



**BARMHERZIGE BRÜDER
KRANKENHAUS SALZBURG**

proCum Cert-QUALITÄTSBERICHT

zum pCC Katalog 7.0_2015 und KTQ Katalog 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus:

Allgemeines öffentliches Krankenhaus der
Barmherzigen Brüder Salzburg

Anschrift:

Kajetanerplatz 1
A-5010 Salzburg

Ist zertifiziert nach proCum Cert

inklusive KTQ® mit der Zertifikatnummer: 2019-1301-A-SALZ-11-K-002733

**durch die von der KTQ-GmbH
zugelassene Zertifizierungsstelle:**

proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft,
Frankfurt am Main

Gültig vom:

21.11.2019

bis:

20.11.2022

Zertifiziert seit:

21.11.2013

Inhaltsverzeichnis

<i>Vorwort der proCum Cert</i>	3
Vorwort der KTQ®	4
Vorwort der Einrichtung	6
Die Kategorien.....	8
1 Patientenorientierung.....	9
2 Mitarbeiterorientierung	17
3 Sicherheit - Risikomanagement	21
4 Informations- und Kommunikationswesen	26
5 Unternehmensführung	28
6 Qualitätsmanagement.....	31
7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus	33
8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft.....	34
9 Tägerverantwortung.....	35

Vorwort der proCum Cert

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

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

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

Das kombinierte pCC-KTQ-Zertifikat geht in seinen Anforderungen über die hinaus, die im KTQ-Manual beschrieben sind. Ziel der proCum Cert ist, christliche Werte in das Qualitätsmanagement einzubeziehen und in der Organisation zu verankern. Hierfür wurden 24 weitere Qualitätskriterien formuliert, die es in dem KTQ-Manual mit seinen derzeit 55 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.

Thomas Pawelleck

Geschäftsführung
proCum Cert GmbH

Vorwort der KTQ®

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

Im Beirat der KTQ® vertreten sind 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,
- Sicherheit - Risikomanagement,
- 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 Krankenhausbereiche überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht. 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 55 Kriterien des KTQ-Kataloges 2015. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass das **Allgemein öffentliches Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Salzburg** 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 abrufbar.

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

F. Wagner

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Die Vision und Philosophie des Ordens und damit unseres Krankenhauses geht zurück auf den hl. Johannes von Gott (1495-1550). Zwei Zitate unseres Ordensgründers stellen die zentralen Leitsätze und somit die Kernaussagen unseres Leitbildes dar: „Das Herz befehle“ und „Gutes tun und es gut tun“. Dadurch wird unsere Kernaufgabe deutlich: Die Bedürfnisse der uns Anvertrauten in ihrer Gesamtheit zuerkennen und so ein **„menschliches“** Krankenhaus zu sein.



Unser Krankenhaus ist im Sinne unserer Ordensphilosophie zu einer hochqualifizierten Patientenversorgung weit über den allgemeinen Versorgungsauftrag hinaus verpflichtet und lebt die professionelle Behandlung unserer Patientinnen und Patienten im Einklang mit Erweisen von Respekt, Mitgefühl, Wertschätzung und Wahrung der eigenen Identität und spirituellen Erwartung.

Es ist unser täglicher Anspruch modernste Medizin, Pflege auf hohem Niveau, Menschlichkeit und persönliche Zuwendung miteinander zu verbinden. Somit ist es oberste Aufgabe unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter diese **„Christliche Gastfreundschaft“** – die **„Hospitalität“** – fachlich, menschlich und ethisch über alle Berufsgrenzen hinweg zu leben.

„Wenn alles beim Alten bleiben soll, dann muss alles sich ändern.“ (Giuseppe Tomasi di Lampedusa). Unter diesem Zitat könnten wir die herausfordernden Zeiten für unser Krankenhaus sehen. Wir wollen auch in Zukunft unsere Standorte sichern, Qualität für unsere Patientinnen und Patienten bieten und ein attraktiver Arbeitgeber sein. Im Fokus steht dabei die bestmögliche Patientenversorgung, die von allen Professionen unterstützt wird.

Bezugnehmend auf das Leitbild wurde für 2015-2019 die Schwerpunkte (Visionen) in den Bereichen **„Das persönliche Ordensspital“** und **„Das prozessorientierte Krankenhaus“** gesetzt, mit dem Ziel, unsere Prozesse in Zukunft noch effektiver und effizienter im Sinne unserer Patientinnen und Patienten zu gestalten. Im Herbst 2019 werden wir an der nächsten 5-Jahresstrategie arbeiten.

Unter diesen Prämissen wurde das Programm „patientenorientiertes zentrales Aufnahmemanagement“ gestartet. Mit dem Programm soll zukünftig unsere Ablauforganisation weiterhin verbessert werden. Ziel ist es, alle Prozesse, welche für die Wertschöpfung notwendig sind, optimal aufeinander abzustimmen. Im Juni 2019 wurde das zentrale Belegungsmanagement (ZBM) sowie eine Aufnahme- und Versorgungseinheit (AVE) erfolgreich in unserem Haus etabliert.

Um dem Anspruch an die Umwelt und dem Thema Nachhaltigkeit gerecht zu werden, haben wir uns entschlossen, das Umweltmanagementsystem nach EMAS III einzuführen. Wir setzen konkrete und richtungsweisende Signale für ein größeres Umweltbewusstsein und fördern die Verwendung umweltfreundlicher Produkte und Technologien.

Regelmäßiger Austausch und enger Kontakt mit den Kooperationspartnern garantieren die Entwicklung der Partnerschaft zum gegenseitigen Nutzen. Die Kooperations- und Ausbildungsvereinbarungen mit den Universitäten konnten seitens des Personalmanagement erweitert werden.

Seit der Übernahme des Raphael Hospiz Salzburgs durch den Orden der Barmherzigen Brüder besteht weiterhin eine vertiefende Zusammenarbeit mit unserem Krankenhaus.

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in der Stadt Salzburg ist ein wichtiger und verlässlicher Partner des Landes in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. 233 systemisierte Betten sind auf die Fachabteilungen Innere Medizin, Allgemeinchirurgie, Urologie, Gynäkologie, Anästhesie und Intensivmedizin sowie die im Bundesland Salzburg einzige Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie aufgeteilt. Das Ordensspital steht unter der Leitung von Gesamtleiter Direktor Arno Buchacher, MSc sowie Prior und Rechtsträgervertreter Frater Michael Blazanovic OH.

2018 wurden 48.136 Patientinnen und Patienten (stationär und ambulant) behandelt. Insgesamt sind derzeit vier Ordensbrüder, drei Ordensschwestern, 108 ärztliche und 223 pflegerische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter um das Wohl unserer Patientinnen und Patienten bemüht.

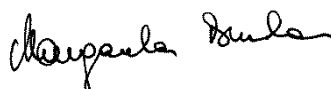
Das Brüderkrankenhaus steht für hohe medizinische Kompetenz und professionelle Pflege in allen Bereichen in und über die Grenzen Salzburgs hinaus.

„Gutes tun und es gut tun“. Das war das Motto des Ordensgründers Johannes von Gott, an dem sich die Barmherzigen Brüder und unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter heute und in Zukunft in der täglichen Arbeit orientieren.

An dieser Stelle bedanken wir uns sehr herzlich bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die an dem monatelangen Prozess der 2. Re-Zertifizierung unseres Krankenhauses mitgewirkt haben, die Weiterentwicklung des Hauses fördern und Verbesserungen täglich umsetzen.



Univ. Prof. Dr. Friedrich Hoppichler
Ärztlicher Direktor



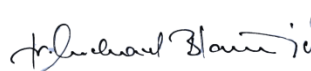
Margareta Bruckner, MBA MSc
Pflegedirektorin



Mag. Werner J. Lassacher
Verwaltungsdirektor



Dir. Arno Buchacher, MSc



Fr. Michael Blazanovic OH Gesamtleiter
Prior und Rechtsträgervertreter

Die Kategorien

1 Patientenorientierung

KTQ:

Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Krankenhaus ist durch die zentrale Lage mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar. Für den Individualverkehr gibt es ausreichend Parkmöglichkeiten in der der angeschlossenen Tiefgarage, welche zu besonderen Konditionen für unsere Patient/innen nutzbar sind.

Informationen zu den Leistungen des Hauses, bzw. der einzelnen Abteilungen sowie die Erreichbarkeit, sind für die Patient/innen und deren Angehörige über die Homepage www.barmherzige-brueder.at abrufbar. Auskünfte über stationäre Aufnahme und Aufenthalt können auch unserer Patienteninformationsbroschüre entnommen werden.

Das komplette Wegeleitsystem wurde sukzessive im gesamten Haus etabliert und laufend den Gegebenheiten angepasst. Das Wegeleitsystem ist nach Bautrakten (A, B, C, D, E) und farblich nach Stockwerken gegliedert. Im Bereich des Haupteinganges stehen, als zentrale Informationsstelle, unsere Portiere rund um die Uhr zur Verfügung.

Die Aufnahmeplanung wurde im Rahmen des Programms „patientenorientiertes zentrales Aufnahmemanagement“ neu geregelt. Die Aufnahme von Notfällen erfolgt weiterhin 24h pro Tag über die interne Notaufnahme. Hier sind lediglich vom Notarzt angekündigte Intensivpatienten die Ausnahme, diese Patienten werden direkt auf die internistische Intensivstation gebracht. Alle anderen Patienten werden in der Indikationssprechstunde untersucht. Sollte eine stationäre Aufnahme notwendig sein, wird dies über unser zentrales Belegungsmanagement geplant.

Leitlinien und Standards

Die Durchführung von Diagnostik, Therapie und Pflege im Haus erfolgt gemäß den aktuellen Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften in Kombination mit der Erfahrung unserer ärztlichen Mitarbeiter/innen und der Pflege.

