



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen



BARMHERZIGE BRÜDER  
KRANKENHAUS GRAZ



BARMHERZIGE BRÜDER  
THERAPIESTATION FÜR DROGENKRANKE

## proCum Cert-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 6.0\_2009/2 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	Krankenhaus Barmherzige Brüder Graz	Krankenhaus Barmherzige Brüder Eggenberg	Therapiestation für Drogenkranke (Walkabout)
<b>Anschrift:</b>	Marschallgasse 12 A-8020 Graz	Bergstraße 27 A-8020 Graz-Eggenberg	Pirkenhofweg 10 A-8047 Graz-Kainbach

**Ist zertifiziert nach proCum Cert  
inklusive KTQ<sup>®</sup> mit der  
Zertifikatnummer:**

2015-A-GRAZ-12-K-002487

**durch die von der KTQ-GmbH  
zugelassene Zertifizierungs-stelle:**

proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft,  
Frankfurt am Main

**Gültig vom:** 15.01.2016

**bis:** 14.01.2019

## Inhaltsverzeichnis

<i>Vorwort der proCum Cert</i> .....	3
<b>Vorwort der KTQ®</b> .....	4
<b>Vorwort der Einrichtung</b> .....	6
<b>Die Kategorien</b> .....	8
1 Patientenorientierung .....	9
2 Mitarbeiterorientierung .....	14
3 Sicherheit .....	17
4 Informations- und Kommunikationswesen .....	20
5 Führung.....	22
6 Qualitätsmanagement .....	26
7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus .....	28
8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft.....	30
9 Trägerverantwortung.....	31

## **Vorwort der proCum Cert**

Die proCum Cert GmbH ist eine eigenständige konfessionelle Zertifizierungsgesellschaft, die von der katholischen und der evangelischen Kirche, namentlich durch den Katholischen Krankenhausverband Deutschlands (KKVD) und den Deutschen Evangelischen Krankenhausverband (DEKV) ins Leben gerufen wurde.

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

Als Kooperationspartner der KTQ® war die proCum Cert an der Entwicklung des KTQ-Manuals beteiligt. Als 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](http://www.proCum-Cert.de) allgemein zugänglich.

Hedwig Semmusch

Geschäftsführung  
proCum Cert GmbH

## Vorwort der KTQ®

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

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

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

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

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

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

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

der Einrichtung beziehen.

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

---

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

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Krankenhausbereiche überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Mit dem KTQ-Qualitätsbericht werden umfangreiche, durch die Fremdbewertung validierte, Informationen über das betreffende Krankenhaus in standardisierter Form veröffentlicht.

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

Wir freuen uns, dass das **Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Graz** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen - einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter [www.ktq.de](http://www.ktq.de) abrufbar.

**Dr. med. G. Jonitz**

Für die Bundesärztekammer

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

Für die

Deutsche Krankenhausgesellschaft

**S. Wöhrmann**

Für die Verbände der Kranken-  
und

Pflegkassen auf Bundesebene

**A. Westerfellhaus**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung

Der Leitsatz unseres Ordensgründers, des heiligen Johannes von Gott (1495 – 1550), „Gutes tun und es gut tun“ ist auch heute noch ungebrochen in den Krankenhäusern der Barmherzigen Brüder spürbar. Auf der Grundlage der Satzungen und Leitbilder des Ordens fühlen wir uns zu einer hochqualifizierten Patientenversorgung verpflichtet. Es ist unser täglicher Anspruch modernste Medizin, Menschlichkeit und persönliche Zuwendung miteinander zu verbinden. Unsere Mitarbeiter haben überdies den Anspruch unserem Krankenhaus ein menschliches Antlitz zu verleihen.

Im Jahr 2012 wurde ordensintern der Beschluss gefasst, das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz-Marschallgasse und das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eggenberg mit Wirksamkeit vom 01.01.2014 zu einem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz mit zwei Standorten zusammenzuführen. Diese Reorganisation fiel zudem in das Jubiläumsjahr 2015 des Standortes Marschallgasse, der 1615 aus Anlass der erfolgreichen Behandlung von Erzherzog Maximilian Ernst durch den Barmherzigen Bruder Frater Gabriel Ferrara gegründet wurde und somit sein 400-jähriges Bestehen im Wirken für Kranke und Bedürftige feiert.



Als Folge der Zusammenführung der beiden Krankenhausstandorte wurden die Führungspositionen neu besetzt. Mit der Gesamtleitung wurde vom Orden Dir. Mag. Oliver Szmej, MSc, MBA, bisheriger Gesamtleiter am Standort Eggenberg, betraut. Als Kaufmännischer Direktor wurde DKBW Anton Teuschler und als Pflegedirektor DGKP Peter Kelbetz, MAS – beide in ihrer Funktion bereits am Standort Marschallgasse tätig – bestellt. Mit Dr. Harald Mayer, MSc. wurde der Leiter der Stabsstelle Organisationsentwicklung/Qualitätsmanagement zum Ärztlichen Direktor ernannt. Mit Kapitelbeschluss wurde Frater Paulus Kohler OH als Prior und Rechtsträgervertreter eingesetzt.

Durch die organisatorische Zusammenführung verfügt das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz derzeit über insgesamt 459 Betten mit den Abteilungen Innere Medizin I, Chirurgie, Gynäkologie, Anästhesie und Intensivmedizin am Standort Marschallgasse sowie den Abteilungen Innere Medizin II, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie am Standort Eggenberg. An beiden Standorten sind überdies die Institute für Labordiagnostik sowie die Radiologie etabliert. Als dislozierte Einrichtung des Krankenhauses besteht in Kainbach bei Graz mit 30 Betten auch die Drogenstation „WALKABOUT“, welche Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung für Patienten anbietet.

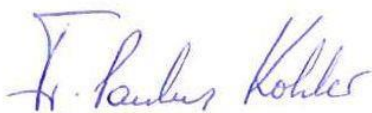


Neben der Stärkung und dem Ausbau der vorhandenen medizinischen Schwerpunkte – Darmchirurgie, Mammachirurgie, gynäkologische Chirurgie, Gastroenterologie, Rheumatologie, Endokrinologie und Nuklearmedizin, konservative Kardiologie, Dialyse, Schlaflabor, neuromuskuläre Erkrankungen, Erfüllung des Versorgungsauftrages in der Psychiatrie – ist es unserem Krankenhaus in den letzten Jahren erfolgreich gelungen sich als Partner in der Akutversorgung im Raum Graz und Umgebung zu etablieren. Durch entsprechende Vereinbarungen mit der KAGES übernehmen wir an beiden Standorten Akutpatienten von den beiden EBA's vom LKH-Univ. Klinikum Graz bzw. LKH Graz West. Der Schritt in Richtung Akutversorgung wird im kommenden Jahr durch die Teilnahme am Projekt „Virtuelle EBA“ weiter intensiviert. Durch dieses Projekt werden sämtliche Grazer Krankenhäuser mit ihrem jeweiligen medizinischen Leistungsspektrum in der Akutversorgung durch eine virtuelle gemeinsame Leitstelle zusammengeschaltet.


Obwohl der Standort Marschallgasse in den Jahren 2003 bis 2009 bereits umfangreich umgebaut und erweitert wurde, steht dem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz in den kommenden Jahren der nächste umfangreiche Um- bzw. Erweiterungsbau bevor, um künftig die Bereiche und Abteilungen des Standortes Eggenberg am Standort Marschallgasse aufzunehmen. Zu diesem Zweck werden sämtliche Prozesse und Abläufe, insbesondere in der Patientenversorgung, aufeinander abgestimmt, optimiert und vereinheitlicht. Effiziente Prozessabläufe bei gleichzeitig größtmöglicher medizinischer Qualität sind unserem Krankenhaus stets das höchste Anliegen. So haben wir unter der Überschrift „das prozessorientierte Krankenhaus“ das Projekt Zentrales Belegungsmanagement gestartet, mit dem Ziel unsere Prozesse in Zukunft noch effektiver und effizienter im Sinne unserer Patienten zu gestalten.

Beide Krankenhausstandorte haben jeweils getrennt bereits eine erfolgreiche Erstzertifizierung nach dem Qualitätsmanagementsystem pCC incl. KTQ® hinter sich. Bei der im Zuge der Häuserzusammenführung notwendigen Prozessharmonisierungen, war es extrem hilfreich, auf ein etabliertes QM-System zurückgreifen zu können. Und so lag die Entscheidung der Krankenhausleitung auf der Hand, sich nach einer entsprechenden Vorbereitungsphase erneut von externen unabhängigen Experten die professionelle Umsetzung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses bestätigen zu lassen.

Stets hat dabei der oben erwähnte Leitsatz „Gutes tun und es gut tun“ des Ordensgründers der Barmherzigen Brüder, der heilige Johannes von Gott, im Mittelpunkt zu stehen. Er hat mit seinem Leben und Wirken gelehrt, was bis heute als oberste Priorität in unserem Haus gelebt wird: Jeder Patient wird in seiner Einzigartigkeit und Ganzheit wahrgenommen und hat ein Anrecht auf bestmögliche medizinische und menschliche Versorgung.

