



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen



BARMHERZIGE BRÜDER  
KRANKENHAUS ST. VEIT/GLAN

## proCum Cert-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 6.0\_2009/2 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	Allgemeines öffentliches Krankenhaus der Barmherzigen Brüder St. Veit/Glan
<b>Anschrift:</b>	Spitalgasse 26 A-9300 St. Veit/Glan
<b>Ist zertifiziert nach proCum Cert inklusive KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer:</b>	2016-0909-A-VEIT-11-K-002002
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft, Frankfurt am Main
<b>Gültig vom:</b>	31.05.2016
<b>          bis:</b>	30.05.2019
<b>Zertifiziert seit:</b>	31.05.2010

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort der proCum Cert</b> .....	<b>3</b>
<b>Vorwort der KTQ®</b> .....	<b>4</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b> .....	<b>6</b>
<b>Die Kategorien</b> .....	<b>8</b>
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 .....	29
8. Verantwortung gegenüber der Gesellschaft.....	30
9. Tägerverantwortung .....	31

## **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 zugelassene 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](http://www.proCum-Cert.de) allgemein zugänglich.

Hedwig Semmusch

Geschäftsführung  
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 Rettungsdienstleistungen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene<sup>1</sup>, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR).

Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- 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.

---

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

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.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009/2. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass das **Allgemein öffentliche Krankenhaus der Barmherzigen Brüder St. Veit/Glan** 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](http://www.ktq.de) abrufbar.

**Dr. med. G. Jonitz**

Für die Bundesärztekammer

**Dr. med. B. Metzinger,  
MPH**

Für die

Deutsche Krankenhausgesellschaft

**S. Wöhrmann**

Für die Verbände der Kranken-  
und

Pflegkassen auf Bundesebene

**A. Westerfellhaus**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung

Der Grundsatz des Ordensgründers des Heiligen Johannes von Gott (1495-1550) „**Gutes tun und es gut tun**“ ist auch heute noch sehr aktuell und ein Leitsatz unseres Hauses.

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder St. Veit/Glan wurde 1876 gegründet und gehört zur österreichischen Ordensprovinz der Barmherzigen Brüder mit insgesamt 11 Krankenanstalten bzw. Betreuungseinrichtungen in Österreich. Als „Standardkrankenhaus“ mit ergänzenden überregionalen Schwerpunktsetzungen ist uns die Patientenversorgung im Sinne der Hospitalität („christliche Gastfreundschaft“) und die ganzheitliche Wahrnehmung der hilfsbedürftigen Menschen unter Beachtung hoher fachlicher und menschlicher Qualität ein besonderes Anliegen.

Das Leitbild orientiert sich am Motto des Ordensgründers der Barmherzigen Brüder „Das Herz befehle“ und stellt die Würde und Achtung des Menschen in allen Lebenslagen in den Mittelpunkt sämtlicher Handlungen. Das Krankenhaus wird zu einem Ort der Begegnung wo der Patient als echter Partner angesehen wird.

Die Leitung des Krankenhauses liegt in den Händen des Gesamtleiters und der kollegialen Führung, bestehend aus dem Ärztlichen Direktor, der Pflegedirektorin und dem Kaufmännischen Direktor. Jedes Jahr werden etwa 13.000 Patienten stationär aufgenommen und rund 17.000 Patienten ambulant betreut. Durch zahlreiche Umbauarbeiten stehen den Patienten moderne Zimmer und neu adaptierte Versorgungseinheiten zur Verfügung.

Die medizinischen Schwerpunkte des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder St. Veit/Glan sind, neben der Basisversorgung, die Bereiche Tumorchirurgie, Gastroenterologie und Hepatologie (Magen-, Darm- und Lebererkrankungen), die medizinisch internistische Diagnostik und Behandlung von Krebserkrankungen (Chemotherapie) sowie Gynäkologie und Geburtshilfe. Darüber hinaus wird das Angebot durch gefäßchirurgische, plastisch-chirurgische und HNO-Operationen, Strumaoperationen, Mammaoperationen und spezielle Diabetesberatung erweitert. Das Spital zeichnet sich durch die intensive fächerübergreifende Zusammenarbeit der Abteilungen aus.

Aufgrund der Position des Krankenhauses als offizieller Partner der Medizinischen Universitäten Graz, Wien und Innsbruck in Forschung und Lehre kann den Studenten eine optimal klinisch-praktische Ausbildung geboten werden.

2004 wurde im Haus die erste Palliativstation Kärntens eröffnet, um unheilbar Kranken eine behütete Umgebung und pflegerische, medizinische, psychologische und soziale Betreuung anzubieten. Das vorgehaltene mobile Palliativteam unterstützt den Patienten dabei, in häuslicher Umgebung optimal versorgt zu werden.

Als erstes Krankenhaus in Kärnten wurde es 2004 Mitglied des Österreichischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen, einer Organisation der World Health Organisation (WHO), um gesundheitsfördernde Aspekte sowohl für Patienten als auch für Mitarbeiter in den Mittelpunkt zu rücken.

Seit 26. April 2006 besteht eine Kooperation mit dem Konvent der Elisabethinen Klagenfurt und deren Krankenhaus in Klagenfurt\*. Beide Spitäler ergänzen einander in ihrem Leistungsspektrum, sodass eine optimale Zusammenarbeit gegeben ist. Durch diese Synergien

können die beiden Standorte gesichert sowie die Versorgungsqualität und die Versorgungssicherheit für Patienten gewährleistet werden.

Regelmäßig durchgeführte Patientenbefragungen ergeben eine hohe Zufriedenheit der Kärntner Bevölkerung mit unseren Angeboten und Leistungen. Da wir im Ordenskrankenhaus einen besonderen Fokus auf die Dienstgemeinschaft haben, ist uns auch die Hausfamilie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein besonderes Anliegen. Diesbezüglich werden regelmäßig anonymisierte Mitarbeiterinnen-/Mitarbeiterbefragungen durchgeführt, um auch in diesem Bereich die Basis für unsere Leistungserbringung sicherzustellen.

Diese engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben auch das Projekt der Vorbereitung für die pCC inkl. KTQ Re-Zertifizierung mit hohem persönlichem Engagement mitgetragen. Wofür von Seiten des Hauses unser besonderer Dank gilt.

Qualität, Respekt, Verantwortung und Spiritualität – diese vier grundlegenden Werte der Hospitalität leiten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihrem täglichen Tun.

Der Generalprior der Barmherzigen Brüder, Frater Donatus Forkan, OH schrieb 2009:

„Wir können Johannes von Gott heute nicht einfach kopieren, denn die Zeiten haben sich gewandelt. Sein Vorbild, seine Hospitalität muss in allen Zeiten weiterentwickelt und zeitgerecht interpretiert werden. Das ist nicht alleine die Aufgabe der Brüder und auch nicht nur die Aufgabe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, das ist unsere gemeinsame Aufgabe.“

In diesem Sinne und nach dem Auftrag des Ordensgründers der Barmherzigen Brüder, des Heiligen Johannes von Gott, stellen wir uns den Herausforderungen des modernen Gesundheitssystems.

\* Nicht Teil dieser pCC-KTQ-Zertifizierung

Zur besseren Lesbarkeit dieses Dokumentes wurde eine Geschlechtsform gewählt.

Version: 001/02.2016

gültig ab: 16.02.2016

# Die Kategorien

# 1 Patientenorientierung

## KTQ:

### 1.1 Rahmenbedingung der Patientenversorgung

#### 1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder St. Veit/Glan ist ein Allgemeines öffentliches Krankenhaus in zentraler Lage mit überregionalen Versorgungsschwerpunkten. Die Planung der stationären Behandlung erfolgt im ambulanten Vorfeld in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten. Die Allgemeinen Ambulanzen sowie Spezialambulanzen sind zu festgelegten Zeiten besetzt, Notfälle werden rund um die Uhr versorgt und aufgenommen. Durch eine EDV-gestützte Bettenreservierung werden geplante Patienten terminiert.

#### 1.1.2 Leitlinien

Die Versorgung der Patienten erfolgt leitliniengestützt und/oder nach jeweils gültigen Standards. Die Überprüfung der Leitlinien auf Relevanz erfolgt regelmäßig. Leitlinien und Pflegestandards sind systematisiert erfasst und über das Dokumentenleitsystem für die Mitarbeiter abrufbar.

#### 1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Dem Patienten stehen unterschiedliche Informationsmaterialien wie z.B. Broschüren der Spezialambulanzen und unsere Homepage zur Verfügung. Für unterschiedliche medizinische Fragestellungen steht in den Ambulanzen definiertes Fachpersonal bereit. Die Einbeziehung des Patienten in den Behandlungsprozess beginnt mit einer umfangreichen Aufklärung bereits im Rahmen der Aufnahme sowie bei den regelmäßigen Visiten durch den stationsführenden Arzt. Mit dem Patienten werden die Untersuchungsergebnisse in entsprechenden Räumlichkeiten besprochen. Angehörige werden auf Wunsch des Patienten in den Behandlungsprozess eingebunden.

