflicht. Der Zugriff auf elektronische Daten ist durch ein Berechtigungskonzept reglementiert.

5 Führung

KTQ:

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

In unsere Unternehmensphilosophie flossen die geschichtliche Entwicklung der Kongregation der Dienerinnen des heiligsten Herzens Jesu sowie die strategische Ausrichtung der Vinzenz Gruppe ein. Ein Ausdruck der gefundenen Philosophie war die Etablierung eines eigenen Ressorts Wertemanagement. Die Wertebasis (“7 Eckpfeiler des christl. Profils“) wurde in einem gemeinsamen Prozess der Vinzenz Gruppe formuliert. Der gemeinsame Claim lautet: „Medizin mit Qualität und Seele“. Unter Einbeziehung aller Berufsgruppen wurde unser Motto "Medizin mit Herz", das die medizinische Strategie widerspiegelt, ausgewählt. Unsere Entscheidungen sind durch die Vision und Philosophie sowie durch das Leitbild geprägt. Patienten- und Mitarbeiterbefragungen sowie strukturierte Mitarbeitergespräche evaluieren die Umsetzung und Alltagsrelevanz des Leitbilds.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Das Krankenhaus 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. Basis für ein Vertrauensverhältnis sind Offenheit, Ehrlichkeit, Transparenz und Kontinuität in allen Bereichen des Hauses. Wertschätzender Umgang miteinander wird als unverzichtbarer Bestandteil der Unternehmenskultur gesehen und wird durch informelle Begegnungsmöglichkeiten gefördert. Persönliche Kontakte, das Mitarbeiter- und Zielvereinbarungsgespräch sowie das Feedbackmanagement bieten eine direkte Überprüfungsmöglichkeit der durchgeführten Maßnahmen und Projekte.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Auf Ebene der individuellen Krankenbehandlung dient ein ethisches Konsil der Erörterung des konkreten klinischen Falles unter ethischen Gesichtspunkten im Behandlungsteam mit geschulten Moderatoren. Ein Ethik-Konsil kann jederzeit einberufen werden. Ansprechpartner dafür ist das Klinische Ethikkomitee. Der Ethikkodex, das Leitbild, der Orientierungsrahmen Management und Richtlinien (z.B. zum Thema Reanimation, Patientenverfügung) definieren den Handlungsrahmen, Schulungen sensibilisieren Mitarbeiter für ethische Fragen.
Wir treten auf verschiedenen Ebenen mit christlichen und nichtchristlichen Kulturen in Dialog und berücksichtigen Patientenbedürfnisse die aus der kulturellen Prägung hervorgehen.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie

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 laufend weiterentwickelt. Im Management Review werden die strategischen Ziele mit klar definierten Aufgaben und Kennzahlen konkretisiert. Die Abteilungsstrategien basieren auf der Krankenhaus-Strategie. Zielvereinbarungsgespräche mit Führungskräften und Evaluierung der Zielerreichung sind wichtige Steuerungsinstrumente.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Das Herz-Jesu Krankenhaus erbringt als Ordensspital Gesundheitsdienstleistungen innerhalb des Bezirkes und über regionale Grenzen hinaus. Die uns übertragenen öffentlichen Mittel werden durch effiziente Leistungserbringung ressourcenschonend eingesetzt. Als Dienstgeber und auch in der Ausbildungsverantwortung sehen wir die Qualifikation unserer Mitarbeiter und die Wissensweitergabe als wesentlichen Beitrag zur Standortsicherung.

Durch die Zentralisierung ehemals dezentral geführter Abteilungen wird Know-How gebündelt, dadurch entstehende Synergieeffekte werden genutzt. Bei externen Kooperationspartnern wird die Zusammenarbeit durch Rahmenverträge geregelt, die nach Möglichkeit auch eine Prozessintegration beinhalten. Ziel ist es, bei Kooperationen stets für beide Partner eine Win-Win Situation herbeizuführen. Bei Kooperationen wird gemäß den strategischen Zielen auf die Wertehaltung des Unternehmens, die Qualität der Leistungserbringung und das Service höchster Wert gelegt.

