

Sanitäre Aufsicht in Kranken- und Kuranstalten



Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)
Stubenring 1, 1010 Wien

Verlags- und Herstellungsort: Wien

Redaktions- bzw. Koordinationsteam: Vera MEZLER, BA; Gabriela EL BELAZI; Christine HAIN; DI Anton HLAVA; Mag. Dr. Robert MUCHL; Priv.-Doz.ⁱⁿ DDr.ⁱⁿ Reinhild Strauß, MSc DTM&H

Copyright Titelbild: © istockphoto.com/1009969994

ISBN: 978-3-85010-658-0

Wien, Jänner 2022

Alle Rechte vorbehalten:

Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-Rom.

Im Falle von Zitierungen (im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten) ist als Quellenangabe anzugeben: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (Hg.); Titel der jeweiligen Publikation, Erscheinungsjahr.

Inhalt

1 Ausgangslage und Zielsetzung.....	5
2 Einleitung.....	7
2.1 Projektorganisation	7
2.2 Projektablauf.....	9
3 Geschichtliche Entwicklung der sanitären Aufsicht in Österreich	10
4 Rechtliche Grundlagen.....	18
4.1 Verfassungsrechtliche Ausgangslage.....	18
4.2 Bundesrechtliche Bestimmungen.....	19
4.3 Vorschriften des AVG bezüglich Niederschriften und mündliche Verhandlung	28
5 Rechtliches Umfeld.....	34
6 Organisation der sanitären Einschau	37
6.1 Zuständigkeit für die sanitäre Aufsicht.....	37
6.2 Zusammenstellung der Berufsgruppen	39
6.3 Ablaufbeschreibung.....	40
6.4 Ausbildung von AÄ sowie Sachverständigen des Pflegedienstes.....	46
6.5 Zugang zu den Unterlagen.....	47
6.6 Militärische Krankenanstalten.....	48
7 Aufgaben und Verantwortlichkeiten	50
7.1 Begriffsdefinition	50
7.2 Zieldefinition	50
7.3 Kernaufgaben.....	51
7.4 Frequenz	51
7.5 Schwerpunkte und Prioritätensetzung.....	56
7.6 Ablauf sanitäre Einschau.....	59
7.7 Funktionen und Verantwortlichkeiten	59
7.8 Themenfelder	72
7.9 Nichtaufgaben.....	73
8 Elemente der professionellen Arbeitsweise und Instrumente der sanitären Einschau	74
8.1 Organisation.....	74
8.2 Strukturierte Prozesse	77
8.3 Protokollierung der Ergebnisse	78
8.4 Vorgehensweise bei Missständen	78
8.5 Kommunikationswege und Berichtswesen	80

8.6 Checklisten.....	80
8.7 Österreichischer Strukturplan Gesundheit.....	81
Tabellenverzeichnis.....	83
Abbildungsverzeichnis.....	84
Literaturverzeichnis	85
Abkürzungen.....	86
Glossar.....	88
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (alphabetische Reihenfolge)	90
ANHANG.....	92
1 BMASGK - Sanitäre Aufsicht über Krankenanstalten.....	93
2 Schwerpunktmäßige Einschau durch Amtssachverständige in NÖ	96
3 Checklisten.....	98
3.1 Checkliste „Selbständiges Ambulatorium allgemein“	98
3.2 Checkliste „Arzneimittelvorrat	124
3.3 Checkliste „Kontrastmittel“	130
3.4 Checkliste „Personal“.....	133
3.5 Checkliste „Ambulatorium für physikalische Medizin“	136
3.6 Checkliste „Zahnambulatorium“	138
3.7 Checkliste „Aufbereitung von Endoskopen“	142
3.8 Checkliste „Intensiveinheiten“	149
3.9 Checkliste „Krankenhaushygiene“	162

1 Ausgangslage und Zielsetzung

Die sanitäre Aufsicht ist eine wichtige behördliche Aufgabe zur laufenden Qualitätskontrolle der Kranken- und Kuranstalten mit dem Ziel der Optimierung der Patientinnen- und Patientensicherheit. Die Grundlagen dafür sind im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz festgelegt: sie umfassen die Überprüfung von Krankenanstalten, selbstständigen Ambulatorien und Kuranstalten in allen Bereichen, die Auswirkungen auf die Betreuung der Patientinnen und Patienten haben können. So unterliegen dieser umfassenden Überwachung nicht nur die personelle Ausstattung, sondern vor allem Bereiche wie beispielsweise die Krankenhaushygiene, Qualitätssicherung, Dokumentation, Pflege oder die Rechte der Patientinnen und Patienten. Die Bezirksverwaltungsbehörden sind mit der Durchführung der sanitären Aufsicht beauftragt, welche die Amtsärztinnen und Amtsärzte als amtliche Sachverständige beiziehen (siehe auch Kapitel 6).

Zwecks Vereinheitlichung der Tätigkeiten bei der sanitären Aufsicht wurde in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe und in Zusammenarbeit mit der Gesundheit Österreich GmbH. (GÖG) die Vorgehensweise und Organisation der lokalen Behörden im Rahmen der sanitären Aufsicht diskutiert und im Herbst 2015 im Dokument "Sanitäre Aufsicht in Kranken- und Kuranstalten Grundlagen und Organisation" veröffentlicht.

Im Jahr 2018 wurde eine Aktualisierung des Arbeitsbehelfs geplant und eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe wieder eingesetzt. Bei der Überarbeitung wurden sowohl die rechtlichen als auch die fachlichen Komponenten auf den aktuellen Stand gebracht. Neu aufgenommen wurden einheitliche Checklisten (Kapitel 8.6), welche bei der konkreten Einschau verwendet werden können. Außerdem wurden die Erkenntnisse von der im Oktober 2018 durchgeführten Evaluierung zum Arbeitsbehelf eingearbeitet.

Ziel dieses Arbeitsbehelfes ist es, Amtsärztinnen und Amtsärzten eine zusammenfassende Darstellung der geschichtlichen Entwicklung und der rechtlichen Grundlagen sowie ein Werkzeug zur praktischen Umsetzung dieser Aufsichtstätigkeit zur Verfügung zu stellen. Die Organisation, Abläufe, Funktionen und Verantwortlichkeiten werden als Prozesse dargestellt, damit sich die Amtsärztinnen und Amtsärzte einen raschen Überblick über ihre eigene Zuständigkeit und den vorhandenen Schnittstellen verschaffen können.

Dieser Arbeitsbehelf ist als „lebendes Dokument“ zu verstehen, welches laufend an die jeweils aktuellen rechtlichen Änderungen und fachlichen Neuerungen adaptiert wird.

2 Einleitung

2.1 Projektorganisation

Die Projektplanung zur Erstellung eines Arbeitsbehelfes wurde im Jänner 2014 vom Gesundheitsressort mit Beteiligung der Gesundheit Österreich GmbH gestartet. Im Jahr 2015 erfolgte die erste Veröffentlichung und 2018 wurde die Überarbeitung des Dokumentes begonnen. Die Aufgaben der GÖG waren bei beiden Projekten unter anderem das Aufsetzen eines Gesamtprozesses, die Erstellung eines Projektplans, prozessbegleitendes und -steuerndes Projektmanagement sowie Durchführung und Dokumentation von Sitzungen.

Als Auftraggeberin der Projekte war das Gesundheitsressort zuständig für

- die Beauftragung des Koordinationsteams,
- die Auswahl der Koordinationsteammitglieder,
- das Bereitstellen von Ressourcen,
- die Unterstützung bei der Öffentlichkeitsarbeit,
- die Teilnahme am Kick-off-Meeting,
- die Abstimmung mit anderen Programmen/Projekten,
- die Möglichkeit des Projektabbruchs,
- die Möglichkeit einer Veränderung der Projektziele.

Das Koordinationsteam bestand aus Vertreterinnen und Vertretern der zuständigen Fachabteilung des Gesundheitsressorts, der Gesundheit Österreich GmbH (Projektmanagement) und des Nationalen Referenzzentrums für Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen und Krankenhaushygiene (ehemals Nationales Referenzzentrum für nosokomiale Infektionen und Antibiotikaresistenz, Standort Wien). Das Koordinationsteam war zuständig für:

- die Koordination der Ressourcen und Projektabläufe,
- das Projektcontrolling,
- die prozessbezogene Begleitung der Arbeitsbehelferstellung,
- die Dokumentation,
- die Identifikation der Stakeholder (Stakeholder-Management),
- die Projektorganisation/Auswahl der Teilprojektteams,

- das Risikomanagement (z. B. Unterstützung der Projektleitungen bei Problemen, Initiieren von Alternativen, Setzen von Alternativ-/Sofortmaßnahmen),
- das Controlling der einzelnen Teilprojekte mit den Projektleitungen,
- die Koordination der Ergebnisse der Teilprojekte,
- den Projektabschluss,
- die Berichtslegung,
- Vereinbarungen/Vorgangsweise für die Nachprojektphase.

Die Sitzungen der Arbeitsgruppen wurden von Vertreterinnen und Vertretern des Gesundheitsressorts moderiert und setzten sich aus Vertreterinnen und Vertretern aus den Bundesländern auf Landes- und Bezirksebene und weiteren Expertinnen und Experten zusammen.

Arbeitsgruppe 1: Rechtliche Grundlagen „Sanitäre Aufsicht“

Inhalt dieser Arbeitsgruppe war die Aufbereitung der Gesetzestexte zur sanitären Aufsicht.

Arbeitsgruppe 2: Organisation der sanitären Einschau

Diese Arbeitsgruppe befasste sich mit den Themenfeldern: Zuständigkeiten für die sanitäre Aufsicht, Zusammenstellung der Berufsgruppen, Ablaufbeschreibung, Ausbildung, Zugang zu den Unterlagen.

Arbeitsgruppe 3: Aufgaben und Verantwortlichkeiten

Themenfelder dieser Arbeitsgruppe waren: Begriffs- und Zieldefinition, Kernaufgaben, Frequenz, Schwerpunkte und Prioritätensetzung, Ablauf der Sanitären Einschau, Funktionen und Verantwortlichkeiten, Themenfelder, Nichtaufgaben.

Arbeitsgruppe 4: Elemente der professionellen Arbeitsweise und Instrumente der sanitären Einschau

In dieser Arbeitsgruppe stand die praktische Durchführung der sanitären Aufsicht im Mittelpunkt. Inhalte waren unter anderem die Vorgehensweise bei Missständen, Kommunikationswege, Checklisten, der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG).

Neben diesen Gremien wurde bei Bedarf die Expertise des BMSGPK-Fachbereiches Öffentliche Gesundheit und von Expertinnen und Experten in Deutschland (Robert Koch-Institut, Bayrisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege) eingeholt.

2.2 Projektablauf

Die Arbeitsgruppen tagten in den Monaten Mai bis Juli 2014, je nach Bedarf, zwei oder dreimal. Bis zur ersten Arbeitsgruppensitzung wurden die von den Arbeitsgruppenmitgliedern zur Verfügung gestellten relevanten Unterlagen und Informationen vom Koordinationsteam aufbereitet. Beim ersten Treffen wurden vom Gesundheitsressort Herausforderungen und Ziele des Projekts präsentiert.

In einem ersten Schritt wurden vom Koordinationsteam von den nominierten Arbeitsgruppenmitgliedern Unterlagen und Informationen zu den Kapitelinhalten eingeholt und Kapitelentwürfe erstellt. Diese Entwürfe wurden im Zeitraum Mai bis Juli 2014 in mehreren Arbeitsgruppentreffen präsentiert und diskutiert, Änderungen im Konsens festgelegt. Die in Folge vom BMG (nunmehr BMSGPK) und der GÖG adaptierte Neufassung des Entwurfs wurde in abschließenden Arbeitsgruppentreffen oder im Rundlauf akkordiert.

Eine letzte Fassung des Arbeitsbehelfs wurde auf schriftlichem Weg abgestimmt. Der Arbeitsbehelf „Sanitäre Aufsicht in Kranken- und Kuranstalten“ wurde im Jahr 2015 fertiggestellt und im April 2016 von der Fachgruppe Qualität angenommen.

Im Sommer 2018 wurden die Landessanitätsdirektorinnen und –direktoren um Nominierung von Mitgliedern für eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Aktualisierung des Arbeitsbehelfs ersucht.

In Folge wurden vor der ersten AG-Sitzung 2018 die nominierten Mitglieder bereits um Durchsicht und gegebenenfalls Aktualisierung der länderspezifischen Angaben im Dokument ersucht.

Zeitgleich wurde im Herbst 2018 eine webbasierte Befragung bei Anwenderinnen und Anwendern zu Bekanntheitsgrad und Verwendung des Arbeitsbehelfs im Rahmen der Sanitären Aufsicht durchgeführt. Aufgrund der geringen Teilnahme konnten daraus keine Erkenntnisse für die Aktualisierung gewonnen werden.

In weiteren im Jahr 2019 stattgefundenen AG-Sitzungen wurde die Aktualisierung des Dokumentes abgeschlossen.

3 Geschichtliche Entwicklung der sanitären Aufsicht in Österreich

Die Geschichte des Krankenanstaltenwesens in Österreich reicht bis in die römische Zeit zurück, als für die stationäre Behandlung von römischen Legionären Einrichtungen gebaut wurden. Im Früh- und Hochmittelalter haben Vertreter des Klerus Heime und Unterkünfte u. a. für Kranke und Gebärende gegründet. Später folgten Spitalsgründungen auch von weltlichen Machtträgern sowie bürgerliche Spitäler und Militärspitäler. Einheitliche Vorgaben in rechtlicher Hinsicht gab es nicht.

Erst unter Joseph II. erfolgte nicht nur eine Neuordnung der Spitäler („Directiv-Regeln“, 1781), sondern es wurden erstmals Details in einer Art „Hausordnung“ für die Errichtung von Hauptspitälern festgelegt. Diese Regeln dienten als Vorbild für Errichtungsrechtsakte des Allgemeinen Krankenhauses (AKH) Wien und von weiteren AKHs in anderen Städten. Allerdings konnte man nicht von einer einheitlichen Vorgehensweise sprechen. Es gab jedoch einzelfallbezogene Regelungen zu Statuten und Hausordnungen.

Um 1800 setzten Regelungen ein, die nun auch die Aufsicht betrafen, hier besonders die Anzahl der Erkrankten und deren Krankheiten, sowie die Berichtslegung darüber. Die damaligen in dieser Angelegenheit ergangenen Ministerialschreiben, Hofkanzleidekrete bzw. Hofdekrete richteten sich an die „Länderstellen“ bzw. „Landes-Chefs“.

Ab Mitte der 1850er bis in die 1880er Jahre erfolgten erste einheitliche Regelungen. Die meisten Landtage erließen eigene Gesetze, die u. a. nicht nur die Aufsicht über (allgemeine) öffentliche Krankenanstalten (KA), sondern darüber hinaus auch die Errichtung und den Betrieb von KA unter sanitätspolizeilichen Anforderungen regelten.

Fast parallel zur Vereinheitlichung der rechtlichen Regelungen bei den öffentlichen KA erfolgte eine einheitliche Organisation in der Sanitätsverwaltung (1850-1853). In diesem Zeitraum fiel die Aufsicht über öffentliche und private Sanitätsanstalten in die Zuständigkeit von Bezirks- und Kreisärzten.

Am 30. April 1870 wurde das Reichssanitätsgesetz betreffend die Organisation des öffentlichen Sanitätsdienstes¹ erlassen. Hier wird festgelegt, dass der Staatsverwaltung die „Oberaufsicht u. a. über alle Kranken-, Irren-, Gebär-, Findel- und Ammenanstalten und andere derlei Anstalten, dann über die Heilbäder und Gesundbrunnen, ferner die Bewilligung zur Errichtung von solchen Privatanstalten“ zukommt. „Im übertragenen Wirkungsbereich oblag den Gemeinden die unmittelbare sanitätspolizeiliche Überwachung der in der Gemeinde befindlichen privaten Heil- und Gebäranstalten“. Dies wurde in Städten mit eigenem Statut „von den Gemeindevertretungen angestellten Sanitätsorganen“ wahrgenommen. „Landesfürstliche Bezirksärzte“, d. h. ständige Sanitätsorgane der betreffenden Bezirkshauptmannschaften (BH), waren für die Aufsicht u. a. „über die Heil-, Humanitäts- und sonstige in sanitätspolizeilicher Beziehung zu überwachende Anstalten, Bäder und Gesundbrunnen“ verantwortlich. Weiters gab es Landessanitätsräte und Landessanitätsreferenten auf Landesebene und den Obersten Sanitätsrat und Referenten für Sanitätsangelegenheiten im Ministerium für Inneres, womit erstmals eine einheitliche Regelung der Aufsicht über öffentliche und private KA gegeben war.

Mit 28. Juli 1920 trat – noch während der Beratungen über die neue Verfassung - erstmalig ein Krankenanstaltengesetz² (KAG 1920) in Kraft, weil die Finanzlage der Spitäler keinen Aufschub mehr duldete. Ein eigener Abschnitt dieses Gesetzes war dem Aufsichtsrecht gewidmet. Darin wurde festgehalten, dass die sanitäre Aufsicht den staatlichen Behörden zukommt, d. h. der Bund hatte die Oberaufsicht über alle öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten. Das Gesetz sah vor, dass die Ausübung der sanitären Aufsicht von den Landesregierungen (LR) durch ihre Landessanitätsreferenten und von den „Bezirkshauptmannschaften durch ihre Amtsärzte“ zu erfolgen hatte. Außerdem wurde hier festgehalten, dass die Überprüfung des gesamten Betriebes einer öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt jährlich mindestens einmal zu erfolgen hatte und darüber der LR sowie dem Landesrat schriftlich zu berichten war.

Als Ergebnis der Beratungen über die neue Verfassung wurden Teile des Gesundheitswesens als Bundeskompetenz (Art 10 Z 12 B-VG) festgelegt. In Hinsicht auf die „Heil- und Pflegeanstalten, das Kurortewesen und die Heilquellen“ wurde die Zuständigkeit jedoch auf die sanitäre Aufsicht beschränkt. Im Art 12 Abs. 1 Z 2 wurde

¹ RGBl. 68/1870

² Gesetz vom 15. Juli 1920 über die Errichtung, die Erhaltung und den Betrieb öffentlicher Heil- und Pflegeanstalten (KAG) – StGBI. 327/1920

festgehalten, dass für die „Heil- und Pflegeanstalten, das Kurortewesen und die Heilquellen“ die Gesetzgebung beim Bund und die Ausführungsgesetzgebung und die Vollziehung bei den Ländern liegen.

Mit 1. Oktober 1928 trat zwar das KAG 1920 außer Kraft, aber die Länder (Ausnahme Vorarlberg – hier wurde nur ein rudimentäres Gesetz im LGBl. veröffentlicht) übernahmen das KAG 1920 fast unverändert als Landesgesetze.

Erst im Jahr 1930 wurde die Regelung der sanitären Aufsicht für natürliche Heilvorkommen und Kurorte in einem eigenen Gesetz³ festgelegt. Dies bedeutete nunmehr, dass der Umfang der sanitären Aufsicht, unter Beachtung des Art. 12 des Bundesverfassungsgesetzes (B-VG), für „Heilquellen und Kurorte“ erstmals rechtlich definiert wurde. Die oberste Leitung der sanitären Aufsicht oblag dem Bund im Hinblick auf die Beurteilung, ob die sanitären Voraussetzungen einer Quelle als Heilquelle oder ein Gebiet als Heilbad/Kurort gegeben sind bzw. ob die Genehmigung zurückgezogen werden sollte. Bei sanitären Misständen und Gefahr in Verzug konnte die politische Bezirksbehörde unbedingt notwendige, vorläufige Maßnahmen setzen. Dem Landeshauptmann wurde darüber berichtet, der allfällige weitere Schritte setzen konnte.

Erst 1957 wurden die bis dahin übergeleiteten Regelungen des Deutschen Reiches für KA durch das KAG⁴ ersetzt, das bis heute in seiner Grundstruktur nicht verändert wurde. Die Zuständigkeit für die Überwachung der sanitären Vorschriften in den KA lag nun bei den Bezirksverwaltungsbehörden (BVB = Magistrate, BHs) in ihrem örtlichen Wirkungsbereich. Es wurde festgelegt, dass die Organe, die die sanitäre Einschau vornehmen konnten, überall und zu allen Anlagen bzw. Einrichtungen der Zutritt zu gewähren war und diese Abschriften und Kopien von Unterlagen nehmen konnten. Versuche der Verhinderung oder der Beeinträchtigung dieser Amtshandlungen wurde mit Strafe bedroht. Bei Kenntnis von Verletzungen der sanitären Vorschriften im Sinne dieses Bundesgesetzes musste die BVB den Landeshauptmann unverzüglich benachrichtigen. In Folge konnte mit Bescheid des Landeshauptmannes an den Leiter der Anstalt der Auftrag zur Behebung der

³ Bundesgesetz vom 21. März 1930 über die grundsätzliche Regelung des Heilquellen- und Kurortewesens (Heilquellen- und Kurortegesetz), BGBl. Nr. 88/1930

⁴ Bundesgesetz vom 18. Dezember 1956 über Krankenanstalten (Krankenanstaltengesetz – KAG), kundgemacht im BGBl. Nr. 1/1957 am 7. Jänner 1957

Misstände ergehen. Sollten die Mängel nicht behoben werden, konnte „der Landeshauptmann die Weiterführung des Betriebes der KA untersagen“.

Das KAG 1957 sah vor, dass im Bewilligungsverfahren zur Errichtung einer KA ein Gutachten des Landeshauptmannes aus Sicht der sanitären Aufsicht einzuholen war.

Der Auftrag im KAG 1920 einer mindestens einmal jährlich durchzuführenden Überprüfung der öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten findet sich im KAG 1957 jedoch nicht wieder.

Am 16. Dezember 1958 wurde ein umfassend überarbeitetes Heilvorkommen- und Kurortegesetz⁵ herausgegeben. Die wichtigsten Inhalte die sanitäre Aufsicht betreffend waren:

- Für die Anerkennungs- und Bewilligungsverfahren als Heilvorkommen, Kurort, Kuranstalten und -einrichtungen, der Indikationen und therapeutischen Anwendungsformen von Heilvorkommen sowie den Vertrieb der Produkte von Heilvorkommen wurde ein Gutachten des Landeshauptmannes eingeholt, das eine Stellungnahme vom Standpunkt der sanitären Aufsicht darstellte. Der Landeshauptmann konnte aus dem Titel der sanitären Aufsicht auch die Zurücknahme einer dieser Bewilligungen bzw. Anerkennungen durch die LR beantragen.
- Die Überwachung der sanitären Vorschriften oblag den BVB.
- Die Amtsärztinnen und Amtsärzte (AÄ) hatten mindestens einmal jährlich die Heilvorkommen, Kuranstalten, -einrichtungen und Kurorte zu überprüfen.
- Die Amtsärztin bzw. der Amtsarzt (AA) konnte anlässlich einer Einschau eine hygienische Untersuchung durch eine Bundesanstalt für Lebensmitteluntersuchung, eine Bundesanstalt für bakteriologisch-serologische Untersuchungen oder ein Universitätsinstitut für Hygiene veranlassen.
- Zur Beratung der Organe der sanitären Aufsicht wurde eine balneologische Kommission eingerichtet.

Die nächste für die sanitäre Aufsicht relevante Gesetzesänderung⁶ des KAG erfolgte im Jahr 1993 und beinhaltete folgende Änderungen:

- Einbeziehung der AÄ der Gesundheitsbehörde zur Überwachung der sanitären Vorschriften in den Gesetzestext.

⁵ Bundesgesetz vom 2. Dezember 1958 über natürliche Heilvorkommen und Kurorte (BGBl. Nr. 272/1958)

⁶ BGBl. Nr. 801/1993

- Die sanitäre Einschau kann jederzeit, auch unangekündigt, vorgenommen werden.
- Bei Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit von Pfleglingen einer KA hat die BVB das Recht sofort eine Einschau vorzunehmen.

Im Frühjahr 1999 führte die Verbindungsstelle der Bundesländer beim Amt der Niederösterreichischen LR eine Erhebung zum Vollzug der sanitären Aufsicht in allen Bundesländern durch. Das Ergebnis zeigte große Unterschiede in Frequenz und Umfang der Überprüfungen von KA, da bei den BVB darüber Rechtsunsicherheit bestand. Aufgrund einer Anfrage der Landessanitätsdirektionen (LSD) im Juni 1999 beim BMSGPK (damals Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales) erging ein Schreiben⁷ mit näheren Erläuterungen zur sanitären Aufsicht gemäß § 60 KAG 1958. Darin ist u. a. zu lesen, dass „die Einhaltung jener Vorschriften zu überwachen ist, die durch die Ausführungsgesetze der Länder im Rahmen des Kompetenztatbestandes Heil- und Pflegeanstalten geschaffen werden, sowie die Einhaltung der von den Landesbehörden auf Grund der Ausführungsgesetze erlassenen Bescheide“. Zur Frequenz der Überprüfungen wurde nur generell angemerkt, dass diese abhängig von der Art der KA gesehen werden könnte, unter dem Hinweis auf die Regelung einer jährlichen Überprüfung der Kuranstalten und Kureinrichtungen im damals noch gültigen Bundesgesetz über natürliche Heilvorkommen und Kurorte.

Ein wesentlicher Schritt erfolgte im Jahr 2001, als das Gesetz über natürliche Heilvorkommen und Kurorte 1958 aufgehoben wurde. Damals wurden die Angelegenheiten betreffend Kuranstalten in das KAG aufgenommen, was u. a. eine Umbenennung in „Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)“ zur Folge hatte. Seit diesem Zeitpunkt erfolgt die rechtliche Regelung der sanitären Aufsicht für Kranken- und Kuranstalten in einem Gesetz⁸.

In den folgenden Jahren wurde der Umfang der zu überprüfenden Agenden durch Änderungen bzw. Ergänzungen in Teil I des KAKuG (z. B. Blutdepot, Kinder- und Opferschutzgruppen) immer komplexer und aufwändiger. Auch die direkten Vorgaben für die sanitäre Aufsicht gemäß der §§ 60 bis 62 KAKuG unterlagen in diesem Zeitraum Veränderungen. Im Folgenden werden die wichtigsten aufgezählt:

⁷ GZ 21.610/2-VIII/D/5/99 vom 21. Juni 1999

⁸ BGBl. I Nr. 65/2002

- 2004⁹: Nun ist auf Verlangen der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen eine Bedienstete bzw. ein Bediensteter des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen oder eine von diesem benannte Sachverständige bzw. ein von diesem benannter Sachverständiger beizuziehen.
- 2006¹⁰: Es besteht die Möglichkeit bei grenzüberschreitenden Kooperationen, auf Ersuchen der ausländischen Behörden durch die Organe der sanitären Aufsicht zu prüfen, ob Maßnahmen der sanitären Aufsicht zu setzen sind.
- 2010¹¹: Die sanitäre Aufsicht kann für Krankenanstalten in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien auch durch die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement (ÖQMed) in der Medizin oder einer vergleichbaren als Überwachungsstelle im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Gesundheit akkreditierten Einrichtung durchgeführt werden.
- Hinsichtlich Zahnambulatorien kann diese Aufgabe durch die Einrichtung für Qualitätssicherung gemäß Zahnärztekammergesetz erfolgen.
- 2012¹²: Klarstellung, dass im Rahmen der sanitären Aufsicht auch der Arzneimittelvorrat zu überprüfen ist.

Aufgrund der seit 2010 gebotenen Möglichkeit, dass die Einschau bei KA in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien auch durch die ÖQMed oder eine vergleichbare als Überwachungsstelle im Einvernehmen mit der Bundesministerin bzw. dem Bundesminister für das Gesundheitsressort akkreditierten Einrichtung (§ 60 Abs. 4 KAKuG) vorgenommen werden kann, wurden die Vorgaben entsprechend einer beim BMSGPK (damals BMG) vorgelegten Anfrage der Oberösterreichischen LR mit einem Schreiben¹³ im Jahr 2012 konkretisiert. Die wichtigsten Inhalte sind:

- Grundsätzlich sind Bescheidaufgaben des betroffenen Ambulatoriums zu berücksichtigen, darunter medizinische und medizintechnische Auflagen aus Bewilligungsbescheiden.
- Überprüfungsberichte der ÖQMed sind keiner „Plausibilitätskontrolle oder Überbegutachtung“ zu unterziehen.
- Sollten Bereiche der sanitären Aufsicht in den Überprüfungsberichten nicht erfasst werden, so verbleibt die Zuständigkeit dafür bei den BVB.

⁹ BGBl. I Nr. 35/2004

¹⁰ BGBl. I Nr. 122/2006

¹¹ BGBl. I Nr. 61/2010

¹² BGBl. I Nr. 108/2012

¹³ BMG-92610/0001-II/A/4/2012 vom 2. Februar 2012

- Mängelbehebung bei leichten Mängeln kann mittels Mängelbehebungsauftrag und Fristsetzung durch die ÖQMed vorgenommen werden. Bei schwerwiegenden Mängeln besteht eine Verpflichtung der ÖQMed, diese umgehend den zuständigen Behörden zu melden.
- Die Häufigkeit der Überprüfungen durch die ÖQMed wird abhängig von der ersten Einschau gesehen:
 - Keine Mängel – vier Jahre nach der ersten Überprüfung
 - Mängel bei der ersten Überprüfung und nachweisliche Durchführung der Mängelbehebung – zwei Jahre nach der ersten Überprüfung

Mit der Veröffentlichung des Rechnungshofberichtes für das Jahr 2000¹⁴ begannen einzelne Bundesländer eigene Modelle für die Organisation und Durchführung der sanitären Aufsicht zu entwickeln, ohne dabei jedoch die Kompetenz der BVB zu verletzen. Auch das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium hat mit einem Erlass¹⁵ an die Bundesländer aus dem Jahr 2001 darauf reagiert und die Vorlage von Berichten über die im Rahmen der sanitären Aufsicht gesetzten Aktionen jährlich, ab dem Jahr 2000, gefordert.

Am 23. Februar 2016 wurden in den § 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG¹⁶ die militärischen Krankenanstalten aufgenommen. Auf den Betrieb militärischer Krankenanstalten sind damit die Bestimmungen des § 60 Abs. 1 bis 6 und § 61 anwendbar.

Um die Berichtslegung über die im Rahmen der sanitären Aufsicht gesetzten Aktionen der Bundesländer zu vereinheitlichen und zu vereinfachen, hat das Gesundheitsressort gemeinsam mit den Bundesländern seit dem Jahr 2015 an einer IT-Anwendung für die Berichtslegung gearbeitet. Das IT-Tool „SANE“ wurde 2017 fertiggestellt und konnte mit Jänner 2018 in Echtbetrieb gehen. Mit Erlassänderung¹⁷ wurde die Berichtslegung neu geregelt. Seit diesem Zeitpunkt erfolgt die Berichtslegung durch Eingabe von Daten zu den durchgeführten sanitären Einschauen auf elektronischem Weg.

¹⁴ Tätigkeitsbericht des Rechnungshofes – Verwaltungsjahr 2000
(https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXI/III/III_00124/index.shtml; letzter Zugriff am 4. Jänner 2022)

¹⁵ GZ 21.610/12-VIII/D/5/01 vom 4. Juli 2001

¹⁶ BGBl. I Nr. 3/2016

¹⁷ GZ BMGF-92610/0004-II/A/4/2016 vom 13. Februar 2017

Am 15. Jänner 2019 gab es eine Änderung des Artikel 12 Abs. 1 Zi 1 des Bundes-Verfassungsgesetzes¹⁸, die besagt, dass der Bund nicht mehr die Gesetzgebung über die Grundsätze in der Angelegenheit „vom gesundheitlichen Standpunkt aus an Kurorte sowie Kuranstalten und Kureinrichtungen zu stellende Anforderungen; natürliche Heilvorkommen“ hat. Aufgrund der durch die Novelle unverändert gebliebenen Bestimmung des Artikels 10 Abs. 1 Zi 12 B-VG umfasst die sanitäre Aufsicht des Bundes aber nach wie vor auch Kuranstalten.

¹⁸ BGBl I Nr. 14/2019 vom 15. Jänner 2019

4 Rechtliche Grundlagen

Am 15. Jänner 2019 erfolgte eine Änderung des Artikel 12 Abs. 1 Zi 1 des Bundes-Verfassungsgesetzes, die besagt, dass der Bund nicht mehr die Gesetzgebung über die Grundsätze in der Angelegenheit „vom gesundheitlichen Standpunkt aus an Kurorte sowie Kuranstalten und Kureinrichtungen zu stellende Anforderungen; natürliche Heilvorkommen“ hat. Gemäß Artikel 10 Abs. 1 Zi 12 ist die sanitäre Aufsicht über Kuranstalten zwar weiterhin Bundessache, wie die Vollziehung der sanitären Aufsicht über Kuranstalten in den Bundesländern erfolgt, ist durch jedes Bundesland selbst zu regeln.

4.1 Verfassungsrechtliche Ausgangslage

Das österreichische B-VG regelt die grundsätzliche Kompetenzverteilung im Bereich des Gesundheitswesens, wobei unter den Kompetenztatbestand „Gesundheitswesen“ alle Angelegenheiten der Volksgesundheit fallen. Da die Republik Österreich ein Bundesstaat ist, sind die Kompetenzen des Gesamtstaates zwischen einzelnen Gliedstaaten („Bundesländern“) und einem organisatorischen Verbund („Bund“) mit eigener Staatlichkeit aufgeteilt. Für den Bereich des Krankenanstaltenwesens sind folgende Kompetenzbestimmungen des B-VG von Bedeutung:

- In Artikel 10 werden die Agenden abgehandelt, in denen dem Bund die Kompetenz in Gesetzgebung und Vollziehung zukommt.
- Unter Artikel 12 fallen die Agenden, in denen dem Bund die sogenannte „Grundsatzgesetzgebung“ zukommt, die von den Bundesländern in „Ausführungsgesetzen“ umzusetzen sind. Die Vollziehung ist gleichfalls Landessache.

Art 10 Abs. 1 Z 12 B-VG:

Gemäß Art 10 Abs. 1 Z 12 B-VG ist das Gesundheitswesen in Gesetzgebung und Vollziehung Bundessache, mit Ausnahme des Leichen- und Bestattungswesens sowie des Gemeindesanitätsdienstes und Rettungswesens; Bundessache sind weiters die sanitäre Aufsicht hinsichtlich der Heil- und Pflegeanstalten, das Kurortwesen und die natürlichen Heilvorkommen.

Art 12 Abs. 1 Z 1 B-VG:

Gemäß Art 12 Abs. 1 Z 1 B-VG ist in Angelegenheiten der „Heil- und Pflegeanstalten“ die Gesetzgebung über die Grundsätze Bundessache; Landessache ist die Erlassung von Ausführungsgesetzen und die Vollziehung.

4.2 Bundesrechtliche Bestimmungen

Aufgrund dieser verfassungsrechtlichen Regelung existieren in Österreich das

- Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), Erster Teil desselben als Grundsatzgesetz und dazu
- neun Ausführungsgesetze der Bundesländer in Form der jeweiligen Krankenanstaltengesetze sowie landesgesetzliche Regelungen für Kuranstalten.