#### 1.1.4 Service, Essen und Trinken

Patienten werden im Rahmen der Pflegeanamnese bezüglich Ernährungsgewohnheiten befragt. Die einzelnen Auswahlmöglichkeiten mehrerer Menüs liegen in den Zimmern auf. Eine Diätologin erstellt in Zusammenarbeit mit der Küchenleitung die wöchentlichen Menüpläne. Weiters sorgt ein Ernährungsteam für die adäquate Versorgung spezieller Patientengruppen, wie z.B. geriatrische und onkologische Patienten. Auf Sonderwünsche des Patienten, religiöse Aspekte oder Unverträglichkeiten wird Rücksicht genommen. Eine Servicefachkraft als Bindeglied zwischen Patient, Mitarbeiter und Küche steht zur Verfügung.

#### 1.1.5 Kooperationen

Seit 2006 besteht eine enge Kooperation mit dem Krankenhaus der Elisabethinen in Klagenfurt. Patientenbesprechungen finden unter Einbeziehung relevanter Berufsgruppen statt. In den zertifizierten Bereichen des Brust-, Wund- und Darmkrebszentrums bestehen Kooperationen mit Instituten und niedergelassenen Partnern. Die Tumorkonferenz ist interdisziplinär (hausintern und hausextern) zusammengesetzt.

## **1.2 Notaufnahme**

### **1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung**

Die Aufnahmebereitschaft ist rund um die Uhr gegeben. Die Ersteinschätzung erfolgt durch qualifiziertes Personal nach Übernahme des Patienten. Die Planung der weiteren Primärdiagnostik und der ersten therapeutischen Maßnahmen erfolgt im Bereich der ambulanten Notfallaufnahme oder im stationären Bereich.

Die Verfügbarkeit eines Facharztes sowie von diplomiertem Pflegepersonal ist rund um die Uhr gegeben.

## **1.3 Ambulante Versorgung**

### **1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung**

Notfälle werden in den Ambulanzen rund um die Uhr versorgt. In den Spezialambulanzen werden die Termine für Patienten zeitlich gestaffelt und nach dem zu erwartenden Zeitaufwand fixiert. Die Betreuung der Patienten erfolgt durch qualifiziertes Personal in gesonderten Ambulanzzimmern mit entsprechenden Einrichtungen zur Erstversorgung und zur ambulanten Nachbetreuung.

### **1.3.2 Ambulante Operationen**

Ambulante Operationen werden ausschließlich als Wundversorgung und kleinere Eingriffe im Hautbereich durchgeführt. Die Planung der ambulanten Operationen erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Facharzt über die EDV-gestützte Operationsplanung. Voruntersuchungen werden beim Erstkontakt mit dem Arzt angeordnet und so geplant, dass diese, wenn möglich, im Vorfeld im niedergelassenen Bereich durchgeführt werden können.

## **1.4 Stationäre Versorgung**

### **1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung**

Die Behandlung der Patienten wird durch die Zusammenarbeit der Ärzte und Pflege sowie durch standardisierte Dokumentation umfassend koordiniert und geplant. Bei den täglichen Visiten werden die Behandlungsschritte besprochen und gemeinsam mit dem Patienten festgelegt. Die Intimsphäre des Patienten wird durch das Vorhandensein eigener Untersuchungsraumlichkeiten gewahrt. Die Patienten werden über die Möglichkeit der seelsorgerischen und psychologischen Betreuung frühzeitig informiert.

Die Patienten werden beim Erstkontakt gebeten, Vorbefunde sowie medikamentöse Therapien zur Aufnahme mitzunehmen. Auf Vorbefunde wird je nach Relevanz für den derzeitigen Aufenthalt Bezug genommen, sie werden im Anamnesefragebogen festgehalten und fließen in den Behandlungsplan ein. Um Doppeluntersuchungen zu vermeiden, werden ausständige Vorbefunde an der zuständigen Stelle (Hausarzt, Krankenhaus) angefordert, eingescannt und archiviert. Befunde aus Voraufenthalten eines Patienten im Haus sind elektronisch verfügbar.

### **1.4.2 Therapeutische Prozesse**

Bei der Erstaufnahme erfolgt nach der Anamnese die Festlegung für das weitere diagnostische und therapeutische Vorgehen nach medizinischen Standards und entsprechend den empfohlenen Leitlinien der Fachgesellschaften. Die Therapie wird täglich im Rahmen von Morgenbesprechungen, Visiten und Dienstübergaben evaluiert. Für onkologische Patienten gibt es eigene abgestufte Planungen für das diagnostische und therapeutische Vorgehen. Eine Tumorkonferenz ist etabliert. Die vorgegebenen Pflegeziele werden ebenfalls durch regelmäßige Evaluierung überprüft und gegebenenfalls angepasst.

### **1.4.3 Operative Verfahren**

Die einzelnen Abteilungen erstellen am Vortag unter der Leitung des Primararztes eine EDV-gestützte Operationsplanung in Abstimmung mit dem diensthabenden Intensivmediziner und der leitenden Operationsschwester, die für die Koordinierung verantwortlich sind. Die präoperative Vorbereitung, der Transport, die Übernahme und die Identifikation des Patienten sind durch berufsgruppenübergreifende Standards geregelt. Für dringende Fälle steht ein Operationsteam rund um die Uhr zur Verfügung.

### **1.4.4 Visite**

Zentraler Inhalt der Visite ist das Gespräch mit dem Patienten, wobei die tägliche Hauptvisite durch den zuständigen Stationsarzt gemeinsam mit dem verantwortlichen Pflegepersonal erfolgt. Bei der Visite erfolgt die Besprechung der Befunde sowie der notwendigen weiteren diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen in enger Kooperation zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal. Offene Fragen des Patienten werden im Rahmen der Visite besprochen. Patienten mit Schmerztherapie werden täglich zweimal visitiert.

### **1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär**

Prästationär und poststationär werden je nach Situation des Patienten die Kontakte mit niedergelassenen Ärzten, Pflegediensten und nachfolgenden Einrichtungen gepflegt. Ebenso werden das mobile Palliativteam und der Sozialdienst mit einbezogen.

## **1.5 Übergang in andere Bereiche**

### **1.5.1 Entlassung**

Die strukturierte und systematische Entlassung beginnt bereits mit der Aufnahme. Bei geplanten komplikationslosen Aufnahmen ist der Zeitpunkt der Entlassung durch Standards geregelt. Das Entlassungsmanagement bezieht bei Notwendigkeit frühzeitig andere Berufsgruppen mit ein, z.B. Sozialarbeiter oder mobiles Palliativteam, um eine optimale und lückenlose Betreuung sicherzustellen. Die Entlassungsplanung wird bei der täglichen Visite evaluiert und mit den Patienten (auf Wunsch mit Angehörigen) ein ärztliches und pflegerisches Entlassungsgespräch geführt. Die Patienten erhalten einen Arztbrief oder einen Verlegungsbericht mit sämtlichen relevanten Befunden, wie z.B. Diagnose, Therapieempfehlung oder Medikation sowie weiteren Kontrollterminen. Wird post-stationär Pflege benötigt, wird zusätzlich ein Pflegeentlassungsbericht ausgehändigt. Bei Verlegung auf eine andere Abteilung erfolgt eine zusätzliche telefonische Absprache.

### **1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung**

Die Übergabe des Patienten an nachstehende weiter betreuende Einrichtungen erfolgt durch rechtzeitige telefonische Kontaktaufnahme mit den zuständigen Organisationen. Mit dem Arztbrief, Pflegebericht oder Verlegungsbericht erhalten die nachfolgenden Betreuungseinrichtungen wichtige Informationen zur kontinuierlichen Weiterbetreuung. Es werden enge Kooperationen zu anderen intra- und extramuralen Einrichtungen gepflegt sowie zu mobilen Teams, wie z.B. dem Palliativteam. Die Sozialarbeiter sind in den poststationären Betreuungsprozess mit eingebunden und sind eine wichtige Anlaufstelle für Patienten und Angehörige.

## **1.6 Sterben und Tod**

### **1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten**

Abgeleitet vom Leitbild ist die Sterbebegleitung ein wichtiges Anliegen. Patienten werden entsprechend ihrer Werte, ihrem kulturellen Hintergrund und ihrer religiösen Bedürfnisse

betreut. Bestehende Patientenverfügungen werden in der Patientenakte erfasst und berück-

sichtigt.

### **1.6.2 Umgang mit Verstorbenen**

Für den Umgang mit Verstorbenen, auch in Hinsicht auf die verschiedenen religiösen Zugehörigkeiten, gibt es genaue Vorgaben. Für Verstorbene gibt es im Haus einen eigenen Verabschiedungsraum. Den Angehörigen wird individuell Zeit zum Abschiednehmen gegeben. Es wird versucht den Wünschen, je nach Konfession, nachzukommen.

#### ***proCum Cert:***

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

Durch den besonders würdevollen Umgang sollen die Patienten jene Geborgenheit und Menschlichkeit erfahren, die sie in dieser Situation benötigen. Die besondere Zuwendung wird durch Zeit zum Zuhören und Verständnis für die Sorgen der Patienten ausgedrückt. Dies erfolgt spontan und individuell oder nach vorheriger Vereinbarung. Patienten werden bei Notwendigkeit oder auf Wunsch zu Untersuchungen begleitet. Die Gestaltung des Hauses lässt die christliche Orientierung des Hauses erkennen. Informationen zu religiösen Angeboten sind in den Zimmern verfügbar.