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die Effektivität und Effizienz der Organisationsstruktur wird durch eine klare Linienverantwortung und Vernetzung innerhalb der Berufsgruppen und Fächer sichergestellt. Dies geschieht mit klaren Aufgabenbereichen, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen sowie Entscheidungsregelungen und der Einbindung des Krankenhauses in den Holdingverbund der Vinzenz Gruppe. Zuständigkeiten, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten sind in Dienstverträgen, Stellenbeschreibungen und Tätigkeitsprofilen, bzw. in Geschäftsordnungen geregelt und sind im Organigramm abgebildet.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Ausschlaggebend für eine effektive Arbeitsweise sind regelmäßige Besprechungen entlang der Linienorganisation, im Vorstand und mit der Holding-Geschäftsführung. So wird sichergestellt, dass relevante Themen angesprochen und bearbeitet werden. In wirtschaftlichen Belangen und Belangen von Leistungszahlen werden Businesspläne erstellt, genau definiert und deren Einhaltung in definierten Abständen überprüft. Die Umsetzung von Beschlüssen erfolgt anhand offener Punktelisten in den jeweiligen Protokollen, durch Evaluierung bei den Mitarbeiter- und Zielvereinbarungsgesprächen, durch Auswertungen des Controllings betreffend Leistungs- und Personalkennzahlen, Patienten- und Mitarbeiterbefragungen oder durch Ist-Analysen.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Das Herz-Jesu Krankenhaus versteht sich als lernende Organisation und verpflichtet sich einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess von Strukturen, Abläufen und Leistungsangeboten. Entsprechend unserer medizinischen Strategie bieten wir Spitzenmedizin in ausgewählten Spezialbereichen an. Dies bedeutet ein hohes Niveau an Innovation und Wissensbündelung. Die Implementierung von Innovationen erfolgt über Projektaufträge. In deren Umsetzung werden die dafür befähigten und notwendigen Mitarbeiter einbezogen. Häuserübergreifende Kongresse, Haussymposien und Netzwerke innerhalb der Vinzenz Gruppe bieten regelmäßig gebündeltes Wissen. Über die medizinische Bibliothek sind den Mitarbeitern im Intranet zahlreiche wissenschaftliche Artikel im Originaltext zugänglich.

5.4.1 Externe Kommunikation

Die Information der Öffentlichkeit erfolgt durch die Stabstelle Marketing & Kommunikation. Bedürfnisse und Anforderungen der einzelnen Abteilungen werden in die Jahresplanung Marketing & Kommunikation integriert und stellen einen Teil der Kommunikationsmaßnahmen dar. Um den Wiedererkennungswert und den Werbeauftritt zu gewährleisten wurde für unser Haus ein Corporate Design-Manual erstellt. Inhalte der hauseigenen Kommunikationsmittel (Internet, Intranet, Abteilungs- und Informationsfolder) werden zwischen Geschäftsführer, Abteilungsleiter und Verantwortlichen der Öffentlichkeitsarbeit abgestimmt.

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Ein umfassendes Risikomanagement umfasst die Risikominimierung für Patienten, Mitarbeiter und das Unternehmen sowie die Gesellschaft und Umgebung. Mit der Umsetzung des Holding-weit erarbeiteten Rahmenkonzeptes forcieren wir die Etablierung und Weiterentwicklung eines umfassenden Risikomanagements. Ein anonymes Meldesystem wurde implementiert. Dieses umfasst die Bereiche Mitarbeitervorschlagswesen/Ideenpool, Lob/Beschwerdemanagement, CIRS/hiSAM® (Beinahe-Fehler) sowie Schadensmeldungen und ist abteilungs- und berufsgruppenübergreifend. Diverse Besprechungen über die Leis-

tungs- und Aufwandsentwicklung des Hauses runden das Frühwarnsystem für wirtschaftliche Risiken ab.

proCum Cert:

5.A.1 Entwicklung und Pflege einer christlichen Unternehmenskultur

Der Vorstand verfolgt das Ziel, den Auftrag des Ordens und die Werte der Gruppe an die Mitarbeiter weiterzugeben. Unsere Wertegruppe und das Team der Seelsorge heben die Vorzüge eines christlich geführten Hauses hervor. Das Motto "Medizin mit Herz" spiegelt professionelle, persönliche, spirituelle und herzliche Behandlung und Betreuung von Patienten und Mitarbeitern, wider. Angebote der Vinzenzakademie wie "Von Mensch zu Mensch", "Konfliktmanagement " usw. unterstützen und sensibilisieren.