Prior Frater Paulus Kohler OH  
Rechtsträgervertreter



Dir. Mag. Oliver Szmej, MSc, MBA  
Gesamtleiter



Dir. Dr. Harald Mayer, MSc  
Ärztlicher Direktor



DGKP Peter Kelbetz  
Pflegedirektor



Dir. Dipl. KH-BW Anton Teuschler  
Kaufmännischer Direktor

# Die Kategorien



# 1 Patientenorientierung

## KTQ

### **Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung**

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz, mit den Standorten Eggenberg und Marschallgasse, ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln und PKW gut erreichbar. Die Beschilderung sowie ein Routenplaner auf der Homepage erleichtern das Auffinden. Die Aufnahme stationärer Patienten erfolgt nach Terminvergabe mittels elektronischen Bettenbelegungsplans. Die Bettenbelegung wird entsprechend den fachlichen Anforderungen der medizinischen Abteilungen und der Ressourcen koordiniert. Die Voraussetzungen für die Aufnahme von alkohol- und medikamentensüchtigen Patienten sind gegeben. Drogenkranke werden an der dislozierten Abteilung „Walkabout“ in Kainbach behandelt.

### **Leitlinien**

Die Durchführung von Diagnostik und Therapie im Haus erfolgt gemäß den aktuellen Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften in Kombination mit der Erfahrung unserer Fachärzte und der Pflege. Auf dieser Basis wurden für die Kernprozesse des Hauses Ablaufbeschreibungen in Form von Richtlinien erstellt, die für Mitarbeiter im Intranet zur Verfügung stehen. Die Aktualisierung der Richtlinien erfolgt jährlich oder bei Bedarf und wird über das Qualitätsmanagement gesteuert.

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

Der Patient wird im Zuge des ärztlichen und pflegerischen Aufnahmegesprächs zu Behandlungen und Risiken aufgeklärt und über die Angebote des Hauses informiert. Angehörige werden, wenn vom Patienten erwünscht, mit eingebunden. Schriftliche Informationen liegen in Form von Patientenbroschüren und Hausfoldern auf. Für bestimmte Patientengruppen (Diabetiker, Rheumapatienten etc.) werden strukturierte Schulungen angeboten. Die Wahrung der Intimsphäre der Patienten ist durch ein Vier-Augengespräch gegeben. Im Mehrbettzimmer wird bei Bedarf ein Paravent zwischen den Betten aufgestellt. Bei Visiten und Pflegehandlungen werden Angehörige bzw. Besucher gebeten, das Zimmer zu verlassen. Für fremdsprachige Patienten können Dolmetscher per Telefon von extern hinzugezogen werden. Die Gehörlosenambulanz organisiert einen Dolmetsch- und Begleitservice für gehörlose Patienten bei externen Untersuchungen.

### **Service, Essen und Trinken**

Die Zimmer auf der Normalstation entsprechen den Erfordernissen im Hinblick auf Essplätze, Sicherheit und Hygiene. In der Sonderklasse wird die Hotelkomponente verstärkt berücksichtigt. Es werden spezifische Rückzugsräumlichkeiten angeboten. Gartenanlage und Terrassen können jederzeit von den Patienten genutzt werden. Wünsche der Patienten in Bezug auf die Ernährung werden, sofern keine Einhaltung einer Diät notwendig ist, berücksichtigt. Es wird eine abwechslungsreiche und ernährungsphysiologisch ausgewogene Kost angeboten, wobei die Patienten täglich aus verschiedenen Menüvorschlägen wählen können.

## **Kooperationen**

Eine Zusammenarbeit besteht sowohl provinzweit innerhalb der Brüderhäuser, wie auch mit externen Fachabteilungen des LKH, UKH Graz, Marienkrankenhaus Vorau und dem Diakonissenkrankenhaus Schladming. Externe Konsilien werden für die Fachgebiete Augen, Dermatologie, Hals-Nasen-Ohren, Neurochirurgie, Rheumaorthopädie und Urologie in Anspruch genommen. Das Zentrallabor Eggenberg mit dem Sattelitenlabor in der Marschallgasse und im UKH stehen 24 Stunden zur Analysenbestimmung zur Verfügung. Dem täglichen Informations- und Kommunikationsaustausch dienen die Visiten und diverse Besprechungsroutinen.

## **Erstdiagnostik und Erstversorgung**

Die Erstversorgung und Erstdiagnostik erfolgt durch qualifizierte Ärzte und Mitarbeiter der Pflege. Durch entsprechende Vereinbarungen mit der KAGes übernehmen wir an beiden Standorten Akutpatienten von den Notfalleinrichtungen des LKH-Univ. Klinikum Graz bzw. LKH Graz West. Der Schritt in Richtung Akutversorgung wird im kommenden Jahr durch die Teilnahme am Projekt „Virtuelle EBA“ weiter intensiviert. Durch dieses Projekt werden sämtliche Grazer Krankenhäuser mit ihrem jeweiligen medizinischen Leistungsspektrum in der Akutversorgung durch eine virtuelle gemeinsame Leitstelle zusammengeschaltet.

## **Ambulante Diagnostik und Behandlung**

Die Fach- und Spezialambulanzen sind zu festgelegten Zeiten bzw. Wochentagen geöffnet. Die Terminierung der Patienten erfolgt telefonisch über das jeweilige Sekretariat. Öffnungszeiten und Telefonnummern sind via Homepage abrufbar. Als Fachambulanzen stehen zur Verfügung: Anästhesie, Chirurgie, Gynäkologie, Interne, Neurologie, Nuklearmedizin, Psychiatrie sowie eine Gehörloseambulanz. Eine Ambulanz für Drogenkranke, die über das Pflegezentrum der Barmherzigen Brüder in Kainbach geleitet wird, ist bei den Minoriten am Mariahilferplatz eingerichtet. Alle Ambulanzen sind von einem Fach- oder Assistenzarzt und einer Diplompflegekraft besetzt. Patienten mit akuten Beschwerden werden bevorzugt aufgerufen und frühzeitig untersucht und behandelt.

## **Ambulante Operationen**

Vor ambulanten Eingriffen der Chirurgie und Gynäkologie werden die Patienten an Hand des Aufklärungsbogens vom verantwortlichen Arzt aufgeklärt. Die Eingriffe erfolgen unter entsprechender Lokalanästhesie. Der Patient wird entsprechend mit Informationen zum weiteren Verlauf und einem Befundbericht entlassen. Die Weiterversorgung erfolgt beim Hausarzt oder als Folgetermin in der Ambulanz.

## **Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung**

Nach der administrativen, pflegerischen und medizinischen Aufnahme mit der Erhebung der Anamnese, der körperlichen Untersuchung und der Aufklärung, ist es Aufgabe des verantwortlichen Facharztes weitere Untersuchungen und die Behandlung festzulegen. Diagnostische und therapeutische Maßnahmen werden mit dem Patienten gemeinsam geplant. Die einzelnen Prozessschritte werden im Krankenhausinformationssystem erfasst und dokumentiert.

### **Therapeutische Prozesse**

Therapien erfolgen nach Einverständnis des Patienten leitlinienkonform und werden in der elektronischen Fieberkurve bzw. im elektronischen Pflegebericht dokumentiert. Durch den regen Austausch unter den Fachdisziplinen und zwischen den Berufsgruppen sind die Behandlungsschritte gut aufeinander abgestimmt. Sämtliche Therapeuten des Krankenhauses müssen eine oder mehrere zertifizierte Ausbildungen nachweisen können.

### **Operative Verfahren**

Die Aufklärung und Vorbereitung des Patienten erfolgt unter Verwendung von standardisierten Aufklärungsbögen durch den verantwortlichen Facharzt. Vor Operationen erfolgt die präoperative Durchuntersuchung zur Ermittlung der OP- Tauglichkeit. Bei Patienten mit Risikofaktoren wie z.B. Blutungs- und Thromboserisiko werden eine Risikominimierung mit medikamentöser Prophylaxe und eine entsprechende Überwachung veranlasst. Nach der Operation wird der Patient im Aufwachraum überwacht und eine postoperative Schmerztherapie wird eingeleitet. Nach größeren Operationen und für Risikopatienten steht eine Intensivbehandlungsstation mit personeller und apparativer Ausstattung zur Verfügung.

### **Visite**

Die ärztlichen Visiten werden patientenorientiert gestaltet. Es finden Visiten durch einen Facharzt oder Facharzt in Ausbildung und mindestens einmal pro Woche durch den Abteilungsleiter statt. Die ärztlichen Visiten erfolgen gemeinsam mit der Pflege und bei Bedarf unter Einbeziehung zusätzlicher Fachdisziplinen. Die Visiten sind so gestaltet, dass der Patient verständlich informiert wird und Zeit hat, Fragen zu stellen.

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

In der Tagesklinik und in den Ambulanzen werden Chemo-, Immun- und Hormontherapien verabreicht sowie Untersuchungen (Szintigraphien, Endoskopien, Neuro Diagnostik, Schlaflabor) durchgeführt. Die Terminierung der Patienten erfolgt über die Sekretariate. Nach einer Laborkontrolle wird die jeweilige Therapie durch den Facharzt festgelegt.

### **Entlassung**

Bereits zum Zeitpunkt der Aufnahme werden die Lebensumstände und die Notwendigkeit der Weiterversorgung nach der Entlassung abgefragt. Im Zuge der Visiten wird dem Patienten der mögliche Entlassungstermin mitgeteilt. Das medizinische und pflegerische Entlassungsgespräch wird auf Wunsch auch unter Miteinbeziehung der Bezugspersonen geführt und die erforderlichen Entlassungspapiere bereitgestellt. Ein Arztbrief wird dem einweisenden bzw. dem weiterbetreuenden Arzt zugesandt.

