



**BARMHERZIGE BRÜDER  
KRANKENHAUS EISENSTADT**

## **proCum Cert-QUALITÄTSBERICHT**

zum pCC Katalog 7.0\_2015 und KTQ Katalog 2015 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
<b>Anschrift:</b>	Johannes von Gott Platz 1 A – 7000 Eisenstadt
<b>Ist zertifiziert nach proCum Cert inklusive KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer:</b>	2020-1309-A-EISE-11-K-002829
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft, Frankfurt am Main
<b>Gültig vom:</b>	16.05.2020
<b>bis:</b>	15.05.2023
<b>Zertifiziert seit:</b>	16.05.2014

## Inhaltsverzeichnis:

Vorwort der proCum Cert .....	3
Vorwort der KTQ® .....	4
Vorwort der Einrichtung.....	6
Die Kategorien.....	8
1 Patientenorientierung.....	9
2 Mitarbeiterorientierung .....	13
3 Sicherheit und Risikomanagement.....	16
4 Informations- und Kommunikationswesen .....	19
5 Unternehmensführung.....	21
6 Qualitätsmanagement .....	24
7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus .....	26
8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft.....	27
9 Trägerverantwortung.....	28

## 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 Rettungsdiensteinrichtungen.

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

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

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- Sicherheit - Risikomanagement,
- das 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 Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

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

Auf Grund des positiven Ergebnisses der 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 § 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 **Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt** 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

**Dr. med. G. Jonitz**

Für die Bundesärztekammer

**F. Wagner**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung

Sehr geehrte Leserinnen und Leser, liebe Patienten und Angehörige,  
Wir freuen uns, dass Sie sich für unser Krankenhaus und unsere Arbeit interessieren.

Das **Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt** ist ein Ordensspital und allgemein öffentliches Krankenhaus.

Das Lebensmotto des Ordensstifters, des hl. Johannes von Gott (1495-1550) war "**Gutes tun und es gut tun**". Das Selbstverständnis und Fundament des Ordens der Barmherzigen Brüder beruht auf der Hospitalität („Gastfreundschaft“), die in den vier Grundwerten *Qualität, Respekt, Verantwortung* und *Spiritualität* im Alltag in den Einrichtungen des Ordens erfahrbar werden soll.

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder wurde 1760 durch den Stiftungsbrief von Fürst Paul II. Anton Esterházy, für die Apotheke\*, die Kirche und das Hospital mit 8 Betten, gegründet.



Heute ist das Krankenhaus mit zehn Fachabteilungen, einem Röntgeninstitut sowie der öffentlichen Apotheke\* als Schwerpunktkrankenhaus, für die Versorgung der Nordregion des Burgenlandes und damit ein zentraler Partner in der Gesundheitsversorgung des Burgenlandes und wichtiger Arbeitgeber in der Region.

Im Krankenhaus sind rund 1200 Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen beschäftigt und betreuen jährlich etwa 23.000 stationäre Patienten. Die Zahl der ambulanten Frequenzen lag im vergangenen Jahr bei etwas mehr als 207.029. Für die Patienten, Besucher und Mitarbeiter steht ein Parkdeck mit rund 600 Stellplätzen zur Verfügung.

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt steht neben moderner Ausstattung und Freundlichkeit der Mitarbeiter, für hohe medizinische Kompetenz in den verschiedensten Bereichen der Medizin, auch über die Grenzen der Versorgungsregion des Nordburgenlandes hinaus.

Im Rahmen des vielfältigen Angebots der Seelsorge, stehen den PatientInnen die neu gestaltete, farbenfrohe Krankenhauskirche und die barocke Konventkirche, als Gebetsraum und Gottesdienstraum zur Verfügung.

In den medizinischen Abteilungen der Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädie und Traumatologie, Kinder- und Jugendheilkunde inkl. Früh- und Neugeborene, Innere Medizin, Neurologie inkl. Stroke Unit, RehaB und RehaC (Spezialbereich für die Behandlung von Schlaganfallpatienten), Psychiatrie und Psychotherapie, Anästhesie und Intensivmedizin, Hals-Nasen-Ohren und dem Röntgeninstitut, wird eine ganzheitliche, auf die PatientInnen ausgerichtete Versorgung angeboten.

Im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt besteht die Möglichkeit, Operationen je nach Invasivität und Leistungskatalog auch im Rahmen einer tagesklinischen Aufnahme zu absolvieren.

Wir sind in der Region mit den medizinischen, pflegerischen und öffentlichen Einrichtungen sowie auch mit den Einrichtungen der Barmherzigen Brüder gut vernetzt wie z.B. durch die gemeinsame Akutversorgung des Myokardinfarktes in der Versorgungsregion Ost oder durch die gemeinsame kinderpsychiatrische Versorgung im Zentrum für Seelische Gesundheit für Kinder und Jugendliche des Nord- und Mittelburgenlandes. Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, Pflegeeinrichtungen usw. erfolgt unter anderem auch bei der Überleitung der PatientInnen vom Krankenhaus nach Hause oder in andere Betreuungseinrichtungen.

Um die hohe Qualität der Patientenversorgung aufrecht zu erhalten und laufend weiter zu entwickeln, bedarf es einer stetigen Überprüfung der Arbeitsabläufe. Um die professionelle Umsetzung auch extern überprüfen und bestätigen zu lassen, haben wir uns für die Zertifizierung nach dem Qualitätsmanagementverfahren pCC-KTQ inkl. Risikomanagement entschieden.

Hospitalität im Sinne der Barmherzigen Brüder ist die uneingeschränkte, fachlich kompetente und christliche Gastfreundschaft. Daran orientieren wir uns auch heute in der Versorgung der uns anvertrauten Patienten.

Robert Maurer, MSc MBA



Gesamtleiter

\* Die Apotheke ist nicht Bestandteil dieser Zertifizierung.

# Die Kategorien

# 1 Patientenorientierung

*In diesem Bericht wird zum Teil auf eine geschlechtsneutrale Schreibweise verzichtet, um die Lesbarkeit zu erleichtern. In diesen Fällen gilt die entsprechende Bezeichnung auch für das jeweils andere Geschlecht.*

## KTQ:

### Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Auf Grund seiner zentralen Lage ist das Krankenhaus für den Individualverkehr sehr gut erreichbar. Die genaue Lage sowie der Anfahrtsplan sind auf der öffentlichen Webseite ersichtlich. Parkmöglichkeiten sind aufgrund eines vorhandenen Parkdecks mit 600 Stellplätzen, nahe dem Haupteingang, gegeben. Zur Vorbereitung der **stationären Aufnahme** erfolgt eine Abstimmung des Patienten, der zuweisenden Ärzte und der terminvergebenden Stelle. Patienten erhalten vor der stationären Aufnahme für den Krankenhausaufenthalt relevante Informationen.

Die **Vorbereitung der Aufnahme** erfolgt bei geplanten stationären Aufenthalten in den entsprechenden Ambulanzen. Erforderliche Voruntersuchungen und Befunde werden im Vorfeld abgeklärt.

### Leitlinien und Standards

**Medizinische Standards und Leitlinien**, von einschlägigen Fachgesellschaften, werden im Krankenhaus situativ angewandt und durch hauseigene abteilungsinterne und auch fächerübergreifende Richtlinien, Leitlinien ergänzt.

Fachgebietsübergreifende Richt-/Leitlinien werden in interdisziplinären Arbeitskreisen erstellt. Entsprechend neuer medizinischer und pflegerischer Erkenntnissen und einer Prozessoptimierung erfolgt eine Überarbeitung und Aktualisierung dieser Anweisungen.

### Information und Beteiligung des Patienten

Die **Information und Zustimmung** des Patienten steht bei der Planung und Durchführung der Maßnahmen im Mittelpunkt. Auf die Wahrung der Privatsphäre wird besonders Wert gelegt. Zusätzlich zur mündlichen Information gibt es ein umfangreiches Angebot an schriftlichem **Informationsmaterial**.

Mitarbeiter mit Fremdsprachenkenntnissen unterstützen den **Informationsaustausch** mit fremdsprachigen Patienten.

Das Feedback unserer Patienten ist uns besonders wichtig, daher werden laufend Patientenfragebögen ausgegeben und aus den Ergebnissen Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. **Patientenschulungen** werden von Ärzten und einschlägig ausgebildeten Pflegepersonen (Dekubitusprophylaxe, Stomaschulung,...), Logopäden (Schluckstörungen) und Diätologen (Ernährungsberatung, Diabetesschulung) durchgeführt.

### Ernährung und Service

Zur Auswahl stehen verschiedenste **Kostformen** (Hausmannskost, Vollkost, leicht verdauliche sowie fleischfreie Kost, Diabetesgerechte Kost). Die Mahlzeiten können vom Patienten mittels Komponentenwahl innerhalb einer bestimmten Kostform zusammengestellt werden. Bei speziellen Bedürfnissen erhält der Patient eine individuelle Ernährungstherapie durch das Team der Diätologinnen.