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

Neben dem Schwerpunkt für fachliche Qualifikation wird ein verstärktes Augenmerk auf persönliche Qualifikation und Managementfähigkeiten gesetzt. Dadurch wird sichergestellt, dass Führungskräfte einen partizipativen Führungsstil leben können. In Bewerbungsgesprächen wird das Thema christliches Krankenhaus und Wertehaltung besprochen und die Einstellung dazu hinterfragt. Im Sinne von Toleranz und Vielfalt ist es keine Grundvoraussetzung, Mitglied der römisch-katholischen Kirche zu sein, solange der Bewerber sich mit den christlich-ethischen Haltungen unseres Hauses identifizieren kann. Ein Exemplar der Wertebroschüre wird allen neuen Mitarbeitern überreicht.

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

Impliziert durch unsere christlich geprägte Unternehmenskultur nehmen wir unsere Verantwortung, insbesondere gegenüber älteren Mitarbeitern und Mitarbeitern mit psychischen und physischen Einschränkungen, wahr. Gerade ältere Mitarbeiter werden aufgrund ihrer Erfahrungen sehr geschätzt. Die Beurteilung der Einsatzfähigkeit erfolgt durch die jeweilige Führungskraft und soll dafür Sorge tragen, dass diese Mitarbeiter stets gemäß ihren Fähigkeiten eingesetzt werden. Sollte die Ausübung der aktuellen Tätigkeit nicht mehr möglich werden, wird unter Beiziehung des Betriebsrates über mögliche Veränderungen des Einsatzbereiches gesprochen. Den Mitarbeitern stehen individuelle Arbeitszeitmodelle und zahlreiche Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Verfügung. Somit sollen Mitarbeiter lange im Unternehmen gehalten werden. Bei Bedarf können auch die psychologischen und seelsorgerischen Angebote genutzt werden. Eine weitere Ausprägung der Mitarbeiterorientierung des Herz-Jesu-Krankenhauses wird durch die Einstellung eines eigenen Mitarbeiterseelsorgers deutlich.

5.A.4 Besondere Aspekte eines umfassenden Risikomanagements

Die Wertschätzung unserer Mitarbeiter drückt sich durch klare Aufträge und Befähigung im Tätigkeitsprofil entsprechend der gesetzlichen Rahmenbedingungen aus. Die für die jeweilige Tätigkeit notwendigen Informationen werden systematisch und strukturiert weitergegeben. Alle Führungskräfte sind zur Etablierung und Wahrung einer positiven Fehlerkultur verpflichtet.

Das Aufzeigen und die Bearbeitung von Beinahe-Fehlern werden als wirksame Maßnahmen zur Fehlervermeidung eingefordert. Behandlungsfehler werden intern und extern professionell gehandhabt. Dazu streben wir einen offenen, raschen und klaren Umgang mit Behandlungsfehlern an. Sowohl für die interne als auch externe Kommunikation liegen Richtlinien vor. Im Bedarfsfall gibt es einen PR-Krisenplan. Bereits der Verdacht auf einen Behandlungsfehler wird unverzüglich an den Vorstand weitergeleitet. Notwendige Maßnahmen werden unmittelbar eingeleitet. Der Kontakt zur externen Öffentlichkeit bleibt ausschließlich der Geschäftsführung vorbehalten.

Für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter steht ein Kriseninterventionsteam zur Verfügung. Eine psychologische und seelsorgerische Betreuung ist gewährleistet. Die Vermeidung von „Second Victims“ ist ein wesentliches Führungsziel.
Alle Beinahe-Fehler und Schadensereignisse werden einer systematischen Analyse unterzogen, notwendige Maßnahmen abgeleitet und der kontinuierliche Lern- und Verbesserungsprozess aufrechterhalten.