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

Um eine ganzheitliche Betreuung des Patienten zu gewährleisten, werden zur Krankheitsbewältigung Elemente der christlichen Tradition unterstützend angeboten. Die Seelsorge ist in die Prozesse der Stationen eingebunden, um den Bedürfnissen und Wünschen der Patienten insbesondere bei akuten Krisensituationen zu begegnen. Informationen über das seelsorgerische Angebot erhält der Patient im Zuge des Aufnahmeprozesses und bei den Mitarbeitern auf den Stationen.

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

Unser Krankenhaus steht anderen Kulturen offen gegenüber. Patienten mit nicht christlichem Hintergrund werden entsprechend ihrer Werte und religiösen Bedürfnisse betreut. Als Unterstützung für das Personal gibt es eine Leitlinie "Umgang mit andersgläubigen Patienten", so dass auf die jeweiligen Bedürfnisse individuell eingegangen werden kann.

##### 1.A.4 Behandlung und Betreuung von besonderen Personengruppen

Da es zu den christlichen Werten des Hauses zählt, auch der „Seele Medizin zu geben“ werden besondere Personengruppen in bestimmten Situationen in enger interdisziplinärer Zusammenarbeit mit dem psychologischen und sozialen Dienst betreut. Sie tragen dazu bei, dass notwendige Hilfen und Maßnahmen getroffen werden, um existenzielle Gefährdungen abzuwenden.

Für sehr problematische Fälle gibt es Kooperationen mit speziellen Organisationen oder es wird ein Kriseninterventionsteam organisiert.

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

Da das Krankenhaus über keine pädiatrische Station verfügt, werden nur spezielle Behandlungen an Kindern durchgeführt. Eltern und Sorgeberechtigten wird die Möglichkeit zur ständigen Anwesenheit geboten, so können sie auch direkt im Zimmer oder im Personalhaus nächtigen. Besonders geachtet wird auch auf eine für das Kind verständliche Sprache.

#### 1.A.6 Sicherstellung einer Weiterbetreuung von Palliativpatienten

Die Weiterbetreuung von Palliativpatienten findet im Rahmen des Entlassungsmanagements durch die Schaffung eines sozialen Netzwerkes (gegebenenfalls unter Einbeziehung Angehöriger) statt. Es werden Hilfestellungen bei der Kommunikation mit Palliativpatienten angeboten und auf mögliche Entlastungen pflegender Angehöriger hingewiesen. Für Angehörige wird zudem eine qualifizierte Beratung und Schulung angeboten. Das mobile Palliativteam bietet Besuche und Unterstützung an. Auf eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem Hausarzt wird geachtet.

## 2. Mitarbeiterorientierung

### KTQ:

### 2.1 Personalplanung

#### 2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Die Personalplanung erfolgt in Abstimmung zwischen der Krankenhausleitung und den zuständigen Führungskräften auf Basis der gesetzlichen Vorgaben sowie der Vorgaben durch Provinzleitung und Land Kärnten. Verantwortlich für die Personalplanung ist die Krankenhausleitung unter Mitwirkung der Abteilungsvorstände. Im Rahmen der jährlichen Budgeterstellung werden in Gesprächen die Wünsche der Abteilungen und Bereiche diskutiert, die Ergebnisse im Stellenplan berücksichtigt und zur Genehmigung vorgelegt.

### 2.2 Personalentwicklung

#### 2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Die Personalentwicklungsplanung beruht auf der Strategie des Hauses und damit einhergehenden Schwerpunktsetzungen. Für die Personalentwicklung ist die Krankenhausleitung/Führungsebene verantwortlich. Für die berufsgruppenübergreifende hausinterne Fort- und Weiterbildung wird ein Jahresfortbildungsprogramm erstellt. Für Spezialbereiche werden die gesetzlich vorgeschriebenen Sonderausbildungen umgesetzt.

Allen Mitarbeitern wird die Möglichkeit geboten, Aus-, Fort- und Weiterbildungswünsche einzubringen. Ausbildungen zum Facharzt und Zusatzfacharzt erfolgen entsprechend den Haus- und Abteilungszielen. Die Durchführung von Mitarbeiter-Gesprächen ist provinzweit einheitlich geregelt.

#### 2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Ziel der Personalintegration ist, dass der neue Mitarbeiter in der dafür vorgesehenen Zeit in seinem neuen Aufgabenbereich zur wechselseitigen Zufriedenheit eingeschult und eingearbeitet ist. Wichtig dabei ist aber auch die entsprechende Identifikation mit unserer Einrichtung. Zur Erreichung dieser Ziele wird von der Führungskraft in Zwischengesprächen der jeweilige Status besprochen sowie bei Bedarf Hilfestellung angeboten. Feedbacksysteme ergänzen das Konzept und sollen zusätzlich rasch Rückmeldungen zur kontinuierlichen Verbesserung in der Einarbeitung von neuen Mitarbeitern liefern.

Die Mitarbeiter werden in den für sie relevanten Abteilungen persönlich vorgestellt. Jedem neuen Mitarbeiter wird ein erfahrener Kollege als Ansprechpartner zugewiesen. Alle zwei Monate findet ein berufsgruppenübergreifendes Mitarbeiterereinführungsseminar statt. Die Einarbeitungsphase wird durch einen Feedback-Fragebogen evaluiert.

#### 2.2.3 Ausbildung

Die Ausbildung erfolgt nach Kriterien eines christlichen Hauses nach den Ordensgrundsätzen und Ordensdokumenten. Im ärztlichen Bereich besteht eine enge Kooperation mit den Medizinischen Universitäten Graz, Wien und Innsbruck. In der Krankenpflege- und Hebammenausbildung werden den regionalen Krankenpflegeschulen und der Hebammen-Fachhochschule Praktikumsplätze angeboten. Die Umsetzung des Ausbildungsauftrages geschieht gemeinsam mit dem Lehrbeauftragten der Ausbildungsstätte.

Für jeden Ausbildungsgrad wird nach dem vorliegenden Ausbildungskatalog der Ausbildungsstätte vorgegangen. Spezialisierte Ausbildungsinhalte werden im Rahmen der Abteilungszielgespräche bzw. Mitarbeitergespräche definiert.

### **2.2.4 Fort- und Weiterbildung**

In Abstimmung mit der Strategie des Hauses und unter Berücksichtigung der Wünsche und Berufsplanung der Mitarbeiter werden Aus-, Fort- und Weiterbildungen ermöglicht. Regelmäßig wird in Zusammenarbeit mit dem Elisabethinen-Krankenhaus Klagenfurt ein Jahresfortbildungsplan erstellt. Eine Grundlage für die Auswahl dieser Fortbildungen bilden die Gesundheitsvorsorge, gesetzliche Grundlagen, Hospitalität/Spiritualität sowie fachspezifische Themen.

Abteilungsintern liegen in den Sekretariaten und Besprechungsräumen Fachzeitschriften und Bücher auf, ein Internetzugang und Links zu internationalen Fortbildungsmedien und Wissensdatenbanken stehen den Mitarbeitern zur Verfügung.

## **2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern**

### **2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil**

Die österreichische Ordensprovinz sieht die in ihren Ordensdokumenten festgelegten Prinzipien für alle Ordenswerke als verbindlich an. Für die strategische Planung führt die Krankenhausleitung mit jedem Abteilungsleiter ein individuelles Jahreszielvereinbarungsgespräch. Weitere Instrumente sind systematische Mitarbeitergespräche sowie die Einbindung der Verantwortungsträger in die Aus-, Fort- und Weiterbildungsplanung des Krankenhauses. Die Ergebnisse von berufsgruppenübergreifenden Abteilungsklausuren fließen in die Strategieklausur ein.

Mit der Implementierung der Führungsgrundsätze zu den 4 Dimensionen des charismatischen Managements ergeben sich gemeinsame Ziel- und Wertvorstellungen, welche die Integration und Kooperation der Mitarbeiter in den Werken der Barmherzigen Brüder fördern. Ebenso gibt es eine Reihe von weiteren gesellschaftlichen Aktivitäten im Krankenhaus, bei denen der mitarbeiterorientierte Führungsstil spürbar wird.

### **2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit**

Basierend auf den gesetzlichen Bestimmungen sind Ausgestaltungsmöglichkeiten im Kollektivvertrag der Geistlichen Krankenanstalten Kärntens, in Einzeldienstverträgen oder Betriebsvereinbarungen niedergeschrieben. Mit Rücksichtnahme auf die betrieblichen Erfordernisse werden die Bedürfnisse der Mitarbeiter in den unterschiedlichen Dienstformen bzw. Arbeitszeitmodellen berücksichtigt.

Durch bedarfsorientierte Betriebszeiten bzw. Personalbedarfsberechnung ist der Rahmen für die Einhaltung der geplanten Arbeitszeiten festgelegt.

