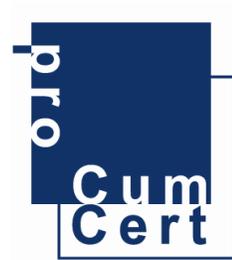


Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen



BARMHERZIGE BRÜDER  
KRANKENHAUS ST. VEIT/GLAN

## proCum Cert-QUALITÄTSBERICHT

zum pCC Katalog 7.0\_2015 und KTQ Katalog 2015 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>	2022-0909-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>	31.05.2022
<b>bis:</b>	30.05.2025
<b>Zertifiziert seit:</b>	31.05.2010

## Inhaltsverzeichnis

<i>Vorwort der proCum Cert</i>	3
<b>Vorwort der KTQ®</b>	4
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	6
<b>Die KTQ- und pCC Kriterien</b>	<b>8</b>
1 Patientenorientierung	9
2 Mitarbeiterorientierung	15
3 Sicherheit - Risikomanagement	18
4 Informations- und Kommunikationswesen	23
5 Unternehmensführung	25
6 Qualitätsmanagement	29
7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus	31
8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft	33
9 Trägerverantwortung	34

## Vorwort der proCum Cert

Die proCum Cert GmbH ist eine eigenständige Zertifizierungsgesellschaft, die im Frühjahr 1998 auf Initiative des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschlands (KKVD) gemeinsam mit dem Deutschen Evangelischen Krankenhausverband (DEKV) und ihren Wohlfahrtsverbänden Caritas (DCV) und Diakonie (DWdEKD) sowie deren Versicherungsdienst Ecclesia gegründet wurde.

Als Kooperationspartner der KTQ® war die proCum Cert an der Entwicklung des KTQ-Manuals beteiligt. Zusätzlich hatten die Gründungsgesellschafter der proCum Cert den proCum Cert-Anforderungskatalog verfasst, mit grundlegenden, für ein Qualitätsmanagement im Krankenhaus prägenden christlichen Werten.

Die proCum Cert GmbH ist zugelassene Zertifizierungsstelle der KTQ® und berechtigt, Krankenhäuser in dem vorgesehenen Verfahren mit dem KTQ-Zertifikat auszuzeichnen. Das kombinierte pCC-KTQ-Zertifikat geht in seinen Anforderungen darüber hinaus, in dem das Verfahren 24 weitere Qualitätskriterien berücksichtigt, die das KTQ-Manual mit den derzeit 55 Kriterien ergänzt.

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.

Thomas Pawelleck

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.

Im Beirat der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) vertreten.

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

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

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- Sicherheit - Risikomanagement,
- das Informations- und Kommunikationswesen,
- die Unternehmensführung und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

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

Während der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener 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 55 Kriterien des KTQ-Kataloges 2015. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 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 **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. B. Metzinger, MPH**

Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

**PD Dr. med. Peter Bobbert**

Für die Bundesärztekammer

**F. Wagner**

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.

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 12.000 Fälle stationär und rund 36.000 Fälle 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 das gesamte gynäkologische Spektrum inkl. Urogynäkologie und Geburtshilfe. Darüber hinaus wird das Angebot durch chirurgische, plastisch-chirurgische und HNO-Operationen, Strumaoperationen, Mammaoperationen und spezielle Diabetesberatung erweitert. Das Spital zeichnet sich durch die intensive fächerübergreifende Zusammenarbeit der Abteilungen aus.

Als offizieller Partner der Medizinischen Universitäten Graz, Wien und Innsbruck sowie der Fachhochschule FH Kärnten in Forschung und Lehre können den Studierenden Famulaturen und klinisch-praktische Ausbildungen sowie Pflege-Praktika 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. 2018 wurde die neugebaute Palliativstation im Dachgeschoss unseres Krankenhauses mit wunderschönem Ausblick über die Stadt St. Veit/Glan eröffnet. Das vorgehaltene mobile Palliativteam unterstützt den Patienten dabei, in häuslicher Umgebung 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 zwischen dem Orden der Barmherzigen Brüder mit dem Krankenhaus St. Veit und der A. ö. Krankenhaus der Elisabethinen Klagenfurt GmbH. 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 Befragungen ergeben eine hohe Zufriedenheit der Patienten und Zuweiser mit unseren Angeboten und Leistungen. Da wir im Ordenskrankenhaus einen besonderen Fokus auf die Dienstgemeinschaft haben, ist uns auch die Hausfamilie der Mitarbeiter ein besonderes Anliegen. Regelmäßige anonymisierte Mitarbeiterbefragungen und die Bearbeitung der abgeleiteten Maßnahmen sind Basis für eine kontinuierliche Weiterentwicklung.

Unsere engagierte Mitarbeiterschaft hat auch die Vorbereitungen für die pCC inkl. KTQ Re-Zertifizierung, neben weiteren zentrumsspezifischen Zertifizierungen (Viszeralonkologisches Zentrum, Brustzentrum Kärnten) und der EMAS Zertifizierung, mit hohem persönlichen Einsatz mitgetragen, wofür von Seiten des Hauses unser besonderer Dank ausgesprochen wird. Qualität, Respekt, Verantwortung und Spiritualität – diese vier grundlegenden Werte der Hospitalität leiten alle 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 im Gesundheitswesen und haben den Anspruch, uns kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Version: 002/02.2022  
gültig ab: 15.02.2022

*Zur besseren Lesbarkeit dieses Dokumentes wurde eine Geschlechtsform gewählt.*

**ACHTUNG:** Ausgedruckte Dokumente unterliegen nicht dem Änderungsdienst und sind somit möglicherweise nicht aktuell!

# Die KTQ- und pCC Kriterien

# 1 Patientenorientierung

## KTQ:

### **Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung**

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder St. Veit/Glan ist ein allgemein öffentliches Krankenhaus in zentraler Lage im Bundesland Kärnten mit überregionalen Versorgungsschwerpunkten. Die Planung der stationären Behandlung erfolgt im ambulanten Vorfeld in enger 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 die Etablierung einer zentralen Stelle für die Terminvergabe und Patientenorganisation ist eine strukturierte Aufnahmeplanung sichergestellt.

### **Leitlinien und Standards**

In unserem Krankenhaus kommen sowohl für den medizinischen als auch für den pflegerischen Bereich abteilungsspezifische (interprofessionell) und abteilungsübergreifende (interdisziplinär) Leitlinien und Verfahrensanweisungen zur Anwendung. Weiters besteht die Möglichkeit, auf externe Leitlinien diverser Fachgesellschaften zuzugreifen. Grundsätzlich sind die medizinischen und pflegerischen Leitlinien an die Grundlagen der entsprechenden Fachgesellschaften angelehnt. Ebenso fließen regelmäßige Informationen aus dem Bundesministerium, der Arzneimittelkommission, Hygienekommission usw. in die Erstellung der Dokumente mit ein. Das Konzept zur Berücksichtigung von medizinischen Verfahrensanweisungen und Leitlinien basiert auf regelmäßiger Aktualisierung von Vorgaben.

### **Information und Beteiligung des Patienten**

Dem Patienten stehen unterschiedliche Informationsmaterialien wie z.B. unsere Homepage, eine allgemeine Patienteninformationsbroschüre sowie Broschüren der Spezialambulanzen und zu speziellen Krankheitsbildern zur Verfügung. 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. Diagnostische und therapeutische Maßnahmen erfolgen stets unter Zustimmung des Patienten sowie unter vorheriger Informationsvermittlung anhand von standardisierten Aufklärungsbögen. Angehörige werden, wenn vom Patienten erwünscht, mit eingebunden. Für fremdsprachige Patienten kann ein entsprechender Dolmetschdienst in Anspruch genommen werden.