### **Kontinuierliche Weiterbetreuung**

Bei Bedarf einer Weiterversorgung wird zur Organisation der externen Versorgung (z.B. Häusliche Pflege, Rehabilitationsplätze, Pflegeheime) die Sozialarbeit mit einbezogen. Erforderliche Heil- und Hilfsmittel werden bereits während des stationären Aufenthaltes des Patienten organisiert. In Fällen zu erwartender Heimpflege durch Bezugspersonen wird vor der Entlassung Kontakt aufgenommen.

men und bei Bedarf die jeweiligen Pflege- und Mobilisierungsmaßnahmen bzw. Ernährungssituationen geschult.

### **Umgang mit sterbenden Patienten**

Sterbende Patienten werden mit besonderer Aufmerksamkeit betreut. Dazu gehört sowohl die medizinisch-pflegerische Betreuung, die nach Möglichkeit in einem Einzelzimmer erfolgt, als auch die Berücksichtigung religiöser Bedürfnisse. Angehörigen wird eine ständige Begleitung der Sterbenden ermöglicht. Arzt und Pflege führen mit Angehörigen ein Gespräch, um ihnen den Verlauf des Sterbeprozesses zu vermitteln und das Einverständnis für etwaige Therapie- bzw. Pflegebegrenzungen einzuholen. Der priesterliche Beistand ist gegeben, für Angehörige anderer Konfessionen wird ein Kontakt zu einer religiösen Vertrauensperson hergestellt.

### **Umgang mit Verstorbenen**

Ziel ist es, jedem sterbenden Patienten unnötige Schmerzen zu ersparen sowie ihn in Würde und Ruhe sterben zu lassen. Die Angehörigen erfahren wertschätzende und stützende Gespräche durch die Begleitung der Mitarbeiter, insbesondere durch die Seelsorge. Angehörigen wird Zeit eingeräumt, um sich von Verstorbenen zu verabschieden. Ein Raum der Stille steht in Form der Kapelle bzw. dem Verabschiedungsraum zur Verfügung. Wenn Menschen anderer anerkannter Religionsgemeinschaften versterben, wird versucht, auf die kulturellen und religiösen Wünsche des Patienten und seiner Angehörigen einzugehen und auf Wunsch ein Vertreter seiner Religionsgemeinschaft kontaktiert.

## *proCum Cert*

### **Besondere Zuwendung und Präsenz für Patienten gewährleisten**

Auf den Wegen zu den Stationen, Ambulanzen, in den OP und zur Intensivstation werden Patienten im Bedarfsfall oder auf Wunsch von qualifizierten Mitarbeitern betreut und begleitet. Regelmäßige Gesprächsmöglichkeiten sind durch die medizinischen Visiten und den Pflegegesprächen gegeben. Es können auf Wunsch des Patienten unter Einbeziehung von Bezugspersonen Gespräche und Aufklärungen im geschützten Rahmen (Vier-Augen-Gespräche) stattfinden. Die christliche Werteorientierung des Krankenhauses präsentiert sich einerseits am Symbol des Granatapfels, andererseits befinden sich in jedem Patientenzimmer ein Wandkreuz und die Bibel in Form des Neuen Testaments. Über den „Radiokanal 1“ kann die heilige Messe empfangen werden. Die zentral gelegene Hauskapelle dient als Ort der Besinnung.

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

Das Seelsorgeteam kümmert sich um die religiösen und spirituellen Bedürfnisse der Patienten. Dafür gibt es Angebote wie Besuchsdienst, liturgische Feiern und Andachten, Glaubensgespräche, verschiedene meditative Rituale und spirituelle Impulse. Bei der Aufnahme auf den Stationen wird bereits auf diese Angebote der Seelsorge aufmerksam gemacht, welche unabhängig von Religionsbekenntnis und Weltanschauung in Anspruch genommen werden können. Bei problematischen Diagnosen kann die Seelsorge auf Wunsch des Patienten hinzugezogen werden.

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

Verwurzelt in christlicher Wertorientierung sind die Mitarbeiter offen für die Begegnung mit allen Menschen, unabhängig von ihrer ethnischen oder religiösen Zugehörigkeit. Der jeweiligen Weltanschauung wird mit Respekt begegnet. Bei Menschen mit anderer Religionszugehörigkeit werden spezielle konfessionelle Wünsche nach Möglichkeit berücksichtigt. Auf Wunsch wird ein Vertreter anderer Religionsgemeinschaften kontaktiert.

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

Die Krankenhausleitung und ein multiprofessionelles Team, bestehend aus Ärzten, Pflegepersonen, Therapeuten, Psychologen, Seelsorgern und Sozialarbeitern, ermöglichen eine adäquate Versorgung von Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf. Abhängig vom individuellen Bedarf wird eine Planung der stationären und poststationären Behandlung und Betreuung vorgenommen. Für Kriseninterventionen stehen Psychiater und Psychotherapeuten zur Verfügung. Drogenkranke werden an der Therapiestation „Walkabout“ betreut. Die Betreuung obdachloser Menschen erfolgt in Kooperation mit dem „Vinzidorf“, einer Einrichtung für Obdachlose und dem „Haus Elisabeth“ der Caritas, einer Einrichtung für Obdachlose Frauen.

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

Kinder werden im Haus routinemäßig nur in der Gehörlosenambulanz am Standort Marschallgasse betreut. Eine stationäre Behandlung ist gemäß den gesetzlichen Bestimmungen nicht vorgesehen. Kindernotfälle sind im Notfallmanagement berücksichtigt.

## **Sicherstellung einer Weiterbetreuung von Palliativpatienten**

Mit Palliativpatienten und Bezugspersonen erfolgen ausführliche Gespräche, welche Möglichkeiten der Versorgung es außerhalb des Hauses gibt. Die Sozialarbeit stellt den Kontakt zu einer externen Palliativstation oder zum mobilen Palliativteam her.

Die Maßnahmen erfolgen unter Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse des Patienten und werden mit den Ressourcen und Möglichkeiten der Bezugspersonen abgestimmt.

## 2 Mitarbeiterorientierung

### KTQ

#### **Planung des Personalbedarfs**

Die Personalplanung erfolgt in Abstimmung zwischen der Krankenhausleitung und dem jeweiligen Vorgesetzten des Bereiches unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben und der Strategie des Hauses. Die Planung von medizinischem Personal erfolgt nach der erforderlichen Anzahl von Ärzten zur Aufrechterhaltung des täglichen Betriebes in den Leistungsbereichen inklusive der Nachtdienste und unter Einhaltung gesetzlicher Vorgaben. In den Bereichen Labor/Röntgen ergibt sich der Personalbedarf aus der Mindestbesetzung pro Tag. In der Pflege werden die Pflegepersonalregelung sowie die Arbeitsplatzmethode als Grundlage zur Personalberechnung herangezogen. Die Planung des Personalbedarfs erfolgt im Rahmen der Budgetierung einmal jährlich im Voraus. Die Mitarbeitervertretung ist laufend über die Personalplanung informiert.

#### **Personalentwicklung/Qualifizierung**

Der Personalmanager unterstützt die Führungskräfte bei der Personalauswahl, Mitarbeiter-einführung und -bindung, Qualifikation und Förderung. Es bestehen Konzepte zur Führungskräfteentwicklung. Individuelle Personalentwicklungsmaßnahmen werden über das Mitarbeitergespräch zwischen Führungskraft und Mitarbeiter vereinbart. Die Leistungsanforderungen an die Mitarbeiter ergeben sich aus der Stellenbeschreibung, dem Berufsbild, und diversen Gesetzen wie Ärztegesetz, Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, Bundesgesetz der gehobenen medizinisch-technischen Dienste, Psychiatriegesetz sowie dem Krankenanstaltengesetz. Sofern die Wünsche der Mitarbeiter mit den Zielsetzungen und Bedürfnissen des Hauses vereinbar sind und sich finanzieren lassen, werden diese gefördert und umgesetzt.

#### **Einarbeitung von Mitarbeitern**

Monatlich wird ein Einführungstag für neue Mitarbeiter abgehalten. Zusätzlich gibt es einen spirituellen Einführungstag, in dem ethische Belange des Ordens vermittelt werden. Den neuen Mitarbeitern wird eine Mitarbeiter-einführungsmappe überreicht. Darin finden sich die wichtigsten Informationen zu Berufsgruppen, abteilungsübergreifenden Strukturen sowie der Organisation des Hauses. In der Einarbeitungszeit stehen den neuen Mitarbeitern Mentoren (unterstützende erfahrene Mitarbeiter) beiseite. Am Ende der Einarbeitungszeit erfolgt ein Feedbackgespräch.

#### **Ausbildung**

In der Funktion als Lehrkrankenhaus der Medizinischen Universität Graz erfolgt die Ausbildung von Medizinstudenten. Die Abteilungen bieten für Turnusärzte einen Teil der Ausbildung zum Allgemeinmediziner an. Außerdem haben die medizinischen Abteilungen die Möglichkeit, Fachärzte auszubilden. Im Bereich der Pflege wird die praktische Ausbildung für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege angeboten. Es werden Praktika für Physiotherapeuten und medizinisch-technische Assistenten angeboten. Der Umfang der jeweiligen Ausbildung richtet sich nach den jeweiligen gesetzlichen Vorschriften und Ausbildungskatalogen.