Bei der **Ausstattung der Patientenzimmer** wird auf eine zeitgemäße und ansprechende Gestaltung Wert gelegt. Den Erfordernissen der Hygiene und der Krankenhausorganisation wird dabei Rechnung getragen. Die Patientenzimmer sind mit Bad und WC ausgestattet. Die Betten sind mit einem Patientenruf, Radio und Telefon ausgestattet. Pro Bett ist ein verschließbarer Kleiderschrank vorhanden. In den Zimmern der Sonderklasse sind zusätzliche Annehmlichkeiten wie TV-Gerät, Safe sowie Kühlschrank für die Patienten, etc. vorhanden, welche die Hotelkomponente verdeutlichen.

Das Krankenhaus verfügt über Aufenthaltsräume auf den Abteilungen, eine Cafeteria (mit Zeitungen, Zeitschriften, etc.) und eine Krankenhauskirche.

Das Patienteninternet (WLAN) steht in allen bettenführenden Stationen sowie auf definierte Ambulanzen und Tageskliniken zur Verfügung.

### **Erstdiagnostik und Erstversorgung**

Als Schwerpunktkrankenhaus des Nordburgenlandes besteht ein Versorgungsauftrag und somit die Aufnahmebereitschaft rund um die Uhr. Die **Erstdiagnostik und Erstversorgung** der Patienten erfolgt in den jeweiligen Fachambulanzen und Aufnahmebereichen der Abteilungen. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst. Im Rahmen dieser **Erstuntersuchung** und dem pflegerischen Erstgespräch werden die **medizinischen und pflegerischen Ziele** definiert und die Umsetzung initiiert. Die **ärztliche Untersuchung** umfasst die **Anamnese**. Dem folgt die **Statuserhebung** und Erstdiagnostik sowie die Planung der weiteren **Diagnostik- und Therapiemaßnahmen** gemeinsam mit dem Patienten.

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

Neben der Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheit, die entsprechend dem Ordensauftrag für jeden hilfeschuchenden Menschen eine medizinische Grundversorgung sicherstellt, verfügt jede bettenführende Abteilung des Krankenhauses über eine eigene **Fachambulanz**. Zusätzlich bestehen diverse Spezialambulanzen (u.a. Stoffwechselambulanz, Diabetesambulanz, Knie- und Schulterambulanz, Baby Care Ambulanz etc.). Bei der Behandlungsplanung werden vorhandene Vorbefunde verwendet und bei Bedarf durch krankenhauserne Diagnostik ergänzt. Die Dokumentation der Untersuchungsergebnisse erfolgt im elektronischen Patientendokumentationssystem.

### **Ambulante Operationen**

**Ambulante Eingriffe und Operationen**, die keiner Narkose bedürfen, werden in entsprechend ausgestatteten Untersuchungs- und Eingriffsräumen der Ambulanzen durchgeführt.

Die Information und Vorbereitung der Patienten wird in den jeweiligen Ambulanzen durchgeführt. Die dazu erforderliche OP-Planung, die Bereitstellung des OP-Teams und die Koordination der Termine erfolgt durch das zuständige Fachpersonal der Ambulanzen.

Operationen können entsprechend den Vorgaben des Bundesministeriums (Katalog tagesklinischer Leistungen) auch im Rahmen einer **tagesklinischen Aufnahme** durchgeführt werden. An unserer Interdisziplinären Tagesklinik werden sowohl operative als auch konservative und diagnostische Eingriffe, die tagesklinisch durchführbar sind, versorgt.

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

Die Koordination der **stationären Diagnostik- und Behandlungsplanung** erfolgt im Anschluss an die Anamnese- und Statuserhebung und obliegt dem stationsführenden Arzt und dem Pflgeteam. Die multiprofessionelle Abstimmung findet während der Visite und der üblichen Besprechungen statt. Zuweisungen zu therapeutischen oder diagnostischen Maßnahmen (z.B. Physiotherapeuten, Klinische Psychologen etc.) werden elektronisch erfasst und weitergeleitet. Die geplante Diagnostik und Therapie wird mit dem Patienten und auf Wunsch des Patienten mit einer Vertrauensperson besprochen.

### **Therapeutische Prozesse**

Die **Planung der Behandlung und des therapeutischen Prozesses** wird **individuell auf den Patienten**, entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens abgestimmt. Zur Unterstützung der Aufklärungs- und Informationsgespräche stehen standardisierte Aufklärungsblätter zur Verfügung. Bei der Information des Patienten können auf Wunsch jederzeit Angehörige/Vertrauenspersonen hinzugezogen werden. Das **therapeutische Angebot** ist jeweils auf die **Strategie und Schwerpunktsetzung der Abteilung** und des Krankenhauses abgestimmt.

### **Operative Verfahren**

Die **diagnosebezogene Indikation für eine Operation** wird vom behandelnden Facharzt gestellt. Die präoperative Vorbereitung, die operative und weiters die anästhesiologische Versorgung erfolgen unter Berücksichtigung der gültigen Anweisungen und Standards. Patienten werden von Anfang an in den Operationsplanungs- und Behandlungsprozess miteinbezogen.

Eine adäquate Überwachung nach der Operation erfolgt im Aufwachraum. Zur Reduktion von Komplikationen werden Checklisten und Standards verwendet, die die Patientensicherheit unterstützen. Täglich und im Rahmen einer Wochenprogramm-Besprechung findet die Abstimmung des OP-Programmes statt. Die **OP-Bereitschaft** ist rund um die Uhr gewährleistet.

### Visite

**Ziel** ist die Information des Patienten und die Festlegung der weiteren Strategien sowie die Überprüfung und allfällige Änderung der Therapieplanung unter Einbeziehung des Patienten. An jeder Abteilung findet täglich mindestens eine **Visite** durch Fach- oder Assistenzärzte und mindestens eine **Chefarztvisite** pro Woche durch den Abteilungsvorstand statt. Die Visitenzeiten sind geregelt. Visiten werden von einem Arzt und meist einer Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson durchgeführt. Weiters nehmen nach Möglichkeit Ärzte in Ausbildung daran teil. Bei Bedarf sind auch weitere Spezialisten wie z.B. Klinische Psychologin, anwesend.

### Entlassungsprozess

Bei Patienten mit geplanten stationären Aufenthalten beginnt die **Entlassungsplanung** bereits im Vorfeld der stationären Aufnahme. Die Entlassung wird von ärztlicher Seite in Abstimmung mit der Pflege und mit dem Patienten und dessen Angehörigen festgelegt. Dabei wird besonders auf die therapeutischen Empfehlungen für zu Hause eingegangen. Extramurale Dienste für die Folgeversorgung werden möglichst frühzeitig organisiert. Bei **komplexem Pflege- und Versorgungsbedarf** sowie unklarer sozialer Situation werden **Mitarbeiter der Überleitungs- und Pflege** hinzugezogen.

**Ärztliche und pflegerische Entlassungsgespräche** werden durch die Entlassungspapiere (Kurzarztbrief, Rezepte, Pflegeentlassungsberichte, Infoblätter) gestützt, um den Patienten bzw. seine Angehörigen optimal zu informieren.

Bedarf ein Patient einer **kontinuierlichen Weiterbetreuung** (Heimhilfe, mobile Krankenpflege, Pflegeeinrichtungen, Rehabilitation,...) wird dies zeitgerecht vom Pflegepersonal und dem Team der Überleitung/ Entlassungsmanagement, organisiert. Bei **Transferierungen** in andere Versorgungseinrichtungen, wird ein Transferierungs- und Pflegebericht mitgegeben. Heil- und Hilfsmittel werden noch während des stationären Aufenthalts verordnet und angefordert, sodass diese bereits bei der Entlassung dem Patienten zur Verfügung stehen. Die Weiterversorgung mit Medikamenten und Hilfsmitteln wird ebenfalls sichergestellt.

### Umgang mit sterbenden Patienten

Um die **letzte Lebensphase** für den Patienten und seine Angehörigen der Situation entsprechend **würdevoll** zu gestalten, wurden für diese Situation wesentliche Verhaltens-, Pflege und Behandlungsanweisungen definiert, die aus unserer **christlichen Unternehmenskultur** erwachsen sind. Dadurch wird unterstützt, dass dem Sterbenden und dessen Angehörigen der für die Sterbebegleitung notwendige Rahmen ermöglicht wird.

Auf **Wunsch wird jederzeit ein Seelsorger oder Psychologe** hinzugezogen. Bei Bedarf wird vom hauseigenen Seelsorgeteam auch Kontakt zu Seelsorgern **anderer Konfessionen** hergestellt um kulturelle und religiöse Wünsche möglichst zu berücksichtigen.

Die palliative Betreuung auf der Palliativstation richtet sich an Patienten mit einer fortschreitenden, unheilbaren Erkrankung. Der Fokus ist nicht (mehr) auf die Heilung gerichtet, sondern auf die Linderung belastender Symptome.

