



BARMHERZIGE BRÜDER
KRANKENHAUS EISENSTADT

proCum Cert-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 6.0_2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
Anschrift:	Johannes von Gott Platz 1 A – 7000 Eisenstadt
Ist zertifiziert nach proCum Cert inklusive KTQ[®] mit der Zertifikatnummer:	2014-A-EISE-11-K-002829
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft, Frankfurt am Main
Gültig vom:	16.05.2014
bis:	15.05.2017

Inhaltsverzeichnis:

Vorwort der proCum Cert	3
Vorwort der KTQ®	4
Vorwort der Einrichtung	6
Die Kategorien	8
1 Patientenorientierung	9
2 Mitarbeiterorientierung	14
3 Sicherheit	17
4 Informations- und Kommunikationswesen	19
5 Führung.....	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 konfessionelle Zertifizierungsgesellschaft, die von der katholischen und der evangelischen Kirche, namentlich durch den Katholischen Krankenhausverband Deutschlands (KKVD) und den Deutschen Evangelischen Krankenhausverband (DEKV) ins Leben gerufen wurde.

Gesellschafter der proCum Cert sind neben den genannten Krankenhausverbänden die beiden christlichen Wohlfahrtsverbände Caritas (DCV) und Diakonie (DWdEKD) sowie deren Versicherungsdienst Ecclesia.

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

Das kombinierte pCC-KTQ-Zertifikat geht in seinen Anforderungen über die hinaus, die im KTQ-Manual beschrieben sind. Ziel der proCum Cert ist, christliche Werte in das Qualitätsmanagement einzubeziehen und in der Organisation zu verankern. Hierfür wurden 24 weitere Qualitätskriterien formuliert, die es in dem KTQ-Manual mit seinen derzeit 63 Kriterien nicht gibt.

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

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

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

Mathias Bojahr

Geschäftsführer
proCum Cert GmbH

Vorwort der KTQ®

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, MVZ, Pathologische Institute, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize, alternative Wohnformen und Rettungsdiensteinrichtungen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

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

der Einrichtung beziehen.

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

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

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

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

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

Wir freuen uns, dass das **Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in 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 <http://www.ktq.de/> abrufbar.

Dr. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Dr. med. M. Vogt

Für den Hartmannbund

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 neun 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 950 Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen beschäftigt und betreuen jährlich etwa 25.000 stationäre Patienten. Die Zahl der ambulanten Frequenzen lag im vergangenen Jahr bei etwas mehr als 102.000. 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.

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, Unfallchirurgie, Orthopädie, Kinder- und Jugendheilkunde, Innere Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Anästhesie und Intensivmedizin, Hals-Nasen-Ohren und dem Röntgeninstitut, wird eine ganzheitliche, auf die PatientInnen ausgerichtete Versorgung angeboten.

Das Angebot wird 2014/2015 durch die Einrichtung einer Neurologischen Abteilung inkl. Stroke Unit (Spezialbereich für die Behandlung von Schlaganfallpatienten) im Rahmen des laufenden umfangreichen Bauprojektes erweitert.

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 Kategorien

1 Patientenorientierung

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. Parkmöglichkeit ist aufgrund eines vorhandenen Parkdecksmit 600 Stellplätzen, unweit des Haupteingangs, gegeben. Zur Vorbereitung der **stationären Aufnahme** erfolgt eine Abstimmung des Patienten, der zuweisenden Ärzte und der terminvergebenden Stelle. Patienten erhalten vor der stationären Aufnahme die für den Krankenhausaufenthalt relevanten Informationen.

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

Leitlinien

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

Fachübergreifende Richt-/Leitlinien werden in interdisziplinären Arbeitskreisen erstellt. Entsprechend den neuesten medizinischen und pflegerischen 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, weshalb werden laufend Patientenfragebögen ausgegeben und aus den Ergebnissen Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet.

Patientenschulungen werden von Ärzten und einschlägig ausgebildeten Pflegepersonen (Dekubitusprophylaxe, Stomaschulung, Diabetesschulung...), Logopäden (Schluckstörungen) und Diätologen (Ernährungsberatung, Diabetesschulung) durchgeführt.

Service, Essen und Trinken

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 überwiegend 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.

Zur Auswahl stehen verschiedenste **Kostformen** (Hausmannskost, Vollkost, leicht verdauliche sowie fleischfreie Kost, Diabetes-gerechte 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.