### **2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden**

Es gibt mehrere Wege der Einreichung von Mitarbeiterwünschen und -beschwerden. Dies kann einerseits im direkten Gespräch mit dem Vorgesetzten, im Zuge von Teambesprechungen sowie Mitarbeitergesprächen und andererseits über das hausinterne Vorschlagswesen erfolgen. Mitarbeitervorschläge/-beschwerden werden von "Paten" bearbeitet, evaluiert und einer Lösung zugeführt. Anhand von definierten Kriterien findet eine offizielle Prämierung von Mitarbeiter-Verbesserungsvorschlägen im Rahmen der Johannes-von-Gott Feier im März statt. Weiters werden aufgrund der Ergebnisse der Mitarbeiter-Befragung Maßnahmen für die Bereiche bzw. Berufsgruppen abgeleitet und umgesetzt.

## **proCum Cert:**

### 2.A.1 Wahrnehmung der Fürsorgepflicht für die Mitarbeiter

Im Sinne des Ordens soll zwischen Träger und Mitarbeiter ein Verhältnis bestehen, das den Bedürfnissen beider Seiten gerecht wird. Auch ein Führungsgrundsatz ist diesem Thema gewidmet. Nach Maßgabe der betrieblichen Möglichkeiten werden je nach Bedarf familienfreundliche Arbeitszeiten, die Inanspruchnahme von Eltern- sowie Altersteilzeit, Teilzeitbeschäftigung, Bildungs- und Familienhospizkarenz umgesetzt.

Durch gesundheitsfördernde Maßnahmen sollen Gesundheitsbeeinträchtigungen der Mitarbeiter und möglichen Arbeitsüberlastungen präventiv begegnet werden (z.B. Coaching, Supervision, Rückentraining).

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

Motivation und Feedback erfolgt im Arbeitsalltag direkt durch den jeweiligen Vorgesetzten bei Teambesprechungen und im Rahmen von Hausfeiern wie z.B. Weihnachtsfeier, Johannes-von-Gott Feier durch den Gesamtleiter und Rechtsträgervertreter.

Vierteljährlich erscheint die Mitarbeiter-Zeitung gemeinsam mit dem Kooperationskrankenhaus Elisabethinen Krankenhaus. Mitarbeiter-Verbesserungsvorschläge und (Dienst-) Jubiläen werden gewürdigt. Pensionäre werden zu Feiern eingeladen und sind in unserem Haus stets willkommen.

### 2.A.3 Hilfe zur Bewältigung persönlicher Krisen

Entsprechend den Ordensdokumenten wird dem Mitarbeiter Fürsorge in Bezug auf persönliche Krisen entgegengebracht. In Krisensituationen ist der unmittelbare Vorgesetzte die erste Ansprechperson und begleitet den Mitarbeiter soweit es in seinem Kompetenzbereich möglich ist.

Der Dienstgeber bietet zudem individuelle Unterstützungskonzepte an, z.B. Supervision, Inanspruchnahme von arbeitspsychologischen Diensten. Dem Mitarbeiter steht auch das Team der Krankenhaus-Seelsorge zur Verfügung.

In solch sensiblen Situationen wird auf Vertraulichkeit und Wahrung eines geschützten Rahmens besonderer Wert gelegt.

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

Das Leitbild sowie die Führungsgrundsätze der Barmherzigen Brüder sind Grundpfeiler zur Förderung ethischer und sozialer Kompetenz sowie Werteorientierung für die Mitarbeiter. Die Mitarbeiter werden zu diversen Hausfeierlichkeiten, in Verbindung mit einem Gottesdienst, eingeladen.

Im Rahmen der Mitarbeiter-einführungsseminare wird auch auf die wesentlichen Kernpunkte der Spiritualität der Barmherzigen Brüder eingegangen. Zusätzlich wird provinzweit die Schule der Hospitalität für alle Mitarbeiter ausgerollt.

Aus der stetigen Präsenz des Krankenhausseelsorgeteams entwickelt sich das Bewusstsein der Mitarbeiter zum Thema „Religiöse Begleitung von Patienten“ auch für verschiedene Konfessionen.

## 3. Sicherheit

### KTQ:

### 3.1 Schutz- und Sicherheitssysteme

#### 3.1.1 Arbeitsschutz

Die gemäß Arbeitnehmerschutzgesetz vorgeschriebenen hausinternen und externen Fachkräfte sind vom Arbeitgeber bestellt. Zusätzlich finden regelmäßige Sitzungen des Arbeitsschutzausschusses statt. Die Unterstützung der arbeitsmedizinischen Anforderungen erfolgt durch die „Arbeitsmedizinisches und Arbeitspsychologisches Institut Kärnten GmbH“.

Die Mitarbeiter sind über den Arbeitsschutz laut Arbeitnehmerschutzgesetz entsprechend informiert. Diverse Unterlagen zum Arbeitsschutz und Anleitungen zum Umgang mit Gefahrstoffen und biologischen Arbeitsstoffen stehen den Mitarbeitern im Dokumentenmanagementsystem zur Verfügung.

#### 3.1.2 Brandschutz

In den Bereichen liegt ein Handbuch für "Besondere Vorfälle" auf, welches die vom Brandschutzbeauftragten erstellte und vom Gesamtleiter freigegebene Brandschutzordnung enthält. Die Melde- und Alarmierungswege sind in entsprechenden Anweisungen festgelegt und für alle Mitarbeiter im Dokumentenmanagementsystem einsehbar. Aufbauend auf dem vorhandenen Brandschutzkonzept sind im gesamten Haus Flucht- und Rettungswegpläne veröffentlicht.

Neue Mitarbeiter werden im Zuge des Mitarbeiterseminars durch den Brandschutzbeauftragten in den vorbeugenden Brandschutz eingewiesen. Zudem finden bei Bedarf Brandschutzschulungen und Feuerlöschübungen in Zusammenarbeit mit der Freiwilligen Feuerwehr St. Veit/Glan statt.

#### 3.1.3 Umweltschutz

Die Einführung eines Umweltmanagementsystems mit validierter Umwelterklärung auf Basis der EMAS III Verordnung wurde 2015 erfolgreich umgesetzt. Eine Strategie zum Umweltschutz wurde erarbeitet und von der obersten Leitung freigegeben. Die Umwelleistung und die Umweltkennzahlen unseres Hauses sind in der aktuellen jährlichen Umwelterklärung festgeschrieben. Alle sicherheits- und umweltrelevanten Dokumente, die im Zuge der EMAS Einführung erarbeitet wurden, sind allen Mitarbeitern über das Dokumentenmanagementsystem zugänglich.

#### 3.1.4 Katastrophenschutz

Nach Landesrecht ist unsere Krankenanstalt im Kärntner Katastrophenschutzplan eingebunden. Bei einem Großschadensereignis wird das Krankenhaus über die Landes Alarm- und Warnzentrale informiert und gibt über ein internetbasiertes Computerprogramm seine Aufnahmekapazitäten bekannt. Im Haus sind die Verantwortlichkeiten und Abläufe im „Handbuch für besondere Vorfälle“ definiert.

#### 3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Die Vorgehensweisen für das Verhalten bei nicht medizinischen Notfallsituationen sind im Handbuch für besondere Vorfälle für die einzelnen Berufsgruppen festgeschrieben.

Sowohl die Technik- als auch die IT-Abteilung haben den Auftrag, nicht medizinischen Not-

fallsituationen präventiv zu begegnen. Für Aus- bzw. Störfälle außerhalb der Kerndienstzeiten stehen die Mitarbeiter in Form von Rufbereitschaft zur Verfügung.

## **3.2 Patientensicherheit**

### **3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung**

Zur Prävention von Stürzen werden bei Patienten mit Sturzrisiko und bei Patienten über dem 60. Lebensjahr Risikoerhebungen durchgeführt und entsprechende Maßnahmen eingeleitet. Um Patienten- und Eingriffsverwechslungen vorzubeugen, werden die Vorgaben des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit eingehalten. Eine Markierung der zu operierenden Seite wird präoperativ durchgeführt. Freiheitsentziehende und -beschränkende Maßnahmen werden entsprechend den gesetzlichen Vorgaben durchgeführt. Das Anlegen eines Patientenarmbandes bei der Aufnahme des Patienten ist verpflichtend. Für die Erfassung von Fehlern und Beinahefehlern wird ein Meldeformular im Haus eingesetzt.

### **3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement**

Ziel des hausinternen medizinischen Notfallmanagements ist die Gewährleistung einer raschen und qualifizierten Patientenversorgung durch eine klare und eindeutige Regelung der Alarmierung mittels zentraler Notrufnummer. Aufgrund der zentralen Lage der Intensivstation ist jeder Notfallort nach der Alarmierung innerhalb von ein bis zwei Minuten erreichbar. Alle Mitarbeiter sind eingeladen, an einem Reanimationskurs teilzunehmen. Weiters werden regelmäßige Reanimationsfortbildungen mit dem Schwerpunkt Neugeborenenversorgung organisiert.