6 Qualitätsmanagement

KTQ:

6.1.1 Organisation

Der QM-Beauftragte ist Leiter der Stabstelle QM und medizinisches Controlling und untersteht direkt der Geschäftsführung. Er stellt die Kommunikationsdrehscheibe zwischen der GF und den einzelnen qualitätsfördernden Gremien dar. Dem QM-Beauftragten stehen die Mitarbeiter des QM und ein interdisziplinäres und multiprofessionelles QM-Team zur Verfügung. Der QM-Beauftragte vertritt das Krankenhaus im holdingweiten QM-Netzwerk.
Die holdingweiten QM-Ziele werden in einem jährlichen Management–Review definiert, mit Kennzahlen hinterlegt und mit den Verantwortlichen im Haus abgestimmt. Für die Umsetzung und Weiterentwicklung des QM-Systems werden zahlreiche Instrumente eingesetzt. Die Qualitätsstrategie wurde im QM-Netzwerk erarbeitet und vom Zentralen Management Team freigegeben.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Die Erhebung, Darstellung und Modellierung von Prozessen ist in einem Handbuch geregelt. Die Planung der Prozesse erfolgt anhand der 4 strategischen Eckpfeiler der Vinzenz Gruppe. Das Hauptaugenmerk in der Prozessplanung des Hauses liegt auf der engen Zusammenarbeit mit den verantwortlichen Abteilungen durch die Stabstelle QM.
Eine Prozesslandkarte gibt Überblick über die Kern- und Stützprozesse des Krankenhauses. Behandlungsstandards auf den einzelnen Abteilungen sind etabliert und werden in regelmäßigen Abständen evaluiert und an den aktuellen Wissensstand der Medizin angepasst.

6.2.1 Patientenbefragung

Die Qualitätspolitik der Vinzenz Gruppe orientiert sich in erster Linie an den Bedürfnissen der Patienten. Um die Wünsche der Patienten zu erheben, führt das Krankenhaus in Zusammenarbeit mit einem externen Institut seit 2008 regelmäßig stationäre und ambulante Befragungen durch.
Die Ergebnisse werden von der Stabstelle QM mit dem Vorstand und den Verantwortlichen der Abteilungen und Bereiche analysiert und dienen als Grundlage für Verbesserungsmaßnahmen. Die Fragebögen sind holdingweit standardisiert und ein häuserübergreifendes Benchmarking wird durchgeführt.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Die gute Zusammenarbeit mit den Zuweisern und Kooperationspartnern ist dem Herz-Jesu Krankenhaus ein wichtiges Anliegen. Die Zuweiserbefragung sowie einzelne Veranstaltungen (z.B. Tag der offenen Tür, Fachsymposien etc.) dienen als Bausteine eines strukturierten Einweisermanagements.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Eine Mitarbeiterbefragung wird in Zusammenarbeit mit einem externen Institut alle 2 Jahre durchgeführt. Hauptbestandteil sind die Themenfelder Qualität und Prozesse, Werte und Gesellschaft sowie Führung. Die Ergebnisse werden den Mitarbeitern kommuniziert, mit den verantwortlichen Führungskräften analysiert und sind Bestandteil des strategischen und personalpolitischen Maßnahmenplans.

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Das Herz Jesu Krankenhaus bekennt sich zum kontinuierlichen Verbesserungsprozess, der in vielen Belangen durch Rückmeldungen aller Anspruchsgruppen des Hauses initiiert und unterstützt wird. Ein System zur Erfassung von Lob, Anregungen, Beschwerden und Ideen ist implementiert. Die Meldungen werden in einem strukturierten Prozess erfasst, analysiert

und bearbeitet. Die Ergebnisse und Maßnahmen werden an die Mitarbeiter kommuniziert und veröffentlicht.

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Die erhobenen Kennzahlen werden in die Kriterien medizinische und pflegerische Qualität (z.B. Patientenbefragung), effizienter Ressourceneinsatz (z.B. OP-Schnitt-Nahtzeit), Führungs- und Steuerungskompetenz (z.B. Budgetzahlen) und Christliche Werte (z.B. Mitarbeiterbefragung) unterteilt. Diese werden durch holdingweite Qualitätsziele, das QM-Netzwerk, die medizinischen Fachgruppen, das Medical Advisory Board und die Krankenhausführung definiert.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Seit 1.4.2011 liegen in Österreich die gesetzlichen Grundlagen und die Durchführungsverordnung für eine verpflichtende Qualitätssicherung aus Routinedaten (Austrian Inpatient Quality Indicators = A-IQI) vor. Peer-Review-Verfahren setzen, bei statistisch auffälligen Abweichungen, verpflichtende Verbesserungsmaßnahmen. Die Daten für ANISS = Austrian Nosocomial Infection Surveillance System werden regelmäßig erhoben und weitergemeldet.
Das Krankenhaus beteiligt sich im vorgeschriebenen Ausmaß an Registern und Qualitätsstudien im internationalen und nationalen Rahmen sowie auf der Ebene der Vinzenz Gruppe. Durch VG-weites Benchmarking und Analyseprozesse ähnlich einem Peer Review Verfahren können Verbesserungspotentiale gefunden sowie Synergien genutzt werden (z.B. Punktprävalenz nosokomialer Infektionen, Anwendungs- und Komplikationsrate von peripheren Venenverweilkathetern). Die Behandlung von Krebserkrankungen wird entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an das nationale Register gemeldet.