Auf dieser Basis wurden für die Kernprozesse des Hauses Ablaufbeschreibungen in Form von Richtlinien erstellt, die für Mitarbeiter/innen im Intranet zur Verfügung stehen.

Die Aktualisierung der Richtlinien erfolgt zweijährlich oder bei Bedarf und wird über das Qualitätsmanagement gesteuert.

Informationen und Beteiligung des Patienten

Die Einhaltung der Patientenrechte hat bei uns im Haus hohe Priorität. Spirituelle Bedürfnisse nicht-christlicher Glaubensgemeinschaften werden unterstützt. Patient/innen können aktiv bei der Aufnahme oder während dem stationären Aufenthalt das Vorhandensein einer Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht mitteilen.

Mit 1. Juli 2018 trat das neue Erwachsenenschutzgesetz in Kraft: aus „Sachwaltern“ wurden „Erwachsenenvertreter“. Damit ging eine umfassende Neuerung einher, welche einen Paradigmenwechsel zum Wohle der Betroffenen darstellt.

Patient/innen erhalten im Rahmen des stationären und ambulanten Aufenthalts Informationsmaterialien zu den verschiedensten Krankheitsbildern und zu Selbsthilfegruppen. Diese liegen in den Ambulanzen, Untersuchungsbereichen und auf den Bettenstationen auf.

Patient/innen werden über alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen aufgeklärt. Im Rahmen der Visite oder bei Einzelgesprächen werden die Patient/innen über den Behandlungsverlauf informiert und die weitere Vorgehensweise besprochen. Die letzte Entscheidung liegt immer bei der Patientin oder beim Patienten.

Für fremdsprachige oder gehörlose Patient/innen werden Dolmetscher über einen spezialisierten Telefondienstleister oder bei Bedarf vor Ort hinzugezogen.

Ernährung und Service

Die Patientenzimmer und Funktionsräume haben eine ansprechende und zeitgemäße Ausstattung und Gestaltung. Alle Zimmer haben Zugang zu einem Bad und Toilette. Das gesamte Haus ist mit höhenverstellbaren elektrischen Betten ausgestattet. Der barrierefreie Zugang ist zu allen Patientenzimmern und sanitären Einrichtungen gegeben. Patient/innen und Besuchern stehen Aufenthaltsräume/ Bereiche auf den Stationen zur Verfügung, die Cafeteria bietet Einkaufsmöglichkeit. Eine gut sortierte Bücherei mit ausreichend Sitzgelegenheit ist vorhanden.

Alle Sonderklassezimmer verfügen über einen eigenen Safe. Jeder/m PatientIn wird auf Wunsch ein kostenloser Zugang zum Internet zu Verfügung gestellt.

Die Krankenhauskapelle kann von Patient/innen und Angehörigen jederzeit für ein Gebet oder als Ort der Stille genutzt werden. Auf Wunsch können Patient/innen täglich die heilige Kommunion erhalten. Der Verabschiedungsraum ist für alle Religionen passend ausgestattet.

Besonders bei sterbenden Menschen wird darauf geachtet, dass die Begleitung und Verabschiedung durch Angehörige oder Bezugspersonen möglich ist, diese rund um die Uhr anwesend sein können und auch entsprechend mitversorgt, sowie begleitet und betreut werden.

Der barrierefrei erreichbare Garten dient als Ort der Erholung.

Wenn Angehörige übernachten, bekommen sie nach Möglichkeit ein Bett zur Verfügung gestellt. Werden Patient/innen mit besonderen Beeinträchtigungen aufgenommen, wird die Aufnahme eines Angehörigen oder der Bezugsperson bereits bei der Planung besprochen und berücksichtigt.

Bei der Speiseplangestaltung wird sowohl auf Abwechslung als auch auf ernährungsmedizinische Erfordernisse (Diäten) Rücksicht genommen. Unsere Patient/innen können zwischen drei Menüs (Vollkost, Leichte Vollkost, Vegetarische Kost) auswählen.

Darüber hinaus gibt es verschiedene Sonderkostformen, die je nach Diäterfordernis bestellt werden.

Erstdiagnostik und Erstversorgung

Notaufnahmen werden in der Internistischen Notaufnahme (INA), die rund um die Uhr besetzt ist, erstversorgt. Die Kernaufgabe der INA dient der Feststellung bzw. dem Ausschluss der akuten Behandlungsbedürftigkeit von erwachsenen Patient/innen (ab dem 18. Lebensjahr) mit internistischen Krankheitsbildern bzw. Leitsymptomen.

Aus der Lage des Krankenhauses ergibt sich ein schwerpunktmäßig gerichteter Patientenstrom, der sich auf die südlichen Stadtbezirke erstreckt sowie die angrenzenden Gemeinden (Elsbethen, Anif, Grödig) einschließt.

Die Ersteinschätzung der Patient/innen erfolgt durch das diensthabende ärztliche Personal. Dieses schätzt die Dringlichkeit ein und ordnet die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen an.

Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Alle Fachabteilungen des Krankenhauses bieten allgemeine Ambulanzen und Spezialambulanzen an, die zu festgelegten Zeiten bzw. Wochentagen geöffnet sind. Details zu allen Angeboten und Öffnungszeiten der Ambulanzen sind auf der Homepage www.barmherzige-brueder.at abrufbar.

Für elektive operative Eingriffe erfolgen die Indikationsstellung und die Planung im Rahmen der ambulanten Erstvorstellung.

Alle Patienten, die ein Anästhesieverfahren erhalten sowie Patienten bei denen ein Narkose Standby erwünscht ist, werden in der präanästhesiologischen Ambulanz vorgestellt und prämediziert. Bestimmte vordefinierte, elektiv geplante operative Patienten müssen vor Ihrer Vorstellung in der präanästhesiologischen Ambulanz beim niedergelassen Allgemeinmediziner oder Internisten eine präoperative Patientenevaluierung (PROP) durchlaufen.

Ambulante Operationen

Zur Erfüllung der Vorgaben des regionalen Strukturplan Gesundheit, der eine Steigerung der tagesklinischen Leistungen im chirurgischen Bereich und eine Reduktion der Belagsdauer vorsieht, ist das Programm „patientenorientiertes zentrales Aufnahme-management“, das eine Weiterentwicklung der Abwicklung von ambulanten/tagesklinischen Operationen vorsieht, eingeleitet worden. Dazu gehört u.a.: Die Etablierung einer Aufnahme und Versorgungseinheit (AVE) mit 8 tagesklinischen Betten.

Eine zentrale Patientenaufnahme (ZPA; vorerst AVE) in der alle Prozesse wie Indikationssprechstunde, Vorbereitung, Aufklärung und Prämedikation koordiniert und durchgeführt werden.

Ein zentrales Bettenmanagement (ZBM) zu dessen Aufgaben die Terminkoordination von ambulanten und stationären Patienten zur optimalen Ausnutzung der Ressourcen zählt.

Seit Juni 2019 ist das zentrale Belegungsmanagement sowie die Aufnahme- und Versorgungseinheit in unserer Einrichtung in Betrieb.

Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

Unseren Patient/innen steht für die stationäre Diagnostik und Behandlung medizinisches Fachpersonal mit zusätzlichen Ausbildungen in Additivfächern wie Intensivmedizin, Onkologie, etc. zur Verfügung. Das Pflegepersonal ist ebenfalls mit entsprechenden Schwerpunktausbildungen ausgestattet (z.B. Anästhesie, Intensivstation, Diabetesberatung, Palliativ).

Es ist Aufgabe der/des verantwortlichen Ärztin/Arztes der Abteilung die Diagnostik bzw. die Behandlungsplanung festzulegen.

Nötige diagnostische und therapeutische Maßnahmen werden mit den Patient/innen besprochen, dabei wird immer das gemeinsame Einverständnis in den Behandlungsplan berücksichtigt. Im Rahmen von Visiten erfolgt eine multiprofessionelle Abstimmung durch Teilnahme der Medizin und Pflege.

Die Dokumentationen in unserem elektronischen Krankenhausinformationssystem dienen als Informationsquellen für alle beteiligten Berufsgruppen und Disziplinen.

Therapeutische Prozesse

Die Planung der therapeutischen Angebote richtet sich nach der Funktion des Hauses als Standardkrankenhaus (lt. §2 SKAG), wodurch die Vorhaltung gewisser Leistungen lt. §27 vorgegeben ist. Ebenso sind das Land Salzburg und der aktuelle österreichische bzw. regionale Strukturplan Gesundheit entscheidend für das zukünftige Therapieangebot.

Das Krankenhaus bietet folgende therapeutische Angebote: Intensivmedizin (interne, operativ), Innere Medizin mit onkologischer Abt., Allgemeinchirurgie, Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Gynäkologie, Urologie und Radiologie.

Indikationsstellung und diagnosebezogene Therapieplanung erfolgen grundsätzlich durch ärztliches Fachpersonal der Abteilung, bzw. unter fachärztlicher Aufsicht. Die weitere diagnosebezogene Therapie- und Aufenthaltsplanung beginnt mit dem Erstkontakt, und richtet sich u.a. auch nach der Dringlichkeit des Eingriffs.

Mit der bekannten Diagnose und dem geplanten Eingriff sind bereits die voraussichtliche Operationsdauer, die benötigten Ressourcen, die postoperative Aufenthaltsdauer sowie der Pflegebedarf weitgehend definiert und werden für die Planung herangezogen. Die Aufnahmeplanung erfolgt über unser zentrales Belegungsmanagement.