### **Fort- und Weiterbildung**

Durch leicht zugängliche Fortbildungsangebote soll das Wissen ständig aktuell gehalten und so die qualitativ hochwertige Betreuung aller Patienten unterstützt werden. Führungs- und Managementthemen werden über entsprechende Fortbildungsmaßnahmen z.B. "Schule der Hospitalität" übermittelt. Innerbetriebliche Fortbildungen sind in der Regel kostenfrei, der Besuch externer Veranstaltungen erfolgt durch Dienstfreistellungen und wird finanziell unterstützt. Das Fortbildungsbudget wird jährlich im Rahmen der Budgetplanung festgelegt. Die Zufriedenheit mit dem Fortbildungsangebot wird durch Feedbackgespräche, Rückmeldebögen und durch die Mitarbeiterbefragung erhoben.

### **Mitarbeiterorientierter Führungsstil**

Der Auftrag zum mitarbeiterorientierten Führungsstil leitet sich von unserem Leitbild und dem Grundsatz der Hospitalität (Gastfreundschaft) ab, das den Mitarbeiter als „höchstes Kapital“ bezeichnet. Führungskräfte und qualifizierte Mitarbeiter werden in strategische Planungsprozesse und Projekte einbezogen. Mit den Mitarbeitern werden Mitarbeitergespräche, mit allen Führungskräften Zielvereinbarungsgespräche geführt. Die Zufriedenheit mit dem Vorgesetzten wird in Mitarbeiterbefragungen anonym erhoben. Gute Erreichbarkeit und Präsenz der Führungskräfte sowie größtmögliche Transparenz zeichnen unser Haus aus.

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

Die gesetzlichen Regelungen bezüglich der Arbeitszeit sind im elektronischen Dienstplansystem hinterlegt. Die Überwachung der Einhaltung der Arbeitszeiten obliegt den Dienstplanverantwortlichen. Um einerseits den betrieblichen Erfordernissen und andererseits den persönlichen Bedürfnissen der Mitarbeiter entsprechen zu können, werden verschiedene Arbeitszeitmodelle angewandt. Grundsätzlich werden die Dienstpläne so gestaltet, dass keine Mehrarbeit anfällt.

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

Die Mitarbeiter können in den jeweiligen Dienstbesprechungen, im Zuge der Mitarbeitergespräche und in spontanen, informellen Gesprächen mit ihren direkten Vorgesetzten sowie anonym über eine elektronische Erfassung Vorschläge und Beschwerden einbringen.

*proCum Cert:*

### **Wahrnehmung der Fürsorgepflicht für die Mitarbeiter**

Um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf in einem hohen Maße zu erreichen, werden unterschiedlichste Arbeitszeitmodelle angeboten. Das Angebot der Kinderbetreuung durch den Kindergarten in Eggenberg kann genutzt werden. Es ist eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die sich speziell dem Thema „betriebliche Gesundheitsförderung“ widmet. Interne und externe Fortbildungen zu gesundheitsrelevanten Themen werden regelmäßig angeboten, ebenso finden durch die Arbeitsmedizin Impfkationen und Beratungen statt. Zur Verringerung von Arbeitsüberlastungen trägt eine flexible Dienstplaneinteilung bei.

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

Im Rahmen der Mitarbeitergespräche werden erbrachte Leistungen rückgemeldet und wertgeschätzt. Auch das Ausweiten von Aufgaben- und Verantwortlichkeitsbereichen, Einladungen zur Projektmitarbeit und Gewährung spezifischer Fort- und Weiterbildungen drückt die Anerkennung gegenüber dem Mitarbeiter aus. Darüber hinaus erhalten Mitarbeiter auch Feedback über die kontinuierlichen Patientenbefragungen. Die Förderung der Hausgemeinschaft erfolgt durch gemeinsame Feierlichkeiten. Langjährigen Mitarbeitern wird bei Feiern von Dienstjubiläen und Pensionierungen Anerkennung für Treue zum Unternehmen ausgesprochen.

### **Hilfe zur Bewältigung persönlicher Krisen**

Zur Bewältigung persönlicher Krisen können sich betroffene Mitarbeiter an den psychotherapeutischen Dienst, den Betriebsrat, die Arbeitsmedizin oder die Seelsorge wenden. Unterstützung der Mitarbeiter erfolgt durch konkrete praktische Angebote, wie Coachings, kurzfristige Dienstfreistellungen, Veränderungen des Arbeitszeitmaßes, kurzfristige Urlaubsgewährung, unbezahlte Karenzzeiten sowie Angebot einer kurzfristigen Wohnmöglichkeit.

### **Förderung der sozialen und christlich-ethischen Kompetenz der Mitarbeiter**

Mit verschiedenen Veranstaltungen der Seelsorge, des Pastoralrates und des Ethikkomitees wird versucht den Mitarbeitern die christliche Wertebasis zu vermitteln bzw. Interesse zu wecken und die soziale und ethische Kompetenz zu fördern. Die „Schule der Hospitalität“ dient besonders der Vermittlung und Vertiefung eines christlichen Basiswissens. Andere Angebote, wie Besinnungstage, provinzweite Pastoraltreffen oder Wallfahrten, tragen zu einer weiteren Vertiefung des Glaubens bei.



## 3 Sicherheit

KTQ:

### **Arbeitsschutz**

Im Arbeitnehmerschutzgesetz mit den dazugehörigen Verordnungen sind die gesetzlichen Pflichten, basierend auf Richtlinien der EU, geregelt. Im Zuge des Mitarbeiter-einführungsseminars werden neue Mitarbeiter zum Thema Arbeitsschutz eingewiesen. Zur Sicherstellung der Versorgung der Mitarbeiter bei Unfällen und Notfällen erfolgen regelmäßige Unterweisungen. Die Arbeitsplätze werden Beurteilungen auf Eignung unterzogen. Die Sicherstellung der arbeitsmedizinischen Anforderungen erfolgt durch die Arbeitsmedizin, welche für vorbeugende Maßnahmen, verpflichtende Untersuchungen und Impfungen zuständig ist.

Vorsorgeuntersuchungen werden lt. § 51 Arbeitnehmerschutzgesetz angeboten.

### **Brandschutz**

Die Brandschutzbeauftragten sind für alle Belange zum Thema Brandschutz verantwortlich. Informationen zu Melde- und Alarmierungswege, Flucht- und Rettungspläne, Sammelplätze und Anfahrtswege der Feuerwehr sind im Katastrophen-, Alarm- und Einsatzplan des Hauses abgebildet. Im Zuge der Mitarbeiter-einführung werden die allgemeinen Brandschutzbestimmungen geschult. Es werden jährlich Brandschutzübungen, in Zusammenarbeit mit der Feuerwehr, im Rahmen der für die Mitarbeiter verpflichtenden Sicherheitsschulung veranstaltet.

Verhaltensregeln in Bezug auf Brandschutz sind in der Anstaltsordnung nachzulesen.

### **Umweltschutz**

Die Aufgabe, dass ökologisch unbedenkliche Produkte eingesetzt werden, übernimmt der Zentraleinkauf für alle Krankenhäuser der Barmherzigen Brüder in Österreich. Die Entsorgungsfirmen sind beauftragt, dass eine ausreichende Anzahl an Entsorgungsbehältern zur Verfügung steht und die fachgerechte Entsorgung von Elektromüll, Problemstoffen und Datenschutzmüll stattfindet. Zur Orientierungshilfe der Mülltrennung steht den Mitarbeitern eine Trenninformation zur Verfügung. Auf den sparsamen Umgang mit Licht- und Energieressourcen wird Wert gelegt.

### **Katastrophenschutz**

Nach Landesrecht ist unsere Krankenanstalt nicht im steirischen Katastrophenschutzplan eingebunden. Trotzdem ist das Krankenhaus durch ein Katastrophenschutzmanagement auf etwaige Zwischenfälle vorbereitet. Der auf den Stations- und Funktionsbereichen ausliegende Katastrophen-, Alarm- und Einsatzplan regelt das Vorgehen im Falle von Ereignissen wie z.B. einem möglichen Massenansturm durch selbsteinweisende Patienten, Brand, Evakuierung, Hochrisikoinfektion, Bombendrohung, technischen Notfall, chemischen oder radioaktiven Störfall, Diebstahl oder Umgang mit suizidgefährdeten Personen, aber auch das Verhalten bei Presseanfragen oder im Umgang mit abgängigen Personen.

### **Nichtmedizinische Notfallsituationen**

Die Vorgangsweisen und die Kommunikationswege im Falle von eintretenden nichtmedizinischen Notfällen sind im Katastrophen-, Alarm- und Einsatzplan beschrieben und werden anhand von Checklisten abgearbeitet. Die Umsetzung von

Handlungsanweisungen wird durch die Mitarbeiter-Einführungsseminare und regelmäßige, verpflichtende Sicherheitsschulungen für die Mitarbeiter geregelt. Die Überprüfung der Notstromaggregate erfolgt im monatlichen Rhythmus durch einen Mitarbeiter der Haustechnik.

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

Alle im Behandlungsprozess involvierten Mitarbeiter sind dazu angehalten, Sicherheitsrisiken vorzeitig zu erkennen und zu minimieren. Anhand der individuellen Bedürfnisse und erhobenen Defizite werden die Therapien und die Verwendung von Hilfsmitteln abgestimmt (Verwendung von Gehhilfen, Sensormatten, Validierung etc.). Zur Sturzprophylaxe wird systematisch eine Risikoeinschätzung durchgeführt und gegebenenfalls zahlreiche Maßnahmen unter Berücksichtigung des Heimaufenthaltsgesetzes gesetzt, welche regelmäßig und interdisziplinär evaluiert werden. Da unser Haus über keinen geschützten Bereiche verfügt, erfordert eine akute und unbeeinflussbare Fremd- oder Selbstgefährdung eine Transferierung an eine entsprechend ausgestattete Abteilung.

