



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen



**BARMHERZIGE BRÜDER  
KRANKENHAUS SALZBURG**

## **proCum Cert-QUALITÄTSBERICHT**

zum pCC Katalog 8.0\_2021 und KTQ Katalog 2021 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	Allgemeines öffentliches Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg
<b>Anschrift:</b>	Kajetanerplatz 1 A-5010 Salzburg
<b>Ist zertifiziert nach proCum Cert inklusive KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer:</b>	2022-1301-A-SALZ-11-K-002733
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft, Frankfurt am Main
<b>Gültig vom:</b>	21.11.2022
<b>bis:</b>	20.11.2025
<b>Zertifiziert seit:</b>	21.11.2013

## Inhaltsverzeichnis

<i>Vorwort der proCum Cert</i> .....	3
Vorwort der KTQ® .....	3
Vorwort der Einrichtung .....	6
Die Kategorien.....	8
1 Patientenorientierung.....	9
2 Mitarbeiterorientierung.....	17
3 Sicherheit - Risikomanagement .....	21
4 Informations- und Kommunikationswesen .....	25
5 Unternehmensführung .....	28
6 Qualitätsmanagement.....	32
7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus .....	35
8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft.....	36
9 Tägereverantwortung.....	37

## **Vorwort der proCum Cert**

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

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

Die proCum Cert GmbH ist zugelassene Zertifizierungsstelle der KTQ® und berechtigt, Krankenhäuser in dem vorgesehenen Verfahren mit dem KTQ-Zertifikat auszuzeichnen. Das kombinierte pCC-KTQ-Zertifikat geht in seinen Anforderungen darüber hinaus, in dem das Verfahren 24 weitere Qualitätskriterien berücksichtigt, die das KTQ-Manual mit den derzeit 48 Kriterien ergänzt.

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

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

Der vorliegende Qualitätsbericht ist während der dreijährigen Gültigkeitsdauer des Zertifikates über die Internetseite [www.proCum-Cert.de](http://www.proCum-Cert.de) allgemein zugänglich.

Thomas Pawelleck

Geschäftsführung  
proCum Cert GmbH

## Vorwort der KTQ®

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

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

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

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

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

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

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

der Einrichtung beziehen.

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

Während der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener 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 48 Kriterien des KTQ-Kataloges 2021. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass 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](http://www.ktq.de) abrufbar.

**Dr. med. Thilo Grüning, MSc.**  
Für die Deutsche  
Krankenhausgesellschaft

**San.-Rat Dr. med. Josef Mischo**  
Für die Bundesärztekammer

**Thomas Meißner**  
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“.



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.

Die Entwicklung der Unternehmensstrategie erfolgt unter Berücksichtigung der Werte des Leitbildes. Bezugnehmend auf das Leitbild wurden für 2021 bis 2025 erneut Schwerpunkte gesetzt, mit dem Ziel, unsere Prozesse in Zukunft noch effektiver und effizienter im Sinne unserer Patientinnen und Patienten zu gestalten. Ziel ist es, alle Prozesse, welche für die Wertschöpfung notwendig sind, optimal aufeinander abzustimmen.

Unter diesen Prämissen konnten wir in den letzten Jahren beispielsweise erfolgreich das patientenorientierte zentrale Aufnahmemanagement umsetzen.

Um dem Anspruch des Ordens an die Umwelt und dem Thema Nachhaltigkeit („Respekt vor der Schöpfung“) gerecht zu werden, haben wir uns entschlossen, das Um-

weltmanagementsystem nach EMAS III einzuführen. Wir setzen konkrete und richtungsweisende Signale für ein größeres Umweltbewusstsein und fördern die Verwendung umweltfreundlicher Produkte und Technologien.

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in der Stadt Salzburg ist ein wichtiger und verlässlicher Partner des Landes in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. 229 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 Nikolaus Deckan OH.

2021 wurden 44.766 Patientinnen und Patienten (stationär und ambulant) behandelt. Insgesamt sind derzeit vier Ordensbrüder, zwei Ordensschwestern, 106 ärztliche und 180 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.

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.

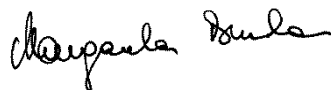
Seit der Übernahme des Raphael Hospizes Salzburgs durch den Orden der Barmherzigen Brüder besteht eine enge Zusammenarbeit mit unserem Krankenhaus.

