

Qualitätsplattform Berichtsjahr XXXX

Qualitätssystem im XXXX

Selbstständige Ambulatorien – Stand 13.06.2018 – Endfassung

1. Kontaktdaten und Betriebsgröße

Ansprechperson/en für die GÖG:	Anrede	<input type="radio"/> Frau	<input type="radio"/> Herr	Titel	
	Vorname				
	Nachname				
	E-Mail				
	Telefon				
	Anrede	<input type="radio"/> Frau	<input type="radio"/> Herr	Titel	
	Vorname				
	Nachname				
	E-Mail				
	Telefon				

1.1 Wie viele Mitarbeiter/innen sind in Ihrer Einrichtung beschäftigt?	<input type="radio"/> 0 – 10 Mitarbeiter/innen <input type="radio"/> 11 – 25 Mitarbeiter/innen <input type="radio"/> 26 – 50 Mitarbeiter/innen <input type="radio"/> 51 – 100 Mitarbeiter/innen <input type="radio"/> Über 100 Mitarbeiter/innen
--	--

2. STRATEGISCHE VERANKERUNG DER QUALITÄTSARBEIT

Führung/Verantwortlichkeiten: Die Verantwortung für das Qualitätsmanagement ist in der obersten Führungsebene/Leitung angesiedelt. Die oberste Führung definiert Qualitätsziele, stellt notwendige Ressourcen zur Verfügung, stellt deren Umsetzung sicher und entwickelt diese Ziele kontinuierlich weiter.

Siehe auch zur verpflichtenden Mitwirkung an der Qualitätsberichterstattung § 5b Abs. 6 KAKuG
(<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010285>)

Die Träger von Krankenanstalten haben die Voraussetzungen für interne Maßnahmen der Qualitätssicherung zu schaffen. Diese Maßnahmen haben die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu umfassen (§ 5b Abs. 2 KAKuG). Die kollegiale Führung hat die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen. In Krankenanstalten ohne kollegiale Führung hat der Träger der Krankenanstalt für jeden Bereich dafür zu sorgen, dass die jeweiligen Verantwortlichen die Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung sicherstellen (§ 5b Abs. 3 KAKuG). Betreffend die Ausgestaltung der Maßnahmen der Qualitätssicherung, so hat sich der jeweilige Betrieb unter anderem (siehe zB spezielle Vorgaben in § 3 KAKuG für Entnahmeeinheiten) an die Vorgaben des § 5b KAKuG, des Gesundheitsqualitätsgesetzes sowie an die in § 7 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit normierten Vorgaben zu halten.

Vgl §6 Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG)
(<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003883>)

Einige Betriebe richten sich betreffend das Qualitätsmanagement neben den gesetzlichen Vorgaben auch nach Normen. Es gibt auch Bundesqualitätsleitlinien in bestimmten Bereichen. Diese haben aber bloßen Empfehlungscharakter. Trotzdem sollte ein Abweichen von den Leitlinien dokumentiert werden, da daraus Haftungen entstehen könnten.

2.1

Ist in Ihrer Einrichtung ein Leitbild definiert?

Info-i: Es zählt ein Leitbild der Einrichtung oder auch ein Leitbild des Eigentümers, das für die Einrichtung gilt. Leitbilder für einzelne organisatorische Bereiche oder Berufsgruppen (z. B. Pflegeleitbild) sind hier nicht gemeint.

- Ja
 Nein

2.2 Ist in Ihrer Einrichtung eine Qualitätsstrategie nachweislich festgelegt? MA-QM

Info-i: Es zählt eine Qualitätsstrategie Ihrer Einrichtung oder auch eine Qualitätsstrategie des Eigentümers, die für die Einrichtung gilt, siehe diesbezüglich auch § 7 Abs. 1 G- ZG.

- Ja 
- Nein

2.2.1 Wem wird die Qualitätsstrategie kommuniziert? (Mehrfachantworten möglich) MA-QM

- Führungsebene
- Allen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern

2.2.2 In welcher Form wird die Qualitätsstrategie kommuniziert? (Mehrfachantworten möglich)

- Internet
- Intranet
- Informationsveranstaltungen
- Sitzungen
- Qualitätsmanagement-Handbuch
- Dokumentenlenkungssystem
- E-Mail

2.2.3 Sind aus der Qualitätsstrategie konkrete Qualitätsziele abgeleitet? MA-QM

Info-i: Qualitätsziele leiten sich aus der Qualitätsstrategie ab und sollen den allgemeinen Kriterien (spezifisch, messbar, erreichbar, realistisch, terminisiert) genügen.