### **Ernährung und Service**

Die Zimmer auf den Normalstationen entsprechen den Erfordernissen moderner Krankenhäuser im Hinblick auf Essplatz, Nasszelle, Komfort, Sicherheit und

Wahrung der Intimsphäre. Zudem sind alle Zimmer mit TV-Geräten ausgestattet und es steht allen Patienten freies WLAN zur Verfügung. In der Sonderklasse wird die Hotelkomponente verstärkt berücksichtigt.

Im Haus existieren spezifische Räumlichkeiten für Unterhaltung und Kontaktpflege in ausreichender Anzahl. Ein Café bietet zusätzliche Verköstigungsmöglichkeiten für unsere Patienten, Besucher und Mitarbeiter an.

Die Essensversorgung erfolgt über die hauseigene Küche durch einen externen Küchendienstleister, wobei besonderer Wert auf lokale, saisonale Produkte sowie Qualität und Frische gelegt wird. Eine Diätologin erstellt in Zusammenarbeit mit der Küchenleitung die wöchentlichen Menüpläne. Weiters sorgt ein Ernährungsteam für die adäquate Versorgung spezieller Patientengruppen. Auf Sonderwünsche des Patienten, religiöse Aspekte oder Unverträglichkeiten wird selbstverständlich Rücksicht genommen.

### **Erstdiagnostik und Erstversorgung**

Die Aufnahmebereitschaft sowie die Verfügbarkeit eines Facharztes und von diplomiertem Pflegepersonal sind rund um die Uhr gegeben. Das Haus ist für ein Notarzt-Einsatz-Fahrzeug (NEF) systemverantwortlich. 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. Der gesamte Behandlungsprozess wird elektronisch im Krankenhausinformationssystem dokumentiert.

### **Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung**

In den Termin- bzw. Spezialambulanzen werden die Termine für Patienten zeitlich gestaffelt und nach dem zu erwartenden Zeitaufwand fixiert. Die Betreuung der Patienten erfolgt in gesonderten Ambulanzräumen mit entsprechenden Einrichtungen zur Erstversorgung und zur ambulanten Nachbetreuung. In unseren Ambulanzen werden sowohl Patienten mit Überweisung von extern, ungeplante Patienten mit akuter Symptomatik als auch ambulante Begutachtungen zur Vorbereitung einer stationären Aufnahme bzw. zur Nachkontrolle und Festlegung des Behandlungserfolges nach einem stationären Aufenthalt behandelt.

Die Fach- und Spezialambulanzen der Abteilungen stehen den Patienten an bestimmten Wochentagen und zu festgelegten Zeiten als Termin-Ambulanz zur Verfügung.

### **Ambulante Operationen**

Ambulante Operationen bzw. tagesklinische Leistungen werden in unserem Haus entsprechend den Vorgaben des Bundesministeriums bzw. des Kärntner Gesundheitsfonds durchgeführt. Die Ablaufplanung, Indikationsstellung, Aufklärung, Prämedikation, weitere Koordination und Durchführung von tagesklinischen und ambulanten Operationen findet in den jeweiligen Fachambulanzen in Abstimmung mit dem Patienten und dem verantwortlichen Ambulanzarzt statt.

## **Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung**

Im Rahmen des stationären Aufnahmeprozesses erfolgen die Behandlungsplanung, das Aufnahme- und Entlassungsmanagement, die ärztliche und pflegerische Anamneseerhebung sowie die symptomzentrierte körperliche Untersuchung und das aufklärende Gespräch mit dem Patienten unter Berücksichtigung von dessen Risiken und Lebensumständen. Die multiprofessionelle Abstimmung und kontinuierliche Therapiebesprechung bzw. -anpassung, findet bereits im Rahmen der Aufnahme und der täglichen, zum Teil interdisziplinären, Visiten statt. Im Bedarfsfall können auch jederzeit kurzfristige interdisziplinäre Patientenbesprechungen einberufen werden.

### **Therapeutische Prozesse**

Die diagnosebezogene Therapieplanung für den Patienten richtet sich, unter Rücksichtnahme der speziellen Bedürfnisse, nach dem aktuellen Stand des Wissens und obliegt dem visitenführenden Arzt. Die Therapie wird täglich im Rahmen von unter anderem Morgenbesprechungen, Visiten und Dienstübergaben evaluiert. Ein interprofessionelles und interdisziplinäres Tumorboard ist im Haus etabliert. In den therapeutischen Prozess sind sowohl Ärzte und diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal als auch Mitarbeiter anderer medizinischer Berufsgruppen involviert.

### **Operative Prozesse**

Die OP-Organisation erfolgt nach festgelegten Ressourcenverteilungen auf Basis eines IT-gestützten Planungsprogramms und ist über das OP-Statut geregelt. Die Verantwortung für die Umsetzung des OP-Programms, die Berücksichtigung von Akut- und Notfällen sowie für eine optimale Auslastung der OP-Ressourcen liegt beim OP-Koordinator. Änderungen nach Freigabe des OP-Programms können nur mehr durch diesen durchgeführt werden.

Die Vermeidung bzw. das rechtzeitige Erkennen und Behandeln von Komplikationen wird durch regelmäßige Visiten, exakte Dokumentation und interdisziplinäre Risikobesprechungen erreicht bzw. durch eine adäquate postoperative Überwachung sichergestellt.

### **Visite**

Die Visite ist zentraler Bestandteil der stationären Patientenversorgung und dient als Drehscheibe für interdisziplinäre und multiprofessionelle Abstimmung der diagnostischen und therapeutischen Prozesse. Bei der Visite wird besonders auf die Wahrung der Intimsphäre der Patienten geachtet. Die Dokumentation von Visite, Anordnungen und Patientengesprächen erfolgt in der elektronischen Patientenakte.

## **Entlassungsprozess**

Das strukturierte und systematische Entlassungsmanagement beginnt bereits mit der Aufnahme. Somit wird bereits ab diesem Zeitpunkt auf die entsprechenden therapeutischen Empfehlungen für die Weiterversorgung zu Hause eingegangen. 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 es wird mit allen Patienten ein ärztliches und pflegerisches Entlassungsgespräch geführt. Die Patienten erhalten einen Arztbrief bzw. sämtliche relevante Unterlagen inkl. der erforderlichen Kontrolltermine ausgehändigt.

## **Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung**

Abgeleitet von den Empfehlungen des Ethik-Codex ist die Sterbebegleitung ein wichtiges Anliegen. Patienten werden entsprechend ihrer Werte, ihrem kulturellen Hintergrund und ihren religiösen Bedürfnissen betreut. Bestehende Patientenverfügungen werden in der Patientenakte erfasst und berücksichtigt. Die Möglichkeit einer seelsorgerischen sowie psychologischen Betreuung für Patienten und Angehörige ist jederzeit gegeben. Für Angehörige anderer Konfessionen wird auf Wunsch Kontakt zu einer religiösen Vertrauensperson hergestellt. Im Umgang mit Sterbenden liegt die höchste Priorität in der gesamtheitlichen Betreuung unter Bedachtnahme einer bestmöglichen Symptomkontrolle.

## **Umgang mit Verstorbenen**

Für den Umgang mit Verstorbenen, auch in Hinsicht auf die verschiedenen religiösen Zugehörigkeiten, gibt es entsprechende Standards. Auch die hausinternen Vorgehensweisen bei Spätabort, Totgeburt und Tod nach der Geburt sind schriftlich definiert. Für Verstorbene gibt es im Haus einen eigenen Verabschiedungsraum. Den Angehörigen wird individuell Zeit zum Abschiednehmen gegeben.