Kooperationen

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit findet in berufsübergreifenden Besprechungen Ausdruck. Zusätzlich werden in dringenden Fällen kurzfristige Konsultationen organisiert. Für die Coronarangiobereitschaft steht unser Krankenhaus in **Kooperation** mit den Krankenhäusern Wr. Neustadt und Mödling. Bei speziellen Fragestellungen erfolgen Abstimmungen mit anderen Krankenhäusern über direkte Kontaktaufnahme (z.B. SMZ-Ost oder KH Wr. Neustadt Neurochirurgie).

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. 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.

Ambulante Diagnostik und Behandlung

Neben der **Allgemeinen Ambulanz**, die entsprechend dem Ordensauftrag für jeden hilfesuchenden Menschen eine medizinische Grundversorgung sicherstellt, verfügt jede bettenführende Abteilung des Hauses über eine eigene **Fachambulanz**. Zusätzlich bestehen diverse Spezialambulanzen (u.a. Stoffwechsellambulanz, Diabetesambulanz, Knie- und Schulterambulanz, Ambulanz für übergewichtige Kinder, etc.).

Bei der Behandlungsplanung werden vorhandene Vorbefunde verwendet und bei Bedarf durch hausinterne 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.

Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Die Koordination der **stationären Diagnostik- und Behandlungsplanung** erfolgt im Anschluss an die Anamnese- und Statuserhebung und obliegt dem stationsführenden Oberarzt und dem Pflegeteam. Die multiprofessionelle Abstimmung findet täglich während der Visite und der üblichen Besprechungen statt. Zuweisungen zu therapeutischen oder diagnostischen Maßnahmen werden im Regelfall rein 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 Hauses abgestimmt.

Operative Verfahren

Die **diagnosebezogene Indikationsstellung 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 zentralen Aufwachraum. Zur Vermeidung von Komplikationen werden Checklisten und Standards verwendet, die die Patientensicherheit gewährleisten. 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 **Chefvisite** pro Woche durch den Abteilungsvorstand statt. Die Visitenzeiten sind geregelt und auf den Stationsablauf abgestimmt. Visiten werden von einem **Pflegemitarbeiter** begleitet, weiters nehmen nach Möglichkeit Stationsarzt und Turnusärzte daran teil. Bei Bedarf sind auch weitere Spezialisten wie z.B. Klinische Psychologin, anwesend.

Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Die diagnosebezogene Indikationsstellung und die Abläufe (Diagnostik, Therapie) werden von den behandelnden Ärzten bestimmt. Dies geschieht in der Ambulanz, im Rahmen der stationären Aufnahme, während der Visiten und interprofessionellen und interdisziplinären Besprechungsroutinen. Die Patienten werden persönlich sowie über Informationsmaterial, das schon in der Ambulanz mitgegeben wird und auch auf der Station aufliegt, über die eigene Diagnose, die geplanten Maßnahmen (Aufklärungsblatt) od. Selbsthilfegruppen informiert. Die Abstimmung mit weiterversorgenden Einrichtungen erfolgt in schriftlicher Form über die Entlassungsbriefe (Kurzarztbrief bei Entlassung; endgültiger Arztbrief) oder Telefonate. Bei vielen Patienten wird schon bei der Aufnahme das Umfeld und die soziale Situation hinterfragt. So kommt es zu rechtzeitigen Maßnahmen und Gesprächen bei komplexeren Entlassungssituationen durch die Pflegemitarbeiter der Überleitung. Das ärztliche Entlassungsgespräch erfolgt meist vor oder am Entlassungstag während der Visite.

Entlassungen

Die Entlassung wird einige Tage vorher 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 Überleitungspflege** hinzugezogen.

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

Kontinuierliche Weiterbetreuung

Bedarf ein Patient einer **kontinuierlichen Weiterbetreuung** (Heimhilfe, mobile Krankenpflege, Pflegeeinrichtungen, Rehabilitation,...) wird dies zeitgerecht vom Pflegepersonal und dem Team der Überleitung/des Entlassungsmanagements, 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 lückenlose Weiterversorgung mit Medikamenten und Hilfsmitteln wird ebenfalls sichergestellt.

Umgang mit sterbenden Patienten

Jeder Patient hat das Recht, **ohne unnötige Schmerzen in Würde und Ruhe zu sterben**. Um diese **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 ist sichergestellt, 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.

Umgang mit Verstorbenen

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

proCum Cert:

Besondere Zuwendung und Präsenz für Patienten gewährleisten

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 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 alle 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.

