



Österreichische Gesellschaft für
Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement
in der Medizin GmbH

Qualitätsbericht Evaluierungszyklus 3

AUSWERTUNG DER GESETZLICHEN
EVALUIERUNG VON ORDINATIONEN
UND GRUPPENPRAXEN

2018–2022

Inhalt

1.	AUSGANGSLAGE	4
1.1	Basis der Qualitätsevaluierung – die QS-VO	5
1.1.1	Rechtswertungsverfahren einer QS-VO	5
1.1.2	Die Struktur der QS-VO 2018	7
1.1.3	Die Evaluierungskriterien der QS-VO 2018	9
1.2	Methodische Vorgehensweise	20
1.2.1	Der Fragenkatalog	20
1.2.2	Von den Kriterien zum Fragebogen	21
1.2.3	Fragebogenindividualisierung	21
1.3	Der Evaluierungsprozess	26
1.3.1	Zeitliche Dimension des Evaluierungsprozesses	26
1.3.2	Gesamtprozessdarstellung der Evaluierung	27
1.3.3	Selbstevaluierung von Ordinationen und Gruppenpraxen	28
1.3.4	Stichprobenartige Vor-Ort-Überprüfungen	32
1.3.5	Mängelbehebungsaufträge	34
1.3.6	Kontrolle der Mängelbehebung	35
1.3.7	Sonderfall: Überprüfung wegen Verweigerung der Selbstevaluierung	36
1.3.8	Abschluss des Evaluierungsverfahrens	36
1.4	Das Qualitätsregister der ÖQMED	37
1.5	Änderungen zum Zyklus 2	38
1.5.1	Neuerungen in der Selbstevaluierung	38
1.5.2	Ausstattungslisten	38
1.5.3	Hygiene	39
2.	ERGEBNISSE DER EVALUIERUNG	40
2.1	Überblick	41
2.1.1	Österreich	41
2.1.2	Burgenland	42
2.1.3	Kärnten	42
2.1.4	Niederösterreich	43
2.1.5	Oberösterreich	44
2.1.6	Salzburg	45
2.1.7	Steiermark	45
2.1.8	Tirol	46
2.1.9	Vorarlberg	47
2.1.10	Wien	48
2.2	Darstellung der einzelnen Fragen und ihrer Beantwortung	49
2.2.1	Einführung	49
2.2.2	Grundsätze guter Ordinationsführung	50
2.2.3	Ausstattung	61
2.2.4	Brandschutz	67
2.2.5	Hygienemanagement	68
2.2.6	Notfallvorsorge	90
2.2.7	Arzneimittel- und Verbrauchsmaterialmanagement	96
2.2.8	Suchtgiftbezug, Suchtgiftgebarung und Suchtgiftdokumentation	98
2.2.9	Laboruntersuchungen	104
2.2.10	Personaleinsatz	105
2.2.11	Patientenhistorie und Dokumentation	115
2.2.12	Befundverwaltung	119
2.2.13	Patientenkommunikation und Patientenaufklärung	121
2.2.14	Zugang zur Ordination	128
2.2.15	Unerwünschte Ereignisse / Patientensicherheit	131
2.2.16	Beschwerdemanagement	136
2.2.17	Datenschutz	139
2.2.18	Medizinproduktenmanagement	145
2.2.19	Qualitätsmanagementaspekte	154

3.	MASSNAHMEN UND EMPFEHLUNGEN	155
3.1	Struktur- und Prozessqualität	155
3.1.1	Grundsätze guter Ordinationsführung.....	155
3.1.2	Ausstattung.....	155
3.1.3	Brandschutz.....	157
3.1.4	Hygienemanagement.....	157
3.1.5	Notfallvorsorge.....	159
3.1.6	Arzneimittel- und Verbrauchsmaterialmanagement.....	160
3.1.7	Suchtgiftbezug, Suchtgiftgebarung und Suchtgiftdokumentation	160
3.1.8	Laboruntersuchungen.....	160
3.1.9	Personaleinsatz.....	160
3.1.10	Patientenhistorie, Dokumentation, Befundverwaltung.....	161
3.1.11	Patientenkommunikation und Patientenaufklärung	161
3.1.12	Zugang zur Ordination.....	161
3.1.13	Unerwünschte Ereignisse / Patientensicherheit.....	162
3.1.14	Beschwerdemanagement.....	162
3.1.15	Datenschutz.....	163
3.1.16	Medizinproduktmanagement.....	163
3.2	Hebung der Ergebnisqualität	164
4.	SPEZIFISCHE ÜBERPRÜFUNGEN	165
4.1	Darstellung der Ergebnisse bzw. weiterer Verfahrensschritte	166
4.1.1	Verfahrensschritte.....	166
4.1.2	Mängel nach spezifischen Überprüfungen.....	167
5.	GEFAHR IM VERZUG	169
6.	DISZIPLINARANZEIGEN	170
6.1	Anzeigeegründe	170
6.1.1	Selbstevaluierung.....	170
6.1.2	Verweigerung der Ordinationsüberprüfung	171
6.1.3	Mängelbehebung und Kontrolle.....	172
7.	RECHNUNGSHOFPRÜFUNG	173
7.1	Empfehlungen des Rechnungshofes	173
7.1.1	Empfehlung Nr. 20 – Antwortmöglichkeiten	173
7.1.2	Empfehlung Nr. 21 – Hygieneverordnung	174
7.1.3	Empfehlung Nr. 22 – Ergebnisdarstellung im Qualitätsbericht	174
7.1.4	Empfehlung Nr. 23 – Abgeleitete Maßnahmen	175
8.	EXTERNE DATEN	176
9.	WEITERE TÄTIGKEITSBEREICHE	177
9.1	CIRSmedical	177
9.1.1	Regelwerke.....	179
9.2	A-OQI-Qualitätszirkel	182
10.	LITERATURVERZEICHNIS	183
11.	TABELLENVERZEICHNIS	184

1. AUSGANGSLAGE

Die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH, im Folgenden kurz ÖQMED genannt, hat gemäß § 118e Ärztegesetz 1998 den Auftrag, österreichweit die Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Sektor durchzuführen. Was genau unter Qualitätssicherung in diesem Sinne zu verstehen ist, gibt einerseits das Ärztegesetz in den §§ 49 Abs. 2a sowie 118e als auch eine Qualitätssicherungs-Verordnung der Österreichischen Ärztekammer, im Folgenden QS-VO genannt, vor. Durch das Ärztegesetz wird der grobe Rahmen vorgegeben. Konkrete Kriterien und genaue Verfahrensabläufe bestimmt die QS-VO. Die für den Berichtszeitraum relevante QS-VO ist mit 01.01.2018 in Kraft getreten und wird im Folgenden als QS-VO 2018 bezeichnet.

Diese Form der Qualitätssicherung besteht seit dem Jahr 2004 und wird seitdem ununterbrochen umgesetzt.

Grundsätzlich unterliegen alle niedergelassenen Ärzte und alle Gruppenpraxen in Österreich der Verpflichtung, regelmäßig die Qualität umfassend zu evaluieren und die Ergebnisse der Österreichischen Ärztekammer zu übermitteln¹. Diese Evaluierung erfolgt in einem zweistufigen Verfahren. Einerseits wird eine Selbstbeurteilung durch die ordinationsführenden Ärztinnen durchgeführt und darauf aufbauend werden diese Angaben vor Ort stichprobenartig kontrolliert² (siehe dazu Kapitel „1.3 Der Evaluierungsprozess“). Dieses Verfahren wird in einem Zyklus von fünf Jahren durchgeführt³. Der dritte Evaluierungszyklus hat im Jahr 2018 begonnen und endete mit 31.12.2022. Er stellt die Grundlage für den gegenständlichen Bericht dar.

Neben der Regelevaluierung besteht ein weiterer wesentlicher Aspekt der Aufgaben der ÖQMED darin, anlassbezogen Ordinationen und Gruppenpraxen vor Ort zu überprüfen, wenn Grund zur Annahme besteht, dass einzelne Kriterien der QS-VO nicht eingehalten werden. Auf diese sogenannten spezifischen Vor-Ort-Besuche wird im Kapitel „4. Spezifische Überprüfungen“ näher eingegangen.

Den Abschluss eines jeden Evaluierungszyklus bildet der Qualitätsbericht, der die Ergebnisse aus den oben geschilderten Verfahren anonymisiert darstellt und entsprechend den gesetzlichen Regelungen⁴ der Ministerin für Gesundheit zu übermitteln ist. Darüber hinaus ist er auch einer interessierten Öffentlichkeit frei zugänglich.

1 Vgl. § 49 Abs. 2a ÄrzteG 1998

2 Vgl. § 118e ÄrzteG 1998

3 Die ersten beiden Zyklen wurden durch Beschlüsse des Nationalrates jeweils um ein Jahr verlängert.

4 Vgl. § 46 Abs. 1 QS-VO 2018

1.1 BASIS DER QUALITÄTSEVALUIERUNG – DIE QS-VO

Die konkreten Kriterien, die einzelnen Verfahrensschritte im Evaluierungsprozess und weitere Vorgaben für das Handeln der ÖQMED sind in der Qualitätssicherungs-Verordnung festgeschrieben. Mit 01.01.2018 trat die nunmehr dritte QS-VO in Kraft und bildet somit die Grundlage für den vorliegenden Bericht.

1.1.1 Rechtswerdungsverfahren einer QS-VO

Die QS-VO wird von der Vollversammlung der Österreichischen Ärztekammer im übertragenen Wirkungsbereich beschlossen und von der ÖÄK kundgemacht⁵. Doch ist es nicht die Ärztekammer, die alleine beschließen kann, welche Kriterien von niedergelassenen Ärzten eingehalten werden müssen und wie das Verfahren zu gestalten ist. Es ist vielmehr ein strukturierter, klar gesetzlich geregelter Entscheidungsfindungsprozess⁶ unter aktiver Teilnahme aller für das Gesundheitswesen in Österreich relevanten Organisationen, Einrichtungen und Körperschaften.

1.1.1.1 Der Wissenschaftliche Beirat der ÖQMED

Um diesen gesamtgesellschaftlichen Interessenausgleich herbeiführen zu können, hat die ÖQMED einen wissenschaftlichen Beirat einzurichten, dessen Aufgabe es ist, Empfehlungen hinsichtlich der Qualitätskriterien und des Evaluierungsverfahrens⁷ zu erarbeiten.

⁵ Vgl. zur Verordnungsermächtigung § 117c Abs. 2 Z 8 ÄrzteG

⁶ Vgl. § 118c ÄrzteG 1998

⁷ Vgl. zu den Aufgaben des wissenschaftlichen Beirates § 118b Abs. 8 ÄrzteG 1998

Der Beirat setzt sich dabei wie folgt zusammen⁸:

- ein Vertreter der Gesundheit Österreich GmbH, der den Vorsitz führt, und ein weiterer Vertreter der Gesundheit Österreich GmbH,
- zwei Vertreter des Bundesministers für Gesundheit,
- ein von der Verbindungsstelle der Bundesländer bestellten Vertreter der Bundesländer,
- zwei Vertreter des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger,
- ein vom Bundesminister für Gesundheit bestellter Experte, der über Erfahrung auf dem Gebiet der Wahrnehmung von Patienteninteressen verfügt,
- ein Vertreter der Bundessektion Ärzte für Allgemeinmedizin,
- ein Vertreter der Bundessektion Fachärzte,
- ein Vertreter der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte,
- ein Vertreter der Österreichischen Akademie der Ärzte,
- ein Vertreter der Österreichischen Ärztekammer als Gesellschafter der ÖQMED,
- ein von der Universitätenkonferenz bestellter Vertreter der Medizinischen Universitäten und Universitäten, an denen eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist,
- ein Vertreter der Bundesarbeitskammer sowie
- ein Vertreter der gesetzlichen Interessenvertretung privater Krankenanstalten

Die im Ärztegesetz gewählte Formulierung der „Empfehlungen“ darf an dieser Stelle allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Österreichische Ärztekammer einerseits verpflichtet ist, die Empfehlungen des Beirates zu berücksichtigen⁹ und andererseits, für den Fall, dass sie von den Empfehlungen abweichen möchte, unverzüglich sowohl den wissenschaftlichen Beirat als auch die Gesundheitsministerin bzw. den Gesundheitsminister darüber zu informieren und dies auch umfassend zu begründen hat¹⁰. Die Bundesministerin bzw. der Bundesminister für Gesundheit hat in diesem Fall umgehend eine Neubefassung des wissenschaftlichen Beirates zu veranlassen und darüber hinaus weitere geeignete Maßnahmen, wie z. B. eine Zurückstellung zur Verbesserung, zu ergreifen.¹¹

⁸ Vgl. zur Zusammensetzung des wissenschaftlichen Beirates § 118b Abs. 2 ÄrzteG 1998

⁹ Vgl. § 118c Abs. 1 ÄrzteG 1998

¹⁰ Vgl. § 118c Abs. 2 ÄrzteG 1998

¹¹ Vgl. § 195g Abs. 2 ÄrzteG. 1998

Von dem Recht der Zurückstellung zur Verbesserung wurde im legistischen Verfahren der QS-VO 2018 auch Gebrauch gemacht, als es darum ging, die Fachbezeichnungen der damals noch nicht finalisierten Novelle der Ärzteausbildungsordnung analog in der Fächerliste der QS-VO wiederzufinden. Dies führte zu einer einjährigen Verlängerung der damals geltenden QS-VO 2012.

1.1.2 Die Struktur der QS-VO 2018

Die QS-VO gliedert sich in neun Abschnitte. Die einzelnen Abschnitte sollen hier kurz dargestellt werden. Größere Abschnitte, deren detaillierte Kenntnis für das Verständnis des Evaluierungsverfahrens unerlässlich sind, werden in den folgenden Kapiteln eingehend beleuchtet.

1.1.2.1 Allgemeine Bestimmungen

Hier wird das Ziel und der Regelungsgegenstand der QS-VO 2018, insbesondere der Kreis der Rechtsunterworfenen, dargestellt, auch werden rechtlich verbindliche Begriffsdefinitionen geschaffen.

1.1.2.2 Evaluierungskriterien

Der zweite Abschnitt beinhaltet sämtliche qualitätsrelevanten Kriterien, die von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie von Gruppenpraxen zutreffendenfalls eingehalten werden müssen. Eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Kriterien findet sich in Kapitel „1.1.3 Die Evaluierungskriterien der QS-VO 2018“.

1.1.2.3 Evaluierungsverfahren

Sämtliche Abläufe und Fristen bezüglich der Selbstevaluierung, aber auch der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfungen, die sowohl von der ÖQMED als auch von der niedergelassenen Ärzteschaft eingehalten werden müssen, also die verfahrensrechtlichen Regelungen, finden sich in diesem Abschnitt. Eine genaue Beschreibung des Ablaufs findet sich in Kapitel „1.3 Der Evaluierungsprozess“.

1.1.2.4 Mängelfeststellung, Mängelbehebung und Kontrolle

Wie mit festgestellten Mängeln umzugehen ist, insbesondere, wenn die Behebung nicht schlüssig nachgewiesen oder gar verweigert wird, ist im vierten Abschnitt genau geregelt. Eine genaue Beschreibung der zu setzenden Schritte findet sich in den Kapiteln „1.3.5 Mängelbehebungsaufträge“ und „1.3.6 Kontrolle der Mängelbehebung“.

1.1.2.5 Besondere Verfahrensmaßnahmen

Geregelt wird hier, wie die sogenannten spezifischen Vor-Ort-Besuche ablaufen müssen, wer sie anregen darf und wie die ÖQMED mit akuten Fällen von Gefahr in Verzug umzugehen hat. Im Detail wird dieser Aspekt der Qualitätssicherung in Kapitel „4. Spezifische Überprüfungen“ erläutert.

1.1.2.6 Abschluss des Qualitätssicherungsverfahrens

Das Qualitätssicherungsverfahren kann auf unterschiedliche Weisen beendet werden, an denen Rechtsfolgen hängen. Das Kapitel „1.3.8 Abschluss des Evaluierungsverfahrens“ gibt Aufschluss darüber.

1.1.2.7 Qualitätsregister

Die ÖQMED muss zur Administration des Evaluierungsverfahrens ein elektronisches Qualitätsregister, also eine Datenbank führen, in der alle nötigen Informationen zu jedem einzelnen Evaluierungsfall von der Wiege bis zur Bahre gespeichert werden.

1.1.2.8 Qualitätsbericht und Schlussbestimmungen

Die rechtlichen Grundlagen für den vorliegenden Bericht sind ebenso Bestandteil der QS-VO, genauso wie Informations- und Auskunftspflichten der ÖQMED und Inkrafttretens- und Übergangsbestimmungen.

1.1.2.9 Anlage 1

Die Anlage 1 stellt einen wesentlichen inhaltlichen Bestandteil der Evaluierung dar, zumal sie die Ausstattungsmerkmale eines jeden Faches gegliedert in jeweils eine Grund- als auch eine fachspezifische Ausstattungsliste enthält. Einige Fächer verfügen darüber hinaus noch über optionale Spezialisierungsausstattungsmerkmale.

Die jeweiligen Listen werden in enger Abstimmung mit den Bundesfachgruppen der betroffenen Fächer oder – sofern keine Bundesfachgruppe konstituiert ist – mit anerkannten wissenschaftlichen Fachgesellschaften erstellt.

1.1.2.10 Anlage 2

Vor-Ort-Überprüfungen von Ordinationen und Gruppenpraxen dürfen nur durch eigens dafür geschulte Qualitätssicherungsbeauftragte durchgeführt werden. Das sind jedenfalls Ärztinnen und Ärzte mit langjähriger Erfahrung in der Niederlassung. Die weiteren Kenntnisse und Fähigkeiten werden in der Anlage 2 bestimmt und hier in Kapitel „1.3.4.1 Die Qualitätssicherungsbeauftragten der ÖQMED“ näher betrachtet.

1.1.3 Die Evaluierungskriterien der QS-VO 2018

Im Folgenden sollen die einzelnen Themenbereiche näher betrachtet werden, die die Grundlage für die Selbst- aber auch die Fremdevaluierung bei Vor-Ort-Besuchen darstellen.

1.1.3.1 Erreichbarkeit

Während der Öffnungszeiten müssen in der Ordination oder Gruppenpraxis, sofern es für den Arbeitsablauf erforderlich ist, ausreichend Mitarbeiterinnen als Ansprechpersonen zur Verfügung stehen. Es muss sichergestellt sein, dass sich die Patienten persönlich oder telefonisch an diese wenden können.¹²

¹² Vgl. § 4 Abs. 1 QS-VO 2018

Unter Berücksichtigung von Kassenverträgen oder Verträgen mit Krankenfürsorgeanstalten haben Ärztinnen bei Abwesenheit über die Erreichbarkeit einer ärztlichen Vertretung zu informieren. Alternativ ist es auch möglich, einen verlässlichen Kontakt zu nennen, bei dem die Patienten die jeweilige ärztliche Vertretung in Erfahrung bringen können. Sollte man als Ärztin über keinen Kassenvertrag oder Vertrag mit einer Krankenfürsorgeanstalt verfügen, so sind längere Abwesenheiten bekannt zu geben.¹³

Sollten sich Patienten mit akuten Beschwerden an die Ordination oder Gruppenpraxis wenden, so ist diesen, je nach dargestellten Symptomen oder dargestellter Sachlage, ein Termin zu gewähren. Falls erforderlich, können diese auch an eine Vertretung, eine Ambulanz oder an einen Ärztenotdienst verwiesen werden. Für den Umgang mit Notfällen kennt die QS-VO 2018 spezielle Regelungen, siehe hierzu Kapitel „1.1.3.5 Notfallvorsorge“.¹⁴

Die jeweilige Ansprechperson oder die Telefonvermittlung ist darüber in Kenntnis zu setzen, nach welchen Kriterien Hausbesuche durchgeführt werden.¹⁵

Für Patientinnen muss vorab die Möglichkeit bestehen, sich über die baulichen Gegebenheiten in der Ordination oder Gruppenpraxis informieren zu können. Dies betrifft beispielsweise den Zugang, die räumliche und technische Ausstattung (einschließlich Sanitärräume) und die Behandlungsmöglichkeiten (auch für Menschen mit Behinderungen). Ebenfalls ist dies auf das Vorhandensein von etwaigen Fremdsprachen und Gebärdensprache anzuwenden.¹⁶

1.1.3.2 Räumlichkeiten

Die Räumlichkeiten der Ordination oder Gruppenpraxis sind bezüglich ihrer Größe, der Anzahl der Einzelräume sowie in ihrer Ausstattung den medizinischen und administrativen Anforderungen des angebotenen Leistungsspektrums anzupassen.¹⁷

Des Weiteren ist im Hinblick auf Zugang und Ausstattung das Bundes-Behinderten-gleichstellungsgesetz zu berücksichtigen.¹⁸

¹³ Vgl. § 4 Abs. 2 QS-VO 2018

¹⁴ Vgl. § 4 Abs. 3 QS-VO 2018

¹⁵ Vgl. § 4 Abs. 4 QS-VO 2018

¹⁶ Vgl. § 4 Abs. 5 und 6 QS-VO 2018

¹⁷ Vgl. § 5 Abs. 1 QS-VO 2018

¹⁸ Vgl. § 5 Abs. 2 QS-VO 2018

Die vertrauliche Kommunikation zwischen Arzt und Patientin soll sichergestellt sein. Auch für administrative Patientenbelange hat die Möglichkeit zu bestehen, diese unter Wahrung der Vertraulichkeit der Patientendaten zu besprechen.¹⁹

Für Patienten muss eine Toilette samt Handwaschmöglichkeit mit Wasser, Seife und Einweghandtüchern beziehungsweise einer elektrischen Vorrichtung zum Händetrocknen zur Verfügung stehen.²⁰

Außerdem ist in den Räumlichkeiten der Ordination oder Gruppenpraxis der Nichtraucherschutz zu gewährleisten.²¹

1.1.3.3 Brandschutz, Gesundheit und Sicherheit der Arbeitsplätze

Bezüglich des Themas Brandschutz ist vorgesehen, dass ausreichend Feuerlöscher in der Ordination oder Gruppenpraxis vorhanden sind. Diese sollen den Vorschriften entsprechend überprüft und leicht zugänglich aufbewahrt werden.²²

Um die Arbeitsplätze der Mitarbeiterinnen entsprechend der für ihre Gesundheit und Sicherheit bestehenden Gefahren adäquat auszugestalten, sind diese in regelmäßigen Abständen entsprechend dem ArbeitnehmerInnenschutzgesetz zu evaluieren.²³

1.1.3.4 Hygiene

Zur Erfüllung der notwendigen Hygienekriterien sind die jeweiligen einschlägigen Vorschriften, insbesondere aber auch die Hygieneverordnung der Österreichischen Ärztekammer, zu berücksichtigen.²⁴

Für möglicherweise vorhandene Tiere muss ein eigens dafür vorgesehener Raum vorhanden sein. In Behandlungsräumen dürfen diese keinerlei Zugang haben. Des Weiteren sind Pflanzen in Behandlungsräumen untersagt.²⁵

19 Vgl. § 5 Abs. 4 QS-VO 2018

20 Vgl. § 5 Abs. 3 QS-VO 2018

21 Vgl. § 5 Abs. 5 QS-VO 2018

22 Vgl. § 6 Abs. 1 QS-VO 2018

23 Vgl. § 6 Abs. 1 QS-VO 2018

24 Vgl. § 7 Abs. 1 QS-VO 2018

25 Vgl. § 7 Abs. 2 und 3 QS-VO 2018

1.1.3.5 Notfallvorsorge

Zum Umgang mit medizinischen Notfällen hat in der Ordination oder Gruppenpraxis ein schriftlicher Plan aufzuliegen, worin die grundsätzlichen Regelungen, Zuständigkeiten und Abläufe bei einem Notfall festgehalten und erläutert sind. Den Mitarbeiterinnen sind nachweislich auf die Inhalte des Notfallplans einzuschulen. Auch eine Teilnahme an einem wiederkehrenden Notfalltraining gemeinsam mit dem Arzt ist erforderlich. Dies ist zu dokumentieren und in der Ordination oder Gruppenpraxis aufzubewahren.²⁶

Im Notfall ist grundsätzlich folgender Ablauf einzuhalten:

- Der Notfall wird erkannt und die Patientin situationsgerecht gelagert.
- Erforderlichenfalls wird das Notarztsystem durch den Arzt oder eine Mitarbeiterin verständigt.
- Bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand hat der Arzt oder eine geschulte Mitarbeiterin sofort mit der Reanimation zu beginnen.
- Die dringend notwendige Erste Hilfe ist zu gewährleisten. Falls ein Notarztsystem verständigt wurde, ist die notwendige Erste Hilfe bis zum Eintreffen des Notarztes zu gewährleisten.

Zu berücksichtigen ist aber, dass je nach den Umständen des Einzelfalles die optimale Erstversorgung bis zum Eintreffen der Notärztin jedenfalls sichergestellt sein muss. Ob das Notarztsystem verständigt wird, ist in jedem Fall individuell, aufgrund fachlicher Notwendigkeiten durch den Arzt zu entscheiden.²⁷

1.1.3.6 Notfallausstattung

Die Zusammensetzung der Notfallausstattung ist dem jeweilig angebotenen Leistungsspektrum anzupassen, wobei ein Beatmungsbeutel jedenfalls verpflichtender Bestandteil ist. Des Weiteren muss die Notfallausstattung inklusive Haltbarkeitsdaten regelmäßig und nachweislich überprüft werden. Dafür sind entsprechende Verantwortlichkeiten schriftlich zu definieren.²⁸

²⁶ Vgl. § 8 Abs. 1, 3 und 4 QS-VO 2018

²⁷ Vgl. § 8 Abs. 2 QS-VO 2018

²⁸ Vgl. § 9 Abs. 1 bis 3 QS-VO 2018

Der Aufbewahrungsort der Notfallausstattung muss so gewählt sein, dass diese leicht erreichbar und deutlich erkennbar ist. Telefonnummern der des Notärztin, der Polizei und weiterer relevanter Einsatzorganisationen müssen bei jedem Telefon sofort aufliegen.²⁹

1.1.3.7 Arzneimittelmanagement sowie medizinisches Verbrauchsmaterial

Es dürfen in der Ordination oder Gruppenpraxis nur Arzneimittel sowie medizinische Verbrauchsmaterialien verwendet werden, deren Haltbarkeitsdatum nicht überschritten wurde. Auch die Verfügbarkeit muss gewährleistet sein. Um dies sicherzustellen, ist ein System der regelmäßigen Überprüfung zu etablieren, wobei auch der Aspekt der vorschriftsgemäßen Lagerung der Arzneimittel und medizinischen Verbrauchsmaterialien berücksichtigt und kontrolliert werden muss.³⁰

Arzneimittelnebenwirkungen sind vorschriftsmäßig an das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen zu melden.³¹

1.1.3.8 Suchtgiftbezug, Suchtgiftgebarung und Suchtgift-dokumentation

Suchtgifthaltige Arzneispezialitäten müssen vorschriftsmäßig gemäß dem Suchtmittelgesetz gelagert werden, wobei abgelaufene oder von Patienten retournierte suchtgifthaltige Arzneispezialitäten fachgerecht zu entsorgen sind. Die diebstahlsichere Aufbewahrung von Suchtgiftvignetten ist sicherzustellen.³²

Verordnungen eines Substitutionsmittels für Suchtkranke, die wegen ihres Gesundheitszustandes im Rahmen der Substitutionsbehandlung Suchtgift benötigen, sind gemäß der Suchtgiftverordnung zu dokumentieren.³³

29 Vgl. § 9 Abs. 4 QS-VO 2018

30 Vgl. § 10 sowie § 12 Abs. 1 bis 3 QS-VO 2018

31 Vgl. § 10 Abs. 4 QS-VO 2018

32 Vgl. § 11 Abs. 2 bis 4 QS-VO 2018

33 Vgl. § 11 Abs. 1 QS-VO 2018

1.1.3.9 Apparative Ausstattung

Für in der Ordination oder Gruppenpraxis befindliche medizinisch-technische Apparate und Medizinprodukte sind alle gesetzlichen Vorschriften einzuhalten. Dies betrifft insbesondere die Themen Instandsetzung, Instandhaltung, wiederkehrende sicherheitstechnische Überprüfung und Kontrolle sowie die Aufbereitung. Auch die jeweiligen zugehörigen Gerätehandbücher und mitgelieferten Herstellerinformationen müssen vor Ort aufliegen.³⁴

1.1.3.10 Ringversuche

Sollten Laboruntersuchungen angeboten werden, so ist die Verlässlichkeit zu überprüfen. Möglich ist dies durch die Teilnahme an Ringversuchen oder ähnliche zur Verfügung stehende Methoden.³⁵

1.1.3.11 Ärztliche Fortbildung

Im Rahmen der ärztlichen Fortbildungspflicht sind vor allem dem aktuellen Stand der Medizin entsprechende Informationen einzuholen. Dies umfasst insbesondere Informationen über theoretische und praxisbezogene Veränderungen und Fortschritte in Diagnostik und Therapie des jeweiligen Fachgebietes. Ein entsprechend der Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über ärztliche Fortbildung gültiges Diplom-Fortbildungs-Programm-Diplom (DFP-Diplom) muss vorliegen. Alternativ sind auch sonstige Einzelfortbildungsnachweise im Umfang des DFP-Diploms nachweisbar.³⁶

1.1.3.12 Mitarbeiterereinsatz

Allgemein gilt, dass Aufgaben und Verantwortungsbereiche für jeden Mitarbeiterin klar definiert sein müssen und innerhalb des Teams kommuniziert werden.³⁷

Jene Mitarbeiter, die in der Ordination oder Gruppenpraxis Geräte bedienen, müssen auf die korrekte Anwendung eingeschult werden.³⁸

³⁴ Vgl. § 13 Abs. 1 bis 3 QS-VO 2018

³⁵ Vgl. § 14 QS-VO 2018

³⁶ Vgl. § 15 QS-VO 2018

³⁷ Vgl. § 16 Abs. 2 QS-VO 2018

³⁸ Vgl. § 16 Abs. 1 QS-VO 2018

Um die Mitarbeiterinnen entsprechend der jeweiligen Qualifikation einzusetzen, muss diese bei der Planung des Einsatzes sowie bei der Planung der Vertretung für den Fall von Abwesenheiten berücksichtigt werden. Handelt es sich um den Einsatz von Angehörigen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe, von Turnusärzten oder Famulantinnen, so sind hier die jeweils erforderliche Anordnung, Anleitung, Aufsicht und die berufsrechtlichen Grenzen der Delegation zu berücksichtigen.³⁹

Des Weiteren sind die Mitarbeiter nachweislich über ihre Verschwiegenheitspflicht zu unterweisen. Dies gilt auch für allfällig beauftragte EDV-Unternehmen. Von ihnen muss vor allem auch im Hinblick auf deren eingesetzte Mitarbeiterinnen ebenfalls bestätigt werden, dass die Verschwiegenheitspflicht eingehalten wird.⁴⁰

Um Mitarbeitern Fortbildungsaktivitäten zu ermöglichen, sind diesbezügliche Vorhaben zu unterstützen.⁴¹

1.1.3.13 Patientenhistorie und Dokumentation

Patientenbezogene Daten sind systematisch so zu dokumentieren, dass Diagnosestellung und im Falle einer Behandlung der Behandlungsverlauf nachvollziehbar ist. Zum Schutz dieser Daten vor Verlust oder fremdem (unbefugtem) Zugriff sind geeignete Sicherheitsmaßnahmen zu treffen (beispielsweise durch Bildschirmschoner oder Passwörter). Im Hinblick auf die Archivierung müssen diese Daten über einen Zeitraum von mindestens 10 Jahren gesichert werden. Davon betroffen sind vor allem Daten zur Befundung, Diagnose, Therapie, Patientenaufklärung und Einverständniserklärungen. Sollten nicht mehr benötigte Datenträger entfernt werden, so sind diese entsprechend den datenschutzrechtlichen Vorschriften fachgerecht zu vernichten und zu entsorgen. Typischerweise handelt es sich dabei um Festplatten, CDs, DVDs und Disketten. Für vorhandene Rezepte und Stempel sind ebenfalls Maßnahmen zum Diebstahlschutz zu ergreifen.⁴²

Sofern Mitarbeiterinnen zur Unterstützung bei der Durchführung ärztlicher Tätigkeiten eingesetzt werden, müssen diese über Gefahren- und Komplikationspotentiale von Patienten aufgeklärt werden.⁴³

³⁹ Vgl. § 16 Abs. 3 und 6 QS-VO 2018

⁴⁰ Vgl. § 16 Abs. 4 QS-VO 2018

⁴¹ Vgl. § 16 Abs. 5 QS-VO 2018

⁴² Vgl. § 17 Abs. 1 bis 3 und 5 bis 6 QS-VO 2018

⁴³ Vgl. § 17 Abs. 4 QS-VO 2018

1.1.3.14 Befundverwaltung und Befundweiterleitung

Befunde sind systematisch zu verwalten. Im Falle, dass Befunde angefordert werden, hat die Weiterleitung im Bedarfsfall schnell und unter Einhaltung der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht zu erfolgen.⁴⁴

Es ist sicherzustellen, dass die Patientin und erforderlichenfalls auch der zuweisende Arzt über die betreffenden Befunde informiert werden.⁴⁵

1.1.3.15 Patientenkommunikation und Patientenaufklärung

Um der ärztlichen Aufklärungspflicht nachzukommen, ist es erforderlich, dass Patientinnen vor allem über folgende Aspekte informiert werden:

- relevante Risiken (ausgenommen bei detaillierten Angaben in der Zuweisung)
- allfällige in Frage kommende Behandlungsalternativen
- Nebenwirkungen von Diagnoseverfahren und Therapien (inklusive Arzneimitteln)
- voraussichtlich entstehende Kosten, die von den Patienten selbst zu entrichten sind⁴⁶

Sollte es nicht möglich sein, einen Aufklärungsinhalt verständlich zu kommunizieren, dessen Vermittlung aber aufgrund Einschätzung der behandelnden Ärztin notwendig ist, so müssen Angehörige, Begleitpersonen oder sonstige Personen miteinbezogen werden. Es muss dafür jedoch berücksichtigt werden, dass dies im Einvernehmen mit dem Patienten geschieht.⁴⁷

44 Vgl. § 18 QS-VO 2018

45 Vgl. § 19 Abs. 2 QS-VO 2018

46 Vgl. § 19 Abs. 1 QS-VO 2018

47 Vgl. § 19 Abs. 3 QS-VO 2018

Für folgende Personengruppen sind besondere Rechtsvorschriften zu berücksichtigen:

- Minderjährige
- Patientinnen mit Erwachsenenvertretungen beziehungsweise bis zum Inkrafttreten des 2. Erwachsenenschutz-Gesetzes (BGBl. I Nr. 59/2017) besachwaltete Patienten
- Patientinnen mit eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit oder mit erhöhtem Beratungsbedarf im Sinne des Erwachsenenschutzrechtes⁴⁸

1.1.3.16 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit mit Ärzten anderer Fachrichtungen oder mit Vertreterinnen anderer Wissenschaften oder Berufsgruppen hat bei der Betreuung von Patienten zu erfolgen.⁴⁹

1.1.3.17 Zugang zur ärztlichen Behandlung und Diagnosestellung

Der generelle Zugang zur Ordination oder Gruppenpraxis und insbesondere zu den Sanitärräumen ist auch mobilitätsbeeinträchtigten Patientinnen unter Berücksichtigung der vorliegenden Rahmenbedingungen zu ermöglichen. Andernfalls müssen diese über nächstgelegene geeignete Einrichtungen, welche die entsprechende Behandlung anbieten, informiert werden. Außerdem müssen diese, vor allem bei Weiterüberweisungen, über die Informationsmöglichkeit www.arztbarrierefrei.at in Kenntnis gesetzt werden.⁵⁰

1.1.3.18 Interne Kommunikation

Zur Sicherstellung der internen Kommunikation sind in regelmäßigen Abständen Mitarbeiterbesprechungen durchzuführen. Dadurch sollen die patientenorientierten Abläufe optimiert werden. Des Weiteren sind die Mitarbeiter dazu aufzufordern, Rückmeldungen abzugeben, um daraus Verbesserungsmaßnahmen entwickeln zu können. Unterweisungen sowie interne oder externe Schulungen der Mitarbeiterinnen haben ebenfalls regelmäßig zu erfolgen. Das Personal ist in einem jährlichen Gespräch über sicherheitsrelevante Belange der Ordination oder Gruppenpraxis zu informieren.⁵¹

48 Vgl. § 19 Abs. 4 QS-VO 2018

49 Vgl. § 20 QS-VO 2018

50 Vgl. § 21 QS-VO 2018

51 Vgl. § 22 QS-VO 2018

1.1.3.19 Unerwünschte Ereignisse/Patientensicherheit

Beim Auftreten von unerwünschten Ereignissen müssen diese dokumentiert und mit den beteiligten Mitarbeitern besprochen werden. Jedenfalls ist eine Ursachenfindung anzustreben. Damit ein Wiederauftreten des unerwünschten Ereignisses vermieden werden kann, sind, wenn möglich, Verbesserungsmaßnahmen zu definieren, zu dokumentieren und zu implementieren. Bevor die vom unerwünschten Ereignis betroffene Patientin kontaktiert wird, muss bereits zuvor die Haftpflichtversicherung der Ordination oder Gruppenpraxis zum Sachverhalt in Kenntnis gesetzt werden. Dies hat nachweislich umgehend zu erfolgen. Fehlerberichts- und Lernsysteme, wie beispielsweise www.cirsmedical.at der Österreichischen Ärztekammer, sollen als Teil des Risikomanagements in der Ordination oder Gruppenpraxis Anwendung finden.⁵²

1.1.3.20 Beschwerdemanagement

Um die Mitarbeiter im Umgang mit Beschwerden von Patientinnen und externen Behandlungseinrichtungen zu schulen, benötigt es in der Ordination oder Gruppenpraxis schriftliche Anweisungen dazu. Jedenfalls gilt auch hier, dass die Ursachen für eine Beschwerde ausfindig gemacht werden, sowie damit verbundene Verbesserungsmaßnahmen etabliert werden sollen.⁵³

Patienten sind im Beschwerdefall insbesondere über folgende Stellen zu informieren, an die sie sich wenden können:

- die zuständige Patientenvertretung und
- sofern eingerichtet, die Patientenschieds- oder Patientenschlichtungsstelle der jeweils zuständigen Landesärztekammer.