### **3.2.3 Hygienemanagement**

Gemäß den gesetzlichen Vorgaben ist eine Hygienekommission mit entsprechender Geschäftsordnung im Haus installiert. Das Hygienekernteam, bestehend aus dem Hygienebeauftragten Arzt und der Hygienefachkraft, untersteht dem Ärztlichen Direktor und fungiert als Stabsstelle der Kollegialen Führung. Zu Hygienebelangen bei der Planung von Neu-, Zu- und Umbauten und bei der Beschaffung von Geräten und Gütern, durch die eine Infektionsgefahr ausgehen kann, wird das Hygienekernteam eingeladen. Das erweiterte Hygieneteam setzt sich aus Vertretern sämtlicher relevanter Bereiche und Berufsgruppen zusammen.

### **3.2.4 Hygienerelevante Daten**

Im Dokumentenmanagementsystem findet sich eine Auflistung der meldepflichtigen Erkrankungen. Die Meldung hat vom Stationsarzt, unter Verwendung der entsprechenden Formulare, an die zuständige Behörde und den Ärztlichen Direktor zu erfolgen. Über den Infektionsmeldebutton erfolgt die Meldung an die Krankenhaushygiene. Die Resistenzstatistiken werden den Abteilungsvorständen, der Antibiotikabeauftragten Ärztin, der Hygienebeauftragten Ärztin und der Pharmazeutin übermittelt. Im Rahmen der Hygieneteam- und Arzneimittelkommissionssitzung werden die erhobenen Daten besprochen und berücksichtigt.

### **3.2.5 Infektionsmanagement**

Im Jahresabnahmeplan sind die Überprüfung wie z.B. des Wassers, der Aufbereitung der Endoskope und der Klimaanlage im OP geregelt und dokumentiert. Eine weitere hygiene-sichernde Maßnahme stellen die regelmäßigen Hygienebegehungen der Stationen und Bereiche dar. Das Qualitätshandbuch Legionellenprophylaxe und der „Watersafety“-Plan regeln die Vorgaben zur Prävention von Verkeimungen des Wassers. Die Auswertung der Infektionsraten wird einmal jährlich durchgeführt und mit den Ergebnissen der Vorjahre ver-

glichen. Die Auswertung des Desinfektionsmittelverbrauchs pro Station erfolgt halbjährlich. Ein Vergleich mit nationalen und internationalen Daten findet statt.

### **3.2.6 Arzneimittel**

Ziel ist die rund um die Uhr-Bereitstellung von Arzneimitteln zur Sicherstellung der Patientenversorgung. Dies wird durch enge Zusammenarbeit mit der Anstaltsapothek des Elisabethinen-Krankenhaus Klagenfurt sichergestellt.

Die Arzneimittelkommission ist für arzneimittelspezifische Belange, insbesondere die Erstellung der hausinternen Arzneimittelliste, die Beratung sowie die Auswahl und den Einsatz von Arzneimitteln im Krankenhaus zuständig. Die Bereitstellung von Arzneimitteln und die Planungen zur Vermeidung von Risiken und Fehlern bei der Anwendung und beim Stellen von Arzneimitteln werden in den Sitzungen der Arzneimittelkommission besprochen und in Form von Leitlinien und Verfahrensanweisungen den Mitarbeitern im Dokumentenmanagementsystem zugänglich gemacht.

Eine exakte Arzneimittelanamnese ist integraler Bestandteil der Aufnahmeanamnese. Arzneimittelumstellungen auf bevorratete Arzneimittel erfolgen mit Hilfe entsprechender Austauschlisten bzw. anhand von Datenbanken.

### **3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate**

Für Regelungen zum Umgang mit Blut- und Blutprodukten ist der Blutdepotbeauftragte zuständig. Das Blutdepot arbeitet nach den Richtlinien der Österreichischen Gesellschaft für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin. Relevante Arbeitsprozesse sind durch interne Standards geregelt. Zusätzlich werden interne und externe Audits durchgeführt.

Der krankenhausinterne Meldeweg bei Transfusionsreaktionen ist in einer Verfahrensanweisung beschrieben. Die patienten- und chargenbezogene Dokumentation wird im Blutdepot elektronisch erfasst. Regelmäßig werden vom Blutdepotleiter Schulungen über die hausinterne Handhabung von Blut- und Blutprodukten durchgeführt.

### **3.2.8 Medizinprodukte**

Das "Organisationshandbuch-Medizintechnik" dient als Richtlinie zur Umsetzung des Medizinproduktegesetzes und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung. Es enthält alle wesentlichen Formulare, Listen, Verfahrensanweisungen und Beschreibungen. Die Verantwortlichkeiten sind in Form eines Technischen Sicherheitsbeauftragten für das Gesamthaus und eines Medizinprodukte-Verantwortlichen je Bereich festgelegt.

(Beinahe-)Vorkommnisse müssen laut bestehender Verfahrensanweisung von allen Anwendern eines Medizinproduktes dem Ärztlichen Leiter und dem Technischen Sicherheitsbeauftragten gemeldet werden.

Vorgeschriebene Prüfintervalle und durchgeführte Prüfungen werden vom Technischen Sicherheitsbeauftragten dokumentiert und monitiert.

## 4. Informations- und Kommunikationswesen

### KTQ:

#### 4.1 Informations- und Kommunikationstechnologien

##### 4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Die Informations- und Kommunikationstechnologie ist für alle Werke der österreichischen Ordensprovinz zentral geregelt. Datensicherheit im Sinn von ungestörtem Zugriff durch berechtigte Personen auf die relevanten Daten steht dabei an erster Stelle. Für die Dokumentation in den Krankengeschichten sind umfassende Workflows für den ärztlichen und pflegerischen Bereich eingerichtet. Zur Zugriffsregelung dient ein provinzweit abgestuftes Rechtssystem.

Die Sicherheit der IT-Systeme ist durch Ausfallssysteme, technischen und organisatorischen Datenschutz gewährleistet. Für den Desasterfall stehen selbst bei einem Ausfall des lokalen Netzwerkes die notwendigen Daten dem Krankenhaus über das Rechenzentrum zur Verfügung. Die Unterstützung der Anwender ist „rund um die Uhr“ mittels einer zentralen Hotline-Nummer gewährleistet.

#### 4.2 Patientendaten

##### 4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Die Verantwortlichkeit der Führung der Patientendokumentation ist in der Kärntner Krankenanstaltenordnung geregelt und wird in unserem Haus gesetzestkonform umgesetzt.

In den meisten Bereichen unseres Hauses erfolgen die Pflegedokumentation sowie die medizinische Patientendokumentation bereits zur Gänze auf elektronischem Weg. Die vom Patienten unterfertigten Aufklärungsbögen werden zusätzlich in Papierform archiviert. Jegliche Änderungen bzw. Erfassungen der elektronischen Patientendokumentation sind personenbezogen im Historisierungsprotokoll nachvollziehbar.

Die elektronische Langzeitarchivierung erfolgt nach den gesetzlichen Vorgaben in einem dafür zertifizierten System der Ordensprovinz. Sowohl die digitalen als auch die noch vorhandenen papiergebundenen Teile der Patientenakte werden über 30 Jahre archiviert.

##### 4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Durch das elektronische Dokumentationssystem ist die vollständige Verfügbarkeit der Patientendaten mittels persönlichem Benutzer gewährleistet. Die im Haus tätigen Belegärzte haben einen eigenen Zugang für das Krankenhausinformationssystem. Für die externen Partner gibt es über die Kärntner Datendrehscheibe und den Kärntner „Master-Patient-Index“ die Möglichkeit eines Datenabgleiches. Zuweisern werden relevante Unterlagen über eine gesicherte Datenleitung übermittelt. Unser Haus ist in die bundesweite Ausrollung der Elektronischen Patientenakte (ELGA) eingebunden.

#### 4.3 Informationsmanagement

##### 4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Informationen von extern werden der Gesamtleitung und der Kollegialen Führung durch Medieninformationen und Kooperationspartner sowie durch regelmäßige Treffen der Mitglie-

der der Kollegialen Führung aller Einrichtungen der Barmherzigen Brüder Österreichs weitergegeben. Die interne Informationsweitergabe wird durch Strategiesitzungen, Zielvereinbarungsgespräche, Kommissionen und Mitarbeiterinformationsveranstaltungen gewährleistet. Qualitäts- und sicherheitsrelevante Ereignisse werden von den jeweiligen Bereichs- und Abteilungsleitern direkt an die Krankenhausleitung gemeldet. Durch die überlappende Verantwortlichkeit von Pflege und Ärzteschaft für den jeweiligen Bereich ist die Weiterleitung der Information an die Kollegiale Führung gewährleistet.

#### **4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)**

Zur Information der Mitarbeiter dienen in erster Linie das Dokumentenmanagementsystem und E-Mails. Die jeweiligen Vorgesetzten sind für die Weiterleitung der Information an ihre Mitarbeiter verantwortlich. Mitarbeiterinformationsveranstaltungen werden regelmäßig durchgeführt, Leistungszahlen und bereichsspezifische Informationen werden bei Team- und Abteilungsbesprechungen weitergegeben. Vier Mal jährlich wird eine Mitarbeiterzeitung gemeinsam mit dem Elisabethinen-Krankenhaus Klagenfurt herausgegeben.

Die Information und Kommunikation zu externen Schnittstellen erfolgt auf elektronischem Weg. Zusätzliche persönliche Gespräche dienen der Interaktion nach innen und außen. Der Kontakt zur allgemeinen Bevölkerung und zu (potentiell) kooperierenden Einrichtungen wird unter anderem über die aktive Präsenz in der Presse aufrechterhalten und intensiviert.