proCum Cert:

7.A.1 Integration der Seelsorge ins Krankenhaus

Das Herz-Jesu Krankenhaus, in seiner Tradition aus dem Orden der Dienerinnen des heiligsten Herzens Jesu entspringend, sieht die Seelsorge als integralen Bestandteil einer ganzheitlichen Krankenbehandlung.
Ziele, Aufgaben, Angebote und Organisation sind in einem Handbuch geregelt. Die Nutzung zahlreicher Informationskanäle und der persönliche Kontakt zu den Stationen und Ärzten gewährleisten eine Durchdringung des seelsorglichen Angebotes. Die Mitarbeit in der Wertegruppe und im Ethikkomitee sichert die Integration christlich-spiritueller Themen in die Unternehmenskultur und den Arbeitsalltag.

7.A.2 Strukturelle Rahmenbedingungen und Organisation der Seelsorge

Die Seelsorge ist einerseits dem Krankenhaus selbst und andererseits der Erzdiözese Wien unterstellt. Das Team der Seelsorge besteht aus 2 ausgebildeten Seelsorgern, ehren- und hauptamtlichen Mitarbeitern, geistlichen Schwestern und einem Priester. Zur Erfüllung liturgischer, inhaltlicher und organisatorischer Arbeiten steht der Seelsorge eine eigene Infrastruktur zur Verfügung. Kirche, Kapelle und Raum der Stille können in Absprache mit dem Orden genützt werden. Von der Erzdiözese und der Vinzenz Gruppe formulierte Standards gewährleisten eine qualitativ hochwertige Seelsorge. Die Angebote der Seelsorge wurden 2013 durch einen eigens für Mitarbeiter tätigen Seelsorger erweitert.

7.A.3 Angebote der Seelsorge

Kern des Seelsorgeangebots ist die persönliche Begleitung durch verschiedene Gesprächsangebote. Bei den Gottesdiensten und Gebetszeiten der Ordensgemeinschaft sind Patienten und Mitarbeiter gern gesehen und können mitfeiern. Darüber hinaus existieren zu besonderen Anlässen spezielle Angebote (z.B. Gedenkgottesdienste für Verstorbene, Roratemessen). Verschiedene Riten und Zeremonien werden der Lebenssituation und der religiösen Einstellung der Patienten gerecht (z.B. Kommunionfeier für Kranke, Krankensalbung). Besondere seelsorgliche Angebote bestehen bei Trauer- und Sterbebegleitung auch in Bezug zu anderen Religionsgemeinschaften. Durch die gute Zusammenarbeit mit dem Orden und dessen Einrichtungen besteht eine umfassende Integration der Krankenhausseelsorge in den liturgischen Jahreslauf (z.B. Adventfeier, Weihnachtsfeier mit Kindern, Maiandachten).

7.A.4 Verbindung und Zusammenarbeit mit Kirchengemeinden

Die Seelsorge arbeitet mit der katholischen und evangelischen Pfarrgemeinde vor Ort und dem Dekanat zusammen. Die ehrenamtliche Mitarbeit wird stark gefördert und es gibt soziale Dienste, welche in Zusammenarbeit mit der Seelsorge die Menschen begleiten und betreuen. Auf Patientenwunsch wird Kontakt mit der Heimatpfarre oder zu Vertretern anderer Religionen hergestellt, zum Beispiel unterstützt die jüdische Glaubensgemeinschaft die Anlieferung von koscherem Essen auf Anforderung.