## **pCC:**

### **Gewährleistung besonderer Zuwendung und Präsenz für Patienten**

Durch den besonders würdevollen Umgang sollen 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.

Bei der Gestaltung der Stations- und Funktionsbereiche wurde besonders auf eine angenehme, freundliche, der Hospitalität entsprechende Atmosphäre geachtet.

Die Symbole des Ordens sowie der christlichen Kultur sind in allen Bereichen des Krankenhauses präsent.

### **Berücksichtigung ethischer Problemstellungen**

Im ethischen Bereich sind die Vorgaben des Ethik-Codex der Barmherzigen Brüder Österreich in allen Einrichtungen der Provinz verbindlich einzuhalten. Für ethische Fragestellungen und anlassbezogene Ethikkonsile kann ein interdisziplinäres Ethikkomitee kurzfristig einberufen werden. Dadurch soll die ethische Expertise der Mitarbeiter auch im Kontakt mit Patienten und deren Angehörigen sichtbar gemacht sowie ein erheblicher Zugewinn an Transparenz in schwierigen ethischen Fragestellungen erreicht werden.

### **Berücksichtigung der spirituellen bzw. religiösen Dimension von Krankheit und Krankheitsbewältigung**

Die Krankenhauseelsorge ist ein integraler Bestandteil der ganzheitlichen Sorge um das Heil der Menschen und daher ein wesentlicher Pfeiler zur Krankheitsbewältigung. Bereits bei der Anmeldung zur stationären Aufnahme und im Rahmen der pflegerischen Anamnese werden religiöse und spirituelle Bedürfnisse erhoben sowie das seelsorgerische Angebot im Haus allgemein erläutert. Patienten mit nicht-christlich kulturellem und religiösem Hintergrund werden nach Möglichkeit entsprechend ihrer Werte und religiösen Bedürfnisse betreut.

Für Patienten werden unter anderem Gespräche, Gebete, Segensfeiern, Krankensalbung, Kommunionfeier und Gottesdienste in der Krankenhaus-Kapelle angeboten.

### **Sensibilität und Respekt für Patienten mit nicht christlichem kulturellen und religiösen Hintergrund**

Die unserer Arbeit zugrundeliegende Idee der Hospitalität schließt vom Ansatz her Menschen aller Religionen und Weltanschauungen gleichberechtigt ein. Daher steht unser Krankenhaus 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.

### **Sicherstellung einer adäquaten Schmerztherapie**

Die medikamentöse Therapie und eine etwaig erforderliche Schmerztherapie werden im Rahmen der Aufnahme erhoben. Die strukturierte Erfassung des Schmerzes erfolgt im gesamten Haus nach dem VAS-Scoring. Grundsätzlich wird die Schmerztherapie vom jeweiligen Stationsarzt verordnet und angepasst. Bei außergewöhnlichen Schmerzproblemen kann jedoch ein Anästhesist rund um die Uhr kontaktiert werden. Des Weiteren sind hausinterne Leitlinien zur postoperativen Schmerztherapie etabliert.

## **Behandlung und Betreuung von besonderen Personengruppen**

Für Patienten mit einem erhöhten Betreuungsaufwand besteht eine besondere Fürsorgepflicht unter Berücksichtigung des Heimaufenthaltsgesetzes und den Vorgaben des Ordens. Bei Bedarf wird der Sozialdienst hinzugezogen und der Betreuungs- und Versorgungsstatus abgeklärt. Bei der stationären Aufnahme von Personen mit besonderen Bedürfnissen ist die Mitaufnahme einer Bezugsperson und deren Einbeziehung in die Therapieplanung erwünscht. Im Sinne der Hospitalität werden auch Menschen mit besonderem sozialem Betreuungsaufwand in unserem Haus versorgt.

## **Berücksichtigung der besonderen Erfordernisse bei der Behandlung von Kindern**

Das Notfallmanagement im Haus gewährleistet durch die Einbettung der kindgerechten Notfallversorgung eine bestmöglich notfallmäßige Versorgung von Neugeborenen und Kindern, wobei der Zusatz „Kinderherzalarm“ bei der Alarmierung wesentlich ist. Die Behandlung von Kindern ist in unserem Haus grundsätzlich nicht vorgesehen. In Ausnahmefällen wird besonders auf die Einhaltung der Kinderrechte gemäß EACH-Charta geachtet, es wird ein vertrautes Umfeld geschaffen, die Aufklärung erfolgt in verständlicher Sprache und es werden die Eltern bzw. Sorgeberechtigte mit aufgenommen und begleiten das Kind in alle Bereiche.

## **Sicherstellung einer qualifizierten palliativmedizinischen Behandlung**

In unserem Haus steht es an erster Stelle, eine individuelle und angepasste Palliativmedizin/-pflege anzubieten und den Patienten sowie den Angehörigen in jeder möglichen Form zu unterstützen. Auf Wunsch des Patienten werden die seelsorgerische Begleitung sowie ein priesterlicher Beistand sichergestellt. In einem ausführlichen Gespräch werden die Möglichkeiten der Versorgung außerhalb des Krankenhauses aufgezeigt sowie - sofern gewünscht - der Übergang in den häuslichen Bereich durch das mobile, hausinterne Palliativteam begleitet.

## 2 Mitarbeiterorientierung

### KTQ:

#### **Personalbedarf**

Die Personalplanung erfolgt in Abstimmung zwischen der Krankenhausleitung, den zuständigen Führungskräften, der Provinzleitung und dem Land Kärnten unter Berücksichtigung der Provinzvorgaben und der gesetzlichen Vorgaben. Im Rahmen der Budgeterstellung werden einmal jährlich die Wünsche der Abteilungen/Bereiche erhoben und durch die jeweiligen Abteilungsleiter in den Stellenplan eingebracht.

#### **Personalentwicklung**

Die Personalentwicklungsplanung beruht auf der Strategie des Hauses und damit einhergehenden Schwerpunktsetzungen. Für die Personalentwicklung ist die Krankenhausleitung/Führungsebene verantwortlich. In periodischen Mitarbeitergesprächen werden individuelle Ziele vereinbart sowie Wünsche und Bedürfnisse der Mitarbeiter mit den Zielen der Organisation abgeglichen.

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 Weiterbildungen, sofern sie dem beruflichen Fortkommen dienen und dem Interesse und finanziellen Rahmen des Hauses entsprechen, zu besuchen.

Die nötige Qualifikation der Mitarbeiter ist durch gesetzliche Vorgaben geregelt und wird hausintern durch Stellenbeschreibungen ergänzt.

#### **Einarbeitung**

Ziel der Personalintegration ist, dass der neue Mitarbeiter in der dafür vorgesehenen Zeit in seinem neuen Aufgabenbereich zur wechselseitigen Zufriedenheit eingeschult und eingearbeitet ist. Zur Erreichung dieses Ziels kommen Mitarbeiter-Einführungsmappen, diverse Checklisten für die Einarbeitung sowie das regelmäßig stattfindende Mitarbeiter-Einführungseminar zum Einsatz. Die Mitarbeiter werden in den für sie relevanten Abteilungen persönlich vorgestellt. Jedem neuen Mitarbeiter wird ein erfahrener Kollege als Ansprechpartner zugewiesen. Feedbacksysteme ergänzen das Konzept und sollen zusätzlich rasch Rückmeldungen zur kontinuierlichen Verbesserung in der Einarbeitung von neuen Mitarbeitern liefern.