Regelmäßiger Austausch und enger Kontakt mit den Kooperationspartnern garantieren die Entwicklung der Partnerschaft zum gegenseitigen Nutzen.

An dieser Stelle bedanken wir uns sehr herzlich bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die an dem monatelangen Prozess der 3. Re-Zertifizierung unseres Krankenhauses mitgewirkt haben, die Weiterentwicklung des Hauses fördern und Verbesserungen täglich umsetzen.



Univ. Prof. Dr. Friedrich Hoppichler  
Ärztlicher Direktor



Dr. Margareta Bruckner, MBA MSc  
Pflegedirektorin



Mag. Werner J. Lassacher  
Verwaltungsdirektor



Dir. Arno Buchacher, MSc  
Gesamtleiter



Fr. Nikolaus Deckan OH  
Prior und Rechtsträgervertreter

# Die Kategorien



# 1 Patientenorientierung

## KTQ:

### Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Krankenhaus ist durch die zentrale Lage mit den öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar. Für den Individualverkehr gibt es ausreichend Parkmöglichkeiten in der Tiefgarage, welche zu besonderen Konditionen für unsere Patienten/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 neue Homepage [www.barmherzige-brueder.at](http://www.barmherzige-brueder.at) abrufbar

Das Wegeleitsystem ist nach Bautrakten (A, B, C, D, E) und farblich nach Stockwerken gegliedert. Im Bereich des Haupteinganges stehen unsere Portiere rund um die Uhr zur Verfügung.

Mit dem Programm „patientenorientiertes zentrales Aufnahmemanagement“ wird das Ziel verfolgt, neben einer deutlich verbesserten Pat.- und Serviceorientierung, eine fächerübergreifende optimierte Ressourcennutzung unter Berücksichtigung der Erfordernisse der jeweiligen Fachdisziplin zu gewährleisten.

Die zentrale Patientenadministration (ZPA) ist die Schnittstelle zwischen der ambulanten und der stationären Patientenversorgung. Dort findet die präoperative Abklärung (Indikationssprechstunde, Aufklärung und Prämedikation, prähospitaler ärztliche Untersuchung) statt.

Durch das zentrale Belegungsmanagement (ZBM) wird eine effiziente Vergabe der vorhandenen Bettenkapazität unter Berücksichtigung der Erfordernisse der jeweiligen Fachabteilungen angestrebt.

Über die Aufnahme- und Versorgungseinheit (AVE, EG A) wird die unmittelbare Vor- und Nachbereitung abgewickelt. Die Organisationsstruktur und Abläufe sind in den Organisationshandbüchern des ZBM, der ZPA der jeweiligen Abteilungen und der AVE festgelegt.

Die Aufnahme von Notfällen erfolgt weiterhin 24h pro Tag über die interne Notaufnahme. Im Sinne des Versorgungsauftrages werden Akutfälle aller Fachabteilungen triagiert und behandelt. Hier sind lediglich vom Notarzt angekündigte Intensivpatienten die Ausnahme, diese Patienten werden direkt auf die internistische Intensivstation gebracht.

### Leitlinien und Standards

Im Haus der BHB Salzburg kommen sowohl für den medizinischen als auch für den pflegerischen Bereich abteilungsspezifische und abteilungsübergreifende Richtlinien/Leitlinien zur Anwendung. Die Zuständigkeiten liegen bei den Qualitätskontaktpersonen der Abteilungen, den Abteilungsvorständen, den Stationsleitungen, der Gesamtleitung und der kollegialen Führung.

Die gültigen Richtlinien/Leitlinien basieren auf den entsprechenden Leitlinien der Fachgesellschaften und den aktuellen Stand der med. und pfleg. Wissenschaft.

Die Aktualisierung der Richtlinien/Leitlinien 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.

Um die bestmögliche Versorgung der Patienten auch nach dem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten, werden im Rahmen der pflegerischen und ärztlichen Anamnese, die Sozialanamnese und die häusliche Versorgung erfasst. Bei Bedarf wird möglichst zeitnah das hausinterne Entlassungsmanagement eingeschaltet, um eine optimale Weiterbetreuung einzuleiten.

Für fremdsprachige oder gehörlose Patient/innen werden Dolmetscher hinzugezogen.