Operative Prozesse

Im OP-Statut sind der Ablauf der OP-Planung sowie eventuell nötige Änderungen des ursprünglich geplanten Programms bei Notfällen geregelt. Es beinhaltet sämtliche Regelungen in Bezug auf die OP-Planung und den OP-Ablauf, die Integration von Notfällen, die Regelungen für Nachmeldungen und die Regelbetriebszeiten. Die OP-

Planung aller elektiven Patienten des gesamten Krankenhauses wird durch das zentrale Belegungsmanagement geregelt.

Kennzahlen werden in Form von Quartals- und Jahresberichten von der Controlling-Abteilung übermittelt.

Die operative und anästhesiologische Versorgung inklusive dem Durchführen von Voruntersuchungen wird entsprechend "State of the Art" durchgeführt. Die Planung der operativen und anästhesiologischen Versorgung erfolgt gemäß den Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften. Die AbteilungsleiterInnen sind für die Planung der Art und des Angebots der operativen Maßnahmen verantwortlich.

Auf spezielle Bedürfnisse (z.B.: geistig beeinträchtigte Personen, verschiedene Religionsgemeinschaften) wird besonders geachtet. Zur Erhöhung der Patientensicherheit und zur Vermeidung von Komplikationen werden von den Mitarbeiter/innen des Hauses zahlreiche Checklisten und Richtlinien verwendet. Jede Patientin/ jeder Patient erhält bei der stationären Aufnahme ein Patientenidentifikationsarmband, um Verwechslungen zu vermeiden.

Visite

Um den Ansprüchen unserer Patient/innen nach optimaler und umfassender Betreuung möglichst gerecht zu werden, werden Visiten multiprofessionell und bei Bedarf unter Einbeziehung zusätzlicher Fachdisziplinen (z.B.: Physiotherapie, Ernährungstherapie und klinische Psychologie) durchgeführt. Täglich findet an allen Stationen mindestens eine Visite statt.

Die infrastrukturelle Ressourcenbereitstellung ist auf allen Stationen gleich und besteht neben dem entsprechenden Verbandswägen, unter anderem aus Laptop zur Verwendung der elektronischen Dokumentationssysteme.

Die Visiten dienen nicht nur der Festlegung der weiteren Diagnostik bzw. Behandlung und Information unserer Patient/innen, sondern auch zur Informationsweitergabe zwischen ärztlichem und pflegerischem Dienst, bzw. der beteiligten Berufsgruppen.

Entlassungsprozess

Das Entlassungsmanagement dient als Bindeglied zwischen dem Krankenhaus, intra- und extramuralen Bereichen, sowie dem „zu Hause“ des Patienten. Das Entlassungsmanagement steht unseren Patient/innen und deren Angehörigen beratend zur Seite.

Die Entlassungsplanung findet möglichst frühzeitig vor der tatsächlichen Entlassung statt. Der Zeitpunkt der Entlassung wird im Rahmen der Visite gemeinsam mit den Patient/innen besprochen. Die betreuenden Berufsgruppen stehen bei der Entlassungsvorbereitung in Austausch mit unseren Patient/innen und gegebenenfalls auch mit den Angehörigen.

Im Rahmen des Aufnahmeprozesses werden durch die aufnehmenden Pflegepersonen die bisherige Versorgungssituation und die bisherigen Bedürfnisse der Patient/innen eruiert und gegebenenfalls das Gesundheits- und Sozialnetzwerk (Koooperation des Krankenhauses mit dem Roten Kreuz) hinzugezogen. Notwendige Heilbehelfe und Hilfsmittel werden bereits während des stationären Aufenthaltes durch die

Pflege organisiert. Jede Patientin/ jeder Patient erhält bei Entlassung einen Entlassungsbrief.

Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

In unserem Krankenhaus werden die Bedürfnisse von unseren Patient/innen und deren Angehörige/ Vertrauenspersonen berücksichtigt. Respekt und Würde werden dabei von allen Mitarbeiter/innen gelebt.

Bei ethisch schwierigen Fragestellungen wird der Dialog mit dem hauseigenen Ethikkomitee gesucht. Sterbende Patient/innen und deren Angehörige/ Vertrauenspersonen haben auf Wunsch die Möglichkeit einer psychologischen, seelsorgerischen und palliativmedizinischen Betreuung.

Für unsere Verstorbenen gestalten wir Seelenmessen. Persönliche, kulturelle und religiöse Wünsche von unseren Patient/innen und deren Angehörigen werden (soweit möglich) berücksichtigt.

Umgang mit Verstorbenen

Der Umgang und die Versorgung von verstorbenen, stationären Patient/innen basiert auf unserer christlichen Unternehmenskultur. Ein respekt- und würdevoller Umgang bilden die Grundlage in der *Versorgung* verstorbener Patient/innen. Angehörige/ Vertrauenspersonen werden sowohl in der Sterbephase, als auch, wenn gewünscht, in der *Versorgung* des Verstorbenen miteinbezogen. Diese ist geprägt vom kulturellen/religiösen Hintergrund der/des Verstorbenen.

Zur Unterstützung und als organisatorische Hilfestellung händigt das Pflegepersonal den Angehörigen das Informationsblatt *Information im Todesfall eines Angehörigen* aus.

proCum Cert:

Gewährleistung besonderer Zuwendung und Präsenz für Patienten

Der hauseigene Transportdienst ermöglicht einen effektiven, effizienten und vor allem sicheren Transportprozess zur jeweiligen Untersuchungsstelle oder Therapie. Bei medizinischer Indikation erfolgt eine Begleitung durch medizinisches Fachpersonal. In allen Bereichen (Stationen, Ambulanzen, OP, Endoskopie, Wartebereiche, etc.) werden Patient/innen von Mitarbeiter/innen betreut.

Im Sinne des heiligen Johannes von Gott ist nicht nur die Linderung der körperlichen Beschwerden, sondern auch die seelische und spirituelle Begleitung Teil der ganzheitlichen Behandlung und Pflege. Daher werden Zuwendung, Aufmerksamkeit, Gespräch und Anteilnahme im Rahmen der Patientenorientierung als sehr wichtig erachtet. Auf Wunsch der Patient/innen können auch unter Einbeziehung von Bezugspersonen Gespräche und Aufklärungen stattfinden.

Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Im Zuge des im Jahre 2010 durch die Barmherzige Brüder Österreich veröffentlichten Ethik-Codex wurde die stufenweise Einrichtung von Ethikkomitees in den einzelnen Werken beschlossen. Infolge ist auch in unserem Krankenhaus ein klinisches Ethik-

komitee eingerichtet worden. Ein Ethikkomitee kann von jeder/m MitarbeiterIn elektronisch angefordert werden.

Der Ethik-Codex ist die Grundlage für die Betreuung hilfsbedürftiger Menschen in unserem Krankenhaus. Diverse Fort- und Weiterbildungen werden für unsere Mitarbeiter/innen angeboten.

Berücksichtigung der spirituellen bzw. religiösen Dimension von Krankheit und Krankheitsbewältigung

Durch die Krankenhaus-Seelsorge werden religiöse und spirituelle Bedürfnisse der Patient/innen erfüllt und dadurch die Situation des Menschen in einen christlichen Sinnhorizont gestellt.

Gemäß den Grundsätzen der Barmherzigen Brüder, die die Relevanz der sozialen, psychischen und religiösen Dimension von Krankheit zum Ausdruck bringen, bemühen sich die Mitarbeiter/innen des Hauses um die Integration dieser Aspekte in den Behandlungsalltag. Die Patientenbetreuung umfasst dabei die spirituelle und religiöse Begleitung der Patient/innen, Gebete, Krankenkommunion, Krankensalbung, Gottesdienste, etc.

In Krisensituationen (z.B.: schwere, unheilbare Krankheiten) bietet die Krankenhaus-Seelsorge in Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen im Krankenhaus (z.B.: Psychologischer Dienst, Ethikkomitee, Palliativ Team) für Angehörige Möglichkeiten der Begleitung (z.B.: Trauerbegleitung, Verabschiedungsritual).

Sensibilität und Respekt für Patienten mit nicht christlichem kulturellem und religiösem Hintergrund

Unabhängig von Herkunft, Stand, Geschlecht, Religion und Weltanschauung liegt die Würde eines jeden Menschen in seiner Gottesebenbildlichkeit und Einzigartigkeit.

Diese Werte sind sowohl im Leitbild (Führungsgrundsätze) als auch in der *Charta der Hospitalität* verankert und werden den Mitarbeiter/innen vermittelt. Unabhängig von Religionsbekenntnis und Konfessionszugehörigkeit wird jede/r PatientIn im Rahmen der Pflegeanamnese auf das seelsorgerische Angebot hingewiesen.

Auf Wunsch wird ein Seelsorger der jeweiligen Konfession durch die Krankenhaus-Seelsorge oder die Pflege der Station organisiert. Die Pflegemitarbeiter/innen der Stationen versuchen, die spirituellen Bedürfnisse von Nicht-Christen (z.B. Riten, Gebete, Totenwaschung) bestmöglich zu berücksichtigen sowie ihre seelsorgliche Betreuung zu gewährleisten.

Sicherstellung einer adäquaten Schmerztherapie

Die Planung der medikamentösen Therapie sowie einer etwaig erforderlichen Schmerztherapie, erfolgt im Rahmen der Aufnahme (Bedarfsmedikation, Dauermedikation). Modifikationen erfolgen im Rahmen der Visite bzw. bei Bedarf jederzeit.

Für die interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation werden die EDV-gestützten Dokumentationssysteme verwendet. Bei außergewöhnlichen Schmerzproblemen kön-

nen ein Schmerz-, Palliativkonsil, ethische Fallbesprechung, physiotherapeutische und klinisch-psychologische Maßnahmen eingeholt werden.

Die Wirksamkeit der therapeutischen Konzepte wird im Zuge der Visiten, durch klinische Untersuchung und Kontrollbefunde überprüft. Die Wirksamkeit der Schmerztherapie wird mittels Schmerzskaalen gemessen und dokumentiert.