Das Grundsatzgesetz selbst richtet sich nicht an die Rechtsunterworfenen, sondern an die (neun) Ausführungsgesetzgeber. Für den Rechtsunterworfenen (Krankenanstaltenträger) unmittelbar verbindlich sind jedoch ausschließlich die Bestimmungen der Ausführungsgesetze der Länder. Die Vollziehung im Bereich der Landesgesetze (z. B. Erteilung einer Errichtungs- und Betriebsbewilligung einer Krankenanstalt) obliegt der jeweiligen LR.

Die Vollziehung in Angelegenheiten der „sanitären Aufsicht“ gemäß Art 10 Abs. 1 Z 12 B-VG erfolgt in mittelbarer Bundesverwaltung, d. h., dass Landesorgane funktionell als Bundesorgane tätig werden. Im Fall der sanitären Aufsicht (§§ 60 ff. KAKuG) sind dies die BVB sowie die Landeshauptleute.

Dementsprechend legt das KAKuG, BGBl. Nr. 1/1957, idgF, die Rahmenbedingungen für die sanitäre Aufsicht in KA und Kuranstalten fest.

Sanitäre Aufsicht

§ 60. (1) Die Bezirksverwaltungsbehörden haben unter Beiziehung der ihnen als Gesundheitsbehörde beigegebenen oder zur Verfügung stehenden Amtsärzte in den Krankenanstalten und Kuranstalten ihres örtlichen Wirkungsbereiches die Einhaltung der sanitären Vorschriften, die auf Grund des Ersten Teiles dieses Bundesgesetzes erlassen wurden, zu überwachen.

(2) Zur Überwachung ist Organen der örtlich zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden jederzeit - bei Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien und Kuranstalten während der Betriebszeit - auch unangemeldet zu allen Räumlichkeiten, Apparaten, sonstigen Anlagen und Einrichtungen der Krankenanstalten bzw. Kuranstalt Zutritt zu gewähren. Auf ihr Verlangen ist diesen Organen in alle Unterlagen Einsicht zu gewähren, die den Betrieb der Anstalt betreffen. Die Einsicht nehmenden Organe sind auch berechtigt, von den eingesehenen Unterlagen kostenlos Abschriften und Kopien herzustellen.

(3) Die Einschau ist möglichst zugleich mit den nach anderen Rechtsvorschriften erforderlichen Überprüfungen durchzuführen. In der Anstalt vorhandene, in Erfüllung von Verpflichtungen nach anderen Rechtsvorschriften eingeholte, aktuelle Befunde und Gutachten sind dabei so weit als möglich zu berücksichtigen.

(4) Abs. 2 gilt nicht für Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien, sofern sie sich einer regelmäßigen Überprüfung durch die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin oder einer vergleichbaren als Überwachungsstelle im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Gesundheit akkreditierten Einrichtung, hinsichtlich Zahnambulatorien durch die Einrichtung für Qualitätssicherung gemäß § 50 Zahnärztekammergesetz¹⁹ (ZÄKG), BGBl. I Nr. 154/2005, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 57/2009, unterziehen, und diese Überprüfung

1. sich auf Einhaltung der sanitären Vorschriften, die auf Grund des Ersten Teiles dieses Bundesgesetzes erlassen wurden, bezieht,

2. unter Beachtung von einschlägigen Richtlinien und Leitlinien nach dem Gesundheitsqualitätsgesetz²⁰, BGBl. I Nr. 179/2004, erfolgt, und

3. den Empfehlungen nach § 118b Abs. 8 Ärztegesetz²¹ 1998, BGBl. I Nr. 169, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 61/2010, hinsichtlich

¹⁹ Bundesgesetz über die Standesvertretung der Angehörigen des zahnärztlichen Berufs und des Dentistenberufs (Zahnärztekammergesetz – ZÄKG), BGBl. I Nr. 154/2005, in der Fassung BGBl. I Nr. 100/2018

²⁰ Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG), BGBl. I Nr. 179/2004, in der Fassung BGBl. I Nr. 81/2013

²¹ Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998) BGBl. I Nr. 169/1998, in der Fassung, BGBl. I Nr. 86/2020

Zahnambulatorien der Qualitätssicherungsverordnung gemäß § 52 ZÄKG, entspricht.

Selbständige Ambulatorien haben diese Form der Überprüfung unter Vorlage des entsprechenden Vertrages mit der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin oder der akkreditierten Überwachungsstelle, hinsichtlich Zahnambulatorien mit der Einrichtung für Qualitätssicherung gemäß § 50 ZÄKG, der örtlich zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde zu melden und die Überprüfungsberichte zu übermitteln. Die Überprüfung umfasst auch die Überprüfung des Arzneimittelvorrats nach § 20 Abs. 2.

(5) Erlangt eine Bezirksverwaltungsbehörde davon Kenntnis, dass in einer Krankenanstalt oder Kuranstalt ihres örtlichen Wirkungsbereiches sanitäre Vorschriften im Sinne des Abs. 1 verletzt werden bzw. verletzt wurden, so hat sie hievon unverzüglich den Landeshauptmann zu benachrichtigen. Ist nach den der Bezirksverwaltungsbehörde bekannt gewordenen Umständen damit zu rechnen, dass eine Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit von Pfleglingen einer Krankenanstalt bzw. Kurgästen einer Kuranstalt gegeben ist, so hat sie unverzüglich eine Einschau in der Krankenanstalt bzw. Kuranstalt gemäß Abs. 2 vorzunehmen und dem Landeshauptmann hievon zu berichten.

(6) Auf Verlangen des Bundesministers für Gesundheit und Frauen²² ist der Einschau ein Bediensteter des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen oder ein von diesem benannter Sachverständiger beizuziehen.

(7) Bei grenzüberschreitenden Kooperationen (§ 3b) prüfen die Organe der sanitären Aufsicht auch auf Ersuchen der jeweiligen ausländischen Behörde, ob Maßnahmen der sanitären Aufsicht zu setzen sind. Sofern dies aufgrund konkreter Umstände geboten ist, haben ebenso bei grenzüberschreitenden Kooperationen die zur sanitären Aufsicht verpflichteten Behörden an die zuständigen ausländischen Behörden Ersuchen zu richten, Maßnahmen zu setzen, die der sanitären Aufsicht entsprechen, sowie von deren Ergebnis informiert zu werden.

²² Laut Bundesministeriengesetz 1986, BGBl. Nr. 76/1986 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 164/2017 nunmehr Bundesministerin/Bundesminister für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

§ 61. Werden in einer Krankenanstalt oder Kuranstalt sanitäre Vorschriften im Sinne des § 60 Abs. 1 verletzt, so hat der Landeshauptmann dem Rechtsträger die eheste Beseitigung der Missstände mit Bescheid aufzutragen. Im Wiederholungsfall sowie dann, wenn derartige anders nicht zu behebende gesundheitliche Missstände vorliegen, dass die Krankenanstalten oder Kuranstalt den Anforderungen der Gesundheitspflege nicht mehr entspricht, kann der Landeshauptmann die teilweise oder gänzliche Weiterführung des Betriebes einer Krankenanstalt oder Kuranstalt untersagen.

§ 62. (1) Wer Amtshandlungen im Sinne des § 60 Abs. 2 verhindert oder beeinträchtigt, begeht, sofern die Tat nicht den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung bildet, eine Verwaltungsübertretung und ist mit Geldstrafe bis zu 7 000 € zu bestrafen.

(2) Der Versuch ist strafbar.

Im KAKuG wird somit der Aufgabenbereich der „sanitären Aufsicht“ für Krankenanstalten und Kuranstalten festgelegt: Überwachung der Einhaltung der sanitären Vorschriften, die durch die Landesgesetzgeber auf Grund des Ersten Teiles des Bundesgesetzes über KA und Kuranstalten erlassen wurden.

Zur Negativabgrenzung sind folgende Bereiche zu nennen:

- Wirtschaftsaufsicht
- Regelungen im Landeskrankenanstaltengesetz (L-KAG), die nicht auf Grund Art 12
- B-VG "Heil- und Pflegeanstalten" erlassen wurden (z. B. dienstrechtliche Regelungen)
- sonstige Regelungen, die (auch) für KA gelten (z. B. Strahlenschutz, Baurecht)

Themenfelder der sanitären Aufsicht sind daher:

- Überprüfung der Einhaltung von krankenanstaltenrechtlichen Bescheidaufgaben
- Einhaltung der sanitären Bestimmungen der L-KAG

Das Schreiben des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales vom 21. Juni 1999, GZ 21.610/2-VIII/D/5/99 definiert die sanitäre Aufsicht gemäß § 60 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten näher:

Unter „sanitärer Aufsicht“ ist eine behördliche Tätigkeit zu verstehen, deren Zweck es ist, die Beobachtung jener sanitären Vorschriften in den Krankenanstalten durch die

darin tätigen Personen zu gewährleisten, die vom Kompetenztatbestand Heil- und Pflegeanstalten erfasst werden. Das bedeutet, dass die Einhaltung jener Vorschriften zu überwachen ist, die durch die Ausführungsgesetze der Länder im Rahmen des Kompetenztatbestandes Heil- und Pflegeanstalten geschaffen werden, sowie die Einhaltung der von den Landesbehörden auf Grund der Ausführungsgesetze erlassenen Bescheide.

Daraus folgt, dass im Rahmen der Überwachungstätigkeit nicht nur die Einhaltung von Auflagen zu überprüfen ist, die zur Sicherstellung der notwendigen hygienischen Voraussetzungen in der Krankenanstalt von der Landesregierung in Krankenanstaltenrechtlichen Genehmigungsbescheiden vorgeschrieben wurden.

Die sanitäre Aufsicht erstreckt sich hingegen nicht auf allfällige sonstige im Landeskrankenanstaltengesetz enthaltene Bestimmungen (z. B. Dienstrecht für Landes- und Gemeindebedienstete) sowie auf sonstige Normen, die beim Betrieb von Krankenanstalten einzuhalten sind (z. B. Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz).

Da z. B. Betriebsbewilligungen nur erteilt werden dürfen, wenn die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Apparate und technische Einrichtungen den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen und ein geeigneter ärztlicher Leiter und Abteilungsleiter namhaft gemacht worden und die erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein muss, und davon auszugehen ist, dass die Voraussetzungen auch während des Betriebes gegeben sein müssen, unterliegen auch diese Fragen ebenso wie alle anderen den Betrieb von Krankenanstalten betreffenden Bestimmungen der Landes-Krankenanstaltengesetze der Überprüfung im Rahmen der sanitären Aufsicht.

Weitere Details können der Anlage 1 entnommen werden, welche eine Kopie des zitierten Schreibens beinhaltet.

Als Leitsatz zum Begriff sanitäre Aufsicht, Zuständigkeit und Inhalt kann festgehalten werden:

Leitsatz

Die sanitäre Aufsicht ist eine kontinuierliche Überwachungstätigkeit zum rechtzeitigen Erkennen drohender bzw. bestehender Missstände (zB im Bereich der Hygiene) und zur Abwendung drohender Gefahren. Die Zuständigkeiten (Bezirksverwaltungsbehörden; Landeshauptmann zur Beseitigung von Missständen; Bundesminister als Oberbehörde) sind wahrzunehmen.

Die Definition der Amtsärztin bzw. des Amtsarztes kann dem § 41 des Bundesgesetzes über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärztinnen und Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998, in der Fassung BGBl. I Nr. 86/2020, entnommen werden.

§ 41. (1) Amtsärzte sind die bei den Sanitätsbehörden tätigen Ärzte, die behördliche Aufgaben zu vollziehen haben. Als Amtsärzte gelten auch die Arbeitsinspektionsärzte gemäß § 17 Abs. 1 des Arbeitsinspektionsgesetzes²³ 1993, BGBl. Nr. 27.

(2) Polizeiärzte sind Amtsärzte, die für eine Landespolizeidirektion oder das Bundesministerium für Inneres auf Grund einer vertraglichen Vereinbarung oder eines öffentlichen rechtlichen Dienstverhältnisses tätig werden.

(3) Militärärzte sind die als Offiziere des militärmedizinischen Dienstes sowie die auf Grund eines Vertrages oder auf Grund einer Einberufung zum Präsenz- oder Ausbildungsdienst beim Bundesheer tätigen Ärzte.

(4) Dieses Bundesgesetz ist auf Amtsärzte hinsichtlich ihrer amtsärztlichen Tätigkeit nicht anzuwenden. Dies gilt nicht für Polizeiärzte in Ausübung kurativer Tätigkeiten für die Dienstbehörde.

(5) Übt ein Amtsarzt neben seinem amtsärztlichen Beruf eine ärztliche Tätigkeit als Arzt für Allgemeinmedizin, approbierter Arzt oder Facharzt aus, so unterliegt er hinsichtlich dieser Tätigkeit diesem Bundesgesetz.

²³ Bundesgesetz über die Arbeitsinspektion (Arbeitsinspektionsgesetz 1993 - ArbIG), BGBl. Nr. 27/1993, in der Fassung BGBl. I Nr. 100/2018

(6) Die Dienstbehörde ist verpflichtet, die Namen sämtlicher in ihrem Bereich tätigen Amtsärzte sowie auch jede nicht nur vorübergehende Änderung des Dienstortes von Amtsärzten der Ärztekammer mitzuteilen.

(7) Militärärzte sind hinsichtlich der Anwendung dieses Bundesgesetzes den Amtsärzten insoweit gleichgestellt, als sie als Amtssachverständige der Militärbehörden tätig sind; Abs. 6 ist jedoch auf Militärärzte im Falle eines Einsatzes des Bundesheeres gemäß § 2 des Wehrgesetzes 1990²⁴, BGBl. Nr. 305, nicht anzuwenden.

(8) Epidemieärztinnen/Epidemieärzte gemäß § 27 Abs. 1 Epidemiegesetz 1950²⁵, BGBl. Nr. 186/1950, sind Amtsärztinnen/Amtsärzten gleichgestellt.

Die gesetzliche Vorgabe legt fest, dass die **BVB unter Beiziehung der ihnen als Gesundheitsbehörde beigegebenen oder zur Verfügung stehenden AÄ** in den KA und Kuranstalten ihres örtlichen Wirkungsbereiches die Einhaltung der sanitären Vorschriften, die auf Grund des Ersten Teiles des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten erlassen wurden, zu überwachen haben (§ 60 Abs. 1). Damit ist festgelegt, dass eine Amtsärztin bzw. ein Amtsarzt jedenfalls als Amtssachverständige bzw. als Amtssachverständiger beizuziehen sind. Über die Beiziehung weiterer amtlicher und nichtamtlicher Sachverständiger wird keine Aussage gemacht. Dies wird je nach Thematik, Schwerpunkt und Tiefe einer Überprüfung im Einzelfall zu entscheiden sein.

Zur Durchführung der Aufgabe „sanitäre Aufsicht“ ist Organen der örtlich zuständigen BVB jederzeit - bei KA in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien und Kuranstalten während der Betriebszeit - auch unangemeldet zu allen Räumlichkeiten, Apparaten, sonstigen Anlagen und Einrichtungen der KA bzw. Kuranstalt **Zutritt zu gewähren** (§ 60 Abs. 2). Somit sind nicht nur AÄ, sondern auch andere Bedienstete der örtlich zuständigen BVB Zutrittsberechtigt. Die Einschau ist möglichst zugleich mit den nach anderen Rechtsvorschriften erforderlichen Überprüfungen durchzuführen (§ 60 Abs. 3).

Für KA in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien ist es gemäß § 60 Abs. 4 unter bestimmten Bedingungen möglich, dass die Überprüfung vor Ort durch Dritte (z. B. ÖQMed) durchgeführt wird. Entscheidet sich ein Rechtsträger, diese Möglichkeit in

²⁴ Wehrgesetz 2001, BGBl. I Nr. 146/2001, in der Fassung BGBl. I Nr. 102/2019

²⁵ Epidemiegesetz 1950, BGBl. Nr. 186/1950, in der Fassung BGBl. I Nr. 62/2020

Anspruch zu nehmen, ist dieser Sachverhalt der örtlich zuständigen BVB zu melden und die Überprüfungsberichte sind an die örtlich zuständige BVB zu übermitteln. Unbeschadet dieser Möglichkeit hat die örtlich zuständige BVB die Verpflichtung, im Falle der Kenntnisnahme einer Verletzung der sanitären Vorschriften (§ 60 Abs. 1), beispielsweise durch die übermittelte Niederschrift einer von Dritten durchgeführten Einschau oder einer Beschwerde einer Patientin bzw. eines Patienten, die Landeshauptfrau bzw. den Landeshauptmann zu benachrichtigen und bei einer Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit von Pflegelingen unverzüglich eine Einschau vorzunehmen und der Landeshauptfrau bzw. dem Landeshauptmann davon zu berichten (§ 60 Abs. 5).

Die Aufforderung Missstände zu beheben hat mittels Bescheid der Landeshauptfrau bzw. des Landeshauptmanns an den Rechtsträger der KA oder Kuranstalt zu ergehen. Ist es nicht möglich, Missstände zu beheben und entspricht die KA oder Kuranstalt den Anforderungen der Gesundheitspflege nicht mehr sowie im Wiederholungsfall, kann die teilweise oder komplette Schließung der KA oder Kuranstalt erfolgen (§ 61).

Die Verhinderung oder Beeinträchtigung einer Amtshandlung im Sinne § 60 (einschließlich der Versuch) stellt eine Verwaltungsübertretung dar, die mit Geldstrafe bis zu 7.000 € zu bestrafen ist, sofern die Tat nicht strafrechtlich zu verfolgen ist (§ 62).

Es wird im KAKuG nicht festgelegt, in welchen Zeitabständen eine Überprüfung der KA und Kuranstalten zu erfolgen hat. Der Gesetzgeber hat hier offenbar von einer globalen Regelung Abstand genommen, um je nach Größe der Anstalt, dem Umfang der in der Anstalt durchgeführten Tätigkeiten und der bisher dort festgestellten Unzukömmlichkeiten der zuständigen BVB den notwendigen Spielraum zu gewähren, um den Überprüfungszeitraum flexibel und risikobasiert anzupassen. Dies bedeutet aber nicht, dass von einer regelmäßigen Überprüfung Abstand genommen werden kann. Die sanitäre Einschau ist prinzipiell nicht erst anlassbezogen wahrzunehmen, sondern hat generell präventiven Charakter. Selbstverständlich ist auf Vorfälle, die der Behörde zur Kenntnis kommen, zu reagieren. Grundsätzlich ist die sanitäre Einschau in regelmäßigen Abständen durchzuführen.

Das Schreiben des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales vom 21. Juni 1999, GZ 21.610/2-VIII/D/5/99, verweist bezüglich der Häufigkeit der Überprüfung auf die Beurteilung des Einzelfalls. Es wird allerdings als Richtschnur die Regelung des - seinerzeit noch in Geltung stehenden - Bundesgesetzes über natürliche Heilvorkommen- und Kurorte erwähnt, wonach Heilvorkommen, Kuranstalten und Kureinrichtungen sowie

Kurorte einmal im Jahr einer Ortsbesichtigung zu unterziehen waren. Die Häufigkeit der Kontrollen wird im oben genannten Schreiben letztlich der Entscheidung der örtlich zuständigen BVB überlassen, sofern nicht eine generelle Festlegung durch die Landeshauptfrau/den Landeshauptmann erfolgt (detaillierter Text siehe Anlage 1).

Das KAKuG lässt auch offen, ob die Überprüfung die gesamte KA zu umfassen hat oder in mehreren Teilen absolviert werden kann. Somit bleibt das Vorgehen der Behörde überlassen. Das Schreiben des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales vom 21. Juni 1999, GZ 21.610/2-VIII/D/5/99, berührt dieses Thema nicht. Eine Überprüfung kann prinzipiell Schwerpunkte (z. B. bei Vorfällen, landesweiten oder bundesweiten Aktionen) setzen oder aber die komplette Anstalt umfassen. Wird die Einschau schwerpunktmäßig vorgenommen, so ist darauf zu achten, dass die gesamte Anstalt in einer angemessenen Zeit zur Gänze geprüft wird. Bei sehr großen KA oder Kuranstalten kann es notwendig sein, die Überprüfung in mehreren Teilen durchzuführen. In gewissen Fällen kann es auch erforderlich sein, dass (amtliche und/oder nichtamtliche) Sachverständige zu bestimmten Fragestellungen gesondert Gutachten zu erstellen haben und dafür die KA oder Kuranstalt gesondert aufsuchen müssen.

Soweit das KAKuG keine speziellen Regelungen über die Vorgangsweise bei der Durchführung der sanitären Einschau beinhaltet, gelten subsidiär die Vorschriften des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1991²⁶ - AVG, BGBl. Nr. 51/1991, idGF. Hervorzuheben sind im gegebenen Zusammenhang die Vorschriften über Niederschriften (§§ 14-15 AVG) und den Ablauf der Einschau (mündliche Verhandlung: §§ 40-44 AVG). Auf den Sonderfall „Großverfahren“ (§§ 44a-44g AVG) wird hier nicht eingegangen. Auf die Bestimmungen der Verordnung der Bundesregierung über die bei der Handhabung der Verwaltungsverfahrensgesetze zu verwendenden Formulare (Verwaltungsformularverordnung - VwFormV), BGBl. II Nr. 400/2013, in der Fassung BGBl. II Nr. 405/2015, wird aufmerksam gemacht. Gemäß § 1 der VwFormV werden für die Handhabung der Verwaltungsverfahrensgesetze im behördlichen Verfahren die der Verordnung angeschlossenen, einen Bestandteil dieser Verordnung bildenden Formulare

²⁶ Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 – AVG BGBl. Nr. 51/1991, in der Fassung BGBl. I Nr. 58/2018

festgesetzt. Jeweils aktuelle Versionen sind dem Rechtsinformationssystem des Bundes²⁷ und der Homepage des Bundeskanzleramtes²⁸ zu entnehmen.

4.3 Vorschriften des AVG bezüglich Niederschriften und mündliche Verhandlung

Niederschriften

§ 14. (1) Mündliche Anbringen von Beteiligten sind erforderlichenfalls ihrem wesentlichen Inhalt nach in einer Niederschrift festzuhalten. Niederschriften über Verhandlungen (Verhandlungsschriften) sind derart abzufassen, daß bei Weglassung alles nicht zur Sache Gehörigen der Verlauf und Inhalt der Verhandlung richtig und verständlich wiedergegeben wird.

(2) Jede Niederschrift hat außerdem zu enthalten:

1. Ort, Zeit und Gegenstand der Amtshandlung und, wenn schon frühere darauf bezügliche Amtshandlungen vorliegen, erforderlichenfalls eine kurze Darstellung des Standes der Sache;

2. die Bezeichnung der Behörde und die Namen des Leiters der Amtshandlung und der sonst mitwirkenden amtlichen Organe, der anwesenden Beteiligten und ihrer Vertreter sowie der etwa vernommenen Zeugen und Sachverständigen.

3. (Anm.: aufgehoben durch BGBl. I Nr. 5/2008)

(3) Die Niederschrift ist den vernommenen oder sonst beigezogenen Personen, wenn sie nicht darauf verzichten, zur Durchsicht vorzulegen oder vorzulesen; wenn ein Schallträger verwendet (Abs. 7) oder die Niederschrift elektronisch erstellt wird, kann ihr Inhalt auch auf andere Weise wiedergegeben werden. Der Leiter der Amtshandlung kann auch ohne Verzicht von einer Wiedergabe absehen; die beigezogenen Personen können diesfalls bis zum Schluß der Amtshandlung die Zustellung einer Ausfertigung verlangen und binnen zwei Wochen ab Zustellung

²⁷ <https://www.ris.bka.gv.at/>

²⁸ <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/agenda/verfassung/verwaltungsformulare.html>

Einwendungen wegen behaupteter Unvollständigkeit oder Unrichtigkeit der Niederschrift erheben.

(4) In dem einmal Niedergeschriebenen darf nichts Erhebliches ausgelöscht, zugesetzt oder verändert werden. Durchgestrichene Stellen sollen noch lesbar bleiben. Erhebliche Zusätze oder Einwendungen der beigezogenen Personen wegen behaupteter Unvollständigkeit oder Unrichtigkeit der Niederschrift sind in einen Nachtrag aufzunehmen und gesondert zu unterfertigen.

(5) Die Niederschrift ist vom Leiter der Amtshandlung und den beigezogenen Personen zu unterschreiben; bei Amtshandlungen, denen mehr als drei Beteiligte beigezogen wurden, genügt es jedoch, wenn die Niederschrift von der Partei, die den verfahrenseinleitenden Antrag gestellt hat, und zwei weiteren Beteiligten, in Abwesenheit dieser Partei von mindestens drei Beteiligten, sowie von den sonstigen beigezogenen Personen unterschrieben wird. Kann dem nicht entsprochen werden, so sind die dafür maßgeblichen Gründe in der Niederschrift festzuhalten. Wird die Niederschrift elektronisch erstellt, so kann an die Stelle der Unterschriften des Leiters der Amtshandlung und der beigezogenen Personen ein Verfahren zum Nachweis der Identität (§ 2 Z 1 E-GovG²⁹) des Leiters der Amtshandlung und der Authentizität (§ 2 Z 5 E-GovG) der Niederschrift treten.

(6) Den beigezogenen Personen ist auf Verlangen eine Ausfertigung der Niederschrift auszufolgen oder zuzustellen.

(7) Die Niederschrift oder Teile davon können unter Verwendung eines Schallträgers oder in Kurzschrift aufgenommen werden. Die Angaben gemäß Abs. 2, die Feststellung, daß für die übrigen Teile der Niederschrift ein Schallträger verwendet wird, und die Tatsache der Verkündung eines mündlichen Bescheides sind in Vollschrift festzuhalten. Die Aufzeichnung und die in Kurzschrift aufgenommenen Teile der Niederschrift sind unverzüglich in Vollschrift zu übertragen. Die beigezogenen Personen können bis zum Schluß der Amtshandlung die Zustellung einer Ausfertigung der Übertragung verlangen und binnen zwei Wochen ab Zustellung Einwendungen wegen behaupteter Unvollständigkeit oder Unrichtigkeit der Übertragung erheben. Wird eine solche Zustellung beantragt, so darf die

²⁹ Bundesgesetz über Regelungen zur Erleichterung des elektronischen Verkehrs mit öffentlichen Stellen (E-Government-Gesetz - E-GovG), BGBl. I Nr. 10/2004, in der Fassung BGBl. I Nr. 104/2018

Aufzeichnung frühestens einen Monat nach Ablauf der Einwendungsfrist, ansonsten frühestens einen Monat nach erfolgter Übertragung gelöscht werden.

(8) (Anm.: aufgehoben durch BGBl. I Nr. 10/2004)

§ 15. Soweit nicht Einwendungen erhoben wurden, liefert eine gemäß § 14 aufgenommene Niederschrift über den Verlauf und den Gegenstand der betreffenden Amtshandlung vollen Beweis. Der Gegenbeweis der Unrichtigkeit des bezeugten Vorganges bleibt zulässig.

Mündliche Verhandlung

§ 40. (1) Mündliche Verhandlungen sind unter Zuziehung aller bekannten Beteiligten sowie der erforderlichen Zeugen und Sachverständigen vorzunehmen und, sofern sie mit einem Augenschein verbunden sind, womöglich an Ort und Stelle, sonst am Sitz der Behörde oder an dem Ort abzuhalten, der nach der Sachlage am zweckmäßigsten erscheint. Bei der Auswahl des Verhandlungsortes ist, sofern die mündliche Verhandlung nicht mit einem Augenschein verbunden ist, darauf zu achten, daß dieser für körperbehinderte Beteiligte gefahrlos und tunlichst ohne fremde Hilfe zugänglich ist. In verbundenen Verfahren (§ 39 Abs. 2b) abzuhaltende mündliche Verhandlungen sind von der Behörde tunlichst gemeinsam durchzuführen.

(2) Die Behörde hat darüber zu wachen, daß die Vornahme eines Augenscheins nicht zur Verletzung eines Kunst-, Betriebs- oder Geschäftsgeheimnisses mißbraucht werde.

§ 41. (1) Die Anberaumung einer mündlichen Verhandlung hat durch persönliche Verständigung der bekannten Beteiligten zu erfolgen. Wenn noch andere Personen als Beteiligte in Betracht kommen, ist die Verhandlung überdies an der Amtstafel der Gemeinde, durch Verlautbarung in der für amtliche Kundmachungen der Behörde bestimmten Zeitung oder durch Verlautbarung im elektronischen Amtsblatt der Behörde kundzumachen.

(2) Die Verhandlung ist so anzuberaumen, daß die Teilnehmer rechtzeitig und vorbereitet erscheinen können. Die Verständigung (Kundmachung) über die Anberaumung der Verhandlung hat die für Ladungen vorgeschriebenen Angaben einschließlich des Hinweises auf die gemäß § 42 eintretenden Folgen zu enthalten.

Sie kann unter Hinweis auf die gemäß § 39 Abs. 4 eintretenden Folgen die Aufforderung an die Parteien enthalten, binnen einer angemessenen, vier Wochen möglichst nicht übersteigenden Frist alle ihnen bekannten Tatsachen und Beweismittel geltend zu machen. Falls für Zwecke der Verhandlung Pläne oder sonstige Behelfe zur Einsicht der Beteiligten aufzulegen sind, ist dies bei der Anberaumung der Verhandlung unter Angabe von Zeit und Ort der Einsichtnahme bekanntzugeben.

§ 42. (1) Wurde eine mündliche Verhandlung gemäß § 41 Abs. 1 zweiter Satz und in einer in den Verwaltungsvorschriften vorgesehenen besonderen Form kundgemacht, so hat dies zur Folge, dass eine Person ihre Stellung als Partei verliert, soweit sie nicht spätestens am Tag vor Beginn der Verhandlung während der Amtsstunden bei der Behörde oder während der Verhandlung Einwendungen erhebt. Wenn die Verwaltungsvorschriften über die Form der Kundmachung nichts bestimmen, so tritt die im ersten Satz bezeichnete Rechtsfolge ein, wenn die mündliche Verhandlung gemäß § 41 Abs. 1 zweiter Satz und in geeigneter Form kundgemacht wurde.

(1a) Die Kundmachung im Internet unter der Adresse der Behörde gilt als geeignet, wenn sich aus einer dauerhaften Kundmachung an der Amtstafel der Behörde ergibt, dass solche Kundmachungen im Internet erfolgen können und unter welcher Adresse sie erfolgen. Sonstige Formen der Kundmachung sind geeignet, wenn sie sicherstellen, dass ein Beteiligter von der Verhandlung voraussichtlich Kenntnis erlangt.

(2) Wurde eine mündliche Verhandlung nicht gemäß Abs. 1 kundgemacht, so erstreckt sich die darin bezeichnete Rechtsfolge nur auf jene Beteiligten, die rechtzeitig die Verständigung von der Anberaumung der Verhandlung erhalten haben.

(3) Eine Person, die glaubhaft macht, daß sie durch ein unvorhergesehenes oder unabwendbares Ereignis verhindert war, rechtzeitig Einwendungen zu erheben, und die kein Verschulden oder nur ein milderer Grad des Versehens trifft, kann binnen zwei Wochen nach dem Wegfall des Hindernisses, jedoch spätestens bis zum Zeitpunkt der rechtskräftigen Entscheidung der Sache bei der Behörde Einwendungen erheben. Solche Einwendungen gelten als rechtzeitig erhoben und sind von jener Behörde zu berücksichtigen, bei der das Verfahren anhängig ist.

(4) Versäumt derjenige, über dessen Antrag das Verfahren eingeleitet wurde, die Verhandlung, so kann sie entweder in seiner Abwesenheit durchgeführt oder auf seine Kosten auf einen anderen Termin verlegt werden.

§ 43. (1) Das mit der Leitung der mündlichen Verhandlung betraute Organ (Verhandlungsleiter) hat sich von der Identität der Erschienenen zu überzeugen und ihre Stellung als Parteien oder sonst Beteiligte und die etwaige Vertretungsbefugnis zu prüfen.

(2) Der Verhandlungsleiter eröffnet die Verhandlung und legt ihren Gegenstand dar. Er kann die Verhandlung in Abschnitte gliedern und einen Zeitplan erstellen. Er bestimmt die Reihenfolge, in der die Beteiligten zu hören, die Beweise aufzunehmen und die Ergebnisse früher aufgenommener Beweise oder Erhebungen vorzutragen und zu erörtern sind. Er entscheidet über die Beweisanträge und hat offenbar unerhebliche Anträge zurückzuweisen. Ihm steht auch die Befugnis zu, die Verhandlung nach Bedarf zu unterbrechen oder zu vertagen und den Zeitpunkt für die Fortsetzung der Verhandlung mündlich zu bestimmen.

(3) Der Verhandlungsleiter hat die Verhandlung unter steter Bedachtnahme auf ihren Zweck zügig so zu führen, daß den Parteien das Recht auf Gehör gewahrt, anderen Beteiligten aber Gelegenheit geboten wird, bei der Feststellung des Sachverhalts mitzuwirken. An der Sache nicht beteiligte Personen dürfen in der Verhandlung nicht das Wort ergreifen.

(4) Jeder Partei muß insbesondere Gelegenheit geboten werden, alle zur Sache gehörenden Gesichtspunkte vorzubringen und unter Beweis zu stellen, Fragen an die anwesenden Zeugen und Sachverständigen zu stellen, sich über die von anderen Beteiligten, den Zeugen und Sachverständigen vorgebrachten oder die als offenkundig behandelten Tatsachen sowie über die von anderen gestellten Anträge und über das Ergebnis amtlicher Erhebungen zu äußern.

(5) Stehen einander zwei oder mehrere Parteien mit einander widersprechenden Ansprüchen gegenüber, so hat der Verhandlungsleiter auf das Zustandekommen eines Ausgleichs dieser Ansprüche mit den öffentlichen und den von anderen Beteiligten geltend gemachten Interessen hinzuwirken.

§ 44. (1) Über jede mündliche Verhandlung ist eine Verhandlungsschrift nach den §§ 14 und 15 aufzunehmen.

(2) Schriftliche Äußerungen und Mitteilungen von Beteiligten, Niederschriften über Beweise, die bis zum Schluß der mündlichen Verhandlung, aber außerhalb dieser aufgenommen wurden, Berichte und schriftliche Sachverständigengutachten sind der Verhandlungsschrift anzuschließen. Dies ist in der Verhandlungsschrift zu vermerken. Teilnehmer an der mündlichen Verhandlung dürfen ihre Erklärungen jedoch nicht schriftlich abgeben.

(3) Sobald die zulässigen Vorbringen aller Beteiligten aufgenommen sind und die Beweisaufnahme beendet ist, hat der Verhandlungsleiter die Verhandlung, gegebenenfalls nach Wiedergabe der Verhandlungsschrift (§ 14 Abs. 3) und nach mündlicher Verkündung des Bescheides (§ 62 Abs. 2), für geschlossen zu erklären.

Sofern im Rahmen der sanitären Aufsicht anlässlich einer Einschau verwaltungsstrafrechtlich oder gerichtlich strafbare Umstände (z B. Verstöße gegen Dienstrecht, Arbeitszeiten) festgestellt werden, die nicht in das Sachgebiet sanitäre Aufsicht fallen, ist die zuständige Behörde vom Sachverhalt in Kenntnis zu setzen. Es obliegt dann der zuständigen Behörde die notwendigen Schritte zu setzen.