Falls von jener Stelle, an die sich der Patientin gewandt hat, angefordert, ist dieser innerhalb einer angemessenen Frist eine schriftliche Stellungnahme zukommen zu lassen.⁵⁴

⁵² Vgl. § 23 QS-VO 2018

⁵³ Vgl. § 24 Abs. 1 und 2 QS-VO 2018

⁵⁴ Vgl. § 24 Abs. 3 QS-VO 2018

1.1.3.21 Ausstattung

In Abhängigkeit von der ausgeübten Fachrichtung und der Funktion der Ordination oder Gruppenpraxis hat folgende Grundausstattung vorhanden zu sein:

- Ausstattung für die Erhebung der Anamnese und des klinischen Status (z. B. RR-Messgerät),
- Ausstattung für Notfallmanagement,
- dem Stand der Technik (EDV) entsprechende Ausstattung zur Erfüllung der ärztlichen Dokumentationspflicht,
- Kommunikationseinrichtung,
- Ordinationsschild mit Nennung des ausgeübten Faches und der Erreichbarkeit.⁵⁵

Des Weiteren ist für die Ausstattung der Ordination oder Gruppenpraxis das angebotene Leistungsspektrum ausschlaggebend. Sofern angeführt, muss auf von der Österreichischen Ärztekammer definierte fachspezifische Ausstattungen und Spezialisierungsausstattungen gemäß Anlage 1 Rücksicht genommen werden. Ob es sich um eine Erst- oder Zweitordination handelt, ist dabei nicht zu berücksichtigen. Je nachdem, ob in der Ordination oder Gruppenpraxis der gesamte Bereich oder ein Teilbereich einer Fachrichtung angeboten und welche Funktion übernommen wird, wird das Leistungsspektrum bestimmt. Im Rahmen der Evaluierung sind entsprechende Angaben zu machen.⁵⁶

1.1.3.22 Qualitätsmanagementaspekte

Auf freiwilliger Basis können im Zuge der Evaluierung Angaben gemacht werden, ob in der Ordination oder Gruppenpraxis folgende Qualitätsmanagementaspekte geplant oder umgesetzt werden:

- Qualitätsmanagement
- ein interaktives EDV-System zur Medikationssicherheit und
- die Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Projekten/Aktivitäten zu Patientensicherheit und Risikomanagement⁵⁷

⁵⁵ Vgl. § 25 Abs. 2 QS-VO 2018

⁵⁶ Vgl. § 25 Abs. 3 und 4 QS-VO 2018

⁵⁷ Vgl. § 26 QS-VO 2018

1.2 METHODISCHE VORGEHENSWEISE

1.2.1 Der Fragenkatalog

Die Kriterien der QS-VO 2018 sind sowohl für die Selbstevaluierung als auch für die Vor-Ort-Überprüfungen zentraler Dreh- und Angelpunkt. Niedergelassene Ärzte als auch Gruppenpraxen müssen in die Lage versetzt werden, auf einem einerseits niederschwelligen Weg, aber dennoch vollumfänglich und elektronisch auswertbar, ihrer Verpflichtung zur Selbstevaluierung nachzukommen.

Aus diesem Grund ist das Qualitätsregister der ÖQMED nicht nur zur Verwaltung von Daten befähigt, die durch geschulte Administratorinnen eingegeben werden (Backend), sondern kennt auch das sogenannte Frontend. Dieses Frontend ist individuell für jeden einzelnen Arzt bzw. für die Gruppenpraxis eingerichtet und stellt die der ÖQMED bekannten und zur Selbstevaluierung anstehenden Niederlassungen der jeweiligen Ärztin dar. Hinter jeder dieser dargestellten Praxen liegt nun eine nach außen intuitiv wirkende, nach innen aber recht komplexe Systematik zur Darstellung der Evaluierungskriterien in Fragenform.

Die Landschaft der niedergelassenen Ärzteschaft in Österreich ist ausgesprochen heterogen und vielfältig. Wir kennen sowohl die klassische Landarztpraxis mit ein paar Mitarbeitern, als auch Privatpraxen, die nur zur Befundbesprechung genutzt werden. Es gibt Einrichtungen mit mehreren hundert Beschäftigten und solche, die zwar eine Vielzahl ärztlicher Leistungen erbringen, aber keinerlei Patientenempfang haben. Diese mannigfaltigen Arbeitsrealitäten müssen sich nun in der Zusammensetzung des Fragebogens widerspiegeln.⁵⁸

Dies ist nicht deswegen von Bedeutung, um denjenigen, die den Fragebogen ausfüllen, die Arbeit zu erleichtern, sondern weil es explizite Aufgabe der ÖQMED ist, nur vollständige Selbstevaluierungen, die in sich schlüssig und somit absolut plausibel sind, in die folgenden Verfahrensschritte überzuleiten.

⁵⁸ Zur Plausibilitätsprüfung vgl. § 31 Abs. 1 QS-VO 2018

1.2.2 Von den Kriterien zum Fragebogen

Zur Durchführung der Selbstevaluierung wurde auf Grundlage der QS-VO 2018 der Fragebogen von der ÖQMED entwickelt und in das Qualitätsregister eingespielt. Es gibt generell zwei Arten von Fragen.

Die allermeisten Fragen können entweder mit Ja oder mit Nein bzw. in manchen Fällen auch mit nicht zutreffend beantwortet werden. Dies betrifft so gut wie alle Fragen, die sich auf Qualitätskriterien der QS-VO 2018 beziehen. Es wurde insbesondere bei der dritten Option aber darauf geachtet, sie entsprechend zu gestalten, d. h., mit der Option wird erklärt, warum die Frage nicht zutreffend ist. Durch die Individualisierung kommt die Option „nicht zutreffend“ allerdings sehr selten vor.

Daneben werden die Ausstattungsmerkmale, die in Anlage 1 der QS-VO 2018 normiert sind, und die Individualisierungsfrage bezüglich der Behandlungsraumtypen als Liste abgefragt, wobei jedes einzelne Merkmal angekreuzt werden kann.

1.2.3 Fragebogenindividualisierung

Die Erfahrung aus den vorangegangenen Evaluierungszyklen hat gezeigt, dass dies mit der großen Masse an Selbstevaluierungen nur möglich ist, wenn der Fragebogen so zusammengestellt ist, dass eine widersprüchliche Beantwortung thematisch zusammenhängender Fragen softwareseitig verhindert wird. Aus diesem Grund werden während der laufenden Beantwortung des Fragebogens zur Selbstevaluierung an passenden Stellen bestimmte Eigenschaften der Praxis abgefragt, deren Ausprägung die Zusammensetzung des übrigen Fragebogens beeinflusst. Diese Eigenschaften werden im Folgenden näher dargestellt.

1.2.3.1 Patientenempfang

Die Frage lautet:

Empfangen Sie in Ihrer Ordination Patienten / Klienten / Kunden?

Hier wird nicht nur nach Patientinnen gefragt, sondern auch nach Klienten sowie Kundinnen. Die Erfahrung aus den vorangegangenen Zyklen hat gezeigt, dass es durchaus Settings gibt, in denen eine ärztliche Leistung in einer Ordination erbracht wird, wobei gegenüber der Ordinationsführung aber kein „Patient“, sondern eben ein „Klient“ Platz genommen hat, z. B. in einer reinen Gutachterpraxis.

Für das Zutreffen der Eigenschaft „Patientenempfang“ ist es aber unerheblich, in welcher Rolle die Aufsuchenden die Praxis betreten; es muss jedes entsprechende Kriterium erfüllt werden.

1.2.3.2 Behandlungsart

Die Frage lautet:

Erfolgt die Untersuchung bzw. Behandlung Ihrer Patienten ausschließlich gesprächsbasiert oder auch körperbezogen?

Gesprächsbasierte Behandlungsmethoden weisen im Kontext der Qualitätssicherung ein viel geringeres Risikoprofil, insbesondere hinsichtlich der hygienerelevanten Aspekte, auf. Die Definition von gesprächsbasiert ist allerdings sehr eng gefasst. So wird folgende Erläuterung angezeigt:

Unter gesprächsbasierter Behandlung sind alle Behandlungs- bzw. Untersuchungsformen zu verstehen, bei denen nie invasiv gearbeitet wird, d. h. die Hautbarriere nicht durchdrungen oder angestochen wird und kein Kontaminationsrisiko besteht.

Unter körperbezogener Behandlung sind alle invasiven, auch wenn nur minimal, Untersuchungs- und Behandlungsformen zu verstehen sowie Behandlungsformen, bei denen ein – wenn auch geringes – Kontaminationsrisiko besteht.

1.2.3.3 Leistungsspektrum

Die Frage lautet:

Bitte schätzen Sie das Spektrum der ärztlichen Leistungen, die in Ihrer Ordination erbracht werden, ein.

Hier werden zwei Antwortoptionen angeboten, einerseits das standardmäßige Leistungsspektrum und andererseits das definierte. Der Unterschied besteht hauptsächlich darin, dass bei einem standardmäßigen Leistungsspektrum alle fachspezifischen Ausstattungsmerkmale des jeweiligen Faches vorhanden sein müssen. Wenn einzelne Merkmale nicht vorhanden sein sollten, so muss hier das definierte Leistungsspektrum ausgewählt werden.

1.2.3.4 Gestaltung der Sanitärräume

Die Frage lautet:

Bitte geben Sie an, ob in Ihrer Ordination Arzt/Personal- und Patiententoiletten getrennt sind.

Jede Ordination und Gruppenpraxis muss über mindestens eine Toilette verfügen. Relevant für die Anforderungen an die Ausstattung ist, ob es eine eigene Personaltoilette neben einer Patiententoilette gibt. Für die Personaltoilette gibt es höhere Anforderungen.

1.2.3.5 Behandlungsraumarten

Die Frage lautet:

Bitte geben Sie an, welche Tätigkeiten in Ihren Behandlungsräumen ausgeführt werden (Mehrfachauswahl möglich):

Bei dieser Frage werden vier Antwortoptionen angeboten, wobei eine Mehrfachauswahl möglich ist. Zugrunde liegt die Klassifikation der Behandlungsräume durch die Anlage 2 der Hygieneverordnung der Österreichischen Ärztekammer und die Notwendigkeit, die unterschiedlichen Anforderungen im Fragebogen darzustellen. Die vier Antwortoptionen lauten:

Minimalinvasive Tätigkeiten wie z. B. klassische allgemeinmedizinische Tätigkeiten, Blutabnahmen, Infusionen, Impfungen, kleine Wundversorgungen, Verbandswechsel, Nahtentfernungen, Akupunktur, Kontrastmittelverabreichung, einfache endoskopische Untersuchungen, physikalische Therapie (Typ 1)

kleine invasive Eingriffe und invasive Untersuchungen, einfache Eingriffe wie z. B. Koloskopie, Gastroskopie, Zystoskopie, Wundversorgungen, kleine dermatologische Eingriffe sowie kleine invasive Eingriffe und invasive Untersuchungen mit geringem Risikoprofil auch unter Analgosedierung – keine Allgemeinanästhesie (Typ 2)

größere Wundversorgungen, größere dermatologische und invasive Eingriffe mit erhöhter Infektionsgefahr, Allgemeinanästhesie zulässig mit entsprechender Entlüftung (Eingriffsraum, Typ 3)

Operationen (Typ 4)

Da eine korrekte Einordnung anhand der angeführten Beispiele in bestimmten Fällen nicht immer so eindeutig möglich ist, wird hier in Absprache mit den betroffenen Ärztinnen durch die ÖQMED ein Gutachten von einem Sachverständigen für Hygiene und Mikrobiologie eingeholt.

1.2.3.6 Personal

Die Frage lautet:

Bitte geben Sie an, ob Sie Personal in der Ordination haben.

Einige Kriterien der QS-VO 2018 beziehen sich direkt auf Ordinationspersonal. Wenn in der Praxis außer dem Ärztin keine weiteren Personen tätig sind, sind die entsprechenden Fragen nicht zu beantworten. Es ist allerdings unerheblich, ob das Personal angestellt oder in einem sonstigen Dienstverhältnis tätig ist oder nur aufgrund allfälliger familiärer Nähe aushilft.

1.2.3.7 Suchtgifte

Die anzugebenden Eigenschaften der Ordination lauten:

Bitte geben Sie an, ob Sie in Ihrer Ordination Suchtgifte verordnen.

Bitte geben Sie an, ob Sie in Ihrer Ordination Substitutionstherapie anbieten.

Bitte geben Sie an, ob Sie für Ihren Ordinationsbedarf Suchtgifte beziehen.

Die Qualitätskriterien mit Bezug zu Suchtgiften werden nur dann angezeigt, wenn die jeweilige Eigenschaft auf die Praxis zutreffend ist.

1.2.3.8 Ergebnis der Individualisierung

Die folgende Tabelle zeigt das Antwortverhalten hinsichtlich der Individualisierung sowie den prozentuellen Anteil an der jeweils angegebenen Summe.

Kategorie	Ja		Nein	
Patientenempfang ($\Sigma=21.282$, Gesamtzahl zertifizierter Praxen)	20.617	96,88 %	665	3,12 %
Körperbezogene Behandlung ($\Sigma=20.617$, Praxen mit Patientenempfang)	17.661	85,66 %	2.956	14,34 %
Ausschließlich gesprächsbasierte Behandlung ($\Sigma=20.617$, Praxen mit Patientenempfang)	2.956	14,34 %	17.661	85,66 %
Standardmäßiges Leistungsspektrum ($\Sigma=17.661$, Praxen mit körperbezogener Behandlung)	9.103	51,54 %	8.558	48,46 %
Definiertes Leistungsspektrum ($\Sigma=17.661$, Praxen mit körperbezogener Behandlung)	8.558	48,46 %	9.103	51,54 %
Eigenes Patienten-WC ($\Sigma=20.617$, Praxen mit Patientenempfang)	16.162	78,39 %	4.455	21,61 %
Personal vorhanden ($\Sigma=21.282$, Gesamtzahl zertifizierter Praxen)	14.334	67,35 %	6.948	32,65 %
Behandlungsraum Typ 1 ($\Sigma=17.661$, Praxen mit körperbezogener Behandlung)	17.123	96,95 %	538	3,05 %
Behandlungsraum Typ 2 ($\Sigma=17.661$, Praxen mit körperbezogener Behandlung)	4.021	22,77 %	13.640	77,23 %
Behandlungsraum Typ 3 ($\Sigma=17.661$, Praxen mit körperbezogener Behandlung)	306	1,73 %	17.355	98,27 %
Behandlungsraum Typ 4 ($\Sigma=17.661$, Praxen mit körperbezogener Behandlung)	164	0,93 %	17.497	99,07 %
Suchtgiftverordnung ($\Sigma=20.617$, Praxen mit Patientenempfang)	6.981	33,86 %	13.636	66,14 %
Substitutionstherapie ($\Sigma=20.617$, Praxen mit Patientenempfang)	450	2,18 %	20.167	97,82 %
Suchtgiftbezug ($\Sigma=20.617$, Praxen mit Patientenempfang)	2.592	12,57 %	18.025	87,43 %

Tabelle 1: Darstellung der Individualisierungsergebnisse im Rahmen der Selbstevaluierung

1.3 DER EVALUIERUNGSPROZESS

Der Evaluierungsprozess gliedert sich organisatorisch in die Phasen der Selbstevaluierung, der Mängelbehebung, der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfungen und der Zertifizierung. Zeitlich bildet der Geltungszeitraum einer QS-VO einen Evaluierungszyklus, der wiederum in Bundesländerwellen unterteilt wird.

1.3.1 Zeitliche Dimension des Evaluierungsprozesses

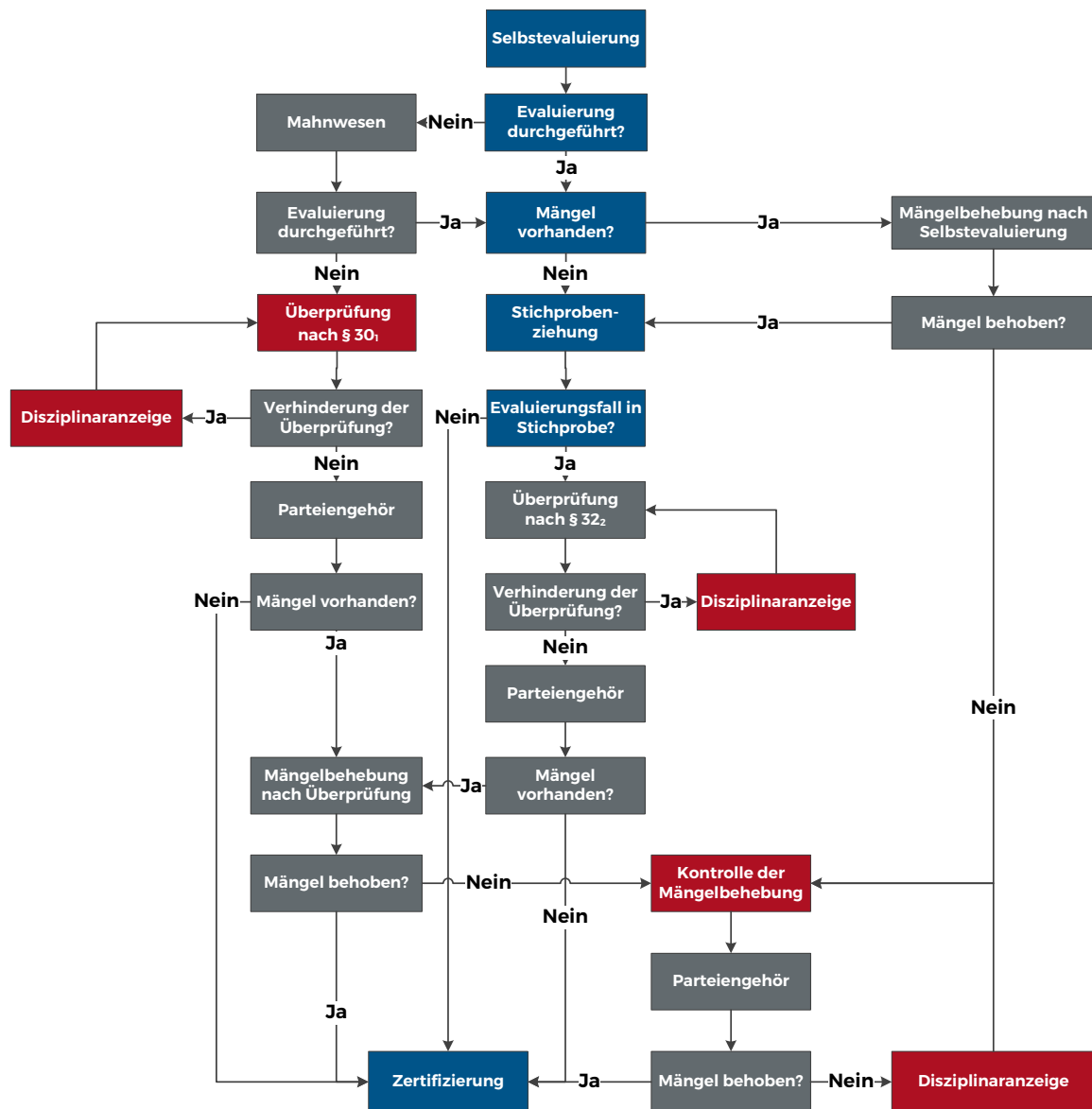
Der dritte Evaluierungszyklus, der der Geltungsdauer der QS-VO 2018 entspricht⁵⁹, hat sich über die Jahre 2018 bis 2022 erstreckt. Aus organisatorischen Gründen wird dieser Zyklus durch die ÖQMED in Wellen unterteilt, wobei jede Welle in etwa ein Jahr dauert. Einzelne Wellen beinhalten ein bis drei Bundesländer, je nach deren Größe. Ziel dieses Vorgehens ist es, die Zahl der pro Jahr zu evaluierenden Praxen in etwa konstant zu halten. Am Ende eines Zyklus werden zusätzlich zum Bundesland noch im gesamten Bundesgebiet alle Ordinationen angeschrieben, die seit dem Stichtag des Datenimports der jeweiligen Bundeslandwelle neu eröffnet haben. Dabei wird von einer Sammelwelle gesprochen. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die zeitliche Gliederung des dritten Evaluierungszyklus.

Welle	Bundesländer	Zeitraum
Welle 1	Niederösterreich und Vorarlberg	2018
Welle 2	Salzburg und Steiermark	2019
Welle 3	Burgenland, Kärnten und Tirol	2020
Welle 4	Wien	2021
Welle 5	Oberösterreich und neu eröffnete Ordinationen	2022

Tabelle 2: Zeitliche Gliederung des dritten Evaluierungszyklus

⁵⁹ Vgl. zur Begriffsdefinition des Evaluierungszyklus § 2 Z4 QS-VO 2018

1.3.2 Gesamtprozessdarstellung der Evaluierung



Legende:



1) Überprüfung aufgrund Nichtdurchführung der Selbstevaluierung
2) Stichprobenüberprüfung

1.3.3 Selbstevaluierung von Ordinationen und Gruppenpraxen

Die eigenständige Beantwortung und damit verbunden die Selbsteinschätzung, ob man als ordinationsführender Arzt, den Qualitätskriterien in der eigenen Praxis entspricht, ist der erste wesentliche Schritt, flächendeckend Qualitätssicherung zu betreiben. „Flächendeckend“ meint hier alle Ordinationen und Gruppenpraxen im gesamten Bundesgebiet. Bemerkenswert ist, welchen Einfluss die Formulierung der gegebenen Optionen auf das Antwortverhalten der Ärztinnen hat.

Bei Entscheidungsfragen wurden in den ersten beiden Zyklen folgende Antwortoptionen gegeben:

- Ja (notwendiger Qualitätsstandard ärztlichen Handelns)
- Nein (löst einen Mängelbehebungsauftrag aus)

Im hier berichteten dritten Zyklus wurde auf die Klammerausdrücke verzichtet, sodass nur Ja und Nein zur Auswahl stehen. Diese sprachliche Neutralisierung hat dazu geführt, dass die Mängelquote, also die Anzahl der Praxen, die eine oder mehrere Fragen mit Nein beantwortet haben, signifikant gestiegen ist. Oder anders ausgedrückt, sich im Vergleich zum Zyklus 1 um das ca. 2,5-Fache vergrößert und verglichen mit Zyklus 2 sogar mehr als verfünffacht hat.

Zyklus	Mängelquote nach der Selbstevaluierung in Prozent
Zyklus 1 2006–2012	7,62 % ⁶⁰
Zyklus 2 2013–2017	3,39 % ⁶¹
Zyklus 3 2018–2022	18,37 %

Tabelle 3: Mängelquote im Vergleich

Diese kleine sprachliche Anpassung hat somit einen erheblichen Beitrag dazu geleistet, dass die Fragen deutlich wahrheitsgemäßer beantwortet wurden und die Aussagekraft der Selbstevaluierung klar gesteigert werden konnte.

⁶⁰ Vgl. Qualitätsbericht 2012: S. 8

⁶¹ Vgl. Qualitätsbericht 2018: S. 16

1.3.3.1 Vor einer Evaluierungswelle

Voraussetzung für den Start der Selbstevaluierung ist das Vorliegen der Stammdaten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie der Gruppenpraxen. Diese werden von der Österreichischen Ärztekammer zur Verfügung gestellt und zu einem bestimmten Stichtag in das elektronische Qualitätsregister der ÖQMED importiert.

Parallel dazu finden in Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern in den betroffenen Bundesländern Infoveranstaltungen für ordinationsführende Ärztinnen und Ärzte statt. Vor der Pandemie wurden diese vor Ort abgehalten, während der Lockdowns und auch in Phasen geringeren epidemischen Risikos wurden die Vorträge bzw. Interviews mit Vertretern der ÖQMED online durchgeführt. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Veranstaltungen.

Informationsveranstaltungen in den Bundesländern	
Niederösterreich	11.04.2018
Vorarlberg	19.04.2018
Salzburg	20.11.2018 und 27.11.2018
Steiermark	06.02.2019 und 27.02.2019
Burgenland	16.01.2020 und 30.01.2020
Kärnten	22.01.2020 und 23.01.2020
Tirol	28.01.2020
Wien	Oktober 2020 bis Februar 2021 online
Oberösterreich	24.11.2021 und 14.12.2021 online

Tabelle 4: Informationsveranstaltungen in den Bundesländern

1.3.3.2 Start der Selbstevaluierung

Den Start jeder Evaluierungswelle bildet die Aussendung der Passwortbriefe. Diese enthalten die Aufforderung zur Evaluierung, werden von der ÖQMED erstellt und an alle zu evaluierenden Ordinationen und Gruppenpraxen versendet. Jeder der ÖQMED gemeldeter Arzt erhält einen eingeschriebenen Brief mit den persönlichen Zugangsdaten zur Online-Selbstevaluierung. Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass auch ein Papierfragebogen angefordert werden kann, wenn keine Möglichkeit zur elektronischen Durchführung der Selbstevaluierung vorhanden ist.

Darüber hinaus wurde eine Broschüre erstellt und dem Brief beigelegt, um den angesprochenen Ärztin den Sinn, den Inhalt und den Ablauf der Selbstevaluierung unmittelbar noch einmal näherzubringen. Dies erfolgte auch mit dem Ziel, das Bewusstsein über die Bedeutung dieser qualitätssichernden Maßnahme zu schärfen.

1.3.3.3 Die Beantwortung des Fragebogens

Nach erfolgter Anmeldung müssen zu Beginn die gemeldeten Fächer bestätigt werden. Gegebenenfalls kann auch eine Reduktion vorgenommen werden, wenn zwar mehrere Fachberechtigungen vorliegen, aber in der Ordination nur ein Fach ausgeübt wird. Die Angabe von aktuellen Kontaktdaten ist verpflichtend und dient der Klärung allfälliger Rückfragen seitens der ÖQMED. Aus diesem Grund werden Telefonnummer und E-Mail-Adresse abgefragt.

Nun startet der eigentliche Fragebogen. Wie in Kapitel „1.2.3 Fragebogenindividualisierung“ beschrieben, individualisiert sich die Zusammensetzung der einzelnen Themen so, dass nur Fragen angezeigt werden, die auf die eigene Ordination auch anwendbar sind.

Sollte die Variante des Papierfragebogens bevorzugt werden, so muss dieser bei der ÖQMED telefonisch angefordert werden. Dies dient vor allem dazu, die Individualisierung vorab durch Abfrage der entsprechenden Eigenschaften durchzuführen. Andererseits aber dazu, hier bereits aktuelle Kontaktdaten zu erfassen, z. B. für den Fall, dass sich die Rücksendung des beantworteten Bogens verzögern sollte. In diesem Fall wird der Fragebogen entsprechend der Eingaben durch Mitarbeiter der ÖQMED vom Qualitätsregister automatisch erstellt und als PDF ausgegeben. Dieses wird ausgedruckt und an die Praxis verschickt.

Entsprechend den Vorgaben der QS-VO 2018 ist die Selbstevaluierung binnen vier Wochen durchzuführen. Die Frist beginnt mit der Zustellung des Passwortbriefes⁶², bei Anforderung eines Papierfragebogens beginnt sie mit dem Tag des Versandes. Das Qualitätsregister verfügt über entsprechende Funktionen zur Eingabe bzw. Nachverfolgung des Fristenlaufes.

Die folgende Tabelle gibt Auskunft über die Verteilung der beiden Varianten jeweils absolut und in Prozent der aktiven Praxen:

Online		Papierfragebogen	
20.574	96,2 %	819	3,8 %

Tabelle 5: Verteilung der Selbstevaluierung auf Online bzw. Papierfragebogen

Die Onlineeingabe kann jederzeit zwischengespeichert und unterbrochen werden, gespeicherte Angaben sind bereits im Qualitätsregister ersichtlich.

Nach Beantwortung aller Fragen muss die Selbstevaluierung online noch durch Klick auf eine entsprechende Schaltfläche formell abgeschlossen werden. Ab diesem Zeitpunkt werden entsprechend der Antworten die weiteren Prozessschritte koordiniert in die Wege geleitet.

Wird die Selbstevaluierung ohne Mängel absolviert, erfolgt im nächsten Schritt die Stichprobenziehung; wurden Mängel angegeben, wird vom Qualitätsregister ein Mängelbehebungsauftrag erstellt.

Wurde die Evaluierung nicht fristgerecht durchgeführt, erfolgt eine neuerliche Aufforderung zur Durchführung der Selbstevaluierung sowie gegebenenfalls eine Vor-Ort-Überprüfung, im Zuge derer die Selbstevaluierung durch einen Qualitätssicherungsbeauftragten der ÖQMED durchgeführt wird. Siehe dazu Kapitel „1.3.7 Sonderfall: Überprüfung wegen Verweigerung der Selbstevaluierung“.

⁶² Vgl. zum Beginn des Fristenlaufes § 30 Abs. 4 Z1 QS-VO 2018 bei Variante Online und Z2 bei Variante Papierfragebogen

1.3.4 Stichprobenartige Vor-Ort-Überprüfungen

Die gesetzlich vorgeschriebene Ordinationsevaluierung erfolgt in einem zweistufigen Prozess. Zuerst wird die Selbstevaluierung anhand des Fragebogens durchgeführt, dessen Inhalte auf Plausibilität geprüft werden. Weiters werden die Ergebnisse der Selbstevaluierung im Rahmen von stichprobenartigen Vor-Ort-Besuchen von niedergelassenen Ärztinnen in ihren Ordinationen und Gruppenpraxen von eigens dafür ausgebildeten Qualitätssicherungsbeauftragten auf ihre Validität überprüft.

1.3.4.1 Die Qualitätssicherungsbeauftragten der ÖQMED

Alle Formen der Vor-Ort-Überprüfungen sind entsprechend der QS-VO 2018⁶³ durch sogenannte Qualitätssicherungsbeauftragte durchzuführen, im Folgenden kurz QS-B genannt. QS-B sind selbst erfahrene Ärztinnen deren hauptberuflicher Schwerpunkt für mindestens fünf Jahre in einer Ordination oder Gruppenpraxis gelegen ist oder nach wie vor liegt.

Darüber hinaus verfügen sie über weitere Qualifikationen und Kenntnisse, die in der Anlage 2 der QS-VO 2018 normiert sind.

- Vertrauenswürdigkeit
- Kenntnisse in
 - rechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere Ärztegesetz 1998, QS-VO 2018, Hygieneverordnung, Medizinproduktegesetz, Medizinproduktebetriebsverordnung, und Gesundheitsqualitätsgesetz.
 - Grundlagen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit,
 - Soziale Kompetenz (Problemlösungstechniken, Moderation, Führung, Auditdurchführung, Gesprächsführung);

Diese Fähigkeiten und Kenntnisse werden jedenfalls im Rahmen von speziellen Schulungen durch die ÖQMED sowie weitere Fachexperten vermittelt.

Österreichweit sind in den Jahren 2018–2022 insgesamt 185 QS-B im Einsatz gewesen, wobei die Verteilung auf die einzelnen Bundesländer teilweise eine Herausforderung bei der Zuteilung dargestellt hat.

⁶³ Vgl. zur Rolle der Qualitätssicherungsbeauftragten § 29 Abs. 1 QS-VO 2018

1.3.4.2 Die Stichprobengröße

Die Zahl der Stichprobenüberprüfungen ist grundsätzlich von der QS-VO 2018 vorgegeben und hat mit Beginn des dritten Evaluierungszyklus sieben Prozent betragen.

Im Zuge von Verhandlungen zwischen dem Gesundheitsministerium, der ÖÄK und Vertretern von Patienteninteressen wurde jedoch im Jänner 2019 vereinbart, die Stichprobengröße sukzessive auf schlussendlich neun Prozent im Jahr 2022 zu erhöhen.