### **Service und Ausstattung**

Die Essensversorgung erfolgt über die hauseigene Küche. Das Frischküchensystem wird von der externen Fa. Contento betrieben. Die Patienten können zwischen 4 Menüs (Vollkost, Leichte Vollkost, Vegetarische Kost, Vitalkost) auswählen. Darüber hinaus gibt es verschiedene Sonderkostformen, die je nach Diäterfordernis bestellt werden können. Den kulturellen, religiösen und diätetischen Ernährungsbedürfnissen wird bestmöglich entsprochen. Entsprechend der vom Arzt/der Pflege und ggf. unter Einbeziehung der Diätologie festgelegten Kostform erfolgt die Essensbestellung vom Patientenservice. (Ausnahme Intensiv). Auf allen Stationen erfolgt die Ausspeisung mit Tablettssystem.

Die Patientenzimmer und Funktionsräume haben eine ansprechende und zeitgemäße Ausstattung und Gestaltung. Der barrierefreie Zugang ist zu allen Patientenzimmern und sanitären Einrichtungen gegeben. Patient/innen und Besuchern stehen Aufent-

haltsräume/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.

Der barrierefrei erreichbare Garten dient als Ort der Erholung.

Die Telefonzentrale/Portierloge befindet sich direkt beim Haupteingang und dient als zentrale Anlauf- und Auskunftsstelle für Patienten, Besucher, Angehörige, MA, Lieferanten und Parkgaragnutzer.

### **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.

Im Sinne des Versorgungsauftrages werden Akutfälle aller Fachabteilungen triagiert und in unserem Krankenhaus behandelt.

Die Ersteinschätzung der Dringlichkeit aller ungeplanten akuten Patienten am Krankenhaus der BHB Salzburg wird mittels des Manchester Triage durch eine geschulte DGKP durchgeführt und dokumentiert.

Die Triage zu den einzelnen Fachgebieten in und außerhalb der Kerndienstzeit fällt in die Zuständigkeit des diensthabenden INA-Arztes.

Der INA-Arzt kümmert sich um die Weiterversorgung des Patienten in eine geeignete Einrichtung, falls das Krankenhaus der BHB-Salzburg aufgrund seiner fachlichen Ausstattung keine Versorgung anbieten kann.

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

Für Patienten sind Details zum Angebot und der Öffnungszeiten der Ambulanzen auf der Homepage aufrufbar. Ebenso werden über die Homepage auch gezielt Zuweiser informiert.

Alle Fachabteilungen des Krankenhauses bieten allgemeine Ambulanzen und Spezialambulanzen an. Alle Ambulanzen sind Terminambulanzen. Für elektive und operative Eingriffe erfolgt die Indikationsstellung und die Planung im Rahmen der Indikationssprechstunde der Fachambulanzen. Alle Patienten, die ein Anästhesieverfahren erhalten, sowie Patienten bei denen ein Narkose Standy erwünscht ist, werden in der präanästhesiologischen Ambulanz vorgestellt und prämediziert.

Zur Abwicklung von ambulanten oder tagesklinischen Leistungen wurden neue Organisationsstrukturen etabliert. Das ZBM übernimmt die Terminkoordination von ambulanten (nur Untersuchungen, Operationen) und stationären Patienten. In der ZPA findet die präoperative Abklärung (Indikationssprechstunde, Aufklärung und Prämedikation, prä-hospitale ärztliche Untersuchung) statt. Über die Aufnahme- und Versorgungseinheit (AVE, EG A) wird die unmittelbare Vor- und Nachbereitung abgewickelt.

Kleine ambulante Eingriffe (ohne Sedierung) werden im invasiven Behandlungsraum durchgeführt.

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

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 in Absprache mit dem Patienten festzulegen.

Die interdisziplinäre Abstimmung im Haus beginnt schon im Rahmen der Aufnahme oder spätestens im Rahmen der Visite durch das konsiliarische Hinzuziehen von fachärztlichen Kollegen bzw. Vorstellung bei weiteren Professionen im Haus (z.B. Wundmanagement, Physiotherapie, Diätologie etc.). Interdisziplinäre Visiten (Operateur, Intensivmediziner, Pflege) werden auf der Intensivstation für alle operativen Fächer durchgeführt

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

### **Therapeutische Prozesse und Ernährung**

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. Seit dem zweiten Halbjahr 2021 wird im KH der BHB Salzburg ein Frühwarnscore verwendet,

der objektivierbare Vitalparameter erfasst und daraus Handlungsanleitungen für Pflege und Medizin darstellt.

Die Planung der Prophylaxen beginnt bei der Aufnahme des Patienten auf der Station im Rahmen des Pflegeprozesses.