- Ja
- Nein

2.2.4 Wie wirken sich die aus der Qualitätsstrategie abgeleiteten Ziele in der täglichen Arbeit aus? (Mehrfachantworten möglich) MA-QM

- Qualitätsziele werden allen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern kommuniziert
- Kennzahlen zur Messung, wie weit Qualitätsziele erreicht sind, sind festgelegt
- Zielerreichung wird anhand von festgelegten Kennzahlen überprüft

3. STRUKTURELLE VERANKERUNG DER QUALITÄTSARBEIT

Einrichtungswerte Koordination von Qualitäts- und Risikomanagement-Arbeit

3.1 Erfolgt die einrichtungswerte Koordination von Qualitäts- und Risikomanagement getrennt voneinander?

- Ja weiter mit Frage 3.1.2
- Nein weiter mit Frage 3.1.1

3.1.1 Wer koordiniert die einrichtungswerte Qualitäts- und Risikomanagement-Arbeit? (Mehrfachantworten möglich)

Weiter mit Frage 3.2

- Qualitätsmanager/in oder Qualitätsbeauftragte/r
- Risikomanager/in oder Risikomanagementbeauftragte/r
- Geschäftsführung
- durch Eigentümer
- Sonstige: ____

3.1.2 Wer koordiniert die einrichtungsweite Qualitätsmanagement-Arbeit? (Mehrfachantworten möglich)

- Qualitätsmanager/in oder Qualitätsbeauftragte/r
- Risikomanager/in oder Risikomanagementbeauftragte/r
- Geschäftsführung
- durch Eigentümer
- Sonstige: _____

3.1.3 Wer koordiniert die einrichtungsweite Risikomanagement-Arbeit? (Mehrfachantworten möglich)

Info-i: Risikomanagement wird unter anderem im Rahmen des Österreichischen Aktiengesetzes (öAktG), des Österreichischen Gesetzes über Gesellschaften mit beschränkter Haftung (öGmbHG) und des Österreichischen Unternehmensgesetzbuches geregelt (die Anwendbarkeit der Bestimmungen auf den jeweiligen Betrieb ist im Einzelfall zu prüfen). Außerdem gibt es zahlreiche Qualitätsstandards. Zu diesen gehören unter anderen ISO Risk Management- Principles and Guidelines for Implementation (ISO/DIS 31000) und die in Österreich veröffentlichte ON-49000 Risk Management for Organisations and Systems. . Diese haben nur Empfehlungs-Charakter und sind grundsätzlich nicht rechtsverbindlich. (vgl. <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/256/Seite.2560001.html>)

- Qualitätsmanager/in oder Qualitätsbeauftragte/r
- Risikomanager/in oder Risikomanagementbeauftragte/r
- Geschäftsführung
- durch Eigentümer
- Sonstige: _____

3.2 Wie viele fixe Dienstposten in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) sind für die einrichtungsweite Koordination von Qualitäts- und Risikomanagementarbeit in Ihrer Einrichtung besetzt?

Info-i: Vollzeitäquivalente (VZÄ) sind die Maßeinheit für die fiktive Anzahl an Vollzeitbeschäftigten einer Organisationseinheit bei Umrechnung aller Teilzeit-Arbeitsverhältnisse in Vollzeit-Arbeitsverhältnisse. Beispiel: 3 Halbtagsstellen und 2 Ganztagsstellen ergeben 3,5 Vollzeitäquivalente. Die kollegiale Führung hat die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen. In Krankenanstalten ohne kollegiale Führung hat der Träger der Krankenanstalt für jeden Bereich dafür zu sorgen, dass die jeweiligen Verantwortlichen die Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung sicherstellen (§5b Abs. 3 KAKuG).

-  **3.2.1** Wenn VZÄ angegeben:
 - Nicht ermittelbar
 - Keine
- Auf wie viele Personen (Köpfe) verteilen sich diese VZÄ?
-

3.3 Wie viele Mitarbeiter/innen in Ihrer Einrichtung haben eine spezielle Qualitätsmanagement-Ausbildung?

Info-i: Mit spezielle Qualitätsmanagement-Ausbildung ist eine spezielle abgeschlossene Diplom-Ausbildung (z. B. Qualitätsbeauftragte/r, Qualitätsmanager/in, Auditor/in etc.) oder eine gleichzusetzende, zumindest einwöchige Ausbildung gemeint.

- Genaue Zahl ist ermittelbar:
- Genaue Zahl ist nicht ermittelbar, geschätzt:
 - 1-5 Personen
 - 6-10 Personen
 - 11-20 Personen
 - > 20 Personen
- Niemand

3.4 Wie viele Mitarbeiter/innen in Ihrer Einrichtung haben eine spezielle Risikomanagement-Ausbildung?

Info-I: Mit Qualitätsmanagement-Ausbildung ist eine spezielle abgeschlossene Diplom-Ausbildung (z. B. Qualitätsbeauftragte/r, Qualitätsmanager/in, Auditor/in etc.) oder eine gleichzusetzende, zumindest einwöchige Ausbildung gemeint.

- Genauer Zahl ist ermittelbar:
- Genauer Zahl ist nicht ermittelbar und wird daher geschätzt:
 - 1–5 Personen
 - 6–10 Personen
 - 11–20 Personen
 - > 20 Personen
- Niemand

Informationswesen

3.5 Wie wird in Ihrer Einrichtung sichergestellt, dass für alle Gesundheitsberufe der Zugang zum aktuellen Stand der Wissenschaft gewährleistet ist? (Mehrfachantworten möglich) MA-QM

Info-I: Wissensmanagement beschäftigt sich mit dem Erwerb, der Entwicklung, dem Transfer, der Speicherung sowie der Nutzung von Wissen.