1.3.4.3 Die Stichprobenziehung

Die Ziehung der Stichprobe erfolgt durch einen elektronischen Zufallsgenerator, der im Qualitätsregister der ÖQMED einprogrammiert ist. In die Ziehung fallen alle Ordinationen und Gruppenpraxen, die zum Zeitpunkt der jeweiligen Auslosung mangelfrei sind. Entweder wurde die Selbstevaluierung mangelfrei abgeschlossen oder der Mängelhebungsauftrag wurde bereits erfüllt. Es gibt keine Möglichkeit durch Mitarbeiter der ÖQMED, in diese Ziehung einzugreifen.

Nach jeder Ziehung erhalten diejenigen Praxen, die nicht ausgewählt wurden, automatisch einen entsprechenden Vermerk, sodass einerseits der Zufallsgenerator diese Ordinationen nicht erneut in die Grundgesamtheit einer weiteren Stichprobe aufnimmt und andererseits softwareseitig eine Zertifizierung möglich ist. Durch dieses Verfahren wird sichergestellt, dass die Wahrscheinlichkeit, in die Stichprobe zu fallen, für jede Praxis gleich hoch ist.

Nach Ziehung der Überprüfungsaufträge werden diese den Qualitätssicherungsbeauftragten der ÖQMED zugeteilt, die dann direkt mit den jeweiligen Ärztinnen Kontakt aufnehmen und einen Termin für einen Überprüfungsbesuch koordinieren. Die zu Überprüfenden erhalten wiederum ein Schreiben der ÖQMED mit der Information, dass sie in die Stichprobe gefallen sind und dass sich ein QS-B bei ihnen zwecks Terminvereinbarung melden wird. Darüber hinaus erhalten sie eine Checkliste, welche Dokumente bei der Überprüfung parat gehalten werden sollten. Bei dem Termin hat die Ärztin – oder im Fall von Gruppenpraxen, mindestens ein Gesellschafter – anwesend zu sein. Überprüfungen nehmen durchschnittlich eine Stunde Zeit in Anspruch.

1.3.4.4 Protokollierung und Weiterverarbeitung der Ergebnisse

Die Protokollierung der Ergebnisse erfolgt durch die QS-B entweder online, analog zur Selbstevaluierung oder mittels vorab angeforderter Papierformulare. Diese unterscheiden sich grundsätzlich von denen der Selbstevaluierung dadurch, dass alle Fragen aufgedruckt sind, d. h., auch jene, die durch die Individualisierung ursprünglich nicht beantwortet wurden. Da sich aber Eigenschaften der Praxis zwischenzeitlich geändert haben könnten, haben QS-B bei Protokollierung auf Papier die Möglichkeit, selbst zu entscheiden, ob gegebenenfalls Fragen ergänzt werden müssen. Wenn die Aufzeichnung online erfolgt, übernimmt wieder das Qualitätsregister diese Aufgabe. In jedem Fall werden den QS-B die Angaben aus der Selbstevaluierung angezeigt und sie können somit entweder bestätigt oder abweichend beantwortet werden.

Nach Abschluss der Vor-Ort-Überprüfung werden die Ergebnisse von der ÖQMED gesichtet und gegebenenfalls Rückfragen an die QS-B gestellt. Sodann wird eine Protokollabschrift erstellt und den überprüften Ärzten zugesendet. Dies geschieht vor allem mit dem Hintergrund, dass die Überprüften das Recht haben, binnen 14 Tagen eine Stellungnahme zum Protokoll abzugeben⁶⁴.

Werden im Zuge des Vor-Ort-Besuches Mängel evident, wird ein Mängelbehebungsauftrag erstellt und an die jeweilige Ordination bzw. Gruppenpraxis übermittelt.

Wird der Überprüfungsbesuch ohne Mängel abgeschlossen, so kann die Ordination bzw. Gruppenpraxis im nächsten Schritt zertifiziert werden.

1.3.5 Mängelbehebungsaufträge

Werden im Zuge der Selbstevaluierung oder der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung Mängel evident, erhalten betroffene Ordinationen und Gruppenpraxen einen eingeschrieben versandten Mängelbehebungsauftrag (MBA), der die zu behebenden Mängel auflistet und erläutert, wie die jeweilige Mängelbehebung gegenüber der ÖQMED nachgewiesen werden muss.

⁶⁴ Vgl. zum Stellungnahmerecht § 33 Abs. 5 QS-VO 2018

Die Frist zur Mängelbehebung beträgt nach Ausstellung eines MBAs in der Regel vier Wochen. Die Mängelbehebung kann durch den Nachweis von geforderten Unterlagen, Rechnungen oder durch Fotodokumentation erfolgen. In besonderen Fällen kann die ÖQMED eine kürzere oder längere Frist festlegen⁶⁵. Dies ist insbesondere dann notwendig, wenn z. B. die Sicherheit der Patientinnen nicht vollumfänglich gewährleistet werden kann, aber noch keine unmittelbare Gefahr in Verzug festgestellt wurde.

Werden alle Mängel nachweislich behoben, kann die Praxis im nächsten Schritt in die Grundgesamtheit der Stichprobenziehung für Vor-Ort-Überprüfungen aufgenommen werden. Ist der MBA nach einer Überprüfung ausgestellt worden, kann im nächsten Schritt die Zertifizierung erfolgen.

1.3.6 Kontrolle der Mängelbehebung

Wurden die Mängel nicht vollständig, nicht eindeutig oder gar nicht behoben, wird eine Kontrolle der Mängelbehebung initiiert. Der betreffende Arzt wird schriftlich über den bevorstehenden Kontrollbesuch in Kenntnis gesetzt. Handelt es sich um eine Praxis mit Kassenverträgen, wird auch der Dachverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger darüber informiert. Dieser kanalisiert die Information an die Vertragspartner der Praxis, welche wiederum ein Teilnahmerecht haben.⁶⁶

Die Praxis wird von einer QS-B besucht und die Situation hinsichtlich der Mängel vor Ort geprüft. Darüber hinaus können auch weitere Kriterien der QS-VO 2018 kontrolliert werden. Stellt sich die Praxis nun als mangelfrei heraus, kann sie zertifiziert werden.

Bestehen die Mängel aber weiterhin, muss eine Anzeige beim Disziplinaranwalt der Österreichischen Ärztekammer erstattet werden. Diesfalls wird das Evaluierungsverfahren bei der ÖQMED solange unterbrochen, bis eine rechtskräftige Disziplinarerkenntnis vorliegt, und dann wieder aufgenommen.⁶⁷

⁶⁵ Vgl. zur Mängelbehebungsfrist § 35 Abs. 2 Z3 QS-VO 2018

⁶⁶ Vgl. zum Kontrollbesuch allgemein und dem Teilnahmerecht der Vertragspartner § 36 QS-VO 2018

⁶⁷ Vgl. zur Unterbrechung des Kontrollbesuchs durch Disziplinaranzeige § 37 QS-VO 2018

1.3.7 Sonderfall: Überprüfung wegen Verweigerung der Selbstevaluierung

Überprüfungsbesuche werden auch dann durchgeführt, wenn eine Arzt die Selbstevaluierung trotz mehrmaliger Aufforderung nicht durchführt. Diese Vor-Ort-Überprüfungen werden ebenfalls von QS-B der ÖQMED vorgenommen und entsprechen im Wesentlichen dem Ablauf bei stichprobenartigen Überprüfungen (siehe dazu das Kapitel „1.3.4 Stichprobenartige Vor-Ort-Überprüfungen“). Sollte die Überprüfung keinen Mangel ergeben, kann die betreffende Ordination oder die Gruppenpraxis zertifiziert werden. Falls Mängel vorliegen sollten, beginnt das Mängelbehebungsverfahren ebenso analog zum Ablauf nach Stichproben-Überprüfungen.

1.3.8 Abschluss des Evaluierungsverfahrens

Das Qualitätssicherungsverfahren wird durch Zertifizierung der evaluierten Ordination oder Gruppenpraxis abgeschlossen.

Die Erstattung einer Disziplinaranzeige bei der Österreichischen Ärztekammer schließt das Verfahren nicht ab, sondern unterbricht es nur. Sobald eine rechtskräftige Erkenntnis vorliegt, wird das Verfahren wieder aufgenommen.

Gründe für das Erstellen einer Anzeige beim Disziplinaranwalt der Österreichischen Ärztekammer sind die Verweigerung der Selbstevaluierung, die Verweigerung der Mängelbehebung nach Selbstevaluierung, die Verweigerung des Überprüfungsbesuches sowie die Verweigerung der Mängelbehebung nach Überprüfung.

1.4 DAS QUALITÄTSREGISTER DER ÖQMED

Zentrales Werkzeug der ÖQMED zur Abwicklung des gesamten Evaluierungsprozesses ist das sogenannte Qualitätsregister. Dabei handelt es sich um eine relationale Datenbank, die einerseits den Mitarbeiterinnen der ÖQMED über ein Backend die Möglichkeit gibt, sämtliche evaluierungsrelevante Daten und Prozessschritte zu überwachen und zu steuern, und andererseits über ein Internetportal Ärzten die Möglichkeit gibt, die Selbstevaluierung online durchzuführen. Qualitätssicherungsbeauftragte haben darüber hinaus zusätzlich die Möglichkeit, Überprüfungsbesuche zu protokollieren.

Die beiden Zugangsmöglichkeiten sind durch verschiedene Sicherheitssysteme geschützt. Um die eigene Selbstevaluierung online aufrufen zu können, müssen sich Ärztinnen sowie Gruppenpraxen mit ihren SSO-Zugangsdaten anmelden.

Das SSO ist ein Loginsystem der Österreichischen Ärztekammer, welches es ärztlichen, aber auch nicht-ärztlichen Usern ermöglicht, eine Vielzahl von passwortgeschützten Online-Diensten mit nur einem Benutzernamen und Passwort nutzen zu können.

Das Backend wiederum ist ausschließlich aus dem Büro der ÖQMED erreichbar. Dies wird sichergestellt durch eine serverseitige IP-Beschränkung, d. h., das Backend kann nur aus einem bestimmten IP-Adressbereich aufgerufen werden, jenem der ÖQMED. Sämtliche Systeme werden permanent von IT-Technikpersonal überwacht und nötige Sicherheitsupdates bei Verfügbarkeit eingespielt.

Das Qualitätsregister erstellt des Weiteren die allermeisten Drucksorten, wie diverse Briefe, Ankündigungsschreiben von Überprüfungen, Formulare zur Selbstevaluierung und zur Überprüfung sowie Mängelbehebungsaufträge, vollautomatisch, sodass diese nur mehr ausgedruckt und versendet werden müssen.

Darüber hinaus fungiert das Qualitätsregister als eine Art Datendrehscheibe zur DSGVO-konformen Kommunikation, insbesondere, wenn digitale Dokumente mit personenbezogenen Inhalten ausgetauscht werden sollen.

Für den dritten Evaluierungszyklus wurde das Qualitätsregister von Grund auf neu programmiert, um den damaligen Entwicklungsstand in der Informationstechnologie voll nutzen zu können.

1.5 ÄNDERUNGEN ZUM ZYKLUS 2

Aufgrund der Erfahrungen, die die ÖQMED im Zuge der Abwicklung der gesetzlichen Evaluierung gesammelt hat, ist es zu einigen Änderungen im Verfahren gekommen. Im Folgenden werden die wesentlichen Punkte dargestellt.

1.5.1 Neuerungen in der Selbstevaluierung

Der Evaluierungsfragebogen beinhaltete in der Vergangenheit einige Fragen, die im Zuge der Selbstevaluierung sehr selten oder nie mit Nein beantwortet wurden und inhaltlich als selbstverständlich für die Ordinationsführung zu betrachten sind. Aufgrund dessen wurden jene Punkte im Selbstevaluierungsbogen zusammengefasst und werden nun mit einer einzigen Antwort bestätigt. Der Vollständigkeit halber müssen diese Punkte aber bei der Überprüfung vor Ort einzeln bestätigt werden.

1.5.2 Ausstattungslisten

Die QS-VO 2018 brachte unter anderem Änderungen hinsichtlich der verpflichtenden Grundausrüstung und der Fächer mit sich.

Die verpflichtende Grundausrüstung wurde auf medizinisch wesentliche Funktionsbeschreibungen reduziert. So ist nunmehr nicht flächendeckend ein RR-Messgerät vorgeschrieben, sondern die allgemeine „Möglichkeit zur Erhebung der Anamnese und des klinischen Status“.

Das standardmäßige Leistungsspektrum verlangt nun sämtliche fachspezifischen Ausstattungsmerkmale. Sollten einzelne Merkmale nicht vorhanden sein, muss die Ordination im definierten Leistungsspektrum evaluiert werden. In den ersten beiden Zyklen war in diesem Fall ein Freitextfeld auszufüllen, um zu beschreiben, welche Leistungen in der Praxis erbracht werden und welche Ausstattungsmerkmale hierzu erforderlich sind. Die schiere Masse an Selbstevaluierungen hat eine flächendeckende Sichtung und Beurteilung der gegebenen Antworten mit den begrenzten personellen Mitteln der ÖQMED unmöglich gemacht. Deshalb wurde im dritten Zyklus auch im definierten Leistungsspektrum die fachspezifische Ausstattungsliste zur Beantwortung angezeigt, wobei die Selbstevaluierung nur abgeschlossen werden kann, wenn zumindest eines dieser Merkmale ausgewählt wurde.

Im Übrigen sind die Fächer und Sonderfächer entsprechend der neuen Ärzte-Ausbildungsordnung mit entsprechenden Ausstattungslisten gegliedert.

1.5.3 Hygiene

Dem Thema Hygienemanagement und Einhaltung der Vorgaben der Hygieneverordnung der ÖÄK wurde im Fragebogen eine wesentlich breitere Stellung eingeräumt. Aufgrund der Erfahrungen aus Beratungsgesprächen konnte die ÖQMED einen erheblichen Informationsbedarf seitens der niedergelassenen Ärzteschaft feststellen, welche Bestimmungen der Hygieneverordnung in der eigenen Praxis einzuhalten sind. Im Fragebogen werden nun anhand weniger Individualisierungsfragen genau jene Aspekte der Hygieneverordnung ermittelt, die in der entsprechenden Ordination zu berücksichtigen sind. Dadurch kann einerseits viel genauer ermittelt werden, welcher Art etwaige Mängel im Hygienemanagement und wie gravierend diese sind. Andererseits erhalten praxisführende Ärzte automatisiert punktgenaue Information zu einem ansonsten recht komplexen Bereich.

2. ERGEBNISSE DER EVALUIERUNG

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Evaluierung im Detail dargestellt. Der erste Abschnitt beinhaltet einen Überblick über die Anzahl der evaluierten Praxen österreichweit und in den Bundesländern sowie die diesbezügliche Beurteilung, die Anzahl der stichprobenartig überprüften Praxen sowie deren Beurteilung; darüber hinaus Zahlen zu Kontrollbesuchen, Besuchen aufgrund Verweigerung der Selbstevaluierung sowie daraus folgende Disziplinaranzeigen.

Im zweiten Teil wird jede einzelne Frage sowie deren Beantwortung im Zuge von Selbstevaluierung und stichprobenartigen Vor-Ort-Besuchen abgebildet. Es wird erläutert, wie der entsprechende Mangel behoben und wie dies gegenüber der ÖQMED nachgewiesen werden kann. Soweit entsprechende Daten verfügbar sind, wird auch dargelegt, warum es zu einer Häufung negativer Beantwortungen gekommen ist.

Spezifische Überprüfungen, deren Auslöser, Verläufe und Ergebnisse werden im Kapitel 4 „Spezifische Überprüfungen“ im Detail beleuchtet.

Eine Darstellung der gesetzten Verfahrensschritte und Maßnahmen bei Fällen in denen Gefahr im Verzug nicht ausgeschlossen werden konnte finden sich in Kapitel 5 „Gefahr im Verzug“. Fälle, die durch eine Disziplinaranzeige unterbrochen wurden, finden sich in Kapitel 6 „Disziplinaranzeigen“.

2.1 ÜBERBLICK

2.1.1 Österreich

Die ÖQMED hat seit Beginn des dritten Evaluierungszyklus österreichweit insgesamt 23.788 Ordinationen und Gruppenpraxen angeschrieben und zur Durchführung der Selbstevaluierung aufgefordert. Nachdem nicht jede gemeldete Praxis tatsächlich in Betrieb ist, werden einige aufgrund der Aufforderung zur Durchführung der Selbstevaluierung bei der jeweiligen Landesärztekammer abgemeldet und formell geschlossen. Dies wurde in 2.395 Fällen durchgeführt und entspricht ca. 10 Prozent der ursprünglich angeschriebenen Niederlassungen. Somit führt das Qualitätsregister der ÖQMED 21.393 aktive und somit im Zeitraum zwischen Anschreiben und Zertifizieren evaluierungspflichtige Ordinationen und Gruppenpraxen. Sofern Praxen nach diesem Zeitraum abgemeldet werden, wird dies im Qualitätsregister der ÖQMED nicht mehr berücksichtigt.

Als Grundlage und Grundgesamtheit der folgenden Werte wird nun zumeist die Zahl der aktiven Praxen, also 21.389 herangezogen. Die Ergebnisse zeigen grundsätzlich, wie schon in Kapitel „1.5.1 Neuerungen in der Selbstevaluierung“ erwähnt, dass durch die geänderte Formulierung der Antwortoptionen die Zahl der Praxen, die eine oder mehrere Fragen mit Nein beantwortet haben, im Vergleich zu den vorangegangenen Zyklen massiv auf 4.452 gestiegen ist. Die stichprobenartige Vor-Ort-Überprüfung der Angaben aus der Selbstevaluierung hat in 1.697 Praxen stattgefunden, wobei diese in 176 Fällen Mängel aufwiesen.

Übersicht					
Während Evaluierung aktiv	21.389	89,92 %	➔ Kennzahlen reguläres Verfahren		
Vor Abschluss abgemeldet	2.399	10,08 %	Verfahren noch offen	83	0,39 %
Summe Ordinationen	23.788		Zertifiziert	21.282	99,5 %
			MBA Selbstevaluierung	3.930	18,37 %
			Stichproben-Besuche	1.689	7,9 %
Resultate Stichprobenüberprüfungen					
MBA nach Stichprobe	160	9,47 %			

Tabelle 6: Überblick Regelevaluierung Österreich

Außerordentliche Prozessschritte		
Besuche nach § 30 QS-VO 2018	26	0,12 %
Kontrollbesuche	13	0,06 %
Disziplinaranzeigen	9	0,04 %

Tabelle 7: Überblick außerordentliche Prozessschritte resultierend aus der Regelevaluierung Österreich

2.1.2 Burgenland

Im Burgenland wurden in den Jahren 2020 und 2022 in Summe 747 Ordinationen und Gruppenpraxen angeschrieben, wovon 87 vor Abschluss des Evaluierungsverfahrens abgemeldet wurden. Von den 660 aktiven Praxen haben 103 Mängel im Zuge der Selbstevaluierung angegeben. Es wurden 54 stichprobenartige Vor-Ort-Besuche durchgeführt, wobei von den Qualitätssicherungs-Beauftragten keine Mängel festgestellt wurden.

2.1.2.1 Wesentliche Evaluierungskennzahlen

Übersicht					
Während Evaluierung aktiv	660	88,35 %	→ Kennzahlen reguläres Verfahren		
Vor Abschluss abgemeldet	87	11,65 %	Verfahren noch offen	1	0,15 %
Summe Ordinationen	747		Zertifiziert	659	99,85 %
			MBA Selbstevaluierung	103	15,61 %
			← Stichproben-Besuche	54	8,18 %
Resultate Stichprobenüberprüfungen					
MBA nach Stichprobe	160	9,47 %			

Tabelle 8: Überblick Regelevaluierung Burgenland

Außerordentliche Prozessschritte		
Besuche nach § 30 QS-VO 2018	0	0 %
Kontrollbesuche	1	0,15 %
Disziplinaranzeigen	0	0 %

Tabelle 9: Überblick außerordentliche Prozessschritte resultierend aus der Regelevaluierung Burgenland

2.1.3 Kärnten

Die Evaluierung wurde in Kärnten in den Jahren 2020 und 2022 durchgeführt, wobei 1.462 Praxen angeschrieben wurden. Davon wurden 166 während des laufenden Evaluierungsverfahrens abgemeldet. Somit haben 1.296 Praxen das Verfahren durchlaufen. Aufgrund der Selbstevaluierung erhielten 301 Praxen einen Mängelbehebungsauftrag. Stichprobenartige Vor-Ort-Besuche wurden in 94 Praxen durchgeführt, wobei in acht Fällen Mängel festgestellt wurden.

2.1.3.1 Wesentliche Evaluierungskennzahlen Kärnten

Übersicht					
Während Evaluierung aktiv	1.296	88,65 %	➔ Kennzahlen reguläres Verfahren		
Vor Abschluss abgemeldet	166	11,35 %	Verfahren noch offen	1	0,08 %
Summe Ordinationen	1.462		Zertifiziert	1.295	99,92 %
			MBA Selbstevaluierung	300	23,15 %
Resultate Stichprobenüberprüfungen			➔ Stichproben-Besuche	94	7,25 %
MBA nach Stichprobe	160	9,47 %			

Tabelle 10: Überblick Regelevaluierung Kärnten

Außerordentliche Prozessschritte		
Besuche nach § 30 QS-VO 2018	0	0 %
Kontrollbesuche	1	0,08 %
Disziplinaranzeigen	0	0 %

Tabelle 11: Überblick außerordentliche Prozessschritte resultierend aus der Regelevaluierung Kärnten

2.1.4 Niederösterreich

Im Bundesland Niederösterreich erhielten in den Jahren 2018 und 2022 4.861 Ordinationen und Gruppenpraxen den eingeschriebenen Brief der ÖQMED. Bis zum Ende des jeweiligen Evaluierungsverfahrens wurden davon 492 Praxen abgemeldet. Von den somit 4.369 aktiven Praxen wurde in 849 Fällen ein oder mehrere Mängel bei der Selbstevaluierung angegeben. Stichprobenartig wurden 317 Praxen visitiert, wobei in 36 Niederlassungen Mängel evident wurden.

2.1.4.1 Wesentliche Evaluierungskennzahlen

Übersicht					
Während Evaluierung aktiv	4.369	89,88 %	➔ Kennzahlen reguläres Verfahren		
Vor Abschluss abgemeldet	492	10,12 %	Verfahren noch offen	18	0,41 %
Summe Ordinationen	4.861		Zertifiziert	4.351	99,59 %
			MBA Selbstevaluierung	849	19,43 %
Resultate Stichprobenüberprüfungen			➔ Stichproben-Besuche	317	7,26 %
MBA nach Stichprobe	36	11,36 %			

Tabelle 12: Überblick Regelevaluierung Niederösterreich

Außerordentliche Prozessschritte

Besuche nach § 30 QS-VO 2018	4	0,09 %
Kontrollbesuche	1	0,02 %
Disziplinaranzeigen	1	0,02 %

Tabelle 13: Überblick außerordentliche Prozessschritte resultierend aus der Regelevaluierung Niederösterreich

2.1.5 Oberösterreich

Das Bundesland Oberösterreich nimmt insofern eine Sonderstellung ein, als dass es im Jahr 2022 gemeinsam mit allen seit der jeweiligen Welle neu eröffneten Praxen in den anderen Bundesländern zur Evaluierung anstand. Von den 2.654 angeschriebenen Praxen in Oberösterreich wurden vor Abschluss der Evaluierung 247 abgemeldet. In 363 übermittelten Selbstevaluierungen wurden Mängel bekanntgegeben. 225 Praxen wurden stichprobenartig vor Ort geprüft.

2.1.5.1 Wesentliche Evaluierungskennzahlen

Übersicht

Während Evaluierung aktiv	2.407	90,69 %	→ Kennzahlen reguläres Verfahren		
Vor Abschluss abgemeldet	247	9,31 %		Verfahren noch offen	24 1 %
Summe Ordinationen	2.654			Zertifiziert	2.383 99 %
				MBA Selbstevaluierung	363 15,08 %
Resultate Stichprobenüberprüfungen			← Stichproben-Besuche		
MBA nach Stichprobe	20	8,89 %			225 9,35 %

Tabelle 14: Überblick Regelevaluierung Oberösterreich

Außerordentliche Prozessschritte

Besuche nach § 30 QS-VO 2018	0	0 %
Kontrollbesuche	1	0,04 %
Disziplinaranzeigen	0	0 %

Tabelle 15: Überblick außerordentliche Prozessschritte resultierend aus der Regelevaluierung Oberösterreich

2.1.6 Salzburg

In den Jahren 2019 und 2022 wurden in Salzburg 1.668 Ordinationen und Gruppenpraxen von der ÖQMED angeschrieben. In 141 Fällen wurde die Praxis vor Abschluss der Evaluierung abgemeldet, sodass 1.527 Praxen das Verfahren durchliefen. Die Aufforderung zur Mängelbehebung haben davon 294 Ordinationen erhalten. Qualitätssicherungs-Beauftragte haben 108 ärztliche Niederlassungen stichprobenartig besucht und dabei 16 Standorte mit Mängeln identifiziert.

2.1.6.1 Wesentliche Evaluierungskennzahlen

Übersicht					
Während Evaluierung aktiv	1.527	91,55 %	→ Kennzahlen reguläres Verfahren		
Vor Abschluss abgemeldet	141	8,45 %	Verfahren noch offen	9	0,59 %
Summe Ordinationen	1.668		Zertifiziert	1.518	99,41 %
			MBA Selbstevaluierung	294	19,25 %
			← Stichproben-Besuche	108	7,07 %
Resultate Stichprobenüberprüfungen					
MBA nach Stichprobe	16	14,81 %			

Tabelle 16: Überblick Regelevaluierung Salzburg

Außerordentliche Prozessschritte		
Besuche nach § 30 QS-VO 2018	4	0,26 %
Kontrollbesuche	3	0,20 %
Disziplinaranzeigen	3	0,20 %

Tabelle 17: Überblick außerordentliche Prozessschritte resultierend aus der Regelevaluierung Salzburg

2.1.7 Steiermark

Die Ordinationen und Gruppenpraxen in der Steiermark wurden ebenfalls in den Jahren 2019 und 2022 aufgefordert, die Selbstevaluierung durchzuführen. Von den 3.135 angeschriebenen Niederlassungen wurden 202 abgemeldet, sodass für 2.933 Praxen die Evaluierungspflicht bestand. Aufträge zur Beseitigung von Mängeln wurden in 628 Fällen erteilt und 218 Praxen stichprobenartig visitiert. Dies hatte acht Mängelbehebungsaufträge zur Folge.

2.1.7.1 Wesentliche Evaluierungskennzahlen

Übersicht					
Während Evaluierung aktiv	2.933	93,56 %	→ Kennzahlen reguläres Verfahren		
Vor Abschluss abgemeldet	202	6,44 %	Verfahren noch offen	12	0,41 %
Summe Ordinationen	3.135		Zertifiziert	2.921	99,59 %
			MBA Selbstevaluierung	628	21,41 %
Resultate Stichprobenüberprüfungen			← Stichproben-Besuche	218	7,43 %
MBA nach Stichprobe	8	3,67 %			

Tabelle 18: Überblick Regelevaluierung Steiermark

Außerordentliche Prozessschritte		
Besuche nach § 30 QS-VO 2018	12	0,41 %
Kontrollbesuche	0	0 %
Disziplinaranzeigen	1	0,03 %

Tabelle 19: Überblick außerordentliche Prozessschritte resultierend aus der Regelevaluierung Steiermark

2.1.8 Tirol

In Tirol wurden in den Jahren 2020 und 2022 zusammen 1.827 Ordinationen und Gruppenpraxen angeschrieben, wovon 123 vor Abschluss des Evaluierungsverfahrens abgemeldet wurden. Von den 1.704 aktiven Praxen haben 331 Mängel im Zuge der Selbstevaluierung angegeben. Es wurden 129 stichprobenartige Vor-Ort-Besuche durchgeführt, wobei von den Qualitätssicherungs-Beauftragten in vier Standorten Mängel festgestellt wurden.

2.1.8.1 Wesentliche Evaluierungskennzahlen

Übersicht					
Während Evaluierung aktiv	1.704	93,27 %	→ Kennzahlen reguläres Verfahren		
Vor Abschluss abgemeldet	123	6,73 %	Verfahren noch offen	3	0,18 %
Summe Ordinationen	1.827		Zertifiziert	1.701	99,82 %
			MBA Selbstevaluierung	331	19,42 %
Resultate Stichprobenüberprüfungen			← Stichproben-Besuche	129	7,57 %
MBA nach Stichprobe	4	3,10 %			

Tabelle 20: Überblick Regelevaluierung Tirol

Außerordentliche Prozessschritte

Besuche nach § 30 QS-VO 2018	0	0 %
Kontrollbesuche	0	0 %
Disziplinaranzeigen	0	0 %

Tabelle 21: Überblick außerordentliche Prozessschritte resultierend aus der Regelevaluierung Tirol

2.1.9 Vorarlberg

Die Evaluierung der Ordinationen und Gruppenpraxen wurde in Vorarlberg in den Jahren 2018 und 2022 durchgeführt. 869 Ordinationen und Gruppenpraxen wurden angeschrieben, davon wurden 43 während des laufenden Evaluierungsverfahrens abgemeldet. Somit haben 826 Praxen das Verfahren durchlaufen. 186 Praxen erhielten einen Mängelbehebungsauftrag. Stichprobenartig wurden 70 Praxen besucht, wobei in zwei Fällen Mängel festgestellt wurden.

2.1.9.1 Wesentliche Evaluierungskennzahlen

Übersicht

Während Evaluierung aktiv	826	95,05 %	→ Kennzahlen reguläres Verfahren		
Vor Abschluss abgemeldet	43	4,95 %	Verfahren noch offen	2	0,24 %
Summe Ordinationen	869		Zertifiziert	824	99,76 %
			MBA Selbstevaluierung	186	22,52 %
Resultate Stichprobenüberprüfungen			← Stichproben-Besuche	70	8,47 %
MBA nach Stichprobe	2	2,86 %			

Tabelle 22: Überblick Regelevaluierung Vorarlberg

Außerordentliche Prozessschritte

Besuche nach § 30 QS-VO 2018	3	0,36 %
Kontrollbesuche	1	0,12 %
Disziplinaranzeigen	4	0,48 %

Tabelle 23: Überblick außerordentliche Prozessschritte resultierend aus der Regelevaluierung Vorarlberg

2.1.10 Wien

In den Jahren 2021 und 2022 wurden in Wien 6.565 Ordinationen und Gruppenpraxen angeschrieben. In 914 Fällen wurde die Praxis vor Abschluss der Evaluierung abgemeldet, sodass 5.651 aktive evaluierungspflichtige Praxen das Verfahren durchliefen. Die Aufforderung zur Mängelbehebung haben davon 876 Ordinationen erhalten. Es wurden 474 ärztliche Niederlassungen in Wien stichprobenartig besucht und dabei 66 Standorte mit Mängeln identifiziert.

2.1.10.1 Wesentliche Evaluierungskennzahlen

Übersicht					
Während Evaluierung aktiv	5.651	86,08 %	→ Kennzahlen reguläres Verfahren		
Vor Abschluss abgemeldet	914	13,92 %	Verfahren noch offen	20	0,35 %
Summe Ordinationen	6.565		Zertifiziert	5.631	99,65 %
			MBA Selbstevaluierung	876	15,50 %
Resultate Stichprobenüberprüfungen			← Stichproben-Besuche	474	8,39 %
MBA nach Stichprobe	66	13,92 %			

Tabelle 24: Überblick Regelevaluierung Wien

Außerordentliche Prozessschritte		
Besuche nach § 30 QS-VO 2018	3	0,05 %
Kontrollbesuche	5	0,09 %
Disziplinaranzeigen	0	0 %

Tabelle 25: Überblick außerordentliche Prozessschritte resultierend aus der Regelevaluierung Wien

2.2 DARSTELLUNG DER EINZELNEN FRAGEN UND IHRER BEANTWORTUNG

2.2.1 Einführung

Das Kapitel stellt die Ergebnisse der Selbstevaluierung sowie der stichprobenartigen Vor-Ort-Besuche in Ordinationen und Gruppenpraxen für jede einzelne Frage dar. Grundlage für die Datenerhebung sind die zertifizierten Evaluierungsfälle. Abgebrochene Fälle oder solche, die bspw. aufgrund einer Disziplinaranzeige noch nicht abgeschlossen wurden, sind nicht in der Auswertung enthalten.

Die Ergebnisse werden nur auf Bundesebene dargestellt, da die Ergebnisse in den Bundesländern statistisch nicht davon abweichen und im Sinne der Aussage kein Vergleich zwischen einzelnen Bundesländern angestrebt werden soll.

Weiters enthält das Kapitel zu jeder Frage die von der ÖQMED standardmäßig verwendete Formulierung, die beschreibt, was zu tun ist, um die Mängelbehebung nachzuweisen. Selbstverständlich kann im Einzelnen von diesen Standardtexten abgewichen werden, wenn z. B. im Zuge einer Überprüfung nähere Details bekannt sind, die für die Mangellage vor Ort wesentlich sind. Nicht zuletzt werden weitere Informationen, wie z. B. die Individualisierungseigenschaften, angeführt.

2.2.2 Grundsätze guter Ordinationsführung

Frage 1.1 Die Räumlichkeiten der Ordination oder Gruppenpraxis sind in Größe und Anzahl der Einzelräume sowie in der Ausstattung so gestaltet, dass sie den medizinischen und administrativen Anforderungen des angebotenen Leistungsspektrums gerecht werden.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	21.220	99,71 %	62	0,29 %	0	0 %

Tabelle 26: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 1.1

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Die Frage wurde bei keiner stichprobenartigen Überprüfung mit *Nein* oder *nicht zutreffend* beantwortet.

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Eine Anpassung kann bspw. durch Reduktion des Leistungsspektrums oder durch Erweiterung der Ordinationsräume erfolgen. Die getroffenen Maßnahmen sind im Zuge der Mängelbehebung schriftlich darzulegen.

Weitere Informationen

Die Frage muss von jeder Praxis ungeachtet jeglicher Individualisierungen beantwortet werden.