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. Weiter besteht die Möglichkeit, dass **Begleitpersonen** mitaufgenommen werden.

Sicherstellung einer Weiterbetreuung von Palliativpatienten

Zur **Sicherstellung der Weiterbetreuung von Palliativpatienten** werden vom Betreuungsteam die Mitarbeiter der Überleitungspflege eingebunden. Diese beraten die Patienten und deren Angehörige und unterstützen sie bei der Organisation von Hauskrankenpflege oder der Aufnahme in Pflegeeinrichtungen. Pflegende Angehörige werden auf Wunsch in die stationäre Pflege eingeschult. **Entlassungen** werden so geplant, dass keine Lücke zwischen intra- und extramuraler Versorgung entsteht; beispielsweise werden **Medikamente und Hilfsmittel** zur Überbrückung mitgegeben.

2 Mitarbeiterorientierung

KTQ:

Planung des Personalbedarfs

Die **qualitative und quantitative Planung des Personalbedarfs** erfolgt gemäß der strategischen Ziele in Abstimmung mit der KH-Leitung und der jeweiligen Führungskraft. Der Bedarfsplan wird anhand der gesetzlichen Regelungen unter Einbeziehung definierter Leistungskennzahlen und der geplanten Leistungsentwicklungen erstellt. Der Prozess der Personalplanung stellt eine qualitativ und fachlich hochwertige Versorgung aller Patienten sicher.

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

Personalentwicklung/Qualifizierung

Das **Konzept der Personalentwicklung** geht aus dem Versorgungsauftrag, der **Strategie des Hauses** und den daraus resultierenden Schwerpunkten hervor. Berücksichtigt werden die bestehende und prognostizierte Personalstruktur, die demographische Entwicklung, der Arbeitsmarkt und die Potentiale bzw. Wünsche der Mitarbeiter. Mit der Schaffung einer Planstelle für Personalmanagement in der österreichischen Provinzleitung wurde der steigenden Bedeutung einer systematischen Personalentwicklung und Personalmanagement Ausdruck verliehen.

Die gesetzlichen Vorgaben zur Qualifikation des ärztlichen und pflegerischen Personals werden umgesetzt. In den Stellenbeschreibungen und abteilungsspezifischen Tätigkeitsbeschreibungen sind die für die Tätigkeit notwendigen Kenntnisse und Qualifikationen dargestellt. Im Rahmen der regelmäßigen Mitarbeitergespräche findet einerseits die Zieldefinition, andererseits eine Evaluierung der erreichten Ziele statt. Ebenso werden Aspekte der Karriereplanung in den Mitarbeitergesprächen thematisiert und Wünsche der Mitarbeiter nach beruflicher Weiterentwicklung werden, wenn sie mit der Strategie des Hauses und den Abteilungszielen vereinbar sind, berücksichtigt.

Einarbeitung von Mitarbeitern

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

Neue Mitarbeiter werden von den Mitgliedern der Krankenhausführung begrüßt. Berufsspezifisch wird am Ende der Einarbeitungsphase in Evaluierungsgesprächen der individuelle Einarbeitungsprozess beleuchtet und dem neuen Mitarbeiter persönliches Feedback gegeben.

Ausbildung

Alle medizinischen Abteilungen bilden Turnusärzte im Rahmen der Ausbildung zum Allgemeinmediziner aus. Dies erfolgt entsprechend der Bestimmung des Ärztegesetzes. Die Qualitätskontrolle ist die Arztprüfung zum Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin.

Alle Abteilungen des Hauses haben die Möglichkeit, Ärzte zum Facharzt des entsprechenden Sonderfaches auszubilden. Zum Abschluss wird die gesetzlich vorgeschriebene Prüfung absolviert (Allgemeinmedizin, Facharzt). Für die Ärzte/innen in Ausbildung zum Allgemeinmediziner/innen bzw. Facharzt/ärztin gibt es auf jeder Abteilung einen Ausbildungsverantwortlichen (in der Regel der Abteilungsvorstand) und einen Mentor (meist ein Oberarzt).

Weiters gibt es für die Berufsgruppen der Medizinisch technischen Dienste und für die Pflegeberufe sowie Hebammen, im Haus die Möglichkeit der praktischen Ausbildung. Praktikanten können die fachspezifischen Praktika und die praktische Abschlussprüfung am Patienten in unserem Krankenhaus absolvieren.

Gleichzeitig besteht im Hause die Möglichkeit, die fachspezifischen Praktika im Rahmen der Ausbildung zum Klinischen Psychologen, Gesundheitspsychologen und Psychotherapeuten zu absolvieren.