### **4.4 Telefonzentrale und Empfang**

#### **4.4.1 Organisation und Service**

Es gibt im Haus zwei zentrale Auskunftsstellen – die Portierloge und die zentrale An-/Abmeldung. Die Ausstattung der Bereiche, die Qualifikation und der Arbeitsablauf der Mitarbeiter sind definiert. Zu den Kernaufgaben zählen unter anderem die administrative Patientenaufnahme, die Informationsweitergabe, die Telefonvermittlung sowie die Beantwortung von Fragen.

In den Wartebereichen stehen Wasserspender sowie Getränkeautomaten mit Heiß- und Kaltgetränken zur Verfügung. Neben Sitzgelegenheiten stehen auch Kinderunterhaltungsmöglichkeiten zur Verfügung.

### **4.5 Datenschutz**

#### **4.5.1 Regelungen zum Datenschutz**

Die Regelungen zum Datenschutz sind im Datenschutzgesetz, in den berufsgruppenspezifischen Gesetzen, im Telekommunikationsgesetz für das Gesundheitswesen sowie im Dienstvertrag festgeschrieben. Weiters gelten mittels Betriebsvereinbarung für alle Mitarbeiter grundlegende IT-Sicherheits- und Datenschutzbestimmungen. Die Rechtevergabe für die EDV basiert auf einem Rollenkonzept mit abgestuften Berechtigungen. Zugriffe auf patientenbezogene Daten erfolgen personifiziert und sind nachvollziehbar.

Der Datenaustausch mit Externen entspricht den gesetzlichen Grundlagen.

## 5. Führung

### KTQ:

#### 5.1 Unternehmensphilosophie und -kultur

##### 5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Auf Basis der Vision und dem Beispiel des Ordensgründers liegt der Schwerpunkt des Hauses in der medizinischen und pflegerischen Versorgung der Patienten unter dem Motto „Gutes tun und es gut tun“. Mit dem erstellten Leitbild "Das Herz befehle!" werden die Ziele der Einrichtungen mit Blick auf den Sendungsauftrag und die Stellung zu den Mitarbeitern dargestellt.

Im Rahmen von Klausurtagungen wird die Strategie des Hauses evaluiert und bildet somit die Grundlage für die Entwicklung unseres Hauses.

##### 5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Vorgaben hierfür finden sich neben den Ordensdokumenten auch noch in den Führungsgrundsätzen, im Ethik-Codex, in der Charta der Hospitalität und im Leitbild. Ebenso ist im Haus ein Mitarbeiter-Verbesserungsvorschlagswesen etabliert. Im Rahmen von Feierlichkeiten finden Mitarbeitererehrungen statt.

Im Bereich der vertrauensbildenden Maßnahmen "Ordenskrankenhaus" erfolgt dies über den Pastoralrat und die Krankenhausseelsorge.

##### 5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Für die Werke der Österreichischen Ordensprovinz besteht ein von Experten ausgearbeiteter Ethik-Codex, der den Mitarbeitern zur Verfügung steht. Zusätzliche Dokumente sind die Charta der Hospitalität, die Generalstatuten des Ordens bzw. das Kapiteldokument Richtlinien für das ethische Handeln in den Einrichtungen der Barmherzigen Brüder.

In unserer Einrichtung besteht ein interdisziplinär zusammengesetztes Ethik-Komitee, welches bei Bedarf einberufen und bei ethisch-problematischen Fragestellungen von jedem Mitarbeiter konsultiert werden kann. Weitergehende ethische Fragestellungen können auch an die Zentralethikkommission der österreichischen Ordensprovinz weitergeleitet werden.

Im Rahmen der Präventivdienste und über die Mitarbeiter der Krankenhausseelsorge wird im Bereich der spirituell-religiösen Bedürfnisse ein Angebot zur Verfügung gestellt.

#### 5.2 Strategie und Zielplanung

##### 5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Für die Entwicklung der Zielplanung ist die Krankenhausleitung in Absprache mit dem Krankenhaussträger unter Berücksichtigung der Ordensphilosophie und dem Leitbild verantwortlich.

Als öffentliches Krankenhaus unterliegen wir der Versorgungsplanung durch das Land Kärnten. Die Rahmenbedingungen werden im Regional Strukturplan Gesundheit gesteckt. In diesen Vorgaben sind die Abteilungsgrößen und fachlichen Schwerpunkte enthalten.

Abgeleitet von diesen Versorgungsvorgaben durch das Land Kärnten wird die Zielplanung in Abstimmung mit jenen Vorgaben der Provinzleitung für die einzelnen Abteilungen getroffen. Die strukturierte Zielplanung wird in der 5-Jahres-Strategie festgeschrieben und von der Provinzleitung genehmigt.

## **5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen**

Mit Kooperationspartnern wird eine langfristige und vertraglich begründete Abstimmung in der Partnerschaft gesucht. Es ist wichtig, dass diese externen Firmen sich mit den grundsätzlichen Werten des Ordens identifizieren können und auch die Mitarbeiter dieser Partner unserem Leitbild entsprechend agieren.

Die entscheidende Kooperation unseres Hauses ist die Zusammenarbeit und teilweise personelle Verflechtung mit dem Elisabethinen-Krankenhaus Klagenfurt. Ideal an dieser Kooperation ist, dass die medizinischen Schwerpunktsetzungen nicht überlappend sind und somit jedes Haus sein erarbeitetes Profil fortschreiben kann.

Die Zusammenarbeit mit Entwicklungsländern wird im Orden zentralisiert durchgeführt. Weiters besteht in unserem Haus ein so genanntes "Sozialkonto", welches für kurzfristige Hilfestellungen benutzt wird.

## **5.3 Organisationsentwicklung**

### **5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur**

Die Organisationsstruktur des Hauses ist in einzelnen Bereichen durch gesetzliche Vorgaben festgelegt. Auf Basis dieser Vorgaben legt der Träger die Leitungsstruktur und die Leitungspersonen im Haus fest. Die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten der Hausleitungsmitglieder sind in Richtlinien durch den Orden eindeutig festgelegt und bilden die Grundlage für die Umsetzung auf Ebene des einzelnen Werkes.

Für das Krankenhaus liegt ein Organigramm vor, das für die jeweiligen Abteilungen und Bereiche weiter spezifiziert wurde. Durch Stellenbeschreibungen, Einzeldienstverträge, hausinterne Richtlinien bzw. aus berufsrechtlichen Gesetzen abgeleitete Vorschriften sind die Aufgaben und Kompetenzen der Mitarbeiter festgelegt.

### **5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien**

Die zentralen Gremien in unserem Haus sind die Kollegiale Führung-/Primärärzte-/Stations- und Bereichsleitersitzungen. Diese werden in definierten Zyklen abgehalten und protokolliert. In regelmäßigen Abständen werden Mitarbeiter-Informationsveranstaltungen zu aktuellen Themen organisiert. In der quartalsweise erscheinenden Mitarbeiter-Zeitung werden ebenfalls Informationen zu den Mitarbeitern transportiert.

### **5.3.3 Innovation und Wissensmanagement**

Im Sinne der Patientenorientierung versuchen wir aktuelle Entwicklungen vorausszusehen und im Sinne von „best practice“ umzusetzen. Ein Mitarbeitervorschlagswesen und eine Wissensdatenbank sind eingeführt. Neue Behandlungsmethoden und Geräteinvestitionen sind im Rahmen der Budgetbesprechungen mit der Krankenhausleitung und dem Zentraleinkauf zu evaluieren.

Im Zuge von provinzweiten Sitzungen wird ein intensiver Austausch von Projekten im Bereich Innovationen, Veränderungsmanagement und Organisationsentwicklung umgesetzt.

## **5.4 Marketing**

### **5.4.1 Externe Kommunikation**

Die Öffentlichkeitsarbeit ist in Abstimmung mit dem Kooperationspartner Elisabethinen-Krankenhaus Klagenfurt und einer externen PR-Agentur sichergestellt. Sie ist Aufgabe des Gesamtleiters und der Kollegialen Führung. Zusätzlich steht von Seiten der Provinzleitung der zentrale Mitarbeiter für Öffentlichkeitsarbeit jederzeit für Anfragen bzw. Hilfestellungen zur Verfügung.

## 5.5 Risikomanagement

### 5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Die Rahmenbedingungen für die kontinuierliche Entwicklung eines umfassenden Risikomanagements sind durch eine einheitliche Risikopolitik, Risikostrategie und Risikoziele gegeben. Die Vorgaben und Ziele sowie der Ablauf sind in Form eines häuserübergreifenden Risikomanagement-Handbuches schriftlich definiert.

Ein entsprechendes Tool zur Erfassung von (Beinahe-) Fehlern ist flächendeckend in allen Bereichen etabliert und den Mitarbeitern bekannt. Die abteilungsübergreifende Steuerung von CIRS Meldungen und Maßnahmen zur Risikoprävention und -minimierung soll durch die Einbeziehung des Risikomanagements in die bestehende Organisation des Qualitätsmanagements gewährleistet werden. Durch diese Maßnahmen wird der kontinuierliche Aufbau einer Fehlerkultur in unserem Haus weiterentwickelt.