Frage 1.2 Während der deklarierten Öffnungszeiten sind Ansprechpersonen für Patientinnen (ordinationsführender Arzt oder Mitarbeiterin) in der Ordination anwesend und persönlich oder telefonisch erreichbar.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.555	96,58 %	62	0,29 %	665	3,12 %

Tabelle 27: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 1.2

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.640	97,10 %	0	0 %	49	2,9 %

Tabelle 28: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 1.2

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Durch entsprechende schriftliche Stellenbeschreibungen bzw. Arbeitsanweisungen kann sichergestellt werden, dass ausreichend Personal vorhanden ist. Entsprechende Dokumente sind in Kopie an die ÖQMED zu übermitteln.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 1.3 Bei Abwesenheit des Arztes wird den Patientinnen entsprechend den Kassenverträgen und Verträgen mit Krankenfürsorgeanstalten die Erreichbarkeit einer ärztlichen Vertretung oder ein verlässlicher Kontakt, wo man die Vertretung erfahren kann, in geeigneter Form bekanntgegeben. Ärzten ohne Kassenvertrag oder Vertrag mit einer Krankenfürsorgeanstalt geben längere Abwesenheiten bekannt.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.547	96,55 %	70	0,33 %	665	3,12 %

Tabelle 29: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 1.3

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.639	97,04 %	1	0,06 %	49	2,9 %

Tabelle 30: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 1.3

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Durch Ansagen am Anrufbeantworter, Bekanntgabe eines Kontaktes, wo man die Vertretung erfahren kann und/oder Hinweis am Ordinationsschild kann die Information über ärztliche Vertretungen erfolgen. Die zukünftige Handhabung der Informationsweitergabe ist zu beschreiben.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 1.4 Patientinnen mit akuten Beschwerden erhalten je nach ihren dargestellten Symptomen oder der dargestellten Sachlage kurzfristig einen Termin oder werden – wenn erforderlich – an eine Vertretung, eine Ambulanz oder einen Ärztenotdienst verwiesen.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.554	96,58 %	63	0,30 %	665	3,12 %

Tabelle 31: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 1.4

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.639	97,04 %	1	0,06 %	49	2,9 %

Tabelle 32: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 1.4

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Sollte administratives oder medizinisches Personal in der Ordination angestellt sein, kann bspw. durch schriftliche Arbeitsanweisungen festgelegt werden, wie mit Akutsituationen umgegangen wird. Die umgesetzten Maßnahmen sind zu beschreiben.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 1.5 Sofern Hausbesuche angeboten werden, sind Ansprechpersonen die organisatorischen Kriterien von Hausbesuchen bekannt.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.528	96,46 %	89	0,42 %	665	3,12 %

Tabelle 33: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 1.5

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1689	1.640	97,1 %	0	0 %	49	2,9 %

Tabelle 34: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 1.5

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Die Kriterien für Hausbesuche können bspw. in Arbeitsanweisungen schriftlich festgehalten werden. Die umgesetzten Maßnahmen sind zu beschreiben.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 1.6 Patienten können sich schon vor dem Besuch der Ordination oder Gruppenpraxis über die baulichen Gegebenheiten wie z. B. den Zugang, die räumliche Ausstattung (einschließlich der Sanitärräume), die technische Ausstattung und die Behandlungsmöglichkeiten (auch für Menschen mit Behinderungen) informieren.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.550	96,56 %	67	0,31 %	665	3,12 %

Tabelle 35: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 1.6

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.638	96,98 %	2	0,12 %	49	2,9 %

Tabelle 36: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 1.6

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Die Informationen über bauliche Gegebenheiten der Ordination können auf der eigenen Homepage, mittels Eintrag auf www.arztbarrierefrei.at, Telefonbucheintrag, am Ordinationsschild oder telefonisch auf Patientenfragen erteilt werden. Die durchgeführten Maßnahmen sind zu beschreiben.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 1.7 Patienten können sich schon vor dem Besuch der Ordination oder Gruppenpraxis über das Vorhandensein von etwaigen Fremdsprachenkenntnissen einschließlich Gebärdensprache im Betreuungsteam informieren.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.542	96,52 %	75	0,35 %	665	3,12 %

Tabelle 37: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 1.7

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.638	96,98 %	2	0,12 %	49	2,9 %

Tabelle 38: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 1.7

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Es ist grundsätzlich nicht zwingend notwendig, dass die Ärztin oder jemand aus dem Betreuungsteam eine Fremdsprache beherrscht. Sollten aber Fremdsprachenkenntnisse vorhanden sein, wird das entsprechende Kriterium auch erfüllt, wenn die entsprechenden Informationen in einer öffentlichen Ankündigung (darunter fallen eigene Homepage, z. B. Eintrag unter www.arztbarrierefrei.at, Telefonbucheintrag, Nennung am Ordinationsschild) oder telefonisch erfolgen. Die getroffenen Maßnahmen sind zu beschreiben.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 1.8 Das Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz, BGBl. I Nr. 82/2005 in der geltenden Fassung, wird hinsichtlich Zugang und Ausstattung der Ordination oder Gruppenpraxis berücksichtigt.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.549	96,56 %	68	0,32 %	665	3,12 %

Tabelle 39: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 1.8

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.640	97,1 %	0	0 %	49	2,9 %

Tabelle 40: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 1.8

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Zum Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz bietet die ÖQMED individuelle Beratung an und ist diesbezüglich zu kontaktieren.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 1.9 Die vertrauliche Kommunikation zwischen dem behandelnden Arzt und der Patientin ist gewährleistet. Es wird dafür Sorge getragen, dass auch administrative Patientenbelange unter Wahrung der Vertraulichkeit der Patientendaten besprochen werden können.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.558	96,60 %	59	0,28 %	665	3,12 %

Tabelle 41: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 1.9

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.638	96,98 %	2	0,12 %	49	2,9 %

Tabelle 42: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 1.9

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Die vertrauliche Kommunikation kann bspw. durch doppelte räumliche Trennung des Wartebereichs und des Behandlungsbereichs oder mittels einer schalldichten Türe zwischen Wart- und Behandlungsbereich erfolgen. Die getroffenen Maßnahmen sind zu beschreiben. Sollte administratives und/oder medizinisches Personal angestellt sein, kann bspw. durch eine schriftliche Arbeitsanweisung oder durch Datenblätter, die Patienten selbst ausfüllen, verhindert werden, dass vertrauliche Patientendaten von unberechtigten Dritten mitgehört werden können. Hier ist sowohl auf die Kommunikation vor Ort als auch auf Telefonate Bedacht zu nehmen. Allfällige schriftliche Unterlagen sind der ÖQMED in Kopie zu übermitteln.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 1.10 Der Nichtraucherchutz ist in der Ordination oder Gruppenpraxis gewährleistet.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.557	96,59 %	60	0,28 %	665	3,12 %

Tabelle 43: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 1.10

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.640	97,10 %	0	0 %	49	2,9 %

Tabelle 44: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 1.10

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Der Nichtraucherchutz kann bspw. durch das Anbringen entsprechender Hinweis-/Verbotsschilder gewährleistet werden. Die umgesetzten Maßnahmen sind zu beschreiben.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 1.11 Bei der Betreuung von Patienten wird mit anderen Ärztinnen relevanter Fachrichtungen sowie erforderlichenfalls mit Vertretern einer anderen Wissenschaft oder anderen Berufen zusammengearbeitet.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.557	96,59 %	60	0,28 %	665	3,12 %

Tabelle 45: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 1.11

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.640	97,1 %	0	0 %	49	2,9 %

Tabelle 46: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 1.11

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Die Zusammenarbeit kann z. B. durch entsprechende Zuweisung erfolgen. Spezialisten können Ärztinnen mit verschiedenen Leistungsspektren sein. Angehörige anderer Gesundheitsberufe sind beispielsweise Diätassistenten und Logopädinnen. Da es sich bei dem bemängelten Zustand um eine Verhaltensweise des Arztes handelt, muss die zukünftige Bereitschaft einer Zusammenarbeit bei der Patientenbetreuung mit Unterschrift bestätigt werden.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

2.2.3 Ausstattung

Der Fragenkomplex „Ausstattung“ gliedert sich in drei Bereiche. Der erste Bereich stellt die Grundausrüstung dar, dieser ist in Teilen abhängig von Patientenempfang und Leistungsspektrum. Die jeweils angeführten Merkmale haben verpflichtend vorhanden zu sein, ein Fehlen löst einen Mängelbehebungsauftrag aus.

Der zweite Abschnitt stellt die fachspezifischen Ausstattungsmerkmale dar, diese sind in Abhängigkeit des Leistungsspektrums soweit verpflichtend, als sie für den von der Ordinationsführung definierten Leistungsumfang nötig sind.

Spezialisierungsausstattung ist nur für den Fall vorgesehen, dass im Rahmen der Ordination und des Fachgebietes eine zusätzliche Spezialisierung auf einen Teilbereich umgesetzt wurde und dafür auch eigene Ausstattungsmerkmale benötigt werden.

Die Ergebnisse hinsichtlich der Grundausrüstung werden im Folgenden dargestellt.

Frage 2.1 Unabhängig vom ausgeübten Fach bzw. dem Leistungsspektrum der Ordination oder Gruppenpraxis ist von einer erforderlichen Grundausstattung für Fälle der Erste-Hilfe-Leistung auszugehen, die überall passieren können, wie z. B. akute lebensbedrohliche Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems. Die Entscheidung über die Zusammensetzung der Notfallausstattung obliegt dem ordinationsführenden Ärztin.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.116	94,52 %	501	2,35 %	665	3,12 %

Tabelle 47: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 2.1

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.626	96,27 %	14	0,83 %	49	2,9 %

Tabelle 48: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 2.1

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Als Nachweis sind Fotos oder Rechnungen der vollständigen Notfallausstattung zu übermitteln.

Weitere Informationen

Ein Hauptgrund für die negative Beantwortung, insbesondere im Zuge der Selbstevaluierung, ist, dass in Räumlichkeiten, die von mehreren Ärzten gemeinsam genutzt werden, zwar eine Notfallausstattung vorhanden ist, diese aber nicht im Eigentum der betroffenen Ärztin steht. Dies betrifft entsprechend den Aufzeichnungen der ÖQMED ca. 95 Prozent der ausgestellten Mängelbehebungsaufträge.

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 2.2 Dem Stand der Technik (EDV) entsprechende Ausstattung zur Erfüllung der ärztlichen Dokumentationspflicht

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.839	97,91 %	443	2,08 %	0	0 %

Tabelle 49: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 2.2

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.689	100 %	0	0 %	0	0 %

Tabelle 50: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 2.2

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Als Nachweis ist die Methodik der Dokumentation darzustellen.

Weitere Informationen

Im Zuge der Mängelbehebung wurde als Begründung für die negative Beantwortung dieses Ausstattungsmerkmals in allen Fällen angegeben, dass die Patientendokumentation nicht EDV-gestützt durchgeführt wird. Dies stellt sohin eine ausreichende Behebung dar, da hier nicht nach der EDV-gestützten Dokumentation, sondern nur nach der dafür nötigen Ausstattung gefragt wird.

Die Frage muss von jeder Praxis ungeachtet jeglicher Individualisierungen beantwortet werden.

Frage 2.3 Ordinationsschild mit Nennung des ausgeübten Fachs und der Erreichbarkeit

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.842	97,93 %	440	2,07 %	0	0 %

Tabelle 51: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 2.3

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.659	98,22 %	30	1,78 %	0	0 %

Tabelle 52: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 2.3

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Als Nachweis sind Fotos oder Rechnungen des Ordinationsschildes zu übermitteln.

Weitere Informationen

Die Frage muss von jeder Praxis ungeachtet jeglicher Individualisierungen beantwortet werden.

Frage 2.4 Kommunikationseinrichtung

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.995	98,65 %	287	1,35 %	0	0 %

Tabelle 53: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 2.4

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.689	100 %	0	0 %	0	0 %

Tabelle 54: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 2.4

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Als Nachweis sind Fotos oder Rechnungen der neu angeschafften Ausstattungsmerkmale zu übermitteln.

Weitere Informationen

Die negative Beantwortung dieses Ausstattungsmerkmals wurde in allen Fällen im Zuge der Mängelbehebung korrigiert, da sie auf einem Missverständnis beruhte.

Die Frage muss von jeder Praxis ungeachtet jeglicher Individualisierungen beantwortet werden.

Frage 2.5 Ausstattung für die Erhebung der Anamnese und des klinischen Status

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.550	96,56 %	67	0,31 %	665	3,12 %

Tabelle 55: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 2.5

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.640	97,1 %	0	0 %	49	2,9 %

Tabelle 56: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 2.5

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Als Nachweis sind Fotos oder Rechnungen der neu angeschafften Ausstattungsmerkmale zu übermitteln.

Weitere Informationen

Die negative Beantwortung dieses Ausstattungsmerkmals wurde in allen Fällen im Zuge der Mängelbehebung korrigiert, da sie auf einem Missverständnis beruhte.

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

2.2.4 Brandschutz

Frage 3.1 Haben Sie ausreichend Feuerlöscher, welche den Vorschriften entsprechend alle zwei Jahre überprüft, klar gekennzeichnet und leicht zugänglich aufbewahrt werden?

Zusätzliche Erläuterung: Feuerlöscher müssen mindestens alle 2 Jahre durch Sachkundige auf ihre Funktionsfähigkeit geprüft und mit einer gelben Prüfplakette versehen werden.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	21156	99,41 %	126	0,59 %	0	0 %

Tabelle 57: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 3.1

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1660	98,28 %	29	1,72 %	0	0 %

Tabelle 58: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 1.11

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Feuerlöscher müssen in Ordinationen vorhanden sein. Anzahl und Art der Löscher bestimmen sich durch die Gegebenheiten vor Ort. Nähere Informationen erteilen die Feuerwehren bzw. der Fachhandel. Als Nachweis sind Fotos der Löscher (mit sichtbarer Prüfplakette) bzw. Rechnungen der Neuanschaffung oder Überprüfung zu übermitteln.

Weitere Informationen

Die Frage muss von jeder Praxis ungeachtet jeglicher Individualisierungen beantwortet werden.

2.2.5 Hygienemanagement

Frage 4.1 Sind die Räumlichkeiten und Einrichtungsgegenstände in Ihrer Ordination in einem sauberen Zustand, aufgeräumt und gut belüftet? Ist zudem schriftlich festgelegt, wie die Reinigung der Räume und Einrichtungsgegenstände erfolgt? Die Mustervorlage „Reinigungs- und Hygieneplan“ kann unter www.oeqmed.at heruntergeladen werden.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	21.245	99,83 %	37	0,17 %	0	0 %

Tabelle 59: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.1

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1648	97,57 %	41	2,43 %	0	0 %

Tabelle 60: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.1

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Mustervorlagen der nötigen Dokumentationen können unter www.oeqmed.at heruntergeladen werden. Sie sind entsprechend an die Situation der Praxis anzupassen und zu vervollständigen und im Anschluss in Kopie an die ÖQMED zu übermitteln.

Weitere Informationen

Die Frage muss von jeder Praxis ungeachtet jeglicher Individualisierungen beantwortet werden.

Frage 4.2 Verfügt Ihre Patiententoilette über eine Waschgelegenheit für Hände, Seifenspender, Einweghandtücher und Abfallkorb, und ist im Reinigungs- und Desinfektionsplan schriftlich festgelegt, wie die Reinigung der Patiententoilette erfolgt? Die Mustervorlage „Reinigungs- und Hygieneplan“ finden Sie unter www.oeqmed.at.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	16.142	75,85 %	20	0,09 %	5.120	24,06 %

Tabelle 61: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.2

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.277	75,61 %	9	0,53 %	403	23,86 %

Tabelle 62: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.2

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Die Toilette ist den Vorgaben der Hygieneverordnung der Österreichischen Ärztekammer entsprechend auszustatten. Sollte dies aus baulichen Gründen nicht möglich sein, so kann nach Rücksprache mit der ÖQMED ein Alternativkonzept vereinbart werden. Als Beispiel sei hier ein Toilettenraum genannt, in dem aufgrund der extrem knappen Platzverhältnisse kein Waschbecken Platz gefunden hätte. Es wurde nach Rücksprache mit einem Sachverständigen für Hygiene und Mikrobiologie als Alternativkonzept vorgegeben, dass gelistete, einzeln verpackte Desinfektionstücher in der Toilette zur freien Entnahme bereitgehalten werden. Jedenfalls sind die umgesetzten Maßnahmen mittels Fotos der ÖQMED gegenüber nachzuweisen.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden oder keine eigene Toilette für Patienten, Klienten oder Kunden vorhanden ist

Frage 4.3 Verfügt Ihre Arzt-/Personaltoilette über eine Waschgelegenheit mit Seifen- und fix montiertem, händebefreiendem Desinfektionsmittelspender (mit bspw. von der ÖGHMP gelisteten Desinfektionsmitteln – <http://expertisen.oeghmp.at/>) sowie Einweghandtüchern und Abfallkorb, und ist im Reinigungs- und Desinfektionsplan schriftlich festgelegt, wie die Reinigung der Personaltoilette erfolgt? Die Mustervorlage „Reinigungs- und Hygieneplan“ finden Sie unter www.oegmed.at.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.370	95,71 %	247	1,16 %	665	3,12 %

Tabelle 63: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.3

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.569	92,9 %	71	4,2 %	49	2,9 %

Tabelle 64: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.3

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Die Toilette ist den Vorgaben der Hygieneverordnung der Österreichischen Ärztekammer entsprechend auszustatten. Sollte dies aus baulichen Gründen nicht möglich sein, so kann nach Rücksprache mit der ÖQMED ein Alternativkonzept vereinbart werden. Als Beispiel sei hier ein Toilettenraum genannt, in dem aufgrund der extrem knappen Platzverhältnisse kein Waschbecken Platz gefunden hätte. Es wurde nach Rücksprache mit einem Sachverständigen für Hygiene und Mikrobiologie als Alternativkonzept vorgegeben, dass gelistete, einzeln verpackte Desinfektionstücher in der Toilette zur freien Entnahme bereitgehalten werden. Jedenfalls sind die umgesetzten Maßnahmen mittels Fotos der ÖQMED gegenüber nachzuweisen.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden

Frage 4.4 Sind ggf. vorhandene Schnittblumen und Pflanzen in Granulat gepflegt und wird die Reinigung dokumentiert? Pflanzen in Erde sind auch in Beratungsräumen unzulässig. Die Mustervorlage „Reinigungs- und Hygieneplan“ finden Sie unter www.oeqmed.at.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	2.847	13,38 %	109	0,51 %	18.326	86,11 %

Tabelle 65: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.4

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	230	13,62 %	1	0,06 %	1.458	86,32 %

Tabelle 66: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.4

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Es sind Fotos der Pflanzen in Granulat sowie der entsprechende Auszug aus dem Reinigungsplan zu übermitteln (Download: www.oeqmed.at/hygiene).

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden oder die Behandlung auch körperbezogen erfolgt. Das bedeutet, alle Praxen, die diese Frage beantwortet haben, haben ein ausschließlich gesprächsbasiertes Leistungsspektrum angegeben.

Frage 4.5 Ist gewährleistet, dass es keine natürlichen Pflanzen in den Behandlungsräumen gibt und dass Tiere keinen Zutritt haben?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	17.597	82,68 %	64	0,30 %	3.621	17,01 %

Tabelle 67: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.5

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.402	83,01 %	7	0,41 %	280	16,58 %

Tabelle 68: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.5

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Pflanzen stellen in Behandlungsräumen aus vielfältigen Gründen (z. B. Allergien, möglicher Schädlings- oder Schimmelbefall) ein gesundheitliches oder hygienisches Risiko dar. Natürliche Pflanzen können bspw. durch Kunstpflanzen ersetzt werden. Die getroffenen Maßnahmen sind zu beschreiben.

Ad Tiere in Behandlungsräumen: Ein Hinweisschild zum Zutrittsverbot für Tiere kann eine Möglichkeit sein, die Patienten zu informieren. Die getroffenen Maßnahmen sind zu beschreiben.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden oder die Behandlung ausschließlichgesprächsbasiert erfolgt.

Frage 4.6 Sind die Fußböden und sonstige Oberflächen im Behandlungsraum fugenlos und flüssigkeitsdicht sowie leicht zu reinigen und ggf. zu desinfizieren (mit bspw. von der ÖGHMP gelisteten Desinfektionsmitteln <http://expertisen.oeghmp.at/>) und ist schriftlich festgelegt, wie die Reinigung bzw. Desinfektion der Fußböden erfolgt? Die Mustervorlage „Reinigungs- und Hygieneplan“ finden Sie unter www.oeqmed.at.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	17.430	81,9 %	231	1,09 %	3.621	17,01 %

Tabelle 69: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.6

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.387	82,12 %	22	1,3 %	280	16,58 %

Tabelle 70: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.6

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Fotos der intakten, leicht zu reinigenden bzw. zu desinfizierenden Oberflächen bzw. Fußböden im Behandlungsraum sowie Kopien der Reinigungs- und Desinfektionspläne (Download: www.oeqmed.at/hygiene) sind zu übermitteln.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden oder die Behandlung ausschließlich gesprächsbasiert erfolgt.

Frage 4.7 Sind im Patientenbehandlungsbereich, sofern Kontaminationsgefahr besteht, die Wandbeläge bis ca. zwei Meter ab Fußbodenniveau leicht zu reinigen und gegebenenfalls zu desinfizieren (mit bspw. von der ÖGHMP gelisteten Desinfektionsmitteln – <http://expertisen.oeghmp.at/>) und ist schriftlich festgelegt, wie die Reinigung bzw. Desinfektion des Wandbelages erfolgt? Die Mustervorlage „Reinigungs- und Hygieneplan“ finden Sie unter www.oeqmed.at.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	17.020	79,97 %	641	3,01 %	3.621	17,01 %

Tabelle 71: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.7

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.383	81,88 %	26	1,54 %	280	16,58 %

Tabelle 72: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.7

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Fotos der Wandbeläge, auf denen zu erkennen ist, dass sie leicht zu reinigen bzw. zu desinfizieren sind (z. B. Fliesen), sind zu übermitteln. Sollte diesem Kriterium durch das Auftragen wasserdichter Farben (z. B. Latexfarben) entsprochen werden, sind entsprechende Rechnungen über die Anschaffung der Materialien bzw. über die Handwerkerleistungen zu übermitteln. Darüber hinaus sind Kopien der Reinigungs- und Desinfektionspläne (Download: www.oeqmed.at/hygiene) zu übermitteln.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden oder die Behandlung ausschließlichgesprächsbasiert erfolgt.

Frage 4.8 Werden die medizinisch-technische Ausstattung/Einrichtung sowie wiederverwendbare Medizinprodukte entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen und den Herstellervorgaben gereinigt, desinfiziert (mit bspw. von der ÖGHMP gelisteten Desinfektionsmitteln – <https://expertisen.oeghmp.at/>) und ggf. sterilisiert und sind diese Prozesse im Reinigungs- und Desinfektionsplan festgelegt und dokumentiert? Gibt es dazu entsprechende Arbeitsanweisungen?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	17.581	82,61 %	80	0,38 %	3.621	17,01 %

Tabelle 73: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.8

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.397	82,71 %	12	0,71 %	280	16,58 %

Tabelle 74: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.8

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Das Thema Aufbereitung ist sehr vielfältig und kann schnell komplex werden. Aus diesem Grund wird bei der Frage im Zuge der Mängelbehebung jedenfalls vorab ein Gespräch mit den betroffenen Ärzten geführt. Aufbauend auf der individuellen Situation kann erörtert werden, welche weiteren Maßnahmen umzusetzen sind.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden oder die Behandlung ausschließlich gesprächsbasiert erfolgt.

Frage 4.9 Werden Abfälle möglichst nah am Ort ihrer Entstehung gesammelt?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	17.656	82,96 %	5	0,02 %	3.621	17,01 %

Tabelle 75: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.9

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.409	83,42 %	0	0 %	280	16,58 %

Tabelle 76: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.9

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Dem Kriterium kann bspw. durch das Aufstellen weiterer Abfallkörbe entsprochen werden. Die getroffenen Maßnahmen sind zu beschreiben.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden oder die Behandlung ausschließlich gesprächsbasiert erfolgt.

Frage 4.10 Werden Nadeln, Kanülen und sonstige spitze oder scharfe Gegenstände sofort nach Gebrauch in entsprechenden Entsorgungsbehältern abgeworfen?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	17.648	82,92 %	13	0,06 %	3.621	17,01 %

Tabelle 77: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.10

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.407	83,3 %	2	0,12 %	280	16,58 %

Tabelle 78: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.10

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Fotos bzw. Rechnungen der Entsorgungsbehälter sind an die ÖQMED zu übermitteln.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden oder die Behandlung ausschließlich gesprächsbasiert erfolgt.

Frage 4.11 Wird die Menge und Art der in der Ordination entstehenden Abfälle dokumentiert und werden alle Abfälle entsprechend ihrer Art fachgerecht entsorgt und die Übergabe an Entsorgungsdienstleister (Problemstoffsammelstellen, Bauhöfe etc.) dokumentiert? Die Mustervorlagen „Entsorgungsplan“ und „Übergabebestätigung gefährliche Abfälle“ finden Sie unter www.oeqmed.at.

Erläuterung: Verletzungsgefährliche Abfälle (z. B. Nadelcontainer) müssen den örtlichen Vorgaben entsprechend entsorgt werden. Z. B. bei einem berechtigten Abfallsammler oder -behandler, bzw. bei Problemstoffsammelstellen. Sofern durch die Gemeinde zulässig, kann auch eine Entsorgung über den Restmüll erfolgen.

Wenn durch die örtliche Abfallverwertung keine Übernahmebestätigung ausgestellt wird, kann die Abgabe auch selbst dokumentiert werden.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	17.291	81,25 %	370	1,74 %	3.621	17,01 %

Tabelle 79: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.11

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.387	82,12 %	22	1,3 %	280	16,58 %

Tabelle 80: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.11

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Dem Kriterium kann durch Führung eines Entsorgungsplanes entsprochen werden (Download: www.oeqmed.at/hygiene). Das personalisierte Dokument ist an die ÖQMED zu übermitteln.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden oder die Behandlung ausschließlich gesprächsbasiert erfolgt.

Frage 4.12 Ist gewährleistet, dass im Bedarfsfall Gesichtsmasken, Schutzkleidung und Einmalhandschuhe in ausreichender Zahl vorrätig sind?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	17.558	82,5 %	103	0,48 %	3.621	17,01 %

Tabelle 81: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.12

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.407	83,3 %	2	0,12 %	280	16,58 %

Tabelle 82: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.12

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Es ist das Prinzip zu beschreiben, nach welchem in der Ordination sichergestellt wird, dass Gesichtsmasken, Schutzkleidung und Einmalhandschuhe in ausreichender Zahl vorrätig sind.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden oder die Behandlung ausschließlich gesprächsbasiert erfolgt.

Frage 4.13 Verfügt Ihr Behandlungsraum Typ 1 und/oder Typ 2 über einen Handwaschplatz mit Warm- und Kaltwasseranschluss, ggf. Spritzschutz, fix montierte, händedienungsfreie Seifen- und Desinfektionsmittelspender (mit bspw. von der ÖGHMP gelisteten Desinfektionsmitteln – <http://expertisen.oeghmp.at/>), Papierhandtücher sowie Abfallkorb?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	17.304	81,31 %	315	1,48 %	3.663	17,21 %

Tabelle 83: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.13

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.356	80,28 %	52	3,08 %	281	16,64 %

Tabelle 84: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.13

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Fotos bzw. Rechnungen der vorhandenen bzw. neu angeschafften und fix installierten Einrichtungsgegenstände sind zu übermitteln.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden oder die Behandlung ausschließlich gesprächsbasiert erfolgt. Ebenso kann bei der Beantwortung unter körperbezogenen Behandlungsbedingungen nur Raumtyp 3 und/oder 4 ausgewählt werden. In diesen Fällen wird diese Frage ebenso als *nicht zutreffend* gewertet.

Frage 4.14 Verfügen Sie bei Ihrem Eingriffs- bzw. OP-Raum über einen Handwaschplatz, der eine chirurgische Händedesinfektion (mit bspw. von der ÖGHMP gelisteten Desinfektionsmitteln – <http://expertisen.oeghmp.at/>) ermöglicht?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	363	1,71 %	3	0,01 %	20.916	98,28 %

Tabelle 85: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.14

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	11	0,65 %	0	0 %	1.678	99,35 %

Tabelle 86: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.14

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Fotos bzw. Rechnungen der vorhandenen bzw. neu angeschafften und fix installierten Einrichtungsgegenstände sind zu übermitteln.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden oder die Behandlung ausschließlich gesprächsbasiert erfolgt. Ebenso kann bei der Beantwortung unter körperbezogenen Behandlungsbedingungen nur Raumtyp 1 und/oder 2 ausgewählt werden. In diesen Fällen wird diese Frage ebenso als *nicht zutreffend* gewertet.

Frage 4.15 Befindet sich der Handwaschplatz außerhalb des Eingriffs- bzw. OP-Raumes?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	325	1,53 %	41	0,19 %	20.916	98,28 %

Tabelle 87: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.15

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	10	0,59 %	1	0,06 %	1.678	99,35 %

Tabelle 88: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.15

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Fotos des Handwaschplatzes außerhalb des Eingriffs- bzw. OP-Raumes sind zu übermitteln.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden oder die Behandlung ausschließlich gesprächsbasiert erfolgt. Ebenso kann bei der Beantwortung unter körperbezogenen Behandlungsbedingungen nur Raumtyp 1 und/oder 2 ausgewählt werden. In diesen Fällen wird diese Frage ebenso als *nicht zutreffend* gewertet.

Frage 4.16 Ist der Boden im Eingriffs- bzw. OP-Raum antistatisch?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	357	1,68 %	9	0,04 %	20.916	98,28 %

Tabelle 89: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.16

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	11	0,65 %	0	0 %	1.678	99,35 %

Tabelle 90: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.16

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Rechnungen über die Installation eines antistatischen Fußbodens sind zu übermitteln.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden oder die Behandlung ausschließlich gesprächsbasiert erfolgt. Ebenso kann bei der Beantwortung unter körperbezogenen Behandlungsbedingungen nur Raumtyp 1 und/oder 2 ausgewählt werden. In diesen Fällen wird diese Frage ebenso als *nicht zutreffend* gewertet.

Frage 4.17 Befindet sich der Umkleidebereich für Patientinnen außerhalb des Eingriffs- bzw. OP-Raumes?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	329	1,55 %	37	0,17 %	20.916	98,28 %

Tabelle 91: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.17

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	10	0,59 %	1	0,06 %	1.678	99,35 %

Tabelle 92: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.17

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Die Errichtung eines Umkleidebereichs für Patientinnen außerhalb des Eingriffs- bzw. OP-Raumes ist mittels entsprechender Rechnungen bzw. Fotos zu belegen.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden oder die Behandlung ausschließlich gesprächsbasiert erfolgt. Ebenso kann bei der Beantwortung unter körperbezogenen Behandlungsbedingungen nur Raumtyp 1 und/oder 2 ausgewählt werden. In diesen Fällen wird diese Frage ebenso als *nicht zutreffend* gewertet.

Frage 4.18 Verfügen Sie in Ihrem Eingriffs- bzw. OP-Raum über Hygieneheizkörper und ggf. Fliegengitter?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	331	1,56 %	35	0,16 %	20.916	98,28 %

Tabelle 93: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.18

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	10	0,59 %	1	0,06 %	1.678	99,35 %

Tabelle 94: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.18

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Die Installation von Hygieneheizkörpern bzw. Fliegengittern im Eingriffs- bzw. OP-Raum ist mittels entsprechender Rechnungen oder Fotos zu belegen.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden oder die Behandlung ausschließlich gesprächsbasiert erfolgt. Ebenso kann bei der Beantwortung unter körperbezogenen Behandlungsbedingungen nur Raumtyp 1 und/oder 2 ausgewählt werden. In diesen Fällen wird diese Frage ebenso als *nicht zutreffend* gewertet.

Frage 4.19 Verfügt Ihr Eingriffsraum über eine Be- und Entlüftungsanlage entsprechend dem Leistungsspektrum und ggf. Absaugvorrichtung für Narkosegase?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	257	1,21 %	49	0,23 %	20.976	98,56 %

Tabelle 95: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.19

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	10	0,59 %	1	0,06 %	1.678	99,35 %

Tabelle 96: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.19

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Die Installation einer Be- und Entlüftungsanlage im Eingriffsraum ist mittels entsprechender Rechnungen zu belegen.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden oder die Behandlung ausschließlich gesprächsbasiert erfolgt. Ebenso kann bei der Beantwortung unter körperbezogenen Behandlungsbedingungen nur Raumtyp 1 und/oder 2 und/oder 4 ausgewählt werden. In diesen Fällen wird diese Frage ebenso als *nicht zutreffend* gewertet.

Frage 4.20 Ist die Decke Ihres Eingriffsraumes staubdicht?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	300	1,41 %	6	0,03 %	20.976	98,56 %

Tabelle 97: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.20

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	11	0,65 %	0	0 %	1.678	99,35 %

Tabelle 98: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.20

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Die Installation einer staubdichten Decke im Eingriffsraum ist mittels entsprechender Rechnungen zu belegen.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden oder die Behandlung ausschließlich gesprächsbasiert erfolgt. Ebenso kann bei der Beantwortung unter körperbezogenen Behandlungsbedingungen nur Raumtyp 1 und/oder 2 und/oder 4 ausgewählt werden. In diesen Fällen wird diese Frage ebenso als *nicht zutreffend* gewertet.

Frage 4.21 Verfügt Ihr OP-Raum über eine Be- und Entlüftungsanlage und beachten Sie die elektro- und raumluftechnischen Vorgaben?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	151	0,71 %	13	0,06 %	21.118	99,23 %

Tabelle 99: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.21

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1	0,06 %	0	0 %	1.688	99,94 %

Tabelle 100: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.21

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Die Installation einer Be- und Entlüftungsanlage im OP-Raum ist mittels entsprechender Rechnungen zu belegen. Ein Gutachten über die Einhaltung der elektro- und raumluftechnischen Vorgaben ist an die ÖQMED zu übermitteln.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden oder die Behandlung ausschließlich gesprächsbasiert erfolgt. Ebenso kann bei der Beantwortung unter körperbezogenen Behandlungsbedingungen nur Raumtyp 1 und/oder 2 und/oder 3 ausgewählt werden. In diesen Fällen wird diese Frage ebenso als *nicht zutreffend* gewertet.

Frage 4.22 Ist die Decke Ihres OP-Raumes staubdicht und verfügt sie über Zuluftdurchlässe mit turbulenzarmer Verdrängungsströmung?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	147	0,69 %	17	0,08 %	21.118	99,23 %

Tabelle 101: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.22

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1	0,06 %	0	0 %	1.688	99,94 %

Tabelle 102: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.22

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Die Installation einer staubdichten Decke inkl. Zuluftdurchlässen mit turbulenzarmer Verdrängungsströmung im OP-Raum ist mittels entsprechender Rechnungen zu belegen. Ein Gutachten über die Einhaltung der raumlufttechnischen Vorgaben ist an die ÖQMED zu übermitteln.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden oder die Behandlung ausschließlich gesprächsbasiert erfolgt. Ebenso kann bei der Beantwortung unter körperbezogenen Behandlungsbedingungen nur Raumtyp 1 und/oder 2 und/oder 3 ausgewählt werden. In diesen Fällen wird diese Frage ebenso als *nicht zutreffend* gewertet.

2.2.6 Notfallvorsorge

Frage 5.1 Haben Sie einen schriftlichen Plan für medizinische Notfälle, in dem die getroffenen Vorkehrungen festgehalten und erläutert sind, ist Ihr Personal nachweislich auf dessen Inhalte geschult und werden die Kenntnisse durch wiederkehrende Trainings gefestigt?