Grundsätzlich werden Schüler, Praktikanten und Studenten, die im Krankenhaus tätig sind, zu den wesentlichen Vorgaben rund um Hygiene, Datenschutz, Patientenrechte, Betriebsorganisation und Verhalten eingeschult. In jedem Bereich steht mindestens ein Mentor bzw. ausgebildeter Praxisanleiter zur Verfügung.

Fort- und Weiterbildung

Für die **geplante, systematische Fort- und Weiterbildung** der Mitarbeiter werden hausinterne Fortbildungsveranstaltungen angeboten. Die Belange der Aus-, Fort- und Weiterbildung obliegen den Leitungskräften, wobei die KH-Leitung die strategische Ausrichtung und die Rahmenbedingungen vorgibt. Das Personalmanagement erstellt gemeinsam mit einem interdisziplinären Bildungsgremium, unter Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse der Mitarbeiter, den jährlichen internen Fortbildungskatalog.

Die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen wird mittels Fortbildungsbestätigungen dokumentiert.

In der „**Schule der Hospitalität**“ und im Einführungsworkshop „**Hospitalität – ein Programm für den Alltag**“ werden die Werte des Ordens der Barmherzigen Brüder vermittelt.

Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Grundsätze eines **mitarbeiterorientierten Führungsstils** finden sich im Leitbild und den Werten des Ordens der Barmherzigen Brüder.

Diese festgelegten Grundsätze finden ihren Ausdruck in den Stellenbeschreibungen und fließen auch in Mitarbeitergesprächen, Arbeitsanweisungen und Qualitätsmanagementdokumenten (z.B. Qualitätspolitik) ein und gewährleisten so die Förderung der Integration und Kooperation aller Mitarbeiter.

In allen Berufsgruppen werden Mitarbeitergespräche geführt. Wünsche und Probleme werden dabei erfasst und entsprechend den betrieblichen Möglichkeiten berücksichtigt. Im Rahmen von regelmäßig durchgeführten Besprechungen und bei Projekten werden interessierte Mitarbeiter in die strategische Planung und deren Umsetzung miteinbezogen.

Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Ausgehend von den jeweiligen gesetzlichen Regelungen erfolgt die Gestaltung der **Arbeitszeiten** und Dienstpläne. Wobei sowohl bei der Dienstplangestaltung als auch bei der Urlaubsplanung eine bestmögliche Übereinstimmung der Mitarbeiterwünsche mit den betrieblichen Erfordernissen angestrebt wird (Modell der freien Dienstplangestaltung im Pflegebereich). Grundsätzlich werden Dienstpläne so gestaltet, dass keine Überstunden anfallen.

Im Sinne eines mitarbeiterorientierten Führungsstils liegt die Einhaltung der persönlichen Arbeitszeit im Kompetenz- und Verantwortungsbereich des jeweiligen Mitarbeiters und der Führungskräfte.

Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Im Sinne eines mitarbeiterorientierten Führungsstils werden die **Wünsche, Anregungen und Beschwerden** der Mitarbeiter als wesentlicher Beitrag zur Verbesserung der internen Abläufe und zur permanenten Weiterentwicklung des Krankenhauses gesehen. Mitarbeiter können in Dienstbesprechungen, in Mitarbeitergesprächen, in Projekten und in spontanen informellen Gesprächen Ideen und Anregungen einbringen. Alle Mitarbeiter können auch anonym Ihre Verbesserungsvorschläge und Anliegen in der Intranet-Plattform einbringen. Die Ideen und Vorschläge der Mitarbeiter werden so weit als möglich berücksichtigt.

proCum Cert:

Wahrnehmung der Fürsorgepflicht für die Mitarbeiter

Der Orden ist bestrebt, ein kooperatives Verhältnis zwischen Krankenhausleitung und den Mitarbeitern zu fördern, in welchem den **Bedürfnissen** beider Seiten entsprochen wird. Im Bereich der Mitarbeiterführung ist es ein zentrales Anliegen, familiäre Bedürfnisse der Mitarbeiter zu berücksichtigen (Arbeitszeitmodelle...).