- Wissensmanagement
- Arbeitsplätze mit Internetzugang
- Arbeitsplätze mit Zugang zu Meta-Datenbanken für fachspezifische Publikationen
- Einrichtungsinterne (elektronische) Bibliothek
- Medizinischen Universitätsbibliothek
- Bereitstellen von Fachzeitschriften
- Sonstige

3.6 Wie werden Mitarbeiter/innen über aktuelle Gesetze, Verordnungen, Bundesqualitätsstandards, Leitlinien und Fachempfehlungen informiert? (Mehrfachantworten möglich) MA-QM

- Elektronisches Dokumentenlenkungssystem
(= datenbankgestützte Verwaltung elektronischer Dokumente)
- Bereitstellung im Intranet
(u. a. Links zu Webseiten von Fachverbänden)
- E-Mail-Aussendungen des Eigentümers und/oder der Geschäftsführung
- Dokumente werden in Druckform / als Informationsmappe zur Verfügung gestellt
- Teambesprechungen
- Fortbildungen
- Sonstige

Dokumentenmanagement/Datenschutz

3.7 Sind die Mitarbeiter/innen nachweislich über ihre Verschwiegenheitspflichten informiert? MA-QM

Info-I: Die Verpflichtung zur Verschwiegenheit ergibt sich aus den jeweiligen berufsrechtlichen Vorschriften, vgl Verschwiegenheitspflicht bei Ärzten § 54 ÄrzteG (<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138>) sowie aus § 9 KAKuG (<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010285>)

Der Verantwortliche, der Auftragsverarbeiter und ihre Mitarbeiter – das sind Arbeitnehmer (Dienstnehmer) und Personen in einem arbeitnehmerähnlichen (dienstnehmerähnlichen) Verhältnis – haben personenbezogene Daten aus Datenverarbeitungen, die ihnen ausschließlich auf Grund ihrer berufsmäßigen Beschäftigung anvertraut wurden oder zugänglich geworden sind, unbeschadet sonstiger gesetzlicher Verschwiegenheitspflichten, geheim zu halten, soweit kein rechtlich zulässiger Grund für eine Übermittlung der anvertrauten oder zugänglich gewordenen personenbezogenen Daten besteht (Datengeheimnis) (§ 6 DSGVO)

- Ja

Nein

3.8 Sind patientenbezogene (elektronische) Daten vor fremdem (unbefugtem) Zugriff geschützt (z. B. durch Passwörter)? [Link MA-QM](#)

Info-i: Unter Berücksichtigung des Stands der Technik, der Implementierungskosten und der Art, des Umfangs, der Umstände und der Zwecke der Verarbeitung sowie der unterschiedlichen Eintritts-wahrscheinlichkeit und Schwere des Risikos für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen treffen der Verantwortliche und der Auftragsverarbeiter geeignete technische und organisatorische Maßnahmen, um ein dem Risiko angemessenes Schutzniveau zu gewährleisten; diese Maßnahmen schließen gegebenenfalls unter anderem Folgendes ein:

- a) die Pseudonymisierung und Verschlüsselung personenbezogener Daten;
- b) die Fähigkeit, die Vertraulichkeit, Integrität, Verfügbarkeit und Belastbarkeit der Systeme und Dienste im Zusammenhang mit der Verarbeitung auf Dauer sicherzustellen;
- c) die Fähigkeit, die Verfügbarkeit der personenbezogenen Daten und den Zugang zu ihnen bei einem physischen oder technischen Zwischenfall rasch wiederherzustellen;
- d) ein Verfahren zur regelmäßigen Überprüfung, Bewertung und Evaluierung der Wirksamkeit der technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Gewährleistung der Sicherheit der Verarbeitung (Art 32 DSGVO - VO)

Ja
 Nein

3.9 Sind (elektronische) patientenbezogenen Daten durch geeignete Sicherheitsmaßnahmen vor Verlust geschützt? [MA-QM](#)

Ja
 Nein

Info-i: siehe Ausführungen 3.8 (Art 32 DSGVO - VO)

3.10 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine definierte Person, die die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften (sowohl gesetzliche als auch einrichtungsinterne Vorgaben) sicherstellt

Info-i: Die DSGVO sieht vor, dass in den in Art. 37 DSGVO aufgezählten Fällen ein Datenschutzbeauftragter zu bestellen ist. Es muss nicht jedes selbstständige Ambulatorium einen Datenschutzbeauftragten bestellen. Es ist allerdings unklar, unter welchen Umständen der Verantwortliche einen Datenschutzbeauftragten bestellen muss. Die Ärztekammer empfiehlt, für Gruppenpraxen, einen Datenschutzbeauftragten zu bestellen, wenn mehr als zehn Mitarbeiter (Vollzeitäquivalente) Zugriff auf personenbezogene Daten/Patientenkarteien haben und orientiert sich damit an der deutschen Rechtslage. Aufgrund der vergleichbaren Rechtssysteme und Praxisabläufe wird dieses Vorgehen seitens der Ärztekammer auch als in Österreich vertretbar erachtet.