Behandlung und Betreuung von besonderen Personengruppen

Bei der pfleg. Betreuung gehen die Mitarbeiter/innen nach Möglichkeit auf die besonderen Bedürfnisse der Patient/innen ein. Die Wahrung ihrer Rechte und das Eingehen auf ihre Bedürfnisse erfolgt unter den gesetzlichen Rahmenbedingungen des Heimaufenthaltsgesetzes. Die Betreuung erfolgt während des Tages, soweit möglich, immer durch die gleiche Pflegeperson.

Angehörige werden als wichtige Unterstützung im Prozess der Genesung gesehen, deshalb erfolgt die Therapieplanung unter enger Einbeziehung der Angehörigen nach entsprechender ärztlicher Aufklärung. Sollte eine ambulante oder tagesklinische Behandlung nicht möglich sein, so ist die Mitaufnahme der Bezugsperson, vor allem bei dementen Patient/innen erwünscht. Wenn es vertretbar ist, kann die Beaufsichtigung (Sitzwache) auch durch einen ehrenamtlichen Dienst des Malteser Hospitaldienstes erfolgen. Zusätzlich bekommen alle Patient/innen ein Patientenidentifikationsarmband, um Verwechslungen vorzubeugen.

Sicherstellung einer qualifizierten palliativmedizinischen Behandlung

Palliativpatient/innen und deren Angehörige befinden sich in einer Ausnahmesituation. Hier sind das betreuende Ärzte- und Pflegeteam gefordert die Betroffenen zu informieren, zu beraten und in jeder möglichen Form zu unterstützen. Ziel ist es, eine individuell angepasste Palliativmedizin /-pflege anzubieten und Beratung sowie Schulung im Bereich des Möglichen umzusetzen.

Auf Wunsch des Patienten werden die seelsorgerische Begleitung sowie ein priesterlicher Beistand durch die Mitarbeiter/innen der Krankenhausseelsorge sichergestellt.

Um dieses Ziel zu erreichen, wurde ein Palliativteam im Haus implementiert, welches jederzeit von den Mitarbeiter/innen angefordert werden kann. Der Kontakt mit den weiterbehandelnden Einrichtungen (Raphael-Hospiz, mobiles Palliativteam, Tageshospiz) wird durch Besprechungen über abgelaufene Betreuungen und auch gemeinsame Fortbildungen gepflegt.

2 Mitarbeiterorientierung

KTQ:

Personalbedarf

Die Personalbedarfsplanung erfolgt in Abstimmung zwischen Krankenhausleitung, Abteilungsvorständen, Bereichs- und Stationsleitungen, der Provinzleitung und dem Land Salzburg unter der Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben, strategischen Zielen und der geplanten Leistungsentwicklung.

Die Krankenhausleitung (Pater Prior, Gesamtleiter, Kollegiale Führung) ist für die Personalbedarfsplanung verantwortlich. Betroffene Berufsgruppen und Bereiche sind über die jeweiligen Führungskräfte im Rahmen der Budgetierung in die Planung des Personalbedarfs miteinbezogen.

Personalentwicklung

Die Personalentwicklung basiert auf den von den Barmherzigen Brüdern entwickelten Führungsgrundsätzen. Für die berufsgruppenübergreifende Personalentwicklung ist das Personalmanagement in Absprache mit dem Gesamtleiter verantwortlich. Basierend auf der strategischen Ausrichtung, Themen aus der Provinzverwaltung und aktuellen Projekten werden Schwerpunktthemen für die Personalentwicklung definiert, konzipiert und umgesetzt.

Die berufsgruppenspezifische Personalentwicklung erfolgt durch die jeweiligen Direktionen und Abteilungsleitungen mit Unterstützung durch das Personalmanagement. Für die Personalentwicklung auf Mitarbeiterebene ist die jeweilige Führungskraft verantwortlich. In periodisch geführten Mitarbeitergesprächen erfolgt durch die gemeinsamen Zielvereinbarungen die Abstimmung der Wünsche und Bedürfnisse der Mitarbeiter/innen mit den Zielen der Organisation. Das Mitarbeitergespräch hat einen positiven Charakter, in dem die Würdigung der Leistung des Mitarbeiters und die Förderung seiner Person im Zentrum stehen.

Einarbeitung

Ziel der Einarbeitung ist eine möglichst rasche und wirksame Integration von neuen Mitarbeiter/innen. Dies ist nicht nur auf der fachlich-, sachlichen Ebene sondern auch auf sozialer Ebene in Form der Integration in das Team sowie in die gesamte Organisation zu sehen. Der Personalintegrationsprozess beginnt nach der Zusage und endet, wenn sich die neue Mitarbeiter/innen in ihrer Rolle und Arbeitsumgebung zur wechselseitigen Zufriedenheit eingefügt haben, die Aufgaben erfolgreich bewältigt und sie sich mit dem Unternehmen identifiziert haben.

Die berufsgruppen- und bereichsspezifische Einarbeitung und Betreuung während der ersten Monate verantworten die Stations- und Abteilungsleitungen bzw. die Praxisanleitung. Berufsgruppenspezifische Integrationschecklisten unterstützen neue Mitarbeiter/innen in der ersten Phase.

Quartalsweise findet ein Willkommenstag für alle neuen Mitarbeiter/innen statt, an dem grundlegende Informationen über das Krankenhaus vermittelt werden. Allen neuen Mitarbeiter/innen wird zu Beginn des Arbeitseinstiegs eine Willkommensmappe

übergeben, die Informationen zum Orden der Barmherzigen Brüder und Wissenswerthes für den Arbeitseinstieg beinhaltet.

Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Da das Krankenhaus über keine eigene Ausbildungsstätte verfügt, bestehen Kooperationen mit mehreren Universitäten bzw. Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege und anderen Ausbildungseinrichtungen. Das Krankenhaus Barmherzige Brüder Salzburg ist z.B.: akkreditiertes Lehrkrankenhaus der Paracelsus Medizinische Privatuniversität (PMU) und der Medizinischen Universität Wien.

Die Mitte 2015 in Kraft getretene neue Ausbildungsverordnung für Ärzte ist im Haus bereits umgesetzt.

Zukünftige Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und Pflegehelfer/innen (in Zukunft Pflegeassistenten) werden im Haus praktisch ausgebildet. Es bestehen Kooperationen im Rahmen der praktischen Ausbildung mit verschiedenen Ausbildungsinstitutionen (Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, Caritas, BFI, Fachhochschulen). Für Sonderausbildungen sind Praktikumsplätze in den Bereichen OP, Anästhesie- und Intensivmedizin sowie OP-Assistenz möglich.

Innerbetriebliche Fortbildungen werden auf Abteilungsebene durch den Abteilungsleiter und seinen Ausbildungsverantwortlichen geplant und über den innerbetrieblichen Fortbildungskatalog kommuniziert. Zusätzlich finden abteilungsinterne Fortbildungen statt. Der Besuch von externen Fortbildungen wird vom Krankenhaus gewünscht, gefördert und in Form von Fortbildungstagen sowie finanziell unterstützt.

Arbeitszeiten/ Work Life Balance

Die Arbeitszeiten sämtlicher Mitarbeiter/innen sind neben den gesetzlichen Bestimmungen (Arbeitszeitgesetze) durch den Kollektivvertrag, die Dienstordnung, die Betriebsvereinbarungen und Einzelvereinbarungen festgelegt. Unseren Mitarbeiter/innen stehen zahlreiche Arbeitszeitmodelle und –regelungen zur Verfügung.

Die Dienstplangestaltung erfolgt unter Berücksichtigung der Abteilungsnotwendigkeiten sowie der Interessen der Mitarbeiter/innen. Die jeweiligen Vorgesetzten sind neben der korrekten Zeiterfassung auch für die Bewilligung und den Abbau von Urlaub und Überstunden sowie die Abwesenheitserfassung und dergleichen verantwortlich.

Ideenmanagement

Verbesserungsvorschläge, Wünsche und Anregungen von Mitarbeiter/innen werden ernst genommen und können sowohl im Gespräch mit dem direkten Vorgesetzten als auch bei Morgen- oder Teambesprechungen eingebracht werden. Im Intranet ist ein Ideentool für Mitarbeiter/innen zur Rückmeldung etabliert. Die Bearbeitung der im Ideentool eingebrachten Einträge erfolgt durch die Ideenbeauftragte. Die drei besten Ideen werden einmal jährlich anhand von definierten Kriterien von der Ideenkommission prämiert.

proCum Cert:

Soziale Verantwortung, Rücksichtnahme und ethische Sensibilität in der Personalführung

Im Sinne des Ordens soll zwischen Träger und Mitarbeiter/innen ein Verhältnis bestehen, das den Bedürfnissen und Rechten beider Seiten gerecht wird. Der Führungsgrundsatz referenziert dabei ausdrücklich auf die Fürsorgepflicht: „Wir nehmen unsere Fürsorgeverantwortung gegenüber unseren Mitarbeitern wahr.“

Darüber hinaus gelten der Ethik-Codex sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen (z.B. KA_AZG, Kollektivvertrag, Betriebsvereinbarungen) als verbindliche Grundlage.

Eine Betriebskindergartenkooperation steht Mitarbeiter/innen mit Kleinkindern zur Verfügung.

Wertschätzung und Anerkennung vermitteln, Verbundenheit fördern

Die Führungsgrundsätze bilden die Rahmenbedingungen für den Umgang mit Mitarbeiter/innen bei den Barmherzigen Brüdern.

Das Mitarbeitergespräch soll dabei unterstützen gegenseitig Feedback zu geben. Das Mitarbeitergespräch ist dabei kein Beurteilungs- und Kritikgespräch.