Zur besseren **Vereinbarkeit von Familie und Beruf** kann das Beschäftigungsausmaß in Absprache mit dem direkten Vorgesetzten und der Krankenhausleitung festgelegt werden. Neben den gesetzlich vorgeschriebenen **betriebsärztlichen Leistungen** gibt es für MitarbeiterInnen zusätzlich u. a. folgende Leistungen: diverse Impfaktionen, allgemeine Beratungsgespräche zu gesundheitlichen Fragen, Ergonomie am Arbeitsplatz, Evaluierung der allgemeinen Arbeitsplatzbedingungen.

Einer Arbeitsüberlastung wird durch entsprechende Personalplanung und Mitarbeitergespräche vorgebeugt.

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 die betreuenden Pflegepersonen und Ärzte weitergeleitet.

In einem festlich gestalteten Rahmen werden besondere Leistungen angesprochen, Dekrete für Ernennungen (Oberärzte, Leitungsfunktionen) überreicht und Dienstjubiläen sowie Pensionierungen gefeiert.

Hilfe zur Bewältigung persönlicher Krisen

Entsprechend der Hospitalität, der gelebten Nächstenliebe, werden **Mitarbeiter in persönlichen Krisen ideell und materiell unterstützt**. Die Unterstützung der MitarbeiterInnen in Krisensituationen, erfolgt durch Gespräche, diskret und bestmöglich durch konkrete Angebote. Im Bedarfsfall wird die Inanspruchnahme externer Supervision ermöglicht.

Weitere materielle und organisatorische Unterstützungsangebote sind: die Möglichkeit zur Karenzierung, Anpassung der Arbeitszeit, kurzfristige Urlaubsgewährung, Gehaltsvorschuss sowie Wohnangebot.

Förderung der sozialen und christlich-ethischen Kompetenz der Mitarbeiter

Zur Entwicklung einer gemeinsamen Unternehmenskultur, in der sich die Wertehaltung der Unternehmensführung und der Mitarbeiter widerspiegelt, wird schon im Rahmen des Einführungsseminars „Hospitalität-ein Programm für den Alltag“, die Wertehaltung der Unternehmensführung vorgestellt.

Im Laufe des Jahreskreises, fördert der Pastoralrat in Zusammenarbeit mit dem Seelsorgeteam durch Veranstaltungen wie z.B. Kindersegnung, Festmesse zu Johannes von Gott, Gedenkmesse für die Verstorbenen, Fußwallfahrt nach Maria Zell und andere gemeinsame Aktivitäten, die christlich-ethischen Kompetenz und Spiritualität.

Bei schwierigen ethischen Fragestellungen bei der Patientenbetreuung hat jeder Mitarbeiter die Möglichkeit, das Ethikkomitee zur Unterstützung anzufordern.

3 Sicherheit

KTQ:

Arbeitsschutz

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

Brandschutz

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

Er setzt die für alle Mitarbeiter geltende Brandschutzordnung mit den im Brandfall zu berücksichtigenden Regeln und Angaben um. Der **Brandschutzplan** stellt das Leitdokument 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.

Umweltschutz

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, daher wurde unserem Krankenhaus für hervorragende Leistungen im Dienste der Umwelt und besondere Verdienste in der Abfallwirtschaft, der Abfallwirtschaftspreis der Burgenländischen Landesregierung verliehen.

Katastrophenschutz

Ein hauseigener **Katastrophenplan** enthält Anweisungen zur ungeplanten Aufnahme von Verletzten oder Erkrankten bei einem externen Großschaden oder Katastrophenereignis, sowie Anweisungen zur raschen und strukturierten Evakuierung des Krankenhauses.

Das Krankenhaus ist Teil des Burgenländischen Katastrophenplans. Die Zuteilung externer Patienten erfolgt durch die Landessicherheitszentrale. Der **Alarmplan** ist dreistufig. Auf jeder Station und Behandlungseinheit findet sich ein **Handbuch**.

Nichtmedizinische Notfallsituationen

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.

Schutz des Patienten vor 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 allen Patienten über dem 65. Lebensjahr wird auf das erhöhte Sturzrisiko geachtet. Bei Kindern besteht Aufsichtspflicht durch das Pflegepersonal bzw. den behandelnden Arzt. Zur Erfassung von kritischen Ereignissen und zukünftiger Fehler besteht ein Fehlermeldesystem.

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 innerhalb weniger Minuten mit kompletter und hochwertiger medizinischer Ausrüstung. Einheitliche Notfalltaschen gibt es in allen Bereichen. Reanimationsschulungen für Medizin und Pflege werden angeboten.