#### **Ausbildung, Fort- und Weiterbildung**

Um den zukünftigen Personalbedarf abdecken zu können, bietet unser Krankenhaus in Kooperation mit den medizinischen Universitäten Graz, Wien und Innsbruck, diversen Fachhochschulen für Gesundheitsberufe und weiteren Bildungseinrichtungen

Ausbildungsplätze für medizinisches Personal sowie für Mitarbeiter im Betriebs- und Verwaltungsbereich an. Der Ausbildungsauftrag wird gemeinsam mit dem Lehrbeauftragten der jeweiligen Ausbildungsstätte umgesetzt.

Für die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter werden sowohl hausinterne als auch externe Fortbildungsveranstaltungen sowie das e-learning Modul CNE angeboten. Die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen wird durch Dienstfreistellungen und gegebenenfalls Kostenersatz vom Haus unterstützt.

### **Arbeitszeiten / Work Life Balance**

Die Arbeitszeitregelungen im Haus basieren auf gesetzlichen Grundlagen, die durch den Kollektivvertrag der geistlichen Krankenanstalten Kärnten sowie die Betriebsvereinbarungen und die Regelungen in den Einzeldienstverträgen ergänzt werden. Für die generelle Dienstplangestaltung ist die Krankenhausleitung verantwortlich. Die Umsetzung obliegt dem jeweiligen Abteilungsvorstand bzw. der jeweiligen Stations-/Bereichsleitung. Im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten wird versucht, die besonderen Wünsche der Mitarbeiter in Bezug auf Arbeitszeiten umzusetzen.

### **Ideenmanagement**

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. Mitarbeiterideen werden in einem eigenem Gremium bearbeitet, evaluiert und einer Lösung zugeführt. Anhand von definierten Kriterien findet eine offizielle Prämierung von Mitarbeiterideen im Rahmen der Johannes-von-Gott Feier im März statt.

### **pCC:**

### **Soziale Verantwortung, Rücksichtnahme und ethische Sensibilität in der Personalführung**

In unseren Führungsgrundsätzen wird ausdrücklich auf die Fürsorgepflicht hingewiesen: „Wir nehmen unsere Fürsorgeverantwortung gegenüber unseren Mitarbeitern wahr.“ Es ist für uns wichtig, die individuellen Stärken und Fähigkeiten der Mitarbeiter zu fördern und auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter einzugehen. Durch das Wiedereingliederungsmanagement, Supervision, Mitarbeitergespräche, Coaching, das ProAktiv Team usw. werden die Mitarbeiter bei der Bewältigung privater und beruflicher Belastungen unterstützt. Durch die verschiedenen Möglichkeiten der Arbeitszeitgestaltung wird auf die Lebensphase der Mitarbeiter eingegangen.

## **Wertschätzung und Anerkennung vermitteln, Verbundenheit fördern**

Motivation und Feedback erfolgt einerseits im Arbeitsalltag und andererseits bei den regelmäßigen Mitarbeitergesprächen durch den jeweiligen Vorgesetzten. Vierteljährlich erscheint die Mitarbeiter-Zeitung gemeinsam mit dem Kooperationskrankenhaus der Elisabethinen Klagenfurt. Im Rahmen von festlich gestalteten Veranstaltungen werden Dienstjubiläen, abgeschlossene Zusatzausbildungen, Ernennungen sowie Mitarbeiterverbesserungsvorschläge gefeiert. Pensionäre werden zu Feiern sowie Betriebsausflügen eingeladen und sind in unserem Haus stets willkommen. Ein langendes Patientenfeedback wird den betroffenen Bereichen übermittelt.

## **Förderung einer durch christliche Werte geprägten sozialen und ethischen Kompetenz**

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

Im Rahmen der Mitarbeiter-einführungsseminare wird auch auf die wesentlichen Kernpunkte der Spiritualität der Barmherzigen Brüder eingegangen. Aus der stetigen Präsenz des Krankenhauseelsorgeteams entwickelt sich das Bewusstsein der Mitarbeiter zum Thema „religiöse Begleitung von Patienten“ auch für verschiedene Konfessionen.

## **Auswahl und Einarbeitung von Führungskräften**

Für die Auswahl von Führungskräften ist die Krankenhausleitung teilweise gemeinsam mit der Provinzleitung verantwortlich. Bei der Übernahme einer leitenden Funktion erhält der Mitarbeiter innerhalb des ersten Monats grundlegende Informationen mit hausspezifischem Gehalt in Form eines schriftlichen Informationspaketes, strukturierter persönlicher Einführungsgespräche und individueller Einschulungen. Auf Provinzebene wurde ein interdisziplinärer Lehrgang für neue Führungskräfte etabliert.

## **Personalgewinnung mit dem Ziel, das christliche Profil der Einrichtung zu sichern und zu stärken**

Das Design der Stellenausschreibungen ist entsprechend dem Corporate Identity zentral vorgegeben und umfasst unter anderem Informationen zur Ordenszugehörigkeit und den Werten der Barmherzigen Brüder. Das Religionsbekenntnis ist bei der Einstellung neuer Mitarbeiter nicht ausschlaggebend. Wesentlich ist jedoch die grundsätzliche Werthaltung, die sich mit den Werten der Hospitalität (christliche Gastfreundschaft) decken muss.

## 3 Sicherheit - Risikomanagement

**KTQ:**

### **Methoden des klinischen Risikomanagements**

Die Analyse von Schwachstellen und Fehlermöglichkeiten ist in allen Abteilungen im Sinne einer bestmöglichen Patientenversorgung ein alltägliches Thema, welches jeden einzelnen Mitarbeiter betrifft. Ziel des klinischen Risikomanagements ist die Identifizierung von Risiken in der Patientenversorgung und deren unterstützenden Prozesse sowie die zweckmäßige Auswahl und Einleitung von geeigneten Maßnahmen zur Risikominimierung. Diese Rahmenbedingungen sind für unser Haus in Form eines Risikomanagement-Handbuches sichergestellt. Schulungen zum Thema Risikomanagement werden hausintern für alle Mitarbeiter angeboten.

### **Eigen- und Fremdgefährdung**

Die Einschätzung einer möglichen Eigen- und Fremdgefährdung erfolgt im Rahmen der ärztlichen und pflegerischen Anamnese und wird in der elektronischen Patientenakte dokumentiert. Sollte Eigen- und Fremdgefährdung vorliegen und nach Abwägen aller zur Verfügung stehenden gelinderen Mittel (z.B. Niederflurbetten, Klingelmatten) eine freiheitsbeschränkende Maßnahme unabdingbar sein, so muss dies gemäß den gesetzlichen Vorgaben erfolgen. Verschiedene Skalen im Haus (z.B. Morse Skala, Braden Skala) helfen Risiken oder Gefährdungen von Patienten (z.B. Sturz, Dekubitus, Mangelernährung) zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten.

### **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.

Verpflichtende Reanimationsschulungen für alle Mitarbeiter sowie regelmäßige Reanimationsfortbildungen mit dem Schwerpunkt Neugeborenenversorgung werden durchgeführt. Die Qualifikation von Mitarbeitern als Notarzt wird vom Haus unterstützt.

### **Organisation der Hygiene**

Die Verantwortung, Befugnisse und Aufgaben der Krankenhaushygiene sind in der Kärntner Krankenanstaltenordnung geregelt. Das Hygieneteam ist als Stabsstelle der Kollegialen Führung die koordinierende Stelle für alle Belange der Hygiene im Krankenhaus, hat eine beratende Funktion und untersteht fachlich dem ärztlichen Direktor. Das Hygienekernteam, bestehend aus der Hygienebeauftragten Ärztin und der akademisch geprüften Expertin in der Krankenhaushygiene, wird in alle

Hygienebelange eingebunden. Die Einhaltung der geregelten Abläufe wird durch Hygienevisiten, Vor-Ort-Begehungen sowie Hygienechecks durch die Hygieneteammitglieder und die Hygienekontaktpersonen auf der Station geprüft.