Es finden Mitarbeitererehrungen zum 25, 30, 35 und 40 jährigem Dienstjubiläum statt. Bei Pensionierungen und Oberarztternennungen wird eine kleine Feier organisiert. Bei Geburt eines Kindes erhalten die Mitarbeiter/innen eine kleine Aufmerksamkeit und eine Kinderzulage wird monatlich ausbezahlt.

Förderung einer durch christliche Werte geprägten sozialen und ethischen Kompetenz

Die Werte der Barmherzigen Brüder sowie die Führungsgrundsätze legen einen hohen Stellenwert auf die soziale Kompetenz der Mitarbeiter/innen.

Es gibt provinzweit eine zentrale Koordinationsstelle mit dem Schwerpunkt, die ethischen Gesichtspunkte eines Ordensspitals sichtbar zu machen und zentral (durch gezielte Fortbildung und Unterstützung) weiterzuentwickeln.

Ein wesentliches Werk ist der Ethikkodex, der für alle Mitarbeiter/innen bindend ist und den direkten Umgang mit den Patient/innen und den Mitarbeiter/innen regeln soll. Der Ethikkodex gilt als unterstützendes Instrument bei schwierigen Patientenentscheidungen. Das Ethikkomitee kann bei schwierigen Behandlungsentscheidungen jederzeit hinzugezogen werden.

Auswahl und Einarbeitung von Führungskräften

Die Rahmenbedingungen für den Einstellungsprozess von Führungskräften und Schlüsselpersonen sind zentral über die Provinz geregelt.

Die Koordination des Einstellungsprozesses läuft über das hausinterne Personalmanagement bzw. bei Stationsleitungen über die Pflegedirektion. Bei Stellenausschrei-

bungen werden in einem Anforderungskatalog die notwendigen fachlichen, methodischen, sozialen, persönlichen und persönlichen Anforderungen sowie Führungskompetenzen in Zusammenarbeit mit dem Personalmanagement, dem Pater Prior, dem Gesamtleiter, dem jeweiligen Direktionsmitglied und dem Fachbereich festgelegt. Die Werte und Führungsgrundsätze sind dafür eine wichtige Grundlage.

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

Die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung der Arbeitgebermarke der Einrichtungen der Barmherzigen Brüder ist an den Ordenswerten sowie an den Führungsgrundsätzen ausgerichtet und wird zentral koordiniert.

Die Einrichtungen der Barmherzigen Brüder sind untereinander gut vernetzt und teilen fallweise auch Personalressourcen (z.B.: bei Projekten).

Auf üblichen Job- und Karrieremessen (z.B.: Pflegestraße, Internationaler Pflegekongress der Erzdiözese, Jobmessen für Ärzte) und in Zeitungen und Fachmagazinen werden die Barmherzigen Brüder als Arbeitgeber beworben.

3 Sicherheit - Risikomanagement

KTQ:

Methoden des klinischen Risikomanagements

Der Gesamtleiter als Verantwortlicher für das Risikomanagement setzt zusammen mit der Kollegialen Führung ein Risikomanagement-Kernteam als interdisziplinäre Expertenkommission ein. Dieses setzt sich zusammen aus jeweils einer/m VertreterIn der Pflege, der Ärzte sowie der Verwaltung.

Ziel des klinischen Risikomanagements ist die Identifizierung von Risiken in der Patientenversorgung und deren unterstützenden Prozessen, sowie die zweckmäßige Auswahl und Einleitung von geeigneten Maßnahmen zur Risikominimierung. Dazu sind eine offene Fehlerkultur sowie ein konstruktiver Umgang mit Fehlern bzw. Beinahe-Fehlern erforderlich. Im Rahmen des Mitarbeiter-Willkommenstag und auch MedIT-Schulungen werden die neuen Mitarbeiter/innen sensibilisiert für einen konstruktiven Umgang mit Fehlern und Beinahe-Fehlern.

Eigen- und Fremdgefährdung

Die Einschätzung einer möglichen Eigen- oder Fremdgefährdung erfolgt im Rahmen der ärztlichen wie pflegerischen Anamnese.

Bereits beim Aufnahmegespräch werden Patient/innen über mögliche technische Hilfsmittel informiert und diese angeboten (Gehhilfen, Haltegriffe, etc.). Stürze werden durch die Pflege protokolliert, die Ergebnisse werden als Kennzahl ausgewertet. Für Risikopatient/innen werden im Rahmen der Pflegeplanung Maßnahmen bzw. Prophylaxen festgelegt.

Zur Sensibilisierung der Mitarbeiter zum Schutz der Patient/innen vor nosokomialen Infektionen wurde das Konzept des Hygiene-Copiloten auf den Stationen umgesetzt.

Diverse Checklisten im täglichen Einsatz tragen zur Sicherheit der uns anvertrauten Patient/innen bei.

Medizinisches Notfallmanagement

Im Krankenhaus steht ein qualifiziertes Reanimationsteam zur Verfügung, welches mittels Wandtastern oder per Telefon alarmiert werden kann. Auf allen patientenführenden Abteilungen und Ambulanzen sind Notfallkoffer bzw. –wägen jederzeit verfügbar.

Alle Mitarbeiter/innen medizinisch-pflegerischer Bereiche sind verpflichtet einmal jährlich an einer Reanimationsschulung teilzunehmen.

Organisation der Hygiene

Das Hygiene-Kernteam setzt sich aus drei Personen zusammen: Einem externen Krankenhaushygieniker, einem hygienebeauftragten Arzt und einer Hygienefachkraft.

Die Krankenhaushygiene ist als Stabstelle des Gesamtleiters eingerichtet. Das Hygieneteam hat eine beratende Funktion für alle Mitarbeiter/innen und Hausleitung.

In allen Stationen und Funktionsbereichen sind Hygienekontaktpersonen definiert, die die Umsetzung hygienerelevanter Themen unterstützen und Informationen an die Mitarbeiter/innen weiterleiten.

Das Hygieneteam führt Hygienebegehungen und Hygieneschulungen durch und erstellt bzw. aktualisiert die Hygiene-Richtlinien sowie die Reinigungs- und Desinfektionspläne. Diverse Proben (Filteranlagen, Wasserproben, etc.) werden regelmäßig abgenommen und ausgewertet.

Hygienerelevante Daten, Infektionsmanagement

Bei Aufnahme von Patient/innen mit bekannter oder vermuteter Infektion werden entsprechende Untersuchungen in die Wege geleitet. Den Mitarbeiter/innen sind Screening-Maßnahmen bekannt. Der Umgang mit diversen Infektionserkrankungen ist in Richtlinien geregelt und im Intranet für die Mitarbeiter/innen zugänglich.

Im stationären Bereich stehen Einzelzimmer als Isolierzimmer zu Verfügung. Im Fall von leicht übertragbaren nosokomialen Infektionen werden Patient/innen entweder einzeln oder ggf. in der Kohorte isoliert.

Arzneimittel

Die im Haus benötigten Arzneimittel werden über das dem Haus angeschlossene medizinische Depot bezogen. Arzneimittel werden hierbei beim pharmazeutischen Großhandel, direkt beim Hersteller oder über die Konsiliarapotheke in Linz bezogen. Arzneimittel, die unter das Suchtmittelgesetz fallen, werden in abschließbaren Schränken gelagert. Zytostatika werden getrennt gelagert. Die Lagerung auf den Stationen erfolgt lichtgeschützt in Laden bzw. Schränken. Kühlwaren werden im Kühlschrank verwahrt, Suchtgift wird auch hier in abschließbaren Schränken gelagert.

Der Transport auf die Stationen erfolgt in verschlossenen Boxen durch Mitarbeiter des Hol- und Bringdienstes. Kühlware wird gekühlt transportiert.

Entsprechend dem KAKuG § 33a und der Anstaltsordnung besteht eine Arzneimittelkommission.

Labor- und Transfusionsmedizin

Das Labor ist als Zentrallabor der ärztlichen Direktion unterstellt. Es wird von einer leitenden Labormitarbeiterin und deren Stellvertretung geführt. Das Labor deckt ein breites Spektrum an Laboranalysen für die klinischen Abteilungen und die Ambulanzen ab und ist täglich 24 Stunden besetzt. Für Analysen, welche nicht im Haus bearbeitet werden können, bestehen Kooperationen mit weiteren Laboren.

Es wird ein Blutdepot ohne angeschlossenes transfusionsmedizinisches Labor für die Lagerung von bereits eingekreuzten Blutkomponenten vorgehalten. Die Leitung erfolgt durch eine Transfusionsbeauftragte.

In Österreich ist der Umgang mit Blut- und Blutprodukten sowohl im Arzneimittelgesetz als auch im Blutsicherheitsgesetz geregelt.

Medizinprodukte

Das Errichten, Betreiben, Anwenden und Instandhalten von Medizinprodukten erfolgt lt. Medizinproduktegesetz §80 ff. Die detaillierte Handhabung, Aufbereitung und Wartung der Medizinprodukte ist den Bedienungs-/ Betriebsanleitungen des jeweiligen Produkts geregelt.

Die Einschulung der Mitarbeiter/innen erfolgt grundsätzlich durch den Lieferanten oder Hersteller. Jede Einweisung wird mittels eines Schulungsprotokolls dokumentiert.

Arbeitsschutz

Der Verantwortungsbereich der Personen für den Arbeitsschutz ergibt sich aus den Rechtsgrundlagen. Der Arbeitgeber ist hauptverantwortlich für die Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen im Arbeitsschutz. Es stehen ihm hierzu hausintern- und extern Personen, qualifizierte Fachkräfte bzw. Gremien als Unterstützung zur Verfügung:

- Arbeitsmedizin, extern
- Sicherheitsfachkraft, extern
- Sicherheitsvertrauenspersonen
- Techn. Sicherheitsbeauftragte/r, extern
- Brandschutzbeauftragte/r
- Hygienebeauftragte/r
- Arbeitsschutzausschuss
- Hygieneteam
- Abfallbeauftragte/r
- Strahlenschutzbeauftragte/r

Einmal jährlich findet eine Sitzung des Arbeitsschutzausschusses statt, in der aus den jeweiligen Sparten Bericht erstattet wird.