### Umgang mit Verstorbenen

Angehörige werden sowohl bei der Begleitung des Sterbenden, als auch danach unterstützt. Zur **Erladigung der notwendigen organisatorischen Schritte nach dem Ableben des Patienten** erhalten die Angehörigen die notwendigen Informationen in schriftlicher und mündlicher Form.

proCum Cert:

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

Patienten des Krankenhauses werden zu **diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen vom Patiententransportpersonal begleitet**, je nach Zustand des Patienten zusätzlich von Pflegepersonal oder einem Arzt. **Gesprächsmöglichkeiten für Patienten** gibt es im Rahmen der Visiten und während der Pflegezeiten. Zusätzlich kann ein Gesprächstermin (auch mit Angehörigen) mit den zuständigen Pflegemitarbeitern vereinbart werden. Die **christliche Werteorientierung des Trägers** wurde bei der **Gestaltung und Einrichtung** des Krankenhauses, insbesondere der Patientenzimmer und Aufenthaltsräume beachtet. Zusätzlich stehen den Patienten eine Auswahl an christlichen Medien und die Krankenhauskirche zur Verfügung; der Folder der Krankenhauseelsorge informiert über das umfangreiche religiöse Angebot.

### **Berücksichtigung ethischer Problemstellungen**

Die Barmherzigen Brüder legen besonderen Wert auf eine **ethische Grundhaltung** im Patienten- und Mitarbeiterbereich. Entsprechend dem Statut der Ethikberatung sind ein **Klinisches Ethikkomitee** und die **Ethikkommission** installiert.

Die Werte des Ordens und die gelebte ethische Verantwortung aller Mitarbeiter sind auf der **Homepage des Ordens** ersichtlich.

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

Die **religiösen und spirituellen Bedürfnisse der Patienten** werden berücksichtigt und den Patienten und Angehörigen steht ein vielfältiges Angebot der Krankenseelsorge zur Verfügung. Das Seelsorgeteam besucht neu aufgenommenen Patienten und es werden regelmäßig religiöse Feiern und Gottesdienste abgehalten sowie Sakramente gespendet.

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

Wie in der Ordensphilosophie verankert, **wird jeder Mensch in seiner Einzigartigkeit** wahrgenommen. Es ist daher wesentlich, dass auch **Menschen mit nicht-christlichem Hintergrund entsprechend betreut und behandelt** werden. Mitarbeiter des Krankenhauses erhalten beispielsweise durch Fortbildungen, Informationen über andere Religionen und Kulturen und berücksichtigen daher die spirituellen und kulturellen Bedürfnisse im täglichen Behandlungsablauf.

### **Sicherstellung einer adäquaten Schmerztherapie**

Die **operative Schmerztherapie** bezieht sich auf die schmerztherapeutische Versorgung nach einem Eingriff. Für die postoperative Schmerztherapie gibt es mit den Abteilungen gemeinsam erarbeitete allgemeine Empfehlungen.

Die **stationäre Schmerztherapie** wird im Rahmen des **Konsiliardienstes** durch die Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin durchgeführt.

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

Gemäß dem Ordensleitbild unterliegen **Menschen mit physischen und psychischen Beeinträchtigungen oder Menschen, die am Rande der Gesellschaft** stehen, einer **besonderen Fürsorgepflicht**. Wenn eine medizinische oder soziale Indikation vorliegt, werden geistig beeinträchtigte Menschen mit einer Bezugsperson stationär aufgenommen und durch die enge Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegepersonal, Ergotherapie, Psychiatrie und Physiotherapie, wird eine optimale Betreuung ermöglicht.

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

Kinder werden im Krankenhaus an den Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde und HNO-Abteilung behandelt. Dabei werden die Behandlungsabläufe und Aufklärungsgespräche adressatengerecht adaptiert. Weiters besteht die Möglichkeit, dass **Begleitpersonen** mit aufgenommen werden. Eine pädagogische Betreuung wird durch die Heilstättenlehrerinnen angeboten. Rote Nasen Clowndoctors besuchen die Kinder zu festgelegten Zeiten. Eine Kinderschutzgruppe ist als Institution im Krankenhaus verankert, welche bei Verdacht auf Missbrauch, Misshandlung oder Verwahrlosung in Aktion tritt.

## 2 Mitarbeiterorientierung

KTQ:

### Personalbedarf

Die Personalplanung erfolgt gemäß der strategischen Ziele in Abstimmung zwischen der Krankenhausleitung, den zuständigen Führungskräften, der Provinzleitung und dem Burgenländischen Gesundheitsfond. Der Bedarfsplan wird auf Grundlage der gesetzlichen Regelungen unter Einbeziehung definierter Leistungskennzahlen und der geplanten Leistungsentwicklungen erstellt. Der Prozess der Personalplanung unterstützt eine qualitativ und fachlich hochwertige Versorgung der Patienten.

Folgende personalwirtschaftlichen Kennzahlen werden regelmäßig erhoben: Fluktuationsrate, Personalausfallsquote und Überstundenquote. Deren Auswertungen fließen in den Personalplanungsprozess mit ein.

### Personalentwicklung

Das **Konzept der Personalentwicklung** geht aus dem Versorgungsauftrag, der **Strategie des Krankenhauses** und den daraus resultierenden Schwerpunkten hervor. Für die Erstellung einer Personalentwicklungsstrategie ist die Krankenhausleitung in Abstimmung mit dem Personalmanagement verantwortlich. Daraus resultierend entsteht ein bedarfsorientiertes Fortbildungsprogramm für die Mitarbeiter. Ziel ist es, dass für alle Funktionen **Stellenprofile** vorliegen, in denen die für die Tätigkeit notwendigen Kompetenzen und Aufgaben dargestellt werden. Im Rahmen der regelmäßigen Mitarbeitergespräche findet eine individuelle Karriereplanung und Personalentwicklung statt. Die Wünsche der Mitarbeiter nach beruflicher Weiterentwicklung werden, wenn sie mit der Strategie des Krankenhauses und den Abteilungszielen vereinbar sind, berücksichtigt.

### Einarbeitung

Ziel des **Einarbeitungsprozesses** ist es, den neuen Mitarbeiter mit der Philosophie des Krankenhauses und mit der Organisationsstruktur vertraut zu machen, ihn in sein Aufgabengebiet einzuarbeiten und in sein neues Arbeitsteam zu integrieren.

Neue Mitarbeiter werden von der Krankenhausleitung begrüßt. Im Zuge eines strukturierten Einführungsseminars werden neuen Mitarbeitern sowohl organisatorische als auch fachliche Inhalte vermittelt und sie erhalten relevante Unterweisungen für den Arbeitsalltag. Berufsgruppenspezifisch wird der individuelle Einarbeitungsprozess am Ende der Einarbeitungsphase in Evaluierungsgesprächen beleuchtet und dem neuen Mitarbeiter persönliches Feedback gegeben. Den Abschluss der Einführung bildet die Teilnahme am Workshop „Hospitalität - unser Programm für den Alltag“, in welchem die Werte des Ordens vermittelt werden.

### Ausbildung/Fort- und Weiterbildung

Im ärztlichen Bereich werden neben den Facharztausbildungen auf allen Abteilungen ebenso die Basisausbildung sowie die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin angeboten. Die Ausbildungsinhalte sind gesetzlich geregelt. Als Lehrkrankenhaus wird die medizinische Ausbildung auch mittels KPJ- und Famulatur-Plätzen gefördert.

Weiters gibt es für die Berufsgruppen der medizinisch-technischen Dienste und für die Pflegeberufe sowie Hebammen, im Krankenhaus die Möglichkeit der praktischen Ausbildung. Die Ausbildungsinhalte für die fachspezifischen Praktika werden von den Ausbildungsstätten vorgegeben. Fachspezifische Praktika im Rahmen der Ausbildung zum Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen können auf der Abteilung für Psychiatrie absolviert werden. Für die Betreuung und Begleitung der Auszubildenden gibt es klare Verantwortlichkeiten (z.B. Mentor oder Praxisanleiter).

Die Fortbildungsverpflichtung der patientenbetreuenden Berufe ist in den jeweiligen Berufsgesetzen geregelt und wird dementsprechend umgesetzt. Die Erhebung des Bildungsbedarfs und die Fortbildungsplanung sind Teil des Personalentwicklungskonzepts.

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

Ausgehend von den jeweiligen gesetzlichen Regelungen erfolgt die Gestaltung der Arbeitszeiten und Dienstpläne, wobei verschiedene Arbeitszeitmodelle angewendet werden. Sowohl bei der Dienstplangestaltung als auch bei der Urlaubsplanung wird eine bestmögliche Übereinstimmung der Mitarbeiterwünsche mit den betrieblichen Erfordernissen angestrebt (Beispiel: Modell der freien Dienstplangestaltung im Pflegebereich).