### ***proCum Cert:***

#### 5.A.1 Entwicklung und Pflege einer christlichen Unternehmenskultur

Der Provinz- und Krankenhaus-Leitung ist es ein Anliegen, den Auftrag des Ordens an die Mitarbeiter weiterzugeben. In den Ordensdokumenten und dem Leitbild sind die Grundlagen für eine christliche Unternehmenskultur festgelegt.

Die Mitarbeiter als wesentliche Träger und Multiplikatoren in der Umsetzung des Ordenscharismas gestalten so die Unternehmenskultur mit. Neben internen und provinztweiten Schulungen trägt der hauseigene Pastoralrat in Zusammenarbeit mit der Seelsorge wesentlich zur Gestaltung der christlichen Unternehmenskultur bei.

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

Bei der Personalgewinnung wird neben der fachlichen und menschlichen Qualifikation Wert auf die Vereinbarkeit von Motivation und Verhaltensweisen der Kandidaten mit den Ordensprinzipien gelegt. Für die Auswahl der Führungskräfte sind die Kriterien des charismatischen Managements zu berücksichtigen.

Im Bewerbungsgespräch werden den Bewerbern die Werte und Ziele des Krankenhauses vermittelt. Im Gespräch mit dem Gesamtleiter sind die grundsätzlichen Einstellungen und Sichtweisen des Mitarbeiters bzw. die Erwartungshaltungen des Ordens als Dienstgeber die wesentlichen Inhalte.

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

Von Gesetz aus darf in Österreich niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden, wobei wir aufgrund des Leitbildes zu einem von besonderer Wertschätzung, Respekt und Herzlichkeit geprägten Umgang mit den Mitarbeitern aufgefordert sind.

Für jene Mitarbeiter, welche die bisher an sie gestellten Anforderungen nicht mehr erfüllen können, wird im Rahmen der Möglichkeiten versucht, einen entsprechenden Ersatztätigkeitsbereich zu finden.

Die beendeten Dienstverhältnisse lassen sich zumeist auf Ausbildungsnotwendigkeiten von z.B. Ärzten begründen. Durch die Kooperation mit dem Elisabethinen-Krankenhaus Klagenfurt ist ein Personalaustausch zwischen den beiden Organisationen möglich.

#### 5.A.4 Besondere Aspekte eines umfassenden Risikomanagements

Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Berufsgruppen im Haus ist uns im Sinne der Patienten ein hohes Anliegen. Bei auftretenden Behandlungsfehlern sind ein offener und professioneller Umgang sowie die entsprechende Kommunikation mit Patienten, Angehörigen und Medien besonders wichtig. Um dies zu erreichen, wurde ein Risikomanagement aufgebaut.

## 6. Qualitätsmanagement

### KTQ:

#### 6.1 Qualitätsmanagement

##### 6.1.1 Organisation

Verantwortlich für die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems sind die Krankenhausleitung, die Qualitätssicherungskommission sowie die Stabsstelle Qualitätsmanagement. Als Struktur und Werkzeug unseres Qualitätsmanagementsystems wurde pCC inkl. KTQ gewählt. Dieses Konzept sowie die Grundwerte des Ordens der Barmherzigen Brüder bilden die Grundlage für unser Qualitätsmanagement.

Die Qualitätssicherungskommission fungiert als zentrale Stelle für die Überwachung qualitätsrelevanter Aktivitäten im Haus und setzt sich aus Mitgliedern verschiedenster Berufsgruppen unter der Leitung des Ärztlichen Direktors zusammen. Ebenso kann das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder St. Veit/Glan eine Vielzahl an Spezialzertifizierungen bzw. Auszeichnungen aufweisen.

##### 6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Die Identifikation der wesentlichen Prozesse erfolgte im Zuge der Selbstbewertung unter Berücksichtigung der Ordensziele und wurde graphisch in Form einer Prozesslandkarte dargestellt. Den Kernprozess unseres Hauses stellt die ambulante und stationäre Patientenversorgung dar. Dieser steht in ständiger Beziehung bzw. Wechselwirkung zu diversen Management- und Stützprozessen. Die Festlegung und Beschreibung der Kernprozesse erfolgt in den einzelnen Bereichen mittels Leitlinien und Verfahrensanweisungen.

Um die Prozesse an den Bedürfnissen unserer Patienten zu orientieren, werden einerseits die Ergebnisse von Befragungen und andererseits medizinische, pflegerische und ökonomische Kennzahlen als Grundlage für die kontinuierliche Prozessoptimierung herangezogen. Die Planung, Steuerung und Kontrolle der Prozesse obliegt der jeweiligen Abteilungs-/Bereichsleitung bzw. bei abteilungsübergreifenden Prozessen der Gesamtleitung und dem jeweiligen Mitglied der Kollegialen Führung.

Durch die Beachtung des interprofessionellen und abteilungsübergreifenden Ansatzes der pCC inkl. KTQ Aufbauorganisation wird sichergestellt, dass die Bereiche des Krankenhauses in die Planung eingebunden sind.

#### 6.2 Befragung

##### 6.2.1 Patientenbefragung

Eine kontinuierliche Zufriedenheitsabfrage ist durch einen hausinternen Fragebogen gewährleistet. Die Maßnahmenabarbeitung wird in Protokollen der Gremien, der Abteilungszielgespräche und Abteilungsklausuren dokumentiert.

In verschiedenen Spezialbereichen und in Zusammenarbeit mit unseren externen Partnern erfolgen weitere Patientenbefragungen.

##### 6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

In regelmäßigen Treffen zwischen dem Gesamtleiter und Kooperationspartnern werden die genauen Rahmenbedingungen der Kooperation besprochen und abgestimmt. Zusätzlich gibt es im Rahmen persönlicher Gespräche, bei Fortbildungen oder anderen Veranstaltungen Feedback durch unsere externen Partner.

In den Bereichen mit Spezialzertifizierungen werden spezifische Zuweiserbefragungen durchgeführt.

Rückmeldungen aus den Gesprächen, Befragungen und verschiedenen „Medien“ werden in den einzelnen Gremien besprochen und zur Verbesserung unserer Planung genutzt.

### **6.2.3 Mitarbeiterbefragung**

Eine anonyme Mitarbeiterbefragung wird für alle Einrichtungen der Österreichischen Ordensprovinz von einem unabhängigen Institut, das auch die Vertraulichkeit sicherstellt, im 3-Jahres-Rhythmus durchgeführt. In Abstimmung mit der Hausleitung und dem Betriebsrat können zusätzliche, hausspezifische Fragen definiert werden.

In der Personalmanagement-Übersicht ist die Mitarbeiter-Befragung ein fixer Bestandteil im Teilbereich des Mitarbeiter-Marketings. Die Kommunikation der Ergebnisse für das Gesamthaus erfolgt an das Projektteam und anschließend an die Mitarbeiter im Rahmen einer Informationsveranstaltung. Jede Führungskraft einer Auswertungseinheit erhält eine ausführliche Auswertung der Ergebnisse und es werden zudem Reflexionsgespräche mit der Firma angeboten.

Im nächsten Schritt werden in den Auswertungseinheiten Maßnahmen abgeleitet und mit Prioritäten versehen. In einzelnen Teilbereichen werden Workshops mit externer Begleitung abgehalten.

## **6.3 Beschwerdemanagement**

### **6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden**

Es gibt für Mitarbeiter, Patienten und deren Angehörige sowie für Partner die Möglichkeit, Anregungen, Ideen, Wünsche oder Beschwerden zu äußern. Dies kann unter Nutzung der entsprechenden „Postkästen“, welche auf den Stationen und im Portierbereich installiert sind, mittels direkter Kontaktaufnahme mit dem Personal vor Ort oder der Krankenhausleitung erfolgen.

Die Aufbereitung erfolgt durch das Qualitätsmanagement bzw. Pflegecontrolling. Die Bearbeitung wird je nach Problemstellung und Dringlichkeit in der jeweiligen Hierarchieebene bzw. interdisziplinär durchgeführt und erforderliche Maßnahmen werden eingeleitet.

## **6.4 Qualitätsrelevante Daten**

### **6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten**

Das Konzept zur umfassenden Erhebung qualitätsrelevanter Daten ergibt sich einerseits aus der von den Fondskrankenanstalten gegenüber dem Land Kärnten bestehenden Verpflichtung zur Durchführung und Dokumentation qualitätssichernder Maßnahmen, andererseits aus der Intention des Rechtsträgers. Als Datenquellen werden dabei die im Krankenhausinformationssystem umfassend dokumentierten Routedaten und darüber hinaus spezielle Datenbanken herangezogen.

Die prinzipielle Verantwortung liegt bei der Krankenhausleitung und wird teilweise an die nachfolgenden Führungsebenen delegiert.

Die Empfehlungen der Fachgesellschaften werden im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen und Literaturstudium erfasst und in hausinterne Leitlinien eingearbeitet. Die Qualitätsziele der Abteilungen orientieren sich an den international publizierten Daten.