Arbeitsplatzevaluierungen werden durch die Arbeitsmedizin und die Sicherheitsfachkraft in allen Bereichen durchgeführt und dokumentiert.

Brandschutz

Alle Vorgaben zum Brandschutz sind im Intranet sowie in den auf allen Stationen aufliegenden Notfallordnern einsehbar. Bestehende und neu eintretende Mitarbeiter/innen erhalten in regelmäßigen Abständen Brandschutzunterweisungen.

Brandschutzschulungen zählen zu den verpflichtenden Schulungsmaßnahmen für alle Mitarbeiter/innen.

Brandschutzbegehungen, die Prüfung der Brandmeldeanlage sowie der Brandschutztüren und der Löschvorrichtungen werden regelmäßig durchgeführt.

Datenschutz

Die Organisation des Datenschutzes ist in dem Datenschutz-Handbuch des Hauses geregelt. Die Verantwortung liegt beim Gesamtleiter, die Aufgaben des von der

DSGVO geforderten Datenschutzbeauftragten werden vom Datenschutzkoordinator wahrgenommen. Die Schnittstelle zur Datenschutzbehörde wird durch den Datenschutzbeauftragten der Kirche Österreichs wahrgenommen.

Datenschutz-Schulungen werden angeboten.

Der Datentransfer von Pat.-, MA- und Unternehmensdaten nach extern erfolgt nach gesetzlichen Vorgaben, wo erforderlich mit Zustimmung des Patienten/Mitarbeiters/ Gesamtleitung.

Umweltschutz

Ein Projekt zur Einführung eines Umweltmanagementsystems mit validierter Umwelt-erklärung auf Basis der EMAS III Verordnung für das Krankenhaus BB Salzburg wurde im Oktober 2018 begonnen. Das externe Umweltaudit mit Quality Austria ist im Juli 2019 vorgesehen.

Ziel ist, die Abfallmengen effizient zu lenken und einer umweltgerechten Entsorgung zuzuführen. Durch Stationsbesuche, Schulungen und Abfallanalysen soll eine noch bessere Trennung des Abfalls erreicht werden. Zur Steigerung der Energieeffizienz wird in den nächsten Jahren ein Umweltprogramm erstellt.

Katastrophenschutz

Alle organisatorischen Maßnahmen wie z.B.: Alarmierung, Krisenstab, Personaleinsatz, Patiententransporte und Aufnahmekapazitäten sind im Katastrophenplan angeführt.

Katastrophenschutz ist in Österreich Ländersache, jedes Land verfügt über ein eigenes Katastrophenschutzgesetz.

Der Katastrophenplan ist für alle Mitarbeiter/innen im Intranet abrufbar und liegt in dem Notfallordner auf den Stationen auf. Handlungsanweisungen, Aufgabenverteilungen, Krisenstab und Krisenteam sind im Katastrophenplan geregelt.

Durch die im Oktober 2018 stattgefundene Evakuierungs- und Alarmierungsübung konnten wertvolle Erkenntnisse über die Abläufe, Verhaltensweisen sowie die technisch/organisatorischen Zusammenhänge generiert werden.

Der Katastrophenplan ist für alle Mitarbeiter über das Intranet abrufbar und liegt in dem Notfallordner auf den Stationen/Bereichen auf.

Ausfall von Systemen

Durch die Haustechnik werden die technischen Anlagen gewartet, erneuert und geprüft.

Die Gebäudeleittechnik überwacht zentral unsere Anlagen. Alle Störungen und Wartungen werden elektronisch dokumentiert. Bei Störungen außerhalb der Normarbeitszeit wird über den Portier der Bereitschaftsdienst informiert.

In diversen Richtlinien sind mögliche Ausfallssituationen geregelt.

proCum Cert:

Besondere Aspekte eines umfassenden Risikomanagements

Ziel ist es, Behandlungsfehler durch entsprechende Risikominimierung vorab schon zu reduzieren. Behandlungsfehler werden vom Primar der jeweiligen Abteilung geprüft und eine bestmögliche Versorgung der Patient/innen nach Eintritt des Fehlers sichergestellt. Dabei wird immer auch das persönliche Gespräch mit den Patient/innen gesucht.

Ausgewählte Bereiche (Intensivstation, OP-Saal, verschiedene Eingänge des Krankenhauses, Haustechnik, etc.) sind mit speziellen Sicherungs- und Zugangskontrollen versehen, welche nur mit Berechtigung betreten werden können.

Berücksichtigung des Datenschutzes

Jede/r PatientIn muss eine Möglichkeit haben, einen externen Besuchsdienst (externer Seelsorger oder Pfarrdienst) anzufordern. Die Grundlage für diesen Besuchsdienst bildet der Artikel XVI des Konkordats von 1933, das in Österreich im Gesetzesrang steht. Auf Grund dieser Bestimmung haben die jeweiligen Seelsorger das Recht, von jenen Personen, die sich in der römisch-katholischen Kirche befinden, Auskunft zu erhalten. Dies gilt analog für andere anerkannte Glaubensgemeinschaften.

Generell sind alle Mitarbeiter/innen des Krankenhauses verpflichtet die Privatsphäre für alle Patient/innen zu gewährleisten.

4 Informations- und Kommunikationswesen

KTQ:

Netzwerkstruktur und Datensysteme

Die Grundanforderung ist eine vollständige Integration der IT-Systeme in die medizinischen und pflegerischen Abläufe, um eine maximale Unterstützung der Mitarbeiter/innen in den Abläufen und der Dokumentation zu erreichen. Ein hoch konfigurierbares und hochverfügbares Krankenhausinformationssystem ist vorhanden. Dies gewährleistet eine erhöhte Patientensicherheit und eine Erhöhung der Dokumentationsqualität.

Die Sicherung der IT-Systeme und Ressourcen ist durch das eigene Rechenzentrum in Eisenstadt gegeben.

Die Stabstellen Med-IT und Pflege-IT wurden als Kommunikations- und Organisationsbindeglied, sowie als Entwicklungsstelle eingerichtet, um zwischen den medizinischen Abteilungen und der IT-Hintergründe und Zusammenhänge fachgerecht aufzubereiten.

Eine tägl. 24 Stundenbereitschaft von Seiten der IT ist für die Mitarbeiter/innen etabliert worden.

Klinische Dokumentation

Die Verantwortlichkeiten bzgl. Führung der Patientendokumentation sind durch das Salzburger Krankenanstaltengesetz (§35) und Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (§5) definiert.

Die Abteilungsleiter/innen sind für die Planung und Überprüfung der ordnungsgemäßen und zeitnahen Führung der Krankengeschichten, Operationsniederschriften, Ambulanzprotokolle und sonstiger Aufzeichnungen über vorgenommene Behandlungen verantwortlich.

Verfügbarkeit und Archivierung

Durch die durchgängig digitale Dokumentation der Krankengeschichte sind die erfassten Anordnungen und Tätigkeiten zeitnah im System nachvollziehbar, historisiert und durch die persönliche Authentifizierung zuordenbar. Die interdisziplinäre Dokumentation im Krankenhausinformationssystem gewährleistet eine Vermeidung von ungewollten Daten, Redundanzen oder Informationslücken. Für den Zugang zu den elektronischen Daten stehen flächendeckend ausreichend statische und mobile Endgeräte zeitlich uneingeschränkt zur Verfügung.

Ein zeitlich uneingeschränkter und stabiler Zugang zum IT-System durch alle befugten Anwender ist durch das elektronische Dokumentationssystem gewährleistet.

Die Archivierung patientenbezogener Daten erfolgt in einem digitalen, revisionssicheren Langzeitarchiv redundant im Rechenzentrum in Eisenstadt und in Graz.

Information der Unternehmensleitung

Die Überschaubarkeit des Hauses und die flache Hierarchie ermöglichen eine direkte Meinungsäußerung/Kommunikation zwischen den Mitarbeiter/innen sowie der Krankenhausleitung.

Die Sicherstellung, dass der Krankenhausleitung alle erforderlichen externen Informationen zur Verfügung stehen ist gewährleistet durch Medienbeobachtungen, Informationen der Rechtsanwaltskanzlei, Kontakte zur Ärztekammer, regelmäßige Treffen der Gesamtleiter, Verwaltungsdirektoren, Pflegedirektoren und ärztlichen Direktoren der Häuser der Barmherzigen Brüder in Österreich etc..

Auch durch ein geregeltes Berichtswesen und Jour fixe Terminen ist ein gegenseitiger Informationsfluss gewährleistet.

Unabhängig vom Organigramm kann mit Pater Prior wie auch allen Mitgliedern der GL/KoFü jederzeit ein Termin vereinbart oder via Telefon oder E-Mail direkt kontaktiert werden

Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Die Telefonzentrale/Portierloge befindet sich direkt beim Haupteingang und dient als zentrale Anlauf- und Auskunftsstelle für Patienten, Besucher, Angehörige, Mitarbeiter, Lieferanten und Parkgaragennutzer. Die Loge ist 7 Tage die Woche besetzt. Der Umgang mit Auskünften zu Patientendaten im Hinblick auf Datenschutz und Patientenrechte ist in der RL Umgang mit Patientendaten geregelt.