5 Rechtliches Umfeld

Ergänzend zu den in Kapitel 4 angeführten rechtlichen Grundlagen erfolgt im vorliegenden Teil eine Darstellung des rechtlichen Umfeldes (z.B. Patientensicherheitsstrategie oder B-ZV) und inwieweit dies die sanitäre Aufsicht betreffen könnte.

Folgende Gesetze, Verordnungen und Berichte wurden durchgesehen: ³⁰

- Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998)
- Verordnung der Österreichischen Ärztekammer zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie Gruppenpraxen (Qualitätssicherungsverordnung 2018 – QS-VO 2018)
- Bundesgesetz über die Ausübung des zahnärztlichen Berufes und des Dentistenberufes (Zahnärztegesetz – ZÄG)
- Qualitätssicherungsverordnung 2015 der Österreichischen Zahnärztekammer (ÖZÄK-QSV 2015)
- Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG)
- Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG)
- Patientensicherheitsstrategie
- Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen
- Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI)

Kein Konnex zur sanitären Aufsicht konnte festgestellt werden bei:

- Qualitätssicherungsverordnung 2015 der Österreichischen Zahnärztekammer (ÖZÄK-QSV 2015)
- Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG)
- Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG)
- Patientensicherheitsstrategie

³⁰ Durchsicht im RIS, auf der Homepage der Österreichischen Ärztekammer, auf der Homepage des BMASGK, auf der Homepage der Österreichischen Zahnärztekammer jeweils am 23.11.2021

- Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen
- Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI)

Bei den untenstehenden Aufzählungen ist – wie in der Auflistung der Paragraphen ersichtlich - die Involvierung der Bezirksverwaltungsbehörde unter bestimmten Umständen vorgesehen:

Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998)

§ 56 (2) Der Amtsarzt der Bezirksverwaltungsbehörde hat die Ordinationsstätte zu überprüfen, wenn Umstände vorliegen, die die Annahme rechtfertigen, daß sie den im Abs. 1 Z 1 angeführten Voraussetzungen nicht entspricht. Der Überprüfung ist ein Vertreter der Ärztekammer beizuziehen. Entspricht die Ordinationsstätte nicht den hygienischen Anforderungen, ist dem Arzt die Behebung der Mängel innerhalb einer angemessenen Frist aufzutragen.

§ 56 (3) Kommt bei der Überprüfung zutage, daß Mißstände vorliegen, die für das Leben und die Gesundheit von Patienten eine Gefahr mit sich bringen können, ist die Sperre der Ordinationsstätte bis zur Behebung dieser Mißstände von der Bezirksverwaltungsbehörde zu verfügen.

VO der Österreichischen Ärztekammer zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie Gruppenpraxen (Qualitätssicherungsverordnung 2018 – QS-VO 2018)

§ 37 (5) Sofern ein nicht behobener Mangel hygienische Anforderungen gemäß § 56 Abs. 1 Z 1 ÄrzteG 1998 betrifft, hat die ÖQMed darüber hinaus die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde unverzüglich schriftlich zu verständigen.

§ 40. (1) Wenn sich, insbesondere im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens, der Verdacht ergibt, dass Gefahr im Verzug für die Patientensicherheit oder die Mitarbeitersicherheit gegeben ist, hat die ÖQMed die Österreichische Ärztekammer und unverzüglich

1. ...

2. die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde, insbesondere im Hinblick auf § 56 Abs. 2 ÄrzteG 1998,

...

schriftlich zu verständigen.

Bundesgesetz über die Ausübung des zahnärztlichen Berufs und des Dentistenberufs
(Zahnärztegesetz – ZÄG)

§ 36 (2) Wenn Umstände vorliegen, die die Annahme rechtfertigen, dass die Ordinationsstätte nicht den im Abs. 1 Z 1 angeführten Voraussetzungen entspricht, hat der/die Amtsarzt/Amtsärztin der Bezirksverwaltungsbehörde unter Beiziehung eines/einer Vertreters/Vertreterin der örtlich zuständigen Landes Zahnärztekammer eine Überprüfung durchzuführen.

§ 36 (3) Wird bei der Überprüfung gemäß Abs. 2 festgestellt, dass die Ordinationsstätte nicht den hygienischen Anforderungen entspricht, hat der/die Amtsarzt/Amtsärztin dem/der Angehörigen des zahnärztlichen Berufs die Behebung der Mängel innerhalb einer angemessenen Frist aufzutragen.

§ 36 (4) Wird bei der Überprüfung gemäß Abs. 2 festgestellt, dass Missstände vorliegen, die für das Leben und die Gesundheit von Patienten/Patientinnen eine Gefahr mit sich bringen können, hat die Bezirksverwaltungsbehörde die Sperre der Ordinationsstätte bis zur Behebung dieser Missstände zu verfügen und hierüber die Österreichische Zahnärztekammer im Wege der örtlich zuständigen Landes Zahnärztekammer zu benachrichtigen.

Ergebnis:

- Der Begriff der „sanitären Aufsicht“ – wie von der Verfassung vorgegeben – bezieht sich auf Krankenanstalten und Kuranstalten.
- Generell ist in den genannten Dokumenten das Hauptaugenmerk auf die Patientenversorgung gerichtet.
- Die Qualitätssicherung für Krankenanstalten ist im KAKuG § 5b verankert.
- Daraus ergibt sich, dass die durchgesehenen Dokumente für die sanitäre Aufsicht nicht relevant sind.

6 Organisation der sanitären Einschau

Der nachstehende Text hat den Charakter einer **Empfehlung** sofern nicht Bundes- oder Landesgesetze die Materie näher regeln.

6.1 Zuständigkeit für die sanitäre Aufsicht

Die BVB haben gemäß § 60 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, idgF, unter Beziehung der ihnen als Gesundheitsbehörde beigegebenen oder zur Verfügung stehenden AÄ in den KA und Kuranstalten ihres örtlichen Wirkungsbereiches die Einhaltung der sanitären Vorschriften, die auf Grund des Ersten Teiles des vorgenannten Bundesgesetzes erlassen wurden, zu überwachen. Somit ist es die Aufgabe der örtlich zuständigen BVB tätig zu werden und zur Erfüllung der Obliegenheit AÄ heranzuziehen. Selbstverständlich ist es möglich im Bundesland eine zentrale Prüfgruppe oder Kompetenzzentren oder eine andere Organisationsform zu schaffen, die zur physischen Durchführung der sanitären Einschau Personal zur Verfügung stellt. Allerdings verbleibt die Zuständigkeit für die sanitäre Aufsicht bei der lokal zuständigen BVB. Es wird empfohlen den aus einer sanitären Einschau resultierenden Prüfbericht an die LSD bzw. das Amt der LR zu übermitteln, sofern nicht spezielle Regelungen durch die Landeshauptfrau oder den Landeshauptmann bzw. das Amt der LR festgelegt wurden.

Lediglich im Falle von KA in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien ist es gemäß § 60 Abs. 4 KAKuG unter bestimmten Bedingungen möglich, dass die Überprüfung vor Ort durch Dritte (z. B. ÖQMed) durchgeführt wird, hinsichtlich Zahnambulatorien durch die Einrichtung für Qualitätssicherung gemäß § 50 Zahnärztekammergesetz (ZÄKG). Dieser Sachverhalt ist durch das selbstständige Ambulatorium der örtlich zuständigen BVB zu melden und die Überprüfungsberichte sind an die örtlich zuständige BVB zu übermitteln. Unbeschadet dieser Möglichkeit hat die örtlich zuständige BVB die Verpflichtung im Falle der Kenntnisnahme einer Verletzung der sanitären Vorschriften die Landeshauptfrau bzw. den Landeshauptmann zu benachrichtigen und bei einer Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit von Pfleglingen unverzüglich eine Einschau vorzunehmen und der Landeshauptfrau bzw. dem Landeshauptmann davon zu berichten (§ 60 Abs. 5 KAKuG).

Soweit das KAKuG keine speziellen Regelungen über die Vorgangsweise bei der Durchführung der sanitären Einschau beinhaltet, gelten subsidiär die Vorschriften des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1991 - AVG, BGBl. Nr. 51/1991, in der Fassung, BGBl. I Nr. 58/2018. Das AVG regelt die Durchführung von Amtshandlungen und legt fest wie Bescheide zu erstellen oder abzuändern sind, unter welchen Rahmenbedingungen Verfahren zu führen, abzuschließen oder wiederaufzunehmen sind und welche Möglichkeiten der Berufung gegen Bescheide existieren. Das AVG beinhaltet auch Regelungen, wann auf nichtamtliche Sachverständige zurückgegriffen werden darf.

Da es sich bei der sanitären Aufsicht um eine komplexe Materie handelt, kann es zur Beantwortung bestimmter Fragestellungen notwendig sein, neben dem im KAKuG genannten AÄ, weitere Sachverständige zuzuziehen. Bezüglich des Einsatzes von Amtssachverständigen und nichtamtlichen Sachverständigen wird auf §§ 14 Abs. 2 Z. 2, 40 Abs. 1, 43 Abs. 4, 44 Abs. 2, 52, 53, 53a, 54, 55, 76, und 78a des AVG 1991 hingewiesen.

Eine natürliche Person, die eine besondere Sachkenntnis auf einem Gebiet hat, kann von der Behörde als Sachverständige:r herangezogen werden, wenn zur Beantwortung einer oder mehrerer spezieller Sachfragen eine Expertise erforderlich ist, über welche die Behörde nicht verfügt. Die Sachkenntnis kann durch ein Studium mit Berufserfahrung oder durch Berufspraxis erworben werden.

Inwieweit für Verfahren im Rahmen der sanitären Aufsicht Kompetenzzentren und/oder Sachverständige etabliert und genutzt werden, ist eine Entscheidung des Bundeslandes bzw. der zuständigen Behörde.

Wenn im Rahmen der sanitären Aufsicht (z. B. durch eine durchgeführte Einschau vor Ort in einer KA oder Kuranstalt) festgestellt wird, dass sanitäre Vorschriften im Sinne des § 60 Abs. 1 KAKuG verletzt wurden bzw. werden, so hat die örtlich zuständige BVB den Sachverhalt unverzüglich der Landeshauptfrau bzw. dem Landeshauptmann mitzuteilen. Es wird empfohlen dafür eine Vorgangsweise landesintern festzulegen. Im Sinne einer transparenten und nachvollziehbaren Verwaltung wäre es sinnvoll im Bundesland festzuhalten, mit welchem Zeithorizont und unter Vorlage welcher Unterlagen der Sachverhalt der Landeshauptfrau bzw. dem Landeshauptmann übermittelt wird. Es wäre darüber hinaus zu regeln, wann eine sanitäre Einschau eine Empfehlung und wann eine Auflage in einem Bescheid der Landeshauptfrau bzw. des Landeshauptmanns zur Folge hat.

Die Zuständigkeit für die Beauftragung der Mängelbehebung durch Bescheid oder gegebenenfalls die Schließung von Teilen oder der gesamten Krankenanstalt bzw. Kuranstalt mittels Bescheid obliegt der Landeshauptfrau bzw. dem Landeshauptmann (§ 61 KaKuG).

Sofern im Rahmen der sanitären Aufsicht, zum Beispiel anlässlich einer sanitären Einschau, Unzukömmlichkeiten festgestellt werden, die nicht in das Sachgebiet der sanitären Aufsicht fallen (z. B. Verstöße gegen Dienstrecht, Arbeitszeiten), ist die zuständige Behörde durch die BVB im Dienstweg vom Sachverhalt in Kenntnis zu setzen. Es obliegt dann der zuständigen Behörde die notwendigen Schritte zu setzen. Das Verwaltungsstrafgesetz kennt keine generelle Anzeigepflicht von Verwaltungsbehörden an die zuständige Verwaltungsstrafbehörde. Es ist allerdings auch nicht verboten. Es könnte jedoch in bestimmten Materiengesetzen eine solche Anzeigepflicht normiert sein.

Bei der Feststellung von strafrechtlich relevanten Sachverhalten ist die zuständige Behörde nachweislich unverzüglich im Dienstweg über den Sachverhalt zu informieren.

6.2 Zusammenstellung der Berufsgruppen

Es obliegt der BVB festzulegen, welche Berufsgruppen bei Bedarf (zusätzlich zu AÄ - diese sind gemäß § 60 Abs. 1 KAKuG jedenfalls zu befragen) für die sanitäre Aufsicht benötigt werden.

Sinnvoll ist es die Leitung der Amtshandlung durch eine Juristin bzw. einen Juristen oder eine andere rechtskundige Person zu gewährleisten.

Es wird empfohlen, dass zusätzlich zu AÄ (gemäß § 60 Abs. 1 KAKuG) bei der Auswahl von Sachverständigen für eine Einschau vor Ort - je nach Themensetzung/Überprüfungsschwerpunkten – weitere amtliche und/oder nichtamtliche Sachverständige beigezogen werden. Diese können z. B. die Bereiche Bautechnik, Bädertechnik, Brandschutz, Medizinprodukte, Pflege, Pharmazie oder Sicherheitstechnik abdecken.

Es ist zweckmäßig, dass für die Führung der Niederschrift ein:e Schriftführer: zur Verfügung steht. Auf die Vorgaben des AVG 1991 bezüglich der Niederschrift (siehe u. a. § 14 AVG) darf hingewiesen werden.

Obige Aufzählung von Sachverständigen kann naturgemäß nicht als vollständig angesehen werden. Je nach KA bzw. Kuranstalt und je nach Aufgabengebiet bzw. Schwerpunktsetzung der Einschau im Rahmen der sanitären Aufsicht können weniger oder zusätzliche Sachverständige erforderlich sein.

6.3 Ablaufbeschreibung

Es empfiehlt sich vorab ein Jahresprogramm auszuarbeiten, um sicherzustellen, dass alle für die vorzunehmenden Überprüfungen benötigten Expertinnen und Experten verfügbar sind. Innerhalb der BVB sind gemäß dem jeweils geltenden Landesrecht die Aufgaben zu verteilen.

Wenn möglich bereitet eine rechtskundige Person der BVB die Amtshandlung vor (Vorbereitung von Unterlagen, Ladung etc.). Es ist von der BVB zu entscheiden, ob eine Einschau angekündigt oder unangekündigt zu erfolgen hat.

Inwieweit bei Ankündigung einer sanitären Einschau der KA bzw. Kuranstalt Fragebögen übermittelt werden und ob eine Frist (z. B. 14 Tage) für die schriftliche Beantwortung dieser Fragebögen festgelegt wird, ist eine Entscheidung der BVB. Es kann sowohl der KA bzw. Kuranstalt als auch den amtlichen und nichtamtlichen Sachverständigen die Vorbereitung auf die sanitäre Einschau erleichtern. Ein Vorteil kann die Verkürzung des Zeitaufwandes vor Ort sein. Nachteilig kann der Arbeitsaufwand in der BVB bezüglich der Administration der angeforderten Fragebögen sein.

Es kann für die Vorbereitung auf die sanitäre Einschau nützlich sein, wenn die amtlichen und nichtamtlichen Sachverständigen vor dem Termin der Einschau die jeweils für den Fachbereich relevanten Dokumente (z. B.: Niederschriften, Bescheide etc.) in der BVB einsehen können.

Eine von der BVB nominierte Person leitet die Amtshandlung (wenn möglich Jurist:in oder andere rechtskundige Person). Die einzelnen Sachverständigen geben nach Befragung ihre Expertise ab und beantworten Zusatzfragen der Leiterin bzw. des Leiters der Amtshandlung. Die Niederschrift wird im Idealfall durch eine:m Schriftführer:in gemäß den Vorgaben des AVG 1991 erstellt (siehe u. a. § 14 AVG).

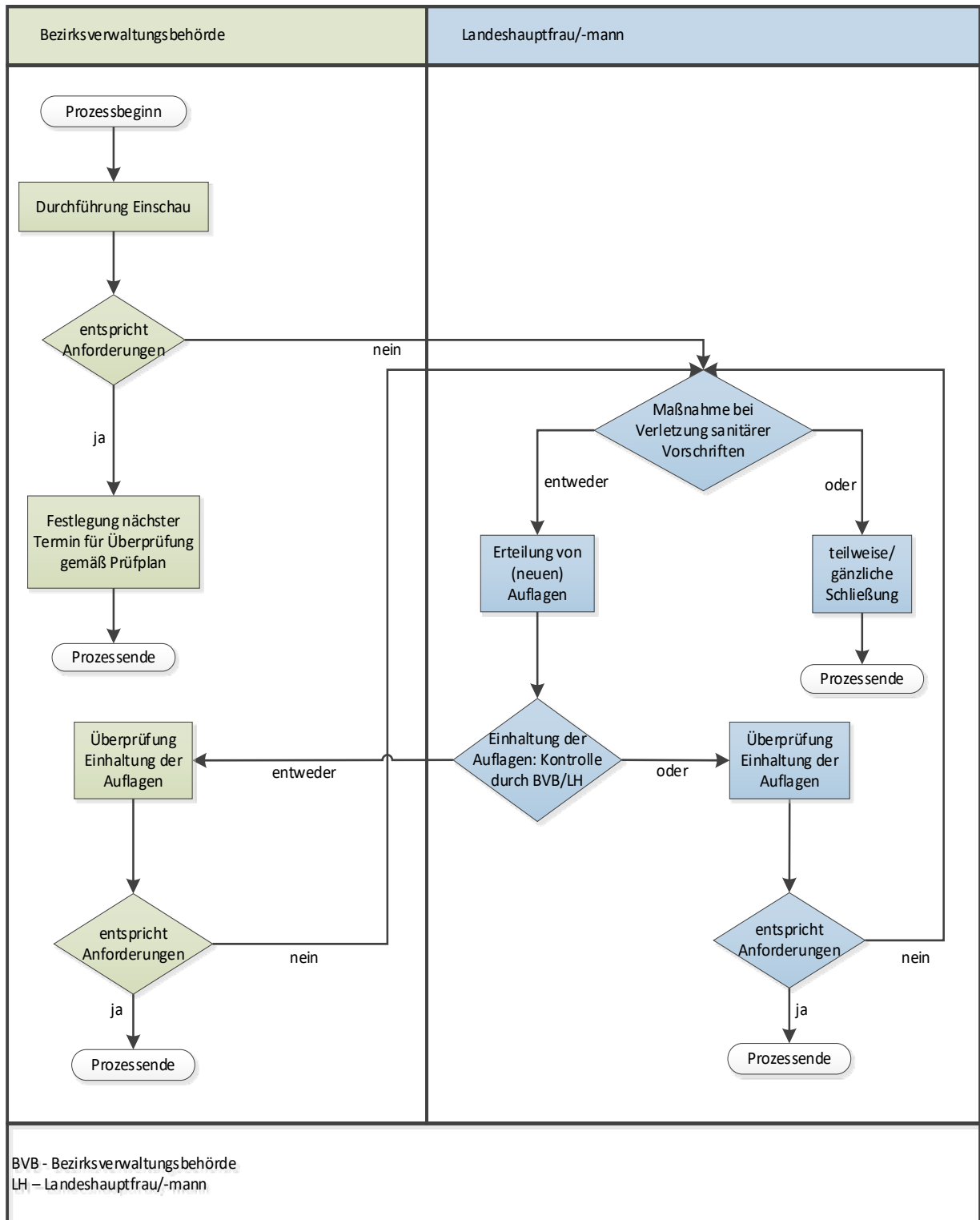
Die Ausfolgung bzw. Zustellung der Niederschrift hat unter Beachtung des § 14 Abs. 3 AVG zu erfolgen.

(3) Die Niederschrift ist den vernommenen oder sonst beigezogenen Personen, wenn sie nicht darauf verzichten, zur Durchsicht vorzulegen oder vorzulesen; wenn ein Schallträger verwendet (Abs. 7) oder die Niederschrift elektronisch erstellt wird, kann ihr Inhalt auch auf andere Weise wiedergegeben werden. Der Leiter der Amtshandlung kann auch ohne Verzicht von einer Wiedergabe absehen; die beigezogenen Personen können diesfalls bis zum Schluß der Amtshandlung die Zustellung einer Ausfertigung verlangen und binnen zwei Wochen ab Zustellung Einwendungen wegen behaupteter Unvollständigkeit oder Unrichtigkeit der Niederschrift erheben.

Darüber hinaus kann es - insbesondere, wenn seitens der überprüften Institution Maßnahmen zu setzen sind - sinnvoll sein, die Niederschrift der kollegialen Führung bzw. der Direktion der KA oder Kuranstalt und dem Rechtsträger zur Kenntnis zu bringen.

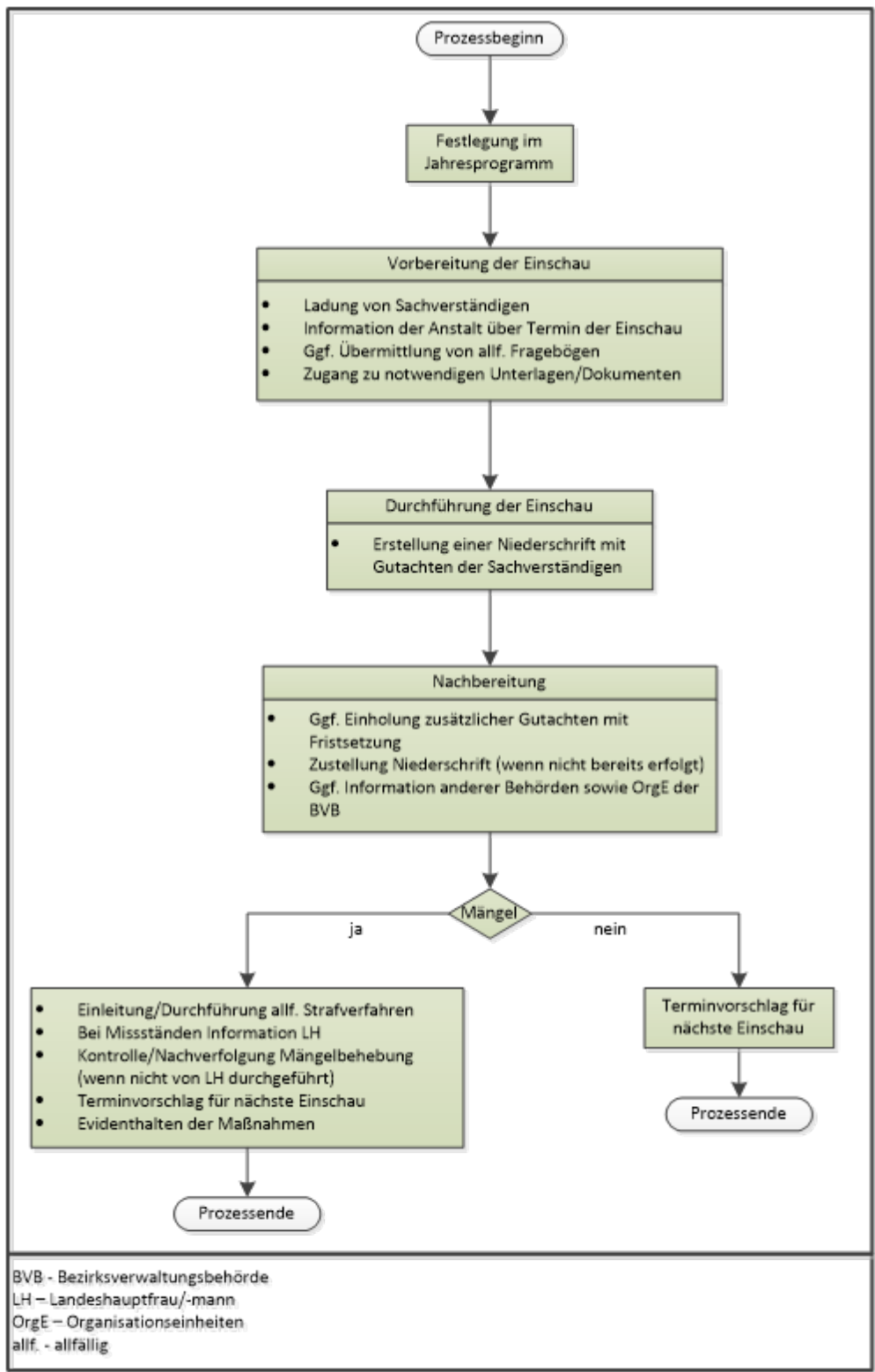
Wird im Rahmen der sanitären Aufsicht durch die BVB festgestellt, dass in einer KA oder Kuranstalt sanitäre Vorschriften im Sinne des § 60 Abs. 1 KAKuG verletzt werden, so ist die Landeshauptfrau bzw. der Landeshauptmann von der BVB im Dienstweg davon in Kenntnis zu setzen. Die Landeshauptfrau bzw. der Landeshauptmann hat dem Rechtsträger die eheste Beseitigung der Missstände mit Bescheid aufzutragen. Im Wiederholungsfall sowie dann, wenn derartige anders nicht zu behebende gesundheitliche Missstände vorliegen, dass die KA oder Kuranstalt den Anforderungen der Gesundheitspflege nicht mehr entspricht, kann die Landeshauptfrau bzw. der Landeshauptmann die teilweise oder gänzliche Weiterführung des Betriebes einer KA oder Kuranstalt untersagen (siehe § 61 KAKuG).

Abbildung 1 Ablauf der sanitären Einschau



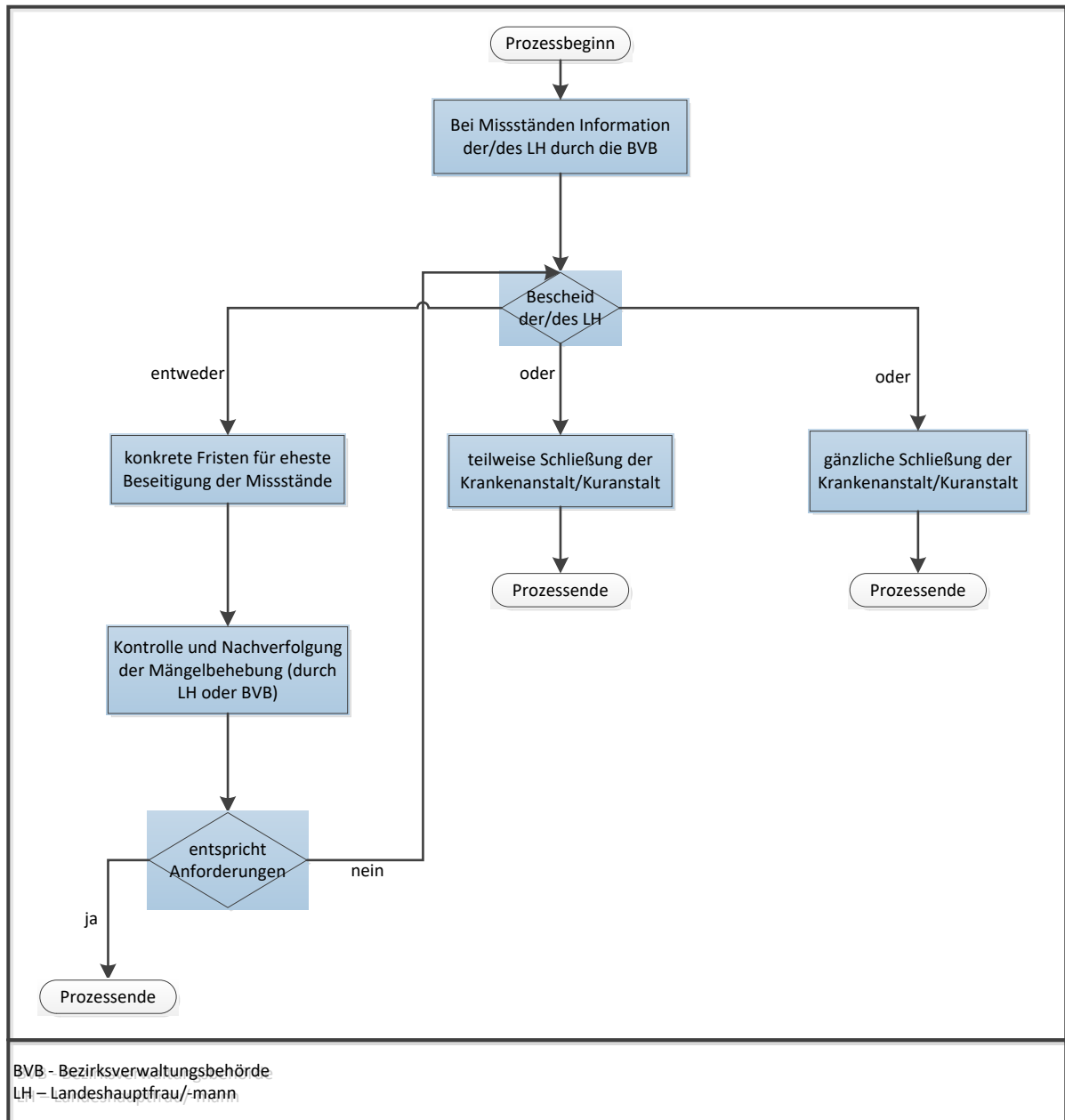
Quelle: BMSGPK/GÖG

Abbildung 2 Planung und Durchführung einer sanitären Einschau durch die BVB (good practice Model)



Quelle: BMSGPK/GÖG

Abbildung 3 Aktivitäten der Landeshauptfrau bzw. des Landeshauptmanns bei Missständen (good practice Model)



Quelle: BMSGPK/GÖG

Empfohlene festzulegende Abläufe für die BVB:

- Festlegung eines Jahresprogramms für die vorzunehmenden geplanten Einschaueu im Folgejahr (unter Einbindung der benötigten Sachverständigen) unter Setzung konkreter Termine durch BVB allenfalls unter Berücksichtigung der Wünsche des Amtes der LR bzw. LSD.

- Vorbereitung der eigentlichen Einschau durch Bedienstete der BVB (z. B. Ausheben von Akten, Protokollen, Dienstreiseauftrag, Mittelbereitstellung für nichtamtliche Sachverständige)
- Falls erforderlich, Bestellung von nichtamtlichen Sachverständigen durch die BVB.
- Ladung aller amtlichen und nichtamtlichen Sachverständigen zur jeweiligen Einschau durch die BVB.
- Information der KA oder Kuranstalt über Termin der Einschau eventuell mit gleichzeitiger Zustellung allfälliger Fragebögen und Setzung eines Termins durch die BVB zur Rückübermittlung der ausgefüllten Fragebögen.
- Weiterleitung der ausgefüllten Fragebögen an die amtlichen und nichtamtlichen Sachverständigen durch die BVB.
- Sicherstellung durch die BVB, dass die Leiterin bzw. der Leiter der Amtshandlung sowie amtliche und nichtamtliche Sachverständige Zugang zu den notwendigen Dokumenten und Unterlagen haben.
- Durchführung der Einschau und Erstellung der Niederschrift samt Sicherung von Beweisen betreffend Missstände und Erstellung einer Mängelliste durch die/den Leiter:in der Amtshandlung (im Idealfall Erstellung Protokoll bzw. Niederschrift durch eine:n Protokollführer:in) unter Einbeziehung der fachlichen Stellungnahmen der amtlichen und nichtamtlichen Sachverständigen.
- Allfällige Fristsetzungen (konkrete Termine) für alle Beteiligte, einschließlich KA oder Kuranstalt, durch die/den Leiter:in der Amtshandlung während des Augenscheins; anderenfalls durch die BVB.
- Einholung allfälliger zusätzlicher schriftlicher Gutachten, falls erforderlich, durch die BVB.
- Zustellung der Niederschrift über die Einschau, falls nicht schon am Ende der Amtshandlung ausgefolgt, durch die BVB.

Wenn keine Mängel festgestellt werden:

- Entscheidung/Planung durch BVB, wann eine neuerliche Einschau bei KA oder Kuranstalt zu erfolgen hat.

Wenn Mängel festgestellt werden zusätzlich:

- Information anderer Behörden sowie von Organisationseinheiten der BVB, falls nötig, durch BVB.
- Einleitung bzw. Durchführung allfälliger Strafverfahren durch BVB.
- Information der Landeshauptfrau bzw. des Landeshauptmannes durch die BVB.

- Allfälliger Bescheid der Landeshauptfrau bzw. des Landeshauptmannes, mit dem die eheste Beseitigung der Missstände mit konkreten Fristen erfolgt oder die gänzliche oder teilweise Schließung von KA oder Kuranstalt festgelegt wird.
- Kontrolle und Nachverfolgung der Mängelbehebung (vor Ort) - Festlegung der verantwortlichen Behörde (Landeshauptfrau bzw. Landeshauptmann, BVB). Details dazu sollten im Bundesland geregelt werden.
- Vorschlag durch BVB oder alternativ durch Landeshauptfrau bzw. Landeshauptmann, wann eine neuerliche Einschau bei KA oder Kuranstalt zu erfolgen hat.

Empfohlene festzulegende Abläufe für die Landeshauptfrau bzw. den Landeshauptmann:

- Information der Landeshauptfrau bzw. des Landeshauptmanns durch die BVB über das Ergebnis der Einschau mit Auflistung von Missständen.
- Allfälliger Bescheid der Landeshauptfrau bzw. des Landeshauptmanns, mit dem die eheste Beseitigung der Missstände mit konkreten Fristen erfolgt oder die gänzliche oder teilweise Schließung von KA oder Kuranstalt festgelegt wird.
- Kontrolle und Nachverfolgung der Mängelbehebung (vor Ort) - Festlegung der verantwortlichen Behörde (Landeshauptfrau bzw. Landeshauptmann, BVB). Details dazu sollten im Bundesland geregelt werden.
- Vorschlag durch BVB oder alternativ durch Landeshauptfrau bzw. Landeshauptmann, wann eine neuerliche Einschau bei KA oder Kuranstalt zu erfolgen hat. (z. B. im Falle von Mängeln). Details dazu sollten im Bundesland geregelt werden.

Es macht Sinn, diese Prozesse angepasst an das jeweilige Landesrecht für jedes Bundesland als Standardarbeitsanweisungen schriftlich festzulegen.

Sofern im Rahmen der sanitären Aufsicht anlässlich einer Einschau verwaltungsstrafrechtlich oder gerichtlich strafbare Umstände (z. B. Verstöße gegen Dienstrecht, Arbeitszeiten) festgestellt werden, die nicht in das Sachgebiet der sanitären Aufsicht fallen, ist die zuständige Behörde vom Sachverhalt in Kenntnis zu setzen. Es obliegt dann der dafür zuständigen Behörde die notwendigen Schritte zu setzen.

6.4 Ausbildung von AÄ sowie Sachverständigen des Pflegedienstes

Die Ausbildung erfolgt bei Landesbediensteten gemäß den vom jeweiligen Bundesland vorgesehenen Vorgaben betreffend Dienstprüfung für die jeweilige Berufsgruppe. Es

obliegt dem Amt der LR und der BVB darüberhinausgehende Anforderungen (Ausbildung, Weiterbildung) für Bedienstete, die zur sanitären Aufsicht herangezogen werden, festzulegen.