Hygienemanagement

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 Hygienerichtlinien und die Informationsweiterleitung verantwortlich ist. Zur Prüfung der Einhaltung hygienerelevanter Vorgaben, werden Hygienevisiten in allen Funktionseinheiten des Hauses durchgeführt.

Hygienerrelevante Daten

Das Krankenhaus beteiligt sich am österreichweiten Infektionsüberwachungssystem „ANISS“ und am deutschen Infektionssurveillance-System „KISS“. Beispielsweise werden Statistiken über Wundinfektionen an ANISS zur Auswertung gesendet. Auffällige Befunde und **hygiene-relevante Daten** werden an das Hygieneteam gemeldet, das entsprechende Maßnahmen ergreift, und sofern gesetzlich vorgeschrieben, die zuständigen Behörden benachrichtigt.

Infektionsmanagement

Die **Planung hygiesichernder Maßnahmen** wird von der Stabstelle Hygiene in regelmäßigen Treffen diskutiert. Für neue Mitarbeiter mit Patientenkontakt gibt es verpflichtende Einführungen und Fortbildungen. Um das **Infektionsrisiko zu minimieren** gibt es Vorgaben zum Umgang mit Infektionserregern, diese sind im Hygieneplan, der zentralen Dokumentation aller hausweit gültigen Hygienevorschriften, einsehbar.

Arzneimittel

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

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

Blutkomponenten und Plasmaderivate

Richtlinien zum **Umgang mit Blutprodukten** werden vom Blutdepot, das organisatorisch an das Labor des Krankenhauses angeschlossen ist, herausgegeben. 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.

4 Informations- und Kommunikationswesen

KTQ:

Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Die **Informationstechnologie** nimmt eine wichtige strategische Position innerhalb des Krankenhauses ein. Die Einführung der „Elektronischen Patientenakte“ in den Abteilungen des Krankenhauses als erklärtes strategisches Ziel, 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 vollelektronisch 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. Auf Grund der Möglichkeiten der Versionierung und der Abbildung von Freigabeprozessen, wird diese Software auch zur Dokumentenlenkung eingesetzt.

Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Zur **Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten** kommt ein modular aufgebautes Krankenhausinformationssystem (KIS) zum Einsatz, das kontinuierlich weiterentwickelt wird. Bereits heute werden Diagnosen und Leistungen 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 vom Abteilungsleiter vidiiert, danach abgeschlossen und physisch archiviert. Die elektronische Patientenakte gewährleistet die chronologische Verfolgung der Dokumentation.

Verfügbarkeit von Patientendaten

Das **elektronische Krankenhausinformationssystem** fungiert als Datendrehscheibe, indem für jeden neuen stationären Aufenthalt ein neuer Patientenakt 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. Alle Informationen werden ausschließlich proaktiv aus dem Krankenhaus heraus an autorisierte Stellen weitergeleitet.

Sowohl physische als auch elektronische Krankenakte 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 aller Daten lokal auf der Station.

Information der Krankenhausleitung

Relevante externe **Informationen erhält die Krankenhausleitung** durch Medienbeobachtung, aus diversen Kommissionen und Gremien. Weiters dienen regelmäßige Führungssitzungen auf verschiedenen hierarchischen Ebenen, dem berufsgruppenübergreifenden Aus-

tausch von Informationen. Bei relevanten Abweichungen vom Normbetrieb und bei definierten, besonderen Ereignissen wird ebenfalls die Krankenhausführung informiert.

Informationsweitergabe (intern/extern)

Zur **internen Information und Kommunikation** dienen Besprechungen, die sowohl innerhalb der Berufsgruppen als auch berufsgruppenübergreifend organisiert sind. Sitzungen der Leitungsgremien (Kollegiale Leitung, Primärärzte, Stationsleitungen) und Kommissionen werden strukturiert, moderiert und mittels Protokollen dokumentiert.

Weitere Informationsquellen für Mitarbeiter sind Aushänge auf den Stationen, Mails und Rundschreiben, Informationsveranstaltungen bei größeren Projekten und Systemumstellungen, Mitarbeiterinformationsschreiben sowie die Mitarbeiterzeitung.

Zusätzlich wurde ein provinzwieites **Dokumentenmanagementsystem** implementiert. Für **Public Relations ist die Stabsstelle Kommunikation** zuständig. Sie plant und setzt prospektiv die externen Kommunikationsmaßnahmen um, welche die Abteilungen des Hauses berücksichtigen und die strategische Bedeutung des Ordens unterstützen sollen. Weiters sind Patienteninformationsbroschüren, Festschriften zu Jubiläen, die provinzwieite Zeitschrift „Granatapfel“ u. ä. auf den Stationen aufgelegt.