Erläuterung: Ein Muster eines Notfallplans, welcher an die Gegebenheiten Ihrer Ordination oder Gruppenpraxis anzupassen ist, steht Ihnen als Dokument „Muster Notfallplan“ auf www.oeqmed.at zur Verfügung. Das Wiederholungsintervall der Mitarbeiterschulungen wird durch die ordinationsführende Ärztin festgelegt. Als Beurteilungsgrundlage kann z. B. die Häufigkeit von Notfällen und die damit verbundene Routine des Personals herangezogen werden. Die Schulungen sind zu dokumentieren.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	14.030	65,92 %	221	1,04 %	7.031	33,04 %

Tabelle 103: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 5.1

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.090	64,54 %	24	1,42 %	575	34,04 %

Tabelle 104: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 5.1

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Der Notfallplan ist immer an die Gegebenheiten vor Ort anzupassen. Faktoren wie Patientenstruktur (Alter, Vorerkrankungen, ...), das angebotene Leistungsspektrum, die individuellen Kenntnisse des ordinationsführenden Arztes sind im Zuge der Erstellung des Notfallplans zu berücksichtigen. Ein Muster kann unter www.oeqmed.at heruntergeladen werden.

Die Schulung des Personals kann im Zuge der jährlichen Unterweisung oder anlassbezogen erfolgen.

Als Nachweis ist eine Kopie des Notfallplans inkl. schriftlicher Bestätigung mit Unterschriften des geschulten Personals an die ÖQMED zu übersenden.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden oder kein Personal in der Praxis beschäftigt ist.

Frage 5.2 Ist die optimale Erstversorgung bei Notfällen ggf. bis zum Eintreffen der Notärztin sichergestellt?

Erläuterung: Ob das Notarztsystem verständigt werden muss, ist in jedem Fall individuell, aufgrund fachlicher Notwendigkeiten durch den Arzt zu entscheiden.

Im Notfall ist generell folgender Ablauf einzuhalten:

- *Der Notfall wird erkannt und die Patientin wird situationsgerecht gelagert.*
- *Erforderlichenfalls wird das Notarztsystem durch den Arzt oder eine Mitarbeiterin verständigt.*
- *Bei einem Herz-Kreislaufstillstand hat der Arzt oder eine geschulte Mitarbeiterin sofort mit der Reanimation zu beginnen.*
- *Die dringend notwendige Erste Hilfe ist zu gewährleisten. Falls ein Notarztsystem verständigt wurde, ist die notwendige Erste Hilfe bis zum Eintreffen der Notärztin zu gewährleisten.*

Um die optimale Erstversorgung bei Notfällen garantieren zu können, benötigen auch Ärzte, die nicht aufgrund ihrer fachspezifischen Berufsausübung in ihrer Ordination oder Gruppenpraxis Notfälle behandeln müssen, die entsprechenden Kenntnisse. Sofern die Notfallversorgung einer Patientin nicht Teil der Weiterbildung des ausgeübten Faches im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit gewesen ist, ist hier eine gesonderte Weiterbildung nachzuweisen.

Für den Fall der Abwesenheit des Arztes und gleichzeitiger Anwesenheit von Personal und Patientinnen in der Ordination ist der Ablauf im Notfall unter Berücksichtigung der individuellen Kenntnisse und Fähigkeiten des Personals im Notfallplan festzulegen. Jedenfalls ist das Notarztsystem zu alarmieren sowie der ordinationsführende Arzt (bzw. dessen Vertretung) durch das Personal nach Maßgabe der Erreichbarkeit zu informieren.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.568	95,65 %	49	0,23 %	665	3,12 %

Tabelle 105: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 5.2

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1689	1.635	96,8 %	5	0,3 %	49	2,9 %

Tabelle 106: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 5.2

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Um die optimale Erstversorgung bei Notfällen garantieren zu können, benötigen auch Ärztinnen, die nicht aufgrund ihrer fachspezifischen Berufsausübung in ihrer Ordination oder Gruppenpraxis Notfälle behandeln müssen, die entsprechenden Kenntnisse. Sofern die Notfallversorgung einer eines Patienten nicht Teil der Weiterbildung des ausgeübten Faches im Rahmen der beruflichen Tätigkeit gewesen ist, ist hier eine gesonderte Weiterbildung nachzuweisen.

Als Nachweis ist eine Kopie der Bestätigung über den Besuch einschlägiger Fortbildungsveranstaltungen an die ÖQMED zu übersenden oder schriftlich darzulegen, wie die optimale Erstversorgung bis zum Eintreffen des Notarztes auf alternative Weise sichergestellt wird.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 5.3 Wird die Notfallausstattung regelmäßig gewartet und gibt es eine schriftlich festgelegte Verantwortlichkeit für die Überprüfung der Notfallausstattung?

Erläuterung: Die Notfallausstattung muss in regelmäßigen Intervallen oder bei Bedarf (z. B. nach Entnahmen) auf Vollständigkeit und hinsichtlich der Haltbarkeitsdaten überprüft werden. Der einwandfreie Zustand ist Grundvoraussetzung für einen effektiven Umgang mit Notfällen.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.414	96,2 %	143	0,67 %	665	3,12 %

Tabelle 107: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 5.3

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.623	96,09 %	17	1,01 %	49	2,9 %

Tabelle 108: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 5.3

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Jede Ärztin ist verpflichtet, im Notfall Erste-Hilfe-Maßnahmen entsprechend des ausgeübten Faches und den persönlichen Fähigkeiten durchzuführen. Hierfür hat eine Notfallausstattung in der Praxis vorhanden zu sein. Der Inhalt ist je nach Ausbildung und Kenntnissen zusammenzustellen (vgl. § 57 ÄrzteG). Wie eine Notfallausrüstung zusammengestellt sein könnte, ist auf www.oeqmed.at abrufbar.

Sollte die Notfallausrüstung nicht von dem Arzt persönlich gewartet werden, ist schriftlich festzuhalten, wer für die Vollständigkeit und die Überprüfung der Ablaufdaten von Verbrauchsgegenständen und Arzneimitteln verantwortlich ist.

Als Nachweis ist schriftlich zu bestätigen, dass die Notfallausstattung durch die Ärztin persönlich gewartet wird oder es sind Arbeitsanweisungen zur Wartung in Kopie an die ÖQMED zu übersenden.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 5.4 Wird die Notfallausrüstung leicht erreichbar und als solche deutlich erkennbar aufbewahrt und sind die Telefonnummern der Einsatzorganisationen und der Polizei bei jedem Telefon sofort verfügbar?

Erläuterung: Befinden sich mehrere Telefonapparate in einem Raum, muss die Information nicht bei jedem Telefon aufliegen, sondern es ist ausreichend, wenn die Telefonnummern vom Notarzt, der Polizei und anderen Einsatzorganisationen einmal gut ersichtlich im Raum aufliegen.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.521	96,42 %	96	0,45 %	665	3,12 %

Tabelle 109: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 5.4

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.627	96,33 %	13	0,77 %	49	2,9 %

Tabelle 110: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 5.4

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Als Aufbewahrungsort der Notfallausrüstung würde sich bspw. ein handelsüblicher Notfallkoffer oder -rucksack eignen. Wesentlich ist, dass die einzelnen Bestandteile an einem Ort, der entsprechend gekennzeichnet ist, aufbewahrt werden. Telefonnummern von Einsatzorganisationen können z. B. als Aufkleber am Telefon angebracht werden.

Als Nachweis sind Fotos der Notfallausrüstung bzw. des Telefons an die ÖQMED zu übersenden.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

2.2.7 Arzneimittel- und Verbrauchsmaterialmanagement

Frage 6.1 Stellen Sie beim Einsatz von Arzneimitteln und medizinischen Verbrauchsmaterialien folgende Kriterien sicher?

- Es werden nur Arzneimittel und Verbrauchsmaterialien eingesetzt, deren Haltbarkeitsdaten nicht überschritten sind. Haltbarkeitsdaten werden regelmäßig (monatlich) überprüft.
- Arzneimittel und Verbrauchsmaterialien werden vorschriftsmäßig gelagert. Dies bezieht sich insbesondere auf Temperatur (Kontrolle durch Min-Max-Thermometer) und Lichtschutz entsprechend den Herstellervorgaben sowie auf die sichere Verwahrung vor unbefugtem Zugriff durch Patienten.
- Durch zeitgerechte Nachbestellung der benötigten Arzneimittel und Verbrauchsmaterialien wird die Verfügbarkeit sichergestellt.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.535	96,49 %	82	0,39 %	665	3,12 %

Tabelle 111: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 6.1

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.623	96,09 %	17	1,01 %	49	2,9 %

Tabelle 112: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 6.1

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Auch wenn der Arbeitsablauf keine Anwendung von Medikamenten oder Verbrauchsmaterialien vorsieht, ist zu beachten, dass Arzneimittel und Verbrauchsmaterialien in der Regel Bestandteil der Notfallausstattung sind.

Sollte für die Kontrolle der Haltbarkeitsdaten Personal eingesetzt werden, ist dies schriftlich festzuhalten und die turnusmäßige Überprüfung zu dokumentieren. Entsprechende Arbeitsanweisungen bzw. Prüfprotokolle sind in Kopie an die ÖQMED zu übersenden. Die getroffenen Maßnahmen sind jedenfalls zu beschreiben.

Faktoren wie Temperatur bei kühlpflichtigen Medikamenten sowie Lichtschutz sind zu beachten. Darüber hinaus müssen Arzneimittel und medizinisches Verbrauchsmaterial generell vor unbefugtem Zugriff geschützt werden. Als Nachweis kann bspw. eine entsprechende Arbeitsanweisung für das Personal in Kopie an die ÖQMED übermittelt werden. Die getroffenen Maßnahmen sind jedenfalls zu beschreiben.

Eine Möglichkeit, um die Verfügbarkeit sicherzustellen, besteht bspw. darin, Mindestbestandsmengen zu definieren und diese je nach durchschnittlichem Verbrauch wöchentlich oder monatlich zu kontrollieren. Sollte hierfür Personal eingesetzt werden, ist dies in einer Arbeitsanweisung festzuhalten und dieses Dokument in Kopie an die ÖQMED als Nachweis zu übermitteln. Die getroffenen Maßnahmen sind jedenfalls zu beschreiben.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

2.2.8 Suchtgiftbezug, Suchtgiftgebarung und Suchtgiftdokumentation

Frage 7.1 Führen Sie eine der Suchtgiftverordnung in der geltenden Fassung entsprechende Dokumentation über Ihre Verordnungen von Suchtgiften?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	6.960	32,7 %	21	0,1 %	14.301	67,2 %

Tabelle 113: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 7.1

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	535	31,68 %	2	0,12 %	1.152	68,21 %

Tabelle 114: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 7.1

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Die Verordnung von Suchtgiften ist von der verschreibenden Ärztin zu dokumentieren, nach dem Ausstellungsdatum des Rezepts geordnet drei Jahre aufzubewahren und auf Verlangen den Behörden zu übersenden oder vorzulegen. Möglich ist insbesondere das Anfertigen einer Kopie oder die elektronische Erfassung (Scannen) des ordnungsgemäß ausgefüllten und unterfertigten sowie mit der Vignette versehenen Rezepts, oder aber jegliche andere geeignete Form der Dokumentation, welche die Nachvollziehbarkeit des Rezeptlaufes sicherstellt.

Es ist mit Unterschrift zu bestätigen, dass die Dokumentation über Verordnungen von Suchtgiften ordnungsgemäß durchgeführt wird und die getroffenen Maßnahmen sind zu beschreiben.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen oder keine Suchtgifte verordnet werden.

Frage 7.2 Werden die Suchtgiftvignetten diebstahlsicher aufbewahrt?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	6.978	32,79 %	3	0,01 %	14.301	67,2 %

Tabelle 115: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 7.2

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	535	31,68 %	2	0,12 %	1.152	68,21 %

Tabelle 116: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 7.2

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Suchtgiftvignetten sind so aufzubewahren, dass Unbefugte keinen Zugang haben, dies kann bspw. mittels einer versperrbaren Lade geschehen. Die getroffenen Maßnahmen sind zu beschreiben.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen oder keine Suchtgifte verordnet werden.

Frage 7.3 Führen Sie eine der Suchtgiftverordnung in der geltenden Fassung entsprechende Dokumentation über Ihre Verordnungen eines Substitutionsmittels für Suchtkranke, die wegen ihres Gesundheitszustandes im Rahmen der Substitutionsbehandlung Suchtgift benötigen?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	443	2,08 %	7	0,03 %	20.832	97,89 %

Tabelle 117: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 7.3

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	38	2,25 %	0	0 %	1.651	97,75 %

Tabelle 118: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 7.3

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Die Verordnung des Substitutionsmittels ist von dem verschreibenden Arzt zu dokumentieren und drei Jahre, nach dem Ausstellungsdatum des Rezeptes geordnet, aufzubewahren und auf Verlangen den Behörden zu übersenden oder vorzulegen. Es ist mit Unterschrift zu bestätigen, dass die Dokumentation über Verordnungen von Substitutionsmitteln ordnungsgemäß durchgeführt wird und darüber hinaus getroffene Maßnahmen sind zu beschreiben.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen, keine Suchtgifte verordnet werden oder keine Substitutionstherapie angeboten wird.

Frage 7.4 Beziehen Sie Suchtgift für Ihren Ordinations- oder Gruppenpraxisbedarf aus einer inländischen öffentlichen Apotheke?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	2.570	12,08 %	22	0,1 %	18.690	87,82 %

Tabelle 119: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 7.4

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	185	10,95 %	0	0 %	1.504	89,05 %

Tabelle 120: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 7.4

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Ärztinnen dürfen Suchtgift für ihre Hausapotheke und für ihren Ordinations- oder Gruppenpraxisbedarf nur aus inländischen öffentlichen Apotheken beziehen. Es ist mit Unterschrift zu bestätigen, dass Suchtgifte nur aus inländischen, öffentlichen Apotheken bezogen werden.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen oder keine Suchtgifte bezogen werden.

Im Zuge der Mängelbehebung konnten alle negativen Antworten bei der Selbstevaluierung auf Missverständnisse bei der Formulierung „inländische öffentliche Apotheke“ zurückgeführt werden.

Frage 7.5 Werden suchtgifthaltige Arzneispezialitäten vorschriftsmäßig gemäß dem Suchtmittelgesetz in der geltenden Fassung gelagert?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	2.590	12,17 %	2	0,01 %	18.690	87,82 %

Tabelle 121: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 7.5

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	184	10,89 %	1	0,06 %	1.504	89,05 %

Tabelle 122: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 7.5

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Zum Besitz von Suchtmitteln Berechtigte haben ihren Suchtmittelvorrat durch geeignete, den jeweiligen Umständen entsprechende Maßnahmen gegen unbefugte Entnahme zu sichern. Suchtgifte sind gesondert aufzubewahren. Es ist zu beschreiben, wie Suchtmittel entsprechend geschützt aufbewahrt werden, und dies mittels Fotos zu dokumentieren.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen oder keine Suchtgifte bezogen werden.

Frage 7.6 Werden abgelaufene oder von Patienten retournierte suchtgifthaltige Arzneispezialitäten fachgerecht entsorgt?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	2.558	12,02 %	34	0,16 %	18.690	87,82 %

Tabelle 123: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 7.6

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	185	10,95 %	0	0 %	1.504	89,05 %

Tabelle 124: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 7.6

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Der Ausgang von abgelaufenen suchtgifthaltigen Arzneispezialitäten in ärztlichen Hausapotheken muss in der Suchtmitteldokumentation vermerkt werden. In der Ordination besteht keine Verpflichtung, suchtgifthaltige Arzneispezialitäten, welche Patientinnen zurückgeben möchten, anzunehmen. Werden diese angenommen, so muss dies im Eingang in der Suchtmitteldokumentation eingetragen werden. Entsprechend einem Erlass des [damaligen, Anm.] Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF) müssen Suchtmittel zur Vernichtung an das chemisch-pharmazeutische Laboratorium der Österreichischen Apothekerkammer persönlich abgegeben werden oder mittels Postversand inklusive der ausgefüllten Formblätter dieses Laboratoriums geschickt werden. Nach Überprüfung durch das chemisch-pharmazeutische Laboratorium der Österreichischen Apothekerkammer erhält der Einbringer eine Bestätigung über die Entsorgung. Dies gilt dann als Ausgangsbeleg für die Suchtgiftdokumentation (siehe dazu Erlass BMGF vom 23.12.2003; GZ: 21551/10-III/B/9/0).

Es ist mit Unterschrift zu bestätigen, dass mit abgelaufenen oder retournierten suchtgifthaltigen Arzneispezialitäten wie hier beschrieben umgegangen wird.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen oder keine Suchtgifte bezogen werden.

2.2.9 Laboruntersuchungen

Frage 8.1 Lassen Sie die Verlässlichkeit Ihrer Laboruntersuchungen durch die Teilnahme an Ringversuchen oder durch ähnliche zur Verfügung stehende Methoden nachweislich überprüfen?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	6.308	29,64 %	222	1,04 %	14.752	69,32 %

Tabelle 125: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 8.1

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	417	24,69 %	3	0,18 %	1.269	75,13 %

Tabelle 126: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 8.1

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Für alle Laboruntersuchungen, auch für die, für die es keine Ringversuche gibt, müssen die vom Hersteller vorgeschriebenen Gerätekalibrierungen und Qualitätskontrollen durchgeführt werden. Allfällige Teilnahmeerklärungen oder Kalibrierungsnachweise sind in Kopie als Beleg an die ÖQMED zu übermitteln oder es ist zu bestätigen, dass keine Laboruntersuchungen durchgeführt werden.

Weitere Informationen

Die Frage wird systemseitig mit *nicht zutreffend* beantwortet, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden. Beim Beantworten besteht darüber hinaus aber auch die Möglichkeit, eine dritte Option manuell auszuwählen. Diese lautet:

Es werden generell keine oder keine prüfpflichtigen Laboruntersuchungen durchgeführt.

Diese Antworten werden zusammen mit den systemseitig gesetzten in den beiden Tabellen oberhalb unter *nicht zutreffend* zusammengefasst.

2.2.10 Personaleinsatz

Frage 9.1 Hat Ihr Personal klar definierte und dem gesamten Team kommunizierte Aufgaben und Verantwortungsbereiche?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	14.231	66,87 %	20	0,09 %	7.031	33,04 %

Tabelle 127: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 9.1

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.111	65,76 %	3	0,18 %	575	34,04 %

Tabelle 128: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 9.1

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Aufgaben und Verantwortungsbereiche können bspw. mittels Arbeitsplatzbeschreibungen formalisiert und kommuniziert werden. Diese oder andere geeignete Unterlagen sind in Kopie als Nachweis an die ÖQMED zu übermitteln.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn kein Personal vorhanden ist oder wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 9.2 Ist Ihr Personal auf sämtliche hygienerelevante Abläufe nachweislich eingeschult?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	14.217	66,8 %	34	0,16 %	7.031	33,04 %

Tabelle 129: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 9.2

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.100	65,13 %	14	0,83 %	575	34,04 %

Tabelle 130: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 9.2

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Tätigkeiten im Bereich der Reinigung, Desinfektion oder Sterilisation können bspw. mittels Arbeitsplatzbeschreibungen oder Reinigungs- bzw. Hygieneplänen formalisiert und kommuniziert werden. Diese oder andere geeignete Unterlagen sind in Kopie als Nachweis an die ÖQMED zu übermitteln.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn kein Personal vorhanden ist oder wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 9.3 Ist Ihr Personal über allfällige Infektionsquellen, -wege und damit verbundene Sicherheitsmaßnahmen nachweislich in Kenntnis gesetzt?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	14.224	66,84 %	27	0,13 %	7.031	33,04 %

Tabelle 131: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 9.3

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.104	65,36 %	10	0,59 %	575	34,04 %

Tabelle 132: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 9.3

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

In wiederkehrenden Fällen kann die Information über Infektionsquellen und damit verbundene Sicherheitsmaßnahmen Teil der Jahresunterweisung bzw. der Stellenbeschreibung sein. In Einzelfallsituationen müssen entsprechende Informationen so rechtzeitig erteilt werden, dass Sicherheitsmaßnahmen zeitgerecht ergriffen werden können. Als Nachweis der Behebung sind entweder schriftliche Schulungsunterlagen an die ÖQMED zu übersenden oder zu beschreiben, wie in Einzelfallsituationen die Informationsweitergabe erfolgt.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn kein Personal vorhanden ist oder wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 9.4 Ist die Vertretung unter Ihrem Personal für den Fall von Abwesenheiten unter Berücksichtigung der jeweiligen Qualifikation geregelt?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	14.107	66,29 %	144	0,68 %	7.031	33,04 %

Tabelle 133: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 9.4

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.112	65,84 %	2	0,12 %	575	34,04 %

Tabelle 134: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 9.4

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Vertretungsregelungen können bspw. mittels Arbeitsplatzbeschreibungen formalisiert und kommuniziert werden. Diese oder andere geeignete Unterlagen sind in Kopie als Nachweis an die ÖQMED zu übermitteln.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn kein Personal vorhanden ist oder wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 9.5 Unterstützen Sie Ihr Personal bei den Fortbildungsaktivitäten?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	14.137	66,43 %	114	0,54 %	7.031	33,04 %

Tabelle 135: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 9.5

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.113	65,9 %	1	0,06 %	575	34,04 %

Tabelle 136: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 9.5

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Es ist zu beschreiben, wie das Personal bei Fortbildungsaktivitäten unterstützt wird.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn kein Personal vorhanden ist oder wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 9.6 Halten Sie regelmäßige, formalisierte Personalbesprechungen ab, um zu gewährleisten, dass die Abläufe in Ihrer Ordination oder Gruppenpraxis patientenorientiert optimiert werden und fordern Sie Ihr Personal regelmäßig zu Rückmeldungen an Sie auf, um gegebenenfalls Verbesserungsmaßnahmen definieren zu können?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	14.189	66,67 %	62	0,29 %	7.031	33,04 %

Tabelle 137: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 9.6

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.111	65,78 %	3	0,18 %	575	34,04 %

Tabelle 138: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 9.6

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

„Regelmäßig“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Besprechungen immer dann abgehalten werden, wenn es die Abläufe der Ordination oder Gruppenpraxis erfordern, z. B. bei Änderungen von Abläufen oder Einführung von neuen Abläufen. In Perioden ohne derartige Änderungen kann z. B. auch eine Besprechung pro Quartal ausreichend sein. Es ist mit Unterschrift zu bestätigen, dass formalisierte Personalbesprechungen in der Praxis wie oben beschrieben in Zukunft durchgeführt werden.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn kein Personal vorhanden ist oder wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 9.7 Beachten Sie beim Einsatz von Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe (Bspw. DGKS/DGKP), von Turnusärztinnen sowie Famulanten die jeweils erforderliche Anordnung, Anleitung und Aufsicht sowie die berufsrechtlichen Grenzen der Delegation?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	8.074	37,94 %	24	0,11 %	13.184	61,95 %

Tabelle 139: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 9.7

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	574	33,98 %	1	0,06 %	1.114	65,96 %

Tabelle 140: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 9.7

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Es ist mit Unterschrift zu bestätigen, dass sämtliche berufsrechtlichen Regelungen eingehalten werden.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn generell kein Personal vorhanden ist oder keine Angehörigen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe u. ä. in der Ordination oder Gruppenpraxis eingesetzt werden.

Frage 9.8 Evaluieren Sie die Arbeitsplätze Ihres Personals hinsichtlich der für Gesundheit und Sicherheit bestehenden Gefahren regelmäßig und halten Sie Ihre Ergebnisse und die gegebenenfalls durchzuführenden Maßnahmen zur Gefahrenverhütung schriftlich fest?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	14.067	66,10 %	184	0,86 %	7.031	33,04 %

Tabelle 141: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 9.8

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.100	65,13 %	14	0,83 %	575	34,04 %

Tabelle 142: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 9.8

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Die Evaluierung soll gem. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG) die Bereiche Gestaltung und Einrichtung der Arbeitsstätte, die Gestaltung und den Einsatz von Arbeitsmitteln, die Verwendung von Arbeitsstoffen, die Gestaltung der Arbeitsplätze, die Gestaltung der Arbeitsverfahren, Arbeitsvorgänge und deren Zusammenwirken sowie den Stand der Ausbildung und Unterweisung des Personals umfassen. Daraus resultierende Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen sind auf ihre Wirksamkeit zu prüfen. Beispielsweise nach Unfällen oder bei dem Verdacht auf arbeitsbedingte Erkrankungen ist eine erneute Überprüfung jedenfalls notwendig.

Des Weiteren ist das Personal über das Verhalten im Gefahrenfall, die Standorte, die Handhabung der Einrichtungen zur Brandbekämpfung, die Aufbewahrungsorte der Einrichtungen für die Erste-Hilfe-Leistung und allfällige Lagerverbote und Lagerbeschränkungen zu informieren (z. B. durch Schulungen und deutliche Aushänge an leicht zugänglichen, gut sichtbaren Stellen). Kopien der Arbeitsplatzevaluierungen des Personals sind an die ÖQMED zu übermitteln.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn kein Personal vorhanden ist oder wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 9.9 Ist Ihr nicht-ärztliches und ärztliches Personal, das Sie bei der Durchführung medizinischer Tätigkeiten unterstützt, über Gefahren- und Komplikationspotentiale von Patientinnen informiert?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	12.521	58,83 %	9	0,04 %	8.752	41,12 %

Tabelle 143: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 9.9

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	942	55,77 %	9	0,53 %	738	43,69 %

Tabelle 144: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 9.9

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Gefahren- und Komplikationspotential bergen beispielsweise Allergien, Anfallsleiden, Personen mit Bluterkrankheit, mit Schrittmachern und Hepatitisinfizierte. Ein Schulungsdokument kann über die Homepage der ÖQMED bezogen werden. Dieses oder andere geeignete Unterlagen sind, vom geschulten Personal unterzeichnet, in Kopie als Nachweis an die ÖQMED zu übermitteln.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn kein Personal vorhanden ist. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, die Frage mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn das Personal keinen Patientenkontakt hat.

Frage 9.10 Wird Ihr Personal in regelmäßigen Abständen unterwiesen bzw. intern oder extern geschult und über die sicherheitsrelevanten Ziele Ihrer Ordination oder Gruppenpraxis in einem jährlichen Gespräch informiert?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	14.155	66,51 %	96	0,45 %	7.031	33,04 %

Tabelle 145: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 9.10

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.108	65,6 %	6	0,36 %	575	34,04 %

Tabelle 146: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 9.10

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Dieser Unterweisungspflicht kann im Rahmen der Aufklärung über die Gefahren am Arbeitsplatz gemäß ArbeitnehmerInnenschutzgesetz nachgekommen werden. Sie hat regelmäßig und nachweislich zu erfolgen. Die Jahresunterweisung des Personals kann bei Bedarf an den jeweils hierarchisch vorgesetzten Mitarbeiter delegiert werden. Die Nachweise der Unterweisung sind in Kopie an die ÖQMED zu übersenden.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn kein Personal vorhanden ist oder wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

2.2.11 Patientenhistorie und Dokumentation

Frage 10.1 Werden die patientenbezogenen Daten systematisch dokumentiert?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.605	96,82 %	12	0,06 %	665	3,12 %

Tabelle 147: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 10.1

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.640	97,1 %	0	0 %	49	2,9 %

Tabelle 148: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 10.1

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Darunter sind schriftliche Aufzeichnungen oder elektronische Daten zu Befundung, Diagnose, Therapie, Patientenaufklärung und Einverständniserklärungen zu verstehen. Es ist zu beschreiben, wie patientenbezogene Daten systematisch und vollständig dokumentiert werden.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 10.2 Sind die Diagnosestellung und/oder der Behandlungsverlauf aufgrund der Dokumentation nachvollziehbar?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.468	96,84 %	8	0,04 %	665	3,12 %

Tabelle 149: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 10.2

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.640	97,1 %	0	0 %	49	2,9 %

Tabelle 150: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 10.2

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

- Der Behandlungsverlauf muss für eine Ärztin inhaltlich nachvollziehbar sein und
- die (technische) Lesbarkeit muss sowohl bei schriftlicher als auch bei elektronischer Dokumentation für mindestens zehn Jahre gewährleistet sein.

Es ist auszuführen, wie die Nachvollziehbarkeit der Diagnose und Behandlung sichergestellt wird.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 10.3 Bewahren Sie Rezeptformulare und Stempel diebstahlgeschützt auf?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.468	96,18 %	149	0,7 %	665	3,12 %

Tabelle 151: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 10.3

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.640	97,1 %	0	0 %	49	2,9 %

Tabelle 152: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 10.3

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Die sichere Verwahrung von Rezeptformularen und Stempeln kann bspw. in einer versperrenbaren Schreibtischschublade erfolgen Es ist auszuführen, wie bzw. wo in der Praxis Rezeptformulare bzw. Arztstempel aufbewahrt werden.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 10.4 Ist die Archivierung Ihrer patientenbezogenen Daten (zu Befundung, Diagnose, Therapie, Patientenaufklärung, Einverständniserklärungen und Bilddaten) über einen Zeitraum von 10 Jahren gesichert?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	21.262	99,91 %	20	0,09 %	0	0 %

Tabelle 153: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 10.4

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.689	100 %	0	0 %	0	0 %

Tabelle 154: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 10.4

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Mit einer zehnjährigen Aufbewahrung ist zwar den Berufspflichten Genüge getan, allfällige Schadenersatzpflichten können aber unter Umständen auch bis spätestens 30 Jahre nach der Behandlung rechtswirksam gegenüber dem (auch dann schon pensionierten) Arzt geltend gemacht werden. Es ist zu beschreiben, wie die Archivierung der patientenbezogenen Daten für 10 Jahre gesichert ist.

Weitere Informationen

Die Frage muss von jeder Praxis ungeachtet jeglicher Individualisierungen beantwortet werden.

2.2.12 Befundverwaltung

Frage 11.1 Werden die Befunde systematisch verwaltet?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.570	96,65 %	47	0,22 %	665	3,12 %

Tabelle 155: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 11.1

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.640	97,1 %	0	0 %	49	3,9 %

Tabelle 156: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 11.1

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Unter „systematisch“ ist zu verstehen, dass alle Befunde in gleicher Vorgehensweise verwaltet werden, z. B. Befundverwaltung nach Alphabet (Nachnamen der Patientinnen) oder nach Datum geordnet, so dass die Zuordnung und das Wiederauffinden im Bedarfsfall gewährleistet sind. Es ist zu beschreiben, wie in der Praxis Befunde systematisch verwaltet werden.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 11.2 Ist in Ihrer Ordination oder Gruppenpraxis sichergestellt, dass gegebenenfalls vorgenommene interne Anmerkungen nicht im Befundbereich, sondern nur in den sonstigen Aufzeichnungen vermerkt werden?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.529	96,46 %	88	0,41 %	665	3,12 %

Tabelle 157: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 11.2

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.639	97,04 %	1	0,06 %	49	2,9 %

Tabelle 158: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 11.2

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Bei manchen elektronischen Befundübermittlungssystemen können extern einlangende Befunde nachträglich vom Empfänger bearbeitet werden. Eine derart nachträgliche Bearbeitung könnte bei Hinzukommen weiterer Voraussetzungen die Gefahr der Täuschung bzw. Urkundenfälschung in sich bergen. Auf den Sicherheitsaspekt, dass keine Dokumentänderung von extern einlangenden Befunden erfolgen soll, sind die Mitarbeiter daher tunlichst nachweislich hinzuweisen. Dies kann bspw. durch eine dokumentierte Schulung erfolgen. Entsprechend geeignete Nachweisdokumente sind in Kopie an die ÖQMED als Beleg der Mängelbehebung zu übersenden.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

2.2.13 Patientenkommunikation und Patientenaufklärung

Frage 12.1 Klären Sie Ihre Patientinnen über relevante potentielle Risiken, Alternativverfahren und Nebenwirkungen von Diagnoseverfahren und Therapien (einschließlich der Arzneimittel) auf und dokumentieren Sie dies im Bedarfsfall?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.599	96,79 %	18	0,08 %	665	3,12 %

Tabelle 159: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 12.1

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.640	97,1 %	0	0 %	49	2,9 %

Tabelle 160: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 12.1

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Es ist mit Unterschrift zu bestätigen, dass Patientenaufklärung wie oben beschrieben Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit ist.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 12.2 Informieren Sie Ihre Patienten über allfällige in Frage kommende Behandlungsalternativen sowie – wenn Sie die Behandlung selbst durchführen – über daraus resultierende, voraussichtlich an Sie zu entrichtende Kosten?

Erläuterung: Eine Ausnahme stellen detaillierte Angaben in der Zuweisung dar. Es ist ausreichend, wenn die Aufklärung der Patientinnen über Behandlungsalternativen und die Bekanntgabe des an den Arzt zu entrichtenden Honorars mündlich erfolgen und dies Teil Ihres routinemäßigen Ablaufes ist. Allerdings ist in Fällen besonderer Gefah-
 rengeneigtheit auch in Ordinationen oder Gruppenpraxen, insbesondere bei chirurgi-
 schen Eingriffen, aus forensischen Gründen ein schriftlicher Nachweis zur Beweissiche-
 rung zu empfehlen.

Die Kosten für allfällige Selbstbehalte müssen der Patientin nicht zwingend von dem Arzt bekanntgegeben werden; sie sind häufig nur durch den Versicherungsträger er-
 mittelbar. Die Patientin kann erforderlichenfalls an diesen verwiesen werden.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.578	96,69 %	39	0,18 %	665	3,12 %

Tabelle 161: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 12.2

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.640	97,1 %	0	0 %	49	2,9 %

Tabelle 162: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 12.2

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Es ist mit Unterschrift zu bestätigen, dass die Informationsweitergabe wie oben be-
 schrieben Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit ist.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder
 Kunden empfangen werden.

Frage 12.3 Ist gewährleistet, dass Ihre Patienten bzw. die zuweisende Ärztin über die sie betreffenden Befunde informiert werden?

Erläuterung: Sie erfüllen dieses Kriterium auch, wenn Sie Ihren Patienten regelmäßig die Notwendigkeit der Befundbesprechung darlegen und dadurch gegeben ist, dass sich Ihre Patientinnen persönlich bei Ihnen über die Befundergebnisse informieren können.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.597	96,78 %	20	0,09 %	665	3,12 %

Tabelle 163: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 12.3

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.640	97,1 %	0	0 %	49	2,9 %

Tabelle 164: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 12.3

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Es ist mit Unterschrift zu bestätigen, dass Befundinformationen wie oben beschrieben Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit sind.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 12.4 Beziehen Sie – im Einvernehmen mit Ihrem Patienten – wenn dies Ihrer Einschätzung nach ärztlich notwendig ist und ein Aufklärungsinhalt nicht verständlich gemacht werden kann – auch Angehörige, Begleitpersonen oder sonstige Personen in die Aufklärung mit ein?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.587	96,73 %	30	0,14 %	665	3,12 %

Tabelle 165: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 12.4

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.640	97,1 %	0	0 %	49	2,9 %

Tabelle 166: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 12.4

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Es ist mit Unterschrift zu bestätigen, dass im Bedarfsfall Angehörige oder Begleitpersonen in die Aufklärung miteinbezogen werden.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 12.5 Beachten Sie die besonderen Rechtsvorschriften und die Informationspflicht bei minderjährigen Personen, bei Ihnen bekannten Personen mit Erwachsenenvertretung bzw. Personen, die von einem Vorsorgebevollmächtigten vertreten werden sowie bei Patienten mit eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit bzw. mit erhöhtem Beratungsbedarf im Sinne des Erwachsenenschutzgesetzes?