Es wird **empfohlen**, dass die AÄ, die für die sanitäre Aufsicht zuständig sind, den Physikatskurs absolviert haben und das Diplom der Akademie der Ärzte über Krankenhaushygiene erworben haben.

Für Pflegesachverständige, die für Pflegefragen im Rahmen der sanitären Aufsicht beigezogen werden, ist ein Studium des höheren Pflegemanagements empfehlenswert.

Die individuelle fachliche Qualifikation sowie regelmäßige Fort- und Weiterbildungen aller Bediensteten, die für die sanitäre Aufsicht herangezogen werden, sind für eine qualitätsgesicherte Behördentätigkeit essentiell.

6.5 Zugang zu den Unterlagen

Verhandlungsleiter:in sowie die amtlichen und nichtamtlichen Sachverständigen erhalten durch die BVB zeitgerecht vor Durchführung einer Amtshandlung Zugang zu den dafür notwendigen Unterlagen, soweit diese in der BVB aufliegen.

Insbesondere können als Unterlagen für die sanitäre Aufsicht u. a. nachstehende Dokumente relevant sein:

- Ergebnisse bereits durchgeführter Überprüfungen
 - allfällige frühere Niederschriften
- Bescheide
 - zur Errichtung, Betrieb, Umbau der KA oder Kuranstalt
 - zur Beseitigung allfälliger Missstände (§ 61 KAKuG)
- Beschwerden
 - wegen Mängel

Liegen von der Krankenanstalt/Kuranstalt ausgefüllte Fragebögen und aktuelle Listen vor, ist auch zu diesen Unterlagen Zugang zu gewähren.

6.6 Militärische Krankenanstalten

Von den ortsgebundenen militärischen Gesundheitseinrichtungen werden lediglich die folgenden vier militärischen Krankenanstalten als betriebsbewilligte Krankenanstalten nach dem jeweils zur Anwendung kommenden Krankenanstaltengesetz des Landes betrieben, deren Leistungsspektrum und Standorte von der Bundesministerin/vom Bundesminister für Landesverteidigung aufgrund militärischer Notwendigkeiten festgelegt werden:

- Sanitätsanstalt/ Sanitätszentrum Ost
Van-Swieten-Kaserne
1216 Wien, Brünnerstraße 238
- Feldambulanz/ Sanitätszentrum Süd
Belgier-Kaserne
8052 Graz, Straßgangerstraße 171
- Feldambulanz/ Sanitätszentrum West
Amtsgebäude FM Conrad
6020 Innsbruck, Köldererstraße 4
- Feldambulanz Hörsching
Fliegerhorst Vogler
4063 Hörsching

Bei den militärischen Krankenanstalten handelt es sich um Einrichtungen des Bundes, dem auch die Rechtsträgerschaft für diese obliegt. Zur Wahrnehmung dieser Angelegenheiten ist in Umsetzung des Bundesministeriengesetzes 1986 idGF. eine Geschäftseinteilung verfügt, die diese Kompetenz (selbständig bzw. in Zusammenarbeit mit anderen Fachabteilungen) aus fachdienstlicher Sicht der Direktion 8/ Militärisches Gesundheitswesen im Bundesministerium für Landesverteidigung zuordnet.

Durch die nunmehr konkreten gesetzlichen Bestimmungen über militärische Krankenanstalten (BGBl I 3/2016, Änderung des KAKuG) als Grundsatzgesetzgebungen, die nun auch grundsätzlich die herrschende Lehre in Bezug auf die Zuordnung der militärischen Krankenanstalten in Kompetenztatbestand des Art 12 B-VG (Heil- und Pflegeanstalt) normiert, ist deren Rechtsstatus eindeutig festgelegt.

Zur Sicherstellung der militärischen Erfordernisse wurde mit § 42d und e ein eigenes Hauptstück G geschaffen, das die militärischen Krankenanstalten in ihrer Zweckwidmung eindeutig normiert und in einer abschließenden Aufzählung wurde festgelegt, welche Bestimmungen des KAKuG auf militärische Krankenanstalten zur Anwendung kommen.

Die Zuständigkeiten der „Sanitären Aufsicht“ gem. § 60 Abs 1 bis 6 des KAKuG, durch die jeweiligen zivilen Verwaltungsbehörden, sind somit auch für die oa. militärischen Gesundheitseinrichtungen anzuwenden.

Bezüglich der Prüftätigkeiten wären jedoch nachstehende Ausnahmen zu beachten:

- Gemäß § 42d des KAKuG sind für militärische Krankenanstalten, die Anzahl der Einrichtungen und die Standorte vom Bundesminister für Landesverteidigung aufgrund militärischer Notwendigkeiten festzulegen und unterliegen somit keiner Bedarfsprüfung und bedürfen des Weiteren mehr keine Bewilligung zur Errichtung. Die beabsichtigte Errichtung ist der Landesregierung anzuzeigen. Auf Verlangen hat die zuständige Landesregierung dem Bundesministerium für Landesverteidigung die konkreten Erfordernisse für die Betriebsbewilligung bekanntzugeben. Die Bewilligung zum Betrieb einer bettenführenden Krankenanstalt ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des § 3 Abs 4 lit b, d und e KAKuG gegeben sind. Die Bewilligung zum Betrieb einer militärischen Krankenanstalt als selbständiges Ambulatorium ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des § 3b Abs 1 Z 2 bis 4 KAKuG gegeben sind.
- Die Bestimmungen des „Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2017 idgF.“ inklusive des Großgeräteplanes und die darin festgelegten Kriterien der Zielsteuerung-Gesundheit sind für militärische Krankenanstalten nicht relevant und wurden auch dezidiert hievon ausgenommen.
- Bezüglich der zu überprüfenden Organisationsbereiche in militärische Krankenanstalten, ist insbesondere darauf zu achten, dass nur jene Bereiche zu visitieren sind, die explizit durch die Betriebsbewilligungen erfasst sind und zusätzliche militärische Leistungsstellen innerhalb, oder im unmittelbaren Umfeld der militärischen Krankenanstalten, in keinen Zuständigkeitsbereich der zivilen Verwaltungsbehörde fallen.

7 Aufgaben und Verantwortlichkeiten

7.1 Begriffsdefinition

Die sanitäre Aufsicht ist eine behördliche Aufgabe und umfasst die Überprüfung von KA und Kuranstalten in allen Bereichen, die Auswirkungen auf die Betreuung der Patientinnen und Patienten haben können. So unterliegen dieser umfassenden Überwachung nicht nur die personelle Ausstattung, sondern auch andere Bereiche wie beispielsweise die Krankenhaushygiene, Qualitätssicherung, Dokumentation, Pflege oder Patientenrechte.

Die gesetzlichen Grundlagen dafür sind im KAKuG (§§ 60-62) sowie in den Ausführungsgesetzen der Bundesländer zu finden, welche aber keine klare Beschreibung des Umfangs und Ablaufes, der konkreten Tätigkeiten sowie der Frequenz enthält. Zur genaueren Definition der sanitären Aufsicht wurde im Jahr 1999 seitens des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Erlass GZ 21.610/2-VIII/D/5/99 formuliert (siehe Anlage 1).

Der darin enthaltene Verweis auf das Bundesgesetz über natürliche Heilvorkommen und Kurorte wurde in manchen Bundesländern (z. B. Wien, Vorarlberg) als Basis für eine jährliche Überprüfungspflicht verwendet. HINWEIS: dieses Gesetz wurde im Rahmen einer Rechtsbereinigung außer Kraft gesetzt.

Im Gegensatz zur **sanitären Aufsicht**, die eine behördliche Aufgabe (Funktion) beschreibt, handelt es sich bei der **sanitären Einschau** um die operative Umsetzung dieser Aufgabe. Zum Ablauf dieser Einschau gibt es leicht unterschiedliche Algorithmen in den Bundesländern, sie enthalten aber im Wesentlichen die Elemente der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung. Der Vor-Ort-Besuch gliedert sich dabei meist in eine einführende Besprechung und die konkrete **Begehung**, bei der die Situation oft anhand von Checklisten erhoben und das Ergebnis in einer Niederschrift festgehalten wird.

7.2 Zieldefinition

Im Erlass GZ 21.610/2-VIII/D/5/99 ist unter „sanitärer Aufsicht“ eine behördliche Tätigkeit zu verstehen, deren **Zweck** es ist, die Einhaltung jener Vorschriften zu überwachen, die

durch die Ausführungsgesetze der Länder im Rahmen des Kompetenztatbestandes Heil- und Pflegeanstalten geschaffen werden, sowie die Einhaltung der von den Landesbehörden aufgrund der Ausführungsgesetze erlassenen Bescheide.

Daraus folgt, dass im Rahmen der Überwachungstätigkeit nicht nur die Einhaltung von Auflagen zu überprüfen ist, die von der Landesregierung in sanitätsbehördlichen Genehmigungsbescheiden vorgeschrieben wurden, sondern dass sich diese Aufsicht auf alle Bereiche erstrecken kann, die mittelbare oder unmittelbare Auswirkungen auf die Patientinnen bzw. Patienten und das in der Krankenanstalt tätige Personal haben.

Zusätzlich zu dieser rechtlichen Zweck-Definition wird aus fachlicher Sicht das Ziel folgendermaßen definiert: Ziel der sanitären Aufsicht ist in erster Linie die optimale Versorgung und eine Risikominimierung für Patientinnen und Patienten bei Krankenhausaufenthalten bzw. bei Aufenthalten in Kuranstalten und Ambulatorien. Diese Definition umfasst am besten die vielfältigen Zielbeschreibungen durch die Bundesländer.

7.3 Kernaufgaben

Als Kernaufgaben der sanitären Aufsicht wurden in den Arbeitsgruppensitzungen folgende Bereiche identifiziert:

- Medizin und Hygiene
- Pflege und Therapie
- Bautechnik und betrieblicher Brandschutz
- Sicherheitstechnik
- Bädertechnik

7.4 Frequenz

Im Erlass GZ 21.610/2-VIII/D/5/99 wird festgestellt, dass das KAKuG zur Frage der **Häufigkeit** der Überprüfung nichts aussagt. Es sei davon auszugehen, dass die Häufigkeit der Überprüfungen nicht generell für alle Arten von KA gleich zu beurteilen sein wird. Es würde vielmehr von der Art der Anstalt und von deren Größe abhängig sein und nach medizinischer Notwendigkeit im Einzelfall zu beurteilen sein. Als Richtschnur könne auch auf die ausdrückliche Regelung in § 17 (2) des Bundesgesetzes über natürliche Heilvorkommen- und Kurorte (Gesetz nicht mehr in Kraft) zurückgegriffen werden,

wonach Heilvorkommen, Kuranstalten und Kureinrichtungen sowie Kurorte von der bzw. dem AA der zuständigen BVB mindestens einmal pro Jahr einer Ortsbesichtigung zu unterziehen sind.

Die Entscheidung über die Häufigkeit der Kontrollen bleibt allerdings der zuständigen BVB überlassen, die die Frage aufgrund ihrer räumlichen Nähe und Kenntnis der in Betracht kommenden KA zu entscheiden hat sofern in dieser Frage nicht eine generelle Festlegung durch die Landeshauptfrau bzw. den Landeshauptmann erfolgt. Tätig werden nur im Anlassfall sei nicht gesetzeskonform, da im Anlassfall Maßnahmen zu setzen wären, während dem Begriff Überwachung zweifellos eine gewisse Regelmäßigkeit innewohnt.

In der Praxis wird die Frequenz der Einschauen in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich gehandhabt. In manchen Bundesländern wurde aufgrund des Erlasses und der Erwähnung des Bundesgesetzes vom 2. Dezember 1958 über natürliche Heilvorkommen und Kurorte (BGBl. Nr. 272/1958) (siehe Kapitel 3) sogar die Frequenz einer jährlichen Einschau eingeführt. Dies stellt aber in der Praxis oft ein Problem hinsichtlich personeller Ressourcen und/oder tatsächlicher Notwendigkeit dar. Viele Bundesländer haben bereits Kriterien und Zeitpläne für die Frequenz der Einschau entwickelt, die sich in der Praxis gut bewährt haben - eine einheitliche Empfehlung ist daher nicht sinnvoll.

Folgende Kriterien sollten jedoch berücksichtigt werden:

- Mängel bei letzter Einschau
- Baulicher und technischer Zustand der Einrichtung
- Abteilungen für Akutmedizin
- Anstaltszweck (z. B. Psychiatrische KA)
- Größe der Einrichtung, Bettenzahl
- Gesetzliche Änderungen, Standards entsprechend dem Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG), fachliche Empfehlungen
- Veränderungen in der Krankenanstalt

Tabelle 1 Frequenzen der sanitären Einschau nach KA-Typ in österreichischen Bundesländern

Burgenland	
A.ö. Krankenanstalten	alle 1-2 Jahre
Sonderkrankenanstalten	alle 2-3 Jahre
Ambulatorien	alle 3-6 Jahre
Kuranstalten	alle 3-6 Jahre
Kärnten	
A.ö. Krankenanstalten	jährlich
Sonderkrankenanstalten	alle 1-2 Jahre
Ambulatorien	alle 2 Jahre
Kuranstalten	alle 2 Jahre
Niederösterreich	
A.ö. Krankenanstalten	jährlich: schwerpunktmäßige Einschau durch Amtssachverständige des Kompetenzzentrums alle 3-5 Jahre kommissionelle Einschau mit allen Sachverständigen (bei invasiver Medizin evtl. alle 2 Jahre)
Sonderkrankenanstalten	alle 3-5 Jahre kommissionelle Einschau mit allen Sachverständigen
Ambulatorien	alle 1-3 Jahre schwerpunktmäßige Einschau durch Amtssachverständige der örtlich zuständigen BVB alle 5-7 Jahre kommissionelle Einschau mit allen Sachverständigen
Kuranstalten	alle 3-5 Jahre kommissionelle Einschau mit allen Sachverständigen
Oberösterreich	
A.ö. Krankenanstalten	2-mal jährlich in definierten Bereichen: Überprüfung von Strukturen u. Prozessen / medizinisch-hygienischen Rahmenbedingungen und Pflege alle 5 Jahre: Überprüfung von Bescheidauflagen alle 10 Jahre: Überprüfung gesetzlicher Bestimmungen (Einhaltung der Bestimmungen des OÖ KAG)
Sonderkrankenanstalten	Mind. alle 5 Jahre: Überprüfung gesetzlicher Bestimmungen / Strukturen u. Prozesse / medizinisch-hygienische Rahmenbedingungen und Pflege alle 10 Jahre: Bescheidauflagen
Ambulatorien	Mind. alle 5 Jahre: Überprüfung gesetzlicher Bestimmungen / Strukturen u. Prozesse / medizinisch-hygienische Rahmenbedingungen und Pflege alle 10 Jahre: Bescheidauflagen

Kuranstalten	alle 10 Jahre: Überprüfung aller Aspekte
Militärische Krankenanstalten	alle 5 – 7 Jahre
Durch die Anwendung des 3-Säulenmodells ist gewährleistet, dass alle österreichischen KA jährlich, Sonder- KA und Ambulatorien alle 5 Jahre geprüft	
Salzburg	
Salzburg Stadt	
A.ö. Krankenanstalten	alle 2 Jahre kommissionelle Einschau
Sonderkrankenanstalten	alle 2 Jahre kommissionelle Einschau
Ambulatorien	alle 2-4 Jahre kommissionelle Einschau
Kuranstalten	alle 3 Jahre kommissionelle Einschau
Salzburg Umgebung	
A.ö. Krankenanstalten	alle 2 Jahre kommissionelle Einschau
Sonderkrankenanstalten	alle 2 Jahre kommissionelle Einschau
Ambulatorien	alle 3 Jahre kommissionelle Einschau
Kuranstalten	alle 5 Jahre kommissionelle Einschau
St. Johann	
A.ö. Krankenanstalten	Jährlich: schwerpunktmäßige Einschau durch Amtssachverständige
Sonderkrankenanstalten	
Ambulatorien	
Kuranstalten	Einschau mit einer Vertreterin bzw. einem Vertreter in der Abt. Gewerbe und Baurecht
Tamsweg	
A.ö. Krankenanstalten	Jährlich: schwerpunktmäßige Einschau und kommissionelle Einschau
Ambulatorien	alle 5 Jahre
Kuranstalten	alle 5 Jahre
Zell am See	
A.ö. Krankenanstalten	alle 1-2 Jahre: schwerpunktmäßige Einschau durch Amtssachverständige, zum Teil anlassbezogene Einschau
Sonderkrankenanstalten	alle 1-2 Jahre: schwerpunktmäßige Einschau durch Amtssachverständige, zum Teil anlassbezogene Einschau

Ambulatorien	alle 3-5 Jahre: schwerpunktmäßige Einschau durch Amtssachverständige, zum Teil anlassbezogene Einschau
Kuranstalten	alle 1-3 Jahre: schwerpunktmäßige Einschau durch Amtssachverständige, zum Teil anlassbezogene Einschau
Steiermark	
A.ö. Krankenanstalten	1-3x jährlich je nach Leistungsangebot und Sonderfächern: jährlich: AU, CH, GGH, HNO, MKG, NEU, NC, PCH, URO, KJC, KIJU, ZAE, GEM/IDB, INT-E, Int-KJ alle 2 Jahre: DER, IM alle 3 Jahre: AG/R, RNS, PSO-E, PSY, PAL, SRN, KJP, PSO-KJ
Pflegeanstalt für chronisch Kranke	alle 2 Jahre: medizinisch-hygienische Überprüfung und Überprüfung Pflegeschwerpunkt alle 4 Jahre: technische Überprüfung
Selbständige Ambulatorien	alle 2 Jahre: Bildgebende Verfahren, Physikalische Medizin, Chirurgie, Dialyse/Nieren, Fertilitätsstörung/Schwangerschaft/Schwangerenbetreuung/In-Vitro-Fertilisation/Frauenmedizin/ Hormondiagnostik/ Klimakteriumsbeschwerden; HNO, Zahn/Kieferheilkunde alle 4 Jahre: Allergien/Immunologie; Haut/Lunge, ambulante Rehabilitation aus den Bereichen Psychiatrie, Neurologie u Onkologie, Arbeitsmedizin, Augen-Sehschule, Genetik/ Andrologie, Haut-und Geschlechtskrankheiten, Interne, Herzkreislauf und Lunge, Komplementärmedizin und Naturheil-verfahren (med. wissensch. anerkannte Methoden), Labordiagnostik, Mehrzweckambulatorien, Neurologie/ Physiologie/Psychiatrie, Orthopädie u Sportmedizin, Prävention/Vorsorge, Psychiatrie Psychotherapie, Psychosoziale Einrichtungen/Sucht, Schmerzbehandlung/Stoffwechselstörungen, Verhaltensstörung/ Behinderung und Vorschädigung alle 3 Jahre: alle übrigen
Kuranstalten	alle 2 Jahre: Kureinrichtungen mit Zusatzleistung physikalische Medizin (neben dem natürlichen Heilvorkommen) alle 3 Jahre: alle sonstigen Kureinrichtungen alle 5 Jahre: bei mängelfreiem Betrieb
Militärische Krankenanstalt	alle 5-7 Jahre
Tirol	
A.ö. Krankenanstalten	jährlich
privaten bettenführenden Krankenanstalten und Tageskliniken mit unfallchirurgischem Leistungsangebot	jährlich
private Krankenanstalten mit onkologischem Leistungsangebot	jährlich

Sonderkrankenanstalten	jährlich
Ambulatorien	alle 2 Jahre (Ausnahme: jährlich in Tageskliniken mit unfallchirurgischem sowie (privaten) nicht bettenführenden Krankenanstalten mit onkologischem Leistungsangebot und Dialyseeinrichtungen)
Dialyseeinrichtungen	jährlich
Kuranstalten	die Frequenzen obliegen der jeweiligen BVB
Militärische Krankenanstalt	alle 5-7 Jahre
Vorarlberg	
A.ö. Krankenanstalten	jährlich: kommissionell; jeweils 1-2 Organisationseinheiten
Sonderkrankenanstalten	öffentl. Sonderkrankenanstalten: jährlich, kommissionell; jeweils 1-2 Organisationseinheiten
Ambulatorien	private Sonderkrankenanstalten: alle 2 Jahre, kommissionell; gesamte Krankenanstalt
Kuranstalten	alle 2 – 5 Jahre: bezirkweise unterschiedlich, durch die Amtsärztin bzw. den Amtsarzt
Wien	
A.ö. Krankenanstalten	jährlich
Sonderkrankenanstalten	jährlich
Ambulatorien	alle 2 Jahre
Kuranstalten	jährlich
Militärische Krankenanstalt	alle 5-7 Jahre

7.5 Schwerpunkte und Prioritätensetzung

Viele Bundesländer haben bereits Instrumente zur Festlegung von Schwerpunkten und Prioritäten im Rahmen von mehrjährigen Zeitplänen entwickelt, die sich auch in der Praxis bewährt haben - dies betrifft insbesondere Bundesländer mit „zentralen“ Modellen. Folgende Faktoren werden bei der Erstellung dieser Pläne in den Bundesländern herangezogen:

- Art der Anstalt
 - öffentliche KA
 - Sonder KA

- Ambulatorium
- Kuranstalten
- Militärische Krankenanstalten
- neue gesetzliche Regelungen, Richtlinien etc., die für die Einrichtung anzuwenden sind und/oder fachliche Empfehlungen
- letztes Einschaudatum
 - Anstaltsumfang
 - Bettenanzahl
 - Patientinnen- bzw. Patientenanzahl pro Tag (Ambulatorium, lt. Bescheid)
- Baulicher und technischer Zustand der Einrichtung
- Errichtung der Anlage
- Baulicher Zustand der Einrichtung
- Anstaltszweck (z. B. Psychiatrische KA)
- Abteilung mit Akutmedizin
- vorhandene Personalressourcen
- Mängel der letzten Überprüfungen wurden behoben
- Kritische Mängel bei der aktuellen Überprüfung
- Anzeigen
- Genehmigungs- bzw. Anzeigeverfahren sind anhängig
- geplanter Neubau/Umbau

Bei „schweren Mängeln“ (z. B.: Gefahr für Leben und Gesundheit) kann es notwendig sein, die Einrichtung in kurzen Zeitabständen einer neuerlichen Einschau zu unterziehen (gilt für alle Einrichtungen).

In der Abbildung 4 ist ein Auszug des Prüfblatts für Prioritätenfestlegung von Überprüfungen von Kranken- und Kuranstalten gemäß Kranken- und Kuranstaltengesetz des Landes Niederösterreich zu finden.

Abbildung 4 Prüfblatt des Landes NÖ (Auszug)

Prüfblatt für Prioritätenfestlegung von Überprüfungen von Kranken- und Kuranstalten gem. KAKuG								
Art der Anstalt und Intervalle								
öffentliche KA	Sonder-KA	Ambulatorien	Kuranstalten					
1 x jährlich AA		alle 1-3 Jahre AA						
alle 3-5 Jahre kommissionelle Einschau	alle 3-5 Jahre kommissionelle Einschau	alle 5-7 Jahre kommissionelle Einschau	alle 3-5 Jahre kommissionelle Einscha					
bei invasiver Medizin ev. kommissionelle Einschau alle 2 Jahre								
Anstaltsumfang bzw. Zustand und Alter								
Anstaltsumfang:		Errichtung der Anlage:						
Bettenanzahl		vor 1980						
PatientInnenanzahl pro Tag (Ambulatorien, lt. Bescheid)		1980 bis 1989						
Zustand der Einrichtung:		1990 bis 1999						
baulicher Zustand der Einrichtung		2000 bis 2004						
Technischer Zustand der Einrichtung		2005 bis 2009						
		2010 bis dato						
Weitere Kriterien		JA	NEIN					
Anstalt wird konsensgemäß betrieben, Auflagen sind erfüllt								
Mängel der letzten Überprüfung wurden behoben								
Kritische Mängel bei der aktuellen Überprüfung Anzeigen								
Genehmigungs- bzw. Anzeigeverfahren sind anhängig								
Abteilung für Akutmedizin								
Geplanter Neubau								
Übersiedelung der KA voraussichtlich am:								
Anstaltszweck:								
Datum der letzten Überprüfung:								
Datum der aktuellen Überprüfung:								
Nächste kommissionelle Überprüfung:								
2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Anmerkungen:								

7.6 Ablauf sanitäre Einschau

Der modellhafte Ablauf einer Einschau durch die BVB ist in Abbildung 1, Abbildung 2 und Abbildung 3 dargestellt.

Generell kann zwischen kommissioneller und schwerpunktmäßiger Einschau unterschieden werden:

- **Kommissionelle Einschau**
Eine Gruppe von (amtlichen und/oder nichtamtlichen) Sachverständigen führt unter der Leitung der zuständigen BVB die Einschau durch. Die Niederschrift wird vor Ort erstellt.
- **schwerpunktmäßige Einschau durch Amtssachverständige**
Die Begehung des Betriebes erfolgt durch eine einzelne Berufsgruppe (fraktionelle Einschau, „kleine“ Einschau – siehe Anhang 2).

Weiters wurden auf der geltenden Gesetzesgrundlage in den Bundesländern unterschiedliche Modelle etabliert. Allen ist gemeinsam, dass die Zuständigkeit der BVB für die sanitäre Aufsicht erhalten bleibt und diese in unterschiedlicher Weise unterstützt wird (Kapitel 6).

7.7 Funktionen und Verantwortlichkeiten

In der sanitären Aufsicht sind eine Anzahl von Funktionsträger:innen mit definierten Tätigkeiten und damit Verantwortlichkeiten involviert:

Bezirksebene

Die operative Arbeit ist durch die zuständige BVB zu organisieren und durchzuführen und kann - je nach angewendetem Modell - sehr unterschiedlich sein.

In jedem Fall besteht das Team aus

- Einer/einem Verhandlungsleiter:in (meist Jurist:in)
- Einer/einem AÄ/AA als amtliche:r Sachverständige:r für den medizinischen Bereich
- und gegebenenfalls weitere amtliche und nichtamtliche Sachverständige für die anderen Fachbereiche.

Amtliche Sachverständige sind Angestellte der BVB oder des Amtes der LR, nicht-amtliche Sachverständige sind Fachexpertinnen bzw. Fachexperten, welche als Sachverständige für den jeweiligen Fachbereich zugelassen sind und entsprechend honoriert werden müssen.

HINWEIS: Grundsätzlich muss laut § 52 AVG bei allen fachlichen Fragestellungen ein:e amtliche:r Sachverständige:r herangezogen werden. Allerdings können oft nicht alle Themenbereiche von amtlichen Sachverständigen abgedeckt werden (z. B. Pflege, medizinische Sicherheitstechnik).

Landesebene

Die Erteilung von Auflagen bei Verletzung von sanitären Vorschriften obliegt der Landeshauptfrau bzw. dem Landeshauptmann. Bei „zentralen“ Modellen erhält das Amt der LR noch strategische und operative Aufgaben (siehe Kapitel 6).

Bundesebene

Die Bundesebene ist nicht in die operative Arbeit involviert, kann aber beispielsweise durch die Erstellung von fachlichen Empfehlungen koordinierend einwirken. Erforderlichenfalls können durch die sachliche in Betracht kommende Oberbehörde Weisungen im Einzelfall oder erlassmäßige Anordnungen getroffen werden. Über die Einführung von Bundesqualitätsstandards nach GQG kann auch eine gesetzliche Verbindlichkeit erreicht werden.

Laut KAKuG besteht für das BMSGPK die Möglichkeit, auf eigenen Wunsch an sanitärer Aufsicht teilzunehmen, dies wurde allerdings in der Praxis noch nicht durchgeführt. In jedem Fall hätte das BMSGPK nur Beobachterstatus und keine leitende Funktion. Auch stellt sich die Frage der Praktikabilität sowie der Sinnhaftigkeit, da für routinemäßige Teilnahmen keine Personalkapazitäten vorhanden sind und sporadische Teilnahmen keine Nachhaltigkeit erzeugen.

Die nachfolgenden Tabellen stellen die Funktionen und Verantwortlichkeiten der involvierten Personen auf den unterschiedlichen Ebenen je Bundesland dar.

Tabelle 2 Funktionen und Verantwortlichkeiten - Burgenland

BURGENLAND			
Verantwortlichkeiten	Position	Funktion	Tätigkeit
Bezirksebene			
Bezirkshauptfrau/mann	Behördenleiter/in	rechtlich zuständig für sanitäre Aufsicht	Verwaltungsstrafen, Sperre, Übermittlung Niederschrift an LH
Jurist/in	Angestellte/r BVB	Leiter/in der Einschau	Organisation Niederschrift
Amtsärztin/arzt	Angestellte/r BVB	amtl. Sachverständige/r	Gutachten während der Einschau
amtl./nichtamtl. Sachverständige/r		Je nach Fachgebiet (z. B. Medizinische Sicherheitstechnik)	Gutachten während der Einschau
Landesebene			
Landeshauptfrau/mann	Behördenleiter/in	Behörde	Bescheid erlassen
Landessanitätsdirektor/in div. Abt, die Belange der sanitären Aufsicht abdecken	Angestellte/r Amt LR	In manchen BL Zentralisierung der sanitären Aufsicht unter Beibehaltung der Zuständigkeit der BVB	strategisch (z. B. Erstellung von Prüfplänen) operativ (Mitarbeit bei Einschau als amtl. Sachverständige/r) Gutachten

Tabelle 3 Funktionen und Verantwortlichkeiten - Kärnten

KÄRNTEN			
Verantwortlichkeiten	Position	Funktion	Tätigkeit
Bezirksebene			
Bezirkshauptfrau/mann	Behördenleiter/in	rechtlich zuständig für sanitäre Aufsicht	Verwaltungsstrafen, Sperre, Übermittlung Niederschrift an LH
Jurist/in	Angestellte/r BVB	Leiter/in der Einschau	Organisation Niederschrift
Amtsärztin/arzt	Angestellte/r BVB	amtl. Sachverständige/r	Gutachten während der Einschau
amtl./nichtamtl. Sachverständige/r		Je nach Fachgebiet (z. B. Medizinische Sicherheitstechnik)	Gutachten während der Einschau
Landesebene			
Landeshauptfrau/mann	Behördenleiter/in	Behörde	Bescheid erlassen
Landessanitätsdirektor/in div. Abt, die Belange der sanitären Aufsicht abdecken	Angestellte/r Amt LR	In manchen BL Zentralisierung der sanitären Aufsicht unter Beibehaltung der Zuständigkeit der BVB	strategisch (z. B. Erstellung von Prüfplänen) operativ (Mitarbeit bei Einschau als amtl. Sachverständige/r) Gutachten

Tabelle 4 Funktionen und Verantwortlichkeiten - Niederösterreich

NIEDERÖSTERREICH³¹			
Verantwortlichkeiten	Position	Funktion	Tätigkeit
Bezirksebene			
Bezirkshauptfrau/mann	Behördenleiter/in	rechtlich zuständig für sanitäre Aufsicht	Organisation der KH-Einschau
Jurist/in	Angestellte/r des örtlich zuständigen Kompetenzzentrums (BVB) für Sanitäre Aufsicht	Leiter/in der Amtshandlung vor Ort	Ausschreibung der Amtshandlung inkl. Ladung der Amtssachverständigen Drehscheibe für die Checklisten (Übermittlung der leeren Checklisten an das KH zum Ausfüllen, Übermittlung der vom KH ausgefüllten Checklisten an die ASV zu deren Vorbereitung auf die Einschau) Durchführung der VH im KH mit Erstellung der Niederschrift und Übermittlung der Niederschrift an LH zum Bescheid-Erstellung
Amtsärztin/arzt	Angestellte/r des örtlich zuständigen Kompetenzzentrums (BVB) für SanA	amtl. Sachverständige/r (ASV)	Gutachten-Erstellung während der Einschau In bettenführenden KA gemeinsames Gutachten mit dem zusätzlichen med. ASV der SanDion

³¹ In NÖ sind nicht mehr alle BVBs für die Durchführung der Sanitären Aufsicht zuständig, sondern nur noch fünf sogenannte „BVB-Kompetenz-Zentren für Sanitäre Aufsicht“, die dabei bezirksübergreifend tätig werden.

BVB Neunkirchen für die Standorte in den politischen Bezirken Neunkirchen, Baden und Wiener Neustadt

BVB Mödling für die Standorte in den politischen Bezirken Mödling und Bruck/Leitha

BVB Mistelbach für die Standorte in den politischen Bezirken Mistelbach, Hollabrunn, Korneuburg und Gänserndorf

BVB Zwettl für die Standorte in den politischen Bezirken Zwettl, Gmünd, Waidhofen/Thaya, Horn und Krems

BVB Scheibbs für die Standorte in den politischen Bezirken Scheibbs, Amstetten, Melk, Lilienfeld, St. Pölten und Tulln

Die Magistrate der Statutarstädte Krems, St. Pölten, Wiener Neustadt und Waidhofen/Ybbs sind in dieses System eingebunden, stellen aber anstelle der Amtsärztin/des Amtarztes der Kompetenzzentren ihren eigenen Amtsarzt (Stadtphysikus) als med. Sachverständige(n) zur Verfügung.