Organisation und Service

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 hausinterne Informationsweitergabe.

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

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

Regelungen zum 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 garantiert und Maßnahmen zur Verhinderung unerwünschter Datentransfers wurden implementiert. Alle Mitarbeiter achten darauf, den Datenschutz und die Intimsphäre des Patienten zu wahren.

5 Führung

KTQ:

Vision, Philosophie und 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 Hauses.

Durchführung vertrauensbildender und -fördernder 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. Grundsätzlich zeigte die 2012 durchgeführte Mitarbeiterbefragung ein hohes Niveau an Mitarbeiterzufriedenheit und Einsatzbereitschaft auf.

Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Der Ethik-Codex ist für alle im Krankenhaus tätigen Personen gültig. Die im Haus bestehende **Ethikkommission** behandelt ethische Fragestellungen in Bezug auf medizinische Studien (z.B. Einführung neuer medizinischer Methoden). Dieser Kommission gehören medizinische, pflegerische und juristische Fachexperten, Seelsorger, Patientenvertretung und Vertreter des Rechtsträgers an.

Bei schwierigen ethischen Fragen im Rahmen der Patientenbetreuung, kann das Ethikkomitee einberufen werden. Weiters steht im Haus ein Team von Psychologen, Psychotherapeuten und Seelsorgern zur Verfügung, um Patienten und deren Angehörige bzw. auch Mitarbeiter in **schwierigen Situationen** zu begleiten.

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 Hauses, 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.

Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Kooperationen werden primär mit Partnern eingegangen, die das Leitbild, die Strategie und die grundsätzlichen Werte des Hauses 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 Hauses erhöhen.

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

Zusammenarbeitsverträge gibt es besonders auf dem Gebiet der gegenseitigen medizinischen Leistungserbringung wie z.B. in der Nuklearmedizin mit dem KH Wiener Neustadt, bei der Herz-Bypass Versorgung mit dem KH Wels und dem AKH sowie mit den Krankenhäusern der KRAGES.

Die Qualitätsanforderungen sind in den Kooperationsvereinbarungen definiert und werden im Zuge der in den Vereinbarungen getroffenen Qualitätssicherungsmaßnahmen überprüft.

Festlegung einer Organisationsstruktur

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.

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. Die Funktionen und Aufgaben der Kommissionen sind über entsprechende Geschäftsordnungen festgelegt. Arbeitsgruppen und Gremien werden oftmals projektbezogen zur Lösung einer bestimmten Aufgabenstellung eingerichtet.

Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Zur **effektiven und effizienten Führung** des Hauses wurden entsprechende **Leitungsgremien und Kommissionen** implementiert. Klare Organisationsstrukturen unterstützen eine effiziente Arbeitsweise der Führungskräfte. Die Koordination der medizinischen und pflegerischen Kernaufgaben, sowie der Verwaltungsangelegenheiten obliegt der Kollegialen Führung (Ärztliche Direktion, Pflegedirektion, Kaufmännische Direktion).

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.

Externe Kommunikation

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.

Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

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.

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

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 Hauses.

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.

Suche und Einstellung von Mitarbeitern, die das christliche Profil der Einrichtung stärken

Bei der **Personalrekrutierung** wird darauf geachtet, dass neben der fachlichen und menschlichen Qualifikation, die Motivation, Gesinnung und Verhalten der BewerberInnen mit den Prinzipien des Ordens vereinbar sind. Im Rahmen eines vertraulichen Gesprächs werden die gegenseitigen Erwartungen abgesteckt und den BewerberInnen werden die Werte und Ziele des Ordens näher gebracht.

Soziale Verantwortung, Rücksichtnahme und ethische Sensibilität in der Personalführung

In jenen Bereichen, in denen der Einsatz physisch beeinträchtigter Mitarbeiter möglich ist, wird dies von der Krankenhausleitung unterstützt und der Tätigkeitsbereich darauf entsprechend abgestimmt. Für Mitarbeiter in einem laufenden Dienstverhältnis, die ihre bisherigen Aufgaben nicht mehr erfüllen können, wird gemeinsam mit dem Vorgesetzten und dem Gesamtleiter eine Lösung ausgearbeitet. **Betriebsbedingte Kündigungen** und **Personalabbau** waren in den letzten Jahren durch die Entwicklung des Hauses nicht erforderlich.