### **6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung**

Die Validität, Aufbereitung und Transparenz der Daten ist durch das Controlling und die externe Überprüfung durch das Land Kärnten gegeben. Die Kommunikation bezüglich Datenqualität obliegt dem medizinischen Controlling bzw. Pflegecontrolling, welche entsprechende Schulungen und Informationsunterlagen zur Verfügung stellen. Im Rahmen von anlassbezogenen Mitarbeiterveranstaltungen erfolgt die Information der Mitarbeiter unter anderem über qualitätsrelevante Daten des Hauses. In den Abteilungszielgesprächen werden die zusammengeführten Daten für die Planung des nächsten Jahres genutzt.

Weiters besteht externe Transparenz über den österreichweiten Spitalskompass, den jährli-

chen Qualitätsbericht des Landes Kärntens sowie über jährliche sanitätsbehördliche Einschauen in den Bereichen Hygiene, Sicherheit und Pflege.

## 7. Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus

### **proCum Cert:**

#### 7.A.1 Integration der Seelsorge ins Krankenhaus

Die Seelsorge im Krankenhaus wird getragen von den hauptamtlichen Mitarbeitern der Seelsorge und vom Pastoralrat. Unser Krankenhauseelsorger wird in seiner Tätigkeit durch zahlreiche weitere Personen und Einrichtungen unterschiedlicher Profession und Qualifikation unterstützt.

Die Arbeitsfelder der Krankenhauseelsorge umfassen die unmittelbare spirituelle Begleitung des einzelnen Patienten oder gegebenenfalls Mitarbeiters, die Messgestaltung, die Organisation interner Feiern und Veranstaltungen sowie die Konzeption und Planung der Entwicklung und Ausgestaltung eines christlichen Hauses. Die Krankenhauseelsorge trägt die Leitlinien der Diözese und der Barmherzigen Brüder mit.

#### 7.A.2 Strukturelle Rahmenbedingungen und Organisation der Seelsorge

Um eine gute seelsorgerische Arbeit zu gewährleisten, stellt das Krankenhaus räumliche und budgetäre Mittel in Abstimmung mit der Diözese Gurk zur Verfügung.

Der Umgang mit kranken Menschen erfordert beim seelsorgerisch Tätigen neben der immanenten theologischen Ausbildung auch zusätzliche, an den speziellen Bedürfnissen des kranken Menschen ausgerichtete Kenntnisse. Die Mitarbeiter der Seelsorge und die Ehrenamtlichen tauschen sich regelmäßig untereinander und bei Hausfesten aus.

#### 7.A.3 Angebote der Seelsorge

Als Ordensspital wird der Seelsorge besondere Bedeutung beigemessen. Im Jahreskreis finden liturgische Feiern und Veranstaltungen sowie spezielle Angebote für Patienten (z.B. tägliche Abendmesse, Krankensalbung) statt. Angehörigen von Verstorbenen steht einmal im Monat ein Trauercafé zur Verfügung. Für Frauen, die eine Fehl- oder Totgeburt erlitten haben, gibt es Angebote der Trauerbegleitung. Gespräche und Einkehrtage für Mitarbeiter sowie Messen für verstorbene Mitarbeiter ergänzen das Angebot.

#### 7.A.4 Verbindung und Zusammenarbeit mit Kirchengemeinden

Das Krankenhaus ist Teil der Gesamtkirche und wird in die Gesamtorganisation dieser eingebunden. Zur Pflege wechselseitiger Beziehung zum Wohle der Patienten ist der Kontakt zur Ortskirche wichtig. Der hausinterne Priester sowie Priester aus dem Dekanat stehen für Krankenbesuche sowie für Sakramentenspendung zur Verfügung.

Die Zusammenarbeit von Krankenhaus und ehrenamtlichen Mitarbeitern gestaltet sich eng. Darüber hinaus bemüht sich das Haus durch regen Kontakt zur Kirchengemeinde und kirchennahen Organisationen wie Caritas und Diakonie sowie durch Kontakt zum Roten Kreuz um die Erweiterung dieses Kreises.

## 8. Verantwortung gegenüber der Gesellschaft

### ***proCum Cert:***

#### 8.A.1 Übernahme von Verantwortung für Ausbildung

Wir stellen für alle Berufsgruppen, welche in einem Krankenhaus tätig werden können, Ausbildungs- und Praktikumsplätze zur Verfügung, mit dem Ziel, die jungen Menschen mit unseren religiösen Grundsätzen vertraut zu machen sowie als Ausbildungsstätte in der Öffentlichkeit und im Gesundheitswesen des Landes Kärnten anerkannt zu sein.

Die Richtlinien für die praktische Ausbildung werden uns von den Ausbildungsstätten übermittelt. Im Praktikumsbereich gibt es für Auszubildende Bezugspersonen (Mentoren). Diese sind einerseits als „Praxisanleiter“ aber auch als Ansprechperson für Anliegen tätig.

Da die gesamte Dienstgemeinschaft zu den relevanten Hausfesten eingeladen ist, werden auch die Auszubildenden von den Gedanken und Ideen der Hospitalität des Hl. Johannes von Gott und der gelebten Hausgemeinschaft geprägt.

#### 8.A.2 Förderung ehrenamtlichen bzw. bürgerschaftlichen Engagements

Ehrenamtliche Gruppen unterstützen mit ihrem Engagement die Arbeit der Barmherzigen Brüder. Der Förderkreis Onkologie wurde zur Unterstützung von Krebspatienten in unserem Hause gegründet. Jährlich organisiert der Pastoralrat mit freiwilligen Mitarbeitern einen Adventbasar, deren Erlös an die indische Ordensprovinz geht. Verschiedene Chöre und Musikgruppen akquirieren Spenden und stellen sich unentgeltlich für die Gestaltung von Festen und Andachten zur Verfügung.

Die spezifische Schulung der ehrenamtlichen Mitarbeiter ist größtenteils schon vorhanden. Durch die alle 2 Monate stattfindenden Treffen erfahren sich die ehrenamtlichen Mitarbeiter als eigene Gruppe in der Krankenhausstruktur. Unter anderem werden gemeinsam Vortragsveranstaltungen besucht.

## 9. Tägerverantwortung

### **proCum Cert:**

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

Der Orden der Barmherzigen Brüder nimmt als Träger starken Einfluss auf die strategische Ausrichtung des Krankenhauses. Die Dokumente des Ordens legen den Fokus auf die so genannte "Neue Hospitalität". Das Ziel des Ordens und des Krankenhauses ist die bestmögliche Versorgung des Patienten. In diesem Sinne entwickeln die Häuser in Absprache mit der Ordensprovinz ihr Leistungsangebot und die Schwerpunkte. In regelmäßigen Abständen finden Strategiemeetings unter anderem auch mit dem Kooperationshaus Elisabethinen-Krankenhaus Klagenfurt statt. In jährlichen Abteilungszielgesprächen wird die Umsetzung der Strategie überprüft und konkrete Ziele für das kommende Jahr festgelegt.

#### 9.A.2 Vorgaben für die Unternehmensführung

Die Vorgaben des Ordens als Rechtsträger und die Weisungen der Kirche sind für die Krankenhausleitungen als verbindlich zu erachten. Als fundierte Grundlage dienen die Charta der Hospitalität, der Ethik-Codex sowie das Leitbild. Neue Beschlüsse und Grundsätze für die Ordensspitäler werden in den Generalkapitel und -statuten festgelegt.

Um auf die immer geringer werdende Zahl von Ordensleuten zu reagieren, wurde mit dem „Charismatischen Management“ und den Führungsgrundsätzen eine Grundhaltung in der Führung definiert, welche die vier Dimensionen Respekt, Spiritualität, Verantwortung und Qualität umfasst.

#### 9.A.3 Personalverantwortung

Es gibt vom zentralen Personalmanagement in der Provinzleitung erarbeitete Richtlinien für das Vorgehen bei der Nachbesetzung von oberen Führungspositionen. Weiters sind in speziellen Bereichen gesetzliche Vorgaben einzuhalten.

Bei der Besetzung oberster Führungspositionen fällt die Personalentscheidung im Definitorium. Als Vertreter vor Ort ist der Pater Prior für die Begleitung oberster Führungskräfte zuständig. Zusätzlich wurden zur Förderung und Begleitung dieser provinzwweite Treffen eingerichtet, in denen sowohl Informationsaustausch als auch Fortbildungen erfolgen und das Zusammengehörigkeitsgefühl gestärkt wird.

#### 9.A.4 Wahrnehmung der Aufsichtsverantwortung

Die Leitung der Werke des Ordens ist grundsätzlich in den Generalstatuten im Kapitel „Verwaltung der zeitlichen Güter“ geregelt. Die Aufsicht über die Geschäftsführung wird durch die Provinz und deren Organe wahrgenommen. Wichtige Entscheidungen müssen in Definitoriumssitzungen durch das Aufsichtsgremium beschlossen werden. Anhand von Richtlinien für das jeweilige Quadrennium erhalten die Krankenhausleitungen die Provinzvorgaben. Regelmäßige Sitzungen führen zu einem kontinuierlichen Kontakt zwischen Krankenhausleitung und Provinzleitung. Zusätzlich finden Visitationen durch den Pater Provinzial und einem Generalrat statt.