NIEDERÖSTERREICH³¹

Verantwortlichkeiten	Position	Funktion	Tätigkeit
Amtsärztin/arzt	Angestellte/r SanDion	zusätzlicher med. ASV nur in bettenführenden KA zur fachlichen Unterstützung des BVB-Amtsarztes bei speziellen krankenhaushygienischen Sachverhalten	Gutachten-Erstellung während der Einschau gemeinsam mit dem (der) med. ASV des Kompetenzzentrums
amtl. Sachverständige/r	Angestellte/r Amt LR	In bettenführenden KA immer je 1 ASV für - Hygienerrelevante Bautechnik - Sicherheitstechnik im Gesundheitswesen - Pflegeaufsicht - Bäderhygiene (falls bädertechnische Einrichtungen in der KA betrieben werden)	Gutachten-Erstellung während der Einschau

Landesebene

Landeshauptfrau/mann	Behördenleiter/in	Behörde	Bescheid erlassen mit Auflagenvorschreibung bei nicht fristgerechter Erfüllung der verfügbaren Auflagen ev. Verwaltungsstrafen oder Sperre
Abteilung Sanitäts- und Krankenanstaltenrecht Hoheitsverwaltung	Angestellte/r Amt LR	Gesamt-Organisation der Sanitären Aufsicht	Erstellung und Wartung des Rahmenplans Jährliche Terminkoordinierung gemeinsam mit den Kompetenz-BVBs und allen ASVs Berichtlegung an das Ministerium (SANE)
Abteilung Gesundheitswesen Landessanitätsdirektion	Angestellte/r Amt LR	Fachliche Unterstützung der Kompetenzzentren in medizinischen und krankenhaushygienischen Fragestellungen	Erstellung und Wartung von Checklisten Mitarbeit bei der Einschau als amtl. Sachverständige(r) in bettenführenden KA und - wenn notwendig - bei besonderen Fragestellungen in nicht bettenführenden KA (Ambulatorien)
Abteilung Sanitäts- und Krankenanstaltenrecht Referat Pflegeaufsicht	Angestellte/r Amt LR	ASV für Angelegenheiten der Pflege	Erstellung und Wartung von Checklisten Gutachten-Erstellung während der Einschau in bettenführenden KA
Abteilung Hochbau	Angestellte/r Amt LR	ASV für Angelegenheiten der hygienerlevanten Bautechnik	Erstellung und Wartung von Checklisten Gutachten-Erstellung während der Einschau

NIEDERÖSTERREICH³¹

Verantwortlichkeiten	Position	Funktion	Tätigkeit
Abteilung Umwelttechnik Referat Sicherheit im Gesundheitswesen	Angestellte/r Amt LR	ASV für Angelegenheiten der medizinischen Sicherheitstechnik	Erstellung und Wartung von Checklisten Gutachten-Erstellung während der Einschau
Abteilung Umwelttechnik Bädertechnik	Angestellte/r Amt LR	ASV für bäderhygienische Angelegenheiten	Erstellung und Wartung von Checklisten Gutachten-Erstellung während der Einschau

Tabelle 5 Funktionen und Verantwortlichkeiten - Oberösterreich

OBERÖSTERREICH

Verantwortlichkeiten	Position	Funktion	Tätigkeit
Bezirksebene			
Bezirkshauptfrau/mann	Behördenleiter/in	rechtlich zuständig für sanitäre Aufsicht	Verwaltungsstrafen, Sperre, Übermittlung Niederschrift an LH
Jurist/in	Angestellte/r BVB	Kann, muss aber nicht zwingend an der Überprüfung teilnehmen	Organisation Niederschrift
Amtsärztin/arzt ³²	Angestellte/r BVB	amtl. Sachverständige/r	Gutachten während der Einschau
amtl./nichtamtl. Sachverständige/r		Je nach Fachgebiet (z. B. Medizinische Sicherheitstechnik)	Gutachten während der Einschau

³² Gilt nur für Magistrat Linz

OBERÖSTERREICH

Verantwortlichkeiten	Position	Funktion	Tätigkeit
Landesebene			
Landeshauptfrau/mann	Behördenleiter/in	Behörde	Bescheid erlassen
Abt. Gesundheit und div. Abt, die Belange der SanA abdecken	Angestellte/r Amt LR	Zentralisierung der sanitären Aufsicht (mit Ausnahme Magistrat Linz) unter Beibehaltung der Zuständigkeit der BVB	strategisch (z. B. Erstellung von Prüfplänen) operativ (Mitarbeit bei Einschau als amtl. Sachverständige/r) Gutachten

Tabelle 6 Funktionen und Verantwortlichkeiten - Salzburg

SALZBURG

Verantwortlichkeiten	Position	Funktion	Tätigkeit
Bezirksebene³³			
Bezirkshauptfrau/mann	Behördenleiter/in	rechtlich zuständig für sanitäre Aufsicht	Verwaltungsstrafen, Sperre, Übermittlung Niederschrift an LH
Jurist/in	Angestellte/r BVB	Leiter/in der Einschau	Organisation Niederschrift
Amtsärztin/arzt	Angestellte/r BVB	amtl. Sachverständige/r	Gutachten während der Einschau
amtl./nichtamtl. Sachverständige/r		Je nach Fachgebiet (z. B. Medizinische Sicherheitstechnik)	Gutachten während der Einschau

³³ Gilt für Salzburg Stadt

SALZBURG

Verantwortlichkeiten	Position	Funktion	Tätigkeit
----------------------	----------	----------	-----------

Landesebene

Landeshauptfrau/mann	Behördenleiter/in	Behörde	Bescheid erlassen
Landessanitätsdirektor/in div. Abt, die Belange der sanitären Aufsicht abdecken	Angestellte/r Amt LR	In manchen BL Zentralisierung der sanitären Aufsicht unter Beibehaltung der Zuständigkeit der BVB	strategisch (z. B. Erstellung von Prüfplänen) operativ (Mitarbeit bei Einschau als amtl. Sachverständige/r) Gutachten

Tabelle 7 Funktionen und Verantwortlichkeiten - Steiermark

STEIERMARK

Verantwortlichkeiten	Position	Funktion	Tätigkeit
----------------------	----------	----------	-----------

Bezirksebene

Bezirkshauptfrau/mann	Behördenleiter/in	rechtlich zuständig für sanitäre Aufsicht	Verwaltungsstrafen, Übermittlung Niederschrift an LH
Jurist/in	Angestellte/r BVB	Leiter/in der Einschau	Organisation der Verhandlung
Amtsärztin/arzt	Angestellte/r BVB	amtl. Sachverständige/r	Gutachten während der Einschau
amtl./nichtamtl. Sachverständige/r		Je nach Fachgebiet (z. B. Medizinische Sicherheitstechnik)	Gutachten während der Einschau

Landesebene

Landeshauptfrau/mann	Behördenleiter/in	Behörde	Bescheid erlassen
----------------------	-------------------	---------	-------------------

STEIERMARK

Verantwortlichkeiten	Position	Funktion	Tätigkeit
Landessanitätsdirektor/in div. Abt, die Belange der sanitären Aufsicht abdecken	Angestellte/r Amt LR	In manchen BL Zentralisierung der sanitären Aufsicht unter Beibehaltung der Zuständigkeit der BVB	operativ (Mitarbeit bei Einschau als amtl. Sachverständige/r) Gutachten

Tabelle 8 Funktionen und Verantwortlichkeiten - Tirol

TIROL

Verantwortlichkeiten	Position	Funktion	Tätigkeit
Bezirksebene			
Bezirkshauptfrau/mann	Behördenleiter/in	rechtlich zuständig für sanitäre Aufsicht	Verwaltungsstrafen, Sperre, Übermittlung Niederschrift an LH
Jurist/in	Angestellte/r BVB	Leiter/in der Einschau	Organisation Niederschrift
Amtsärztin/arzt	Angestellte/r BVB	amtliche Sachverständige/r	Stellungnahme zur Sanitären Einschau; bei Ambulatorien (insbesondere solchen für physikalische Therapien) wird die Einschau z.T. nur durch den Amtsarzt durchgeführt.
amtliche/nichtamtliche Sachverständige/r; z.B. Sicherheitstechnische/r (alle 4 Jahre) und/oder pflegerische/r Amtssachverständige/r	Angestellte/r Amt LR	Je nach Fachgebiet (z. B. Medizinische Sicherheitstechnik)	Stellungnahme zur Sanitären Einschau

TIROL			
Verantwortlichkeiten	Position	Funktion	Tätigkeit
Landesebene			
Landeshauptfrau/mann	Behördenleiter/in	Behörde	Bescheid erlassen
Abteilung Gesundheitsrecht und Krankenanstalten (GESKA); Landessanitätsdirektor/in;	Angestellte/r Amt LR	Die Abteilung Gesundheitsrecht und Krankenanstalten arbeitet die Erlässe aus und koordiniert die Sanitäre Einschau (insbesondere im Hinblick auf die neue Portalanwendung SANE)	strategisch (z. B. Erstellung von Prüfplänen) operativ (Mitarbeit bei Einschau als amtl. Sachverständige/r) Fachliche Unterstützung der BVBs durch Erstellung von Checklisten durch die LSD

Tabelle 9 Funktionen und Verantwortlichkeiten - Vorarlberg

VORARLBERG			
Verantwortlichkeiten	Position	Funktion	Tätigkeit
Bezirksebene			
Bezirkshauptfrau/mann	Behördenleiter/in	rechtlich zuständig für sanitäre Aufsicht	Verwaltungsstrafen, Sperre, Übermittlung Niederschrift an LH
Jurist/in	Dienstzugeteilte/r Angestellte/r des Landes*	Leiter/in der Einschau	Organisation Niederschrift
Amtsärztin/arzt	Angestellte/r BVB	amtl. Sachverständige/r	Gutachten während kommissioneller Einschau in Allg. öffentl. KA und Sonder KA; Durchführung Einschau in Ambulatorien (allenfalls unter Beziehung anderer Sachverständiger)

VORARLBERG

Verantwortlichkeiten	Position	Funktion	Tätigkeit
amtl./nichtamtl. Sachverständige/r		Je nach Fachgebiet (z. B. Medizinische Sicherheitstechnik)	Nur in Ambulatorien (sofern von Amtsärztin/Amtsarzt beigezogen)

Landesebene

Landeshauptfrau/mann	Behördenleiter/in	Behörde	Bescheid erlassen
Abteilung Gesundheit und Sport (Rechtsabteilung; für Organisation und Leitung kommissioneller Einschau), diverse weitere Abteilungen stellen Gutachter	*Angestellte/r Amt LR (Leiter kommissioneller Einschau mit Dienstzuteilung an BVB für sanitäre Aufsicht; weitere Angestellte als Gutachter)	Zentralisierung der sanitären Aufsicht unter Beibehaltung der Zuständigkeit der BVB	strategisch (z.B. Erstellung von Prüfplänen, Organisation Einschau), operativ (Leitung kommissioneller Einschau, Prüfung rechtlicher Vorgaben), Gutachten

Tabelle 10 Funktionen und Verantwortlichkeiten - Wien

WIEN

Verantwortlichkeiten	Position	Funktion	Tätigkeit
Bezirksebene			
Magistrat	Behördenleiter/in	rechtlich zuständig für sanitäre Aufsicht	Verwaltungsstrafen, Sperre,
Jurist/in Amtsärztin/arzt	Angestellte/r Magistrat	Leiter/in der Einschau	Organisation Niederschrift
Amtsärztin/arzt	Angestellte/r Magistrat	amtl. Sachverständige/r	Gutachten während der Einschau

WIEN			
Verantwortlichkeiten	Position	Funktion	Tätigkeit
amtl./nichtamtl. Sachverständige/r		Je nach Fachgebiet (z. B. Medizinische Sicherheitstechnik)	Gutachten während der Einschau
Landesebene			
Landeshauptfrau/mann	Behördenleiter/in	Behörde	Bescheid erlassen
Landessanitätsdirektor/in div. Abt, die Belange der sanitären Aufsicht abdecken	Angestellte/r Amt LR	In manchen BL Zentralisierung der sanitären Aufsicht unter Beibehaltung der Zuständigkeit der BVB	strategisch (z. B. Erstellung von Prüfplänen) operativ (Mitarbeit bei Einschau als amtl. Sachverständige/r) Gutachten

Tabelle 11 Funktionen und Verantwortlichkeiten - Bundesebene

BUNDESEBENE		
Verantwortlichkeiten	Funktion	Tätigkeit
Rechtsabt. (derzeit Abt. VI/A/4)	Zuständigkeit für rechtl. Belange der sanitären Aufsicht auf Bundesebene	Oberaufsicht im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung
Fachabt. (derzeit Abt. VII/A/9)	Zuständigkeit für fachl. Belange der sanitären Aufsicht auf Bundesebene	Erstellung von Empfehlungen

7.8 Themenfelder

Folgende Themenfelder (alphabetisch angeordnet) wurden identifiziert:

- Anstaltsordnung (§ 6 KAKuG)
- Arzneimittelkommission (§ 19a KAKuG)
- Arzneimittelvorrat (§ 20 KAKuG)
- Ärztlicher/Zahnärztlicher Dienst (§§ 7, 7a KAKuG)
- Aufnahme der Pfleglinge (§ 22 KAKuG)
- Bescheidaufgabenüberprüfung
- Blutdepot (§ 8f KAKuG)
- Einrichtungen zum Sammeln und zur Abgabe von Muttermilch (§ 8g KAKuG)
- Entlassung von Pfleglingen (§ 24 KAKuG)
- Entnahmeeinheiten (§ 3e KAKuG)
- Errichtung und Betrieb nach bescheidmäßig bewilligtem Leistungsspektrum (§§ 3, 3a, 3b KAKuG)
- Ethikkommission (§ 8c KAKuG)
- Fortbildung des nichtärztlichen Personals (§ 11d KAKuG)
- Führung von Krankengeschichten und sonstige Vormerkungen (§ 10 KAKuG)
- Haftpflichtversicherung (§ 5c KAKuG)
- Kinder- und Opferschutzgruppen (§ 8e KAKuG)
- Kollegiale Führung (§ 6a KAKuG)
- Krankenhaushygiene (§ 8a KAKuG)
- Landeskrankenanstaltenplan hinsichtlich Struktur-/Qualitätskriterien (§ 10a KAKuG)
- Leichenöffnung (Obduktion) (§ 25 KAKuG)
- Patientenrechte/transparentes Wartelistenregime (§ 5a KAKuG)
- Personalplanung (§ 8d KAKuG)
- Pflegedienst (§ 11a KAKuG)
- Psychologische Betreuung/psychotherapeutische Versorgung (§ 11b KAKuG)
- Qualitätssicherung (§ 5b KAKuG)
- Supervision (§ 11c KAKuG)
- Technische/-r Sicherheitsbeauftragte/-r (§ 8b KAKuG)
- Transplantationszentren (§ 3f KAKuG)
- Überprüfung der Einhaltung sonstiger Bestimmungen der L-KAGs (soweit im Rahmen der sanitären Aufsicht relevant)
- Verschwiegenheitspflicht (§ 9 KAKuG)
- Sonstiges, inkl. Textfeld

7.9 Nichtaufgaben

Aus der Positivabgrenzung in § 60 KAKuG (sanitäre Vorschriften, die aufgrund des Ersten Teiles KAKuG, also § 1 bis 42f leg.cit. erlassen wurden) ergibt sich implizit der Ausschluss aller anderen Materien.

Im Erlass GZ 21.610/2-VIII/D/5/99 wird definiert, dass sich die sanitäre Aufsicht nicht auf allfällige sonstige in L-KAG enthaltene Bestimmungen (Dienstrecht für Landes- und Gemeindebedienstete) sowie auf sonstige Normen, die beim Betrieb von KA einzuhalten sind (z. B. KA-Arbeitszeitgesetz) erstreckt.

Konkret bedeutet dies, dass z. B. dienstrechtliche Bestimmungen (z. B. Arbeitszeiten), Arbeitnehmerschutz, Überprüfung von Anstaltsapotheken hinsichtlich des Apothekengesetzes, Überprüfung ärztlicher Ordinationen gemäß § 56 Abs. 2 Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärztinnen/Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998, in der jeweils geltenden Fassung, Strahlenschutz und Luftfahrt keine Aufgaben der sanitären Aufsicht darstellen.

Allerdings besteht eine - gesetzlich nicht verankerte - „Seitenblickverantwortung“: wenn im Rahmen einer sanitären Einschau Missstände wahrgenommen werden, die unter die Nichtaufgaben fallen, so sind diese an die zuständige Stelle weiterzuleiten.

8 Elemente der professionellen Arbeitsweise und Instrumente der sanitären Einschau

8.1 Organisation

Die Zuständigkeit für die Durchführung der sanitären Aufsicht ist gesetzlich der BVB zugeordnet, was eine erhebliche personelle und organisatorische Belastung für die BVB bedeutet. Dies wurde auch in mehreren Rechnungshofberichten festgestellt und es wurden organisatorische Verbesserungsvorschläge wie z. B. die Einrichtung eines Teams von AÄ am Amt der LR als Expertenpool, insbesondere für Gutachten für die sanitäre Aufsicht, vorgeschlagen.

In einigen Bundesländern wurden daher - immer unter Berücksichtigung der BVB als zentrale Drehscheibe - neue Organisationsformen entwickelt. Im Folgenden werden diese Modelle beschrieben:

1. Modell Burgenland

Im Burgenland werden die sanitären Einschauen in den Kranken- und Kuranstalten zentral am Amt der Burgenländischen LR unter Beiziehung von Sachverständigen verschiedenster Bereiche, wie z. B. Feuerwehr, und der AÄ der BVB organisiert und durchgeführt.

2. Modell Kärnten

Ausgehend vom oberösterreichischen 3-Säulen-Modell wird bei einer routinemäßigen sanitären Einschau unterschieden zwischen

- Säule 1: Überprüfung der Einhaltung der sanitären Bestimmungen gemäß der Kärntner Krankenanstaltenordnung
- Säule 2: Fachschwerpunkt (vgl. Themenfelder 7.8)
- Säule 3: Überprüfung der Einhaltung von Bescheidauflagen

Im Jahresplan kann und soll kombiniert werden, z. B. soll Säule 1 in größeren Intervallen geprüft werden (z. B. 7 Jahre); Intervalle für Säule 2 je nach Jahresprogramm bzw. lokalen Erfordernissen; Säule 3 sollte idealerweise z. B. sechs Monate nach Inkrafttreten eines Bescheides und dann in größeren Zeitabständen überprüft werden, ev. auch gemeinsam mit Säule 1.

3. Modell Niederösterreich

Im Zuge der Neuorganisation der sanitären Aufsicht in Niederösterreich wurden fünf Kompetenzzentren eingerichtet:

- Industrieviertel Nord
- Industrieviertel Süd
- Waldviertel
- Weinviertel
- Mostviertel

Die Planung der kommissionellen sanitären Einschaueen erfolgt jährlich im Oktober von der Abteilung GS4-Sanitäts- und Krankenanstaltenrecht des Amtes der NÖ LR.

Die Koordination erfolgt unter Beiziehung der Juristinnen bzw. Juristen und AÄ der Kompetenzzentren, der AÄ der vier Magistrate in Niederösterreich und der Amtssachverständigen für Medizin, Bautechnik, Sicherheitstechnik, Bädertechnik und der Pflegeaufsicht des Landes Niederösterreich.

Bei der Durchführung der kommissionellen Einschaueen in Ambulatorien und Kuranstalten wird von der Anlagenabteilung der Kompetenz-BH die bzw. der örtlich zuständige AA beigezogen.

Bei bettenführenden KA (alle Landeskliniken und Sonder-KA in Niederösterreich) wird von der Kompetenz-BH im gesamten Kompetenzbereich (das sind in der Regel mehrere Bezirke) die AÄ bzw. der AA der Kompetenz-BH als medizinische:r Amtssachverständige:r beigezogen.

In Landeskliniken und Sonderkrankenanstalten nehmen ein:e sachkundige:r Vertreter:in der Abteilung Gesundheitswesen und bei Einschaueen in Kuranstalten ein:e sachkundige:r Vertreter:in der Abteilung Umwelthygiene als zusätzliche medizinisch-hygienische:r Amtssachverständige:r an der kommissionellen Einschaue teil.

Die Schulungen der Sachbearbeiter:innen , Juristinnen bzw. Juristen und Kompetenzamtsärztinnen bzw. Kompetenzamtsärzte für die „Sanitäre Aufsicht neu in NÖ“ sind bereits erfolgt.

4. Modell Oberösterreich

In Oberösterreich wurde eine zentrale Prüfgruppe an der LSD eingerichtet, die heute die Prüftätigkeit für alle BH in Oberösterreich und die Magistrate Steyr und Wels durchführt. Die Teilnahme einer rechtskundigen Person der jeweils zuständigen BVB bei der Einschau ist jederzeit möglich. Mit dem Magistrat der Landeshauptstadt Linz werden die zu überprüfenden Themenbereiche zwar abgestimmt, die sanitäre Einschau wird jedoch weiterhin selbstständig durch die AÄ des Gesundheitsamtes durchgeführt.

5. Modell Vorarlberg

Es wurde eine zentrale Koordinationsstelle beim Amt der Vorarlberger LR eingerichtet. Der Inspektionsplan wird jährlich mit den zuständigen BVB abgestimmt. Die BVB werden bei der sanitären Einschau in den Kranken- und Kuranstalten durch die Mitarbeiter:innen des Landhauses, die für diese Aufgabe als Organe der jeweils zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde agieren, unterstützt. Die Überprüfung der selbstständigen Ambulatorien wird als eigenständige Einschau durch die zuständigen AÄ vorgenommen.

6. Modell Wien

Auch das Wiener Modell sieht eine zentrale Regelung durch den Magistrat der Stadt Wien vor. Die Aufgabenverteilung sieht die gesundheitsrechtlichen Kompetenzen bei der Magistratsabteilung 40 der Stadt Wien und die Mitwirkung der AÄ der Magistratsabteilung 15 bei der Durchführung der sanitären Einschau. Dafür wurde in der Magistratsabteilung 15 ein eigener Fachbereich eingerichtet, deren AÄ die medizinische Amtssachverständigentätigkeit - sowohl für die Behördenverfahren als auch für die Überprüfung aller Gesundheitseinrichtungen - durchführen. Die Planung und das Vorschlagswesen für die medizinische Themenfindung der routinemäßigen Einschauen erfolgen im Rahmen einer Jahresplanung durch diesen Fachbereich der Magistratsabteilung 15. Die Planung und medizinische Themenfindung für die routinemäßigen Einschauen erfolgt im Rahmen einer Jahresplanung durch die Magistratsabteilung 15. Nach Prüfung der Jahresplanung durch die Magistratsabteilung 40

erfolgt durch diese - als verfahrensführende Behörde - die Bestätigung der vorgeschlagenen Themeninhalte und Beauftragung.

Die Besonderheit, dass die AÄ sowohl Organe des Magistrats der Stadt Wien als auch Landesbedienstete des Bundeslandes Wien sind, ermöglicht eine umfassende Zusammenschau aller Belange von der Errichtung- und Betriebsbewilligung einer KA bis hin zu Umbauten und Mängelbescheiden bzw. -behebungen. Damit steht ein umfangreiches Basiswissen für die Durchführung von sanitären Einschauen zur Verfügung.

Derzeit ist das Bundesland Wien das einzige, in dem selbstständige Ambulatorien ein Opting-Out gemäß § 60 Abs. 4 KAKuG vornahmen und daher eine vertragliche Vereinbarung mit der ÖQMed zur Überprüfung im Rahmen der sanitären Aufsicht abgeschlossen haben.

8.2 Strukturierte Prozesse

Derzeit bestehen zwei generelle Vorgangsweisen in der Durchführung sanitärer Einschauen:

- BVB („Modell BVB“)
- BVB in Zusammenarbeit mit Amt der LR („Zentrales Modell“)

HINWEIS: ein weiteres Modell sind die Kompetenzzentren in NÖ. Dabei werden von ausgewählten BVB, welchen die Rolle als Kompetenzzentrum zugewiesen wird, koordinative Aufgaben übernommen.

Durch diese unterschiedlichen Organisationsformen ergeben sich auch unterschiedliche Prozessabläufe. Die Abläufe bei den „zentralen“ Modellen sind jeweils gut beschrieben, daher erfolgt lediglich eine Darstellung der Prozesse beim „Modell BVB“.

Generell sind folgende **Kernprozesse** zu beschreiben und dabei auf die Interaktion zwischen der Bezirks- und Landesebene zu achten:

- Vorbereitung und Ablauf der Einschau
- Vorgang bei Mängelfeststellung/Mängelbehebung

8.3 Protokollierung der Ergebnisse

Die Ergebnisse einer sanitären Einschau müssen in einer Niederschrift zusammengefasst werden. Die Vorgaben für Form, Inhalte und Procedere sind gesetzlich festgelegt (siehe Kapitel 4.34.3).

8.4 Vorgehensweise bei Missständen

Bei der sanitären Aufsicht ist die Einhaltung der sanitären Vorschriften, die aufgrund des Ersten Teiles des KAKuG erlassen wurden, zu überwachen (§ 60 Abs 1 KAKuG).

Kommt es zur Verletzung dieser sanitären Vorschriften, so hat die Bezirksverwaltungsbehörde davon den Landeshauptmann zu benachrichtigen (§ 60 Abs. 5 KAKuG) und der Landeshauptmann dem Rechtsträger die eheste Beseitigung der Missstände mit Bescheid aufzutragen (§ 61 KAKuG):

§ 61 Werden in einer Krankenanstalt oder Kuranstalt sanitäre Vorschriften im Sinne des § 60 Abs. 1 verletzt, so hat der Landeshauptmann dem Rechtsträger die eheste Beseitigung der Missstände mit Bescheid aufzutragen. Im Wiederholungsfall sowie dann, wenn derartige anders nicht zu behebende gesundheitliche Missstände vorliegen, dass die Krankenanstalt oder Kuranstalt den Anforderungen der Gesundheitspflege nicht mehr entspricht, kann der Landeshauptmann die teilweise oder gänzliche Weiterführung des Betriebes einer Krankenanstalt oder Kuranstalt untersagen.

In §12 (3) KAKuG wird die Vorgangsweise bei „schweren Mängeln“ geregelt:

Die Bewilligung zum Betrieb einer Krankenanstalt bzw. einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten kann zurückgenommen werden, wenn sonstige schwerwiegende Mängel trotz Aufforderung innerhalb einer festgesetzten Frist nicht behoben werden.

Die Verwendung des Begriffs „Missstände“ in § 61 KAKuG bezieht sich einzig auf die Tatsache, dass es zu einer Verletzung von sanitären Vorschriften gekommen ist und sagt selbst nichts über die Art und Schwere dieser Verletzung aus.

Die Beurteilung ob eine Verletzung vorliegt, obliegt - basierend auf der fachlichen Beurteilung der für die Durchführung der sanitären Einschau zuständigen amtlichen bzw. nicht-amtlichen Sachverständigen - den zuständigen Behörden (BVB und LH).

Es bestehen keine Kriterien für die Feststellung dieser Situationen noch deren Graduierung. Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass alle Mängel, durch die für Patientinnen bzw. Patienten, Personal und/oder Besucher:innen einer Krankenanstalt Gefahr besteht, Schaden zu erleiden, schwere Mängel sind. Das können bauliche, technische, hygienische, personelle oder auch organisatorische Mängel sein. Im Folgenden sind schwere Mängel exemplarisch aufgelistet:

- bauliche Mängel: statische Probleme, die sich in Gebäuderissen zeigen, Absturzgefahr durch unzureichende Geländer, Detailausführungen der Einrichtung mit Verletzungsgefahr (scharfe Kanten und Geräte etc.)
- technische Mängel: fehlende Erstüberprüfung und/oder laufende technische Überprüfung von Installationen, Geräten und Medizinprodukten, blanke oder abgeknickte Kabelstellen, fehlende oder defekte Brandschutzeinrichtungen, defekte oder fehlende Notrufanlage („Schwesternruf“)
- hygienische Mängel: Mängel in der Ausführung und Wartung der Aufbereitung = verabsäumte hygienisch-technische Überprüfung und Verwendung nicht validierter Prozesse, an Material (z. B. Einmalhandschuhe, Einmalschürzen, Schutzmasken, Desinfektionsmittel, Arbeitskleidung etc.), Verwendung von nicht geeigneten Desinfektionsmitteln, verabsäumte hygienisch-technische Überprüfungen (Steckbeckenspüler, Reinigungs- und Desinfektionsgeräte, inkl. Geschirrspüler für Patientengeschirr), keine oder mangelhafte Wasserbefunde (gesundheitsgefährdende Keime im Trink- bzw. Badewasser) und Duschen
- personelle Mängel: qualitativer und/oder quantitativer Mangel an Pflegepersonal, säumige Bestellung von leitenden Posten, insbesondere über längere Zeit (insbesondere, Hygieneteam)
- organisatorische Mängel: kein Maßnahmenplan für interne oder externe Notfälle (Stromausfall, Feueralarm, Infektionsnotfall, Ausfall der Wasserversorgung, Großunfall mit vielen Verletzten, Bedrohung durch Kriminalität u.a.m.)

Laut KAKuG sind bei schweren Mängeln folgende Maßnahmen vorgesehen:

- Meldung an die Landeshauptfrau/den Landeshauptmann durch die BVB
- Wenn diese schweren Mängel eine „Verletzung von sanitären Vorschriften“ darstellen:

- Erteilung von Auflagen mit Nachkontrolle über deren Umsetzung (wenn keine Umsetzung → Betriebseinstellung)
- Betriebseinstellung

8.5 Kommunikationswege und Berichtswesen

Die Kommunikationswege zwischen BVB, Landeshauptleuten und betroffener Einrichtung im Rahmen der Einschau sind in Abbildung 1, Abbildung 2 und Abbildung 3 beschrieben.

HINWEIS: in manchen Bundesländern wurde eine routinemäßige Kommunikation zwischen betroffenen Behörden, amtlichen bzw. nicht-amtlichen Sachverständigen und Einrichtungen (inkl. Abt. für Qualitätsmanagement) zwischen den Einschauen zur Klärung von operativen und strategischen Fragen im Rahmen von Arbeitsgruppen bzw. Koordinationssitzungen etabliert.

Die BL haben bis 2017 jährliche Berichte über die im Rahmen der sanitären Aufsicht gesetzten Aktionen an das BMSGPK übermittelt. Es bestand bis dahin kein einheitliches Format für diese Berichte. Das Gesundheitsressort hat gemeinsam mit den Bundesländern die IT-Anwendung „SANE“ für eine einheitliche und vereinfachte Berichtslegung erarbeitet, das seit 2018 im Echtbetrieb läuft.

8.6 Checklisten

Checklisten sind wertvolle Instrumente zur Standardisierung der sanitären Einschau. In den Bundesländern wurden viele und qualitativ hochwertige Checklisten für die unterschiedlichen Bereiche entwickelt, welche auch untereinander ausgetauscht, weiterentwickelt und erfolgreich angewendet werden.

Das BMSGPK erarbeitete anhand der unterschiedlichen Checklisten der Bundesländer einheitliche Basisdokumente. Diese wurden mit Amtsärztinnen und Amtsärzten in drei Arbeitsgruppensitzungen aufgearbeitet. Neben der Kollegenschaft aus dem Fachbereich waren auch Juristinnen und Juristen vertreten.

Da in jedem Bundesland auch die Landesgesetze und die unterschiedlichen Gegebenheiten berücksichtigen werden müssen, dienen die Checklisten als Basis und

können in den Ländern je nach Erfordernis angepasst werden und sind somit auch nicht verbindlich, ermöglichen jedoch eine einheitliche und qualitätsgesicherte Überwachung. Unabhängig davon, sind in den Bundesländern weitere Checklisten in Verwendung.

Weiters wurden die Checklisten mit den „Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme“ (im Auftrag der Bundes-Zielsteuerungskommission, 2014) abgeglichen und ggf. ergänzt.

Folgende Checklisten wurden bearbeitet (Anhang 3)

- Selbständiges Ambulatorium Allgemein
- Selbständiges Ambulatorium Arzneimittelvorrat
- Hygienische Anforderungen an die maschinelle Kontrastmittelapplikation
- Selbständiges Ambulatorium Personal
- Ambulatorium für physikalische Medizin - Ergänzende Fragestellungen zur Krankenhaushygiene
- Zahnambulatorium - Ergänzende Fragestellungen zur allgemeinen Checkliste
- Aufbereitung von Endoskopen
- Intensiveinheiten
- Krankenhaushygiene

Am Ende des Prozesses fand am 9. April 2018 eine Informationsveranstaltung statt, bei der die Checklisten schwerpunktmäßig den Amtsärztinnen und Amtsärzten vorgestellt wurden.

Eine Veröffentlichung auf der Homepage des BMSGPK konnte nicht vorgenommen werden, da nur barrierefreie Produkte publiziert werden dürfen. Durch den Formularcharakter war dieser Schritt nicht durchführbar. Die Checklisten sind jedoch jedem Mitglied der Arbeitsgruppe zugänglich gemacht worden und können auch in der Anwendung SANE abgerufen werden. Bei Interesse können die Checklisten als Word-Dokument per E-Mail übermittelt werden.

8.7 Österreichischer Strukturplan Gesundheit

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) ist ein Rahmenplan für die integrierte Gesundheitsplanung. Der ÖSG übersetzt die gesundheitspolitischen Zielvorstellungen in Handlungsanleitungen mit Bezug auf Struktur- und Qualitätsvorgaben für die

Gesundheitsversorgung. Inhalte basieren auf Mindest(Qualitäts-)vorgaben für die Gesundheitsversorgung (ambulanter und stationärer Bereich, Rehabilitation sowie Pflege und Nahstellenmanagement) in unterschiedlichen, dem Versorgungsbedarf angepassten Einrichtungen. Ziel des ÖSG ist die Sicherstellung einer

- integrierten, regional abgestimmten Versorgung von Patientinnen und Patienten durch alle relevanten Leistungen
- wirtschaftlich optimierten Angebotsstruktur
- Bedarfsgerechtigkeit, Qualität, Effizienz, Effektivität und Gleichwertigkeit der Versorgung in Österreich.