Es gibt drei öffentliche Eingänge in das Krankenhaus (Haupt-, Ambulanz- und Rettungseingang) wobei der Eingangsbereich beim Haupteingang dem Ordensleitbild entsprechend christlich und sehr hell gestaltet ist. Dort befinden sich einige Sitzgelegenheiten für wartende Patient/innen und Angehörige und eine Vitrine für Informationen über Veranstaltungen im Haus.

5 Unternehmensführung

KTQ:

Philosophie/ 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 Patient/innen.

Zwei Zitate unseres Ordensgründers stellen die zentralen Leitsätze und somit die Kernaussagen unseres Leitbildes dar: *Das Herz befehle* und *Gutes tun und es gut tun*. Dadurch wird unsere Kernaufgabe deutlich: Die Bedürfnisse der uns Anvertrauten in ihrer Gesamtheit zuerkennen und so ein *menschliches* Krankenhaus zu sein.

Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Der Führungsgrundsatz „Verantwortung“ bezieht sich unter anderem auch auf die Fürsorgeverantwortung gegenüber den Mitarbeitern, der Grundsatz „Respekt“ fordert einen respektvollen und wertschätzenden Umgang miteinander, vor allem auch in Fehler- und Konfliktsituationen. Die Gleichstellung der Mitarbeiter im Sinne des „Gleichbehandlungsgesetzes“ ist für die Personalpolitik des Hauses eine selbstverständliche Grundlage.

Den Mitarbeitern des Krankenhauses steht ein breites Angebot an vertrauensfördernden Maßnahmen (z.B. Einzelsupervisionen, Gruppensupervision, Führungscoaching, etc.) zur Verfügung, die vom Betrieb großzügig gefördert werden.

Wertschätzung wird den Mitarbeiter/innen durch gemeinsame Feierlichkeiten, durch Ehrungen anlässlich von Jubiläen, etc. entgegengebracht.

Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Die Einberufung des Ethikkomitees ist für alle Mitarbeiter/innen im Patientenauftrag jederzeit möglich.

Die Krankenhaus-Seelsorge ist für Mitarbeiter und Patienten Gesprächspartner. Der Pastoralassistent hat auch den Vorsitz im Pastoralrat des Hauses inne. Durch das im Haus etablierte Seelsorgeteam und den Pastoralrat wird im Bereich der spirituell- religiösen Bedürfnisse ein entsprechendes Angebot für die Patienten geschaffen.

Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Das Thema Marketing und Öffentlichkeitsarbeit des Krankenhauses liegt in der Verantwortung der Gesamtleitung und wird durch eine Stabstelle unterstützt. Der Schwerpunkt liegt in der internen und externen Kommunikation.

Über gängige Medien wie Mitarbeiterinformationsveranstaltungen, Mitarbeiterzeitung Newsletter, Plakatwände, roXtra u.a. werden die Mitarbeiter laufend über aktuelle Themen, Schwerpunkte und den Status laufender Projekte informiert.

Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Für die Zielplanung sind grundsätzlich der österreichische bzw. regionale Strukturplan Gesundheit, Gesundheitsplanung Salzburg sowie die Vorgaben der Provinzleitung von strategischer Bedeutung.

Ebenso müssen budgetäre Vorgaben des Landes und der Provinzleitung bei der Zielplanung eingehalten werden.

Interne Zielsetzung für die Strategieplanung ist der Leitgedanke „Sicherstellung des Standortes, Optimierung des Leistungsspektrums sowie Qualitätssicherung/- optimierung“.

Interne Kommunikation der strategischen Ziele und Projekte erfolgt in den bestehenden Besprechungsstrukturen der Abteilungen/ Bereiche entsprechend der Linienverantwortlichkeiten.

Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Hauptziel der kaufmännischen Steuerung ist, neben der Budgetierung die erwirtschafteten Ressourcen aus der Patientenbetreuung bestmöglich im Sinne dieser einzusetzen und den auf Basis der Abgangsdeckungsvereinbarung mit dem Land Salzburg vereinbarten jährlichen Betriebsabgang einzuhalten. Die Verantwortung für die Wirtschaftsführung sowie das kaufmännische Risikomanagement liegt in der Kaufmännischen Direktion.

Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Bei der Auswahl der Partner wird neben den gesetzlichen Grundlagen, die Strategie, die Kompatibilität mit dem Leistungsspektrum und die wirtschaftliche Sinnhaftigkeit berücksichtigt. Darüber hinaus wird auf die Werthaltung und die Qualität der Leistungserbringung geachtet. Bei Vereinbarungen mit externen Kooperationspartnern werden schriftliche Verträge aufgesetzt. Regelmäßiger Austausch und enger Kontakt mit den Kooperationspartnern garantieren die Entwicklung der Partnerschaft zum gegenseitigen Nutzen.

Nach außen unterstützt unser Krankenhaus auch soziale Projekte. Obdachlose Menschen werden in einem eigenen Projekt medizinisch (ärztliche Versorgung) wie auch mit Lebensmittel unterstützt. Diese Themen werden in Kooperation mit der Caritas behandelt. Der jährlich stattfindende Adventbasar unterstützt ausgewählte Projekte. Dafür stellen Mitarbeiter/innen selbst gebastelte Arbeiten, Speisen und Kuchen zur Verfügung.

Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Festlegung der Organisationsstruktur obliegt dem Träger und dem Gesamtleiter des Krankenhauses, wobei die gesetzlichen Vorgaben der Gesundheitsplanung berücksichtigt werden müssen. Grundlegende Regelungen bzgl. Organisationsstruktur finden sich in der Anstaltsordnung des Hauses und in den Dokumenten des Ordens.

Die Verantwortungsstrukturen sind im Intranet zugänglichen Organigramm geregelt, dieses regelt ebenso die Zuständigkeiten der einzelnen leitenden Mitarbeiter/innen. Die Zusammensetzung der Kollegialen Führung des Krankenhauses entspricht dem Krankenanstaltengesetz, die Besetzung der leitenden Organe ist in der Anstaltsordnung geregelt.

Die Zusammenarbeit in den unterschiedlichen Gremien sowie die Zusammensetzung der Gremien und die Sitzungshäufigkeit sind größtenteils in Geschäftsordnungen geregelt.

Innovation und Wissensmanagement

Medizinische Wissensdatenbanken und Fachjournale, sowie diverse Besprechungsroutinen sind ein wesentlicher Teil des Wissensmanagements. Das Wissensmanagement wird durch das provinzweit einheitliche Dokumentenlenksystem softwaremäßig unterstützt und ist für alle Mitarbeiter/innen frei zugänglich.

Innovationen werden häufig in provinzweiten Arbeitsgruppen geplant, in welche Vertreter jeden Hauses der Barmherzigen Brüder nominiert werden. Dadurch können Synergien genutzt und etwaige Entwicklungskosten minimiert werden.

Unsere Mitarbeiter/innen werden an Veränderungsprozessen nach Möglichkeit beteiligt, es wird auf ein offenes Veränderungsklima und auf die Notwendigkeit, die Abläufe kontinuierlich zu verbessern, Wert gelegt. Unsere Mitarbeiter/innen werden angeregt mitzudenken und aktiv Erfahrung und Ideen einzubringen.

proCum Cert:

Entwicklung und Pflege einer christlichen Unternehmenskultur

Der Provinz- und Krankenhausleitung ist es ein Anliegen, den Auftrag des Ordens an die Mitarbeiter weiterzugeben. In den diversen Ordensdokumenten sind die Grundlagen für eine christliche Unternehmenskultur festgelegt. Ziel ist es, modernes Management unter Berücksichtigung der Hospitalität in Nachfolge des heiligen Johannes von Gott unter einer, an das Ordenscharisma orientierte Leitung anzuwenden. Dazu sollen auch die Führungsgrundsätze Orientierung geben. Die Werte Qualität, Verantwortung, Respekt und Spiritualität werden darunter subsumiert.

Die Dienstgemeinschaft ist erfahrbar durch gemeinsame Feste auf den verschiedenen Ebenen, insbesondere beim jährlichen Sommerfest und der Weihnachtsfeier sowie der Johannes von Gott-Feier.

Nachhaltigkeit in der Unternehmensführung

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

6 Qualitätsmanagement

KTQ:

Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Als Struktur und Werkzeug unseres Qualitätsmanagementsystems wurde pCC inkl. KTQ gewählt. Dieses Konzept sowie die Grundwerte des Ordens der Barmherzigen Brüder bilden die Grundlage für die Umsetzung und Weiterentwicklung eines umfassenden Qualitätsmanagements in unserem Krankenhaus. Verantwortlich hierfür sind die Gesamtleitung, die Qualitätssicherungskommission sowie die Stabsstelle Qualitätsmanagement. Die Qualitätssicherungskommission setzt sich aus Mitgliedern verschiedener Berufsgruppen zusammen.

Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Ein klares Bekenntnis zur Prozessorientierung stellt die Einführung der Lean Health Care-Philosophie dar. Dazu werden die Mitarbeiter befähigt, Prozesse im eigenen Arbeitsbereich kontinuierlich zu analysieren, Verbesserungspotential zu erkennen und Optimierungsmaßnahmen in interprofessionellen und fachübergreifenden Teams selbstständig zu konzipieren und unter definierten Verantwortlichkeiten umzusetzen.

In diversen Projekten wurden bereits Prozesse optimiert (z.B.: Stationssekretariat)

Mit dem Lean-Management Projekt „patientenorientiertes zentrales Aufnahmemanagement (PZA)“ wird die weitere Verbesserung der Ablauforganisation angestrebt. Ziel ist es, alle Prozesse, welche für die Wertschöpfung notwendig sind, optimal aufeinander abzustimmen. Im Juli 2019 wurde das zentrale Belegungsmanagement (ZBM) sowie eine Aufnahme- und Versorgungseinheit (AVE) erfolgreich in unserem Haus etabliert.