Die Symptom- und Schmerztherapie wird täglich evaluiert. Die Planung der medikamentösen sowie einer etwaig erforderlichen Schmerztherapie erfolgt im Rahmen der Aufnahme (Bedarfs-, Dauermedikation). Modifikationen erfolgen im Rahmen der Visite bzw. bei Patientenbedarf jederzeit. Eine Quantifizierung des Schmerzes erfolgt mittels VAS/NRS und wird dokumentiert

Schwerwiegende Komplikationen werden in M&M-Konferenzen unter kollegialer Teilnahme aller beteiligten Fächer und Disziplinen intensiv diskutiert.

Bereits bei der pflegerischen Anamnese werden Abneigungen und Unverträglichkeiten bei der Nahrungsaufnahme erfasst. Falls erforderlich, erhalten Patienten Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme durch das Pflegepersonal oder es werden auf der Station entsprechende Hilfsmittel zur Verfügung gestellt. Den kulturellen, religiösen und diätetischen Ernährungsbedürfnissen wird bestmöglich entsprochen. Im Zuge des pflegerischen Aufnahmegesprächs wird seit 2020 bei allen Patienten, die voraussichtlich länger als 24h stationär bleiben, ein Ernährungsassessment mittels Malnutritionsscreening durchgeführt.

### **Operative und interventionelle Prozesse**

Seit Mai 2021 gibt es die Stabstelle OP-Management. Das zentrale OP-Management ist für den reibungslosen Ablauf in der berufsgruppenübergreifenden Organisationseinheit OP verantwortlich.

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.

## **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.

Notwendige Heilbehelfe und Hilfsmittel werden bereits während des stationären Aufenthaltes durch die Pflege organisiert. Jede Patientin/ jeder Patient erhält bei Entlassung einen Entlassungsbrief.

Um die bestmögliche Versorgung der Patienten auch nach dem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten, werden im Rahmen der pflegerischen und ärztlichen Anamnese, die Sozialanamnese und die häusliche Versorgung erfasst. Bei Bedarf wird möglichst zeitnah das hausinterne Entlassungsmanagement eingeschaltet, um eine optimale Weiterbetreuung einzuleiten.

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

Mit dem Patienten oder/und Angehörigen wird zeitgerecht über die Möglichkeit der ambulanten oder stationären Weiterbetreuung gesprochen. Gute Zusammenarbeit besteht mit dem Raphael Hospiz, welches vom selben Träger wie das KH der BHB geleitet wird. Enge Vernetzung im Sinne von Informationsaustausch oder Planung der weiteren Betreuung nach der Entlassung besteht mit ambulanten palliativen Diensten. Dies erfolgt in erster Linie - aber nicht ausschließlich - über das hausinterne Entlassungsmanagement. Bei ethisch schwierigen Fragestellungen wird der Dialog mit dem hauseigenen Ethikkomitee gesucht.

In unserem Haus wird besonders Bedacht genommen, dass sterbende Patienten mit Würde, unter Berücksichtigung der religiösen und kulturellen Bedürfnisse, verabschiedet werden, wobei u.a. den Empfehlungen des Ethik-Codex vorgegangen wird. Die Angehörigen werden sowohl in der Sterbephase des Patienten, als auch in der Versorgung des Verstorbenen miteinbezogen. Diese ist geprägt vom kulturellen/religiösen Hintergrund. Wenn Angehörige pastorale Begleitung wünschen, stehen Pater Prior und unser Seelsorger zur Verfügung.

### **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.

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 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.

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

Bei der pflegerischen 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.



## 2 Mitarbeiterorientierung

### KTQ:

#### **Personalbedarf und Akquise**

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 Arbeitsein-

stiegs eine Willkommensmappe übergeben, die Informationen zum Orden der Barmherzigen Brüder und Wissenswertes 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.

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.

Die Steuergruppe des Gesundheitsmanagements wird vom Personal- und Qualitätsmanagement koordiniert. Im Team sitzen Vertreter aller Berufsgruppen, Arbeitsmediziner und der Betriebsrat. Folgende Aufgabengebiete werden durch die Betriebliche Gesundheitsförderung - Steuergruppe abgedeckt:

- Gesundheitsförderungsprogramm
- Angeboten werden weiteres verschiedene Kurse, Impulsvorträge und Aktionen, die die Förderung des physischen und psychischen Wohlbefindens zum Ziel haben.