Ja
 Nein
 Überwachung der Vorschriften durch eine definierte Person des Trägers / Eigentümers

3.11 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine definierte Person, die die Einhaltung von Sicherheitsvorschriften der IT (sowohl gesetzliche als auch einrichtungsinterne Vorgaben) sicherstellt?

Ja
 Nein

Info-i: siehe Ausführungen 3.8 (Art 32 DSGVO - VO)

3.12 Werden sensible Betriebsmittel wie z. B. Rezeptformulare, Stempel, Suchtgiftbuch, Suchtgiftvignetten oder papiergebundenen Daten, diebstahlgeschützt aufbewahrt? [MA-QM](#)

Ja
 Nein

Info-i: siehe Ausführungen 3.8 (Art 32 DSGVO - VO)

3.13 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine strukturierte Dokumentenlenkung? [MA-QM](#)

Info-i: Unter Lenkung von Dokumenten versteht man das geregelte Erstellen, Prüfen, Aktualisieren, Freigeben, Verteilen, Rückziehen und Archivieren von Dokumenten. Dadurch soll sichergestellt werden, dass alle Unterlagen, die in der Einrichtung verwendet werden, auf dem gültigen Stand und an jenen Stellen verfügbar sind, wo sie gebraucht werden.
siehe zur Dokumentationspflicht auch § 10 KAKuG, sowie Ausführungen Art.32 DSGVO - VO (Punkt 3.8) und die Vorgaben im Bundesgesetz zur Dokumentation im Gesundheitswesen

Ja
 Nein

4. QUALITÄTSMODELLE

4.1 Sind Qualitätsmodelle (ISO, EFQM, KTQ etc.) in Ihrer Einrichtung implementiert?

Info-i: Für eine positive Beantwortung reicht die Implementierung aus, es muss keine Zertifizierung vorliegen. Siehe betreffend die gesetzlichen Grundlagen die Ausführungen unter Punkt 2

- Ja →
- Nein

4.1.1 Welche Qualitätsmodelle? (Mehrfachantworten möglich)

- Einrichtungseigenes QM-System
- EFQM (European Foundation for Quality Management)
- KTQ (inkl. pCC) (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen)
- ISO (International Organization for Standardization)
- Österreichisches Qualitätsmanagement- System der ÖQMed
- Europäisches Praxisassessment (EPA)
- Sonstige: ____
- Sonstige: ____
- Sonstige: ____

5. QUALITÄTSARBEIT

5.1 Prozesse

5.1.1 Welche Leistungsprozesse sind in Ihrer Einrichtung schriftlich definiert? (Mehrfachantworten möglich) **MA-QM**

- Hygienemanagement
- Präoperative Diagnostik
- Wartezeitenmanagement für Operationstermine

Info-i: KaKuG § 5a. (2) Durch die Landesgesetzgebung sind die nach Anstaltszweck und Leistungsangebot in Betracht kommenden Träger von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten gemäß § 16 Abs. 1 zu verpflichten, ein transparentes Wartelistenregime in anonymisierter Form für elektive Operationen sowie für Fälle invasiver Diagnostik zumindest für die Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie einzurichten, sofern die jeweilige Wartezeit vier Wochen überschreitet. Die Landesgesetzgebung hat Kriterien für den Ablauf und die Organisation dieses Wartelistenregimes vorzusehen, wobei die Gesamtanzahl der pro Abteilung für den Eingriff vorgemerkten Personen und von diesen die der Sonderklasse angehörigen vorgemerkten Personen erkennbar zu machen sind.

(3) Die für den Eingriff vorgemerkte Person ist auf ihr Verlangen über die gegebene Wartezeit zu informieren. Dabei ist nach Maßgabe der technischen Möglichkeiten tunlichst eine Auskunftseinholung auf elektronischem Weg zu ermöglichen.

- Schmerzmanagement
- Weitere: ____

5.1.2 Ist ein Konzept für einrichtungsinterne medizinische Notfälle ausgearbeitet? **MA-QM**

- Ja
- Nein

5.1.3 Wird ein entsprechendes Notfall-Equipment in den jeweiligen Funktionseinheiten bereitgehalten?

- Ja
- Nein

5.1.3.1 Wird dieses Notfall-Equipment regelmäßig einer Prüfung unterzogen und dies im erforderlichen Maße dokumentiert?

- Ja
- Nein

5.1.4 Gibt es ein Schulungskonzept, um Mitarbeiter/innen für einrichtungsinterne medizinische Notfälle zu schulen? **MA-QM**

- Ja
- Nein

- 5.1.4.1** Sind die Mitarbeiter/innen entsprechend ihrem Einsatzgebiet nachweislich geschult? **MA-QM**
- Ja, alle Mitarbeiter/innen
 - Ja, ein Teil der Mitarbeiter/innen
 - Nein