Die jeweilige Führungskraft oder eine von ihr beauftragte Person (Dienstplanverantwortliche) ist für die Erstellung des Dienstplans für die Mitarbeiter des jeweiligen Verantwortungsbereiches und die Einhaltung der Arbeitszeiten zuständig.

Neben zahlreichen Arbeitszeitmodellen zur bestmöglichen Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben (z.B. Teilzeit), wird ein umfangreiches Gesundheitsförderungsprogramm mit dem Schwerpunkt auf lebensstilbezogene Angebote zur Stärkung der persönlichen und Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter angeboten (z.B. Bewegungskurse, Arbeitspsychologie oder Seminare zur Burn Out Prävention).

### **Ideenmanagement**

Die Wünsche, Anregungen und Beschwerden der Mitarbeiter werden ernst genommen und stellen wertvolle Beiträge für die permanente Weiterentwicklung des Unternehmens dar.

Mitarbeiter können in Dienstbesprechungen, in Mitarbeitergesprächen, in Projekten und in spontanen informellen Gesprächen Ideen und Anregungen einbringen. Darüber hinaus können alle Mitarbeiter Ihre Ideen und Vorschläge über eine Intranet-Plattform einbringen. Die beste, umsetzbare Idee wird jährlich prämiert.

*proCum Cert:*

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

Der Orden ist bestrebt, ein kooperatives Verhältnis zwischen Krankenhausleitung und den Mitarbeitern zu fördern, in welchem den Bedürfnissen beider Seiten entsprochen wird.

Um den jeweiligen Anforderungen der Lebensphasen der Mitarbeiter gerecht zu werden, wird beispielsweise Elternteilzeit, Bildungskarenz oder Altersteilzeitbeschäftigung gewährt.

Das Krankenhaus erfüllt die gesetzlich geforderte Quote für die Beschäftigung von Menschen mit besonderen Bedürfnissen. Bei Änderungen der Lebenssituation eines Mitarbeiters während eines laufenden Dienstverhältnisses, wird in Absprache mit der zuständigen Führungskraft, dem Betriebsrat und dem Gesamtleiter nach einer Lösungsmöglichkeit gesucht.

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

Ausdruck der Unternehmenskultur, die auf Wertschätzung der Leistungen und Bedürfnisse der Mitarbeiter beruht, ist die Würdigung erbrachter Leistungen. Die Mitarbeiter erhalten konstruktives Feedback im Zuge der Mitarbeitergespräche.

Mündliches und schriftliches Patientenlob und positives Feedback der Angehörigen von Patienten wird an den Mitarbeitern ebenfalls weitergeleitet.

In einem festlich gestalteten Rahmen werden besondere Leistungen angesprochen, Dekrete zur Ernennung von Oberärzten überreicht und Dienstjubiläen sowie Pensionierungen gefeiert. Auch pensionierte und karenzierte Mitarbeiter werden zu Jubiläen, Hausfesten und Veranstaltungen des Pastoralrates eingeladen.

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

Zur Entwicklung einer gemeinsamen Unternehmenskultur, in der sich die Werthaltung der Unternehmensführung und der Mitarbeiter auf der Basis der Ideen und Ziele des Ordensgründers Johannes von Gott widerspiegelt, wird der Workshop „Hospitalität - unser Programm für den Alltag“ bereits im Zuge der Einführung neuer Mitarbeiter abgehalten. Darüber hinaus wird die soziale und ethische Kompetenz der Mitarbeiter durch zahlreiche Veranstaltungen des Pastoralrats in Zusammenarbeit mit dem Seelsorgeteam gefördert, z.B. Ordenshochfest, Fußwalfahrt nach Maria Zell, Gedenkmesse für die Verstorbenen und andere gemeinsame Aktivitäten. Das Klinische Ethikkomitee unterstützt z.B. durch die Moderation von ethischen Fallbesprechungen oder die Veranstaltung von Ethik-Cafés zum gemeinsamen Austausch bei ethischen Fragestellungen.

### **Auswahl und Einarbeitung von Führungskräften**

Für die Auswahl und Beurteilung von Führungskräften ist die Krankenhausleitung verantwortlich und führt dazu Hearings durch. Dabei wird darauf geachtet, dass die Wertorientierung des Bewerbers mit den Erwartungen der Barmherzigen Brüder übereinstimmt. Die Einführung neuer Führungskräfte wird anhand von Checklisten durchgeführt. Mentoring, Coaching und die Teilnahme an einem provinzweiten Lehrgang zur Führungskräfteentwicklung stellen weitere Einführungsmethoden dar.

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

Bei der Personalrekrutierung wird darauf geachtet, dass neben der fachlichen und sozialen Qualifikation, Motivation, Werthaltung und Verhaltensweise der Bewerber mit der Philosophie des Ordens vereinbar sind. Im Rahmen der Bewerbungsgespräche wird die Werthaltung des Bewerbers angesprochen sowie die Erwartungshaltung und Philosophie der Barmherzigen Brüder kommuniziert. Unterschiedlichste Wege der Personalakquise, wie beispielsweise die Schaltung aussagekräftiger Stellenanzeigen, kommen zur Anwendung. Eine Vernetzung mit anderen Trägerverbänden oder Bildungseinrichtungen findet ebenfalls statt.

## 3 Sicherheit und Risikomanagement

### KTQ:

#### Methoden des klinischen Risikomanagements

Die Risikopolitik des Hauses orientiert sich am zentralen Ziel der Patientenversorgung und Patientensicherheit. Mit der Anwendung der Risikomanagementinstrumente wollen wir unerwünschte oder nachteilige Abläufe frühzeitig erkennen und verbessern. Dazu werden z.B. Fehler oder Zwischenfälle in einem Fehlermeldesystem erfasst, analysiert und die Maßnahmen zur Verbesserung der Abläufe eingeleitet. Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen werden durchgeführt, um aus kritischen Fällen zu lernen.

In allen Abteilungen und Bereichen gibt es zusätzlich ausgebildete Risikobeauftragte, die in ihren Bereichen die Risiken erfassen, analysieren und die Abläufe kontinuierlich weiterentwickeln.

#### Eigen- und Fremdgefährdung

Für die **Patienten** wird im Krankenhaus eine weitgehend **sichere Umgebung gewährleistet**. Der behandelnde Arzt evaluiert gemeinsam mit dem Pflegepersonal das eventuelle **Gefährdungspotential des Patienten**, um gegebenenfalls Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit einzuleiten.

Bei Patienten wird auf ein altersgemäß erhöhtes Sturzrisiko geachtet. Zur Erfassung von kritischen Ereignissen und zukünftiger Fehler besteht ein Fehlermeldesystem.

Bei Eigen- und Selbstgefährdung können, unter Einhaltung des Heimaufenthaltsgesetzes, freiheitsbeschränkende Maßnahmen eingeleitet werden.

Bei Kindern besteht Aufsichtspflicht durch das Pflegepersonal bzw. den behandelnden Arzt. Für besondere Bereiche wie z.B. OP-Bereich, Kreißsaal, Neonatologie oder Chemo-vorbereitungsraum bestehen Zutrittsbeschränkungen.

#### Medizinisches Notfallmanagement

Jeder Mitarbeiter kann bei einem Kreislaufstillstand oder einer anderen vitalen Gefährdung eines Patienten, Mitarbeiters oder Besuchers einen **Herzalarm** auslösen. Ein qualifiziertes Reanimationsteam aus Ärzten und Pflegepersonal kommt so schnell als möglich mit standardisierter medizinischer Ausrüstung. Notfalltaschen gibt es in den patientennahen Bereichen. Reanimationsschulungen für Medizin und Pflege werden angeboten.

#### Organisation der Hygiene

Für **Hygienebelange** ist die **Stabstelle Hygiene** verantwortlich, die eine koordinierende und beratende Funktion einnimmt. An jeder Station ist eine Hygienekontaktperson nominiert, die für die Umsetzung der Hygienegerichtlinien und die Informationsweiterleitung verantwortlich ist. Zur Prüfung der Einhaltung hygienerelevanter Vorgaben werden Hygienevisiten in allen Funktionseinheiten des Krankenhauses durchgeführt. Für neue Mitarbeiter mit Patientenkontakt gibt es verpflichtende Einführungen und Fortbildungen.

#### Hygienerelevante Daten. Infektionsmanagement

Das Krankenhaus beteiligt sich am österreichweiten Infektionsüberwachungssystem „ANISS“ und an einigen Modulen des deutschen Infektionsüberwachungssystems „KISS“. Beispielsweise werden Statistiken über bestimmte Wundinfektionen an ANISS zur Auswertung gesendet. Auffällige Befunde und **hygienerelevante Daten** werden an das Hygieneteam gemeldet, das entsprechende Maßnahmen ergreift und, sofern gesetzlich vorgeschrieben, die zuständigen Behörden benachrichtigt.