Aus den Werten der Barmherzigen Brüder - Respekt vor der Schöpfung - ergibt sich ein gewisses Selbstverständnis zu Diversity, Gleichstellung und Wertschätzung.

### **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.

## **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.

Die Führungskräfte sind aufgrund der schlanken Strukturen für jeden ihrer Mitarbeiter ohne Terminabsprache greifbar (open-door-policy) und bringen durch den ständigen persönlichen Kontakt dem Mitarbeiter hohe Wertschätzung entgegen. Ziel ist eine Unternehmenskultur, die auf den Werten von persönlicher Achtung und gegenseitigem Respekt aufbaut.

Es finden Mitarbeitererehrungen zum 25, 30, 35 und 40-jährigem Dienstjubiläum statt. Bei Pensionierungen und Oberarztternennungen wird eine kleine Feier organisiert, etc.

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

Ziel des Ordens ist es, dass Mitarbeiter ihr Handeln an den Werten des Ordens orientieren. Diese sind Qualität, Respekt, Verantwortung und Spiritualität. Maßgeblich und bestimmend für die Gesamtatmosphäre und den Dienst am Kranken ist, dass die Mitarbeiter/innen die Werte des Ordens mittragen und in die tägliche Arbeit einfließen lassen.

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 Ethikkode 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 Stellenausschreibungen 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.

## **Unterstützung der Mitarbeiter in Belastungs- und Krisensituationen**

Konflikte bzw. Problemsituationen werden über unterschiedliche Wege an die KH-Leitung oder das Personalmanagement herangetragen. Der Adressat initiiert sodann eine Abstimmung zwischen KH-Leitung, Personalmanagement und MA-Vertretung, um nach einer detaillierten Analyse der Situation geeignete Maßnahmen abzuleiten.

Seit 2018 werden Mitarbeiter/innen aus allen Bereichen mit Patientenkontakt hinsichtlich dem KIMA-Modell geschult. Dieses 3-stufige Modell stellt eine Kriseninterventionsstrategie dar, das eine Second-Victim-Prävention darstellt. Außerdem werden sowohl im innerbetrieblichen Fortbildungskatalog als auch im Rahmen des Gesundheitsförderungsprogramm regelmäßig Angebote zur Resilienzförderung angeboten.

## 3 Sicherheit - Risikomanagement

### KTQ:

#### **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.

Im Fall von Isolierungs-, meldepflichtigen und/oder nosokomialen Erkrankungen ist nach den hausinternen Hygiene-Richtlinien vorzugehen.

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, Infektionsmanagement**

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

Die Krankenhaushygiene ist als Stabstelle des ärztlichen Direktors 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.

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.

### **Hygienerrelevante Daten**

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.

Sämtliche hygienerrelevante Daten (Händedesinfektionsmittelverbrauch, nosokomiale Infektionen, etc.) werden analysiert sowie überprüft und im Rahmen diverser Besprechungen und Schulungen an die Krankenhaus-Mitarbeiter kommuniziert. Zudem finden die erhobenen Daten Eingang im Jahresbericht.

### **Arzneimittel und Arzneimitteltherapiesicherheit**

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 absperrbaren Schränken gelagert. Zytostatika werden getrennt gelagert. Die Lagerung auf den Stationen erfolgt lichtgeschützt in Laden bzw. Schränken.

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

Bei den Stationsbegehungen werden die Suchtgiftbestände auf Vollständigkeit, korrekte Lagerung und Dokumentation kontrolliert. Zudem werden u.a. die Arzneimittel-Vorräte auf ordnungsgemäße Handhabung, Bevorratung, Haltbarkeit überprüft. Weiter werden die Kontrollen der Notfallkoffer und die Dokumentation der Kühlschranktemperatur überprüft.

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.

Für die Einbindung der Medizin-HT-Geräte gibt es eine Checkliste für die Integrationsfähigkeit von Medizinprodukten. In Bezug auf die sicherheitstechnischen Prüfungen arbeitet die HT mit dem TÜV Austria zusammen. Dieser legt den Prüfzyklus für neue Geräte fest. Als Grundlage für die Prüfungen dienen die gesetzlichen Vorschriften und entsprechenden Herstellerangaben.

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

Die Aufbereitung zu sterilisierender Produkte obliegt der Fa. Instruclean.

## Arbeitsschutz

Der Verantwortungsbereich der Personen für den Arbeitsschutz ergibt sich aus den Rechtgrundlagen. 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.