Patientenbefragung

Alle 3 Jahre wird eine umfassende provinzweite Patientenbefragung in Kooperation mit einer externen Firma durchgeführt.

Zusätzlich zu der provinzweiten Patientenbefragung wird laufend ein kurzer Patientenfragebogen eingesetzt, welcher von den Mitarbeiter/innen der Pflege allen stationären Patient/innen ausgehändigt wird.

Rückmeldungen, die über den laufend ausgeteilten Patientenfragebogen einlangen werden vom Qualitätsmanagement gesichtet, bei negativen Ergebnissen direkt mit den Betroffenen besprochen und ausgewertet.

Seit 2017 wird die ambulante Patientenbefragung elektronisch mittels Tablet durchgeführt.

Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Im Krankenhaus Salzburg ist alle 3 Jahre eine Zuweiserbefragung geplant. Diese wird in Form eines Fragebogens mit offenen und geschlossenen Fragen anonym durchgeführt.

Die persönlichen Kontakte mit den Zuweisern werden als sehr wichtig gesehen, da dadurch auch eine direkte Rückmeldung der Zuweiser erfolgt.

Mitarbeiterbefragung

Im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg finden Mitarbeiterbefragungen alle 3 Jahre statt, die mit Unterstützung eines externen Partners durchgeführt, zuletzt im Jahr 2018.

Ziel dieser provinzweiten Befragung ist es, ein ganzheitliches, vergleichbares Bild zum Thema Mitarbeiterzufriedenheit, Motivation und Engagement aller Mitarbeiter in allen Werken der Barmherzigen Brüder in der Österreichischen Ordensprovinz zu erhalten.

Die kontinuierliche Verbesserung der Unternehmenskultur, des Betriebsklimas und des Umgangs miteinander stehen dabei im Fokus.

Lob und Beschwerden von Mitarbeitern, Patienten und weiteren Externen

Patient/innen und Besucher haben die Möglichkeit, Anregungen, Wünsche oder Beschwerden über das Beschwerdemanagement des Hauses einzubringen. Dafür stehen auch anonyme Beschwerdebögen zur Verfügung, die an mehreren Stellen im Haus in Briefkästen abgegeben werden können.

Qualitätsrelevante Daten interner/ externer Verfahren

Die übergreifende Verantwortlichkeit liegt beim Gesamtleiter. Zusätzlich ist jedes Direktionsmitglied verpflichtet, qualitätsrelevante Daten von den Abteilungs- und Stationsleitungen einzufordern.

Kennzahlen werden entsprechend wöchentlich, monatlich, quartalsweise, jährlich oder bei Bedarf ausgewertet und entsprechend z.B. per E-Mail, in Abteilungsgesprächen, Qualitäts-Jahresberichten berichtet.

Als Datenquellen werden dabei vor allem die im Krankenhausinformationssystem umfassend dokumentierten Routinedaten herangezogen. Zusätzlich dienen regelmäßige Befragungen (Patienten- und Mitarbeiterbefragung) sowie die kontinuierliche Feststellung der Patientenzufriedenheit als wesentliches Werkzeug der Erhebung von qualitätsrelevanten Daten. Die Validität, Aufbereitung und Transparenz der Daten ist durch das Controlling (medizinisch, wirtschaftlich, pflegerisch) und die externe Überprüfung durch das Land gegeben.

7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus

proCum Cert:

Integration der Seelsorge ins Krankenhaus

Die Krankenhaus-Seelsorge ist im Organigramm verankert. Sie ist in inhaltlichen bzw. fachlichen Belangen Pater Prior zugeordnet. Das Seelsorgeteam besteht aus 2 hauptamtlichen Mitarbeitern: Einem Priester des Franziskanerordens und einem Pastoralassistenten bzw. Diakon. Weiters arbeiten in der Begleitung bzw. seelsorglichen Betreuung der Patient/innen ehrenamtlich Mitarbeiter/innen des Malteser Besuchsdienstes (sonntags), die geistlichen Schwestern (Orden des göttlichen Erlösers) sowie Fr. Edmund OH mit.

Strukturelle Rahmenbedingungen und Organisation der Seelsorge

Die Finanzierung aller Belange der Krankenhaus-Seelsorge wird durch den Gesamtleiter des Krankenhauses und der Diözese geregelt. Der Seelsorge steht ein eigenes Budget zur Verfügung. Die Infrastruktur wie z.B.: Büro wird vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt. Fortbildungen werden sowohl vom Krankenhaus als auch von der Diözese beglichen.

Angebote der Seelsorge

Die Krankenhaus-Seelsorge nimmt auf dem Hintergrund ethischer Gesichtspunkte, die in der biblisch-christlichen Tradition verankert sind, am heilenden und stützenden Auftrag teil – unabhängig von Religionszugehörigkeit und Weltanschauung. Die Mitarbeiter/innen der Seelsorge besuchen regelmäßig alle Stationen, Patient/innen können dadurch den Wunsch zu einem weiteren Gespräch äußern.

Alle Angebote und die Kontaktmöglichkeiten der Seelsorge sind auf der Homepage des Hauses abrufbar und in den Foldern der Seelsorge ersichtlich.

Die seelsorgliche Betreuung wird besonders in den Schwerpunktbereichen Sakramenten Pastoral, Begleitung von Tumor-Patient/innen und Palliativ Care durchgeführt. Trauerbegleitung von Mitarbeiter/innen, wenn deren Angehörige sterben gehört auch zu einem wesentlichen Teil der Aufgaben der Krankenhaus-Seelsorge.

Verbindung und Zusammenarbeit mit Kirchengemeinden

Das Krankenhaus gehört zur Dom Pfarre Salzburg, mit der eine Kooperation besteht. Vormerkungen für Gottesdienste, Vergabe der Kirche für Gruppen von außen obliegt Pater Prior nach Absprache, ebenso wie die Erstellung des liturgischen Wochenkalenders.

8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft

proCum Cert:

Übernahme von Verantwortung für Ausbildung

Dem Orden und der Kollegialen Führung ist bewusst, dass die Ausbildung der Mitarbeiter/innen bzw. die fachliche Qualifikation für die Qualität der Leistungen sowie der Patientenbegleitung entscheidend sind.

Das Krankenhaus ist akkreditiertes Lehrkrankenhaus der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität (PMU) und der Med. Universität Wien. Das Krankenhaus erhielt bereits Auszeichnungen durch die PMU für exzellente klinische Lehre in den Bereichen Plastische Chirurgie und Allgemeinchirurgie.

In der Pflege bestehen Kooperationen mit mehreren Einrichtungen wie z.B.: SALK, FH Salzburg, BFI, Caritas, Diakonie. Die theoretische und praktische Ausbildung erfolgt entsprechend dem Curriculum und der Praktikumsmappe der jeweiligen Einrichtungen.

Förderung ehrenamtlichen, bürgerschaftlichen und ideellen Engagements

Die ehrenamtliche Mitarbeit stellt für unser Krankenhaus eine wichtige Zusatzversorgungslinie dar. Es gibt mehrere Gruppen, welche ehrenamtlich tätig sind u.a. der Malteser Besuchsdienst, pensionierte Mitarbeiter/innen sowie Mitarbeiter/innen des Hauses.

9 Tägerverantwortung

proCumCert:

Vorgaben und Beiträge zur Strategie und Ausrichtung des Unternehmens

Die Vorgabe unseres Selbstverständnisses stellt die *Charta der Hospitalität* dar, in der die Betreuung kranker und hilfsbedürftiger Menschen in der Nachfolge des hl. Johannes von Gott als Vision beschrieben wird.

Die grundlegende strategische Richtung wird auf Basis des alle 6 Jahre stattfindenden Generalkapitels (zuletzt 2019) und des alle 4 Jahre stattfindenden Provinzkapitels (zuletzt 2018 Österreich, Tschechien, Slowakei, Ungarn) entschieden.

Vorgaben für die operative Unternehmensführung

Die Vorgaben für die operative Unternehmensführung leiten sich zum einen aus den spezifischen gesetzlichen Regelungen, den österreichischen bzw. regionalen Strukturplan Gesundheit Vorgaben, und zum anderen aus den Vorgaben der Provinzverwaltung sowie des Ordens, welcher als Rechtsträger Einfluss nimmt, ab. Die operative Leitung, und damit die Unternehmensführung des Krankenhauses obliegen dem Gesamtleiter. Der Einfluss des Ordens auf die operative Unternehmensführung erfolgt durch entsprechende Vorgaben und Dokumente.

Personalverantwortung des Trägers für die obersten Führungspositionen

Es gibt vom zentralen Personalmanagement in der Provinzleitung erarbeitete Richtlinien für das Vorgehen bei der Nachbesetzung von obersten Führungspositionen. Weiters sind in speziellen Bereichen die gesetzlichen Vorgaben einzuhalten. Bei der Besetzung oberster Führungspositionen fällt die Personalentscheidung im Definitorium.

Wahrnehmung der Aufsichtsverantwortung

Die Umsetzung der Corporate Governance-Prinzipien wird durch die gesetzlichen Bestimmungen sowie durch die Generalstatuten bzw. den davon abgeleiteten Ordensrichtlinien und Trägervorbehalten geprägt. Die Aufsicht über die Geschäftsführung wird durch die Provinz und deren Organe wahrgenommen. Wichtige Entscheidungen müssen in Definitoriumssitzungen durch das Aufsichtsgremium beschlossen werden. Anhand von Richtlinien für das jeweilige Quadriennium erhalten die Krankenhausleitungen die Provinzvorgaben. Regelmäßige Sitzungen der Gesamtleiter im Beisein eines entsandten Definitors führen zu einem kontinuierlichen Kontakt zwischen Krankenhaus- und Provinzleitung. Zusätzlich finden Visitation durch den Pater Provinzial und einen Generalrat statt.