Um das **Infektionsrisiko zu minimieren** gibt es Vorgaben zum Umgang mit Infektionserregern, diese sind im Hygieneplan, der zentralen Dokumentation aller krankenhausweit gültigen Hygienevorschriften, einsehbar.

Die Aufbereitung von Medizinprodukten und der Umgang mit Sterilgut sind unter Berücksichtigung des aktuellen Wissensstandes in einem Qualitätshandbuch der Zentralsterilisation geregelt.

### Arzneimittel

Die **Anforderung** (durch schriftliche Anordnung des behandelnden Arztes, elektronisch abgebildet) und **Bereitstellung von Arzneimitteln** ist krankenhausweit geregelt und wird über die dem Krankenhaus als eigener Betrieb angeschlossene Apotheke durchgeführt. Über diese bezieht das Krankenhaus die benötigten Medikamente entweder direkt oder über den pharmazeutischen Großhandel.

Die Arzneimittelkommission tagt zur Beratung der Qualität, Kosteneffizienz und Aktualisierung des Medikamentenbestands. Die Arzneimittelkommission legt jährlich jene Medikamente fest (=Arzneimittelliste), die in der Apotheke vorrätig gehalten werden.

### Labor- und Transfusionsmedizin

Das Blutdepot ist organisatorisch an das Labor des Krankenhauses angeschlossen. Um einen sicheren Umgang bei der Verabreichung und Dokumentation von Blutprodukten zu gewährleisten, nimmt jeder Arzt an einer strukturierten Einschulung teil. Abläufe zur Meldung von unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen und Produktmängeln bei Blutprodukten sind entsprechend der gesetzlichen Vorschriften eingeführt und dokumentiert.

### Medizinprodukte

Einschulungen zur Bedienung neuer Medizinprodukte erfolgen durch den Lieferanten bzw. krankenhausintern durch entsprechendes Personal, wobei diese Schulungen durch die jeweiligen Stationsleitungen bzw. Gerätebeauftragten organisiert werden. Gebrauchsanweisungen befinden sich beim Anwender, eine Kopie wird zusätzlich von der Haustechnik aufbewahrt.

### Arbeitsschutz

Zur Umsetzung der gesetzlichen **Bestimmungen zum Arbeitsschutz** sind Sicherheitsbeauftragte, Sicherheitsvertrauenspersonen und ein Arbeitsschutzausschuss installiert. Um den sicheren Umgang mit technischen Geräten und Arbeitsstoffen zu gewährleisten, liegen Betriebsanleitungen und Sicherheitsdatenblätter auf. Durch Arbeitsplatzevaluierungen werden die Arbeitsplätze in Bezug auf mögliche Gefährdungen bewertet.

### Brandschutz

Verantwortlich für alle **Belange zum Thema Brandschutz** ist der Brandschutzbeauftragte des Krankenhauses.

Er setzt die für alle Mitarbeiter geltende Brandschutzordnung mit den im Brandfall zu berücksichtigenden Regeln und Angaben um. Der **Brandschutzplan** stellt das Leitdokumente für alle Mitarbeiter dar. Weiters sind die Mitarbeiter verpflichtet, an den Brandschutzschulungen teilzunehmen. Zusätzlich werden gemäß den gesetzlichen Vorgaben regelmäßig Brandmeldeanlage, Brandschutztüren, Feuerlöscher von externen Firmen überprüft.

### Datenschutz

Der **Schutz von Patientendaten** ist gesetzlich vorgeschrieben und in den Dienstverträgen der Mitarbeiter und in der Anstaltsordnung explizit verankert. Durch personalisierte EDV-Logins ist der Zugang zur elektronischen Patientenakte jederzeit nachvollziehbar. Die Vergabe der Zugriffsrechte erfolgt über vordefinierte Profile pro Berufsgruppe und Funktion. Die Sicherheit der Daten wird durch das Rechenzentrum unterstützt und Maßnahmen zur Verhinderung unerwünschter Datentransfers wurden implementiert. Mitarbeiter achten darauf, den Datenschutz und die Intimsphäre des Patienten zu wahren. Der Datenschutzbeauftragte steht den Mitarbeitern beratend für alle Fragen im Zusammenhang mit dem Datenschutz zur Verfügung.

### Umweltschutz

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt ist durch die **Umweltzertifizierung** "Eco-Management und Audit Scheme" (EMAS) zertifiziert.

Das wichtigste Ziel der Umweltpolitik besteht in der Verminderung der Belastung von Luft, Wasser und Boden durch Schadstoffe. Es geht darum, Nutzen und Kosten des Umweltschutzes gegeneinander abzuwägen und ein „optimales“ Maß an Umweltqualität zu realisieren. Auf einen schonenden Umgang mit den Ressourcen sowie auf Müllvermeidung und Mülltrennung wird daher besonders geachtet.

### Katastrophenschutz

Bei einem externen Großschaden oder Katastrophenereignis stehen Anweisungen zur Evakuierung des Krankenhauses zur Verfügung.

Das Krankenhaus ist Teil des Burgenländischen Katastrophenplans. Die Zuteilung externer Patienten erfolgt durch die Landessicherheitszentrale. Der **Alarmplan** ist dreistufig. Katastrophenübungen werden durchgeführt.

### Ausfall von Systemen

**Maßnahmen bei technischen Notfällen** wie z.B. Ausfällen von Strom oder Wasser, sind im Technischen Notfallplan dokumentiert. Der technische Bereitschaftsdienst, welcher auch außerhalb der normalen Dienstzeit verfügbar ist, wird alarmiert und arbeitet den Notfallplan ab. Einmal im Monat wird das Notstromaggregat überprüft und mindestens einmal im Jahr erfolgt ein Test mit kompletter Netzabschaltung.

*proCum Cert:*

### Besondere Aspekte eines umfassenden Risikomanagements

Die **Delegation ärztlicher, pflegerischer und anderer Tätigkeiten** an fachlich qualifizierte, nachgeordnete Mitarbeiter erfolgt analog den gesetzlichen Grundlagen.

Zur **Vermeidung von Patientenverwechslungen** erhalten die Patienten ein Identifikationsband. Dieses wird durch das Pflegepersonal überprüft, ob es noch lesbar ist. Vor Untersuchungen und Behandlungen wird die Patientenidentität zusätzlich anhand des Identifikationsbandes geprüft.

Bei Behandlungszwischenfällen wird ein professioneller, rascher und klarer Umgang angestrebt. Die **interne und externe Kommunikation** erfolgt entsprechend der geltenden Richtlinien. Die Bearbeitung von Behandlungsfehlern, Komplikationen bzw. Schadensfällen ist im Haus geregelt. Ziel ist es, Behandlungszwischenfälle intern und extern professionell zu handhaben und unter dem Gesichtspunkt "Fehler verstehen lernen" zu bearbeiten.

Berufsübergreifende Fallbesprechungen finden im Zuge von **Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen** statt. Weiters finden interdisziplinäre und **Tumorboardfallbesprechungen** statt.

Auf der Kinderabteilung werden die Kinder großteils von einem Erziehungsberechtigten rund um die Uhr begleitet. Bei Aufnahme eines Kindes mit einer Begleitperson, wird im Rahmen des Anamnesegespräches darauf hingewiesen, dass eine mögliche Unterbrechung der Aufsicht (das Zimmer wird verlassen) der Pflegeperson zu melden ist. Die Aufsicht wird dann in dieser Zeit vom Pflegepersonal übernommen.

### Berücksichtigung des Datenschutzes

Da das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder nicht nur dem allgemeinen sondern auch dem **kirchlichen Datenschutzrecht** unterliegt, obliegen die Agenden des **Datenschutzbeauftragten lt. DSGVO Art. 37ff** den Agenden des DSB der katholischen Kirche.

Die Wahrung der Intimsphäre und die **Vertraulichkeit** ist ein wesentlicher Bestandteil des gesamten Behandlungsprozesses. Jeder Mitarbeiter unterschreibt bei Eintritt eine **Verschwiegenheitserklärung**.

## 4 Informations- und Kommunikationswesen

**KTQ:**

### Netzwerkstruktur und Datensysteme

Die **Informationstechnologie** nimmt eine wichtige strategische Position innerhalb des Krankenhauses ein. Die Einführung der „Elektronischen Patientenakte“ in den Abteilungen des Krankenhauses hat eine Erhöhung der Patientensicherheit, eine Senkung von Risiken und eine höhere Dokumentationssicherheit durch bessere Dokumentationsqualität zur Folge. Mittels der elektronischen Patientenakte werden die den Patienten betreffenden Informationen vollen elektronisch geführt. Der Systemzugang ist mittels der an den Stationen verfügbaren PCs und Laptops gewährleistet. Eine webbasierte Intranetlösung als Informationsmedium für die Mitarbeiter ist ebenfalls vorhanden.