5.1.5 Wie informieren Sie Ihre Zuweiser/innen über die Aufnahme-Modalitäten Ihrer Einrichtung? (Mehrfachantworten möglich)

- Webseite
- Info-Blatt bzw. Info-Brief
- Information per E-Mail
- Zuweiser/innen-Veranstaltung
- Bezirksärztetreffen
- Bezirkskoordinationstreffen
- Sonstige
- Für die Einrichtung nicht relevant

5.2 OP-Organisation

5.2.1 Ist in Ihrer Einrichtung eine Operationseinheit (exkl. Eingriffsräume) vorhanden?

- Ja →
- Nein

5.2.1.1 Mit Hilfe welcher Instrumente werden Operationen in Ihrer Einrichtung organisiert? (Mehrfachantworten möglich)

- BQLL PRÄOP – Bundesqualitätsleitlinie zur integrierten Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten für die präoperative Diagnostik bei elektiven Eingriffen

Info-i: [Link BQLL Präop](#)

- Wartezeitenmanagement für Operationstermine

Info-i: KaKuG § 5a. (2) Durch die Landesgesetzgebung sind die nach Anstaltszweck und Leistungsangebot in Betracht kommenden Träger von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten gemäß § 16 Abs. 1 zu verpflichten, ein transparentes Wartelistenregime in anonymisierter Form für elektive Operationen sowie für Fälle invasiver Diagnostik zumindest für die Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie einzurichten, sofern die jeweilige Wartezeit vier Wochen überschreitet. Die Landesgesetzgebung hat Kriterien für den Ablauf und die Organisation dieses Wartelistenregimes vorzusehen, wobei die Gesamtanzahl der pro Abteilung für den Eingriff vorgemerkten Personen und von diesen die der Sonderklasse angehörigen vorgemerkten Personen erkennbar zu machen sind.

(3) Die für den Eingriff vorgemerkte Person ist auf ihr Verlangen über die gegebene Wartezeit zu informieren. Dabei ist nach Maßgabe der technischen Möglichkeiten tunlichst eine Auskunftseinholung auf elektronischem Weg zu ermöglichen.

5.2.1.2 Wird in Ihrer OP-Einheit eine OP-Sicherheits-Checkliste entsprechend WHO Empfehlungen angewandt?

- Ja
- Nein



- 5.2.1.2.1** Wenn nein, welche Sicherheitsaktivitäten werden in der/den Operationseinheit/en angewandt? (Mehrfachantworten möglich)
- Präoperative Markierung des Eingriffsortes
 - Sichere Patientenidentifikation

5.3 Bericht über die Qualitätsarbeit

5.3.1 Wird in Ihrer Einrichtung – zusätzlich zur gesetzlich verpflichtenden österreichweiten Qualitätsberichterstattung (Qualitätsplattform) – ein eigener Bericht über die Qualitätsarbeit erstellt (einrichtungseigener Bericht oder z. B. auch ein Kapitel in einem Sammelbericht des Eigentümers)?

MA-QM

- Ja
- Nein

5.3.1.1 Wird dieser Bericht veröffentlicht?

- Ja, der einrichtungseigene Bericht bzw. der Sammelbericht des Eigentümers wird veröffentlicht. (Link erforderlich)
- Ja, es gibt allerdings zwei Versionen (eine für die Öffentlichkeit und eine für die interne Verwendung). (Link eintragen erforderlich)
- Nein, der Bericht ist nur für die interne Verwendung oder für eine Meldung an den Eigentümer gedacht, ohne Publikation der Daten bzw. Informationen.

5.3.1.2 Wenn ja, wie häufig wird der veröffentlichte Bericht erstellt?

- Jährlich
- In längeren Abständen

5.4 Patientenorientierung

5.4.1 Werden Patientinnen und Patienten durch spezifische Maßnahmen (z. B. Informationsbroschüren, Patienteninformationsmappe, Merkblätter) in ihrer Gesundheitskompetenz unterstützt?

Info-i: Definition Gesundheitskompetenz: Um die Gesundheit zu stärken und Krankheiten vorzubeugen und zu bewältigen, brauchen wir auch Informationen. Gesundheitskompetente Menschen sind meist in der Lage, Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden. Gesundheitskompetenz trägt wesentlich dazu bei, Lebensqualität und Gesundheit zu erhalten und zu verbessern.