### **Krankenhausalarm- & einsatzplanung inkl. Ausfall von Systemen**

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

Mit Beginn der Pandemie wurde der hausinterne Krisenstab regelmäßig einberufen Mitglieder des Krisenstabs sind beim Landesmedizinrat bzw. Covidkrisenstab vertreten.

### **Umweltschutz**

Die Einführung eines Umweltmanagementsystems mit validierter Umwelterklärung auf Basis der EMAS III Verordnung wurde bereits 2019 umgesetzt.

Gemeinsam mit dem externen Umweltbeauftragten und dem Umweltteam werden jährlich Umweltziele festgelegt und ein Umweltprogramm erstellt. Die Erreichung der Ziele wird alle zwei Jahre bei einem internen sowie externen Audit überprüft.

Umweltdaten wie Abfallaufkommen, Energie- und Wasserverbrauch werden laufend erfasst und sind allen Mitarbeitenden über das roXtra in der Umwelterklärung und über die Homepage für die Öffentlichkeit zugänglich.

Im Herbst 2023 ist die 2. Re-Zertifizierung nach EMAS III geplant.



## 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 täglich 24 Stundenbereitschaft von Seiten der IT ist für die Mitarbeiter/innen etabliert worden.

Im Bereich der Cybersicherheit wird mit Ende März 2022 gemeinsam mit einem externen Dienstleister ein Security Operation Center als Projekt gestartet und mit Mitte des Jahres in den Realbetrieb übergeleitet. Ein Security Operations Center ist ein zentraler Ort, an dem ein IT-Security Team Vorfälle in Echtzeit überwacht, erkennt, analysiert und behebt.

Ein Ausfallskonzept hinsichtlich des Krankenhausinformationssystems ist vorhanden.

#### Einsatz von Software

Für Wartungstätigkeiten oder Fehleranalysen werden die nötigen Zugänge anlassbezogen und nach schriftlicher Freigabe durch den jeweiligen IT-Leiter vergeben.

Die elektronische Patientenakte wird hauptsächlich intern genutzt. Für von der KH-Leitung genehmigte Personen gibt es einen Remotezugang.

User können Störmeldungen und Serviceanfragen per Telefon, per Mail und per Online-Ticketsystem einmelden und wenn gewünscht über ein SelfServicePortal aktiv den jeweiligen Status dazu einsehen.

Es findet ein wöchentliches IT-Infoboard mit Vertretern von IT, Medizin und Pflege statt um einen steten Informationsfluss zu gewährleisten.

Die Hotline wird vom zentralen ServiceDesk in Graz geführt. Es kann telefonisch, per Mail oder per SelfService-Portal Kontakt mit dem Support aufgenommen werden.

Schulungen für Softwareanwendungen sind je nach Berufsgruppe in unterschiedlichen Ausprägungen vorgesehen.

### **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.

### **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.

Durch die durchgängig digitale Dokumentation der Krankengeschichte sind die erfassten Anordnungen und Tätigkeiten zeitnah im System nachvollziehbar, historisiert und durch die persönliche Authentifizierung zuordenbar. 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.

### **Einsatz neuer Medien**

Mit Beginn der Pandemie wurde eine hausinterne Mitarbeiter-App (bbsalz2go) eingeführt. Diese ermöglicht eine rasche Übermittlung von wichtigen Informationen. Alle Mitarbeiter erhalten automatisch einen Zugang, der von den Mitarbeitern der Öffentlichkeitsarbeit eingerichtet wird.

Zu Sensibilisierungszwecken in puncto Nachhaltigkeit und bezugnehmend auf EMAS wurde 2021 ein hausinterner Podcast etabliert, welche über die APP „ON AIR“ funktioniert. Die einzelnen Folgen zum Podcast können über die MA-App abgespielt werden.

Provinzweit ist ein Projekt zur Nutzung von Social Media angedacht. Laufend werden Facebook, Herold, und Google auf Einträge kontrolliert und entsprechend darauf reagiert

Durch die Pandemie wurden vermehrt Skype- und Teams-Sitzungen etabliert.

Provinzweit ist ein Projekt zur Nutzung von Social Media angedacht und bereits vor-konzipiert.

Ebenso werden bezüglich E-learning ebenfalls einige Möglichkeiten angeboten (Brand-schutzschulung, Strahlenschutzunterweisungen, uvm).