proCum Cert:

8.A.1 Übernahme von Verantwortung für Ausbildung

Das Krankenhaus bietet im medizinischen Bereich die Möglichkeit der Ausbildung zum Allgemeinmediziner und Facharzt, der Ausbildung in einem Additivfach (z.B.: Rheumatologie) und der praxisnahen Ausbildung von Famulanten und Hospitanten auch im Rahmen von Kompetenzzentren. In den Bereichen Pflege, Physiotherapie und Verwaltung werden ebenfalls Praktikumsplätze angeboten. Persönliche Begleitung und systematische Einführung in das Aufgabengebiet der Auszubildenden haben hohe Bedeutung (Ausbildungsassistenten, Praxisanleiter, usw.). Die Vermittlung der Werte-Grundlage des Hauses stellt ein wichtiges Ausbildungsziel dar.

8.A.2 Förderung ehrenamtlichen Engagements

Das Krankenhaus fördert das ehrenamtliche Engagement seiner Mitarbeiter.
Im Bereich der Krankenhausseelsorge besteht die Möglichkeit ehrenamtliche Tätigkeiten durchzuführen, deren Weiterbildung und Spesen vom Krankenhaus finanziert werden. Für die Gewinnung von ehrenamtlichen Mitarbeitern erfolgt auf verschiedenen Wegen, wie persönliche Kontakte oder auch das Internet (Ehrenamtsbörse). Die Geschäftsführung ist bestrebt die ehrenamtlichen Mitarbeiter durch Integration in das Team an das Haus zu binden und die Wertschätzung durch kleine Aufmerksamkeiten auszudrücken. Mitarbeiter, Patienten und Angehörigen werden zur Mithilfe bei verschiedenen Projekten eingeladen. (z.B. Partnerschaft für Nächstenliebe, Benefizkonzerte, usw.).

9 Trägerverantwortung

proCum Cert:

9.A.1 Vorgaben und Beiträge zur Strategie und Ausrichtung des Unternehmens
Die Grundstrategie der Vinzenz Gruppe wird von vier Eckpfeilern getragen: Christliche Werte, medizinische und pflegerische Qualität, Führungs- und Steuerungskompetenz und effizienter Ressourceneinsatz. Die wesentlichen Werte für die Mitarbeiter sind in den 7 Eckpfeilern des christlichen Profils abgebildet. Die Häuser erarbeiten darauf basierend ihre Leistungsstrategie. Die Umsetzungsvereinbarung sowie Evaluierung erfolgt in den jährlichen Zielgesprächen und dem Management Review.

9.A.2 Vorgaben für die Unternehmensführung
Die Vinzenz Gruppe sieht es als ihr zentrales Ziel, den Auftrag der Kongregation - die Werte des hl. Vinzenz von Paul - in ihren Krankenhäusern zu verankern. Höchste Ansprüche an Qualität und Managementkompetenz sind umzusetzen. Das finanzielle Gleichgewicht der Krankenhäuser ist sicherzustellen. Die Vorgaben für die Unternehmensleitung werden durch Standards in den Bereichen Rechnungswesen und Controlling, Personalmanagement oder Qualitätsmanagement und einen strukturierten Entscheidungsprozess abgebildet.

9.A.3 Personalverantwortung
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. Dieser gibt die von einer Führungskraft erwarteten Kompetenzen ausgehend von der grundlegenden Strategie der Vinzenz Gruppe vor.

9.A.4 Wahrnehmung der Aufsichtsverantwortung
Am 1. Jänner 2010 wurde die „St. Vinzenz gemeinnützige Privatstiftung der Barmherzigen Schwestern“ errichtet, deren Ziel es ist, den Fortbestand der Werte der Barmherzigen Schwestern sicherzustellen. Die spezielle Konstellation des Stiftungsrates und die enge Verbindung der Vinzenz Gruppe mit dem Kontrollrat stellt dies sicher. Darüber hinaus ist es ein wesentliches Anliegen der Vinzenz Gruppe, die Geschäftsführer in den Häusern bei ihrer Tätigkeit zu beraten und zu begleiten. Die dafür nötige Kompetenz wird durch optimal qualifizierte Mitarbeiter in den Zentralbereichen und im Aufsichtsrat sichergestellt.