- Ja
- Nein

5.4.2 Werden Maßnahmen zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung durchgeführt?

- Ja
- Nein

5.4.3 Werden Patientinnen und Patienten auf ihre Rechte und Pflichten aufmerksam gemacht? (z. B. Patientencharta) MA-QM

- Ja
- Nein

5.4.4 Werden regelmäßig Schulungen zum Thema Patientenrechte für Mitarbeiter/innen angeboten?

- Ja
- Nein

5.4.5 Werden in Ihrer Einrichtung regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt? MA-QM

Info-i: Die Träger der Krankenanstalten sind verpflichtet, an regelmäßigen sektorenübergreifenden Patientenbefragungen teilzunehmen (§ 5b Abs. 6 KAKuG)

- Ja 
- Nein

5.4.5.1 In welchen Intervallen erfolgen die Patientenbefragungen?
(Mehrfachantworten möglich)

- Kontinuierlich (z. B. Patientenfeedbackbögen)
- Einmal im Jahr, innerhalb eines begrenzten Zeitraums
- In Abständen von zwei bis fünf Jahren

5.4.5.2 Werden aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet? **MA-QM**

- Ja
- Nein

5.4.6 Ist Ihre Einrichtung barrierefrei zugänglich? **MA-QM**

Info-i: Barrierefreie Gebäude sind für alle Menschen ohne fremde Hilfe zugänglich. Wesentlich sind beispielsweise ein für alle zugänglicher Eingang (keine Stufen, ausreichend breit etc.), entsprechend große Aufzüge sowie gut beleuchtete Räumlichkeiten mit genügend großen Bewegungsflächen. (Quelle <https://www.sozialministerium.at>).

Der Schutz gegen Diskriminierung im täglichen Leben ist im Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz geregelt. Das Behinderteneinstellungsgesetz regelt den Diskriminierungsschutz in der Arbeitswelt. Beide Gesetze enthalten keine konkreten Bestimmungen über die Ausgestaltung der Barrierefreiheit. Entsprechende Regelungen finden sich in erster Linie in den Bauordnungen und in verkehrsrechtlichen Gesetzen. Wesentlich im Bereich der Barrierefreiheit sind über die gesetzlichen Regelungen hinaus Richtlinien und Normen. Diese haben nur Empfehlungs-Charakter und sind grundsätzlich nicht rechtsverbindlich. Allerdings sind wesentliche Inhalte oftmals in baurechtliche Gesetze aufgenommen und damit rechtsverbindlich gemacht worden.

Die zentrale Norm im Bereich Barrierefreiheit ist die ÖNORM B 1600, die „Planungsgrundlagen für das Barrierefreie Bauen“ definiert (z.B. Gehsteige, Rampen, Eingangsbereiche und Türen). In Verbindung mit dieser Norm sind die „Spezialnormen“ ÖNORM B 1601 bis B 1603 anzuwenden. Diese beinhalten Planungsgrundlagen für barrierefreie Gesundheitseinrichtungen, Wohn- und Arbeitsstätten, barrierefreie Bildungseinrichtungen sowie Planungsgrundlagen für barrierefreie Tourismus- und Freizeiteinrichtungen. Auf Landesebene sind die OIB-Richtlinien (Österreichisches Institut für Bautechnik) zur Harmonisierung der bautechnischen Vorschriften von Bedeutung.

- Ja
- Nein

5.4.7 Sind Informationen über die Erreichbarkeit und bauliche Barrierefreiheit Ihrer Einrichtung öffentlich verfügbar (Webseite, Informationsfolder u. ä.)? **MA-QM**

- Ja
- Nein

5.5 Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden von Patientinnen/Patienten

5.5.1 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein strukturiertes Beschwerde-/Feedbackmanagement?

Info-i: Das strukturierte Beschwerdemanagement/Feedbackmanagement umfasst den Prozess des strukturierten Erfassens der Vorschläge und Beschwerden, der individuellen Rückmeldungen an die Vorschlags- bzw. Beschwerdeneinbringer/innen und die Auswertung sowie Analyse von Vorschlägen und Beschwerden, um ggf. Verbesserungsmaßnahmen zu identifizieren, zu planen, umzusetzen und auf Wirksamkeit hin zu überprüfen.

- Ja
- Nein

5.5.2 Wie erheben Sie in Ihrer Einrichtung Vorschläge und Beschwerden Ihrer Patientinnen und Patienten?
(Mehrfachantworten möglich)

- Beschwerdebögen / Vorschlags- bzw. Beschwerdebriefkästen
- Eingabemöglichkeit über die Webseite der Einrichtung bzw. per E-Mail
- Ombuds- / Beschwerdestelle
- Patientenbefragung
- Schriftliche Erfassung mündlich eingebrachter Beschwerden