### ***proCum Cert:***

#### **Berücksichtigung des Datenschutzes**

Als Einrichtung in direkter Trägerschaft des Ordens unterliegt das Krankenhaus der BHB Brüder Salzburg auch dem Decretum Generale über den Datenschutz in der Ka-tholischen Kirche in Österreich. Aus dem Decretum Generale gibt es darüber hinaus keine weiteren relevanten, über die DSGVO hinausgehenden Vorgaben für Kranken-häuser.

Alle Mitarbeiter haben die Privatsphäre eines jeden Patienten zu achten. Sensibilisie-rungen zur Wahrung der Privatsphäre, auch Umgang mit Telefonaten und Patienten-gesprächen erfolgen im Rahmen des Mitarbeiter-Willkommenstages sowie der Daten-schutz-Schulungen.

## 5 Unternehmensführung

### **KTQ:**

#### **Unternehmenskultur**

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.

Die Führungsgrundsätze des Ordens orientieren sich an den Werten der Hospitalität und den Dimensionen des Charismatischen Management. Sie stellen einen verbindlichen Orientierungsrahmen für Führungskräfte dar und bringen Grundverständnis von guter Führung zum Ausdruck.

Die Entwicklung der Unternehmensstrategie erfolgt unter Berücksichtigung der Werte des Leitbildes.

#### **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, religiöse und gesellschaftliche 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 spirituellereligiösen Bedürfnisse ein entsprechendes Angebot für die Patienten geschaffen.

Gemäß den Grundwerten der Barmherzigen Brüder finden wiederkehrend auch soziale, kulturelle sowie ökologische Projekte und Veranstaltungen statt.

## **Unternehmenskommunikation**

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. Hierbei spielt in den letzten Jahren auch vermehrt die Arbeitgebermarke eine Rolle, die gemeinsam mit dem hausinternen und provinzweiten Personalmanagement weiterentwickelt wird

Über gängige Medien wie Mitarbeiterinformationsveranstaltungen, Mitarbeiterzeitung Newsletter, MA-App, Plakatwände, roXtra u.a. werden die Mitarbeiter laufend über aktuelle Themen informiert.

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

Basis für die Zielplanung bilden u.a. die gesetzlichen Grundlagen und die grundsätzlichen Rahmenvorgaben des ÖSG, RSG und die Vorgaben der Bundes- und Landeszielsteuerung. Ebenso müssen budgetäre Vorgaben des Landes und der Provinzleitung bei der Zielplanung berücksichtigt werden. Die 5-Jahres-Strategie 2021-2025 wurde unter Einbindung die Führungskräfte, Bereichsleitungen, Stationsleitungen sowie Abteilungsvorständen hausintern weiterentwickelt. Die Korridorstrategie 2025 bildet die Basis für unser hausinterne Strategie.

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

## **Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement und Compliance-management**

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.

Sämtliche Schlüsselpersonen sind eingebunden, um die vorgegebenen und vereinbarten Ziele erfolgreich zu erreichen. So erhalten die Gesamtleitung/kollegiale Führung sowie die Abteilungsvorstände monatlich ein Berichtspaket mit allen relevanten Kennzahlen für das Gesamthaus sowie die jeweilige Fachabteilung.

## **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.

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

## Innovation, Wissens- und Ideenmanagement

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 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.

Darüber hinaus können Mitarbeiter/innen Ideen und Verbesserungsvorschläge schriftlich über den Brüder Ideen Pool (BIP) personifiziert oder anonym einbringen. Die Bearbeitung der im BIP eingebrachten Einträge erfolgt durch die Ideenbeauftragte des Hauses.

### ***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.

Der Pastoralrat unterstützt durch ein Jahresprogramm die spirituellen Themen die Hausgemeinschaft, in denen unter anderem Veranstaltungen und Feierlichkeiten sowohl für die Mitglieder als auch für die Mitarbeiter organisiert werden, wobei insbesondere auf den christlichen Jahreslauf und die Hochfeste des Ordensgründers Augenmerk gelegt wird. Österreichweite Veranstaltungen werden durch die Pastoralmitglieder besucht.

### **Nachhaltigkeit in der Unternehmensführung**

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

Kernpunkt zur zukünftigen Sicherung des Auftrages wird ein ressourcenoptimierter, verschwendungsfreier Grundgedanke forciert, dem ein kontinuierlicher Verbesserungszyklus zu Grunde liegt.

.