### **Hygienerelevante Daten, Infektionsmanagement**

Interne und externe Meldewege für Infektionen sind in hausinternen Verfahrensanweisungen geregelt und umfassen meldepflichtige und zu isolierende Erkrankungen sowie den Verdacht einer postoperativen Wundinfektion. Die meldepflichtigen Erkrankungen werden vom stationsführenden Facharzt schriftlich, unter Verwendung der entsprechenden Formulare, an die zuständige Behörde und den ärztlichen Direktor gemeldet. Über den Infektionsmeldebutton erfolgt die Meldung an die Krankenhaushygiene.

Das Ausbruchmanagement bei Infektionen ist durch klare Verfahrensanweisungen und Checklisten geregelt. Die Keim- und Resistenzstatistiken werden mindestens einmal jährlich erstellt und den Führungskräften und verantwortlichen Fachexperten übermittelt.

### **Arzneimittel**

Die Arzneimittelversorgung der Patienten wird über die Anstaltsapotheke des Kooperationspartners Krankenhaus der Elisabethinen in Klagenfurt gewährleistet. 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 jeder Aufnahmeanamnese. Arzneimittelumstellungen auf bevorratete Arzneimittel erfolgen mit Hilfe entsprechender Austauschlisten bzw. anhand von Datenbanken. Ebenso besteht die Möglichkeit ein pharmakologisches Konsil in Anspruch zu nehmen. Stationsbegehungen werden durch Pharmazeuten des Kooperationskrankenhauses der Elisabethinen Klagenfurt durchgeführt.

### **Labor- und Transfusionsmedizin**

Das Labor in unserem Haus ist ein Teil der „LAB GROUP“ und als dieses nach ISO 9001:2015 zertifiziert. In Zusammenarbeit mit dem Labor der Elisabethinen Klagenfurt wird beinahe das gesamte Spektrum an Laboranalysen für die klinischen Abteilungen und Ambulanzen abgedeckt. Für andere Analysen bestehen weitere Kooperationen mit anderen Laboren.

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.  
Alle relevanten Arbeitsprozesse sind durch interne Standards geregelt. Zusätzlich werden regelmäßig interne und externe Audits durchgeführt. Die patienten- und chargenbezogene Dokumentation wird im Blutdepot elektronisch erfasst. Regelmäßig werden vom Blutdepotleiter Schulungen über die hausinterne Handhabung von Blut- und Blutprodukten durchgeführt.

## **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, welcher für die Schulung von Mitarbeitern verantwortlich ist, festgelegt. Prinzipiell sind Medizinprodukte im Haus nach Gebrauchsanweisung zu verwenden. (Beinahe-)Vorkommnisse müssen laut bestehender Verfahrensanweisung von allen Anwendern eines Medizinproduktes dem ärztlichen und technischen Leiter gemeldet werden. Vorgeschriebene Prüfintervalle und durchgeführte Prüfungen werden vom Technischen Sicherheitsbeauftragten dokumentiert und monitiert.

## **Arbeitsschutz**

Die gemäß Arbeitnehmerschutzgesetz vorgeschriebenen Präventivdienste, wie Sicherheitsfachkraft und Arbeitsmediziner sowie der laut Krankenanstaltengesetz vorgeschriebene technische Sicherheitsbeauftragte sind bestellt. Zusätzlich gibt es eine zahlenmäßig geregelte Anzahl von Sicherheitsvertrauenspersonen, einen Brandschutz- und Strahlenschutzbeauftragten, akademisch geprüfte Expertin in der Krankenhaushygiene sowie regelmäßige Sitzungen des Arbeitsschutzausschusses. Die Sicherstellung der arbeitsmedizinischen Anforderungen erfolgt durch ein externes Institut sowie der Sicherheitsfachkraft. Die Mitarbeiter sind über den Arbeitsschutz laut Arbeitnehmerschutzgesetz entsprechend informiert. Arbeitsplatzbegehungen finden regelmäßig statt. Die Betriebsanweisungen zum Umgang mit Gefahrenstoffen und biologischen Arbeitsstoffen stehen den Mitarbeitern zur Verfügung.

## **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 verfügbar. Aufbauend auf dem vorhandenen Brandschutzkonzept sind im gesamten Haus Flucht- und Rettungswegpläne veröffentlicht. Neue Mitarbeiter werden im Zuge des Mitarbeiter-einführungsseminars 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.

## **Datenschutz**

Die Organisation des Datenschutzes und die wesentlichen Regelungen inkl. Handlungsanweisungen für Mitarbeiter sind in einer provinzweiten „Richtlinie Datenschutz“ zusammengefasst. Provinzweit sowie auf Hausebene wurden eigene Datenschutzkoordinatoren benannt, welche für die Umsetzung von Datenschutzmaßnahmen verantwortlich und Ansprechperson für alle datenschutzrechtlichen Belange sind. Um die Mitarbeiter in allen Bereichen zu diesem Thema zu sensibilisieren, werden verpflichtende Schulungen zum Thema Datenschutz und IT-Security angeboten. Eine provinzweite Arbeitsgruppe ist für die kontinuierliche Weiterentwicklung und die Erarbeitung einheitlicher Standards zum Datenschutz verantwortlich.

## **Umweltschutz**

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

## **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. Verantwortlich für die Belange des Katastrophenschutzes sind der Katastrophenschutzbeauftragte und sein Stellvertreter.

## **Ausfall von Systemen**

Um für etwaige Ausfälle von Systemen entsprechend Vorkehrungen treffen zu können, wurden im "Handbuch für besondere Vorfälle" Notfallkonzepte für sämtliche technische Szenarien erstellt. In diesem sind die Verantwortlichkeiten intern sowie extern klar geregelt und in entsprechenden Checklisten nachvollziehbar dargestellt. Bei technischen Anlagen, welche über die zentrale Leittechnik verwaltet werden, werden Störungen in der Regeldienstzeit direkt an das Technikpersonal übermittelt. Außerhalb dieser erfolgt die Störmeldung an die technische Rufbereitschaft. Weiters wurden auf allen Pflegestationen Experten für den Bereich Umwelt-, Brand- und Katastrophenschutz installiert.

Für IT-Ausfälle gibt es ein eigenes Notfallkonzept, welches auch durch die IT-Mitarbeiter im Störungsdienst betreut wird.

**pCC:**

### **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 umfassendes Risikomanagement aufgebaut.

Um den besonderen Erfordernissen im Umgang mit Neugeborenen und Kindern zu entsprechen, werden in unserem Haus die Grundsätze der „European Association for Children in Hospital“ Charta eingehalten.

Über das hausinterne CIRS-Meldetool hinaus werden (Beinahe-)Fehler im Rahmen bestehender Besprechungsstrukturen interdisziplinär besprochen.

### **Berücksichtigung des Datenschutzes**

Die Werke der Barmherzigen Brüder Österreich unterliegen als Einrichtungen der katholischen Kirche neben dem allgemeinen auch dem kirchlichen Datenschutzrecht. Daher obliegen die Agenden des Datenschutzbeauftragten nach Art 37ff DSGVO für die Einrichtungen der Barmherzigen Brüder Österreich dem Datenschutzbeauftragten der Katholischen Kirche Österreich. Zur Sicherstellung der Umsetzung der kirchlichen Datenschutzregelungen werden im Rahmen der provinzweiten Arbeitsgruppensitzungen aller Datenschutzkoordinatoren einheitliche Standards für diverse Vorgehensweisen (z.B. Datenübermittlung, Einverständniserklärungen, Auskunftsbegehren) entwickelt und der Provinzleitung zur Freigabe vorgelegt.