### **Medizinisches Notfallmanagement**

Kommt es zu einer medizinischen Notfallsituation, wird per Telefon Herzalarm ausgelöst, sodass automatisch die Mitglieder des Herzalarmteams zu Art des Notfalls und Standort der betroffenen Person benachrichtigt werden. Zur Akutversorgung von Patienten sind alle Stationen und einige Funktionsbereiche mit Notfallkoffer oder Notfallwagen ausgestattet. Zusätzlich gibt es Notfallrucksäcke für die Versorgung im Außenbereich. Nahe der öffentlichen Apotheke am Standort Marschallgasse befindet sich ein automatischer externer Defibrillator. Ärzte und Pflegepersonal werden regelmäßig auf professionelle Hilfe im medizinischen Notfall geschult. Die Mitarbeiter nehmen verpflichtend alle zwei Jahre einmal an einer Reanimations-schulung teil.

### **Hygienemanagement**

Die Hygienefachkräfte und die hygienebeauftragten Ärzte sind entsprechend den Regelungen des Krankenanstaltengesetzes in beratender Funktion für die Belange der Hygiene im Haus zuständig. Dazu finden regelmäßig Hygienevisiten statt. Die Überprüfung der Hygieneverordnung erfolgt durch die Sanitätsbehörde des Landes. Die Instrumente (OP-Besteck) werden durch eine zertifizierte, externe Firma steril aufbereitet. Die Verantwortung der Kontrolle von Lagerungsart, Verpackung und Verfalldatum obliegt den Hygieneteammitgliedern.

### **Hygienerelevante Daten**

Für die Erhebung hygienerelevanter Daten ist das Hygieneteam verantwortlich. Aus den Datenerhebungen lassen sich Resistenzentwicklungen erkennen und entsprechende Maßnahmen in der Antibiotikatherapie ableiten. Durch eine enge Zusammenarbeit mit den Abteilungen ist eine rasche Reaktion auf Auffälligkeiten sichergestellt. Eine jährliche Keim- und Resistenzstatistik wird mittels eines Infektionserfassungsprogramms erstellt.

### **Infektionsmanagement**

Screeningmaßnahmen und Risikoeinschätzungen werden durchgeführt. Maßnahmen zur Sicherstellung mit dem Umgang von infektiösen Patienten sind in Richtlinien und Checklisten festgelegt und den Mitarbeitern bekannt. Schulungen zum Thema spezielle Infektionserreger sind Bestandteil des Fortbildungsprogramms.

Prävalenzerhebungen zur Risikoanalyse nosokomialer Infektionen werden durchgeführt. Das Hygieneteam führt Beobachtungen des Händedesinfektionsverhaltens nach den Vorgaben der nationalen Kampagne "Aktion Saubere Hände" durch. Im Rahmen dieser Aktion wurde das Haus mit einem Zertifikat in Silber ausgezeichnet.

### **Arzneimittel**

Die Arzneimittel für beide Standorte werden von der Apotheke „Zum Granatapfel“ bereitgestellt. Im Sinne größtmöglicher Patientensicherheit erfolgt eine Anwendung von Arzneimitteln prinzipiell nur nach nachvollziehbarer ärztlicher Verordnung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben. Bei Unklarheiten bezüglich der Medikation kann von Arzt und der Pflege ein Pharmazeutisches Konsil (Beratung durch die Apotheke) angefordert werden. Die Arzneimittelkommission legt jene Medikamente fest, die in der Apotheke vorrätig gehalten werden.

### **Blutkomponenten und Plasmaderivate**

In Österreich ist der Umgang mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten durch das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen geregelt. Das Krankenhaus bezieht seine Blutprodukte von der Universitätsklinik für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin der Medizinischen Universität Graz. Die Regelungen im Umgang mit Blutprodukten, die Prozesse und Abläufe sowie die Verantwortlichkeiten sind im Handbuch Blutdepot festgelegt.

### **Medizinprodukte**

Die Anwendung von Medizinprodukten erfolgt nach den Vorgaben des Medizinproduktegesetzes. Hersteller von medizintechnischen Geräten sind verpflichtet, eine Ersteinschulung durchzuführen. Für die Anwendung von medizintechnischen Geräten werden Einweisungen bzw. Schulungen durchgeführt. Zur Dokumentation steht der Technik ein digitales Medizinprodukte-Buch zur Verfügung, in dem die komplette Betriebshistorie von Geräten dokumentiert wird.

Störungen von Geräten können von Mitarbeitern über ein elektronisches Portal direkt an die Technik gemeldet werden.

## 4 Informations- und Kommunikationswesen

KTQ:

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

Die IT-Strategie wird primär aus der Ausrichtung des Unternehmens, sekundär aus den Anforderungen der IT-Leitung der Provinz, den Schlüsselanwendern im Haus und den analysierten Anforderungen aus dem IT-Support abgeleitet. Im Mittelpunkt der Informations- und Kommunikationstechnologie steht die elektronische Patientenakte. Patientenrelevante Daten, erbrachten Leistungen und Dokumente zur Krankengeschichte werden erfasst, gespeichert und archiviert.

Zusätzlich dient die elektronische Patientenakte als Instrument zur Planung von Terminen. Die Sicherung der IT-Systeme erfolgt im zentralen Rechenzentrum. Bei Ausfall können Dokumentationen mittels IT-Notfallmappe in Papierform getätigt werden. Externe E-Mails werden auf Viren und Spams (massenhafte, unaufgeforderte elektronische Nachrichten) geprüft. Als Informationssystem steht den Mitarbeitern ein Intranet zu Verfügung, das auch der Lenkung von elektronischen Dokumenten dient.

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

Für jeden stationären Patienten wird eine elektronische Krankenakte angelegt. Alle ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Tätigkeiten werden darin zeitnah dokumentiert. Vorbefunde werden elektronisch erfasst und der Patientenakte zugeordnet. Jeder Patient erhält am Tag der Entlassung einen Kurzarztbrief; ein ausführlicher Arztbrief wird dem weiterbetreuenden Arzt übermittelt. Alle elektronisch erfassten Daten werden gemäß den gesetzlichen Vorgaben archiviert. Neue Mitarbeiter werden im Rahmen der Mitarbeiterführung grundlegend in das IT-System eingeführt, zusätzlich stehen sogenannte KeyUser (Schlüsselanwender) für eine vertiefende Schulung zur Verfügung.

### **Verfügbarkeit von Patientendaten**

Die zeitnahe Verfügbarkeit von Patientendaten ist durch die elektronische Dokumentation gegeben. Berechtigungsprofile ermöglichen eine abteilungsübergreifende Zusammenarbeit und Einsicht in alle für die jeweilige Berufsgruppe relevanten Informationen. Externe Dienstleister haben keinen direkten Zugriff auf die Befunde des Hauses. Arztbriefe und Befunde werden, mit zuvor eingeholter Patienteneinverständniserklärung, elektronisch verschlüsselt oder über den Postweg versandt. Konsiliarärzte erhalten einen eingeschränkten Zugriff (Leseberechtigung) auf Patientendaten. Bei Systemausfällen steht den Mitarbeitern ein entsprechendes Notfallsystem zur Verfügung.

### **Information der Krankenhausleitung**

Die Krankenhausleitung (Gesamtleitung, Kollegiale Führung) wird über Vorgänge innerhalb des Hauses durch Kommissionen und Gremien informiert. Informationen von extern erhält sie durch Medienbeobachtungen, über die Provinzleitung oder bei Treffen mit Vertretern anderer Krankenhäuser. Rechtliche Informationen werden über die Anwaltskanzlei des Hauses weitergegeben. Die Stabsstelle Organisationsentwicklung/Qualitätsmanagement leitet die Ergebnisse von Befragungen, Beschwerden sowie Verbesserungsvorschläge an die Hausleitung weiter.

Relevante Informationen aus den Sitzungen der Hausleitung werden über die Vertreter der kollegialen Führung an die Abteilungs-, Bereichs- und Stationsleitungen weitergegeben.

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

Die Informationsweitergabe nach extern erfolgt über Medienberichte, Postaussendungen, Gespräche, Sitzungen oder in elektronischer Form per E-Mail, über die Homepage. Interne Kommunikation findet über Aushänge, persönlich in Besprechungen und Informationsveranstaltungen oder elektronisch via E-Mail und Intranet statt. Interdisziplinäre Besprechungen dienen der Optimierung der individuellen Behandlungsplanung. Die regelmäßigen Besprechungen der einzelnen Bereiche sind in einer "Besprechungsmatrix" abgebildet. Die Dokumentation der Besprechungen erfolgt in einheitlichen Protokollen, die elektronisch an die Teilnehmer versendet werden.

### **Organisation und Service**

Die Rezeption ist zentrale Anlauf- und Auskunftsstelle für Anliegen von Patienten, ihren Angehörigen, Besuchern und Mitarbeitern. Die Rezeptionsloge ist mit PC, Überwachungsmonitoren, Telefon und einer Mikrofonanlage für hausweite Durchsagen ausgestattet. Die Kernaufgaben der Mitarbeiter der Rezeption sind die Telefonvermittlung, die Beantwortung von Fragen, der Empfang und die Weiterleitung von Patienten, Angehörigen oder Besuchern.