Erläuterung:

Minderjährige Patientinnen

Die Entscheidungsfähigkeit wird bei mündigen Minderjährigen (ab Vollendung des 14. Lebensjahres) grundsätzlich vermutet. Aus diesem Grund können mündige Minderjährige grundsätzlich nur selbst in die medizinische Heilbehandlung einwilligen. Entscheidungsfähigkeit bedeutet, dass jemand die Bedeutung und die Folgen seines Handelns im jeweiligen Zusammenhang verstehen, seinen Willen danach bestimmen und sich entsprechend verhalten kann. Es geht dabei um drei Anforderungen an die einwilligende Person:

- die Fähigkeit zum Erkennen von Tatsachen und Kausalverläufen („Bedeutung verstehen“)
- die Fähigkeit zur Bewertung („Folgen verstehen“) und
- die Fähigkeit zur einsichtsgemäßen Selbstbestimmung („Willen danach bestimmen und sich entsprechend verhalten“)

Willigt ein entscheidungsfähiges minderjähriges Kind in eine Behandlung ein, die gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden ist. (U. a., wenn der Grad einer schweren Körperverschädigung im Sinne von § 84 StGB einzustufen ist, etwa bei Eröffnung der Körperhöhle, z. B. Eröffnung der Bauchhöhle, einer Knochenfraktur oder wenn die körperliche Beeinträchtigung bei normalem Verlauf für einen Zeitraum von mehr als 24 Tagen zu erwarten ist), so ist auch bei entscheidungsfähigen Minderjährigen, stets die Zustimmung der gesetzlichen Vertreterin einzuholen. Die Einholung einer Einwilligung entweder des Sorgeberechtigten bzw. der entscheidungsfähigen Minderjährigen oder die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters, kann entfallen, wenn der Eingriff bereits so dringend ist, dass der damit verbundene Aufschub das Leben der Minderjährigen gefährden würde bzw. mit der Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung verbunden wäre.

Nicht-entscheidungsfähige Patienten

Der Umstand, dass eine Person vertreten ist, muss nicht zwangsläufig bedeuten, dass die Entscheidungsfähigkeit im Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung aufgehoben ist. Sollte die Patientin hinsichtlich eines konkreten medizinischen Eingriffs entscheidungsfähig sein, so kann in die Behandlung eingewilligt bzw. die Behandlung abgelehnt werden. Dies gilt auch für Behandlungen, die mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit einhergehen. Verfügt der vertretene Patient nicht über die nötige Entscheidungsfähigkeit, so bedarf es der Zustimmung der Erwachsenenvertreterin bzw. des Vorsorgebevollmächtigten, für dessen Berechtigung auch medizinische Belange umfassen muss.

Wird die Patientin für nicht-entscheidungsfähig gehalten, ist im Gespräch auszuloten, ob ein Unterstützer (in Frage kommen: Angehörige, nahestehende Personen, Vertrauenspersonen oder Fachleute, wobei darauf zu achten ist, dass die Patientin kein Veto gegen den Unterstützer eingelegt hat) zur Entscheidungsfindung beigezogen werden soll. Mit Hilfe der Unterstützerin soll die Willensbildung des Patienten ermöglicht werden. Nur wenn von vorneherein klar ist, dass dieses Ziel auch mit Unterstützung nicht erreicht werden kann, kann von der Beiziehung von Unterstützerinnen abgesehen werden (z. B. bei komatösen Patienten oder Patientinnen mit apallischem Syndrom). Das gesetzte Bemühen, d. h., dass versucht wurde, eine einen Unterstützer beizuziehen, um die Willensbildung zu ermöglichen, ist schriftlich zu dokumentieren.

Generell gilt – soweit eine Patientin durch die Einberufung von Unterstützern oder durch andere Maßnahmen (z. B. Gebrauch von leichter Sprache, von Fotos und Symbolen, plastischen Modellen zum Angreifen etc.) entscheidungsfähig wird, kann nur sie selbst rechtsgültig in die Behandlung einwilligen. Es bedarf diesfalls keiner Stellvertretung.

Auch im Rahmen der Behandlung einer vertretenen Patientin kommt die sogenannte „Gefahr im Verzug“-Regel zur Anwendung.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.584	96,72 %	33	0,16 %	665	3,12 %

Tabelle 167: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 12.5

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.640	97,1 %	0	0 %	49	2,9 %

Tabelle 168: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 12.5

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Es ist mit Unterschrift zu bestätigen, dass die besonderen Rechtsvorschriften und die Informationspflicht bei minderjährigen Personen, bei bekannten Personen mit Erwachsenenvertretung bzw. besachwalteten Personen sowie bei Patienten mit eingeschränkter Einsichts- und Urteilsfähigkeit bzw. mit erhöhtem Beratungsbedarf im Sinne des Erwachsenenschutzgesetzes beachtet werden.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

2.2.14 Zugang zur Ordination

Frage 13.1 Sind Sie bemüht, unter den gegebenen baulichen Verhältnissen auch bewegungseingeschränkten Patienten den Zugang zu Ihrer Ordination oder Gruppenpraxis einschließlich Sanitärräume zu ermöglichen?

Erläuterung: Den Zugang zu Ihrer Ordination oder Gruppenpraxis können Sie bewegungseingeschränkten Patientinnen beispielsweise auch durch einen Hinweis auf die Möglichkeit eines Krankentransportes gewähren.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.550	96,56 %	67	0,31 %	665	3,12 %

Tabelle 169: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 13.1

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.640	97,1 %	0	0 %	49	2,9 %

Tabelle 170: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 13.1

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Unter Barrierefreiheit ist zum einen der Zugang zur Ordination oder Gruppenpraxis, aber auch die Möglichkeit zur Behandlung von mobilitätseingeschränkten Personen zu verstehen. Der Zugang zur Ordination oder Gruppenpraxis kann bewegungseingeschränkten Patienten beispielsweise auch durch einen Hinweis auf die Möglichkeit eines Krankentransportes gewährt werden. Dieser Mangel gilt auch als behoben, wenn bewegungseingeschränkten Personen eine benachbarte barrierefreie Behandlungseinrichtung empfohlen wird, sofern die eigene Praxis nicht über die nötige Ausstattung verfügt. Die getroffenen Maßnahmen sind jedenfalls zu beschreiben.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 13.2 Informieren Sie Ihre Patientinnen über die nächste geeignete Einrichtung, die die entsprechende Behandlung anbietet, für den Fall, dass Sie eine bewegungseingeschränkte Patientin nicht behandeln können?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	9.167	43,07 %	41	0,19 %	12.074	56,73 %

Tabelle 171: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 13.2

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	680	40,26 %	0	0 %	1.009	59,74 %

Tabelle 172: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 13.2

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Es ist mit Unterschrift zu bestätigen, dass im Bedarfsfall an geeignete Behandlungseinrichtungen verwiesen wird.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn entweder keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden oder die Praxis barrierefrei ist.

Frage 13.3 Informieren Sie bei Überweisungen eines bewegungseingeschränkten Patienten über die Informationsmöglichkeit des Barrierefreiheitsregisters unter www.arztbarrierefrei.at oder über die Barrierefreiheit der zugewiesenen Untersuchungsstelle, sofern Ihnen diese bekannt ist?

Erläuterung: Unter Barrierefreiheit ist zum einen der Zugang zur Untersuchungsstelle, aber auch die Möglichkeit zur Behandlung von mobilitätseingeschränkten Personen zu verstehen.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.266	95,23 %	351	1,65 %	665	3,12 %

Tabelle 173: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 13.3

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.639	97,04 %	1	0,06 %	49	2,9 %

Tabelle 174: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 13.3

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Es ist mit Unterschrift zu bestätigen, dass im Bedarfsfall über das Barrierefreiheitsregister www.arztbarrierefrei.at informiert wird.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

2.2.15 Unerwünschte Ereignisse / Patientensicherheit

Frage 14.1 Werden unerwünschte Ereignisse dokumentiert und mit dem (potentiell) beteiligten Personal besprochen?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.578	96,69 %	39	0,18 %	665	3,12 %

Tabelle 175: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 14.1

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.639	97,04 %	1	0,06 %	49	2,9 %

Tabelle 176: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 14.1

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Es ist mit Unterschrift zu bestätigen, dass unerwünschte Ereignisse im Bedarfsfall dokumentiert und ggf. mit den Mitarbeitern besprochen werden.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 14.2 Streben Sie beim Auftreten unerwünschter Ereignisse jedenfalls eine Ursachenfindung an und definieren, dokumentieren und implementieren Sie erforderlichenfalls Verbesserungsmaßnahmen, um das Wiederauftreten des unerwünschten Ereignisses zu verhindern?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.596	96,78 %	21	0,1 %	665	3,12 %

Tabelle 177: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 14.2

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.640	97,1 %	0	0 %	49	2,9 %

Tabelle 178: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 14.2

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Es ist mit Unterschrift zu bestätigen, dass beim Auftreten unerwünschter Ereignisse eine Ursachenfindung betrieben wird und gegebenenfalls Verbesserungsmaßnahmen gesetzt werden.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 14.3 Wird die von einem unerwünschten Ereignis betroffene Patientin nach Rücksprache mit Ihrer Haftpflichtversicherung unverzüglich und nachweislich über den Sachverhalt informiert?

Erläuterung: Im Zusammenhang mit der Haftpflichtversicherung begründet die Mitwirkung des eventuell ersatzpflichtigen Arztes an der objektiven Sachverhaltsfeststellung keine Obliegenheitsverletzung, die zur Leistungsfreiheit des Versicherers führt (vgl. § 58a Abs. 4 Ärztegesetz).

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.547	96,55 %	70	0,33 %	665	3,12 %

Tabelle 179: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 14.3

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.640	97,1 %	0	0 %	49	2,9 %

Tabelle 180: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 14.3

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Im Zusammenhang mit der Haftpflichtversicherung begründet die Mitwirkung der eventuell ersatzpflichtigen Ärztin an der objektiven Sachverhaltsfeststellung keine Obliegenheitsverletzung, die zur Leistungsfreiheit des Versicherers führt (vgl. § 58a Abs. 2 Ärztegesetz). Es ist mit Unterschrift zu bestätigen, dass betroffene Patienten nachweislich über den Sachverhalt informiert werden.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 14.4 Sollten im Rahmen Ihrer Behandlung Arzneimittelnebenwirkungen bekannt werden, verwenden Sie das Arzneimittelinformations- und Meldesystem des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen zum Melden dieser Arzneimittelnebenwirkungen?

Erläuterung: Ärzte sind gemäß § 75a AMG als Angehörige eines Gesundheitsberufs dazu verpflichtet, Arzneimittelnebenwirkungen zu melden. Die Meldung erfolgt direkt an das BASG. Formulare zur Meldung sind unter www.basg.gv.at/pharmakovigilanz/meldung-von-nebenwirkungen zu finden.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.426	95,96 %	191	0,9 %	665	3,12 %

Tabelle 181: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 14.4

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.639	97,04 %	1	0,06 %	49	2,9 %

Tabelle 182: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 14.4

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Sollten in der Praxis noch niemals Nebenwirkungen aufgefallen oder berichtet worden sein, wird dieses Kriterium auch erfüllt, wenn Nebenwirkungen gemeldet werden würden. Dies ist mit Unterschrift zu bestätigen.

Weitere Informationen

In den allermeisten Fällen beruht eine negative Beantwortung dieser Frage auf einem Missverständnis, da in den betroffenen Praxen bis zum Zeitpunkt der Evaluierung keine unbekannten Nebenwirkungen aufgetreten sind.

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 14.5 Sind Ihnen Fehlerberichts- und Lernsysteme – beispielsweise CIRSmedical der Österreichischen Ärztekammer – als Teil Ihres Risikomanagements bekannt?

Das Österreichische Fehlermelde- und Lernsystem der ÖÄK finden Sie unter dem Link www.cirsmedical.at. Bei Fragen können Sie sich gerne an die CIRSmedical- Projektmitarbeiterinnen der ÖQMED wenden (01/5125685-0).

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	19.703	92,58 %	914	4,29 %	665	3,12 %

Tabelle 183: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 14.5

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.629	97,04 %	1	0,06 %	49	2,9 %

Tabelle 184: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 14.5

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Das Fehlermelde- und Lernsystem der Österreichischen Ärztekammer ist unter dem Link www.cirsmedical.at zu finden. Bei Fragen stehen die CIRSmedical Projektmitarbeiterinnen der ÖQMED gerne zur Verfügung (01/5125685-0).

Sollte es in der Praxis bislang zu keinem nennenswerten Zwischenfall gekommen sein, ist mit Unterschrift zu bestätigen, dass die Möglichkeit des Lernens und Berichtens in CIRSmedical oder vergleichbaren Systemen bekannt ist und dies gegebenenfalls auch angewendet werden würde.

Weitere Informationen

Im Zuge der Mängelbehebung konnten die allermeisten negativen Antworten auf ein Missverständnis zurückgeführt werden. Im Zuge dessen wurde der Fragetext nach der ersten Welle leicht angepasst, wodurch sich die Quote der negativen Antworten erheblich reduzierte.

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

2.2.16 Beschwerdemanagement

Frage 15.1 Gibt es in Ihrer Ordination oder Gruppenpraxis schriftliche Anweisungen an das Personal, wie mit Beschwerden von Patienten, ärztlichen Kolleginnen oder externen Behandlungseinrichtungen umzugehen ist?

Weitere Informationen zum Thema Beschwerde- und Feedbackmanagement finden Sie unter www.oeqmed.at

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	13.227	62,15 %	1.024	4,81 %	7.031	33,04 %

Tabelle 185: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 15.1

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.095	64,83 %	19	1,12 %	575	34,04 %

Tabelle 186: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 15.1

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Eine Vorlage der Mitarbeiterinformation über den Umgang mit Beschwerden kann unter www.oeqmed.at heruntergeladen werden. Es ist mit Unterschrift zu bestätigen, dass das Personal entsprechend unterwiesen ist.

Weitere Informationen

Ein Hauptgrund für die sehr hohe Anzahl negativer Antworten liegt in der Forderung der Schriftlichkeit. Eine sehr häufige Antwort im Rahmen der Mängelbehebung lautete dementsprechend, dass die Mitarbeiter seit vielen Jahren in der Praxis tätig seien und wüssten, wie mit Beschwerden umzugehen wäre. Eine schriftliche Regelung erschien den meisten Ärzten daher überschießend bürokratisch. Seitens der ÖQMED wurde darauf hingewiesen, dass eine solche schriftliche Anleitung – insbesondere für neue Mitarbeiterinnen – sehr hilfreich sein kann.

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden oder kein Personal vorhanden ist.

Frage 15.2 Informieren Sie Ihre Patienten im Beschwerdefall über die Möglichkeit der Befassung der Patientenschieds- bzw. Patientenschlichtungsstellen der örtlich zuständigen Ärztekammer und/oder die Patientenanwaltschaft?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.391	95,81 %	226	1,06 %	665	3,12 %

Tabelle 187: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 15.2

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.639	97,04 %	1	0,06 %	49	2,9 %

Tabelle 188: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 15.2

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Es ist mit Unterschrift zu bestätigen, dass im Beschwerdefall über entsprechende Schieds- und Schlichtungsstellen informiert wird.

Weitere Informationen

Im Zuge der Mängelbehebung wurde evident, dass die Frage oft negativ beantwortet wurde, weil in den betroffenen Praxen bis zum Zeitpunkt der Evaluierung keine derartigen Beschwerden aufgetreten sind.

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 15.3 Wenn sich Ihre Ärztekammer oder die Patientenanwaltschaft im Zuge der Bearbeitung von Patientenbeschwerden Ihre Ordination oder Gruppenpraxis betreffend an Sie wendet, geben Sie innerhalb einer angemessenen Frist eine schriftliche Stellungnahme ab?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.593	96,76 %	24	0,11 %	665	3,12 %

Tabelle 189: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 15.3

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.640	97,1 %	0	0 %	49	2,9 %

Tabelle 190: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 15.3

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Es ist mit Unterschrift zu bestätigen, dass im Beschwerdefall zeitgerecht eine Stellungnahme an Ärztekammer bzw. Patientenanwaltschaft abgegeben wird.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

2.2.17 Datenschutz

Frage 16.1 Ist Ihr Personal nachweislich über seine Verschwiegenheitspflicht informiert?

Erläuterung: Sie sind auch für die Einhaltung der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht Ihres Personals verantwortlich. Die entsprechende Belehrung ist in aller Regel Inhalt des Dienstzettels. Ein Muster zur Vereinbarung über die Verschwiegenheit steht als Dokument „Erklärung zur Verschwiegenheit für Praxismitarbeiter“ unter www.oeqmed.at zum Download zur Verfügung.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	14.325	67,31 %	9	0,04 %	6.948	32,65 %

Tabelle 191: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 16.1

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.251	74,07 %	24	1,42 %	572	33,87 %

Tabelle 192: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 16.1

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Kopien der unterschriebenen Verschwiegenheitsverpflichtungserklärungen oder anderer geeigneter Dokumente sind an die ÖQMED als Nachweis der Mängelbehebung zu übersenden.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn kein Personal vorhanden ist

Frage 16.2 Liegt eine Bestätigung zur Einhaltung der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht (Auftragsverarbeitervertrag) mit Ihrer EDV-Firma vor?

Erläuterung: Die Verpflichtung zur Einhaltung der Verschwiegenheit der EDV-Dienstleister ist Bestandteil des Auftragsverarbeitervertrags.

Der Auftragsverarbeitervertrag kann entweder direkt vom EDV-Dienstleister oder als Muster auf der Homepage der ÖQMED unter www.oeqmed.at bezogen werden.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	16.221	76,22 %	93	0,44 %	4.968	23,34 %

Tabelle 193: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 16.2

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.251	74,07 %	24	1,42 %	414	24,51 %

Tabelle 194: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 16.2

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Das ausgefüllte und unterschriebene Dokument ist in Kopie an die ÖQMED zu übersenden.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn die EDV nicht durch externe Auftragnehmer gewartet wird oder die Dokumentation ausschließlich papiergestützt erfolgt.

Frage 16.3 Sind Ihre (patientenbezogenen) Daten vor fremdem (unbefugtem) Zugriff und vor Verlust durch geeignete Sicherheitsmaßnahmen (z. B. Bildschirmschoner, Passwörter) geschützt?

Erläuterung: Die Dokumentation ist durch geeignete Sicherheitsmaßnahmen vor dem Zugriff durch unbefugte Personen zu schützen.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	21.260	99,9 %	22	0,1 %	0	0 %

Tabelle 195: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 16.3

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.689	100 %	0	0 %	0	0 %

Tabelle 196: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 16.3

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Papiergestützte Dokumentation bzw. elektronische Dokumentation ist durch geeignete Sicherheitsmaßnahmen vor dem Zugriff durch unbefugte Personen zu schützen. Es ist zu erläutern, welche Sicherheitsmaßnahmen ergriffen wurden, um patientenbezogene Daten vor unbefugtem Zugriff zu schützen.

Weitere Informationen

Die Frage muss von jeder Praxis ungeachtet jeglicher Individualisierungen beantwortet werden.

Frage 16.4 Werden nicht mehr benötigte Datenträger (Festplatten, CDs, DVDs, Disketten und sonstige magnetische Speichermedien sowie papiergestützte Dokumentation) entsprechend den Datenschutzbestimmungen vernichtet und entsorgt?

Erläuterung: Aus Datenträgern (Festplatten, CDs, DVDs, Disketten und sonstigen magnetischen Speichermedien) können auch nach Löschung oder Formatierung Daten ausgelesen werden. Zur Wahrung des Datenschutzes ist daher auf Vernichtung (z. B. Schreddern) der Speichermedien zu achten.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	21.242	99,81 %	40	0,19 %	0	0 %

Tabelle 197: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 16.4

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.689	100 %	0	0 %	0	0 %

Tabelle 198: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 16.4

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Aus Datenträgern (Festplatten, CDs, DVDs, Disketten und sonstigen magnetischen Speichermedien) können auch nach Löschung oder Formatierung Daten ausgelesen werden. Zur Wahrung von Datenschutzgeheimnissen ist daher auf Vernichtung (z. B. Schreddern) der Speichermedien zu achten. Es ist zu beachten, dass dies selbstverständlich auch für Papier gilt. Es ist mit Unterschrift zu bestätigen, dass nicht mehr benötigte Datenträger regelungskonform vernichtet und entsorgt werden.

Weitere Informationen

Die Frage muss von jeder Praxis ungeachtet jeglicher Individualisierungen beantwortet werden.

Frage 16.5 Werden Befunde im Bedarfsfall an befundanfordernde Ärztinnen / Ärzte schnell, sicher, vertraulich und unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht weitergeleitet?

Erläuterung: Ausgegangen wird von der Zulässigkeit der Weitergabe der Befunde (insbesondere aufgrund Zustimmung der Patientin).

Je nach Dringlichkeit kann die Befundübermittlung mittels gesicherter elektronischer Befundübermittlungssysteme oder per Post oder Boten erfolgen.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.584	96,72 %	33	0,16 %	665	3,12 %

Tabelle 199: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 16.5

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.640	97,1 %	0	0 %	49	2,9 %

Tabelle 200: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 16.5

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Es ist mit Unterschrift zu bestätigen, dass Befunde im Bedarfsfall gemäß den oben beschriebenen Kriterien weitergeleitet werden.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 16.6 Wird beim Datenaustausch die Vertraulichkeit gewahrt?

Erläuterung: Der ordinationsführende Arzt stellt sicher, dass Briefe und Ausdrucke von Übertragungen durch gesicherte, elektronische Übermittlungssysteme in der Ordination oder Gruppenpraxis nur durch befugte Personen gelesen werden können.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.610	96,84 %	7	0,03 %	665	3,12 %

Tabelle 201: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 16.6

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.640	97,1 %	0	0 %	49	2,9 %

Tabelle 202: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 16.6

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Es wird sichergestellt, dass Briefe und Ausdrucke von Übertragungen durch gesicherte, elektronische Übermittlungssysteme der Ordination oder Gruppenpraxis nur durch befugte Personen gelesen werden können. Dies kann bspw. durch die räumliche Trennung von Drucker und öffentlich zugänglichen Räumlichkeiten der Praxis (z. B. Anmeldebereich) geschehen. Es ist auszuführen, wie hier die Vertraulichkeit sichergestellt wird.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

2.2.18 Medizinproduktemanagement

Frage 17.1 Werden wiederverwendbare Medizinprodukte entsprechend den Vorgaben des Medizinproduktegesetzes sowie den Aufbereitungsvorgaben des Herstellers gereinigt, desinfiziert oder sterilisiert?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	13.594	63,88 %	8	0,04 %	7.680	36,09 %

Tabelle 203: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 17.1

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	975	57,73 %	4	0,24 %	710	42,04 %

Tabelle 204: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 17.1

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Es ist zu beschreiben, welche Maßnahmen umgesetzt wurden, um die Aufbereitung wiederverwendbarer Medizinprodukte sicherzustellen. Alternativ ist mit Unterschrift zu bestätigen, dass nur sterile Einmalprodukte angewendet werden.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keinerlei wiederverwendbare Medizinprodukte verwendet werden.

Frage 17.2 Wird bei der Beschaffung von medizinischem Verbrauchsmaterial (Medizinprodukte) darauf geachtet, dass nur CE-gekennzeichnete Medizinprodukte angeschafft werden?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.499	96,32 %	118	0,55 %	665	3,12 %

Tabelle 205: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 17.2

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.640	97,1 %	0	0 %	49	2,9 %

Tabelle 206: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 17.2

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Medizinprodukte ohne CE-Kennzeichnung, mit Ausnahme von Sonderanfertigungen (für eine namentlich genannte Patientin) gem. § 2 (6) MPG dürfen seit 7. Juni 2000 nicht mehr angeschafft werden; vor diesem Zeitpunkt angeschaffte Produkte dürfen weiterverwendet werden. Es ist mit Unterschrift zu bestätigen, dass nur CE-gekennzeichnete Medizinprodukte angeschafft werden.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 17.3 Wird das mit der Handhabung von Medizinprodukten betraute Personal auf die korrekte Handhabung eingeschult und erforderlichenfalls nachgeschult und werden diese Schulungen (soweit erforderlich) dokumentiert?

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	14.148	66,48 %	103	0,48 %	7.031	33,04 %

Tabelle 207: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 17.3

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.111	65,78 %	3	0,18 %	575	34,04 %

Tabelle 208: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 17.3

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Die Personalschulung kann sowohl in der Ordination oder Gruppenpraxis (Einweisung durch den Arzt) als auch außerhalb (Kurs, Seminar) erfolgen. Entsprechende Schulungsnachweise des Personals sind in Kopie als Beleg zur Mängelbehebung an die ÖQ-MED zu übermitteln.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn kein Personal vorhanden ist oder keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 17.4 Wird für aktive Medizinprodukte (bspw. EKG, Ultraschall, Defibrillator) vor der erstmaligen Verwendung in der Ordination oder Gruppenpraxis eine Eingangsprüfung bzw. in weiterer Folge die sicherheitstechnische Überprüfung im vorgeschriebenen Intervall (i. d. R. zwei Jahre) durchgeführt?

Erläuterung:

Eingangsprüfung

Für aktive prüfpflichtige Medizinprodukte gem. Anhang 1 MPBV ist eine Eingangsprüfung durchzuführen. Auch nach einer externen Instandsetzung (Reparatur außer Haus) ist wiederum eine Eingangsprüfung durchzuführen. Bei Mitlieferung eines detaillierten Hersteller- oder Lieferanten-Messprotokolls kann die Eingangsprüfung auf eine Sichtprüfung auf Transportschäden beschränkt werden.

Wiederkehrende sicherheitstechnische Überprüfung

Sicherheitstechnische Prüfungen sind bei jenen Geräten vorzusehen, bei denen eine entsprechende Prüfung durch den Hersteller vorgeschrieben ist. Darüber hinaus ist eine Prüfung jedenfalls für die in Anhang 1 MPBV gelisteten Produkte durchzuführen. Wiederkehrende sicherheitstechnische Prüfungen sind in den vom Hersteller vorgeschriebenen Intervallen durchzuführen. Bei bestandener Prüfung ist das Produkt mit dem Datum der nächsten Prüfung zu kennzeichnen (Monat und Jahr). Ist vom Hersteller eine „wiederkehrende sicherheitstechnische Prüfung“ explizit ausgeschlossen, ist zumindest eine Sichtprüfung durchzuführen.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	15.643	73,5 %	32	0,15 %	5.607	26,35 %

Tabelle 209: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 17.4

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.193	70,63 %	26	1,54 %	470	27,83 %

Tabelle 210: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 17.4

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Kopien der Bestätigungen eines Medizinprodukte-Technikers über die erfolgten Überprüfungen bzw. Rechnungskopien über neu angeschaffte Produkte sind an die ÖQ-MED zu übermitteln.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine aktiven Medizinprodukte verwendet werden.

Frage 17.5 Werden für alle in Ihrer Ordination oder Gruppenpraxis befindlichen kontrollpflichtigen Medizinprodukte (z. B. RR-Messgerät, medizinische Personenwaage) regelmäßig „messtechnische Kontrollen“ durchgeführt und dokumentiert?

Erläuterung: Typischerweise betrifft dies das Blutdruckmessgerät sowie gegebenenfalls die medizinische Personenwaage. Dies betrifft auch bspw. Blutdruckmessgeräte, die ausschließlich für Notfälle vorrätig gehalten werden. Geräte müssen in der Regel alle zwei Jahre überprüft werden. Generell werden die messtechnische Kontrolle und deren Intervall vom Hersteller vorgeschrieben. Entsprechende Informationen können den Begleitpapieren (Gebrauchsanweisung) entnommen werden. Eine Auflistung der unabhängig von Herstellervorgaben jedenfalls prüfpflichtigen Geräte sowie deren maximalen Prüfintervalle finden Sie in der Medizinproduktebetreiberverordnung.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.230	95,06 %	387	1,82 %	665	3,12 %

Tabelle 211: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 17.5

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.586	93,9 %	54	3,2 %	49	2,9 %

Tabelle 212: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 17.5

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Kopien der Bestätigungen einer Medizinprodukte-Technikerin über die erfolgten Kontrollen bzw. Rechnungskopien über neu angeschaffte Produkte sind an die ÖQMED zu übermitteln.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 17.6 Liegen Gebrauchsanweisungen und Herstellerinformationen für die Medizinprodukte, die in Ihrer Ordination oder Gruppenpraxis Verwendung finden, auf?

Gebrauchsanweisungen können sowohl in Papierform als auch EDV-gestützt vorliegen (PDF, CD, DVD etc.).

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	20.340	95,57 %	277	1,3 %	665	3,12 %

Tabelle 213: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 17.6

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.633	96,68 %	7	0,41 %	49	2,9 %

Tabelle 214: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 17.6

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Gerätehandbücher können i. d. R. beim Hersteller oder über das Internet bezogen werden. Ein Mangel gilt als behoben, wenn mit Unterschrift bestätigt wird, dass die Handbücher für die in der Ordination in Betrieb befindliche, medizinisch-technische Ausstattung ab sofort vorhanden bzw. keine notwendig sind.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 17.7 Sind alle in Ihrer Ordination oder Gruppenpraxis in Verwendung befindlichen Medizinprodukte, für die eine „wiederkehrende sicherheitstechnische Prüfung“ oder eine „messtechnische Kontrolle“ vorgesehen ist, in einer Gerätedatei festgehalten bzw. jene aktiven Medizinprodukte, für die keine sicherheitstechnische Prüfung bzw. messtechnische Kontrolle vorgeschrieben ist, in einem Bestandsverzeichnis zusammengefasst?

Erläuterung: Alle Geräte, die überprüft bzw. kontrolliert werden müssen, sind in der Gerätedatei zu erfassen. Das Bestandsverzeichnis beinhaltet darüber hinaus alle weiteren Geräte. Vorlagendokumente finden Sie als „Gerätedatei“ bzw. „Bestandsverzeichnis“ unter www.oeqmed.at. Informationen zu Inhalt und Form der Dokumentation finden Sie in der Medizinproduktebetreiberverordnung.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	19.999	93,97 %	618	2,9 %	665	3,12 %

Tabelle 215: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 17.7

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	1.598	94,61 %	42	2,49 %	49	2,9 %

Tabelle 216: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 17.7

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Die vollständig ausgefüllte Gerätedatei bzw. das Bestandsverzeichnis ist in Kopie an die ÖQMED zu übersenden.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Patienten, Klienten oder Kunden empfangen werden.

Frage 17.8 Führen Sie ein Register über alle implantierbaren Medizinprodukte, welches eine rasche Identifikation von Patienten ermöglicht und informieren Sie die Patienten über den Zweck der Datensammlung und -weitergabe?

Erläuterung: Nähere Informationen über die betroffenen Medizinprodukte und Inhalt des Implantat-Registers finden Sie im Medizinproduktegesetz.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
21.282	2.409	11,32 %	72	0,34 %	18.801	88,34 %

Tabelle 217: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 17.8

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Summe	Ja		Nein		nicht zutreffend	
1.689	104	6,16 %	0	0 %	1.585	93,84 %

Tabelle 218: Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 17.8

Empfehlung zur Beseitigung des Mangels und verlangter Nachweis zur Mängelbehebung

Es ist mit Unterschrift zu bestätigen, dass die oben genannten Kriterien bei der Datensammlung eingehalten werden oder dass keine registerpflichtigen Medizinprodukte implantiert werden.

Weitere Informationen

Die Frage ist mit *nicht zutreffend* zu beantworten, wenn keine Medizinprodukte implantiert werden.

2.2.19 Qualitätsmanagementaspekte

Frage 18 Sind in Ihrer Ordination oder Gruppenpraxis auf freiwilliger Basis ein oder mehrere der folgenden Punkte geplant oder umgesetzt?

- Ein Qualitätsmanagement,
- ein interaktives EDV-System zur Medikationssicherheit,
- die Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Projekten/Aktivitäten zu Patientensicherheit und Risikomanagement.

Ergebnis aus der Selbstevaluierung

Merkmal	Ja		Nein	
Qualitätsmanagement	9709	45,62 %	11573	54,38 %
EDV-System zur Medikationssicherheit	7008	32,93 %	14274	67,07 %
Projekten zu Patientensicherheit und RM	5015	23,56 %	16267	76,44 %

Tabelle 219: Ergebnis Selbstevaluierung Frage 18

Ergebnis aus der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfung

Die Angaben aus der Selbstevaluierung wurden im Zuge von stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfungen durchgehend bestätigt.

Weitere Informationen

Die Frage 18 ist eine Auswahlfrage, die verpflichtend zu beantworten ist, jedoch löst ein *Nein* keinen Mängelbehebungsauftrag aus.

3. MASSNAHMEN UND EMPFEHLUNGEN

Die ÖQMED ist gemäß § 46 Abs. 2 Z 8 QS-VO 2018 verpflichtet, neben den eigentlichen Ergebnissen der Evaluierung auch Maßnahmen zur Hebung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität darzustellen. Im Folgenden werden einerseits jene Schritte beschrieben, die bereits von der ÖQMED, fallweise in Kooperation mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens, ergriffen wurden, und andererseits Empfehlungen ausgesprochen, die in Zukunft umgesetzt werden sollten, um das Erreichen des Ziels einer nachhaltigen Sicherung und stetigen Steigerung der Qualität im niedergelassenen Bereich sicherstellen zu können. Die Gliederung orientiert sich dabei vornehmlich an den Kapiteln des Fragebogens und hält sich somit in den zwei Dimensionen Struktur- und Prozessqualität auf. Im Anschluss wird auf das Thema Ergebnisqualität näher eingegangen.

3.1 STRUKTUR- UND PROZESSQUALITÄT

3.1.1 Grundsätze guter Ordinationsführung

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die zugrundeliegenden Qualitätskriterien in den Ordinationen und Gruppenpraxen beachtet werden und selbstverständlich Grundlagen des täglichen Handelns darstellen. Im Zuge der Mängelbehebung ließen sich negative Beantwortungen zumeist auf Missverständnisse in der Frage- bzw. Antwortformulierung zurückführen. Ein verschwindend geringer Prozentsatz der Ärztinnen haben sich mit ihrer individuellen Praxisstruktur nicht darin wiedergefunden und die Fragen daher eher mit *Nein* beantwortet. Aus Sicht der ÖQMED entsteht dadurch jedenfalls kein konkreter Handlungsbedarf, der über eine eventuelle redaktionelle Anpassung des Fragebogens hinausgehen würde.

3.1.2 Ausstattung

Herausstechend bei der Beantwortung des Kapitels Ausstattung ist sicherlich der Punkt Notfallausstattung. Es konnte festgestellt werden, dass bei denjenigen, die dieses Merkmal als fehlend angegeben haben, ein gewisses Maß an Unklarheit darüber vorhanden war, dass sie als Ärzte jedenfalls einen Status als Ersthelfer einnehmen und die Allgemeinheit von ihnen mehr verlangt als von medizinisch nicht fachkundigen Personen. Herauszustreichen ist hierbei besonders der Umstand, dass sich diese Erwartungshaltung (und gesetzliche Verpflichtung) auf alle Ärztinnen bezieht und nicht nur auf jene, die aufgrund ihres Faches (z. B. Anästhesie und Intensivmedizin) oder zusätzlicher Ausbildungen (v. a. Notarztdiplom) besonders routiniert im Umgang mit Notfällen sind.