Die Wahrung der Intimsphäre der Patienten ist ein wesentlicher Bestandteil der Patientenrechte und wird daher besonders geachtet. Um die Intimsphäre der Patienten während des gesamten Behandlungsprozesses zu wahren, finden Untersuchungen und Befundbesprechungen nach Maßgabe der räumlichen Ressourcen in abgeschlossenen Räumlichkeiten statt. Alle medizinischen Mitarbeiter sind angehalten, die Privatsphäre eines jeden Patienten zu ermöglichen. Des Weiteren ist jeder Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet.

## 4 Informations- und Kommunikationswesen

### KTQ:

#### **Netzwerkstruktur und Datensysteme**

Die Informations- und Kommunikationstechnologie beruht auf dem Strategiekonzept der Provinz der Barmherzigen Brüder Österreichs. Die Datensicherheit im Sinn von ungestörtem Zugriff durch berechtigte Personen auf die relevanten Daten, sowie die Zuordnung der Dokumente zu den richtigen Patienten steht dabei an erster Stelle. Zur Zugriffsregelung dient ein entsprechendes Berechtigungssystem. Die externe Datensicherung durch das Rechenzentrum in Eisenstadt inkl. 2. Backup minimiert das Risiko eines Datenverlustes. Bei Verbindungsproblemen oder Ausfall der externen Server sind die meisten Daten weiterhin zugänglich bzw. einzelne Regionen des IT-Netzwerkes ohne Verbindung nach außen lauffähig. Der Zugriff von Schadsoftware wird durch stets aktuelle Virus-/Malwareprogramme und Firewall verhindert. In Kärnten sind Zugriffe auf die Daten von Patienten der Kärntner Krankenhäuser über den Informationsverbund möglich, österreichweit über ELGA.

#### **Klinische Dokumentation**

Die Verantwortlichkeit zur Führung der Patientendokumentation ist in der Kärntner Krankenanstaltenordnung geregelt und wird in unserem Haus gesetzeskonform umgesetzt. Die gesamte Dokumentation erfolgt interdisziplinär und interprofessionell. Die Erfassung, Führung und Dokumentation des Behandlungsverlaufes bis zum Entlassungsmanagement erfolgt rein elektronisch. Jegliche externe oder papiergebundene Befunde im Haus werden eingescannt und der zugehörigen elektronischen Patientenakte zugeordnet. Zugriffe, Änderungen bzw. Erfassungen der elektronischen Patientendokumentation sind personenbezogen im Historisierungsprotokoll nachvollziehbar.

#### **Verfügbarkeit und Archivierung**

Die zeitnahe Verfügbarkeit von Patientendaten ist über das elektronische Krankenhausinformationssystem rund um die Uhr gegeben. Bei Wartungen und Ausfällen kann auf ein Offline-System zurückgegriffen werden. Die Archivordnung regelt den Umgang mit archivierten Patientendaten. Digitale Akten sind im KIS dauerhaft archiviert und jederzeit einsehbar. Papierakten werden über die jeweiligen Sekretariate archiviert und bei Bedarf aus dem Archiv geordert.

#### **Information der Unternehmensleitung**

Informationen von extern werden der Gesamtleitung und der Kollegialen Führung durch Medieninformationen und Kooperationspartner, wie z.B. Ärztekammer,

Arbeitsgemeinschaft Ordensspitäler Österreich, Kärntner Gesundheitsfonds, der zuständigen Rechtsanwaltskanzlei sowie durch regelmäßige Treffen der Mitglieder der Kollegialen Führung aller Einrichtungen der Barmherzigen Brüder Österreichs weitergegeben.

Die interne Informationsweitergabe erfolgt entsprechend dem Organigramm über die Führungskräfte an die jeweiligen Mitarbeiter. Weiters werden Besprechungen, Kommissionen, Mitarbeiterinformationsveranstaltungen und diverse Kommunikationsmedien zur Informationsweitergabe genutzt.

### **Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang**

Wichtige Informationen werden primär via E-Mail, Intranet und über die Mitarbeiter App "Lolyo" den Mitarbeitern zur Kenntnis gebracht. Die jeweiligen Vorgesetzten sind für die Weiterleitung der Information an ihre Mitarbeiter verantwortlich.

Informationsveranstaltungen zu bestimmten Themen sowie berufsgruppenspezifische als auch berufsgruppenübergreifende Besprechungen werden durchgeführt. Eine gemeinsame Mitarbeiterzeitung mit dem Kooperationskrankenhaus der Elisabethinen Klagenfurt dient ebenso der Informationsweiterleitung. Als weitere Informationsstelle für Patienten und Besucher dient der Empfangsbereich, welcher die Portierloge, die administrative An-/ Abmeldung sowie einen Wartebereich mit Sitzgruppen und das Café Granatapfel umfasst.

## 5 Unternehmensführung

### KTQ:

#### **Philosophie/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 den Ordensdokumenten „zusammenFühren“ und „zusammenWirken“ werden die Ziele der Einrichtung mit Blick auf den Sendungsauftrag und die Stellung zu den Mitarbeitern dargelegt. Im Rahmen von Klausurtagungen wird die Strategie des Hauses evaluiert und bildet somit die Grundlage für die Entwicklung unseres Hauses.

#### **Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen**

Im Rahmen einer interdisziplinären und interprofessionellen Arbeitsgruppe auf Provinzebene fand 2012 die Entwicklung von Führungsgrundsätzen für alle Einrichtungen in Österreich statt. Diese Grundsätze dienen als verbindlicher Orientierungsrahmen und fließen in alle neun Instrumente der Führung mit ein. Ebenso wurde provinzweit ein neues Führungskräfte-Entwicklungskonzept erarbeitet, dessen erster Lehrgang im Jahr 2017 offiziell startete. Führungskräfte aus unserem Haus nehmen regelmäßig an dieser Fortbildung teil. Die Krankenhausleitung ist bestrebt, durch die Einhaltung der Führungsgrundsätze, die Integration der einzelnen Mitarbeiter zu forcieren und Aktivitäten, zur Förderung eines guten Betriebsklimas zu unterstützen.

#### **Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung**

Die Ziele und Verantwortlichkeiten zu ethischen und weltanschaulichen Themen ergeben sich aus den grundsätzlichen Ordensdokumenten, dem Wirken der Ordensgemeinschaft über die Jahrhunderte und dem besonderen Auftrag eines Ordenskrankenhauses. Im ethischen Bereich sind die Vorgaben des Ethik-Codex, die Charta der Hospitalität und das Provinzkapiteldokument einzuhalten. Ein hausinternes Ethikkomitee kann bei ethisch-problematischen Themen von jedem Mitarbeiter einberufen werden.

Das im Haus vorhandene Seelsorgekonzept geht auf die religiösen Bedürfnisse, unabhängig der Konfession ein. Durch das Seelsorgeteam und den Pastoralrat wird im Bereich der spiritueller-religiöser Bedürfnisse ein entsprechendes Angebot geschaffen.

#### **Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement**

Das Marketingkonzept sowie die Öffentlichkeitsarbeit erfolgen einerseits auf Provinzebene und andererseits auf Hausebene. Die Stelle Öffentlichkeitsarbeit der

Provinzverwaltung ist für die interne und externe Kommunikation verantwortlich und setzt Maßnahmen zur zentralen Markenbildung und Wertekommunikation in Abstimmung mit der Provinzleitung um. Auf Hausebene obliegt die Verantwortung der Krankenhausleitung. Die Öffentlichkeitsarbeit wird in Abstimmung mit dem Kooperationshaus EKH und einer externen PR-Agentur sichergestellt. Die Kommunikation im Zusammenhang mit kritischen Situationen ist in einer Leitlinie festgelegt.