### **Regelungen zum Datenschutz**

Die Regelungen zum Datenschutz sind im Datenschutzgesetz, im Steiermärkischen Krankenanstaltengesetz und über das Berufsrecht festgeschrieben. Die Verschwiegenheitspflicht für alle Mitarbeiter wird zusätzlich in den Dienstverträgen festgehalten. Die Schulung über den Umgang mit sensiblen Daten wird bei der Mitarbeiter-einführung und jährlich durch den Datenschutzbeauftragten durchgeführt. Der Zugriff auf IT-Systeme ist mit Benutzername und Passwort geschützt. Die Vergabe der definierten Zugangsrechte wird vom IT-Team verwaltet und kontrolliert.

## 5 Führung

KTQ:

### **Vision, Philosophie und Leitbild**

Die Vision und Philosophie des Ordens und damit unseres Krankenhauses geht zurück auf den hl. Johannes von Gott (1495-1550), den Gründer des Ordens der Barmherzigen Brüder. 1998 wurde mit der „Charta der Hospitalität“ das zentrale Ordenswerk in Sachen Ordensphilosophie herausgegeben. Die Charta gilt in allen Einrichtungen der Barmherzigen Brüder weltweit und dient als Leitfaden im Umgang mit den uns anvertrauten Personen. Zwei Zitate des Ordensgründers des hl. Johannes von Gott stellen die zentralen Leitsätze des Leitbildes dar: „Das Herz befehle“ und „Gutes tun und es gut tun“.

### **Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen**

Personalentwicklung mit Schwerpunkt auf Aus-, Fort- und Weiterbildung ist dem Orden ein besonderes Anliegen. Zu diesem Zweck wurde die Stabsstelle „Personalmanagement“ eingerichtet. Das Personalmanagement steht im Dienste der Mitarbeiter und strebt danach, sein Arbeitsumfeld unter Maßgabe der Ordenswerte motivierend, gerecht und transparent zu gestalten. Ziel ist es, die Mitarbeiter durch geeignete Maßnahmen auf die aktuellen und zukünftigen Anforderungen vorzubereiten. Die individuelle Personalentwicklung und Karriereplanung erfolgt auf Basis der regelmäßig stattfindenden Mitarbeitergespräche.

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

Alle Führungskräfte sind angehalten, die Werte des Ordens vorzuleben und den Mitarbeitern zu vermitteln. Letztendlich liegt die Verantwortung für ethisches Handeln bei jedem Mitarbeiter selbst. Wesentliche Fragestellungen und Lösungsansätze im ethischen oder kulturellen Bereich werden in den Gremien des Hauses berichtet und diskutiert. Hierfür stehen ein Klinisches Ethikkomitee, eine Ethikkommission, ein Seelsorgeteam sowie der Pastoralrat zur Verfügung. Eine Sensibilisierung der Mitarbeiter für ethische, weltanschauliche und religiöse Werte des Ordens erfolgt durch die Fortbildungsveranstaltung „Schule der Hospitalität“.

### **Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung**

Die strategische Steuerung des Krankenhauses erfolgt auf der Basis eines strukturierten mehrstufigen Strategie-Entwicklungsprozesses unter Einbindung der Mitarbeiter verschiedener Berufs- und Führungsebenen. In einzelnen Abteilungsworkshops wurden die wesentlichen Schritte und daran anschließende strategische Positionierung erarbeitet. Alle fünf Jahre wird die Strategie in einem strukturierten Prozess evaluiert, korrigiert, neu ausgerichtet oder gänzlich neu entwickelt. Die Leistungsplanung erfolgt auf Basis des Statistikwesens im Einklang mit der Strategie. Die Verantwortung für das Budget unterliegt der kaufmännischen Direktion.

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

Es kommen verschiedene Aspekte für Kooperationsverträge in Betracht: Kooperation in der (Fach-) Ärzterweiterung, Erweiterung des Dienstleistungsangebots, Gewinnung von neuen Patienten, Standortsicherung etc. Langfristige Vertragsbeziehungen mit der öffentlichen Hand (Land Steiermark, Landesgesundheitsfonds

Steiermark) sind erforderlich, um die Leistungsbereitschaft und Sicherstellung der Finanzierung des laufenden Betriebs oder von baulichen Investitionen zu ermöglichen.

### **Festlegung einer Organisationsstruktur**

Die Planung der Prozesse und die Verantwortlichkeit für eine Organisationsstruktur obliegen dem Gesamtleiter gemeinsam mit dem Ärztlichen Direktor, dem Pflegedirektor und dem kaufmännischen Direktor. Aus dem Organigramm gehen die Gesamtstruktur des Krankenhauses und die Namen der verantwortlichen Bereichsleiter hervor. Die gesetzlichen Vorschriften und die daraus abgeleitete Anstaltsordnung stellen die Rahmenbedingungen für den Krankenhausbetrieb dar. Das aktuelle Organigramm des Krankenhauses ist im Intranet einsehbar.

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

Projektmanagement, -controlling, und -coaching erfolgen in enger Abstimmung zwischen Projektmanagementbeauftragtem und der Stabsstelle für Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement. Projektanträge zu einzelnen Projekten, sowie eine Gesamtübersicht der laufenden Projekte, sind für die Mitarbeiter über das Intranet abrufbar. Ergebnisse aus Besprechungen wichtiger Gremien werden zeitnah über die Besprechungsroutinen der einzelnen Berufsgruppen, über Protokolle, via E-Mail, Aushänge oder Intranet weitergegeben.

### **Innovation und Wissensmanagement**

Regelmäßige interdisziplinäre Besprechungen mit Fortbildungen ermöglichen einen Wissenstransfer. Wissensaustausch findet über häuserübergreifende Kongresse statt. Medizinische Wissensdatenbanken und Fachjournale, sowie diverse Besprechungsroutinen sind ein wesentlicher Teil des Wissensmanagements. Das Wissensmanagement wird durch das provinzweit einheitliche Dokumentenlenksystem (Intranet) softwaremäßig unterstützt. Die Mitarbeiter haben die Möglichkeit, ihre Ideen und Anregungen schriftlich oder mündlich einzubringen.

### **Externe Kommunikation**

Öffentlichkeitsarbeit erfolgt über mehrere Schienen: Presse, TV und Rundfunk, Homepage, Zeitschriften des Ordens ("Granatapfel"), Mitarbeiterzeitung des Hauses, Folder, etc. Für Zuweiser werden in unregelmäßigen Abständen von den Abteilungen Treffen mit Fachvorträgen organisiert. Die Kommunikation mit externen Stellen erfolgt direkt durch die Stabsstelle PR/Öffentlichkeitsarbeit bzw. den Gesamtleiter.

### **Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems**

Das Risikomanagement ist in der Stabsstelle für Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement integriert. Im Haus sind insgesamt 16 Mitarbeiter als Risikomanager ausgebildet. Die Mitarbeiter haben die Möglichkeit Beinahefehler anonym über ein Portal zu melden. Die Meldungen werden zeitnah vom Risikomanagement-Team bearbeitet und vorgeschlagene Verbesserungsmaßnahmen nach Prüfung und Genehmigung der Hausleitung umgesetzt. Ziel dieses Prozesses ist es, Fehlerpotentiale durch frühzeitiges Aufzeigen der Risiken zu erkennen und durch geeignete Gegenmaßnahmen zu minimieren. Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz ist Mitglied der "Initiative Patientensicherheit Steiermark" (IPS) und erlangte eine Auszeichnung des Gesundheitsfonds zum Thema Risikomanagement, welche durch Selbst- und Fremdbewertung einer Zertifizierung entspricht.

proCum Cert:

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

Im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder sollen die Werte des Gründers, des hl. Johannes von Gott, in der täglichen Arbeit mit Patienten und Mitarbeiter spürbar und erlebbar werden. Unsere Einrichtungen sind geprägt durch Hospitalität (Gastfreundschaft), mit den Hauptmerkmalen Qualität, Respekt, Verantwortung und Spiritualität. Die Ordensphilosophie spiegelt sich wider in Achtung vor dem menschlichen Leben, Förderung der Gesundheit und Kampf gegen Schmerzen und Leiden, Effizienz und gutem Management, sowie Solidarität mit den Armen und Ausgestoßenen. In verschiedenen Veranstaltungen (allgemeine und spirituelle Mitarbeiterführung, Schule der Hospitalität, andere Fortbildungsseminare, provinzweite Pastortreffen etc.) wird dieser Geist der Hospitalität an die Mitarbeiter weitergegeben und diese dafür sensibilisiert. Der Granatapfel ist das gemeinsame Symbol der Barmherzigen Brüder.

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

Bei der Personalgewinnung wird darauf geachtet, dass neben der fachlichen Qualifikation auch die Wertorientierung des Bewerbers mit den Prinzipien des Ordens übereinstimmen. Im Rahmen eines vertraulichen Gespräches werden die gegenseitigen Erwartungen besprochen und den Bewerbern die Werte und Ziele des Ordens nähergebracht. Zur Optimierung der Personalentwicklung ist eine Stabstelle für Personalmanagement eingerichtet. Stellenausschreibungen werden in Printmedien entsprechend den Vorgaben der Barmherzigen Brüder Österreich geschaltet.