<input type="checkbox"/> Andere Erhebungsmethode	
5.5.3 Bekommen Patientinnen und Patienten eine individuelle Rückmeldung zu schriftlich eingebrachten Vorschlägen bzw. Beschwerden (Ausnahme anonyme Meldung)?	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
5.5.4 Werden aus Vorschlägen und Beschwerden auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet?	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
5.5.5 Werden für Patientinnen und Patienten im Bedarfsfall Informationen zu Patientenanwaltschaften (Länder), Ombuds-/Beschwerdestellen (Sozialversicherungsträger, Eigentümer), Schieds- und Schlichtungsstellen (Ärztækammern) bereitgestellt?	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
5.6 Mitarbeiterorientierung	
5.6.1 Werden in Ihrer Einrichtung regelmäßig Mitarbeiterbefragungen durchgeführt? MA-QM	
<input type="radio"/> Ja  <input type="radio"/> Nein	5.6.1.1 In welchen Intervallen erfolgen die Befragungen? <input type="radio"/> Einmal im Jahr <input type="radio"/> In längeren Abständen zwischen zwei und fünf Jahre
	5.6.1.2 Werden aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.6.2 Werden in Ihrer Einrichtung regelmäßig strukturierte Mitarbeitergespräche durchgeführt? MA-QM	
<input type="radio"/> Ja  <input type="radio"/> Nein	5.6.2.1 In welchen Intervallen erfolgen diese Gespräche? <input type="radio"/> Einmal im Jahr <input type="radio"/> In längeren Abständen zwischen zwei und fünf Jahre
5.6.3 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein Personalentwicklungskonzept? MA-QM	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
5.6.4 Werden Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungswünsche Ihrer Mitarbeiter/innen regelmäßig ermittelt? MA-QM	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	

5.6.5 Werden Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter/innen strukturiert erfasst? **MA-QM**

Info-i: Die Frage bezieht sich auf Fort- und Weiterbildung generell und nicht nur auf QM-Fort-/Weiterbildungen.

- Ja, für alle Mitarbeiter/innen
- Ja, für einzelne Mitarbeiter/innen
- Nein

5.6.6 Gibt es eine zentrale Koordination der Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter/innen?

Info-i: Die gesetzliche Verpflichtung zu bestimmten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für bestimmte Berufsgruppen ergibt sich aus dem jeweiligen Berufsgesetz (zB § 11d MTD - Gesetz).

- Ja, für alle Mitarbeiter/innen
- Ja, für einzelne Mitarbeiter/innen
- Nein

5.6.7 Die Einschulung der Mitarbeiter/innen auf die Anwendung entsprechend der in ihrem Einsatzgebiet erforderlichen medizinischen Geräte ist gesetzlich vorgeschrieben. Wann werden Mitarbeiter/innen auf die Anwendung geschult? (Mehrfachantworten möglich) **MA-QM**

- Bei Dienstantritt neuer Mitarbeiter/innen
- Nach längerer Abwesenheit der Mitarbeiterin / des Mitarbeiters
- Beim Einsatz neuer Geräte
- Sonstige

5.6.8 Ist in Ihrer Einrichtung ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. ein betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert?

- Ja
- Nein

5.6.9 Gibt es ein betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement für Mitarbeiter/innen?

- Ja
- Nein

5.7 Risikomanagement / Patienten- und Mitarbeitersicherheit

5.7.1 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein strukturiertes Vorgehen im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern (Risikomanagement)? **MA-QM**

- Ja
- Nein

5.7.2 Welche Instrumente des Risikomanagements werden in Ihrer Einrichtung verwendet? (Mehrfachantworten möglich) **MA-QM**

<input type="checkbox"/> Einrichtungsinterne Fehlermelde- und Lernsysteme (Reporting & Learning-Systeme)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein
<input type="checkbox"/> Übergreifende Fehlermelde- und Lernsysteme (z. B. CIRSmedical.at)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<input type="checkbox"/> Risikoanalyse	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<input type="checkbox"/> Risikoaudit	Wie wird dieses durchgeführt? <input type="radio"/> Internes Audit <input type="radio"/> Externes Audit <input type="radio"/> Teils intern, teils extern
<input type="checkbox"/> Fehleranalyse	<input type="radio"/> Ja

(z. B. anhand des London-Protokolls)	<input type="radio"/> Nein
<input type="checkbox"/> Andere Instrumente bzw. ein anderes Instrument, welches hier nicht angeführt wird	
5.7.3 Werden Mitarbeiter/innen mithilfe eines standardisierten Informationsprozesses über individuelle Gefahrenpotenziale und Komplikationsrisiken bei Patientinnen/Patienten informiert z. B. Allergien, Verwirrtheit? MA-QM	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
5.7.4 Sind in Ihrer Einrichtung Unterstützungsmaßnahmen (z. B. peer support groups und/oder professionelle Hilfe) für Angehörige der Gesundheitsberufe, die an Fehlern und Zwischenfällen beteiligt waren („second victim“), implementiert?	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Für die Einrichtung nicht relevant	
5.8 Hygiene	
5.8.1 An welchen Vorgaben orientiert sich das Hygienekonzept Ihrer Einrichtung?	
<input type="radio"/> An der örtlich zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde <input type="radio"/> An den Vorschriften des Ärztegesetzes <input type="radio"/> An den Vorschriften der Qualitätssicherungsverordnung <input type="radio"/> An den Vorschriften des Zahnärztekammergesetzes	
5.8.2 Die Hygienebelange werden übernommen von: (Mehrfachantworten möglich)	
<p>Info-I: KAKuG § 8a. (1) Für jede Krankenanstalt ist ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker) oder ein sonst fachlich geeigneter, zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt (Hygienebeauftragter) zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Für jedes Zahnambulatorium ist ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker) oder ein sonst fachlich geeigneter, zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Zahnarzt oder Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Hygienebeauftragter) zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Das zeitliche Ausmaß der Beschäftigung hat sich nach der Größe und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt zu richten.</p> <p>(5) In Krankenanstalten in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien kann die Funktion des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten bei Vorliegen der entsprechenden fachlichen Eignung auch der ärztliche Leiter ausüben. Für die im Abs. 4 genannten Aufgaben ist jedenfalls der Krankenhaushygieniker oder der Hygienebeauftragte beizuziehen.</p>	
<input type="checkbox"/> Krankenhaushygieniker/in (Facharzt/Fachärztin für Hygiene und Mikrobiologie) <input type="checkbox"/> Hygienebeauftragte/r Ärztin/Arzt <input type="checkbox"/> Ärztliche Leiter	
5.8.3 Nimmt Ihre Einrichtung an Hygieneprojekten teil, z. B. <i>Aktion saubere Hände</i> , <i>PPS (Punkt-Prävalenz-Untersuchung)</i> ?	
<input type="radio"/> Ja, an welchen: _____ <input type="radio"/> Nein	
5.8.4 Werden in Ihrer Einrichtung Antibiotika verschrieben bzw. angewendet?	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	5.8.4.1 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine/n Antibiotika-Beauftragte/n? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Für die Einrichtung nicht relevant
	5.8.4.2 Werden in Ihrer Einrichtung Programme zur rationalen Antibiotika-Verwendung umgesetzt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