### Klinische Dokumentation

Zur **Dokumentation von Patientendaten** kommt ein modular aufgebautes Krankenhausinformationssystem (KIS) zum Einsatz, das kontinuierlich weiterentwickelt wird. Diagnosen und Leistungen werden elektronisch erfasst und zur Abrechnung codiert. Eine Plausibilitäts- und Vollständigkeitskontrolle dieser Leistungsdaten wird regelmäßig vom Krankenhauscontrolling durchgeführt.

Weiters ist die Pflegedokumentation auf einen volldigitalen Prozess umgestellt.

Neu eintretende Mitarbeiter erhalten eine strukturierte Einschulung ins Krankenhausinformationssystem.

Für jeden stationären Aufenthalt eines Patienten wird eine Krankenakte angelegt. Darin werden ärztliche, pflegerische und therapeutische Tätigkeiten dokumentiert. Mitgebrachte Vorbefunde des Patienten werden elektronisch erfasst und bereits der elektronischen Patientenakte zugeordnet. Nach der Entlassung des Patienten wird vom behandelnden Arzt die Krankenakte auf Vollständigkeit geprüft, der endgültige Arztbrief erstellt und an den Patienten bzw. seinen zuweisenden Arzt übermittelt. Die Krankengeschichte wird viduiert, danach abgeschlossen und archiviert. Die elektronische Patientenakte gewährleistet die chronologische Verfolgung der Dokumentation.

### Verfügbarkeit und Archivierung

Das **elektronische Krankenhausinformationssystem** fungiert als Datendrehscheibe, indem für jeden neuen stationären Aufenthalt eine neue Patientenakte angelegt wird. Die berechtigten Mitarbeiter haben Zugriff auf die erfassten Patientendaten und medizinischen Dokumente und Befunde, die in elektronischer Form vorliegen. Die Zugriffsrechte sind nach Berufsgruppe und Aufgabenstellung geregelt. Es gibt keine direkten Zugriffsmöglichkeiten externer Personen oder Einrichtungen auf Daten des Krankenhauses. Informationen werden ausschließlich proaktiv aus dem Krankenhaus heraus an autorisierte Stellen weitergeleitet.

Die Krankenakten werden, entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen, für mindestens 30 Jahre archiviert. Alle elektronisch erfassten Daten werden dazu standardmäßig in einem externen Rechenzentrum, das die österreichische Provinz der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt betreibt, auf redundant ausgelegten Systemen gespeichert. Ein Ausfallkonzept gewährleistet unabhängig von diesem Rechenzentrum zusätzlich die Verfügbarkeit der Daten lokal auf der Station.

### Information der Unternehmensleitung

Relevante externe **Informationen erhält die Krankenhausleitung** durch Medienbeobachtung, aus diversen Kommissionen und Gremien. Weiters dienen regelmäßige Führungskräfte-sitzungen auf verschiedenen hierarchischen Ebenen, dem berufsgruppenübergreifenden Austausch von Informationen. Bei definierten Abweichungen vom Normbetrieb und bei besonderen Ereignissen wird ebenfalls die Krankenhausführung informiert.

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

Die **zentrale Auskunftsstelle** des Krankenhauses für persönliche und telefonische Anfragen **ist die Portierloge**. Sie dient als erste Anlaufstelle für Patienten, Angehörige, Besucher und Mitarbeiter und ist rund um die Uhr besetzt. Die Hauptaufgaben der Portiere sind die Telefonvermittlung, Beantwortung von Anfragen, der Empfang und die Weiterleitung von Patienten, Angehörigen und Besuchern und auch die krankenhauserne Informationsweitergabe.

Bei der Weitergabe von Informationen, die vor allem elektronisch zur Verfügung stehen, werden die gesetzlichen und hausinternen Bestimmungen berücksichtigt.

Weitere Auskunftsstellen sind auch die Sekretariate und Ambulanzen. Deren Öffnungszeiten und Kontaktmöglichkeiten sind auf der öffentlichen Webseite ersichtlich.

## 5 Unternehmensführung

KTQ:

### Philosophie/Leitbild

Das **Leitbild** „Das Herz befehle“, das von der Provinz erstellt wurde und auf dem Lebensmotto des Ordensstifters der Barmherzigen Brüder, des Hl. Johannes von Gott „Gutes tun und es gut tun!“ aufbaut, legt die **Philosophie des Ordens** dar. Weiters sind die **fünf Grundwerte des Ordens – Hospitalität, Qualität, Respekt, Verantwortung und Spiritualität** die Basis für generelle Vorgaben und Leitlinien. Weltweit achten die Brüder und Mitarbeiter des Ordens der Barmherzigen Brüder die "Charta der Hospitalität" als Leitfaden für ihr Handeln.

Ein besonderer **Schwerpunkt** der Barmherzigen Brüder liegt seit jeher in der **medizinischen und pflegerischen Versorgung von Menschen** am Rand der Gesellschaft. Diese Identität als „soziales Krankenhaus“ gehört zutiefst zum Selbstverständnis und der „Unternehmensphilosophie“ des Krankenhauses.

### Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Durch die in der Charta für Hospitalität und im Leitbild „Das Herz befehle“ dargelegten Führungsgrundsätze wird ein respektvoller und **wertschätzender Umgang zwischen den Mitarbeitern** und Verständnis füreinander angeregt. Mitarbeiter werden als Mitgestalter angesehen und erhalten im Sinne der **Mitarbeiterorientierung** Gelegenheit ihre Vorschläge zur Gestaltung von Abläufen und Prozessen einzubringen.

**Vertrauensfördernde Maßnahmen** sind primär kommunikativer Natur. Es werden Mitarbeitergespräche und interdisziplinäre bzw. interprofessionelle Besprechungen durchgeführt. Auch der direkte Kontakt der Krankenhausführung mit den Mitarbeitern in Form von Stationsbesuchen trägt zu einem guten Arbeitsklima bei. Durch die gepflegte Feierkultur im Laufe des kirchlichen Jahreskreises wird ebenfalls die Kommunikation zwischen den Mitarbeitern gefördert. Die **Gleichstellung** der Mitarbeiter gemäß dem „Bundes-Gleichbehandlungsgesetzes“ ist für die Personalpolitik des Hauses eine selbstverständliche Grundlage.

### Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Der Ethik-Codex ist für alle im Krankenhaus tätigen Personen gültig. Die im Krankenhaus bestehende **Ethikkommission** behandelt ethische Fragestellungen in Bezug auf medizinische Studien (z.B. Einführung neuer medizinischer Methoden).

Bei schwierigen ethischen Fragen im Rahmen der Patientenbetreuung kann das Ethikkomitee einberufen werden. Weiters stehen im Krankenhaus Psychologen, Psychotherapeuten und Seelsorger zur Verfügung, um Patienten und deren Angehörige bzw. auch Mitarbeiter in **schwierigen Situationen** zu begleiten.

### Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Die **Stabsstelle Öffentlichkeitsarbeit** ist für die Zusammenarbeit mit externen Medienvertretern und die Vorstellung des Krankenhauses in der **Öffentlichkeit** zuständig. Die Kommunikationsstrategie ist die Basis für die operative Planung kommunikativer Maßnahmen. Kontakte mit Medienvertretern werden strukturiert abgewickelt.

Auf der Website stehen Informationen zu den einzelnen Fachbereichen und deren Leistungsspektrum zur Verfügung.

Der „Granatapfel“, das Monatsmagazin der Barmherzigen Brüder in Österreich, beschreibt Aktivitäten und Entwicklungen von allen Einrichtungen der Ordensprovinz.

### Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Grundlage für die **strukturierte Zielplanung**, die in der Verantwortung der Krankenhausleitung liegt, sind der öffentliche Versorgungsauftrag und die Notwendigkeit einer wirtschaftlichen Leistungserstellung bei begrenzten Ressourcen. Diese Zielplanung berücksichtigt die Vorgaben der Provinzleitung, die **strategische Ausrichtung** des Krankenhauses, die aktuellen Leistungszahlen und die Vorschläge der einzelnen Abteilungsleiter und ist die Basis für Investitionsentscheidungen und Personalbedarfsplanung.

Unter Einbeziehung von Mitarbeitern werden die Stärken, Schwächen, Potenziale und Strategien der jeweiligen Abteilung identifiziert. Aus den strategischen Zielen werden Detailziele abgeleitet und schriftlich festgehalten. Nach Freigabe im Rahmen der Budgetgespräche, sind jeweils zuständigen Führungskräfte für die Umsetzung verantwortlich.

### **Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement**

Hauptziel der kaufmännischen Steuerung ist es, die genehmigten Ressourcen bestmöglich im Sinne der Patienten einzusetzen. Dies erfolgt auf Basis der im Kooperationsvertrag mit dem Land Burgenland festgeschriebenen Prinzipien "Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit", um den genehmigten jährlichen Wirtschaftsplan einzuhalten.

Die Verantwortung für die Wirtschaftsführung sowie das kaufmännische RM liegt in der Kaufmännischen Direktion. Das Risikomanagement des Hauses wird umfassend betrieben und inkludiert auch die ökonomischen und strategischen Risiken.