## **Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung**

Als öffentliches Krankenhaus unterliegen wir der Gesundheitsplanung durch das Land Kärnten und sind in diesen Prozess eingebunden. In dem, im Jahr 2019 veröffentlichten regionalen Strukturplan Gesundheit Kärnten 2025 sind sowohl die Fächerstruktur als auch die Bettenanzahl definiert, welche die Grundlage der weiteren Zielplanung bilden. Aufbauend auf diesen wurde ein Strategiepapier für unser Krankenhaus und die einzelnen Abteilungen erstellt und vom Provinzdefinitorium genehmigt. Dieses genehmigte Strategiepapier bildet die Grundlage für die operative Zielplanung und Budgeterstellung. In den Zielvereinbarungsgesprächen mit den Abteilungsleitern werden die Ziele für die jeweilige Abteilung besprochen. In der Pflege werden die, durch die Provinz geplanten österreichweiten Ziele und Maßnahmen auf die einzelnen Arbeitsbereiche in den Häusern herunter gebrochen und mit den Stations- und Bereichsleitungen festgelegt.

## **Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement**

Die Rahmenbedingungen für die kontinuierliche Weiterentwicklung eines umfassenden kaufmännischen Risikomanagements in unserem Haus sind durch eine einheitliche Risikopolitik, Risikostrategie und Risikoziele sichergestellt. Die Vorgaben und Ziele sowie der Ablauf sind in Form eines Risikomanagement-Handbuches schriftlich definiert und jedem Mitarbeiter zugänglich. Die Verantwortung für das kaufmännische Risikomanagement obliegt der Kaufmännischen Direktion. Hauptziel der kaufmännischen Steuerung ist es, den genehmigten Voranschläge inkl. der gesetzlichen Betriebsabgangsdeckungsvereinbarung einzuhalten. Es wird besonders geachtet, die zur Verfügung stehenden Mittel effizient unter Berücksichtigung einer bestmöglichen Patientenbetreuung einzusetzen.

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

Bei unseren Kooperationspartnern wird in erster Linie darauf geachtet, dass neben wirtschaftlichen Aspekten sowie der Kompatibilität mit dem Leistungsspektrum vor allem die Ziele und Wertvorstellungen der BBR verwirklicht sind. Ein wesentlicher Kooperationspartner ist das EKH. Grundsätzlich wird die Schriftlichkeit der Vereinbarungen angestrebt bzw. durch Zertifizierungen sichergestellt. Bei der Wahl von Kooperationspartnern im Bereich der medizinischen und sekundären Leistungserbringung wird insbesondere der Qualitätsaspekt berücksichtigt.

## **Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien**

Die Organisationsstruktur im Bereich der Krankenhausleitung ist durch die Eigentümer bzw. gesetzliche Vorschriften geregelt. Durch den, vom Land Kärnten zu genehmigenden Dienstpostenplan des Hauses wird auf Sparsamkeit und Effizienz besonderer Wert gelegt. Die Mitglieder der Krankenhausleitung erhalten Stellenbeschreibungen gemäß Provinzkapiteldokument. Alle Bereiche des Hauses sind einem Direktoriumsmitglied unterstellt. Durch Stellenbeschreibungen, Einzeldienstverträge bzw. aus berufsrechtlichen Gesetzen abgeleitete Vorschriften sind die Aufgaben und Kompetenzen der Mitarbeiter eindeutig festgelegt. Die Organisation ist in Form eines Organigramms dargestellt.

## **Innovation und Wissensmanagement**

Bei regelmäßigen Sitzungen der Kollegialen Führung werden in verschiedenen Bereichen Ideen und Vorschläge eingebracht und mögliche Handlungsfelder bearbeitet. Weiters ist ein Mitarbeitervorschlagswesen eingeführt. Neue Behandlungsmethoden und Geräteinvestitionen sind im Rahmen der Budgetbesprechungen mit der Krankenhausleitung und dem Zentraleinkauf zu evaluieren. Im Sinne der Patientenorientierung bemühen wir uns, aktuelle Entwicklungen vorzusehen und in unserem Haus im Sinne von bewährten Methoden umzusetzen. Im Zuge von provinzwweiten Sitzungen wird ein intensiver Austausch von Projekten im Bereich Innovationen, Veränderungsmanagement und Organisationsentwicklung umgesetzt. Einen wichtigen Aspekt zum Thema Wissensmanagement stellt die Informations- und Wissensplattform roXtra dar, welche als wesentliche Informationsquelle provinzwweit genutzt wird.

### **pCC:**

## **Entwicklung und Pflege einer christlichen Unternehmenskultur**

Der Provinz- und Krankenhausleitung ist es ein Anliegen, den Auftrag des Ordens an die Mitarbeiter weiterzugeben. In den Ordensdokumenten 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 provinzwweiten Schulungen trägt der hauseigene Pastoralrat in Zusammenarbeit mit der Seelsorge wesentlich zur Gestaltung der christlichen Unternehmenskultur bei.

## **Nachhaltigkeit in der Unternehmensführung**

Die Unternehmenspolitik unseres Hauses ist stark von politischen und gesundheitsplanerischen Vorgaben wie z.B. dem Österreichischen und Regionalen Strukturplan beeinflusst. Im Rahmen von regelmäßigen Klausurtagungen werden die Strategien der einzelnen Häuser im Hinblick auf die Vorgaben des Landes und der Provinz evaluiert und zukünftige Strategien und Synergien aus der Leistungsplanung entwickelt und

abgestimmt. Für die zukünftige Ausrichtung spielt die Unternehmensphilosophie mit ihren Visionen eine zentrale Rolle.

## 6 Qualitätsmanagement

### KTQ:

#### **Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements**

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 die Umsetzung und Weiterentwicklung eines umfassenden Qualitätsmanagements in unserem Krankenhaus. Verantwortlich hierfür sind die Krankenhausleitung, die Qualitätssicherungskommission sowie die Stabsstelle Qualitätsmanagement. Die Qualitätssicherungskommission fungiert als zentrale Stelle für die Überwachung aller qualitätsrelevanten Aktivitäten im Haus und setzt sich aus Mitgliedern verschiedenster Berufsgruppen zusammen. Ebenso weist das Haus eine Vielzahl an Spezialzertifizierungen bzw. Auszeichnungen auf.

#### **Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung**

Die Prozesse des Hauses wurden identifiziert und sind in einer Prozesslandkarte dargestellt. Im Mittelpunkt unseres Kernprozesses steht die ambulante und stationäre Patientenversorgung. 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.

Die Planung, Steuerung und Kontrolle der Prozesse obliegt der jeweiligen Abteilungs-/Bereichsleitung bzw. bei abteilungsübergreifenden Prozessen dem Gesamtleiter und dem jeweiligen Mitglied der Kollegialen Führung. Als Grundlage für die Prozessplanung und -steuerung werden neben ökonomischen auch pflegerische und medizinische Kennzahlen herangezogen.

#### **Patientenbefragung**

Es ist besonders wichtig, dass der Wert eines Patientenfeedbacks als Chance zur Verbesserung erkannt wird. Patientenbefragungen für stationäre und ambulante Patienten finden hausintern kontinuierlich und stichprobenartig statt. Die Transparenz der jeweiligen Ergebnisse ist durch Präsentation der Auswertungen in Sitzungen, Vorstellung bei diversen Teambesprechungen und Veröffentlichung im Intranet und Internet gegeben. Der Prozess der hausinternen kontinuierlichen Patientenbefragung wird zentral durch das Qualitätsmanagement bearbeitet.