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

In jenen Bereichen, wo der Einsatz behinderter Mitarbeiter möglich ist, wird dies von der Hausleitung unterstützt. Bei gesundheitlichen und persönlichen Problemen und längerfristigen Erkrankungen wird durch Flexibilität und Rücksichtnahmen der einzelnen Teams Unterstützung angeboten, um die Zeit der Abwesenheit des Mitarbeiters zu überbrücken. Im Falle, dass ein Mitarbeiter aufgrund der geänderten und gesundheitlichen Situation die Aufgaben, die an ihn gestellt werden, an seinem Arbeitsplatz nicht mehr zur Gänze erfüllen kann, wird nach Möglichkeit eine alternative Beschäftigungsmöglichkeit gesucht, z.B. Änderung des Tätigkeitsbereiches, Reduktion der Wochenarbeitszeit, Altersteilzeit bzw.

Umschulung. Zur Burn-out-Prophylaxe besteht die Möglichkeit der Teilnahme an einer Einzelsupervision oder einem Gruppencoaching.

### **Besondere Aspekte eines umfassenden Risikomanagements**

Unser Risikomanagement ist durch prospektive Maßnahmen darauf ausgerichtet, Behandlungsfehler weitestgehend zu vermeiden. Bei Auftreten eines schwerwiegenden Behandlungszwischenfalles wird das zuständige Mitglied der Kollegialen Führung über den Vorfall zeitnah informiert und die weiteren Schritte zur Kommunikation und Risikominimierung eingeleitet. Die Aufklärung des Patienten über den Vorfall wird vom verantwortlichen Arzt bzw. vom Abteilungsleiter durchgeführt und dokumentiert. Behandlungszwischenfälle werden entsprechend den gesetzlichen Vorgaben vom Schadensmanagement nach extern (Versicherung, bei Notwendigkeit Schlichtungsstelle, Staatsanwaltschaft) gemeldet. Liegt ein Haftungsanspruch vor, wird versucht mit dem Patienten auf konstruktive Weise unter



Einbindung des Haftpflichtversicherers eine Klärung zu erzielen. Neben der Meldung von Behandlungsfehlern werden diverse aufgetretene Fehler auch im Rahmen der Sitzungen der Hausleitung und in den Besprechungsroutinen kommuniziert und ggf. durch Herausgabe von Richtlinien oder Dienstanweisungen darauf reagiert. Damit ist gewährleistet, dass die gesamte Abteilung über besondere Vorkommnisse informiert ist und daraus lernt. Fehler und Beinahefehler können von allen Mitarbeitern über ein elektronisches Meldesystem erfasst werden.

## 6 Qualitätsmanagement

KTQ:

### **Organisation**

Die Stabsstelle Organisationsentwicklung/Qualitätsmanagement ist dem Gesamtleiter unterstellt. Der Leiter der Stabsstelle wird von je einem Qualitätsmanagementbeauftragten pro Standort und den Mitgliedern der Qualitätsmanagementkommission operativ unterstützt. Ihre Aufgabe ist es, die Hausleitung bei der Information, Formulierung und Umsetzung der Qualitäts-Themen zu beraten. Das Risikomanagement ist im Qualitätsmanagement integriert, wobei potentielle und reale Risiken von den zertifizierten Risikomanagern beider Standorte bearbeitet werden. Eine häuserübergreifende Arbeitsgruppe „Risikomanagement und Patientensicherheit“ wurde 2013 implementiert. Die Qualitätsmanagementbeauftragten der Provinz treffen sich zwei Mal jährlich zum Erfahrungsaustausch. Die Mitarbeiter der Stabsstelle Organisationsentwicklung/ Qualitätsmanagement sind zu Projektmanagern ausgebildet, wodurch die Umsetzung von Verbesserungsprozessen durch die Anwendung professioneller Methoden/Werkzeugen gewährleistet werden kann.

### **Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung**

Eine Prozesslandkarte gibt Überblick über die wesentlichen Prozesse des Krankenhauses. Behandlungsstandards auf den einzelnen Abteilungen sind etabliert und werden in regelmäßigen Abständen evaluiert und an den aktuellen Wissensstand der Medizin angepasst. Das Dokumentenlenkungssystem „roXtra“ ermöglicht eine elektronische Abbildung aller Prozessbeschreibungen des Hauses und ist für die Mitarbeiter provinzweit einsehbar.

### **Patientenbefragung**

Die Patientenzufriedenheit wird mittels zweier Methoden erhoben: Zum einen über die alle drei Jahre provinzweite, anonyme Patientenbefragung, welche über eine externe, unabhängige Firma beauftragt und ausgewertet wird. Zum anderen über eine kontinuierliche Erhebung der Zufriedenheit stationärer Patienten mittels Feedbackbogen. Die Ergebnisse der Befragung und abgeleitete Verbesserungsmaßnahmen beider Methoden werden in strukturierter Form dokumentiert und kommuniziert.

### **Befragung externer Einrichtungen**

Informationen zur Zufriedenheit von ärztlichen Zuweisern und nachsorgenden Einrichtungen werden auf persönlichem, telefonischem und schriftlichem Wege eingeholt. Persönlich über Zuweiserveranstaltungen, telefonisch durch die Befragung von Pflegeeinrichtungen und Zuweiserbefragungen. Dies dient der Darlegung von Kritikpunkten, Anregungen und Interessen der einweisenden Partner, um mit geeigneten Maßnahmen reagieren zu können.

### **Mitarbeiterbefragung**

Die Organisation der regelmäßig stattfindenden Mitarbeiterbefragung obliegt dem Personalmanagement. Wie die Patientenbefragung wird auch diese durch einen externen Partner begleitet und umgesetzt. Die Ergebnisse, die mittels Ampel-System dargestellt sind, werden im Rahmen einer Hausveranstaltung präsentiert und im Intranet für die Mitarbeiter des Hauses veröffentlicht. Die anonymisierten Detailergebnisse werden den jeweiligem Bereichs- oder Abteilungsleiter zur Analyse übermit-

telt. In Folge werden, wo erforderlich, Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet.

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

Ein Ziel des Krankenhauses ist es, einerseits das frühzeitige Erkennen von Situationen mit Beschwerdepotential und andererseits der professionelle Umgang mit unzufriedenen Patienten und Beschwerden von Außen. Durch das Feedback können Schwachstellen erkannt und Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet werden. Es gibt für Mitarbeiter, Patienten und Besucher die Möglichkeit, Anregungen, Ideen, Wünsche oder Beschwerden zu äußern. Die Erfassung erfolgt mittels Formular. Die Aufbereitung erfolgt durch das Qualitätsmanagement. Die Bearbeitung wird je nach Problemstellung in der jeweiligen Hierarchieebene oder interdisziplinär durchgeführt und entsprechende Korrekturmaßnahmen eingeleitet.

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

Kennzahlen werden definiert und regelmäßig erhoben. Routinedaten der leistungsbezogenen Fallabrechnung werden verwendet um Auffälligkeiten in der Ergebnisqualität zu überprüfen. Bei Abweichung werden diese in den Abteilungen diskutiert, so dass entsprechende Ursachenanalyse und Gegenmaßnahmen eingeleitet werden können. Quartalsberichte mit Finanzaufstellungen, Belegungszahlen und die Analyse des Dienstpostenplans bilden die Grundlagen zur Erreichung der Budgetziele und geben einen Überblick.

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

Es besteht in Österreich keine gesetzliche Verpflichtung zur externen Qualitätssicherung. Die freiwillige Teilnahme an Registern wird von der Krankenhausleitung unterstützt. Auf Abteilungsebene erfolgt ein Vergleich von Kennzahlen mit externen Datenbanken. Über die Gesundheitsplattform Steiermark werden Kennzahlen zu Risikomeldungen unterschiedlicher Krankenanstalten des Landes erhoben und im Sinne des gegenseitigen Lernens verglichen. Erhoben werden auch auftretende nosokomiale Infektionen, Transfusionszwischenfälle und die Anzahl an Stürzen.

## 7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus

*proCum Cert:*

### **Integration der Seelsorge ins Krankenhaus**

Die Seelsorge ist als Stabsstelle Krankenhauseelsorge im Haus integriert und untersteht dem Gesamtleiter. Sie arbeitet nach einem eigenen Seelsorgekonzept, dass sich an den ordenseigenen Dokumenten und den diözesanen Vorgaben orientiert. Bei der stationären Aufnahme wird auf die Seelsorge aufmerksam gemacht und auf Wunsch Kontakt hergestellt. Die Arbeit der Seelsorge ist in den Arbeitsablauf des Krankenhauses integriert, die Seelsorger sind während der Dienstzeiten erreichbar und die 24 Stunden Rufbereitschaft ist gesichert. Über die direkte Patientenbetreuung hinaus, arbeitet die Seelsorge im Pastoralrat und in der Ethikkommission mit.

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

Das Team der Krankenhauseelsorge besteht aus hauptamtlichen und ehrenamtlichen Mitarbeitern, Priestern, einem Besuchsdienst und zeitweise auch Praktikanten. Die verschiedenen Leistungen der Seelsorge (Kontaktbesuch, Gespräch, stützend-beratendes Gespräch, Trauerbegleitung, Palliative Begleitung, Angehörigen-Gespräch, Kommunion und Krankensalbung, Verabschiedungsritual) werden dokumentiert. Die Mitarbeiter der Seelsorge haben eine adäquate Ausbildung und nehmen laufenden an Fort- und Weiterbildungen teil.