## 6 Qualitätsmanagement

### KTQ:

#### **Organisation, Aufgabenprofil des Qualitäts- und das Risikomanagements**

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 verschiedenster Berufsgruppen zusammen.

Ein Risikomanagement (RM)-Kernteam als interdisziplinäre Expertenkommission ist vom Gesamtleiter und der kollegialen Führung eingesetzt. Dieses setzt sich zusammen aus jeweils einem Vertreter der Pflege, der Ärzte sowie der Verwaltung. Der Risikomanagementbeauftragte stimmt übergeordnete Themen regelmäßig mit dem Gesamtleiter ab und koordiniert als Verantwortlicher für den Risikomanagement-Prozess die Einbindung aller Stationen, Abteilungen und Bereiche.

#### **Methoden des klinischen Risikomanagements zur Patientensicherheit**

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.

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

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.

Die regelmäßige Identifikation und Evaluation der wesentlichen Prozesse erfolgt im Rahmen der diversen Zertifizierungen, Projekten, Besprechungen etc. stets unter Berücksichtigung der Vorgaben des Ordens. Im Zentrum steht dabei der Kernprozess der stationären und ambulanten Patientenversorgung.

Mit dem Lean-Management Projekt „patientenorientiertes zentrales Aufnahmemanagement (PZA)“ wurde beispielsweise die weitere Verbesserung der Ablauforganisation angestrebt. Ziel ist es, alle Prozesse, welche für die Wertschöpfung notwendig sind, optimal aufeinander abzustimmen.



## **Patientenbefragungen**

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.

Neben der kontinuierlichen und externen Patientenbefragung, werden laufend Befragungen in Zusammenhang mit Projekten durchgeführt. Die Erhebung der Daten kann mittels Papierfragebogen oder mit Hilfe von Tablets, QR-Code, etc. erfolgen.

## **Mitarbeiterbefragungen**

Im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg finden Mitarbeiterbefragungen alle 3 Jahre statt, die mit Unterstützung eines externen Partners durchgeführt, zuletzt im Jahr 2021.

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.

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

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

Wünsche und Anregungen von externen Partnern und niedergelassenen Ärzten werden telefonisch von Kollegen aus dem med. Bereich oder via E-Mail entgegengenommen.

Mitarbeiter können Lob und Kritik über das informelle Gespräch mit der direkten Führungskraft, das Mitarbeitergespräch, das innerbetriebliche Vorschlagswesen (BIP), die regelmäßige Mitarbeiterbefragung, das Fehlermeldesystem (CIRS), die LHC-Instrumente (z.B. Teamboard) oder beim Team „Mitarbeitende im Zentrum“ äußern.

## 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 beispielsweise in Abteilungsgesprächen und Gremien 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 1 hauptamtlichen Mitarbeiter.

Ende Januar 2022 tagte in Wien das 79. Provinzkapitel, das oberste Leistungsgremium der österreichischen Ordensprovinz der Barmherzigen Brüder. Im Zuge des Kapitels wurden nicht nur wichtige Entscheidungen für die Zukunft des Ordens und seiner Einrichtungen getroffen, sondern auch Amtswähler für die nächsten vier Jahre gewählt. Ebenso auch für das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg. Seit April 2022 ist Pater Prior Nikolaus der neue Verantwortliche der KH-Seelsorge sowie Pater Prior/Rechtsträgervertreter der Einrichtung. Die Seelsorge umfasst in ihrem Aufgabengebiet mehr als die spezifische Betreuung von Patienten, die von ihrer Glaubenspraxis her ihre Vorstellungen und Erwartungen haben.

#### **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.

#### **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.

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

### ***proCum Cert:***

#### **Vorgaben und Beiträge des Trägers 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) und des alle 4 Jahre stattfindenden Provinzkapitels 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**

Bei der Besetzung werden auch die Verantwortlichen vor Ort gehört und mit in die Entscheidung einbezogen. Besonders bei leitenden Funktionen wird von der Ordensleitung darauf geachtet, dass die Bewerber unter Beachtung der fachlichen und menschlichen Qualifikation ausgewählt werden, wobei gesichert sein muss, dass die Motivationen, Gesinnungen und Verhaltensweisen der Bewerber mit den Prinzipien des Ordens vereinbar sind. Fachkompetenz, menschliches Profil, ethisches Profil und religiöse Dimension im Sinne vom Charismatischen Management und den Führungsgrundsätzen sollen hierbei im Gleichgewicht stehen.

#### **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 Organ 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.