Der ÖSG wurde hinsichtlich seiner Nutzbarkeit als Instrument für die sanitäre Aufsicht mit folgendem Ergebnis analysiert:

- Die **Leistungsmatrix** ist wertvoll für Planungstätigkeiten der KA und deren Trägerorganisationen, ist aber für die sanitäre Aufsicht nicht verwendbar, weil es sich dabei um innerorganisatorische Tätigkeiten handelt (Zuteilung von medizinischen Einzelleistungen zu Qualitätskriterien z. B.: Intensivstufe, Mindestversorgungsstruktur, Mindestmengen)
- Die Beschreibung der **Organisationsformen** ist ein sehr gutes Hilfsinstrument und wird oft als Grundlage für die Überprüfung von Strukturqualitätskriterien bei der sanitären Einschau verwendet. Insbesondere die Festlegungen zu Personalausstattung, Infrastruktur, Versorgungsstrukturen etc. in manchen Fachbereichen (z. B. Herzchirurgie) sind sehr hilfreich.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Frequenzen der sanitären Einschau nach KA-Typ in österreichischen Bundesländern	53
Tabelle 2 Funktionen und Verantwortlichkeiten - Burgenland.....	61
Tabelle 3 Funktionen und Verantwortlichkeiten - Kärnten	62
Tabelle 4 Funktionen und Verantwortlichkeiten - Niederösterreich.....	63
Tabelle 5 Funktionen und Verantwortlichkeiten - Oberösterreich.....	65
Tabelle 6 Funktionen und Verantwortlichkeiten - Salzburg.....	66
Tabelle 7 Funktionen und Verantwortlichkeiten - Steiermark	67
Tabelle 8 Funktionen und Verantwortlichkeiten - Tirol	68
Tabelle 9 Funktionen und Verantwortlichkeiten - Vorarlberg.....	69
Tabelle 10 Funktionen und Verantwortlichkeiten - Wien.....	70
Tabelle 11 Funktionen und Verantwortlichkeiten - Bundesebene	71

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Ablauf der sanitären Einschau	42
Abbildung 2 Planung und Durchführung einer sanitären Einschau durch die BVB (good practice Model)	43
Abbildung 3 Aktivitäten der Landeshauptfrau bzw. des Landeshauptmanns bei Missständen (good practice Model).....	44
Abbildung 4 Prüfblatt des Landes NÖ (Auszug)	58

Literaturverzeichnis

Stöger, Karl: Ausgewählte öffentlich-rechtliche Fragestellungen des österreichischen Krankenanstaltenrechts, Schriftreihe Recht der Medizin 26, Wien 2008

Müller-Wohlgenannt, Margarete: Organisation und Vollziehung der sanitären Aufsicht im Bundesländervergleich, Linz 2010

Anonymus: Tätigkeitsbericht des Rechnungshofes. Verwaltungsjahr 2000, Reihe Bund 2001/5, Wien 2001

Anonymus: Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, StF: BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 32/2014

Anonymus: Bundesgesetz über natürliche Heilvorkommen und Kurorte, StF: BGBl. Nr. 272/1958, nunmehr in landesgesetzlichen Regelungen

Anonymus: Erlass des BMG, GZ 21.610/2-VIII/D/5/99 (vom 21.06.1999)

Anonymus: Österreichischer Strukturplan Gesundheit (vom 23.11.2012)

Rahmenplan für Überprüfungen von Kranken- und Kuranstalten in Niederösterreich, Land NÖ, S 14-15

Abkürzungen

AA	Amtsärztin/Amtsarzt
AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
ÄrzteG	Ärztegesetz
AU	Augen
AVG	Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BH	Bezirkshauptmannschaft
BL	Bundesland
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BVB	Bezirksverwaltungsbehörde
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
B-ZV	Bundes-Zielsteuerungsvertrag
CH	Chirurgie
DER	Dermatologie
E-GovG	E-Government-Gesetz
GEM/IDB	gemischter Belag, interdisziplinäre bettenführende Organisationsstruktur/interdisziplinäre Belegung
GGH	Gynäkologie und Geburtshilfe
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
GZ	Geschäftszahl
HNO	Hals, Nasen, Ohren
idgF	In der geltenden Fassung
IM	Innere Medizin
INT-E	Betten Intensivpflege für Erwachsene
Int-KJ	Betten Intensivpflege für Kinder
KA	Krankenanstalt(en)
KAG	Krankenanstaltengesetz
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten

KIJU	Kinder-u Jugendheilkunde
KJC	Kinder-und Jugendchirurgie
KJP	Kinder-u Jugendpsychiatrie
LGBL	Landesgesetzblatt
L-KAG	Landes Krankenanstaltengesetz
LR	Landesregierung
LSD	Landessanitätsdirektion
MKG	Mund- Kiefer und Gesichtschirurgie
NC	Neurochirurgie
NEU	Neurologie
ÖQMed	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PAL	Palliativmedizin
PCH	plastische Chirurgie
PSO-E	Psychosomatik-Erwachsene
PSO-KJ	Psychosomatik-Kinder u Jugendliche
PSY	Psychiatrie
RNS	Remobilisation/Nachsorge
SRN	Strahlentherapie-Radioonkologie/Nuklearmedizin
URO	Urologie
VwG	Verwaltungsverfahrensgesetz
ZAE	zentrale ambulante Versorgung
SANE	Sanitäre Einschau

Glossar

Ausdruck/Begriff	Definition	Anmerkung
Selbstständiges Ambulatorium	Organisatorisch selbstständige Einrichtung, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dient, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen	
Begehung	Bestandteil der sanitären Einschau, bei welchem die Situation vor Ort erhoben wird (siehe -> sanitäre Einschau)	
Hygieneteam	In bettenführenden Krankenanstalten ist ein Hygieneteam zu bilden, dem die/der Krankenhaushygieniker:in bzw. die/der Hygienebeauftragte, die Hygienefachkraft und weitere für Belange der Hygiene bestellte Angehörige des ärztlichen und nichtärztlichen Dienstes der Krankenanstalt angehören	Siehe § 8a Abs 3 KAKuG
Kommissionelle Einschau	Begehung des Betriebes durch alle erforderlichen Berufsgruppen	
Krankenanstalt	Definition gemäß § 1 KAKuG: „Unter Krankenanstalten (Heil und Pflegeanstalten) sind Einrichtungen zu verstehen, die <ul style="list-style-type: none">• zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustands durch Untersuchung,• zur Vornahme operativer Eingriffe,• zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung,• zur Entbindung oder• für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe oder• zur Bereitstellung von Organen zum Zweck der Transplantation bestimmt sind.	Rechtlich werden dazu auch nicht bettenführende Institutionen gezählt, die nach KAKuG als Krankenanstalten zugelassen sind.

Ausdruck/Begriff	Definition	Anmerkung
	Ferner sind als Krankenanstalten auch Einrichtungen anzusehen, die zur ärztlichen Betreuung und besonderen Pflege von chronisch Kranken bestimmt sind.“	
Kuranstalt	Definition gemäß § 42a Abs. 1 KAKuG: „Kuranstalten sind Einrichtungen, die der stationären oder ambulanten Anwendung medizinischer Behandlungsarten dienen, die sich aus einem ortsgebundenen natürlichen Heilvorkommen oder dessen Produkten im Sinne des Abs. 2 ergeben.“	§ 42 a Abs. 2 KAKuG: „Natürliche Heilvorkommen sind ortsgebundene natürliche Vorkommen, die auf Grund besonderer Eigenschaften und ohne Veränderung ihrer natürlichen Zusammensetzung eine wissenschaftlich anerkannte Heilwirkung ausüben oder erwarten lassen.“
Niederschrift	Schriftliche Abfassung des Ergebnisses der Begehung (siehe -> Begehung)	
Österreichischer Strukturplan Gesundheit	Gesetzlicher Auftrag (15a-Vereingbarung) für die integrierte Gesundheitsplanung in Österreich. Rahmenplanung für stationäre und ambulante Versorgungsplanung in den Regionalen Strukturpläne Gesundheit sowie für Reha-Beriech und Nahtstellen zum Pflegebereich.	
Sanitäre Aufsicht	Die BVB haben unter Beziehung der ihnen als Gesundheitsbehörde beigegebenen oder zur Verfügung stehenden AÄ in den Krankenanstalten und Kuranstalten ihres örtlichen Wirkungsbereiches die Einhaltung der sanitären Vorschriften gemäß §§ 60 bis 62 KAKuG zu überwachen.	Ausnahmebestimmung siehe § 60 Abs 4 KAKuG
Sanitäre Einschau	Kontrolltätigkeit der Bezirksverwaltungsbehörde aufgrund des § 60 KAKuG (siehe -> sanitäre Aufsicht)	

Mitwirkende (alphabetische Reihenfolge)

Beslic , Dr. ⁱⁿ Marica	Amt der Wiener Landesregierung, MA 15
Dachauer , Dr. ⁱⁿ Michaela	Amt der OÖ Landesregierung
Dellinger , Dr. ⁱⁿ Anne-Christine	Amt der NÖ Landesregierung
El Belazi , Gabriela	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Fellinger , Mag. Lukas	Amt der Kärntner Landesregierung
Fink , Dr. Karl	ehemals Amt der Wiener Landesregierung, MA 15
Füszl , Dr. ⁱⁿ Sylvia	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Gosch-Quehenberger , Dr. ⁱⁿ Renate	Amt der Tiroler Landesregierung
Graf , Mag. Markus	Magistrat der Stadt Salzburg
Gschiel , w. Hofrat Dr. Ernst	Amt der Burgenländischen Landesregierung
Hain , Christine	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Hipfl , Dr. Elisabeth	Bezirkshauptmannschaft Wolfsberg
Hlava , DI Anton	Gesundheit Österreich GmbH.
Kainz , Dr. ⁱⁿ Andrea, LL.M.	Amt der Steiermärkischen Landesregierung
Kellner , Dr. Robert	Amt der NÖ Landesregierung
Losert-Ganglberger , Andrea BSc MSc	Amt der NÖ Landesregierung
Mahner , Dr. ⁱⁿ Gerda	Amt der Wiener Landesregierung, MA 15
Margesin , Dr. Christoph	Magistrat der Stadt Salzburg
Mayer , Dr. ⁱⁿ Margit	Amt der Steiermärkischen Landesregierung
Muchl , Mag. Dr. Robert	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Müller , Dalibor	Amt der Kärntner Landesregierung
Müller-Wohlgenannt , Dr. ⁱⁿ Margarete	Amt der Vorarlberger Landesregierung
Novosel-Ott , Gabriele MSc	Amt der NÖ Landesregierung
Pichler , Dr. ⁱⁿ Michaela	Amt der Tiroler Landesregierung
Pitner , Dr. ⁱⁿ Barbara	Amt der Steiermärkischen Landesregierung
Sollak , Dr. Robert	Amt der Salzburger Landesregierung

Strauß , PD ⁱⁿ DDr. ⁱⁿ Reinhild, MSc DTM&H	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Trattler , Dr. Birgit	Magistrat Klagenfurt
Wallenko , Dr. Heimo	Amt der Kärntner Landesregierung
Wiedner , ADir Gerald, Akad.KrkhMan LL.M. MSc	Bundesministerium für Landesverteidigung
Zimmermann , Mag. Madlin	Amt der Kärntner Landesregierung

ANHANG

1 BMASGK - Sanitäre Aufsicht über Krankenanstalten



BUNDESMINISTERIUM
FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES

An
Alle Landessanitätsdirektoren

GZ: 21.610/2-VIII/D/5/99

Wien, 21. Juni 1999

Betreff: Sanitäre Aufsicht über Krankenanstalten

Sehr geehrter Herr Landessanitätsdirektor!

Aus Anlaß einer Erörterung des Begriffes der „Sanitären Aufsicht über Krankenanstalten“ bei der Konferenz der leitenden Sanitätsbeamten bei den Ämtern der Landesregierungen am 10. und 11. Juni 1999 teilt das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales folgendes mit:

Gemäß § 60 Abs. 1 Krankenanstaltengesetz (KAG) haben die Bezirksverwaltungsbehörden unter Beiziehung der ihnen als Gesundheitsbehörden beigegebenen oder zur Verfügung stehenden Amtsärzte in den Krankenanstalten ihres örtlichen Wirkungsbereiches die Einhaltung der sanitären Vorschriften, die auf Grund des Ersten Teiles dieses Bundesgesetzes erlassen werden, zu überwachen.

Unter "Sanitärer Aufsicht" ist eine behördliche Tätigkeit zu verstehen, deren Zweck es ist, die Beobachtung jener sanitären Vorschriften in den Krankenanstalten durch die darin tätigen Personen zu gewährleisten, die vom Kompetenztatbestand Heil- und Pflegeanstalten erfaßt werden. Das bedeutet, daß die Einhaltung jener Vorschriften zu überwachen ist, die durch die Ausführungsgesetze der Länder im Rahmen des Kompetenztatbestandes Heil- und Pflegeanstalten geschaffen werden, sowie die Einhaltung der von den Landesbehörden auf Grund der Ausführungsgesetze erlassenen Bescheide.

- 2 -

Abteilung VIII/D/5, Auskunft: Fr. Dr. FÜSZL, DW 4885
A-1010 Wien, Stubenring 1, Tel: +43 1 711 72, Fax +43 1 718 718 3, DVR:0017001

Daraus folgt, daß im Rahmen der Überwachungstätigkeit nicht nur die Einhaltung von Auflagen zu überprüfen ist, die zur Sicherstellung der notwendigen hygienischen Voraussetzungen in der Krankenanstalt von der Landesregierung in krankenanstaltenrechtlichen Genehmigungsbescheiden vorgeschrieben wurden.

Die Überwachungstätigkeit hat sich vielmehr auch auf die Einhaltung von all jenen Bestimmungen des Landeskrankenanstaltengesetzes bzw. der darauf gegründeten Verordnungen zu erstrecken, die im Rahmen des Kompetenztatbestandes Heil- und Pflegeanstalten erlassen wurden.

Die Sanitäre Aufsicht erstreckt sich hingegen nicht auf allfällige sonstige im Landeskrankenanstaltengesetz enthaltene Bestimmungen (z.B. Dienstrecht für Landes- und Gemeindebedienstete) sowie auf sonstige Normen, die beim Betrieb von Krankenanstalten einzuhalten sind (z.B. Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz).

Da z.B. Betriebsbewilligungen nur erteilt werden dürfen, wenn die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen und ein geeigneter ärztlicher Leiter und Abteilungsleiter namhaft gemacht worden und die erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein muß, und davon auszugehen ist, daß die Voraussetzungen auch während des Betriebes gegeben sein müssen, unterliegen auch diese Fragen ebenso wie alle anderen den Betrieb von Krankenanstalten betreffenden Bestimmungen der Landeskrankenanstaltengesetze der Überprüfung im Rahmen der sanitären Aufsicht.

Festgehalten sei, daß sich die Sanitäre Aufsicht auf alle Arten von Krankenanstalten bezieht, demnach auch auf Krankenanstalten in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums.

Zur Frage der Häufigkeit der Überprüfung sagt das KAG nichts aus. Auch in den Materialien zur Stammfassung des KAG und zur Novelle 1993 wird darüber nichts ausgesagt. Es wird davon auszugehen sein, daß die Häufigkeit der Überprüfungen nicht generell für alle Arten von Krankenanstalten gleich zu beurteilen sein wird. Es wird vielmehr von der Art der Anstalt und von deren Größe abhängig sein und nach medizinischer Notwendigkeit im Einzelfall zu beurteilen sein. Als Richtschnur könnte auf die ausdrückliche Regelung im § 17 Abs. 2 des Bundesgesetzes über natürliche Heilvorkommen- und Kurorte zurückgegriffen werden, wonach Heilvorkommen, Kuranstalten und Kureinrichtungen sowie Kurorte vom Amtsarzt der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde mindestens einmal im Jahr einer Ortsbesichtigung zu unterziehen sind. Die Entscheidung über die Häufigkeit der Kontrollen bleibt allerdings der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde überlassen, die die Frage auf Grund ihrer räumlichen Nähe und Kenntnis der in Betracht kommenden Krankenanstalten zu entscheiden hat, sofern in dieser Frage nicht eine generelle Festlegung

durch den Landeshauptmann erfolgt. Ein Tätigwerden nur im Anlaßfall ist allerdings nicht gesetzeskonform, da im Anlaßfall die in § 60 Abs. 3 KAG vorgesehenen Maßnahmen zu setzen sind, während dem Begriff der Überwachung in Abs. 1 des § 60 leg. cit. zweifellos eine gewisse Regelmäßigkeit innewohnt.

Hochachtungsvoll
Für die Bundesministerin
AIGNER

Für die Richtigkeit
der Ausfertigung:

2 Schwerpunktmäßige Einschau durch Amtssachverständige in NÖ

Vorgehensweise /Tätigkeiten der Kompetenz-BH bei „kleiner“ Einschau

Ablaufschema

1. **Definition:** Die „kleine“ Einschau wird im KAKuG nicht definiert.
Sie soll zwischen den kommissionellen Einschauen, vom Amtsarzt alleine in folgenden Zeitabständen durchgeführt werden:
 - 1.1. öffentliche Krankenanstalten: 1x jährlich Amtsarzt
 - 1.2. Sonderkrankenanstalten: keine „kleine“ Einschau vorgesehen
 - 1.3. Ambulatorien: alle 1-3 Jahre Amtsarzt
 - 1.4. Kuranstalten: keine „kleine“ Einschau vorgesehen

2. **Zuständigkeit der Amtsärzte:**
Die „kleine“ Einschau soll von jenen Amtsärzten durchgeführt werden, welche auch als Gutachter bei den kommissionellen Einschauen, von den Kompetenz-BH beigezogen werden. Dies bedeutet, bei öffentlichen Krankenanstalten im gesamten Kompetenzbereich der Amtsarzt der Kompetenz-BH.
Bei Ambulatorien soll die „kleine“ Einschau der örtlich zuständige Amtsarzt der jeweiligen BH durchführen.
Bei Sonderkrankenanstalten und Kuranstalten ist keine „kleine“ Einschau vorgesehen.

3. **Aufforderung:**
Die Kompetenz-BH hat den zuständigen Amtsarzt am Beginn des Jahres schriftlich aufzufordern, eine kleine Einschau durchzuführen.
Der Amtsarzt hat der Kompetenz-BH rückzumelden, wann dies geplant ist.

4. **Ausschreibung der „kleinen“ Einschau:**
Der zuständige Amtsarzt hat den Rechtsträger und die Leitung der Einrichtung vom Termin der kleinen Einschau zu benachrichtigen.
Die Klinikleitung sowie das Hygieneteam, sollten bei der „kleinen“ Einschau anwesend sein.

Sollte bereits im Vorhinein feststehen, welche Abteilung bzw. Ambulanz vom Amtsarzt besichtigt wird, so sollte auch der Abteilungsleiter bzw. die Vertretung anwesend sein.

5. Umfang der „kleinen“ Einschau:

Der Amtsarzt hat laut Checkliste „Ambulatorien Allgemein“ die Krankenanstalten anzuschauen.

Bei öffentlichen Krankenanstalten werden bei der ersten „kleinen“ Einschau nach der kommissionellen Einschau die medizinischen/hygienischen Auflagenpunkte zu überprüfen sein.

In der Folge werden eine/mehrere Abteilung/en, Ambulanzen..., anzusehen sein. Dabei ist auch anhand der Checkliste „Ambulatorien Allgemein + Personal“ vorzugehen und allfällige Mängel in eine Niederschrift aufzunehmen.

In dieser Niederschrift ist auch zu vermerken, dass die Behebung der Mängel an die Kompetenz-BH zu melden ist.

Weiteres ist aufzunehmen, ob eine bescheidmäßige Vorschreibung der Mängelbehebung durch GS4 erforderlich ist.

6. Übermittlung der Niederschrift:

Die Niederschrift der „kleinen“ Einschau ist der Kompetenz- BH zu übermitteln.

Die Kompetenz-BH hat die Niederschrift dem Rechtsträger und der Einrichtung zu übermitteln und der Abteilung GS4 zur Kenntnis zu bringen.

Mag. Itzenthaler

*Beim Ablaufschema der „kleinen“ Einschau handelt es sich um eine Routinekontrolle. Bei Bedarf kann die Kompetenz- BH jederzeit eine „Kontrolle“ von Krankenanstalten und Kuranstalten anordnen.

3 Checklisten

3.1 Checkliste „Selbständiges Ambulatorium allgemein“

Checkliste Selbständiges Ambulatorium allgemein

Eine völlige Unzuständigkeit der Bezirksverwaltungsbehörde ergibt sich nur dann, wenn alle Punkte in § 6o Abs. 4 Z 1 bis 3 KAKuG tatsächlich durch ein QM[®] Zertifikat abgedeckt werden → im Vorfeld Abklärung hinsichtlich Kontrolle der ÖQMed erforderlich

- Die zeichnungsberechtigte Vertretung des selbständigen Ambulatoriums erklärt, dass sich diese nicht regelmäßigen Überprüfungen durch die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin (ÖQMed) oder einer vergleichbaren Einrichtung im Sinne des § 6o Abs. 4 KAKuG unterzieht und bislang keine diesbezüglichen Verträge der Behörde übermittelt hat.
- Die zeichnungsberechtigte Vertretung des selbständigen Ambulatoriums erklärt, dass sie sich diesen regelmäßigen Überprüfungen durch die

.....
unterzieht und legt dazu als Bestätigung die entsprechende vertragliche Vereinbarung vor:

.....
Daher wird keine Überprüfung im Rahmen der Sanitären Aufsicht gem. § 6o-6z KAKuG durchgeführt.

(Titel, Vorname, Nachname, Funktion in Blockbuchstaben des/der Zeichnungsberechtigten des selbständigen Ambulatoriums)

Unterschrift des/der Zeichnungsberechtigten des selbständigen Ambulatoriums

.....
Bezeichnung des selbständigen Ambulatoriums

Anwesende

1. Für die Behörde

.....
Name, Funktion

2. Für das selbständige Ambulatorium

.....
Name, Funktion

Ärztliche Leiterin bzw. ärztlicher Leiter:

.....
Titel, Vorname, Name; Fachrichtung

Liegt ein Genehmigungsbescheid für den Ärztlichen Leiter gemäß Landes-KAG vor?

ja, Bescheidzahl mit Datum nein

Stellvertreter:in der ärztlichen Leiterin bzw. des ärztlichen Leiters:

.....
Titel, Vorname, Name; Fachrichtung

Wurde eine Anzeige der Bestellung gemäß Landes-KAG durchgeführt?

ja, Aktenzahl mit Datum nein

Kaufmännische Direktorin bzw. Kaufmännischer Direktor:

.....
Titel, Vorname, Name

Technische Sicherheitsbeauftragte bzw. Technischer Sicherheitsbeauftragter (TSB):

.....
Titel, Vorname, Name

Wurde eine Anzeige der Bestellung gemäß Landes-KAG durchgeführt?

ja, Aktenzahl mit Datum nein

Weitere Person: Funktion:

.....
Titel, Vorname, Name

Weitere Person: Funktion:

.....
Titel, Vorname, Name

Weitere Person: Funktion:

.....
Titel, Vorname, Name

Weitere Person: Funktion:

.....
Titel, Vorname, Name

Weitere Person: Funktion:

.....
Titel, Vorname, Name

Weitere Person: Funktion:

.....
Titel, Vorname, Name

Weitere Person: Funktion:

.....
Titel, Vorname, Name

Weitere Person: Funktion:

.....
Titel, Vorname, Name

Weitere Person: Funktion:

.....
Titel, Vorname, Name

Weitere Person: Funktion:

.....
Titel, Vorname, Name

Weitere Person: Funktion:

.....
Titel, Vorname, Name

Inhalt

1	ÖFFNUNGSZEITEN DES SELBSTÄNDIGEN AMBULATORIUMS.....	5
2	RÄUMLICHE GEGEBENHEITEN.....	5
3	LEISTUNGSANGEBOT	6
4	ANSTALTSORDNUNG	8
5	FÜHRUNG VON KRANKENGESCHICHTEN UND DOKUMENTENMANAGEMENT/DATENSCHUTZ.....	8
6	INFORMATIONSWESEN.....	9
7	UNTERSUCHUNG VON ENTNOMMENEM GEWEBE.....	10
8	QUALIFIKATION DES MEDIZINISCHEN PERSONALS	10
9	QUALITÄTSSICHERNDE MASSNAHMEN UND QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSION.....	10
10	RISIKOMANAGEMENT	12
11	MELDEWESEN GEMÄSS DEN EINSCHLÄGIGEN GESETZEN Epidemiegesetz, AIDS- Gesetz, Tuberkulosegesetz, Geschlechtskrankheitengesetz	13
12	ARZNEIMITTELVORRAT	14
13	ALLGEMEINE CHECKLISTE FÜR DIE ÜBERPRÜFUNG DER KRANKENHAUSHYGIENE IN SELBSTÄNDIGEN AMBULATORIEN	16
14	STANDARDARBEITSANWEISUNGEN (SOP'S) FÜR HYGIENERELEVANTE TÄTIGKEITEN.....	17
15	DURCHFÜHRUNG DER BLUTABNAHME	21
16	INSTRUMENTENAUFBEREITUNG (Reinigung, Desinfektion, Sterilisation).....	23
17	WÄSCHEGEBARUNG	24
18	UNTERSUCHUNG VON WASSERPROBEN	24
19	ABFALLENTSORGUNG	25
20	BEANSTANDUNGEN?.....	25
21	GLOSSAR.....	26

1 ÖFFNUNGSZEITEN DES SELBSTÄNDIGEN AMBULATORIUMS

Gibt es fixe Ambulatoriumsöffnungszeiten?

- ja nein Ambulatoriumsöffnungszeiten wurden geändert und entsprechen nicht mehr dem aktuellen Betriebsbewilligungsbescheid

Angabe der Öffnungszeiten: (von - bis)

2 RÄUMLICHE GEGEBENHEITEN

§ 4 KAKuG:

(1) Jede geplante räumliche Veränderung ist der Landesregierung anzuzeigen. Wesentliche Veränderungen, auch der apparativen Ausstattung oder des Leistungsangebotes, bedürfen der Bewilligung der Landesregierung. (2) Für die Erwerbung oder die Erweiterung von Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers sind die Bestimmungen der §§ 3a und 3b entsprechend anzuwenden.

SIEHE dazu auch das Ausführungsgesetz des zuständigen Bundeslandes

Entspricht das Raumangebot der planlichen Darstellung des aktuell vorliegenden Bescheides → Betriebsbewilligungsbescheid? (Hinzunahme neuer Räumlichkeiten, Umbauten etc.)

- ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Die Änderungen wurden bei der Landesregierung angezeigt

- ja nein das Verfahren darüber ist noch im Laufen

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Wurden Raumumwidmungen vorgenommen?

- ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Die Änderungen wurden bei der Landesregierung angezeigt

- ja nein das Verfahren darüber ist noch im Laufen

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Sind im räumlichen Verbund Bereiche vorhanden, die nicht nach dem KAKuG geregelt sind (z.B. Cafeteria, Privatpraxis, Hotel)?

- ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Wenn ja, ist diese Trennung für die Patientinnen und Patienten klar ersichtlich?

ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Die Änderungen wurden bei der Landesregierung angezeigt

ja nein das Verfahren darüber ist noch im Laufen

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Ist Ihre Einrichtung barrierefrei erreichbar?

ja nein geplant mit Hilfestellung erreichbar

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Sind Informationen über die Erreichbarkeit und Barrierefreiheit Ihrer Einrichtung öffentlich verfügbar (Webseite, Informationsfolder u. ä.)?

ja nein geplant

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Wenn ja, Angabe um welche Informationen es sich handelt

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

3 LEISTUNGSANGEBOT

Gibt es für das Leistungsangebot einen gültigen Betriebsbewilligungsbescheid?

ja (Betriebsbewilligungsbescheid bereithalten) nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Werden die in diesem Bescheid angeführten Betriebsauflagen eingehalten?

ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Entspricht das Leistungsangebot dem bescheidmäßig bewilligten Anstaltszweck und Leistungsumfang?

ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Welche Untersuchungen und Behandlungen werden durchgeführt?

Ggf. Klärung durch Vorarbeit oder Nacharbeit

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Werden ausschließlich Behandlungen durchgeführt, die den Vorgaben des § 8 (2) KAKuG entsprechen?

§ 8 KAKuG:

(2): *Pfleglinge von Krankenanstalten dürfen nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen bzw. zahnmedizinischen Wissenschaft ärztlich bzw. zahnärztlich behandelt werden.*

SIEHE dazu auch das Ausführungsgesetz des zuständigen Bundeslandes

ja nein

Wenn nein, welche (z.B. Bioresonanz, Frischzellen, TCM, ...)

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Ärztliche Anwesenheit:

Ärztliche Leiterin bzw. Ärztlicher Leiter:

Name	Fachrichtung	anwesend von – bis

Stv. der ärztlichen Leiterin bzw. des ärztlichen Leiters:

Name	Fachrichtung	anwesend von – bis

Sonstige Ärztinnen und Ärzte:

Klicken oder tippen Sie hier, um Angaben zu sonstige Ärztinnen und Ärzte einzugeben.

Ist die ständige Anwesenheit eines/r zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arztes/Ärztin während der Öffnungszeiten des Selbständigen Ambulatoriums gewährleistet?

Ausnahmen beachten → siehe Betriebsbewilligungsbescheid (z.B. Physikalische Therapie)

ja nein nicht erforderlich

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

4 ANSTALTSORDNUNG

Liegt eine von der zuständigen Landesregierung genehmigte Fassung der Anstaltsordnung vor?

- ja nein

Bescheidzahl und Datum der Genehmigung:

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Ist die Anstaltsordnung entsprechend dem Bescheid für die Patientinnen und Patienten sichtbar angeschlagen?

- ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

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

- ja nein geplant

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

5 FÜHRUNG VON KRANKENGESCHICHTEN UND DOKUMENTENMANAGEMENT/DATENSCHUTZ

Werden Krankengeschichten entsprechend dem § 10 KAKuG geführt? SIEHE dazu auch das Ausführungsgesetz des zuständigen Bundeslandes

- ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Ist der Schutz vor missbräuchlicher Einsichtnahme gewährleistet?

- ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Sind patientenbezogene Daten vor fremdem (unbefugtem) Zugriff geschützt (z. B. durch Passwörter)?

- ja nein geplant

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Sind die patientenbezogenen Daten durch geeignete Sicherheitsmaßnahmen vor Verlust geschützt?

- ja nein geplant

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Werden sensible Betriebsmittel, wie z. B. Rezeptformulare, Stempel, Suchtgiftbuch diebstahlgeschützt aufbewahrt?

- ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Gibt es in Ihrer Einrichtung eine strukturierte Dokumentenlenkung?

- ja nein geplant

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Sind die Mitarbeiter/innen nachweislich über ihre Verschwiegenheitspflichten informiert?

- ja nein geplant

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

6 INFORMATIONSWESEN

Wie wird in Ihrer Einrichtung sichergestellt, dass allen Angehörigen von Gesundheitsberufen der Zugang zum aktuellen Stand der Wissenschaft gewährleistet ist?

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

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Wie werden Mitarbeiter:innen über aktuelle Gesetze, Verordnungen, Bundesqualitätsstandards, Leitlinien und Fachempfehlungen informiert?

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

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

7 UNTERSUCHUNG VON ENTNOMMENEM GEWEBE

Werden zytopathologische bzw. histopathologische Untersuchungen entsprechend dem jeweiligen KAG durchgeführt?

- ja nein aufgrund des Leistungsspektrums nicht erforderlich

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

8 QUALIFIKATION DES MEDIZINISCHEN PERSONALS

Wurden Qualifikationsnachweise laut Personalliste ausgefüllt, überprüft und liegen bei?

- ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Erfolgt der Einsatz der Berufsgruppen entsprechend den gesetzlichen Vorschriften?

Bei den Angaben „nein“ und „unklar“ ist eine weitergehende juristische Überprüfung durch die Landesregierung erforderlich.

- ja nein unklar

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Werden Mitarbeiter:innen auf die Anwendung medizinischer Geräte eingeschult?

- ja nein geplant

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Werden die Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter:innen strukturiert erfasst?

- ja nein geplant

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

9 QUALITÄTSSICHERNDE MASSNAHMEN UND QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSION

Welche Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 5 b KAKuG werden gesetzt und sind im selbständigen Ambulatorium auch dokumentiert vorhanden?

(z.B. Verbindliche Standardarbeitsanweisungen (SOP), Qualitätshandbuch, ISO-Zertifizierung, Akkreditierung oder ähnliches) SIEHE dazu auch das Ausführungsgesetz des zuständigen Bundeslandes

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Enthält die Anstaltsordnung Bestimmungen über Qualitätssicherung?

- ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Werden in Ihrer Einrichtung Patientenbefragungen durchgeführt

- ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Wenn ja, werden aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet?

- ja nein geplant

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Ist in Ihrer Einrichtung eine Qualitätsstrategie nachweislich festgelegt?

- ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Wenn ja, sind aus der Qualitätsstrategie konkrete Qualitätsziele abgeleitet?

- ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Wie spiegeln sich die aus der Qualitätsstrategie abgeleiteten Ziele in der täglichen Arbeit wider?

- Qualitätsziele werden allen Mitarbeiter:innen kommuniziert
- Kennzahlen zur Messung der Erreichung der Qualitätsziele sind festgelegt
- Zielerreichung anhand von festgelegten Kennzahlen

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Gibt es in Ihrer Einrichtung definierte Ansprechpartner:innen für Qualitätsarbeit?

- ja nein geplant

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Wird in Ihrer Einrichtung - zusätzlich zur gesetzlich verpflichtenden österreichweiten Qualitätsberichterstattung (Qualitätsplattform) - ein eigener Bericht über die Qualitätsarbeit erstellt?

- ja nein geplant

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

10 RISIKOMANAGEMENT

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

- ja nein geplant

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Welche Instrumente des Risikomanagements werden in Ihrer Einrichtung verwendet oder sind geplant?

- Einrichtunginterne/ trägerinterne Fehlermelde- und Lernsysteme (Reporting & Learning-Systeme)
- Übergreifende Fehlermelde- und Lernsysteme (z. B. CIRSmedical.at)
- Risikoanalyse
- Fehleranalyse (z. B. anhand des London-Protokolls)
- Checklisten für ein strukturiertes Vorgehen in besonders gefahrgeneigten Situationen (z. B. OP-Checkliste der WHO)

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Werden Mitarbeiter:innen mittels eines standardisierten Informationsprozesses über individuelle Gefahrenpotentiale und Komplikationsrisiken von Patientinnen bzw. Patienten informiert, z. B. Allergien?

- ja nein geplant

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Auf Basis welcher Daten, Auswertungen oder Informationen werden kontinuierliche Verbesserungen initiiert?

- Patientenbefragungen
- Mitarbeiterbefragungen
- Sanitäre Aufsicht
- Selbsthilfegruppen
- Vertragspartner
- Interne/externe Audits oder Visitationen
- Beschwerde- /Feedbackmanagement, Ombuds-/Beschwerdestelle
- Risikomanagement (z. B.: aus Fehlermelde- und Lernsystemen)
- Personenschadenfälle
- Hygiene
- Routinedaten z. B. Abrechnungsdaten, Patientendaten, Kostendaten, Leistungsdaten
- A-IQI (z. B. auf Basis von Peer Reviews)
- Controlling z. B. Aufzeichnungen, Auswertungen, Berichte oder Planungen der Controlling-Abteilung, Balanced Scorecard - (BSC)
- Betriebliches Vorschlagswesen / Ideenmanagement
- Sonstige

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Welche der folgenden Qualitätsinstrumente sind in Verwendung?

- Prozessbeschreibungen
- Leitlinien
- Klinische Pfade
- Richtlinien
- Checklisten, SOPs

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

11 MELDEWESEN GEMÄSS DEN EINSCHLÄGIGEN GESETZEN

Epidemiegesetz, AIDS-Gesetz, Tuberkulosegesetz, Geschlechtskrankheitengesetz

Ist eine Standardarbeitsanweisung (SOP) über das Vorgehen bei meldepflichtigen Krankheiten gemäß den einschlägigen Gesetzen im selbständigen Ambulatorium vorhanden?

- ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Ist diese SOP verbindlich von der Leitung des selbständigen Ambulatoriums für alle betroffenen Mitarbeiter:innen erlassen worden?

- ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Gibt es im selbständigen Ambulatorium eine verbindliche Festlegung, welche Funktionsträgerin bzw. welcher Funktionsträger inklusive Stellvertretung diese Meldungen an die Gesundheitsbehörde (zuständiges Bezirksgesundheitsamt des Wohnortes) durchzuführen hat?

- ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Gibt es im selbständigen Ambulatorium für diese Meldung einen verbindlichen Zeitraum in dem diese durchzuführen ist?

- ja nein

Wenn ja, Angabe des Zeitraums:

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Ist diese Festlegung verbindlich von der Leitung des selbständigen Ambulatoriums für alle betroffenen Mitarbeiter:innen erlassen worden?

- ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Wird diese Festlegung regelmäßig evaluiert (vor allem bei personellem Wechsel der Funktionsträger:innen)?

ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

In welcher Form werden die ergangenen Meldungen im selbständigen Ambulatorium dokumentiert?

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

1.2 ARZNEIMITTELVORRAT

Ist ein Arzneimittelvorrat gemäß § 20 KAKuG vorhanden? SIEHE dazu auch das Ausführungsgesetz des zuständigen Bundeslandes

ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Bei Vorhandensein eines Arzneimittelvorrates (siehe eigene Niederschrift müssen die folgenden Punkte betreffend Notfallausstattung nicht ausgefüllt werden.

NOTFALLAUSSTATTUNG

Anm.: Ist kein Arzneimittelvorrat vorhanden, sind in jedem Fall Notfallmedikamente bereit zu halten.

§ 23 (2) KAKuG Unbedingt notwendige erste ärztliche Hilfe darf in öffentlichen Krankenanstalten niemandem verweigert werden.

Die Notfallmedikamente und die für die Applikation erforderlichen Instrumentarien zur ärztlichen Hilfeleistung sind vor Ort zu verwahren und stehen unter Aufsicht des/r Ärztlichen Leiters/Leiterin. Sie sind laufend den Erfordernissen des gegenwärtigen Wissensstandes der Medizin und nach den Erfordernissen des bescheidenmäßig bewilligten Leistungsspektrums anzupassen. Als Richtlinie wird dabei z. B. auf die Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Innerklinische Reanimation“ des ARC (Austrian Resuscitation Council – der österreichische Rat für Wiederbelebung) verwiesen.