Besondere Aspekte eines umfassenden Risikomanagements

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

Zur **Vermeidung von Patientenverwechslungen** erhalten alle 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.

Auf der Kinderabteilung werden großteils die Kinder 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.

6 Qualitätsmanagement

KTQ:

Organisation

Die Grundlagen für den **Aufbau und die kontinuierliche Weiterentwicklung** des Qualitätsmanagementsystems im Haus 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 Qualitätssicherungskommission ist entsprechend der gesetzlichen Vorgaben, als beratendes Gremium der Krankenhausleitung eingerichtet.

Als Basis und Werkzeug eines kontinuierlichen Qualitätsmanagementsystems wurde ein speziell für Krankenhäuser entwickeltes Qualitätsverfahren nach pCC-KTQ eingerichtet. In diesem Zertifizierungsprojekt sind bei der Entwicklung und Umsetzung, die Führungskräfte der Abteilungen und Bereiche sowie viele Mitarbeiter aus verschiedenen Berufsgruppen eingebunden.

Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Im Rahmen des Aufbaus 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 aller stationären 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. In den Analysedaten werden die am besten bewerteten Abteilungen namentlich angeführt, um als Best Practice Beispiele für andere Funktionseinheiten zu dienen.

Des Weiteren wurde 2012 eine kontinuierliche Patientenbefragung mit quartalsweisen Auswertungen eingeführt.

Befragung externer Einrichtungen

Es werden Informationsveranstaltungen für Zuweiser 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 Haus 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. Beispiele aus der vergangenen Befragung sind: verbesserte Mitarbeiterkommunikation durch einen Newsletter, Erarbeitung eines neuen Seelsorgekonzeptes.

Umgang mit Wünschen und Beschwerden

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 Hauses zu richten bzw. die Patientenfeedbackbögen dafür zu nutzen. Schriftlich eingehende Patientenbeschwerden werden durch die Krankenhausleitung bearbeitet und Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet.

Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

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 im Rahmen der Qualitäts-Arbeitskreise kritisch zu evaluieren und Verbesserungen von Behandlungspfaden und Abläufen zu initiieren.

Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Obwohl keine gesetzliche Verpflichtung besteht, an **externen Qualitätssicherungsprogrammen** teilzunehmen, kooperieren Abteilungen des Hauses 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 Krankenhaus-Kirche ist tagsüber 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, vom Seelsorgeteam besucht. Bei Bedarf erfolgt eine weitere Betreuung und Begleitung von Patienten und Angehörigen. In besonders 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, 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 Haus 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 PsychologInnen,) zu übernehmen.

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

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

Förderung ehrenamtlichen bzw. bürgerschaftlichen Engagements

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 jederzeit die Möglichkeit, die Ordenseinrichtungen finanziell und ideell zu unterstützen.

9 Trägerverantwortung

proCum Cert:

Vorgaben und Beiträge zur Strategie und Ausrichtung des Unternehmens

Der Orden der Barmherzigen Brüder nimmt als Rechtsträger Einfluss auf die strategische Ausrichtung des Krankenhauses. Die Vorgabe des Ordens in Form der Charta der Hospitalität, der Grundwerte und der Kapiteldokumente bedeutet für die Strategie des Hauses die Spezialisierung im Bereich der Onkologie. Im Bereich der Weiterversorgung wird durch ein starkes Netzwerk der Überleitungspflege und Hauskrankenpflege die Versorgung der Patienten, nach einem stationären Aufenthalt unterstützt.

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

Vorgaben für die 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 projektierter Studien und gibt Vorgaben zu ethischen Fragestellungen im Rahmen der Patientenbetreuung im Haus.

Personalverantwortung

Die **Besetzung der obersten Führungspositionen** des Hauses obliegt dem Rechtsträgervertreter (Prior) und dem Aufsichtsgremium (Definitorium) - die Verantwortlichen vor Ort werden ebenfalls in die Entscheidung einbezogen. Dabei wird von der Ordensleitung darauf geachtet, dass Fachkompetenz, menschliches Profil, ethisches Profil und religiöse Dimension im Gleichgewicht stehen. Im Sinne einer vorausschauenden Personalpolitik sind die Führungskräfte jeweils mit qualifizierten Stellvertretern besetzt.

Die „**Schule der Hospitalität**“ wurde gegründet, um zu gewährleisten, dass die **Grundwerte** der Barmherzigen Brüder und ihres Gründers, des Hl. Johannes von Gott, den **Mitarbeitern** vermittelt werden.

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.