	<input type="radio"/> Für die Einrichtung nicht relevant
	5.8.4.3 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Erfassung des Antibiotika-Verbrauches? <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Für die Einrichtung nicht relevant

5.8.5 Erheben Sie den Desinfektionsmittelverbrauch, z. B. von Händedesinfektionsmitteln?	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	5.8.5.1 In welchen Intervallen? <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Jährlich <input type="radio"/> In längeren Abständen

Bericht über Hygiene

5.8.6 Wird in Ihrer Einrichtung ein Hygienebericht erstellt?	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	5.8.6.1 Wird dieser Hygienebericht veröffentlicht? <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja, der einrichtungseigene Bericht bzw. der Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes wird veröffentlicht. (Link erforderlich). <input type="radio"/> Ja, es gibt allerdings zwei Versionen (eine für die interne Verwendung und eine für die Öffentlichkeit – Link erforderlich). <input type="radio"/> Nein, der Bericht ist nur für die interne Verwendung oder für eine Meldung an Träger/Fonds/Land gedacht, ohne Publikation der Daten bzw. Informationen.
	5.8.6.2 Wie häufig wird der Hygienebericht erstellt? <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Jährlich <input type="radio"/> In längeren Abständen

5.9 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)

5.9.1 Ist das Modell/Konzept eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) verankert?	
<p>Info-i: Der KVP erwächst aus der inneren Haltung aller Beteiligten und bedeutet stetige Verbesserung mit möglichst nachhaltiger Wirkung. Diese Haltung durchdringt dann alle Aktivitäten und das ganze Unternehmen. KVP bezieht sich auf die Produkt-, die Prozess- und die Servicequalität. Umgesetzt wird KVP durch einen Prozess stetiger kleiner Verbesserungsschritte (im Gegensatz zu eher großen, sprunghaften, einschneidenden Veränderungen) in kontinuierlicher Teamarbeit.</p>	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	

5.9.2 Auf Basis welcher Daten/Auswertungen werden kontinuierliche Verbesserungen initiiert? (Mehrfachantworten möglich) MA-QM	
<input type="checkbox"/> Patientenbefragungen <input type="checkbox"/> Mitarbeiterbefragungen <input type="checkbox"/> Interne/externe Audits oder Visitationen <input type="checkbox"/> Beschwerde-/Feedbackmanagement, Ombuds-/Beschwerdestelle <input type="checkbox"/> Risikomanagement (z. B.: aus Fehlermelde- und Lernsystemen) <input type="checkbox"/> Fälle von Personenschaden <input type="checkbox"/> Hygienedaten <input type="checkbox"/> Routinedaten, z. B. Abrechnungsdaten, Patientendaten, Kostendaten, Leistungsdaten <input type="checkbox"/> Controlling z. B. Aufzeichnungen, Auswertungen, Berichte oder Planungen der Controlling-Abteilung, Balanced Scorecard – (BSC) <input type="checkbox"/> Betriebliches Vorschlagswesen / Ideenmanagement	

- Sonstige

5.9.3 Welche weiteren Informationen fließen in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess ein?
(Mehrfachantworten möglich)

Gespräche mit ...

- Patientenvertretungen / Patientenanwaltschaften
- Soziale Dienste / Pflegeheime
- Zuweiser/innen
- Selbsthilfegruppen
- Stationäre Rehabilitationseinrichtungen
- Akutkrankenhäuser
- Sonstige Vertrags- und Kooperationspartner

6. ANMERKUNGEN (optional)

Ihre Anmerkungen und Anregungen (optional):

7. DATENEINGABE für GÖG freigeben

- Ja
- Nein