#### **Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen**

Feedback externer Gesundheitseinrichtungen wird primär in persönlichen Gesprächen generiert. Zu diesem Zweck werden diverse Fortbildungen und Informationsveranstal-

tungen wie z.B. Zuweiserevent durch unser Haus angeboten. Die Ergebnisse der Rückmeldungen werden in den betreffenden Gremien besprochen und Maßnahmen für mögliche Verbesserungen eingeleitet. Des Weiteren werden strukturierte Zuweiserbefragungen sowohl auf Gesamthausebene als auch in den zertifizierten Zentren durchgeführt. Die Ergebnisse dienen der Optimierung und zukunftsgerichteten Gestaltung des bisherigen Zuweisermanagements. Einen weiteren wichtigen Bestandteil für die Zusammenarbeit stellt der Zuweisernewsletter dar.

### **Mitarbeiterbefragung**

Eine anonyme Mitarbeiterbefragung wird für alle Einrichtungen der Österreichischen Ordensprovinz von einem unabhängigen Institut im 3-Jahres-Rhythmus durchgeführt. In Abstimmung mit der Hausleitung und dem Betriebsrat können zusätzliche, haus-spezifische Fragen definiert werden. In der Personalmanagement-Übersicht ist die Mitarbeiterbefragung ein fixer Bestandteil im Teilbereich des Mitarbeitermarketings. Die Kommunikation der Ergebnisse wird durch Informationsveranstaltungen, Team-besprechungen und persönliche Gespräche sichergestellt. Weiters stellen die Befragungsergebnisse einen fixen Bestandteil der Strategieklausur dar. Ein entsprechendes Maßnahmenpaket aus den abgeleiteten Verbesserungen wird von der Kollegialen Führung geschnürt.

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

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. Die Bearbeitung wird je nach Problemstellung und Dringlichkeit in der jeweiligen Hierarchieebene bzw. interdisziplinär durchgeführt und erforderliche Maßnahmen werden eingeleitet.

### **Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren**

Für die Erhebung und Nutzung qualitätsrelevanter Kennzahlen sind die Mitglieder der Krankenhausleitung und die Primarii in ihrem jeweiligen Bereich verantwortlich. Empfehlungen von Fachverbänden und Fachgesellschaften werden im Sinne eines Arbeitens nach „state of the art“ berücksichtigt. Grundsätzlich wird zwischen interner (Befragungsroutinen, interne Audits, CIRS etc.) und externer Qualitätssicherung (A-IQI, Herniamed, externe Zertifizierungsaudits etc.) unterschieden. Das österreichische Qualitätssicherungsgesetz bildet die Grundlage für die externe Qualitätssicherung.

## 7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus

**pCC:**

### **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. Besonderheit unseres Hauses ist die, alle Arbeitsbereiche durchdringende spirituelle Grundlage des Ordens der Barmherzigen Brüder, die Hospitalität nach dem Vorbild des heiligen Johannes von Gott. 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.

### **Strukturelle Rahmenbedingungen und Organisation der Seelsorge**

Um eine gute seelsorgerische Arbeit zu gewährleisten, stellt das Krankenhaus entsprechende räumliche und budgetäre Mittel zur Verfügung. Der Umgang mit kranken Menschen erfordert beim seelsorgerisch Tätigen neben der immanenten theologischen Ausbildung auch Kenntnisse im Sinne einer, an den speziellen Bedürfnissen des kranken Menschen ausgerichteten Empathie, einer Fähigkeit zur Selbstreflexion und einer psychischen Belastbarkeit. Da sich die Seelsorge auf Basis des menschlichen Miteinanders orientiert, ist die Qualitätssicherung in diesem Bereich anders zu bewerten. Sie orientiert sich an christlichen Werten, die eine überdauernde Gültigkeit für sich beansprucht und daher vordergründig, nicht nur an einer aktuellen Nachfrage.

### **Angebote der Seelsorge**

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

## **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 und Sakramentenspendungen zur Verfügung. Die Zusammenarbeit von Krankenhaus und ehrenamtlichen Mitarbeitern gestaltet sich außerordentlich 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

**pCC:**

### **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. Diese fungieren einerseits als „Praxisanleiter“, aber auch als Ansprechperson für diverse Anliegen.

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

### **Förderung ehrenamtlichen, bürgerschaftlichen und ideellen Engagements**

Entsprechend den Ordensdokumenten ist die christlich-ethische Orientierung des Hauses in einer herzlichen und aufrichtigen Atmosphäre spürbar. Um diese Atmosphäre auch in Zukunft sicherzustellen, sind wir bemüht ehrenamtliche Tätigkeiten zu integrieren und zu fördern. Im Rahmen der Selbsthilfegruppen und der Krankenhauseelsorge sind Mitarbeiter des Hauses ehrenamtlich tätig. Im Bereich der Krankenhauseelsorge erhalten ehrenamtliche Mitarbeiter eine entsprechende Ausbildung der Diözese, welche sich an den Werthaltungen der Nächstenliebe und Unterstützung in Krisensituationen orientiert.

## 9 Trägerverantwortung

### **pCC:**

#### **Vorgaben und Beiträge des Trägers zur Strategie und Ausrichtung des Unternehmens**

Der Orden der Barmherzigen Brüder nimmt als Träger starken Einfluss auf die strategische Ausrichtung des Krankenhauses. Das Ziel des Ordens und des Krankenhauses ist die bestmögliche Versorgung des Patienten. In diesem Sinne entwickeln die Häuser, im Rahmen von regelmäßigen Strategiemeetings, in Absprache mit der Ordensprovinz ihr Leistungsangebot und ihre Schwerpunkte. In jährlichen Abteilungszielgesprächen wird die Umsetzung der Strategie überprüft und konkrete Ziele für das kommende Jahr werden festgelegt.

#### **Vorgaben für die operative 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 die Richtlinien für das Quadriennium 2018-2022. Neue Beschlüsse und Grundsätze für die Ordensspitäler werden in den Generalkapiteln 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.

#### **Personalverantwortung des Trägers für die obersten Führungspositionen**

Es gibt vom zentralen Personalmanagement in der Provinzleitung erarbeitete Richtlinien für das Vorgehen bei der Nachbesetzung von obersten Führungspositionen. Weiters sind in speziellen Bereichen die gesetzlichen Vorgaben einzuhalten. Bei der Besetzung oberster Führungspositionen fällt die Personalentscheidung im Definitorium. Als Vertreter vor Ort ist der Pater Prior bzw. Rechtsträgervertreter für die Begleitung oberster Führungskräfte zuständig.

Zusätzlich wurden zur Förderung und Begleitung dieser provinzwerte Treffen eingerichtet, in denen sowohl Informationsaustausch als auch Fortbildungen stattfinden und das Zusammengehörigkeitsgefühl gestärkt wird.

#### **Wahrnehmung der Aufsichtsverantwortung**

Die Umsetzung der Corporate Governance-Prinzipien wird durch die gesetzlichen Bestimmungen sowie durch die Generalstatuten bzw. den davon abgeleiteten Ordensrichtlinien und Trägervorbehalten geprägt. 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 der Gesamtleiter im Beisein eines entsandten Ordensvertreter führen zu einem kontinuierlichen Kontakt zwischen Krankenhaus- und Provinzleitung. Zusätzlich finden periodisch Visitationen durch den Provinzial der Österreichischen Ordensprovinz (alle 4 Jahre) und einen Generalrat der Generalkurie Rom (alle 6 Jahre) statt.