### **Angebote der Seelsorge**

Kern des Seelsorgeangebots ist die persönliche Begleitung durch verschiedene Gesprächsangebote. Diese gelten den Patienten, ihren Angehörigen und den Mitarbeitern, unabhängig ihrer religiösen und kulturellen Ausrichtung. Dafür gibt es verschiedene Formen von seelsorglichen Kontakten. Besuchsdienste am Krankenbett mit einmaligen oder längerfristigen Begleitgesprächen, besonders für Krisensituationen und Trauerbegleitung, die auch die Angehörigen mit einbeziehen können. Liturgische Feiern und Rituale finden je nach konkreter Situation in der Krankenhauskapelle, am Krankenbett, auf der Station oder im Verabschiedungsraum statt. Zusammen mit dem Pastoralrat gibt es noch weitere Angebote, die sich speziell an Mitarbeiter richten: Gemeinschaftsmessen zu Ordensfesten, Gedenkmessen, Besinnungstage, Meditationen, Mitarbeiterausflüge, Wallfahrten u.a. In den Krankenhauskapellen oder Klosterkirche wird täglich eine Hl. Messe gefeiert. Nicht gehfähige Patienten haben die Möglichkeit die hl. Kommunion am Krankenbett zu empfangen.

### **Verbindung und Zusammenarbeit mit Kirchengemeinden**

Eine enge Zusammenarbeit besteht mit den Seelsorgern des Johannes von Gott Pflegezentrum Kainbach, dem LKH-West und den Elisabethinen. Der Subprior ist Mitglied des Pfarrgemeinderates St. Vinzenz und nimmt mit seinen Mitbrüdern an verschiedenen Aktivitäten und Feiern teil. Das Krankenhaus unterstützt mit einer wöchentlichen Mahlzeit das Obdachlosenprojekt der Pfarre St. Vinzenz und täglich gibt es eine Ausspeisung für Obdachlose und sozial schwache Menschen. Die Notthelferkirche ist Treffpunkt für die griechisch-katholisch Gemeinde der in der Steiermark lebenden Rumänen. Kontakte bestehen auch zum Haus Elisabeth der Caritas, wo obdachlose Frauen für einen bestimmten Zeitraum aufgenommen werden.

Priester aus der Umgebung unterstützen bei Abwesenheit des hauseigenen Priesters die Rufbereitschaft für die Krankensalbung. Bei Bedarf oder auf Wunsch der Patienten wird der Kontakt zu ihren Heimatpfarren und/oder bei Überstellung in ein anderes Krankenhaus zur dortigen Seelsorge hergestellt.

## 8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft

*proCum Cert:*

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

Die ärztlichen Weiterbildungen – Allgemeinmedizin- und Facharztausbildung – an den einzelnen medizinischen Abteilungen erfolgen entsprechend den derzeitigen Erfordernissen der ärztlichen Rasterzeugnisse bzw. den entsprechenden Erfordernissen der Medizinischen Universität Graz. Im Bereich der Basisweiterbildung durchlaufen die angehenden Ärzte die Abteilungen für Chirurgie und Innere Medizin sowie für einen weiteren Monat eine Wahlabteilung um die entsprechenden Fertigkeiten zu erlernen. Da mit Inkrafttreten des neuen Ärztegesetzes sämtliche bisher genehmigten Ausbildungsstellen auslaufen, wird langfristig um entsprechende neue Ausbildungsstellen angesucht. Alle Auszubildenden werden von verantwortlichen Mitarbeitern betreut und in den Alltagsbetrieb eingeführt, christliche Werte werden vermittelt.

Für den Bereich der Pflege erfolgt die praktische Ausbildung gem. GuKG und den mit den Ausbildungsstätten existierenden Vereinbarungen über die Bereitstellung von Praktikumsstellen. Im Bereich Gehobener Medizinisch-Technischer-Dienst erfolgt die Ausbildung in enger Kooperation mit den Ausbildungsstellen. Die Studenten der Theologie und Pastoralpsychologie werden von einem hauptamtlichen Seelsorger begleitet. Die Ausbildung der Lehrlinge im Bereich Informationstechnologie (IT) erfolgt nach den gesetzlichen Vorschriften und dem Vertrag mit der Wirtschaftskammer.

### **Förderung ehrenamtlichen bzw. bürgerschaftlichen Engagements**

Ehrenamtliche Mitarbeiter werden vor allem aus ehemaligen Mitarbeitern des Hauses bzw. durch persönliche Kontakte gewonnen. Diese unterstützen den seelsorglichen Besuchsdienst im Krankenhaus und engagieren sich in Projekten, wie dem hauseigenen Indienbazar. Voraussetzung für die Durchführung ist der Abschluss des ökumenischen Lehrgangs für ehrenamtliche Besuchsdienste in Krankenhaus- und Pflegeheimseelsorge, der von der Diözese Graz-Seckau gemeinsam mit der evangelischen Kirche Steiermark alle zwei Jahre angeboten wird.

## 9 Trägerverantwortung

*proCum Cert:*

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

Die Mission unseres Ordens besteht in der Betreuung kranker und hilfsbedürftiger Menschen in der Nachfolge unseres Gründers, des hl. Johannes von Gott. Die Ausrichtung des Unternehmens richtet sich nach den vier Grundwerten Qualität (fachliche Dimension), Respekt (ethische Dimension), Verantwortung (soziale Dimension) und Spiritualität (religiöse Dimension).

Der Orden der Barmherzigen Brüder nimmt Einfluss auf die strategische Ausrichtung des Krankenhauses. Zielvorgabe seit 2012 ist die Zusammenführung der beiden Häuser Marschallgasse und Eggenberg zu einem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz an einem Standort. Die organisatorische Zusammenführung der beiden Krankenhausstandorte wurde mit Wirksamkeit vom 01.01.2014 im Rahmen eines großangelegten strukturierten Projekts abgewickelt. Eine abgeschlossene Versorgungsvereinbarung sichert die derzeitigen Versorgungsleistungen sowie den Einstieg in die Akutversorgung für den Großraum Graz und Umgebung. Aktuell bieten neben Allgemein- und Nachsorgeambulanzen fast alle Abteilungen Spezialambulanzen (Darm, Herz, Schilddrüse, Rheuma etc.) an. Bereiche, die von uns selbst (derzeit) nicht abgedeckt werden können (z.B. Palliativversorgung), laufen über enge Kooperationen mit anderen Grazer Gesundheitsdienstleistern.

### **Vorgaben für die Unternehmensführung**

Die Vorgaben für die operative Unternehmensführung von Seiten des Ordens sind in den Richtlinien zusammengefasst. Die Unternehmensführung obliegt dem Gesamtleiter, der in seinem Handeln und Entscheiden dem Orden gegenüber rechenschaftspflichtig ist. Der Gesamtleiter ist auch für die periodische Berichterstattung – Quartalsberichte, Jahresabschluss, Budget, Projekte, Gerichtsverfahren etc. – an die Provinzleitung verantwortlich. Zu diesem Zweck ist eine Abteilung für Rechnungswesen inkl. Controlling etabliert. Für das Personal, als das wichtigste Kapital des Hauses, wurde mit dem Ziel einer langfristigen Mitarbeiterbindung und der Etablierung der Barmherzigen Brüder als attraktiver Arbeitgeber eine eigene Stabsstelle für Personalmanagement eingerichtet. Außerdem ist eine Stabsstelle für Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement eingerichtet. Um die Werte des Ordens in die tägliche Arbeit einfließen lassen zu können, dienen die Instrumente wie die "Schule der Hospitalität", der Ethik-Codex, die Ethikkommission und das klinische Ethikkomitee.

### **Personalverantwortung**

In der "Schule der Hospitalität" werden den Mitarbeitern des oberen und mittleren Managements die Grundwerte des Ordens sowie die erarbeiteten Führungsgrundsätze vermittelt. Im Sinne einer systematischen Personalentwicklung läuft derzeit ein provinzweites Projekt „Konzept Führungskräfteentwicklung“ um Standards für die Führungskräfteentwicklung festzulegen und ein internes Förderprogramm für Nachwuchsführungskräfte für alle Hierarchien aufzubauen. Zur Förderung und Begleitung der obersten Führungsorgane wurden provinzweit kontinuierliche Treffen der Gesamtleiter, der Pflegedirektoren, der Kaufmännischen Direktoren sowie der Ärztlichen Direktoren eingerichtet. Diese Treffen dienen dem Erfahrungs- bzw. In-

formationsaustausch sowie der Koordination häuserübergreifender Vorgehensweisen und Projekten.

### **Wahrnehmung der Aufsichtsverantwortung**

Die Definitoren (Provinzräte) unterbreiten im Bewusstsein ihrer Verantwortung dem Provinzial (Leiter der Brüder des Ordens) ihre Ratschläge und Meinungen. Neben der Wahrnehmung ihrer Entscheidungsvollmacht in der Leitung gemäß den kanonischen und staatlichen Gesetzen und Vorschriften, obliegt den Mitgliedern der Provinzleitung die Aufgabe, innovative, strategische und operative Maßnahmen in Bezug auf Idee und Wert der Hospitalität des hl. Johannes von Gott zeitgemäß im Heute den Brüdern und Mitarbeitern zu vermitteln, damit die Ordensphilosophie und -kultur eine entsprechende Präsenz und Fortentwicklung in den Ordenseinrichtungen erleben. Die Gesamtleiter sind für die entsprechende Umsetzung der zum Teil häuserübergreifenden Vorgaben (Projekte, Maßnahmen etc.) verantwortlich.