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

**Kooperationen** (z.B. Arztpraxen, Kliniken, Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen, Rettungsdienste, medizinische und nichtmedizinische Dienstleister, Selbsthilfegruppen) werden primär mit Partnern eingegangen, die das Leitbild, die Strategie und die grundsätzlichen Werte des Krankenhauses akzeptieren. Diese werden so strukturiert, dass eine tragfähige, auf Vertrauen basierende Verbindung eingegangen wird. Partnerschaften werden auch dahingehend überprüft, ob sie eine Stärkung der strategischen Schwerpunkte bewirken und somit die Versorgungsqualität des Krankenhauses erhöhen.

Mit den zuweisenden Ärzten bestehen formlose, nicht schriftlich festgehaltene Kooperationen, wesentliche Merkmale dieser Vertrauensbasis sind erfahrene Qualität und zufriedene Patienten.

### **Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien**

Die gesetzlichen Vorgaben und die Anstaltsordnung bilden den Rahmen für die Organisationsstruktur des Krankenhauses. Die Verantwortung für die Einrichtung der Organisationsstruktur obliegt dem Rechtsträger gemeinsam mit der Krankenhausleitung. Die Koordination der medizinischen und pflegerischen Kernaufgaben, sowie der Verwaltungsangelegenheiten obliegt der Kollegialen Führung (Ärztliche Direktion, Pflegedirektion, Kaufmännische Direktion). Für das Krankenhaus liegt ein Organigramm vor, in dem die hierarchische Struktur des Krankenhauses abgebildet ist. Die **Kompetenzen** der Stelleninhaber werden zumeist durch Stellenbeschreibungen geregelt. Zur **effektiven und effizienten Führung** des Krankenhauses wurden entsprechende **Leitungsgremien und Kommissionen** implementiert. Die Funktionen und Aufgaben der Kommissionen sind über entsprechende Geschäftsordnungen festgelegt. Arbeitsgruppen und Gremien werden oftmals projektbezogen zur Lösung einer bestimmten Aufgabenstellung eingerichtet.

### **Innovation und Wissensmanagement**

Im Zuge der **Strategieentwicklung** werden im Vorfeld, Potenziale und Chancen ermittelt. Daraus entwickelt die Krankenhausleitung gemeinsam mit dem Träger das **strategische Konzept**. Zu dessen operativer Umsetzung werden in der Folge Meilensteine mit Fristen und Verantwortlichen definiert. Der Zugang zu relevantem, aktuellem Wissen wird über das hauseigene Intranet, über elektronische, **wissenschaftliche Datenbanken sowie im Rahmen von Fortbildungen, Fachkongressen und Veranstaltungen** gewährleistet.

*proCum Cert:*

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

Die Grundlagen für eine **christliche Unternehmenskultur** sind im Leitbild definiert. Die Umsetzung des Ordensauftrags "Gutes tun, und es gut tun.", ist das Ziel der Krankenhausleitung und der Mitarbeiter des Krankenhauses.

Der **Pastoralrat** fördert die Umsetzung der christlichen Unternehmenskultur durch die Organisation kirchlicher Feste und Veranstaltungen. Bei der **Gestaltung religiöser Veranstaltungen** sind Mitarbeiter eingebunden. Es wird auch Patienten und Angehörigen ermöglicht, sich am spirituellen Angebot zu beteiligen. Für Patienten und Angehörige gibt es weiters ein vielfältiges Angebot des Seelsorgeteams.

### **Nachhaltigkeit in der Unternehmensführung**

Die Unternehmenspolitik unseres Krankenhauses ist stark von politischen und gesundheitsplanerischen Vorgaben beeinflusst (ÖSG, RSG). Zentrales Augenmerk wird darauf gelegt, dass unser Krankenhaus als kirchliche Einrichtung erkennbar bleibt.

## 6 Qualitätsmanagement

KTQ:

### Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Die Grundlagen für den **Aufbau und die kontinuierliche Weiterentwicklung** des Qualitätsmanagementsystems im Krankenhaus bilden die **gesetzlichen Bestimmungen und die Qualitätsstrategie der Barmherzigen Brüder**. Für die Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems ist die Krankenhausleitung verantwortlich.

Die Stabstelle für Qualitätsmanagement ist dem Gesamtleiter zugeordnet und für die Koordination der Umsetzung und laufenden Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems verantwortlich.

Die jeweiligen Führungskräfte sowie definierte, speziell qualifizierte Qualitätsbeauftragte sind für die Qualitätssicherung in den Abteilungen und Bereichen verantwortlich.

Die Qualitätssicherungskommission ist entsprechend der gesetzlichen Vorgaben, als beratendes Gremium der Krankenhausleitung eingerichtet.

Die Einführung und die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementverfahrens nach pCC und KTQ soll helfen, das Handeln im Hinblick auf die Patienten- sowie Mitarbeiterorientierung, das Informationswesen im Krankenhaus, die Krankenhausführung und das Qualitätsmanagement mit besonderem Blick auf die Patientensicherheit, systematisch, strukturiert und transparent zu machen.

### Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Im Rahmen des Aufbaus und der kontinuierlichen Weiterentwicklung des **Qualitätsmanagementverfahrens** werden die wesentlichsten Prozesse identifiziert und in einer Prozesslandkarte dargestellt. Die **Optimierung von Prozessen** findet insbesondere in abteilungsinternen und -übergreifenden Besprechungen und im Rahmen von interdisziplinären Projekten statt.

### Patientenbefragung

Als ein wichtiges Instrument zur Qualitätssicherung wird eine provinzweite **standardisierte Befragung stationärer Patienten alle 3 Jahre** organisiert. Die Stabstelle Qualitätsmanagement führt die interne Koordination der Befragung durch und dient als Schnittstelle zur externen Beratungsfirma, die auch die Auswertung und Analyse vornimmt. Des Weiteren wird eine kontinuierliche Patientenbefragung mit quartalsweisen Auswertungen durchgeführt.

### Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Es werden Informationsveranstaltungen für zuweisende Ärzte durchgeführt, um Kooperationen zu verstärken, Wertschätzung auszudrücken und Feedback einzuholen. Das Werkzeug der Zuweiserbefragung wurde evaluiert und wird weiterentwickelt.

### Mitarbeiterbefragung

Ein wichtiges Instrument ist die alle 3 Jahre provinzweit stattfindende Mitarbeiterbefragung. Dazu wird mittels eines standardisierten Fragebogens eine Befragung der im Krankenhaus beschäftigten Mitarbeiter durchgeführt. Auf Grund der großen Sensibilität der erhobenen Daten erfolgt die Auswertung und Analyse durch eine externe Firma. Aus den abteilungsspezifischen Ergebnissen entwickelt die Krankenhausleitung gemeinsam mit den Führungskräften und dem externen Berater konkrete Verbesserungsmaßnahmen.

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

Im Krankenhaus existiert ein **System** zur Erfassung, Analyse und Bearbeitung von **Wünschen, Anregungen und Beschwerden** von Patienten und Angehörigen. Patienten haben jederzeit die Möglichkeit, Beschwerden an die Mitarbeiter des Krankenhauses zu richten bzw. die Patientenfeedbackbögen dafür zu nutzen. Schriftlich eingehende Patientenbeschwerden werden durch die Krankenhausleitung bearbeitet und Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet.

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

Für die **Erhebung und Analyse qualitätsrelevanter Daten** und die Planung der internen Qualitätssicherung sind die jeweils zuständigen Führungskräfte mit Unterstützung der Qualitätsbeauftragten verantwortlich. Um die Datenerfassung möglichst effizient zu gestalten und die Validität der Daten zu gewährleisten, wird danach getrachtet, die gewünschten Kennzahlen **aus Routinedaten** zu gewinnen.

Ein zusätzliches Instrument zur Erhebung von qualitätsrelevanten Kennzahlen sind die regelmäßigen Befragungen. Aus der Analyse der erhobenen Daten werden konkrete Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet und realisiert.

Das Ziel ist Qualitätssicherungsdaten, Komplikationsstatistik und Kennzahlen kritisch zu evaluieren und Verbesserungen von Behandlungspfaden und Abläufen zu initiieren.

Obwohl keine gesetzliche Verpflichtung besteht, an **externen Qualitätssicherungsprogrammen** teilzunehmen, kooperieren Abteilungen des Krankenhauses mit fachspezifischen, externen Qualitätskennzahlenprogrammen und Qualitäts-Registern. Die Erfassung, Analyse und Aufbereitung der relevanten Daten erfolgt dabei fachspezifisch.

Weiters werden in der Stabstelle Controlling ökonomische Kennzahlen erfasst und zum Vergleich mit anderen Krankenanstalten herangezogen.