Ein häufiger Erklärungsansatz bei der Mängelbehebung war daher, dass aufgrund der in der Praxis regulär erbrachten Leistungen, z. B. rein gesprächsbasierte Medizin, nicht mit einem behandlungsindiziertem Notfall gerechnet wurde. Seitens der ÖQMED wird in diesen Fällen dezidiert auf die oben beschriebenen Umstände und rechtlichen Vorschriften hingewiesen und hier für ein gesteigertes Bewusstsein gesorgt. Dies ist natürlich nur im direkten Kontakt, z. B. im Rahmen der Mängelbehebung möglich, deswegen wurden weitere Schritte ergriffen, um ein größeres Publikum adressieren zu können.

Bereits umgesetzte Maßnahmen

- Informationsveranstaltungen in den Bundesländern mit teilweise mehreren hundert Teilnehmenden

Diese Veranstaltungen haben das Ziel, die niedergelassene Ärzteschaft auf eine bevorstehende Evaluierungswelle im jeweiligen Bundesland vorzubereiten. In diesem Rahmen nehmen die Notfallausstattung und das Notfallmanagement generell eine entsprechend prominente Rolle ein.

- Individuelle Beratung unabhängig von einem laufenden Evaluierungsverfahren

Die ÖQMED sieht es als einen Teil ihrer Aufgabe an, auch unabhängig von einem laufenden Evaluierungsverfahren bei allen Fragen mit Kontext zur QS-VO rund um die Ordinationsgründung und -führung als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen.

- Unverbindliche Empfehlung zum Inhalt der Notfallausstattung

Um die Frage nach der Zusammensetzung einer Notfallausstattung niederschwellig klären zu können, kann auf der Homepage der ÖQMED ein Informationsblatt heruntergeladen werden, welches als Handlungsanleitung für die Zusammensetzung der eigenen Notfallausstattung verwendet werden kann.

Empfohlene weitere Schritte

Das Bewusstsein über die eigene Rolle und die mit dem Beruf verbundenen Erwartungen der Allgemeinheit und nicht zuletzt rechtliche Verpflichtungen könnte bspw. durch entsprechende Informationskampagnen in Ärztemedien gesteigert werden.

3.1.3 Brandschutz

Ein häufiges Problem bzw. eine Ursache für eine negative Beantwortung der Frage nach Feuerlöschern und deren regelmäßige Wartung liegt wohl darin, dass die Wichtigkeit der Wartung nicht in vollem Ausmaß bekannt ist. Die ÖQMED weist im Rahmen von Beratungsgesprächen laufend darauf hin, dass ein nicht-gewarteter Feuerlöscher im schlimmsten Fall nutzlos ist, da kein Löschmittel mehr ausgebracht werden kann. Ein weiteres Thema ist sicherlich die Frage nach der Art des Löschmittels und nötigen Anzahl an Löschern. Da hier generell keine pauschale Antwort gegeben werden kann, wird im Zuge von z. B. Mängelbehebungsverfahren, aber auch verfahrensunabhängigen Beratungen stets auf die Expertise der örtlichen Feuerwehren bzw. Fachfirmen verwiesen.

Bereits umgesetzte Maßnahmen

- Informationsveranstaltungen in den Bundesländern mit teilweise mehreren hundert Teilnehmenden

Auch dieses Thema nimmt bei Informationsveranstaltungen einen Platz ein, der seiner Wichtigkeit entspricht.

- Individuelle Beratung unabhängig von einem laufenden Evaluierungsverfahren

Wie bereits erwähnt, wird im Zuge von Beratungsgesprächen auf die Expertise der Feuerwehren und Fachfirmen hingewiesen. Darüber hinaus wird auch empfohlen, sich im Rahmen eines Kurses mit den Themen Brandschutz, -vorbeugung und -bekämpfung auseinanderzusetzen. Dies ist vor allem deshalb sehr interessant, da im Rahmen solcher Kurse auch ein künstliches Feuer mit einem Feuerlöscher bekämpft wird und viele Menschen wohl davor noch nie versucht haben, einen echten Brand zu löschen.

3.1.4 Hygienemanagement

Hygiene ist nicht erst seit der Corona-Pandemie eine wesentliche Grundlage für die Unterbrechung von Infektionswegen. Ordinationen nehmen dadurch selbstverständlich eine entsprechend herausragende Stelle ein. Das Ärztegesetz fordert im § 56 u. a., dass Ordinationen „in einem solchen Zustand zu halten [sind], dass sie den hygienischen Anforderungen [entsprechen]“⁶⁸. Diese sehr allgemeine Formulierung lässt nun in der Praxis wohl einiges an Interpretationsspielraum. Um hier für mehr Klarheit und Verbindlichkeit zu sorgen, hat die Österreichische Ärztekammer im Jahr 2010 die Erstfassung der Hygieneverordnung beschlossen und kundgemacht. Für die Anwendenden

68 § 56 Abs. 1 Z 1 ÄrzteG 1998 in der Fassung BGBl. I Nr. 108/2023

haben sich jedoch die nach wie vor sehr allgemeinen Bestimmungen noch nicht als die große Hilfestellung erwiesen, die sie hätten sein können. Aus diesem Grund wurde im Jahr 2014 eine völlige Neufassung beschlossen. Diese enthält nun sehr konkrete und auf die allermeisten Praxen anwendbare Vorgaben. Im Rahmen des zweiten Evaluierungszyklus von 2012–2018 wurde bereits abgefragt, ob die Vorgaben der Hygieneverordnung eingehalten werden. Da zum Zeitpunkt des Beschlusses der zugrundeliegenden QS-VO 2012 aber eben nur die allgemeine Erstfassung in Kraft war, konnte nicht auf konkrete, individuelle Aspekte eingegangen werden. Erst mit der QS-VO 2018 und damit vier Jahre nach In-Kraft-Treten der überarbeiteten Hygieneverordnung konnte eine wirklich spezifische, auf die jeweilige Situation zugeschnittene Erhebung der hygienischen Beschaffenheit jeder Praxis im Zuge der Selbstevaluierung gestartet werden.

Mit diesem Hintergrund verwundert es wenig, dass die Mängelquote gerade im Kapitel Hygiene zum Teil relativ hoch ist. Dies hat hauptsächlich damit zu tun, dass strukturelle, also die Bausubstanz betreffende Rahmenbedingungen einer Einhaltung der Hygieneverordnung nach Punkt und Beistrich entgegenstehen. Drei Schlagwörter seien an dieser Stelle genannt, um dies zu untermauern: Böden, Wände, Waschbecken.

Bereits umgesetzte Maßnahmen

- Individuelle Alternativkonzepte

Es ist unter anderem auch die Aufgabe der ÖQMED⁶⁹, vor allem – aber nicht nur – im Rahmen von Mängelbehebungen gemeinsam mit der betroffenen Praxisführung individuelle Ideen und Strategien zu entwickeln, wie unter den gegebenen baulichen Strukturen ein hygienisch einwandfreier Ordinationsbetrieb gewährleistet werden kann. Im vollen Bewusstsein der damit einhergehenden Verantwortung und möglichen Tragweite diesbezüglicher Entscheidungen erfolgt die Erstellung bzw. Freigabe solcher Alternativkonzepte im Bedarfsfall nach Konsultation eines Facharztes für Hygiene und Mikrobiologie in seiner Rolle als Hygienesachverständiger.

- Individuelle Beratung unabhängig von einem laufenden Evaluierungsverfahren

Die ÖQMED sieht es als einen Teil ihrer Aufgabe, an auch unabhängig von einem laufenden Evaluierungsverfahren bei allen Fragen mit Kontext zur QS-VO rund um die Ordinationsgründung und -führung als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen.

Empfohlene weitere Schritte

Die konsequente Kommunikation im Kontext der Evaluierung, aber auch durch z. B. Landesärztekammern im Zuge von Praxisgründungsseminaren, die Nutzung von im

⁶⁹ Vgl. § 9 Abs. 8 HygVO

ärztlichen Berufsfeld breitenwirksamen Medien und nicht zuletzt die Beratung durch die ÖQMED werden laufend und in Zukunft nötig sein, um vor allem die strukturell bedingten Abweichungen von den Vorgaben der Hygieneverordnung im Laufe der Zeit abbauen zu können.

3.1.5 Notfallvorsorge

Ähnlich wie bei dem Thema Notfallausstattung an sich verhält es sich beim Thema Notfallvorsorge, also den prozessorientierten Aspekten des Notfallmanagements. Hier ist vor allem feststellbar, dass jene Praxen, die aufgrund ihres Leistungsspektrums nicht in einem gewissen Maße mit Notfallsituationen konfrontiert sind bzw. mit solchen rechnen müssen, bis zum Zeitpunkt der Evaluierung ein weniger ausgeprägtes Bewusstsein für die Rolle als Ersthelfer, wie in Kapitel „3.1.2 Ausstattung“ auf Seite 155 bereits ausgeführt, haben.

Bereits umgesetzte Maßnahmen

- Informationsveranstaltungen in den Bundesländern mit teilweise mehreren hundert Teilnehmenden

Diese Veranstaltungen haben das Ziel, die niedergelassene Ärzteschaft auf eine bevorstehende Evaluierungswelle im jeweiligen Bundesland vorzubereiten. In diesem Rahmen nimmt die Notfallausstattung und das Notfallmanagement generell eine entsprechend prominente Rolle ein.

- Individuelle Beratung unabhängig von einem laufenden Evaluierungsverfahren

Die ÖQMED sieht es als einen Teil ihrer Aufgabe an, auch unabhängig von einem laufenden Evaluierungsverfahren bei allen Fragen mit Kontext zur QS-VO rund um die Ordinationsgründung und -führung als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen.

- Unverbindliche Empfehlung zum Inhalt der Notfallausstattung

Um die Frage nach der Zusammensetzung einer Notfallausstattung niederschwellig klären zu können, kann auf der Homepage der ÖQMED ein Informationsblatt heruntergeladen werden, welches als Handlungsanleitung für die Zusammensetzung der eigenen Notfallausstattung verwendet werden kann.

Empfohlene weitere Schritte

Das Bewusstsein über die eigene Rolle und die mit dem Beruf verbundenen Erwartungen der Allgemeinheit und nicht zuletzt rechtliche Verpflichtungen könnte bspw. durch entsprechend Informationskampagnen in Ärztemedien gesteigert werden.

3.1.6 Arzneimittel- und Verbrauchsmaterialmanagement

Im Wesentlichen dreht es sich dabei um die zwei Punkte Haltbarkeitsdatum und Kühlschranktemperatur. Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass die Themen gut im Bewusstsein der niedergelassenen Ärzteschaft verankert sind. Eine Empfehlung könnte jedoch lauten, die Gründe für die Existenz eines Mindesthaltbarkeitsdatums (MHD), insbesondere bei Verbrauchsmaterialien stärker bekannt zu machen.

3.1.7 Suchtgiftbezug, Suchtgiftgebarung und Suchtgiftdokumentation

Das Wissen um die nötige Sorgfalt im Umgang mit Suchtgiften ist weitgehend vorhanden. Eine Sensibilisierung auf den Umstand, dass Suchtgifte ein nicht unwesentlicher Motivator für Einbrüche in Ordinationen darstellen, kann als weiterer Optimierungsvorschlag angesehen werden.

3.1.8 Laboruntersuchungen

Da es sich bei diesem Kriterium um eine Sicherstellung des technisch einwandfreien Zustandes und der Funktionsfähigkeit von Laborgeräten handelt, sei auf den Abschnitt „3.1.16 Medizinproduktemanagement“ verwiesen.

3.1.9 Personaleinsatz

Die allermeisten Punkte im Kapitel „Personaleinsatz“ haben einen relativ bürokratischen Hintergrund und werden daher ob der oft recht kleinen Betriebsgröße (Ordinationsführung plus ein bis zwei Mitarbeitende) von denjenigen, die die Fragen mit *Nein* beantwortet haben, als überbordend empfunden. Ein Ansatz der ÖQMED ist hier, durch Hinweise auf dennoch vorhandenen Nutzen für mehr Akzeptanz zu sorgen. So können z. B. eine Stellenbeschreibung und damit verbundene Vertretungsregelungen durchaus sinnvoll und wichtig sein, wenn zwei Mitarbeitende unterschiedliche Qualifikationen mitbringen. Es kann darüber Klarheit geschaffen werden, ob ein Ausfall z. B. einer

Person ein ernsthaftes Problem für die Abläufe der Praxis bedeutet. Dennoch kann festgehalten werden, dass sich das Thema Personalmanagement im dritten Durchlauf der Evaluierung gut eingelebt hat.

3.1.10 Patientenhistorie, Dokumentation, Befundverwaltung

Das Wissen um die Bedeutung der ärztlichen Dokumentation ist flächendeckend vorhanden. Jene Praxen, die entsprechende Fragen mit Nein beantwortet haben, konnten dies mit Verweis auf Missverständnisse bei der Formulierung der Fragen beheben.

Ebenso verhält es sich mit der Forderung nach einer diebstahlgeschützten Aufbewahrung von Stempel und Rezeptformularen. Hier hat das Wort „*diebstahlgeschützt*“ viel Unklarheit verursacht und somit zu einer nicht unerheblichen Anzahl von *Nein*-Antworten geführt.

3.1.11 Patientenkommunikation und Patientenaufklärung

Die Aufklärung ist elementarer Bestandteil des ärztlichen Handelns; dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen wider. Gegebene *Nein*-Antworten konnten im Zuge der Mängelbehebung auf Missverständnisse zurückgeführt werden.

3.1.12 Zugang zur Ordination

Das Antwortverhalten bei der Beantwortung dieses Kapitels lässt sich im Wesentlichen mit einem sehr ausgeprägten Bewusstsein hinsichtlich der Zugangsmöglichkeiten zur Praxis beschreiben. Dort, wo alte Bausubstanz einer völligen Barrierefreiheit entgegensteht, werden flächendeckend Alternativen angeboten. Die im Rahmen der Selbstevaluierung gegebenen *Nein*-Antworten ließen sich allesamt im Zuge der Mängelbehebung als Missverständnisse auflösen.

Empfohlene weitere Schritte

Das Thema ist in der täglichen Arbeit der ÖQMED tatsächlich bei evaluierungsunabhängigen Beratungsgesprächen, insbesondere bei Neuübernahme einer bestehenden nicht-barrierefreien Praxis, präsenter als bei klassischen Mängelbehebungen. Aus diesem Grund kann jedenfalls ein hoher Informations- und Beratungsbedarf festgestellt werden, der mit den begrenzten Mitteln der ÖQMED nicht im vollen Ausmaß bedient werden kann. Da das Thema Barrierefreiheit nicht nur Ordinationen betrifft, kann davon ausgegangen werden, dass dieser Bedarf in der gesamten Dienstleistungsbranche

vorhanden ist und sinnvollerweise durch fachkundige Personen und nicht zuletzt zu schaffende Beratungseinrichtungen auf Bundes- oder Landesebene gedeckt werden sollte.

3.1.13 Unerwünschte Ereignisse / Patientensicherheit

Eine häufige Begründung für *Nein*-Antworten auf Fragen in diesem Kapitel ist, dass z. B. noch keine unbekannten Nebenwirkungen von Arzneimitteln aufgetreten sind. Aus Sicht der ÖQMED besteht hier also die generelle Notwendigkeit, die entsprechenden Informationen immer wieder in Erinnerung zu rufen. Die Selbstevaluierung wird hier auch in Zukunft einen wichtigen Beitrag dazu leisten.

3.1.14 Beschwerdemanagement

Herausstechendstes Ergebnis bei der Auswertung dieses Kapitels ist sicherlich die sehr hohe Mängelquote bei der Frage nach schriftlichen Anweisungen an das Personal zum Umgang mit Beschwerden. Dies wird im Zuge der Mängelbehebung vor allem dadurch erklärt, dass Beschwerden im betrieblichen Alltag laufend vorkommen und das Personal entsprechend routiniert ist. Aus Sicht der allermeisten Ärzte erscheint eine Verschriftlichung daher nicht nötig und wird als übermäßig bürokratisch empfunden.

Empfohlene weitere Schritte

Aus Sicht der ÖQMED ergeben sich zwei Empfehlungen:

- Die generelle Forderung nach einer diesbezüglichen schriftlichen Anweisung sollte fallengelassen werden.

Spürbar für Patientinnen ist nicht, ob das Gegenüber eine schriftliche Unterweisung erhalten hat, sondern dessen generelle Reaktion. Bei häufigen Beschwerden (z. B. längere Wartezeiten) ist das Personal durchaus geübt im deeskalierenden Umgang bzw. in der Einschätzung, wann die Ordinationsführung hinzugezogen werden sollte.

- Die Forderung nach schriftlichen Anweisungen zum Umgang mit Beschwerden kann auf neue Mitarbeiter begrenzt werden.

Gerade für neue Mitarbeiter kann eine emotional aufgeladene Situation schnell überfordernd werden. In diesen Fällen ist z. B. eine Checkliste eine Art Sicherheitsanker, die durchgegangen werden kann, um die Situation nach Möglichkeit zu entschärfen.

3.1.15 Datenschutz

Die strukturellen und organisatorischen Aspekte des Datenschutzes sind gut in der niedergelassenen Ärzteschaft etabliert. Jedoch ist auch hier feststellbar, dass die Akzeptanz der verlangten Dokumentationen nicht flächendeckend vorhanden ist. Dies drückt sich vor allem darin aus, dass vielen Ärzten, die die Frage nach dem Vorhandensein eines Auftragsverarbeitungsvertrages (AVV) mit der EDV-Firma mit *Nein* beantworten, nicht bewusst war, dass ein solcher Vertrag bei ihnen sehr wohl vorliegt. Die meisten Praxissoftwareanbieter haben mit Geltungsbeginn der DSGVO unaufgefordert ihren Kunden AVVs zum Gegenzeichnen zugesendet. Erst die Frage im Rahmen der Selbstevaluierung bzw. bei einigen im Zuge der Mängelbehebung hat die Notwendigkeit, über den Ablageort dieses Dokuments Bescheid zu wissen, wieder in Erinnerung gerufen.

3.1.16 Medizinproduktemanagement

Die Fragen aus dem Themenbereich des Medizinproduktemanagements drehen sich im Wesentlichen um Wartung von technischer Ausstattung und deren Dokumentation. Vor allem in Gesprächen im Zuge der Mängelbehebung musste festgestellt werden, dass die Sinnhaftigkeit von messtechnischen Kontrollen von Blutdruckmessgeräten bzw. Personenwaagen von einigen Anwendenden nicht vollständig nachvollzogen wird. Vielmehr führt diese Forderung in der Medizinproduktebetriebsverordnung bzw. entsprechende EU-rechtliche Regelungen dazu, dass eher neue Blutdruckmessgeräte angeschafft werden, als dass die alten kalibriert werden würden. Eine Neuanschaffung erscheint vielen günstiger. Die ökologischen Aspekte dieses, durch die gesetzlichen Bestimmungen verursachten, Handelns sind keinesfalls zu vernachlässigen. Aus diesem Grund könnte darüber nachgedacht werden, ob durch solche Regelungen, vor allem bezogen auf das Blutdruckmessgerät und die Personenwaage, tatsächlich eine Steigerung der Qualität im niedergelassenen Bereich erreicht wird.

Ähnlich wie in den vorigen Kapiteln ist ein Problembereich sicherlich die Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen, sei es die Einschulung des Personals oder die Gerätedatei des Ultraschallgerätes. In einem offenen Diskussionsprozess könnte erörtert werden, inwieweit die Akzeptanz an sich sinnvoller Maßnahmen durch möglicherweise überbordende Bürokratie gefährdet wird.

3.2 HEBUNG DER ERGEBNISQUALITÄT

Am Ende eines Prozesses steht immer ein Ergebnis. Diese Binsenweisheit schlägt sich in QM-Systemen dadurch nieder, dass deren Ziel die Kontrolle der Qualität eines Ergebnisses ist. In der Industrie kann so ein Ergebnis durch bestimmte Parameter, Toleranzen, maximale Abweichungen etc. festgelegt werden. Im Dienstleistungsbereich ist dies schon schwieriger: Wer definiert, ob ein Friseurbesuch ein zufriedenstellendes Ergebnis erbracht hat? Der Friseur, der Kunde, der Freundeskreis des Kunden? Fest steht, dass sich ein Besuch beim Friseur nicht auf das Kürzen der Haare reduzieren lässt. In der Medizin ist es noch viel schwieriger, das Ziel zu definieren. Ein Weg dies zu erreichen, führt über die Verständigung auf gewisse erkrankungsspezifische Indikatoren. Hier leistet die ÖQMED unter anderem einen wichtigen Beitrag durch die Organisation von A-OQI-Qualitätszirkeln, siehe dazu auch das Kapitel „9.2 A-OQI-Qualitätszirkel“.

4. SPEZIFISCHE ÜBERPRÜFUNGEN

Neben der Regelevaluierung (vgl. Kapitel „3 Ergebnisse der Regelevaluierung“) stellen spezifische Überprüfungen das zweite wesentliche Standbein der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich durch die ÖQMED dar. Die grundsätzliche Rechtsgrundlage für solche außerordentlichen Überprüfungen von Ordinationsstätten und Gruppenpraxen ist Teil des § 118e Ärztegesetz 1998. Dieser normiert, dass ein bestimmter Kreis an Stakeholdern des Gesundheitswesens berechtigt sind, im Anlassfall Überprüfungen anzuregen. Die ÖQMED ist ihrerseits dazu verpflichtet, diese Besuche innerhalb von vier Wochen, bei drohender Gefahr im Verzug jedoch unverzüglich⁷⁰ durchzuführen.

Zur Anregung befugt sind gem. § 118e Abs. 1 ÄrzteG 1998 die folgenden Stellen:

- die Österreichische Ärztekammer,
- die Landesärztekammern,
- die Sozialversicherungsträger,
- der Dachverband der Sozialversicherungsträger,
- Vertreterinnen von Patienteninteressen und
- die Behörden

Vom Verfahrensablauf weichen diese besonderen Überprüfungen in mehreren wesentlichen Punkten von regulären Stichprobenbesuchen ab. Einerseits können sie zu jedem Zeitpunkt, ungeachtet einer vorliegenden Selbstevaluierung, Zertifizierung, bereits durchgeführter Stichprobenbesuche etc. stattfinden. Andererseits hat die örtlich zuständige Vertretung der Patienteninteressen nicht nur das Recht zur Anregung, wie oben beschrieben, sondern auch ein aktives Teilnahmerecht am Besuch. Nicht zuletzt können spezifische Überprüfungen auch unangekündigt erfolgen, sofern eine Ankündigung die Kontrolle des zugrundeliegenden Anregungsgrundes gefährden könnte. Dies führt mitunter dazu, dass die beauftragten Qualitätssicherungs-Personen der ÖQMED während des laufenden Ordinationsbetriebes eine Überprüfung durchführen müssen. Um den damit verbundenen Eingriff in die Abläufe der Praxis so gering wie möglich zu halten, wird in den allermeisten Fällen bei einem unangekündigten Besuch nicht die gesamte Evaluierung durchgeführt, sondern die unmittelbare Prüfung auf den Anregungsgrund und bestimmte Kriterien beschränkt, die direkten Einfluss auf die Patientensicherheit haben; vor allem sind hier das Hygienemanagement und die Notfallausstattung zu nennen. Sofern im Zuge dessen keine unmittelbare Gefahr im Verzug festgestellt werden kann, wird vor Ort ein Termin mit der betroffenen Praxisführung vereinbart, um die gesamte Evaluierung im Rahmen eines Folgebesuches außerhalb der regulären Öffnungszeiten durchführen zu können.

⁷⁰ Vgl. § 38 Abs. 1 QS-VO 2018

4.1 DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE BZW. WEITERER VERFAHRENSSCHRITTE

Der folgenden Darstellung wird die Bemerkung vorangestellt, dass an dieser Stelle keine Gliederung der Ergebnisse nach Bundesländern erfolgt. Da einerseits keinesfalls eine Wertung oder die Ableitbarkeit von regionalen Qualitätsunterschieden aufgrund der Häufung von Anregungen zu spezifischen Überprüfungen in manchen Bundesländern suggeriert werden soll. Und andererseits, aufgrund der in manchen Bundesländern teils sehr wenigen Anregungen, da die durch die Bestimmungen des § 46 Abs. 1 QS-VO 2018 geforderte Anonymisierung nicht mehr sichergestellt werden kann.

4.1.1 Verfahrensschritte

In Summe wurden österreichweit in den Jahren 2018–2022 164 spezifische Überprüfungen durchgeführt, wovon 47 unangekündigt waren. Die folgenden Tabellen stellen die Verteilung nach anregungsbefugten Stellen und weitere Informationen zu Verfahrensschritten dar.

Anzahl der Anregungen nach anregungsbefugten Stellen	Summe 164
Österreichische Ärztekammer	30
Landesärztekammern	30
Sozialversicherungsträger	2
Dachverband der Sozialversicherungsträger	6
Vertreter von Patienteninteressen	49
Behörden	47

Tabelle 220: Verteilung spezifischer Überprüfungen nach anregungsbefugten Stellen

Angekündigte spezifische Überprüfungen	Summe 117
Ergebnis ohne Mängel	66
Ergebnis mit Mängeln	38
Davon in Folge Kontrolle der Mängelbehebung	9

Tabelle 221: Angekündigte spezifische Überprüfungen Österreich

Unangekündigte spezifische Überprüfungen	Summe 47
Abgeschlossen, Ergebnis ohne Mängel	3
Abgeschlossen durch Folgetermin	44

Tabelle 222: Unangekündigte spezifische Überprüfungen Österreich

Erstattete Disziplinaranzeigen aufgrund spezifischer Überprüfungen

Disziplinaranzeigen aufgrund Verweigerung der Überprüfung	3
Disziplinaranzeigen aufgrund Verweigerung der Mängelbehebung	5

Tabelle 223: Spezifische Überprüfungen mit Disziplinaranzeigen Österreich

4.1.2 Mängel nach spezifischen Überprüfungen

Die folgende Tabelle enthält die Darstellung der Mängel sowie deren Anzahl nach spezifischen Überprüfungen. Es ist zu beachten, dass ein Mängelbehebungsauftrag mehrere Mängel beinhalten kann. Die Benennung der Fragen erfolgt einerseits mit der Nummer im Fragebogen und andererseits mit einer Verkürzung des Fragetextes. Für den gesamten Fragetext, allfällige Erläuterungen sowie Anweisungen zur Mängelbehebung und weitere Informationen siehe Kapitel „2.2 Darstellung der einzelnen Fragen und ihrer Beantwortung“.

Nr.	Kurztext	Anzahl
1.3	Abwesenheitsinformation	1
3.1	Feuerlöscher	6
4.1	Räume sauber, ordentlich ...	19
4.2	Ausstattung Patiententoilette	3
4.3	Ausstattung Personaltoilette	21
4.6	Fußböden fugenlos, flüssigkeitsdicht	4
4.7	Wandbeläge reinigbar	3
4.8	Medizinproduktaufbereitung	8
4.9	Abfallsammlung	1
4.11	Abfalldokumentation	7
4.12	PSA vorhanden	2
4.13	Ausstattung Behandlungsraum	19
5.1	Notfallplan	11
5.2	Optimale Erstversorgung bei Notfällen	2
5.3	Wartung Notfallausstattung	8
5.4	Aufbewahrung der Notfallausstattung	3
6.1	Arzneimittel und Verbrauchsmaterial – MHD und Lagerung	18
7.1	Suchtgiftokumentation	5
7.2	Aufbewahrung Suchtgiftvignetten, -rezepte	3

Nr.	Kurztext	Anzahl
7.5	Suchtgiftlagerung	1
7.6	Suchtgiftentsorgung	2
9.1	Personal – Verantwortungsbereiche	5
9.2	Personal – Hygieneschulungen	11
9.3	Personal – Infektionsquellen, -wege und Sicherheitsmaßnahmen	5
9.4	Personal – Vertretungsregeln	1
9.5	Personal – Fortbildungsaktivitäten	2
9.6	Personalbesprechungen	9
9.8	Arbeitsplatzevaluierung	3
9.9	Personal – Gefahren- und Komplikationspotentiale	1
9.10	Personal – Unterweisung, Schulung	6
10.1	Systematische Dokumentation	1
10.2	Diagnosestellung, Behandlungsverlauf nachvollziehbar	3
10.3	Aufbewahrung Rezeptformulare und Stempel	1
10.4	Datenarchivierung 10 Jahre	2
12.1	Patientenaufklärung	5
12.2	Information zu Behandlungsalternativen, Kosten	1
14.5	Nutzung Fehlerberichts- und Lernsysteme	2
15.1	Personal – Umgang mit Beschwerden	4
15.2	Information über PPAs	1
15.3	Fristgerechte Stellungnahme an PPA	1
16.1	Personal – Verschwiegenheitspflicht	8
16.2	EDV – Verschwiegenheitspflicht	10
16.4	Entsorgung von Datenträgern	1
17.1	Aufbereitung von Medizinprodukten	11
17.3	Personalschulung Medizinprodukte	3
17.4	Sicherheitstechnische Überprüfung Medizinprodukte	14
17.5	Messtechnische Kontrolle der Medizinprodukte	15
17.6	Gebrauchsanweisungen für Medizinprodukte	3
17.7	Gerätedatei, Bestandsverzeichnis	12
	Notfallausstattung ⁷¹	1
	Ordinationsschild	5

Tabelle 224: Mängel nach spezifischen Überprüfungen

⁷¹ Anm.: Angabe ohne Nummer, da Teil der Ausstattungsliste

5. GEFAHR IM VERZUG

Sofern die ÖQMED im Laufe eines Qualitätssicherungsverfahrens eine Situation wahrnimmt, die den Verdacht auf Gefahr im Verzug für die Patienten- bzw. Mitarbeitersicherheit nahelegt, hat sie davon unverzüglich die Österreichische Ärztekammer, die zuständige Landesärztekammer, die Bezirksverwaltungsbehörden und zutreffendenfalls die Krankenversicherungsträger und Krankenfürsorgeanstalten, die Vertragspartner der betroffenen Ärztin sind, schriftlich zu informieren.⁷²

Die ÖQMED ist aufgrund der geltenden Rechtslage nicht befugt, unmittelbare Zwangsmaßnahmen, wie z. B. eine vorübergehende Sperrung der Ordinationsstätte, einzuleiten. Dies ist den Bezirksverwaltungsbehörden bzw. Magistraten vorbehalten.⁷³

Die untenstehende Darstellung gibt einen Überblick über die im Berichtszeitraum erfolgten Meldungen an die genannten Einrichtungen sowie deren Ursache. In der Praxis haben sich drei Bereiche herausgearbeitet, die die Grundlage für Gefahr-im-Verzug-Meldungen darstellen, Notfallausstattung und Hygiene fallen dabei durchaus in den unmittelbaren Prüfumfang der ÖQMED. Etwas anders verhält es sich mit Wahrnehmungen die gesundheitliche Eignung von Ärzten betreffend. Hier wird von der ÖQMED zwar keine direkte Zuständigkeit angenommen, sehr wohl aber die Einschätzung, dass derartige Wahrnehmungen im Sinne der Patientensicherheit mit der gebotenen Präzision und – soweit möglich – Objektivität an die entsprechenden Stellen gemeldet werden müssen.

Meldedatum	Grund	Status
06.07.2021	Unzureichende Notfallausstattung	Praxis abgemeldet
14.10.2021	Gesundheitliche Eignung	Praxis abgemeldet
24.05.2022	Hygiene der Praxis	Mängel behoben
18.07.2022	Hygiene der Praxis	Praxis abgemeldet
28.07.2022	Unzureichende Notfallausstattung	Praxis abgemeldet
13.12.2022	Unzureichende Notfallausstattung	Mängel behoben
28.02.2023 ⁷⁴	Gesundheitliche Eignung	Praxis abgemeldet

Tabelle 225: Darstellung der Meldungen aufgrund Gefahr im Verzug, Grund und aktueller Status

⁷² Vgl. § 40 QS-VO 2018

⁷³ Vgl. u.A. § 56 Abs. 3 ÄrzteG 1998

⁷⁴ Das Verfahren hat vor dem 01.01.2023 begonnen. Gem. § 47 Abs. 2 QS-VO 2023 ist für derlei Verfahren die QS-VO 2018 anzuwenden.

6. DISZIPLINARANZEIGEN

Wie in Kapitel „1.3.8 „Abschluss des Evaluierungsverfahrens“ beschrieben, ist die ÖQ-MED verpflichtet, Anzeige beim Disziplinaranwalt der Österreichischen Ärztekammer zu erstatten, wenn niedergelassene Ärztinnen ihrer Verpflichtung zur Teilnahme an der Evaluierung und Kontrolle nicht nachkommen bzw. daraus resultierende Auflagen zur Beseitigung von Mängeln nicht erfüllen.

Eine Anzeige durch die ÖQMED unterbricht das Evaluierungsverfahren an der jeweiligen Stelle⁷⁵. Nach Abschluss des Disziplinarverfahrens muss es nach entsprechender Mitteilung der Disziplinarbehörde an die ÖQMED wieder aufgenommen werden⁷⁶. Durch diese Regelung, die mit der QS-VO 2018 Einzug in das Verfahren genommen hat, wird sichergestellt, dass sich niemand durch eine Disziplinarstrafe möglicherweise von der Verpflichtung zur Evaluierung der Praxis „freikaufen“ kann.

6.1 ANZEIGEGRÜNDE

Gründe für eine Anzeige durch die ÖQMED können die folgenden sein. Es ist möglich, dass mehrere Tatbestände in einer Anzeige zusammengefasst werden.

6.1.1 Selbstevaluierung

Verweigerung der Selbstevaluierung und Verweigerung eines Besuches gemäß § 30 QS-VO 2018

Die Pflicht zur Durchführung der Selbstevaluierung besteht grundsätzlich und ausnahmslos für alle niedergelassenen Ärzte. Wenn dieser Pflicht trotz mehrmaliger schriftlicher und telefonischer Mahnung nicht nachgekommen wird, ist die ÖQMED verpflichtet, die Einhaltung der Qualitätskriterien vor Ort zu überprüfen⁷⁷. Aus diesem Grund kann die Verweigerung der Selbstevaluierung alleine nicht angezeigt werden, es muss immer auch der Überprüfungsbesuch verweigert werden. Die Terminabstimmung erfolgt in der Regel direkt zwischen der beauftragten Qualitätssicherungs-Person und der verursachenden Ordinationsführung. Sollte kein Termin zustande gebracht werden können, wird durch die ÖQMED ein ebensolcher vorgegeben und die Ordination mit ausreichend Vorlaufzeit nachweislich schriftlich darüber in Kenntnis gesetzt. Ist die betroffene Praxis zum Zeitpunkt des Termins unbesetzt, erfolgt eine Anzeige beim Disziplinaranwalt der Österreichischen Ärztekammer.