Sind eine Notfallmedikation und eine Ausrüstung für erste ärztliche Hilfe (Notfallkoffer) vorhanden und ist der Ort der Aufbewahrung gekennzeichnet?

ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Liegt ein Verzeichnis der wichtigsten Notfallnummern auf?

(Rettung, Notarzt, nächstes Krankenhaus, ...)

ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Wird die Notfallausstattung nachweislich regelmäßig überprüft und nach jedem Einsatz entsprechend ergänzt?

ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Existiert für diese Wartung eine Checkliste hinsichtlich der Prüfung auf Vollständigkeit und Funktionstüchtigkeit?

ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Erfolgt diese Wartung nachweislich (Dokumentation vorhanden)?

ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Werden die für Medikamente vorgeschriebenen Lagerungstemperaturen eingehalten?

(„Gekühlt“ +2°C bis +8°C, „Kühl“ +8°C bis +15°C, „nicht über Raumtemperatur“ max. +25°C)

ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Periodische Überprüfung der Messgenauigkeit der Blutdruckmessgeräte (mindestens alle 2 Jahre mit Angabe des Datums der letzten Überprüfung)

ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Haben Sie einen schriftlichen Plan für medizinische Notfälle, in dem die getroffenen Vorkehrungen festgehalten und erläutert sind?

ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Wenn ja, ist ihr Personal nachweislich über die Inhalte des Notfallplans unterwiesen?

ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

13 ALLGEMEINE CHECKLISTE FÜR DIE ÜBERPRÜFUNG DER KRANKENHAUSHYGIENE IN SELBSTÄNDIGEN AMBULATORIEN

Hygienebeauftragte:r (HBA)

(gemäß § 8a KAKuG - SIEHE dazu auch das Ausführungsgesetz des zuständigen Bundeslandes)

Titel, Vorname, Name	Fachrichtung

- die/der HBA ist im selbständigen Ambulatorium angestellt
- die/der HBA betreut das selbständige Ambulatorium zur Gänze im Rahmen einer Konsulententätigkeit
- wird durch die fachlich geeignete ärztliche Leiterin / den fachlich geeigneten ärztlichen Leiter des selbständigen Ambulatoriums, unter Beiziehung einer bzw. eines HBA für die gem. Landesgesetzgebung festgelegten Belange, selbst wahrgenommen.

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Verfügt der/die Hygienebeauftragte über eine entsprechende fachliche Eignung?

(gemäß § 8a KAKuG - SIEHE dazu auch das Ausführungsgesetz des zuständigen Bundeslandes)?

- ja
- nein
- Qualifikation vorgelegt und überprüft (für in Ausbildung stehende HBA gilt die Vorlage der Teilnahmebestätigung an den einzelnen Ausbildungsmodulen als einstweilige Qualifikation)

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Liegt für die Bestellung zum Hygienebeauftragten eine schriftliche Vereinbarung, mit Angabe der Mindeststunden für die Belange der Krankenhaushygiene, mit Zustimmung zur Übernahme dieser gesetzlich definierten Funktion vor?

Bei nicht bettenführenden selbständigen Ambulatorien in denen Hygienebelange grundsätzlich durch eine fachlich geeignete ärztliche Leiterin bzw. einen fachlich geeigneten ärztlichen Leiter wahrgenommen werden und ein HBA nur für die gem. Landesgesetzgebung festgelegten Belange beigezogen wird, ist lediglich eine schriftliche Vereinbarung OHNE Mindeststundenanzahl erforderlich.)

- ja
- nein

Angabe der zugewiesenen Zeitressourcen (nicht Mindeststunden)

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Wer ist sonst noch für Hygienefragen zuständig?

Anm.: Mit Hygienefragen sollten noch weitere Personen betraut sein, die an der praktischen Umsetzung beteiligt sind, z.B. auch ein Physiotherapeut, eine Physiotherapeutin. Diese Person ist dann von besonderer Bedeutung, wenn die Krankenanstalt durch einen HBA in Konsulententätigkeit betreut wird.

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Gibt es regelmäßige periodisch wiederkehrende Schulungen/Unterweisungen der Mitarbeiter:innen in Hygienefragen?

Anm.: Es muss darüber eine Dokumentation vorgelegt werden (Zeitpunkt, Inhalt, Unterschriftenliste der daran teilgenommenen Personen)

- ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Ist ein vollständiger Hygieneplan gemäß § 8a (4) KAKuG vorhanden?

(Der Hygieneplan ist die Summe aller Standardarbeitsanweisungen entsprechend dem Leistungsangebot des selbständigen Ambulatoriums, inklusive eines Reinigungs- und Desinfektionsplans. Bei sehr geringem Leistungsangebot kann der Hygieneplan in seiner minimalsten Variante auch nur aus einem Reinigungs- und Desinfektionsplan bestehen.) SIEHE dazu auch das Ausführungsgesetz des zuständigen Bundeslandes

- ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

14 STANDARDARBEITSANWEISUNGEN (SOP'S) FÜR HYGIENERELEVANTE TÄTIGKEITEN

Anm.: Wenn die im Folgenden angeführten hygienerlevanten Arbeitsabläufe für ein selbständiges Ambulatorium zutreffen, müssen dafür schriftliche Richtlinien vorliegen, die den lokalen Gegebenheiten angepasst sind.

HÄNDEHYGIENE

Gibt es eine SOP wann eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen ist (s. Hygieneplan)?

- ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Gibt es eine SOP, bei welchen Tätigkeiten Einmalhandschuhe zu tragen sind?

- ja nein aufgrund des Leistungsspektrums nicht erforderlich

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Sind Einmalhandschuhe in Entnahmekartons in ausreichender Zahl und in unmittelbarer Nähe des Arbeitsplatzes vorhanden?

- ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Sind Waschbecken und/oder Desinfektionsmittelspender in gut erreichbarer Entfernung von den Arbeitsplätzen vorhanden?

- ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Sind die Handwaschbecken für das Personal zur hygienisch einwandfreien Händereinigung/-desinfektion geeignet?

(Kalt- und Warmwasser, wandmontierte Spender mit Armhebelbedienung für Flüssigseife und Händedesinfektionsmittel, Einmalhandtuchspender und Abwurfbehälter ohne Handberührung für gebrauchte Einmalhandtücher)

- ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Sind die sanitären Anlagen für die Patientenschaft hygienisch akzeptabel ausgestattet?

(Kalt- und Warmwasser, wandmontierte Spender für Flüssigseife, Einmalhandtuchspender, Hygienebeutelspender und Abwurfbehälter für gebrauchte Einmalhandtücher)

- ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Werden für die Händedesinfektion Präparate aus der aktuellen Expertisenliste der ÖGHMP, VAH oder RKI eingesetzt?

- ja nein

Angabe der Handelsnamen der Präparate für die Händedesinfektion:

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Ist das Anbruchsdatum ersichtlich?

- ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Ist die Kennzeichnung des Inhaltes ersichtlich?

- ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

CHIRURGISCHE HÄNDEDESINFEKTIONEN

Vor Eingriffen bei denen sterile Handschuhe getragen werden, ist eine chirurgische Händedesinfektion durchzuführen.

Ist der Ablauf der chirurgischen Händedesinfektion in einer SOP festgelegt?

- ja nein aufgrund des Leistungsspektrums nicht erforderlich

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Werden für die chirurgische Händedesinfektion Präparate aus der aktuellen Expertenliste der ÖGHMP, VAH oder RKI eingesetzt?

ja nein

Angabe der Handelsnamen der Präparate für die Händedesinfektion:

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

HAUTANTISEPTIK

Hautantiseptika, die vor Eingriffen eingesetzt werden, können auch als Arzneimittel registriert sein.

Werden für die Hautantiseptik vor Eingriffen mit Verletzung der Haut (z.B. Injektionen, Punktionen, Operationen) alkoholische Präparate eingesetzt, die in der aktuellen Expertenliste der ÖGHMP, VAH oder RKI in der Rubrik „Hautdesinfektionsmittel“ angeführt sind?

ja nein

Angabe der Handelsnamen der Präparate für die Händedesinfektion:

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

SCHLEIMHAUTANTISEPTIK

Die Präparate müssen als Arzneimittel für den vorgesehenen Einsatzbereich registriert sein.

Gibt es SOP's für die Schleimhautantiseptik vor Eingriffen wie z.B. Setzen eines Harnkatheters bei transvaginalen Eingriffen oder Eingriffen am Auge (s. Hygieneplan)?

ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Werden für die Schleimhautantiseptik geeignete Präparate eingesetzt, die in der aktuellen Expertenliste der ÖGHMP, VAH oder RKI in der Rubrik „Schleimhautdesinfektionsmittel“ angeführt sind?

ja nein

Angabe der Handelsnamen der Präparate für die Händedesinfektion:

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

FLÄCHENREINIGUNG UND FLÄCHENDESINFEKTION

Sind die Oberflächen von Fußböden, Wänden bis in Griffhöhe und Arbeitsflächen in Räumen, in denen eine Untersuchung und/oder Behandlung von Patientinnen und Patienten stattfindet, so ausgeführt, dass sie gut zu reinigen und auch zu desinfizieren sind?

ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Werden Papier- oder Textilaufgaben auf Patientenliegen nach jeder Patientin bzw. jedem Patienten gewechselt?

ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Gibt es eine SOP für die Reinigung von Oberflächen?

ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Gibt es eine SOP für die Desinfektion von Oberflächen?

ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Gibt es für die Herstellung der richtigen Konzentrationen von Flächendesinfektionsmittellösungen praktische Anweisungen und entsprechende Dosierhilfen?

ja nein es werden nur Fertiglösungen verwendet

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Werden Reinigungsutensilien ausreichend oft gewechselt und hygienisch korrekt aufbereitet und gelagert?

Utensilien für Flächenreinigung und Desinfektion (Mopps, Schwammtücher) müssen häufig (Mopps nach ca. 30 m² Fußboden, Schwammtücher nach einem Arbeitsdurchgang) gewechselt werden. Reinigungs- und Desinfektionslösungen sind gemeinsam mit dem Wechsel der Reinigungsutensilien zu wechseln. Reinigungsutensilien sind vorzugsweise in einer Waschmaschine thermisch gemäß A₀-System zu desinfizieren. Anschließend müssen Mopps und Schwammtücher getrocknet und trocken aufbewahrt werden. Die Aufbereitung der Reinigungsutensilien hat sich in Form einer SOP im Hygieneplan wieder zu finden.

ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Werden für die Flächendesinfektion Präparate aus der aktuellen Expertisenliste der ÖGHMP, VAH oder RKI eingesetzt?

ja nein

Angabe der Handelsnamen der Präparate für die Händedesinfektion:

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

15 DURCHFÜHRUNG DER BLUTABNAHME

(Grundlage: Erlass des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen [BMSG] GZ 20.560/74-VII/A/2/02, vom 24. September 2002)

Werden im selbständigen Ambulatorium Blutabnahmen durchgeführt?

ja nein *wenn nein – weiter zu Punkt 16*

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

In Verwendung stehendes Blutabnahmesystem:

- Vakuum
- Aspiration

Angabe des Produktnamens

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

In Verwendung stehende Kanülenhalter für Vakuumsysteme:

- Standardhalter
- Mehrfachhalter

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Werden die Kanülenhalter nach jeder Blutabnahme verworfen?

ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Werden die Kanülenhalter mit eingeschraubter Kanüle verworfen?

ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Erfolgt eine Aufbereitung der Kanülenhalter?

Die Aufbereitung von Medizinprodukten hat entsprechend den Bestimmungen des Bundesgesetzes betreffend Medizinprodukte (MPG) BGBl. Nr. 657/1996 i. d. gültigen Fassung zu erfolgen. Von einer Aufbereitung von Medizinprodukten, die zur einmaligen Verwendung vorgesehen sind, ist dringend abzuraten.

Erfolgt dennoch eine Aufbereitung, so hat diese nach einem validierten Verfahren entsprechend den weiteren Bestimmungen des MPG zu erfolgen, dieses ist durch ein Hygienegutachten zu belegen. Die Haftung für die ordnungsgemäße Aufbereitung liegt in diesem Fall beim Betreiber des selbständigen Ambulatoriums.

ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Erfolgt die Abfallentsorgung in geeignete Behältnisse (Größe, Durchstichfestigkeit) am Ort der Blutabnahme?

- ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Die Durchführung der Blutabnahme erfolgt durch:

- Ärztinnen und Ärzte mit ius practicandi
- Ärztinnen und Ärzte ohne ius practicandi
- Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal
- Biomedizinische Analytiker:innen
- Ordinationsassistentinnen und Ordinationsassistenten
- Laborassistentinnen und Laborassistenten
- Hebammen
- Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten /Pflegefachassistentinnen und Pflegefachassistenten
- Sonstige Personen

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Existieren im selbständigen Ambulatorium SOP's für die Blutabnahme?

- ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Existieren nachweisliche Einschulungen über eine hygienisch korrekte Vorgangsweise bei der Blutabnahme durch die/den HBA?

- ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Befinden sich geeignete Händedesinfektionsmittelspender in unmittelbarer Nähe zum Ort der Blutabnahme?

- ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

16 INSTRUMENTENAUFBEREITUNG (Reinigung, Desinfektion, Sterilisation)

Achtung: Medizinprodukte, die vom Hersteller als Einmalprodukte deklariert sind, dürfen grundsätzlich nicht wieder aufbereitet werden.

Werden Geräte / Instrumente wiederaufbereitet:

- ja nein (bei „nein“ sind nur die nachfolgenden Fragen hinsichtlich etwaiger Verwendung von Einmalprodukten zu beantworten)

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Aufbereitung erfolgt in der Organisation

- ja nein teilweise

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Aufbereitung erfolgt durch einen externen Aufbereiter

- ja nein teilweise

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Anmerkung: Im selbständigen Ambulatorium können Medizinprodukte teilweise als Einmalprodukte in Verwendung stehen und zusätzlich auch teilweise intern oder extern wiederaufbereitet werden - sollte dies zutreffen sind die nachfolgenden Fragestellungen zu beantworten.

Angabe der intern aufbereiteten Medizinprodukte:

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Angabe der extern aufbereiteten Medizinprodukte:

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Es werden ausschließlich Einmalprodukte verwendet

- ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Es werden teilweise Einmalprodukte verwendet

- ja nein

Angabe der verwendeten Einmalmedizinprodukte

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Nachweis der Gesamtvalidierung des Instrumentenaufbereitungsprozesses:

Im Sinne von § 93 Abs. 1 Medizinproduktegesetz sind Reinigung, Desinfektion und Sterilisation mit geeigneten validierten Verfahren durchzuführen, damit die Sicherheit und Gesundheit von Patientinnen bzw. Patienten, Anwenderinnen bzw. Anwendern oder Dritten nicht gefährdet wird.

Es ist ein Nachweis über die Gesamtvalidierung vorhanden

ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Sollten im selbständigen Ambulatorium intern Medizinprodukte wiederaufbereitet werden, ist eine Kopie über den Nachweis der Gesamtvalidierung (letzte aktuelle Validierung) beizulegen. Bei einer externen Aufbereitung ist eine Kopie der vertraglichen Vereinbarung zu übermitteln.

17 WÄSCHEGEBARUNG¹

Liegt für den Wäsche aufbereitenden Betrieb (extern oder intern) ein Hygienezertifikat vor?

(Gutachten einer autorisierten Stelle oder eines Facharztes für Hygiene und Mikrobiologie, das die „Eignung der Wäscherei, die Wäsche von Gesundheitseinrichtungen bearbeitet“ bestätigt oder ein von der österreichischen Gütezeichengemeinschaft für Wäscherei und Textilreinigung ausgestellter „Hygienepass“)

ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Wird die Wäsche desinfizierend gewaschen?

In Frage kommt die thermische Desinfektion bei ca. 90°C oder ein überprüfbares ~~chemothermisches~~ Waschverfahren.

ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Wird die Reinwäsche staubfrei (z.B. in einem eigenen Reinwäscheraum oder zumindest in geschlossenen Kästen) und getrennt von der Schmutzwäsche aufbewahrt?

ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

18 UNTERSUCHUNG VON WASSERPROBEN

Werden Warmwasserproben auf Legionellen untersucht?

Bei Vorhandensein von Warmwasserspeichern sind mindestens einmal jährlich durch ein fachlich geeignetes, zertifiziertes Labor Wasserproben auf Legionellen untersuchen zu lassen. Die Zahl der erforderlichen Proben (1 – 4 pro Anlage) hängt von der Größe des Warmwassersystems ab. Bei Warmwasserbereitung mittels Durchlauferhitzer kann auf die Untersuchung verzichtet werden. Als Richtwerte gelten die Vorgaben der

¹ ÖGHMP: Hygiene-Leitlinie für Wäschereien, die Wäsche von Gesundheitseinrichtungen bearbeiten – https://www.oeghmp.at/media/waescherei-leitlinie_29_8_2016.pdf

ÖNORM B 5019 ("Hygienerrelevante Planung, Ausführung, Betrieb, Wartung, Überwachung und Sanierung von zentralen Trinkwasser - Erwärmungsanlagen").

ja nein aufgrund des Leistungsspektrums nicht erforderlich

Befundergebnis (mit Datumsangabe des Prüfbefundes):

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

Wird Leitungswasser regelmäßig auf das eventuelle Vorkommen von Pseudomonas aeruginosa untersucht?

Bei Personalwaschtischen muss durch entsprechende Beprobung mindestens einmal jährlich sichergestellt werden, dass Wasserleitungssysteme, Armaturen mit Annäherungsautomatik oder Strahlregler nicht mit Pseudomonas aeruginosa besiedelt sind.

ja nein aufgrund des Leistungsspektrums nicht erforderlich

Befundergebnis (mit Datumsangabe des Prüfbefundes):

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

19 ABFALLENTSORGUNG

Wird der im selbständigen Ambulatorium anfallende Müll hinsichtlich Sammlung, Lagerung und Abtransport entsprechend den Bestimmungen der ÖNORM S 2104 („Abfälle aus dem medizinischen Bereich“) entsorgt?

ja nein

Klicken oder tippen Sie hier, um Anmerkungen einzugeben.

20 BEANSTANDUNGEN?

ja nein

Wenn ja, Aufträge:

Klicken oder tippen Sie hier, um Aufträge einzugeben.

und/oder Empfehlungen:

Klicken oder tippen Sie hier, um Empfehlungen einzugeben.

Erstellt von:

21 GLOSSAR

A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
CIRSmedical.at	anonymes Fehlerberichts- und Lernsystem der ÖQMed
Ggf.	Gegebenenfalls
KAG	Krankenanstaltengesetz
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
ÖGHMP	Österreichische Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin
OP	Operation
ÖQMed	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin
RKI	Robert Koch-Institut
SOP	Standardarbeitsanweisung
TCM	Traditionelle chinesische Medizin
VAH	Verbund für Angewandte Hygiene e.V.

3.2 Checkliste „Arzneimittelvorrat

Selbständiges Ambulatorium Überprüfung des Arzneimittelvorrates

Bezeichnung des Selbständigen Ambulatoriums

Ärztliche/r LeiterIn:

Titel, Vorname, Name; Fachrichtung

StellvertreterIn der/s ärztlichen LeiterIn/s:

Titel, Vorname, Name; Fachrichtung

Anwesende

1. Für die Behörde

Name, Funktion

2. Für das selbständige Ambulatorium

Name, Funktion

1 Arzneimittelbezug durch folgende Apotheke(n)

<i>Name der Apotheke</i>	<i>Straße</i>	<i>Postleitzahl</i>

2 Werden im Arzneimittelvorrat ausschließlich Medikamente gelagert?

ja nein

2.1 Konsiliar-Apotheker

Öffentliche Krankenanstalten, die keine Anstaltsapotheke betreiben, haben Konsiliar-Apotheker zu bestellen. (KAKuG § 20 Abs. 4)

.....
Titel, Vorname, Name des zum Konsiliar-Apotheker bestellten Mag. pharm.

.....
Name und Adresse der Apotheke

2.2 Erfolgen diese Kontrollen mindestens einmal jährlich?

(KAKuG § 20 Abs. 2 - SIEHE dazu auch das Ausführungsgesetz des zuständigen Bundeslandes)

ja nein

2.2.1 Termine der Konsiliar-Apothekerkontrollen seit der letzten amtsärztlichen Kontrolle:

.....

2.2.2 Gibt es übersichtlich geordnete Aufzeichnungen über diese Kontrollen?

ja nein

2.2.3 Wurden die in diesen Berichten aufgezeigten Mängel beseitigt?

ja nein

Angabe, welche Mängel noch immer bestehen
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

3 Arzneimittel-Lagerung

3.1 Werden die Arzneimittel übersichtlich und systematisch gelagert?

Arzneimittel, Waren und Reagenzien sind übersichtlich und so zu lagern, dass ihre Qualität nicht nachteilig beeinflusst wird und Verwechslungen vermieden werden (§ 5 Abs. 1 Apothekenbetriebsordnung - ABO)

ja nein

3.2 Sind die Arzneimittel vor unbefugtem Zugriff geschützt?

ja nein

3.3 Sind die für eine einwandfreie Lagerung von Arzneimittel geforderten Temperaturen¹ gewährleistet?

(„Gekühlt“ +2°C bis +8°C, „Kühl“ +8°C bis +15°C, „nicht über Raumtemperatur“ max. +25°C)

ja nein

3.4 Ist eine nachweisliche kontinuierliche Temperaturkontrolle gewährleistet (zumindest mit einem Min/Max-Thermometer)?

ja nein

3.5 Ist eine tägliche Temperaturkontrolle (zu den Ambulatoriums-Öffnungszeiten) gewährleistet und dokumentiert?

ja nein

3.6 Sind Arzneimittel, die psychotrope Stoffe enthalten, vorhanden?

ja nein

Lagerung:

Getrennt gemeinsam mit anderen Arzneimitteln

Vor unbefugtem Zugriff geschützt

ja nein

¹ Österreichisches Arzneibuch 2016

4 Werden Suchtgifte getrennt von anderen Arzneimitteln gelagert?

SMG§ 9. (1) Die nach § 6 Abs. 1 bis 6 zum Besitz von Suchtmitteln Berechtigten, die Krankenanstalten sowie alle anderen Einrichtungen, die über ein Arzneimitteldepot verfügen, haben ihren Suchtmittelvorrat durch geeignete, den jeweiligen Umständen entsprechende Maßnahmen gegen unbefugte Entnahme zu sichern. Suchtgifte sind gesondert aufzubewahren.

(2) Die Bezirksverwaltungsbehörde hat mit Bescheid Sicherungsmaßnahmen anzuordnen, die sich nach der Art und Menge sowie dem Gefährdungsgrad der Suchtmittel richten, wenn Umstände vorliegen, die die Annahme rechtfertigen, daß ein Suchtmittelvorrat nicht gemäß Abs. 1 aufbewahrt oder nicht gegen unbefugte Entnahme gesichert wird.

(3) Die Anordnung von Sicherungsmaßnahmen betreffend die Sanitätseinrichtungen des Bundesheeres (§ 6 Abs. 4) obliegt dem Bundesminister für Landesverteidigung.

ja nein

4.1 Unter Sperre:

ja nein

Art der Sperre

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

4.2 Art/Menge der gelagerten Suchtgifte:

<u>Art der gelagerten Suchtgifte</u>	<u>Menge</u>

4.3 Suchtgiftaufzeichnungen (Eingang und Ausgang) werden geführt:

ja nein

5 Verbandstoffe

5.1 Art/Menge der gelagerten Verbandstoffe:

<u>Art der gelagerten Verbandstoffe</u>	<u>Menge</u>

5.2 Trocken und staubfrei gelagert

ja nein

Wenn nein, Beschreibung der Beanstandung
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

5.3 Getrennt von anderen Materialien in einem reinen Bereich gelagert

ja nein

Wenn nein, Beschreibung der Beanstandung
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

6 Notfallausstattung

Die Notfallmedikamente und die für die Applikation erforderlichen Instrumente zur ärztlichen Hilfeleistung sind vor Ort zu verwahren und stehen unter Aufsicht des/r Ärztlichen Leiters/Leiterin. Sie sind laufend den Erfordernissen des gegenwärtigen Wissensstandes der Medizin und nach den Erfordernissen des bescheidmäßig bewilligten Leistungsspektrums anzupassen. Als Richtlinie wird dabei z.B. auf die Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Innerklinische Reanimation“ des ARC (Austrian Resuscitation Council – der österreichische Rat für Wiederbelebung) verwiesen.

ja nein

6.1 Wird die Notfallausrüstung nachweislich regelmäßig überprüft und nach jedem Einsatz entsprechend ergänzt?

ja nein

6.2 Periodische Überprüfung der Messgenauigkeit der Blutdruckmessgeräte (mindestens alle 2 Jahre mit Angabe des Datums der letzten Überprüfung):

ja nein

6.3 Allfällige sonstige Beanstandungen

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Zusammenfassung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

7 Beanstandungen?

ja nein

Wenn ja, Aufträge:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

und/oder Empfehlungen:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Erstellt von:

3.3 Checkliste „Kontrastmittel“

Checkliste für die hygienischen Anforderungen an die maschinelle Kontrastmittelapplikation

Als Grundlage werden die beschriebenen Vorgangsweisen der Richtlinie Nr. 23 „Hygienische Anforderungen an die maschinelle Kontrastmittelapplikation“, des Arbeitskreises für Hygiene in Gesundheitseinrichtungen des Magistrats der Stadt Wien, MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien herangezogen. Diese Richtlinie kann auf der Homepage der MA 15 unter der Internetadresse: <https://www.wien.gv.at/gesundheit/strukturen/hygiene/pdf/hygiene-nr23.pdf> kostenlos abgerufen werden.

Für jedes Gerät, bei dem Untersuchungen mit Kontrastmittel durchgeführt werden, ist eine gesonderte Checkliste anzufertigen.

Bezeichnung des Untersuchungsgerätes (CT, MR, etc.):

1 Bei Untersuchungen mit diesem Gerät werden Kontrastmittel manuell und durchwegs mit Einwegmaterialien verabreicht

ja nein teilweise (nähere Beschreibung erforderlich)

1.1 Die Entnahme erfolgt aus patientenbezogenen Einweggebinden

ja nein teilweise (nähere Beschreibung erforderlich)

1.2 Bei Untersuchungen mit diesem Gerät werden Kontrastmittel maschinell verabreicht

Es werden Patientenschaft-bezogene Gebinde für Kontrastmittel und für Spüllösung verwendet (bei Abweichungen davon ist der Prozess näher zu beschreiben)

Es werden große Gebinde für Kontrastmittel und Spüllösung für mehrere Patientinnen bzw. Patienten verwendet

Die maschinelle Applikation erfolgt mit Systemen, die Füllzylinder benötigen

1.3 Die Befüllung der Zylinder erfolgt

- in offener Befüllweise
- mittels geschlossener Systeme

1.4 Die Füllzylinder

- werden ausschließlich Patientenschaft-bezogen einmal verwendet
- werden für mehrere Patientinnen bzw. Patienten verwendet

1.5 Die Kontrastmittelabgabe an die Patientin bzw. den Patienten erfolgt

- mit Schlauchsystem ohne Rückschlagventile
- mit Schlauchsystemen, die über ungeeignete Rückschlagventile verfügen
- mit Schlauchsystemen, die über geeignete Rückschlagventile verfügen

1.6 Das Schlauchsystem

- wird nach jeder Patientin bzw. jedem Patienten vollständig verworfen
- Es werden Teile davon für mehrere Patientinnen bzw. Patienten wiederverwendet, nur das ausreichend lange Patientenanschlussstück wird ausgetauscht
- das Patientenanschlussstück wird sofort nach Beendigung der Untersuchung ausgetauscht. (Die Diskonnektion hat dabei zuerst patientenfern und dann erst patientennah zu erfolgen)

1.7 Existiert für die hygienisch korrekte Vorgangsweise eine SOP?

- ja nein teilweise

2 Die maschinelle Applikation erfolgt mittels Geräten, die über keine Füllzylinder verfügen (Rollenpumpensysteme)

Das Kontrastmittel wird dabei mit einer Rollenpumpe verabreicht. Es handelt sich um ein durchwegs geschlossenes System der Kontrastmittelabgabe an der Patientenschaft. In hygienischer Hinsicht ist vor allem das Patientenanschlussstück zu beurteilen.

2.1 Die Kontrastmittelabgabe an die Patientenschaft erfolgt mit

- einem Patientenanschlussstück ohne Rückschlagventile
- einem Patientenanschlussstück, das über ungeeignete (z.B. nur einfache oder ungeprüfte) Rückschlagventile verfügt
- einem Patientenanschlussstück

2.2 Wechsel des Patientenanschlussstücks

Das Patientenanschlussstück wird sofort nach Beendigung der Untersuchung ausgetauscht. (Die Diskonnektion hat dabei zuerst patientenfern, dann erst patientennah zu erfolgen)

ja nein teilweise

2.3 Existiert für die hygienisch korrekte Vorgangsweise eine SOP?

ja nein teilweise

2.4 Bei der Durchführung der Kontrastmittelapplikation bei Untersuchungen mit dem gegenständlichen Gerät wurden folgende Beanstandungen festgestellt:

3 Beanstandungen?

ja nein

Wenn ja, Aufträge:

und/oder Empfehlungen:

Erstellt von:

3.4 Checkliste „Personal“

1. Nicht fett markierter Teil ist zunächst von der Ambulatoriumsleitung auszufüllen
2. Qualifikationsnachweise für die Einschau bereithalten
3. Von der AÄ /dem AA ist bei der Einschau der fett markierte Teil auszufüllen
4. Nach der Überprüfung ist diese Liste der Niederschrift am Einschautag anzuschließen

1 SELBSTÄNDIGES AMBULATORIUM - LISTE DES MEDIZINISCHEN PERSONALS

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Name, Vorname, akad. Grad	geb. am:	Berufsbezeichnung	Beschäftigungs- ausmaß in Wochen-Std.	Nur von Amtsärztin/-arzt auszufüllen			
				anwesend ja / nein	Qualifikation nachgewiesen		
					ja	nein	unklar

2 SELBSTÄNDIGES AMBULATORIUM - LISTE DES SONSTIGEN PERSONALS (z.B. Reinigungspersonal)

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Name, Vorname	geb. am:	Berufsbezeichnung	Beschäftigungsausmaß in Wochen-Std.	Nur von Amtsärztin/-arzt auszufüllen			
				anwesend		Fremdfirma	
				ja	nein	ja	nein

3 Beanstandungen?

ja

nein

Wenn ja, Aufträge:

und/oder Empfehlungen:

Erstellt von:

3.5 Checkliste „Ambulatorium für physikalische Medizin“

Ambulatorium für physikalische Medizin Ergänzende Fragestellungen zur Krankenhaushygiene

1 Werden Elektrodenaschen hygienisch korrekt aufbereitet?

Angefeuchtete Schwämme und Frotteelappen haben sich bei Untersuchungen oft als stark verkeimt erwiesen. Daher müssen diese **nach jeder Anwendung** aufbereitet werden. Dazu ist eine maschinell durchgeführte Reinigung mit anschließender thermischer Desinfektion in einer entsprechenden Waschmaschine am zweckmäßigsten (80°C/1min oder 85°C/30sec). Anschließend müssen Schwämme und Frotteelappen maschinell(!) getrocknet und bis zur Wiederverwendung trocken aufbewahrt werden. Die Unbedenklichkeit abweichender Aufbereitungsmethoden ist auf jeden Fall durch ein Hygienegutachten zu belegen.

Das Einlegen in Desinfektionsmittellösung ist wegen unsicherer Desinfektionswirkung und der Gefahr von Hautreizungen bei der Patientin bzw. dem Patient durch Desinfektionsmittelrückstände abzulehnen.

ja nein Verwendung von Einmalprodukten

2 Wird Massageöl und Kontaktgel hygienisch korrekt appliziert?

Massageöl und Elektrodenkontaktgel dürfen aus Spendern nur direkt auf die Patientin bzw. den Patienten appliziert werden, ein Kontakt mit der Hand des Therapeuten und dem Spender-Inhalt muss unbedingt vermieden werden. Tiegel zur Entnahme von Gelen, Ölen, etc. mit den Fingern sind nicht akzeptabel. Falls leere Spender wieder befüllt werden, ist vor dem Neu-Befüllen eine thermische Desinfektion der Spender durchzuführen.

ja nein

3 Wird Fangomasse hygienisch korrekt wiederaufbereitet?

Die Temperatur zur Desinfektion (mindestens 80°C/10 min oder 85°C/3 min oder 90°C/1 min.) soll gemessen und dokumentiert werden.

ja nein Verwendung von Einmalprodukten

4 Werden Wärmebäder (Hydrocollatoren) für Moorpackungen hygienisch einwandfrei gewartet?

1x wöchentlich Aufheizung auf mindestens 80°C/10 min oder (besser!) wöchentliche Entleerung mit nachfolgender Wischdesinfektion. Nach neuerlicher Befüllung und Erwärmung sollte während der Arbeitszeit eine konstante Temperatur von 60°C gehalten werden. Nach Arbeitsschluss kann bis zum nächsten Morgen das Gerät abgeschaltet werden. Eine Beschickung des Hydrocollators darf nur mit oberflächendesinfizierten Packungen oder mit Einmalpackungen erfolgen.

ja nein

5 Wird Munarimasse täglich beim Anrühren auf mindestens 80°C/10 min aufgeheizt?

ja nein Verwendung von Einmalprodukten

6 Werden Schwämme oder Tücher zum Abnehmen von Packungen hygienisch korrekt behandelt?

Solche Utensilien müssen nach jeder Verwendung gereinigt und thermisch desinfiziert werden. Siehe dazu auch: Aufbereitung von Elektrodentaschen.

- ja nein Verwendung von Einmalprodukten

7 Werden hydrotherapeutische Einrichtungen korrekt desinfiziert und liegen dazu regelmäßig eingeholte Untersuchungsbefunde vor?

Therapiewannen sind nach jeder Patientin bzw. jedem Patienten zu reinigen und mit einem Flächendesinfektionsmittel zu desinfizieren. Wannen mit Unterwasserdruckstrahlmassageschläuchen, Hydroxur-Wannen, Massagematratzen für Wannen neigen zur Verkeimung. Für die Desinfektion eignen sich vor allem Sauerstoffabspalter, die speziell für diese Anwendungsbereiche angeboten werden. Zur Kontrolle der Wirksamkeit der Desinfektionsmaßnahmen sind bakteriologische Untersuchungen von Wasserproben aus Massageschläuchen, von Massagematratzen oder von frischem Badewasser mindestens 1x jährlich notwendig.

Bakteriologische Routineuntersuchung: Feststellung der Gesamtkeimzahl, *E.coli*, Enterokokken, *Pseudomonas aeruginosa* und Legionellen

- ja nein

8 Wird die Dienstkleidung hygienisch einwandfrei aufbereitet und gelagert?

Die Dienstkleidung muss in ausreichender Menge, d.h. für einen möglichst täglichen Kleidungswechsel, zur Verfügung stehen. Die Aufbereitung der Dienstkleidung hat durch den Dienstgeber zu erfolgen.