## 7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus

*proCum Cert:*

### Integration der Seelsorge ins Krankenhaus

Im Sinne einer ganzheitlichen Betreuung des Patienten, gibt es im Krankenhaus ein **umfassendes seelsorgerisches Angebot**. Mit anderen Arbeitsbereichen im Krankenhaus arbeitet die Seelsorge in interdisziplinären Kommissionen, im Pastoralrat, im Palliativteam sowie bei Fortbildungen und Seminaren, beim Gestalten von Feiern und durch regelmäßige Treffen mit den Leitungsgremien zusammen.

### Strukturelle Rahmenbedingungen und Organisation der Seelsorge

**Grundlage und Bezugspunkt** der seelsorglichen Tätigkeit ist das Leitbild und das Seelsorgekonzept.

Das **Seelsorgeteam** besteht aus hauptamtlichen Mitarbeitern, die sich entsprechend weiterbilden und bei Bedarf geistliche und psychologische Begleitung in Anspruch nehmen können.

Die Bereitstellung von Personal, Sachmittel und Infrastruktur erfolgt durch das Krankenhaus und den Orden. Die Krankenhauskirche ist rund um die Uhr für die Patienten zugänglich und lädt zum stillen Verweilen und Gebet ein.

Für die seelsorgerische Arbeit stehen die patientengerechte Krankenhauskirche, das Beicht- und Aussprachezimmer neben der Kirche und das Seelsorgebüro zur Verfügung. Durch einen Bereitschaftsdienst ist garantiert, dass **rund um die Uhr ein Priester verfügbar** ist.

### Angebote der Seelsorge

Neu aufgenommene stationäre Patienten werden, unabhängig von der Religionszugehörigkeit, auf Wunsch vom Seelsorgeteam besucht. Bei Bedarf erfolgt eine weitere Betreuung und Begleitung von Patienten und Angehörigen. In schwierigen Situationen kann ein Seelsorger auf Wunsch hinzugezogen werden. Das Sakrament der Krankensalbung wird auf Wunsch des Patienten oder seiner Angehörigen gespendet. Die Hl. Messe wird täglich in der Krankenhauskirche gefeiert, im Anschluss an Vesper und Rosenkranz. An den großen Festtagen Weihnachten, Ostern, Pfingsten, Johannes von Gott und Patroziniumsfest des hl. Antonius werden Festgottesdienste unter musikalischer Gestaltung durch den hauseigenen Kirchenchor gefeiert.

Anfang des Jahres wird im Rahmen einer Haussegnung jede Station besucht. Am Aschermittwoch wird die Asche gesegnet und im Laufe des Tages an Patienten und Mitarbeiter ausgeteilt. Weitere Angebote des Seelsorgeteams sind: Beichte und Aussprache (auch für Hinterbliebene), tägliche Kommunionsspendung, Kindersegnungen, Gottesdienste für verstorbene Patienten, etc. Informationen zum **seelsorgerischen Angebot** beinhaltet der Seelsorgefolder, welcher auf den Stationen aufliegt. Im Krankenhaus sind unterschiedliche Schwesterngemeinschaften, wie die Kongregation der Töchter vom Göttlichen Erlöser, die Kongregation der Schwestern vom hl. Josef von Tarbes und die Kongregation der Sisters of Charity im Einsatz. Sie leisten sowohl in der Krankenpflege als auch in der Seelsorge (Kommunionausteilung) einen wichtigen Beitrag.

### Verbindung und Zusammenarbeit mit Kirchengemeinden

Das gemeinsame Feiern von Kranken und Gesunden in der Liturgie schafft wie von selbst eine **Brücke zum Leben außerhalb des Krankenhauses**. Die Krankenhauseelsorge unterhält gute Beziehungen zu den Seelsorgern der umliegenden Pfarren und der evangelischen Kirche. Das Krankenhaus versteht sich als Teil der Pfarre Oberberg in Eisenstadt. Zusätzlich bestehen regelmäßig gepflegte Kontakte im Dekanat und mit den Krankenhauseelsorgern des Ordens und der Diözese.

Der seelsorgliche Besuchsdienst aus den jeweiligen Pfarren ist oft ehrenamtlich organisiert und erhält von der Krankenhauseelsorge professionelle Unterstützung in der Betreuung einzelner Patienten, bei der Sterbebegleitung und der Spendung der Sakramente.

## 8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft

*proCum Cert:*

### **Übernahme von Verantwortung für Ausbildung**

Dem Orden und dem Krankenhaus ist es ein Anliegen, **Verantwortung für die Ausbildung junger Menschen in verschiedenen Berufssparten** (Allgemeinmediziner, Fachärzte, Gesundheits- und Krankenpflege, Medizinisch-technische Berufe, Hebammen, Klinische Psychologen, etc.) zu übernehmen.

Neben der fachlichen und sozialen Kompetenz der Bewerber ist eine Orientierung gemäß den Werten des Ordens wesentlich.

Die Ausbildungsverantwortlichen und Praxisanleiter sind für das Erreichen der Ausbildungsziele verantwortlich. Praktikanten und Studenten wird es ermöglicht, während der Ausbildung die gelebte Werteorientierung durch Teilnahme am spirituellen Angebot mitzuerleben.

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

**Einige ehrenamtliche Mitarbeiter** sind als **Besuchsdienst für Patienten** sowie in einzelnen Aufgaben der Patientenbetreuung unterstützend tätig. Diese werden von der Pflegedirektorin und dem Seelsorgeteam koordiniert. Externe Unterstützer und auch Mitarbeiter haben die Möglichkeit, die Ordenseinrichtungen finanziell und ideell zu unterstützen.

## 9 Trägerverantwortung

*proCum Cert:*

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

Die Grundlage für die Planung ist der öffentliche Versorgungsauftrag, unter Berücksichtigung der Ordensphilosophie und der wirtschaftlichen Gegebenheiten, der durch die Definition als Schwerpunktkrankenhaus gegeben ist.

**Der Orden der Barmherzigen Brüder nimmt als Rechtsträger Einfluss auf die strategische Ausrichtung des Krankenhauses.**

Um einen verkürzten Krankenhausaufenthalt anbieten zu können, wurde eine tagesklinische Versorgungsstruktur hergestellt.

Im Zuge des Strategie-Entwicklungsprozesses sind neben der Gesamtleitung und der kollegialen Führung auch die Abteilungsleiter im Rahmen einer Strategieklausur vertreten. Die Gruppe erarbeitet wesentliche Vorschläge zur Strategieentwicklung des Krankenhauses und ist für die Kommunikation der festgelegten Strategien an alle anderen Mitarbeiter verantwortlich.

### **Vorgaben für die operative Unternehmensführung**

**Der Orden als Rechtsträger** nimmt durch grundlegende Weisungen zu Management und Leitung **Einfluss** auf die **operative Unternehmensführung** (Personalmanagement, Qualitätsmanagement, Finanzmanagement, etc.). Der Träger hat durch die Genehmigung des Jahresbudgets auch die Budgetletzverantwortung. Die Barmherzigen Brüder bekennen sich zu dem Grundsatz, dass eine fundierte medizinische und pflegerische Forschung die Voraussetzung für eine gute Krankenversorgung und Pflege ist.

Der 2010 in Kraft getretene und überarbeitete **Ethikkodex** unterstützt die Ethikkommission bei der formalen und inhaltlichen Bewertung projektierte Studien und gibt Vorgaben zu ethischen Fragestellungen im Rahmen der Patientenbetreuung im Krankenhaus.

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

Die Letztverantwortung für die Besetzung der obersten Führungspositionen des Krankenhauses trägt der Provinzial. Nach einem Hearing im Krankenhaus, bestehend aus der Krankenhausleitung, dem Prior und dem Gesamtleiter der Ordensprovinz, wird eine Reihung vorgenommen und die Beurteilung durch den Provinzial erfolgt im Rahmen eines Einzelgespräches. Dabei wird darauf geachtet, dass neben der fachlichen, sozialen, ethischen und religiösen Qualifikation, auch die Motivation, Gesinnung und Verhaltensweise der Bewerber mit den Prinzipien des Ordens vereinbar sind. Die Teilnahme am provinzwweiten Führungskräfteentwicklungslehrgangs und die erarbeiteten Führungsgrundsätze unterstützen die obersten Führungspositionen in ihrer Führungsarbeit.

### **Wahrnehmung der Aufsichtsverantwortung**

Das **Aufsichtsgremium (Definitorium)** der österreichischen Ordensprovinz nimmt die Aufgabe wahr, strategische und operative Maßnahmen in Bezug auf Idee und Werte der Hospitalität des Hl. Johannes von Gott zu vermitteln, damit die Ordensphilosophie und -kultur in den Ordenseinrichtungen gelebt wird. Der Träger hat durch die Einrichtung des Pastoralrates ein Gremium geschaffen, das die christliche Prägung des Krankenhauses aktiv umsetzt und im Sinne einer ganzheitlichen Betreuung die Beachtung und Pflege der spirituellen Dimension des Menschen miteinschließt.