⁷⁵ Vgl. QS-VO 2018 § 42 Abs. 1

⁷⁶ Vgl. QS-VO 2018 § 42 Abs. 3

⁷⁷ Vgl. QS-VO 2018 § 30 Abs. 6

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Anzahl der Anzeigen wegen Verweigerung der Selbstevaluierung und Verweigerung eines Besuches gemäß § 30 QS-VO 2018.

Datum	Bundesland	Status
05.08.2019	NÖ	Praxis abgemeldet
05.08.2019	VBG	Verfahren durch erneuten Überprüfungsversuch beendet
01.10.2020	STMK	Nicht mehr ärztlich tätig
16.11.2022	VBG	Verfahren durch erneuten Überprüfungsversuch beendet

Tabelle 226: Disziplinaranzeigen aufgrund Verweigerung der Selbstevaluierung und Verweigerung der Überprüfung gem. § 30 QS-VO 2018

6.1.2 Verweigerung der Ordinationsüberprüfung

Neben der Selbstevaluierung stellen die Vor-Ort-Überprüfungen einen wesentlichen Teil der Qualitätssicherungs-Aktivitäten dar. Damit ist klarerweise verbunden, dass die Verweigerung der Überprüfung eine Anzeige beim Disziplinaranwalt der Österreichischen Ärztekammer zur Folge haben muss⁷⁸. Von den vier Arten einer Vor-Ort-Überprüfung können nur stichprobenartige und spezifische Ordinationsbesuche bei Verweigerung ohne vorhergehende Prozessschritte zur Anzeige gebracht werden, da sie getrennt von den übrigen Verfahrensschritten gestartet werden.

Aus den Ergebnissen des gegenständlichen dritten Evaluierungszyklus ergibt sich, dass es bei keiner einzigen stichprobenartigen Überprüfung, aber sehr wohl bei spezifischen Besuchen zu Disziplinaranzeigen kam. Die folgende Tabelle gibt darüber Auskunft.

Datum	Bundesland	Status
24.07.2018	Wien	Praxis abgemeldet
07.07.2021	Wien	Verfahren durch erneuten Überprüfungsversuch beendet
16.11.2022	NÖ	Praxis abgemeldet

Tabelle 227: Disziplinaranzeigen aufgrund Verweigerung einer spezifischen Überprüfung

⁷⁸ Vgl. § 32 Abs. 6 QS-VO 2018

6.1.3 Mängelbehebung und Kontrolle

Ähnlich wie bei der Selbstevaluierung stellt sich das Verfahren bei Mängelbehebungen dar. Eine unzureichende oder nicht erfolgte Reaktion auf einen Mängelbehebungsauftrag reicht nicht als Grund für eine Disziplinaranzeige aus – die Situation muss immer durch eine Qualitätssicherungs-Person vor Ort geprüft werden.

Nun gibt es zwei Varianten, die zu einer Disziplinaranzeige führen. Zum einen kann vor Ort festgestellt werden, dass Mängel nach wie vor bestehen und zum anderen führt die Verweigerung der Kontrolle an sich zu einer Anzeige.

Die folgenden beiden Tabellen geben darüber Auskunft. Sofern der zugrundeliegende Mängelbehebungsauftrag aus einer spezifischen Überprüfung resultiert, wird dies mit einem (S) dargestellt.

Datum	Bundesland	Status
26.06.2019	NÖ	Nicht mehr ärztlich tätig (S)
05.08.2019	Wien	Verfahren durch erneute Kontrolle beendet (S)
06.02.2020	SBG	Verfahren durch erneute Kontrolle beendet
09.11.2020	Wien	Verfahren durch erneute Kontrolle beendet (S)
16.11.2021	NÖ	Nicht mehr ärztlich tätig (S)
21.03.2023 ⁷⁹	NÖ	Nicht mehr ärztlich tätig (S)
19.07.2023	SBG	Disziplinarverfahren nicht abgeschlossen
19.07.2023	SBG	Disziplinarverfahren nicht abgeschlossen

Tabelle 228: Disziplinaranzeigen aufgrund Verweigerung der Mängelbehebung

Datum	Bundesland	Status
08.04.2021	VBG	Verfahren wurde fortgesetzt, erneute Anzeige
16.11.2022	VBG	Zweite Anzeige vom 08.04.2021, Disziplinarverfahren offen

Tabelle 229: Disziplinaranzeigen aufgrund Verweigerung der Mängelbehebung und der Kontrolle

⁷⁹ Die Verfahren haben vor dem 01.01.2023 begonnen. Gem. § 47 Abs. 2 QS-VO 2023 ist für derlei Verfahren die QS-VO 2018 anzuwenden.

7. RECHNUNGSHOFPRÜFUNG

Zwischen Dezember 2016 und April 2017 wurden „Organisation, ausgewählte Inhalte und die Transparenz der Qualitätsarbeit des Bundes für die Gesundheitsversorgung im niedergelassenen Bereich“⁸⁰ vom Rechnungshof geprüft. Da die Österreichische Ärztekammer die Aufgaben der Qualitätssicherung im übertragenen Wirkungsbereich des mit Gesundheitsagenden betrauten Ministeriums unter Zuhilfenahme der ÖQMED durchführt, wurde die ÖQMED einer eingehenden Prüfung durch den Rechnungshof unterzogen. Auch wenn der eigentliche Prüfzeitraum die Jahre 2013 bis 2016 umfasste, soll in diesem Qualitätsbericht näher auf die Ergebnisse der Prüfung eingegangen werden, da sie zum Teil einen direkten Einfluss auf die Arbeit der ÖQMED während des gegenständlichen Berichtszeitraumes genommen haben.

7.1 EMPFEHLUNGEN DES RECHNUNGSHOFES

Im Folgenden sollen die Empfehlungen des Rechnungshofes an die ÖQMED⁸¹ sowie die daraus resultierenden Maßnahmen im Detail dargestellt werden. Insgesamt wurden vom Rechnungshof 25 Optimierungspotentiale identifiziert, wovon sich mit den Ordnungsnummern 20 bis 23 vier auf die ÖQMED bezogen. Auf die darüber hinaus erfolgten Anregungen an das mit Gesundheitsagenden beauftragte Ministerium sowie an die Österreichische Ärztekammer wird an dieser Stelle nicht näher eingegangen, diese können dem zitierten Bericht entnommen werden.

7.1.1 Empfehlung Nr. 20 – Antwortmöglichkeiten

„Die Antwortmöglichkeiten in den Fragebögen zur Selbstevaluierung wären neutraler zu gestalten.“

Bereits vor Beginn der Prüfung durch den Rechnungshof wurde durch die verantwortlichen Stellen in der ÖQMED die strategische Entscheidung getroffen, die Antwortoptionen durch neutrale Formulierungen zu ersetzen.

⁸⁰ Rechnungshof, 2018: 7

⁸¹ Rechnungshof, 2018: 64

7.1.2 Empfehlung Nr. 21 – Hygieneverordnung

„Die Einhaltung der Hygieneverordnung wäre anhand konkreter Anforderungen an die Ordinationsstätten zu überprüfen; zu diesem Zweck wären ausgewählte und für die jeweilige Fachrichtung der betroffenen Ärztinnen und Ärzte maßgebliche Vorgaben der Hygieneverordnung in die Fragebögen zur Selbstevaluierung aufzunehmen.“

Anhand der Erfahrungen aus den ersten beiden Evaluierungszyklen ist ein starker Informationsbedarf seitens der niedergelassenen Ärztinnen, insbesondere bezüglich der Hygieneverordnung der Österreichischen Ärztekammer, evident geworden. Aus diesem Grunde wurde in Vorbereitung auf den gegenständlichen dritten Evaluierungszyklus bereits frühzeitig damit begonnen, die Inhalte der Hygieneverordnung der Österreichischen Ärztekammer in einem hohen Detailgrad für den Evaluierungsfragebogen aufzubereiten und entsprechende Fragen zu formulieren. Ebenso wesentlich ist die Anpassbarkeit des Fragenkatalogs an gewisse Eigenschaften der Ordination (vgl. Kapitel „1.2.3 Fragebogenindividualisierung“) um nach Maßgabe der Möglichkeiten nur jene Fragen in eine individuelle Evaluierung aufzunehmen, die für die jeweilige Praxis auch anwendbar sind.

7.1.3 Empfehlung Nr. 22 – Ergebnisdarstellung im Qualitätsbericht

„In künftigen Qualitätsberichten wären sowohl die Mängelquote bei der Selbstbewertung durch die Ärztinnen und Ärzte als auch jene bei der Validitätsprüfung durch die Qualitätssicherungsbeauftragten auszuweisen und einander gegenüberzustellen. Darüber hinaus wäre die Entwicklung der Abweichungen zu beobachten und es wären Maßnahmen zur Vermeidung von Falschangaben, etwa in Form von Informations- und Beratungsangeboten, zu setzen.“

Der gegenständliche Bericht bildet in Kapitel „2. Ergebnisse der Evaluierung“ im Detail das Antwortverhalten bei jeder einzelnen Frage ab, sowohl im Zuge der Selbstevaluierung als auch der Mängelbehebung. Ebenso wurden im Qualitätsbericht 2018 im Kapitel 5⁸² die Ergebnisse im Überblick dargestellt und in den Anlagen 1 und 2 alle Ergebnisse in einer tabellarischen Darstellung⁸³.

Vor Beginn jeder Evaluierungswelle im dritten Zyklus fanden mehrere Informationsveranstaltungen für niedergelassene Ärzte statt. Diese mussten aufgrund der COVID-19-Pandemie in den virtuellen Raum verlegt werden, konnten aber dennoch stattfinden. Die damit verbundene technische Weiterentwicklung und Verbreiterung der technischen Möglichkeit zur Teilnahme an solchen Webinaren in der breiten Bevölkerung hat diese Form mittlerweile zum Standard für Veranstaltungen der ÖQMED werden lassen.

⁸² Vgl. Qualitätsbericht 2018: 16 ff

⁸³ Vgl. Qualitätsbericht 2018: Anlage 1 und 2

Darüber hinaus bietet sie die zusätzliche Möglichkeit, die Vorträge bzw. Gespräche aufzuzeichnen und über die Internetpräsenz der ÖQMED dauerhaft abrufbar zur Verfügung zu stellen⁸⁴.

Weiters wird seit Beginn des dritten Zyklus jedem Passwortbrief (das ist ein eingeschriebener Brief mit der Information, dass die Selbstevaluierung in der eigenen Praxis nun durchzuführen ist) eine Broschüre beigelegt, in der die wichtigsten Informationen zum Ablauf der Selbstevaluierung, aber auch zu den Kriterien und Fragen enthalten sind.

Nicht zuletzt stehen die kompetenten Mitarbeiterinnen der ÖQMED bei Fragen und Unklarheiten gerne telefonisch zur Verfügung.

7.1.4 Empfehlung Nr. 23 – Abgeleitete Maßnahmen

In künftigen Qualitätsberichten wären die aus den Evaluierungsergebnissen abgeleiteten qualitätssichernden Maßnahmen darzustellen, wie dies die Qualitätssicherungsverordnung vorsieht.

Der gegenständliche Qualitätsbericht beinhaltet in Kapitel „3. Maßnahmen und Empfehlungen“ aus den Ergebnissen abgeleitete Empfehlungen. Ebenso wurden im Qualitätsbericht 2018 im Kapitel 11 entsprechende Inhalte dargestellt⁸⁵.

⁸⁴ Vgl. www.oeqmed.at/web/oeqmed/videoschulungen

⁸⁵ Vgl. Qualitätsbericht 2018: 85

8. EXTERNE DATEN

Ergänzend zu den in diesem Bericht dargestellten Ergebnissen der gesetzlichen Evaluierung von Ordinationen und Gruppenpraxen wird beziehungsweise auf § 46 Abs. 3 QS-VO 2018 auf Folgendes verwiesen:

- Auf die in § 46 Abs. 3 Z 1 QS-VO 2018 genannten Daten zu den **Berichten „Ärztliche Fort- und Weiterbildung in Österreich“**, die auf der Homepage der Österreichischen Ärztekammer veröffentlicht sind: www.aerztekammer.at/fortbildung. Diese enthalten Daten zur Entwicklung und Struktur der ärztlichen Fortbildung.
- Hinsichtlich der in § 46 Abs. 3 Z 2 bis 10 QS-VO 2018 genannten Daten wird aufgrund nicht vorhandener bzw. nur in limitierter Anzahl vorhandener öffentlicher Berichte von einer Bezugnahme zum Zeitpunkt der Erstellung des gegenständlichen Qualitätsberichtes Abstand genommen.

9. WEITERE TÄTIGKEITSBEREICHE

Neben den Qualitätssicherungstätigkeiten haben sich seit Bestehen der ÖQMED einige weitere Tätigkeitsbereiche entwickelt. Im Folgenden werden diese kurz dargestellt.

9.1 CIRSmedical

Warum CIRSmedical?

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitäts- und Fehlerkultur im österreichischen Gesundheitswesen bietet CIRSmedical eine umfassende Lösung zur systematischen Analyse von Zwischenfällen. Der Fokus liegt auf dem Vorfall im Speziellen, nicht auf möglichen Sanktionen für den Einzelnen.

Was kann berichtet werden?

Alle sicherheitsrelevanten Ereignisse, die im österreichischen Gesundheitswesen auftreten, können berichtet werden. Dies können Fehler, Beinahe-Schäden, entdeckte Risiken, kritische Ereignisse oder auch unerwünschte Ereignisse sein.

Können Beschwerden auf CIRSmedical gemeldet werden?

CIRSmedical ist ein Berichts- und vor allem ein Lernsystem. Um den Nutzen für alle im Gesundheitswesen Tätigen zu erhöhen, möchten wir darauf hinweisen: CIRSmedical ist kein Beschwerdesystem. Beschwerden können direkt an die Ombudsstelle des betroffenen Spitals, an die Patientenanwaltschaft oder an eine der Schlichtungsstellen der Landesärztekammern gerichtet werden.

Wer berichtet?

Alle Mitarbeiter des österreichischen Gesundheitswesens können auf CIRSmedical berichten – unabhängig davon, ob sie einen medizinischen oder nichtmedizinischen Gesundheitsberuf oder einen Beruf in der Verwaltung von Gesundheitseinrichtungen ausüben. Auch Patientinnen haben die Möglichkeit, Beobachtungen und Erfahrungen aus medizinischen Einrichtungen zu berichten.

Wie wird berichtet?

Die Übertragung der Daten im Zuge von Berichten und Kommentaren für CIRSmedical erfolgt verschlüsselt (SSL-Protokoll) an einen Server in der Universität Basel. Dieser ist durch eine Firewall geschützt. Es werden keine personen- oder ortsbezogenen Daten wie die IP-Adresse des Meldenden aufgezeichnet, daher ist eine direkte Rückfrage oder Rückmeldung nicht möglich. Vor der Veröffentlichung werden alle Berichte von

berechtigten Mitarbeitern der ÖQMED anonymisiert. Dabei werden Details wie Namen, Ortsangaben oder andere spezifische Angaben entsprechend anonymisiert, um eine Rückverfolgung oder Wiedererkennung des berichteten Vorfalls auszuschließen. Im Anschluss wird der Bericht auf www.CIRSmedical.at unter „Beiträge lesen und kommentieren“ veröffentlicht und zur Kommentierung freigegeben.

Können Erfahrungen mit Medikamenten berichtet werden?

Berichte, die nicht in der Gebrauchsanweisung angeführte Nebenwirkungen von Arzneimitteln betreffen, können direkt an pharm-vigilanz@ages.at gerichtet werden. Damit ist sichergestellt, dass die Erfahrung bzw. Beobachtung von der zuständigen Behörde bearbeitet werden kann.

Berichte, die Medizinprodukte betreffen, von denen Gefahren ausgehen oder durch die sich eine Gefahr verwirklicht hat, sowie Meldungen über Qualitätsmängel bei Arzneimitteln können direkt an inspektionen@ages.at berichtet werden.

Wie werden Anonymität und Datensicherheit gewährleistet?

Da das System die Herkunft eines Berichtes sofort automatisch und unwiderruflich löscht, erhält die Einbringerin nach der Berichts- oder Leserkommentareingabe kein persönliches Feedback. Es wird ausschließlich eine Fallnummer ausgegeben, anhand welcher jederzeit der aktuelle Stand des Berichts oder Leserkommentares nachverfolgt werden kann. Durch den verschlüsselten, nicht rekonstruierbaren Datentransfer kann es zu keinen Sanktionierungen für den Berichtenden kommen. Die Berichte selbst enthalten keine Daten wie Namen oder Ortsangaben, die Rückschlüsse auf die beteiligten Personen oder Institutionen zulassen. Damit ist 100%ige Anonymität gewährleistet.

Durch die Löschung der IP-Adresse durch das CIRSmedical-System in Basel ist eine direkte Rückfrage oder Rückmeldung beim Berichtenden nicht möglich. Vor der Veröffentlichung werden alle Berichte von berechtigten Mitarbeitern der ÖQMED anonymisiert und im Anschluss auf www.CIRSmedical.at freigegeben. Es werden nur anonymisierte Berichte zur Bearbeitung an CIRSmedical-Expertinnen weitergeleitet. Die Anonymisierung und das unwiderrufliche Löschen der eingehenden Berichte erfolgt internetbasiert auf dem Server in Basel und somit ausschließlich im CIRSmedical-System. Daher kann es zu keiner Speicherung im Back-Up-System der ÖQMED kommen. Das zuständige Team der ÖQMED unterliegt einer strengen Verschwiegenheitspflicht, welche vertraglich geregelt ist und durch regelmäßige Schulungen vertieft wird. Die Möglichkeit zur Supervision ist gegeben.

Werden alle Berichte bearbeitet?

Unvollständige, sachlich oder inhaltlich nicht relevante Berichte/Kommentare, Diffamierungen, Berichte/Kommentare mit ausschließlichem Beschwerdecharakter sowie Berichte über Ereignisse vom Hörensagen werden unwiderruflich gelöscht.

Sind die Empfehlungen auf CIRSmedical.at rechtsverbindlich?

Die Berichte und Fachkommentare stellen ausschließlich Empfehlungen dar, die ohne rechtsverbindliche Wirkung sind. Entsprechend unseren Regelwerken sollen Berichte und Kommentare festgelegte Kriterien erfüllen, damit sie im Lernsystem veröffentlicht werden können. Sind diese Kriterien nicht erfüllt, werden Berichte und Leserkommentare gelöscht. Die Haftung für die Umsetzung von Fachkommentaren sowie gemäß unseren Regelwerken gelöschter Berichte ist ausgeschlossen.

Sachverhalte, die möglicherweise straf- oder zivilrechtlich relevant sind, werden grundsätzlich NICHT zur Anzeige gebracht. Wenn diese Berichte für das Fehlerberichts- und Lernsystem und die Patientensicherheit nicht von entsprechender Relevanz sind, werden sie unwiderruflich gelöscht. Für solche Berichte bzw. aus der Tatsache, dass sie gelöscht werden, ist die Haftung ausgeschlossen. Straf- oder zivilrechtlich möglicherweise relevante Sicherheitsereignisse sind im Wege der betreffenden Gesundheitseinrichtung oder direkt an die Anzeigenbehörde weiterzuleiten.

9.1.1 Regelwerke

Um ausschließlich relevante Inhalte mit Lernpotential garantieren zu können, wird ein eingehender Bericht vom zuständigen Team der ÖQMED nach folgenden Kriterien überprüft.

Wichtig ist, dass das Pflichtfeld „Was ist passiert?“ ausgefüllt sein muss. Es muss berichtet werden, was (beinahe) vorgefallen ist, andernfalls kann der Fall nicht gesendet werden.

FOLGENDE INHALTE WERDEN UNWIDERRUFLICH GELÖSCHT:

- Das Berichten von Berichten („Hörensagen“ - „Ich habe gehört, dass....“).
Es sollen nur Vorfälle aus der eigenen Wahrnehmung berichtet werden.
- Beschimpfungen, Beleidigungen, Diskriminierungen
Derartige Berichte enthalten keinen Lerneffekt.
- Konkrete Beschwerden über Experten oder Einrichtungen des Gesundheitssystems

Konkrete Beschwerden können bei der Ombudsstelle des betreffenden Spitals, bei der Patientenanwaltschaft oder bei der Schlichtungsstelle der Landesärztekammern abgegeben werden.

- *Allgemeine Kritik am Gesundheitswesen
CIRSmedical ist nicht das richtige System für diesen Zweck*
- *Sachlich/inhaltlich nicht relevante Berichte
Es sollen nur (beinahe passierte) Vorfälle aus dem Bereich Gesundheitswesen berichtet werden.*
- *Der Vorfall ist nicht in Österreich passiert
Der Fokus liegt auf (beinahe passierte) Vorfälle aus Österreich, da sich auch die Kommentare der CIRS-Expertinnen auf das österreichische Gesundheitswesen beziehen.*
- *Vorsatz
Vorsätzliche Handlungen, welche zu Vorfällen geführt haben, sind in CIRSmedical nicht zulässig.*

Sicherstellung der Anonymität

Es werden nur anonymisierte Berichte zur Erarbeitung eines Fachkommentars an CIRSmedical-Experten weitergeleitet und veröffentlicht. Sollte ein Bericht nicht vollständig anonymisiert in die Eingabemaske von CIRSmedical eingegeben werden, wird dieser automatisch anonymisiert.

NAMENSNENNUNG

Namensnennungen werden entfernt und durch die Nennung der Berufsgruppe, z. B. „ein Arzt/eine Ärztin“ bzw. der Rolle als Patienten ersetzt.

ANFÜHRUNG VON TITELN

Titel werden gelöscht, außer wenn sie die Stellung von Mitarbeiterinnen ausdrücken sollen:

Beispiel:

ursprünglich: „Prim. Dr. Mustermann“

anonymisiert: „ein Arzt / eine Ärztin in Leitungsfunktion“

DETAILLIERTE PERSONENBESCHREIBUNGEN

Werden gelöscht (nicht zu verwechseln mit der Beschreibung des Verhaltens einer Person)

ÖRTLICHE ANGABEN

Entfernen und durch Buchstaben oder Zahlen ersetzen. (z. B. Station X)

NENNUNG VON INSTITUTIONEN

Entfernen und durch Nennung der Art der Institution ersetzen (z. B. in einem Spital, in einer Ordination, in einer Ambulanz)

DATUMSANGABEN

Tagesangaben entfernen, Jahresangaben sind zulässig

Beispiel:

ursprünglich: 25. Dez.

anonymisiert: „Feiertag“

Erst wenn alle genannten Kriterien überprüft wurden, wird der Beitrag von den zuständigen und geschulten Mitarbeitern der ÖQMED an inhaltlich zuständige CIRSmedical-Expertinnen zur Erarbeitung eines Fachkommentars weitergeleitet. Nach dem Erhalt der Antwort der bearbeitenden Experten und Überprüfung des vollständigen Ablaufs in der ÖQMED durch die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) (Vier-Augen-Prinzip), wird der Bericht ggf. mit Fachkommentar veröffentlicht. Die GÖG kann nur Berichte, welche kurz vor der Veröffentlichung stehen und somit anonymisiert sind, freigeben. Veröffentlichte Berichte können gelesen und von Dritten kommentiert werden.

9.2 A-OQI-QUALITÄTSZIRKEL

Seit 2021 organisiert die ÖQMED unter dem Namen A-OQI (Austrian Outpatient Quality Indicators) gemeinsam mit dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, der Österreichischen Sozialversicherung und der Österreichischen Ärztekammer österreichweit A-OQI-Qualitätszirkel. In den Jahren 2021 und 2022 wurde das Thema „Diabetes mellitus Typ 2“ diskutiert, im Jahr 2023 wurden österreichweit in allen Versorgungsregionen A-OQI-Qualitätszirkel zum Thema „Arteriosklerotische Erkrankungen“ abgehalten.

Im Rahmen eines A-OQI-Qualitätszirkels werden von Vertreterinnen der Sozialversicherung Daten zur Versorgungssituation zum jeweiligen Thema der Versorgungsregion präsentiert und die A-OQI-Qualitätszirkelteilnehmer haben anschließend die Möglichkeit, eigene Erfahrungen zu diesem Themenkreis einzubringen, zu diskutieren und einen gemeinsamen Feedbackfragebogen zur Versorgung auszufüllen.

Ziel dieser A-OQI-Qualitätszirkel ist es, dass niedergelassene Ärztinnen ihre Einschätzung zur Versorgung sowie Vorschläge für Verbesserungspotentiale und Maßnahmen zur Betreuung von Patienten mit den jeweiligen Erkrankungen aufzeigen.

Inhalte eines A-OQI-Qualitätszirkels:

- Präsentation der Versorgungsdaten durch Referentinnen der Sozialversicherung
- Diskussion möglicher Verbesserungspotentiale in der Versorgungsregion
- Feedbackfragebogen der Gruppe

10. LITERATURVERZEICHNIS

Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998) idF BGBl. I Nr. 108/2023

Verordnung der Österreichischen Ärztekammer zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie Gruppenpraxen (Qualitätssicherungsverordnung 2018 – QS-VO 2018)

Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über die hygienischen Anforderungen von Ordinationsstätten und Gruppenpraxen (Hygiene-V 2014) idF der 3. Änderung beschlossen von der Vollversammlung der Österreichischen Ärztekammer im Rahmen des 145. Österreichischen Ärztekammertages am 24.06.2022

Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH: *Qualitätsbericht 2018: Auswertung der gesetzlichen Evaluierung von Ordinationen und Gruppenpraxen 2012–2017, Evaluierungszyklus II*, www.oeqmed.at/documents/40385/112945/OEQMED-QUALIT%C3%84TSBERICHT+2018.pdf/1c9d9407-73a9-3dbd-566a-191947d82e83?t=1569846561361

Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH: *Ärztlicher Qualitätsbericht 2012*, www.oeqmed.at/documents/40385/112945/AerztlicherQB_2012.pdf/5e1165fd-280d-1279-8ecf-517dce5429df?t=1546941692284

Rechnungshof Bund 2018/37: *Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte*, www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/Qualita_tssicherung_AerztInnen.pdf

11. TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1:	Darstellung der Individualisierungsergebnisse im Rahmen der Selbstevaluierung	27
Tabelle 2:	Zeitliche Gliederung des dritten Evaluierungszyklus.....	28
Tabelle 3:	Mängelquote im Vergleich.....	30
Tabelle 4:	Informationsveranstaltungen in den Bundesländern.....	31
Tabelle 5:	Verteilung der Selbstevaluierung auf Online bzw. Papierfragebogen	33
Tabelle 6:	Überblick Regelevaluierung Österreich.....	43
Tabelle 7:	Überblick außerordentliche Prozessschritte resultierend aus der Regelevaluierung Österreich	43
Tabelle 8:	Überblick Regelevaluierung Burgenland	44
Tabelle 9:	Überblick außerordentliche Prozessschritte resultierend aus der Regelevaluierung Burgenland.....	44
Tabelle 10:	Überblick Regelevaluierung Kärnten.....	45
Tabelle 11:	Überblick außerordentliche Prozessschritte resultierend aus der Regelevaluierung Kärnten	45
Tabelle 12:	Überblick Regelevaluierung Niederösterreich.....	45
Tabelle 13:	Überblick außerordentliche Prozessschritte resultierend aus der Regelevaluierung Niederösterreich	46
Tabelle 14:	Überblick Regelevaluierung Oberösterreich.....	46
Tabelle 15:	Überblick außerordentliche Prozessschritte resultierend aus der Regelevaluierung Oberösterreich	46
Tabelle 16:	Überblick Regelevaluierung Salzburg	47
Tabelle 17:	Überblick außerordentliche Prozessschritte resultierend aus der Regelevaluierung Salzburg.....	47
Tabelle 18:	Überblick Regelevaluierung Steiermark	48
Tabelle 19:	Überblick außerordentliche Prozessschritte resultierend aus der Regelevaluierung Steiermark.....	48
Tabelle 20:	Überblick Regelevaluierung Tirol.....	48
Tabelle 21:	Überblick außerordentliche Prozessschritte resultierend aus der Regelevaluierung Tirol.....	49
Tabelle 22:	Überblick Regelevaluierung Vorarlberg	49
Tabelle 23:	Überblick außerordentliche Prozessschritte resultierend aus der Regelevaluierung Vorarlberg	49
Tabelle 24:	Überblick Regelevaluierung Wien.....	50
Tabelle 25:	Überblick außerordentliche Prozessschritte resultierend aus der Regelevaluierung Wien	50
Tabelle 26:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 1.1.....	52
Tabelle 27:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 1.2.....	53
Tabelle 28:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 1.2.....	53
Tabelle 29:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 1.3.....	54
Tabelle 30:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 1.3.....	54
Tabelle 31:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 1.4.....	55
Tabelle 32:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 1.4.....	55
Tabelle 33:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 1.5.....	56
Tabelle 34:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 1.5.....	56
Tabelle 35:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 1.6.....	57
Tabelle 36:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 1.6.....	57
Tabelle 37:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 1.7.....	58
Tabelle 38:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 1.7.....	58
Tabelle 39:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 1.8.....	59
Tabelle 40:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 1.8.....	59
Tabelle 41:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 1.9.....	60
Tabelle 42:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 1.9.....	60
Tabelle 43:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 1.10.....	61
Tabelle 44:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 1.10	61
Tabelle 45:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 1.11	62
Tabelle 46:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 1.11.....	62
Tabelle 47:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 2.1.....	64
Tabelle 48:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 2.1.....	64
Tabelle 49:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 2.2	65
Tabelle 50:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 2.2.....	65
Tabelle 51:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 2.3	66
Tabelle 52:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 2.3.....	66
Tabelle 53:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 2.4	67
Tabelle 54:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 2.4.....	67
Tabelle 55:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 2.5.....	68
Tabelle 56:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 2.5.....	68
Tabelle 57:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 3.1	69
Tabelle 58:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 1.11.....	69
Tabelle 59:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.1.....	70
Tabelle 60:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.1.....	70
Tabelle 61:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.2	71
Tabelle 62:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.2.....	71
Tabelle 63:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.3	72
Tabelle 64:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.3.....	72
Tabelle 65:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.4	73
Tabelle 66:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.4.....	73
Tabelle 67:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.5.....	74
Tabelle 68:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.5.....	74

Tabelle 69:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.6	75
Tabelle 70:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.6	75
Tabelle 71:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.7	76
Tabelle 72:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.7	76
Tabelle 73:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.8	77
Tabelle 74:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.8	77
Tabelle 75:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.9	78
Tabelle 76:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.9	78
Tabelle 77:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.10	79
Tabelle 78:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.10	79
Tabelle 79:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.11	80
Tabelle 80:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.11	80
Tabelle 81:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.12	81
Tabelle 82:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.12	81
Tabelle 83:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.13	82
Tabelle 84:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.13	82
Tabelle 85:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.14	83
Tabelle 86:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.14	83
Tabelle 87:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.15	84
Tabelle 88:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.15	84
Tabelle 89:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.16	85
Tabelle 90:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.16	85
Tabelle 91:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.17	86
Tabelle 92:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.17	86
Tabelle 93:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.18	87
Tabelle 94:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.18	87
Tabelle 95:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.19	88
Tabelle 96:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.19	88
Tabelle 97:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.20	89
Tabelle 98:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.20	89
Tabelle 99:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.21	90
Tabelle 100:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.21	90
Tabelle 101:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 4.22	91
Tabelle 102:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 4.22	91
Tabelle 103:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 5.1	92
Tabelle 104:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 5.1	92
Tabelle 105:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 5.2	95
Tabelle 106:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 5.2	95
Tabelle 107:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 5.3	96
Tabelle 108:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 5.3	96
Tabelle 109:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 5.4	97
Tabelle 110:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 5.4	97
Tabelle 111:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 6.1	98
Tabelle 112:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 6.1	98
Tabelle 113:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 7.1	100
Tabelle 114:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 7.1	100
Tabelle 115:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 7.2	101
Tabelle 116:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 7.2	101
Tabelle 117:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 7.3	102
Tabelle 118:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 7.3	102
Tabelle 119:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 7.4	103
Tabelle 120:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 7.4	103
Tabelle 121:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 7.5	104
Tabelle 122:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 7.5	104
Tabelle 123:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 7.6	105
Tabelle 124:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 7.6	105
Tabelle 125:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 8.1	106
Tabelle 126:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 8.1	106
Tabelle 127:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 9.1	107
Tabelle 128:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 9.1	107
Tabelle 129:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 9.2	108
Tabelle 130:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 9.2	108
Tabelle 131:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 9.3	109
Tabelle 132:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 9.3	109
Tabelle 133:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 9.4	110
Tabelle 134:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 9.4	110
Tabelle 135:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 9.5	111
Tabelle 136:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 9.5	111

Tabelle 205:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 17.2.....	148
Tabelle 206:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 17.2.....	148
Tabelle 207:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 17.3.....	149
Tabelle 208:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 17.3.....	149
Tabelle 209:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 17.4.....	150
Tabelle 210:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 17.4.....	151
Tabelle 211:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 17.5.....	152
Tabelle 212:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 17.5.....	152
Tabelle 213:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 17.6.....	153
Tabelle 214:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 17.6.....	153
Tabelle 215:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 17.7.....	154
Tabelle 216:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 17.7.....	154
Tabelle 217:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 17.8.....	155
Tabelle 218:	Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfungen Frage 17.8.....	155
Tabelle 219:	Ergebnis Selbstevaluierung Frage 18.....	156
Tabelle 220:	Verteilung spezifischer Überprüfungen nach anregungsbefugten Stellen.....	168
Tabelle 221:	Angekündigte spezifische Überprüfungen Österreich.....	168
Tabelle 222:	Unangekündigte spezifische Überprüfungen Österreich.....	168
Tabelle 223:	Spezifische Überprüfungen mit Disziplinaranzeigen Österreich	169
Tabelle 224:	Mängel nach spezifischen Überprüfungen	170
Tabelle 225:	Darstellung der Meldungen aufgrund Gefahr im Verzug, Grund und aktueller Status.....	171
Tabelle 226:	Disziplinaranzeigen aufgrund Verweigerung der Selbstevaluierung und Verweigerung der Überprüfung gem. § 30 QS-VO 2018	173
Tabelle 227:	Disziplinaranzeigen aufgrund Verweigerung einer spezifischen Überprüfung	173
Tabelle 228:	Disziplinaranzeigen aufgrund Verweigerung der Mängelbehebung.....	174
Tabelle 229:	Disziplinaranzeigen aufgrund Verweigerung der Mängelbehebung und der Kontrolle	174

IMPRESSUM

1. Auflage 2025

Verantwortlich für den Inhalt sowie Grafik und Satz:

Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH

Walcherstraße 11, Top 33
1020 Wien
Tel.: +43 1 512 56 85-0
E-Mail: qualitaet@oeqmed.at
Internet: www.oeqmed.at

Lektorat: Verlagshaus der Ärzte GmbH, 1010 Wien

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere das der Übersetzung, des Nachdrucks, der Entnahme von Abbildungen, der Funksendung, der Wiedergabe auf fotomechanischem oder ähnlichem Wege und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwendung, vorbehalten. Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit werden geschlechtsbezogene Wörter zumeist in eingeschlechtlicher Form – abwechselnd die weibliche oder männliche, in unbestimmter Reihenfolge – verwendet. Die Bezeichnungen gelten selbstverständlich gleichwertig für alle Menschen.