Die hygienisch korrekte Aufbereitung (egal ob im eigenen Bereich oder ausgelagert an einen Fremdanbieter) ist durch ein Hygienegutachten oder durch den Hygienepass zu belegen (Krankenhauswäsche bearbeitender Betrieb gemäß den Kriterien der ÖGHMP).

Das Waschen der Dienstkleidung in der privaten Haushaltswaschmaschine der Dienstnehmerin bzw. des Dienstnehmers ist nicht zulässig. Die Lagerung der Privatkleidung (Straßenkleidung) hat getrennt von der Dienstkleidung zu erfolgen.

- ja nein

9 Beanstandungen?

- ja nein

Wenn ja, Aufträge:

und/oder Empfehlungen:

Erstellt von:

3.6 Checkliste „Zahnambulatorium“

Zahnambulatorium Ergänzende Fragestellungen zur allgemeinen Checkliste

1 ANAMNESE

1.1 Wird bei der Patientin bzw. dem Patienten eine Anamnese bezüglich spezieller bekannter Infektionskrankheiten (HBV, HCV, HIV) erhoben?

Dies wäre Grundlage für erweiterte Hygienemaßnahmen und speziellen Patientenschutz.

ja nein

2 HÄNDEHYGIENE

2.1 Werden von den Zahnärztinnen bzw. Zahnärzten und den Zahnärztlichen Assistentinnen bzw. Assistenten bei der Arbeit an der Patientin bzw. dem Patienten Handschuhe getragen?

ja nein

2.2 Gibt es Händedesinfektionsmittelpender in unmittelbarer Nähe der Behandlungseinheiten?

ja nein

2.3 Gibt es Handwaschbecken in unmittelbarer Nähe der Behandlungseinheiten?

ja nein

3 VERMEIDUNG VON AEROSOLEN

3.1 Was wird gegen die Gefährdung durch Aerosole getan?

Eine zahnärztliche Assistentin bzw. ein zahnärztlicher Assistent muss während der Arbeiten mit Turbinen mit einem leistungsfähigen Absaugsystem tätig sein. Mundschutz und Schutzbrille sind bei Arbeiten mit Aerosolbildung aus Personenschutzgründen dringend angeraten.

3.2 Wie wird das bereitliegende Instrumentarium vor Kontamination durch Aerosole geschützt?

3.3 Welche Flächen werden desinfiziert und wie?

4 INSTRUMENTENAUFBEREITUNG

4.1 Werden desinfizierte Instrumente korrekt aufbewahrt?

Bei unverbundener Lagerung in Laden besteht die Gefahr von Kontamination. Ein Tray-System ist zu empfehlen.

ja nein

5 TAUCHDESINFEKTION VON PROTHESEN UND ABDRUCKEN

5.1 Werden Prothesen und Abdrücke vor der Weitergabe an die Zahntechnik desinfiziert?

Tauchdesinfektion mit geeignetem Desinfektionsmittel erforderlich; bei Abdruckmaterialien sind bezüglich der Kompatibilität mit dem Desinfektionsmittel die Hinweise der Hersteller zu beachten. Unzureichend ist eine Wischdesinfektion der äußeren Oberflächen.

ja nein

6 HYGIENEMASSNAHMEN AN DEN BEHANDLUNGSEINHEITEN

6.1 Besitzen die Behandlungseinheiten Desinfektionssysteme für wasserführende Leitungen?

Die Wirksamkeit der Desinfektionssysteme kann nur durch Untersuchung von Mundspülwasser und Turbinenkühlwasser überprüft werden.

ja nein

6.2 Welche Desinfektionssysteme werden verwendet

6.3 Wie werden diese Desinfektionssysteme gewartet?

6.4 Wird das Wasser aus den Dentaleinheiten regelmäßig mikrobiologisch untersucht?

Untersuchungen auf Legionellen und Pseudomonas sind jährlich von einer dazu autorisierten Stelle durchzuführen, dabei ist Trinkwasserqualität zu fordern.

ja nein

6.5 Ist ein Amalgamabscheider vorhanden? (Umweltvorgabe)

ja nein

7 Beanstandungen?

ja nein

Wenn ja, Aufträge:

und/oder Empfehlungen:

Erstellt von:

3.7 Checkliste „Aufbereitung von Endoskopen“

Erhebungsbogen „Aufbereitung von Endoskopen“

Einschauthema:

Reevaluierung der Aufbereitung von Endoskopen im Rahmen der Sanitären Aufsicht in Krankenanstalten. Das Hauptaugenmerk der Überprüfung liegt dabei bei der Aufbereitung von flexiblen Endoskopen.

Einschau am:
Datum

Krankenanstalt:
Bezeichnung der Krankenanstalt

Überprüfung des Bereichs:

Stationsbezeichnung:

Beginn der Einschau:Uhr

Anwesende:

--

1 Formale Gegebenheiten

Sanitätsrechtliche Betriebsbewilligung:

Bescheidzahl:

Datum:

1.1 Entsprechen die Räumlichkeiten der bescheidmäßigen Bewilligung?

ja nein

2 Infrastrukturelle Anforderungen

2.1 Eigener Aufbereitungsraum vorhanden?

ja

nein

2.2 Trennung von reiner und unreiner Arbeitszone?

ja

nein

2.3 Art und Anzahl der Endoskope

Es sind die Art und die Zahl der jeweiligen Endoskope im Detail anzugeben

Art und Anzahl der Reinigungs-Desinfektionsgeräte für flexible Endoskope (RDG-E)

Es sind die Art und die Zahl der jeweiligen RDG-E im Detail anzugeben

2.4 Weitere für die Aufbereitung relevante Gerätschaften

2.5 Aufbewahrung der Endoskope

Hier ist die Aufbewahrungsart im Detail zu beschreiben. Endoskope sind grundsätzlich staubgeschützt, hängend mit offenen Ventilen in einem Schrank (ggf. Trockenschrank) aufzubewahren.

2

3 AUFBEREITUNGSVERFAHREN

3.1 Maschinelle Aufbereitung?

ja nein

Beschreibung des Aufbereitungsverfahrens:

3.2 Sind verbindliche Festlegungen über die Zulässigkeit einer manuellen Aufbereitung (Ausnahmefall) vorhanden?

ja nein nicht zutreffend

3.2.1 Liegen Standardarbeitsanweisungen (SOP's) für die manuelle Aufbereitung in Ausnahmefällen vor?

ja nein

3.3 Beschreibung der Aufbereitungsverfahren von Zusatzgeräten

3.4 Liegen Standardarbeitsanweisungen (SOP's) für die Aufbereitung von Endoskopen samt Zusatzgeräten vor?

ja nein

3.5 Liegt eine Gesamtvalidierung der Aufbereitung von Endoskopen samt Zusatzgeräten vor?

ja nein

3.5.1 Wie wurde auf das Ergebnis der Gesamtvalidierung adäquat reagiert?

3.6 Periodisch wiederkehrende Leistungsüberprüfungen RDG-E?

ja nein

3.6.1 Datum der Letztüberprüfung mit Angabe der überprüfenden Stelle

..... Datum überprüfende Stelle

3.6.2 Lagen Mängel vor?

ja nein

Wenn ja, Angabe der Mängel und Zeitpunkt derer Behebung

3.7 Mikrobiologische Überprüfung der Endoskope mindestens 1x jährlich?

ja nein

3.7.1 Datum der Letztüberprüfung mit Angabe der überprüfenden Stelle

..... Datum überprüfende Stelle

Checkliste „Aufbereitung von Endoskopen“ - Seite

3.7.2 Lagen Mängel vor?

ja

nein

Wenn ja, Angabe der Mängel und Zeitpunkt derer Behebung

4 PERSONALAUSSTATTUNG

4.1 Wie viele Personen sind mit der Aufbereitung betraut

.....

4.1.1 Welchen Quellberuf üben diese Personen aus?

4.1.2 Wie viele Personen davon verfügen über eine spezielle Ausbildung für die Durchführung der Aufbereitung? (z.B. Fachkundelehrgänge ÖGSV)

.....

4.1.3 Qualifikationsnachweise eingesehen?

ja

nein

Wenn ja, dabei festgestellte Mängel:

4.2 Wie viele Personen sind für die Chargen-Freigabe verantwortlich

.....

5

4.2.1 Welche Qualifikation hat/haben die Person/en die die Chargin-Freigabe durchführt/durchführen

4.2.2 Wie bzw. durch wen erfolgte die Schulung?

5 Allfällige sonstige Beanstandungen

6 Zusammenfassung

7 Beanstandungen?

ja

nein

Wenn ja, Aufträge:

--

und/oder Empfehlungen:

--

Erstellt von:

8 GLOSSAR

ggf.	gegebenenfalls
ÖGSV	Österreichische Gesellschaft für Sterilgutversorgung
RDG-E	Reinigungs-Desinfektionsgeräte für flexible Endoskope
SOP	Standardarbeitsanweisung

3.8 Checkliste „Intensiveinheiten“

Erhebungsbogen Intensiveinheiten

Einschau am:
Datum

Krankenanstalt:
Bezeichnung der Krankenanstalt

Überprüfung des Bereichs:

Stationsbezeichnung:

Beginn der Einschau:Uhr

Anwesende:

--

1 Formale Gegebenheiten

Sanitätsrechtliche Betriebsbewilligung:

Bescheidzahl:

Datum:

1.1 Entsprechen die Räumlichkeiten der bescheidmäßigen Bewilligung?

ja

nein

2 Personalausstattung

Ärztliches Personal (Leitung)				
<u>MitarbeiterInnen</u>	Qualifikation	Ärztliche Anwesenheiten		
		Tagsüber	Nachts	Wochenende

Ärztlicher Dienst				
<u>MitarbeiterInnen</u>	Qualifikation	Ärztliche Anwesenheiten		
		Tagsüber	Nachts	Wochenende

Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (DGKP)	
MitarbeiterInnen	Zusatzqualifikation

3 Infrastrukturelle Anforderungen

Genehmigte Bettenanzahl:

Belegte Bettenanzahl:

Betriebszeit:

Höchste Ausstattungsstufe auf der Station:

IMCU ja nein
 ICU Stufe 2 ja nein

ICU Stufe 1 ja nein
 ICU Stufe 3 ja nein

4 APPARATIVE AUSSTATTUNG:

4.1 Apparative Ausstattung anhand der Vorgaben der Strukturqualitätskriterien lt. ÖSG 2017 in ihrer Gesamtheit vorhanden

ja

nein

Grundausrüstung			
	Ja	Nein	Anmerkungen
1. Intensiv-Monitoring (NIBP unblutig, EKG, <u>Pulsoximetrie</u> , Temperaturmessung) grundsätzlich mit Zentraleinheit <i>Sollzustand: auf IMCU, ICU pro Bett verfügbar</i>			
2. O2-Insufflation <i>Sollzustand: auf IMCU, ICU pro Bett verfügbar</i>			
3. Absaugung <i>Sollzustand: auf IMCU, ICU pro Bett verfügbar</i>			
4. Mehrkanal-EKG <i>Sollzustand: auf IMCU, ICU verfügbar</i>			
5. Defibrillator (inkl. Schrittmacherfunktion) <i>Sollzustand: auf IMCU, ICU verfügbar</i>			
6. Notfall-Instrumentarium <i>Sollzustand: auf IMCU, ICU verfügbar</i>			

Grundausrüstung			
	Ja	Nein	Anmerkungen
7. Notfall-Labor (POCT-Gerät: Blutgas , Elektrolyte, Blutzucker, Lactat, Hämoglobin/Hämatokrit) <i>Sollzustand IMCU: in der Krankenanstalt verfügbar</i> <i>Sollzustand ICU: auf Station verfügbar</i>			
8. Invasive Druckmessung <i>Sollzustand IMCU: auf Station verfügbar</i> <i>Sollzustand ICU Stufe 1-2: pro Bett verfügbar (2 Kanäle)</i> <i>Sollzustand ICU Stufe 3: pro Bett verfügbar (mind. 3 Kanäle)</i>			
9. Beatmungsgerät (inkl. CPAP- und nicht invasive Beatmungsfunktion) <i>Sollzustand IMCU: 1 Gerät</i> <i>Sollzustand ICU Stufe 1 Anzahl Betten minus 3 Geräte, mind. 1 Gerät pro ICU</i> <i>Sollzustand ICU Stufe 2: Anzahl Betten minus 1 Gerät pro ICU</i> <i>Sollzustand ICU Stufe 3: pro Bett verfügbar</i>			
10. Kapnometrie <i>Sollzustand IMCU: -</i> <i>Sollzustand ICU: pro Beatmungsplatz verfügbar</i>			
11. Beatmungsmöglichkeit manuell, mit O ₂ -Anreicherung <i>Sollzustand: pro Bett verfügbar</i>			
12. Transportbeatmung und -überwachung <i>Sollzustand IMCU: in der Krankenanstalt verfügbar</i> <i>Sollzustand ICU Stufe 1-3: auf Station verfügbar</i>			
13. Infusions- u. Infusionsspritzenpumpen <i>Sollzustand IMCU und ICU 1: mind. 2 Geräte pro Bett</i> <i>Sollzustand ICU 2: mind. 4 Geräte pro Bett</i> <i>Sollzustand ICU 3: mind. 6 Geräte pro Bett</i>			

Grundausrüstung			
	Ja	Nein	Anmerkungen
14. Moderne nicht invasive oder semi-invasive Möglichkeit der HZV-Messung <i>Sollzustand IMCU: - Sollzustand ICU Stufe 1-2: auf Station verfügbar Sollzustand ICU Stufe 3: mindestens 1 pro 2 Betten verfügbar</i>			
15. Intraaortale Ballongegenpulsation <i>Sollzustand IMCU: - Sollzustand ICU: Muss mit entsprechendem Patientenkollektiv verfügbar sein (ggf. Transferierung in ein Zentrum)</i>			
16. Externer Schrittmacher <i>Sollzustand: auf IMCU, ICU verfügbar</i>			
17. Patientenwärme- bzw. Kühlmöglichkeit <i>Sollzustand IMCU und ICU Stufe 1: in der Krankenanstalt verfügbar Sollzustand ICU Stufe 2-3: auf Station verfügbar</i>			
18. Ortsveränderliches Röntgen <i>Sollzustand: In der KA verfügbar</i>			
19. Sonographie (inkl. Echokardiographie) <i>Sollzustand IMCU und ICU 1: in der KA verfügbar Sollzustand ICU Stufe 2-3: auf Station verfügbar</i>			
20. Endoskopie <i>Sollzustand: in der KA verfügbar</i>			
21. Bronchoskopie <i>Sollzustand IMCU und ICU 1: in der KA verfügbar Sollzustand ICU Stufe 2-3: auf Station verfügbar</i>			

Grundausrüstung			
	Ja	Nein	Anmerkungen
22. Hämofiltration/Diafiltration oder Dialyse <i>Sollzustand IMCU: -</i> <i>Sollzustand ICU Stufe 1: in der KA verfügbar</i> <i>Sollzustand ICU Stufe 2-3: Auf Station verfügbar</i>			
23. Messung des intrakraniellen Drucks <i>Sollzustand IMCU: -</i> <i>Sollzustand ICU: Muss bei entsprechendem Patientenkollektiv verfügbar sein (ggf. Transferierung in ein Zentrum)</i>			
24. Extrakorporaler Gasaustausch <i>Sollzustand IMCU und ICU 1-2: -</i> <i>Sollzustand ICU 3: Muss bei entsprechendem Patientenkollektiv verfügbar sein (ggf. Transferierung in ein Zentrum)</i>			

Zusatzausstattung Neurologie /Neurochirurgie			
	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>	<i>Anmerkungen</i>
1. Messung des intrakraniellen Drucks <i>Sollzustand IMCU: - Sollzustand ICU Stufe 1: auf Station verfügbar Sollzustand ICU Stufe 2-3: pro Bett verfügbar</i>			
2. <u>Transkranieller Doppler</u> <i>Sollzustand: auf IMCU, ICU verfügbar</i>			
3. EEG <i>Sollzustand IMCU und ICU Stufe 1: in der Krankenanstalt verfügbar Sollzustand ICU Stufe 2-3: auf Station verfügbar</i>			
4. Kontinuierliches EEG-Monitoring <i>Sollzustand IMCU und ICU 1-2: - Sollzustand ICU 3: auf Station verfügbar</i>			
5. <u>Evozierte Potenziale und Elektromyografie/Nervenleitgeschwindigkeit</u> <i>Sollzustand: in der Krankenanstalt verfügbar</i>			
6. <u>Invasives multimodales Neuromonitoring</u> <i>Sollzustand IMCU und ICU 1-2: - Sollzustand ICU 3: In Krankenanstalten mit Abteilungen für Neurologie und Neurochirurgie auf Station verfügbar</i>			

5 HYGIENISCHE GRUNDANFORDERUNGEN

5.1 Vollständiger, aktueller Hygieneplan vorhanden

Der Hygieneplan sollte aus Gründen der Aktualität ausschließlich über ein hauseigenes Intranet zur Verfügung stehen. Wenn ein Hygieneplan in Papierform geführt wird, müssen klare Verantwortlichkeiten für die regelmäßige Aktualisierung festgelegt sein.)

ja nein

5.1.1 Ist der aktuelle Hygieneplan jederzeit für die MitarbeiterInnen zugänglich?

ja nein

Wenn ja, in welcher Form

5.2 Sonstige bei der Einschau erhobene Auffälligkeiten

5.3 Hygienisch korrekte Seifenspender vorhanden

ja nein

5.4 Hygienisch korrekte Desinfektionsmittelspender vorhanden

ja nein

5.5 Hygienisch korrekte Handpflegemittel in Einmalspendern vorhanden?

ja nein

5.6 Desinfektionsmittelspender in ausreichender Zahl vorhanden

ja nein

5.7 Ordnungsgemäße Montage der Spender für hygienisch korrekte Entnahme

(ausreichender Abstand von anderem Inventar, damit eine Ellbogenbedienbarkeit auch tatsächlich möglich ist)

ja nein

5.8 Verwendung von gelisteten Desinfektionsmitteln aus dem Expertenverzeichnis der ÖGHMP, des VAH oder des RKI?

ja nein

Name der Präparate:

- Händedesinfektion:

- Händewaschung:

- Handpflege:

5.9 Letzte Hygienevisite

Datum:

Angabe durch wen:

Ergebnis der letzten Hygienevisite

6 Zusätzliche Überprüfungsinhalte

6.1 Ausreichender Abstand zwischen den Betten

(mind. 1,80 m, lt. RKI 2,25 m.)

ja nein

6.2 Sichtschutzabtrennungen zwischen den Betten in Mehrbettzimmern vorhanden

ja nein

6.3 Entsprechen die Oberflächen dem Prinzip der leichten Reinigbarkeit und Desinfizierbarkeit

ja nein

6.4 Aufbereitung der Medizinprodukte vor Ort

ja

nein

Wenn ja, welche Medizinprodukte werden aufbereitet?

Wenn ja, wie wurden diese Medizinprodukte aufbereitet?

Wenn ja, wo wurden diese Medizinprodukte aufbereitet

Wenn ja, von wem wurden diese Medizinprodukte aufbereitet

6.4.1 Sind Standardarbeitsanweisungen (SOP's) für die Aufbereitung der Medizinprodukte vor Ort vorhanden?

ja

nein

6.5 Korrekte Dokumentation der verabreichten Blutprodukte und biogenen Arzneispezialitäten (stichprobenartige Überprüfung)

ja nein

6.6 Werden die zuständigen Mitarbeiter nachweislich auf kritische Medizinprodukte eingeschult? (z. B. Respiratoren, ECMO etc., stichprobenartige Überprüfung)

7 Allfällige sonstige Beanstandungen

8 Zusammenfassung

9 Beanstandungen?

ja nein

Wenn ja, Aufträge:

und/oder Empfehlungen:

Erstellt von:

10 Abkürzungsverzeichnis

CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen
ECMO	extrakorporale Membranoxygenierung
EEG	Elektroenzephalographie
EKG	Elektrokardiographie
HZV	Herzeitvolumen
NIBP	nicht-invasive Blutdruckmessung
ÖGHMP	Österreichische Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin
POCT	Point Of Care Testing
RKI	Robert-Koch-Institut
SOP	Standardarbeitsanweisungen
VAH	Verbund für Angewandte Hygiene e.V.

3.9 Checkliste „Krankenhaushygiene“

Checkliste **Krankenhaushygiene**¹

Einschau am:
Datum

Krankenanstalt:
Bezeichnung der Krankenanstalt

Überprüfung des Bereichs:

Stationsbezeichnung:

Beginn der Einschau:Uhr

Anwesende:

--

¹ Protokolle und SOP's wären bereit zu halten

1 ZUSAMMENSETZUNG DES HYGIENETEAMS

1.1 Funktion des Hygienebeauftragten (HBA)

1.1.1 Angaben zur Qualifikation

- FA für Hygiene und Mikrobiologie
- Diplom „Krankenhaushygiene“ der ÖÄK
 - in Ausbildung
- Additivfach „Infektiologie“
- sonstiges (bitte anführen)

1.1.2 Angaben zum IST – Beschäftigungsausmaß

Gewidmete Wochenstunden

im Dienstvertrag schriftlich vermerkt? ja nein

1.1.3 Teilnahme an hygienerelevanter Fort- und Weiterbildung in den letzten drei Jahren

Angabe von Titel und Stunden

--

1.2 Funktion des stellvertretenden Hygienebeauftragten (StvHBA)

1.2.1 Angaben zur Qualifikation

- FA für Hygiene und Mikrobiologie
- Diplom „Krankenhaushygiene“ der ÖÄK
 - in Ausbildung
- Additivfach „Infektiologie“
- sonstiges (bitte anführen)

1.2.2 Angaben zum IST – Beschäftigungsausmaß

Gewidmete Wochenstunden

im Dienstvertrag schriftlich vermerkt? ja nein

1.2.3 Teilnahme an hygienerelevanter Fort- und Weiterbildung in den letzten drei Jahren

Angabe von Titel und Stunden

--

*Falls weitere Stellvertreter bestellt sind:
Tabelle 1.2 kopieren und in das Dokument einfügen*

1.3 Angaben zu den Personalressourcen - Hygienebeauftragter Arzt

IST – Wochenstunden (alle Hygienebeauftragten zusammen)
SOLL – Wochenstunden (gemäß PROHYG 2.0, Kapitel 7.1.2)
Vergleich SOLL ↔ IST: Stunden-Defizit Stunden-Überschuss

1.4 Funktion der Hygienefachkraft (HFK)

Datum Aufnahme dieser Funktion:

1.4.1 Angaben zur Qualifikation

- Sonderausbildung gem. § 70 GuKG (KH-Hygiene)
- sonstiges (bitte anführen)

1.4.2 Angaben zum IST - Beschäftigungsausmaß

Gewidmete Wochenstunden
im Dienstvertrag schriftlich vermerkt? ja nein

1.4.3 Teilnahme an hygienerelevanter Fort- und Weiterbildung in den letzten drei Jahren

Angabe von Titel und Stunden

--

1.5 Funktion der stellvertretenden Hygienefachkraft (StvHFK)

1.5.1 Datum Aufnahme dieser Funktion:

1.5.2 Angaben zur Qualifikation

- Sonderausbildung gem. § 70 GuKG (KH-Hygiene)
 sonstiges (bitte anführen)

1.5.3 Angaben zum IST - Beschäftigungsausmaß

Gewidmete Wochenstunden
im Dienstvertrag schriftlich vermerkt? ja nein

1.5.4 Teilnahme an hygienerelevanter Fort- und Weiterbildung in den letzten drei Jahren

Angabe von Titel und Stunden

--

*Falls weitere Stellvertreter bestellt sind:
Tabelle 1.5 kopieren und in das Dokument einfügen*

1.6 Angaben zu den Personalressourcen - Hygienefachkraft

IST – Wochenstunden (alle Hygienefachkräfte zusammen)
SOLL – Wochenstunden (gemäß PROHYG 2.0, Kapitel 7.1.2)
Vergleich SOLL ↔ IST: Stunden-Defizit Stunden-Überschuss

1.7 Gibt es für alle diese die Tätigkeiten des HBA und der HFK schriftlich festgelegte Zeitkontingente?²

ja nein

1.8 Sind diesen Zeitkontingente ausreichend?

ja nein

1.9 Weitere Mitglieder des Hygieneteams

..... Anzahl der Techniker
..... Anzahl des Laborpersonal (FA für Labormedizin, BMA, MTF, MAB)
..... Anzahl an Sekretariatskräften

² Siehe auch PROHYG 2.0

..... Anzahl des EDV-Personals
..... Anzahl Sonstiges (bitte anführen)

▲ **1.10 Hygienekontaktpersonen vorhanden?**

ja nein

Wenn ja,

..... Anzahl Abteilungsbereich (ärztlicher Bereich)

..... Anzahl Stationsbereich (Pflegebereich)

1.11 Besteht zusätzlich eine Hygiene-Kommission?

nein

ja, und zwar mit folgenden Mitgliedern bzw. Vertretern:

externer Krankenhaushygieniker (FA für Hygiene und Mikrobiologie)

Ärztliche Direktion Pflegedirektion Kaufmännische Direktion

Haustechnik

Mikrobiologie-Labor

Qualitätsmanagement

Arbeitsmedizin

Apotheke

medizinisch-technischer Dienst

EDV

Personalvertretung

sonstige (bitte anführen)

2 INFektionSERFASSUNG

2.1 Welches Infektionserfassungs-Programm steht in Verwendung bzw. an welchen Programmen zur laufenden Überwachung und Erfassung von Infektionen nimmt das Krankenhaus teil (§ 8a KAKuG)

ANISS

ASDI

NISS

KISS - Angabe Modul(e)

sonstige (bitte anführen)

2.2 Für welche Indikator-Operationen wird eine Infektionserfassung durchgeführt?³

2.3 Wie ist die Durchführung der Infektionserfassung organisiert

2.4 Welche Personen führen eine laufende Daten-Erfassung durch?

- Mitglieder des Hygieneteams Oberärzte der jeweiligen Abteilung
 Pflegepersonal
 sonstige (bitte anführen)

2.5 Gibt es Konsequenzen aus den Ergebnissen der Infektionserfassung?

- ja nein

Wenn ja, welche:

Wenn nein, warum nicht:

2.6 Erfolgt ein Vergleich der Ergebnisse?

- ja nein

Wenn ja, Angabe mit welchen Referenzdaten/Standards ein Vergleich durchgeführt wird sowie Angabe welcher Vergleich

³ Siehe auch „Rahmenrichtlinie zur Erfassung von Krankenhauskeimen“

Wenn nein, Angabe warum kein Vergleich durchgeführt wurde

2.7 Art und Zugang zu mikrobiologischen Daten:

- online
- in Papierform
- Datenzugang ist eher problematisch oder kompliziert
- Datenzugang ist unproblematisch

3 ORGANISATION UND DOKUMENTATION DER HYGIENEARBEIT

3.1 Ist das Hygieneteam als Stabstelle der Kollegialen Führung (KoFü) eingerichtet?

- ja nein

3.2 Welche Regelungen für den organisatorischen Ablauf der Hygienearbeit gibt es?

- eigene Geschäftsordnung für das Hygieneteam
- schriftliche Regelung der Verantwortlichkeiten zwischen Hygieneteam und KoFü
- mündliche Vereinbarung
- keine
- sonstige (bitte anführen)

3.3 Räumliche und kommunikationstechnische Ausstattung für das Hygieneteam?

- eigenes Büro für das Hygieneteam vorhanden
- eigener zeitgemäßer elektronischer Arbeitsplatz für jedes Mitglied des Hygieneteams (Telefon- und Faxanschluss, leistungsfähiger PC, persönliche E-Mail-Adresse, Internetzugang)
- keine adäquate Ausstattung (gemäß PROHYG 2.0, Kapitel 7.5)

3.4 Gibt es eine sekretarielle Unterstützung für das Hygieneteam?

- ja, immer nur bei besonderem Bedarf oder Anlass nein, nie

3.5 Gibt es eine EDV-Unterstützung für das Hygieneteam?

- ja, immer nur bei besonderem Bedarf oder Anlass nein, nie

3.6 Ist die Dokumentation der Hygienearbeit für alle Mitglieder des Hygieneteams zugänglich und rasch verfügbar?

- ja nein

3.7 Gibt es regelmäßige Besprechungen/Beratungen innerhalb des Hygieneteams?

- ja wenn ja, in welchen Abständen nein

3.7.1 Gibt es Protokolle über diese Besprechungen?

- ja nein

3.7.2 Werden diese Protokolle an die Kollegiale Führung weitergeleitet?

- ja
 nur bei besonderem Anlass (z.B. bei erhobenen Hygiene-Mängeln)
 nein

3.8 Gibt es Stellungnahmen des Hygieneteams zu hygienerelevanten Themen

- ja nein

3.8.1 Werden diese Stellungnahmen an die Kollegiale Führung weitergeleitet?

- ja
 nur bei besonderem Anlass (z.B. bei erhobenen Hygiene-Mängeln)
 nein

3.9 Werden in der Krankenanstalt vorhandene und freigegebene Standardarbeitsanweisungen (SOP's) regelmäßig überprüft und aktualisiert?

- ja nein

wenn ja, in welchen Abständen

wenn nein, Angabe von Gründe

3.9.1 In welcher Form werden SOP's den betroffenen Stationen und Bereichen zur Kenntnis gebracht?

- online (z.B. im Intranet)
- in Papierform (z.B. Hygieneordner auf jeder Station)
- durch Schulungsveranstaltungen

3.10 Finden Stationsbegehungen/Hygienevisiten statt?

- ja, regelmäßig – in Abständen von (Wochen, Monaten, Jahren)
- nur bei gegebenem Anlass (z.B. Ausbruchssituation, Hygiene-Mängel etc.)
- nein

Wenn nein, warum nicht ?

- keine ausreichenden Zeitressourcen
- nicht gewünscht durch
 - Kollegiale Führung
 - Abteilungsleitung
 - Pflegedienstleitung
 - sonstige:

3.10.1 Wer nimmt an solchen Hygienevisiten teil?

- HBA HFK Abteilungs-/Stationsleitung Pflege
- Abteilungs-/Stationsleitung Arzt
- Bereichsleitung (OP, Endoskopie, Dialyse, AEMP, IMCU, ICU, Röntgen, Küche,...)
- Hygienekontaktperson der Station/des Bereichs
- sonstige (bitte anführen)

3.10.2 Gibt es über die durchgeführten Hygienevisiten eine geeignete Dokumentation?

- ja nein

3.11 In welchen innerbetrieblichen Gremien sind Mitglieder des Hygieneteams vertreten?

- Qualitätsmanagement Risk-Management Primärärzte-Sitzung
- ASP-Team
- sonstige (bitte anführen)

3.11.1 Sind Mitglieder des Hygieneteams zusätzlich auch noch mit anderen Funktionen in der Krankenanstalt betraut?

Hygienebeauftragter Arzt:

- Ärztlicher Dienst (z.B. OA einer bettenführenden Abteilung)
- Dauersekundararzt
- OA im Labor
- OA im Pathologischen Institut
- Arbeitsmedizin
- sonstige (bitte anführen)

Hygienefachkraft:

- Pflegedienst (Leitung, Bereichsleitung, Stationsleitung, Ambulanz)
- Qualitätsmanagement
- Risk-Management
- AEMP (Sterilgutaufbereitung)
- sonstige (bitte anführen)

3.11.2 Bestehen dabei Unvereinbarkeiten oder Interessenskonflikte?

- ja nein

wenn ja, in welche

3.12 Wer ist für die „Hygiene-technischen Kontrollen“ und die regelmäßige Überprüfung von Geräten und Anlagen mit Hygiene-Relevanz verantwortlich?

Betrifft: Wasser, Steckbeckenspüler, RDG und RDG-E, Sterilisatoren, RLT-Anlagen, Zytostatika-Aufbereitung, Geschirrspüler, Zentralküche, Wäscheaufbereitung u.a.m.)

- Hygieneteam Haustechnik Kaufmännische Direktion
 Facility Management sonstige (Risk-Management, Qualitätsmanagement,...)

3.12.1 Wie werden die dazu erhobenen Befunde und Atteste verwaltet?

- zentral, alle beim Hygieneteam
- zentral, alle bei der Haustechnik
- zentral, alle in der Kaufmännischen Direktion
- dezentral zwischen
- keine Regelung vorhanden

3.12.2 Wer hat Zugriff auf die dazu erhobenen Befunde und Atteste?

3.12.3 Welche Konsequenzen werden bei unbefriedigenden Befunden und Attesten veranlasst?

- keine
- Wiederholung der Kontrolluntersuchung
- Meldung an die Kollegiale Führung und Abwarten einer Anweisung
- Sanierungs-Vorschlag an KoFü und anschließende Kontrolluntersuchung

3.13 Wird das Hygieneteam bei Neu-, Zu- und Umbauten beigezogen?

- ja, rechtzeitig bereits zu Planungsbeginn
- ja, aber meistens zu einem sehr späten (oft zu späten) Zeitpunkt
- selten bis kaum
- nie
- nur wenn sich das Hygieneteam von sich aus in die Planung einbringt

3.13.1 Gibt das Hygieneteam eine Stellungnahme ab?

- ja
- nein

3.14 Wird das Hygieneteam bei der Neuanschaffung von hygiene relevanten Instrumenten, Einrichtungen, Geräten und Anlagen beigezogen?

- ja, rechtzeitig vor einer Anschaffung
- ja, aber meistens zu spät (d.h. nach der bereits erfolgten Anschaffung)
- kaum
- nie
- nur wenn sich das Hygieneteam von sich aus einbringt

4 SCHULUNGS AKTIVITÄTEN

4.1 Finden in der Krankenanstalt Schulungsaktivitäten durch das Hygieneteam statt?

- ja, regelmäßig
- ja, unregelmäßig
- kaum
- nie
- nur wenn jemand mit einem entsprechenden Schulungs-Ersuchen an das Hygieneteam herantritt

4.2 Wie viele Schulungen haben im letzten Jahr stattgefunden?

..... Anzahl Schulungen

4.2.1 Welche Themen wurden dabei behandelt?

- Basis-Hygienethemen für neue MitarbeiterInnen
- spezielle Schulung für Ärzte
Themen:
- Schulung des Reinigungspersonals
- anlassbezogene Schulungen
Themen:
- sonstige Schulungen:
Themen:

4.2.2 Ist die Teilnahme an diesen Schulungen freiwillig oder verpflichtend?

- freiwillig
- freiwillig, mit Anwesenheitsdokumentation
- verpflichtend mit Anwesenheitsdokumentation
- verpflichtend mit entsprechender Unterstützung durch die KoFü

5 ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

5.1 Gibt es einen Jahresbericht über die geleistet Hygiene-Arbeit?

- ja nein

5.1.1 Wer bekommt diesen Jahresbericht?

- Krankenanstaltenträger
- Kollegiale Führung der Krankenanstalt
- alle Führungskräfte der Krankenanstalt
- alle MitarbeiterInnen der Krankenanstalt im Wege des Intranet
- niemand; der Bericht liegt beim Hygieneteam zur Einsicht auf

5.2 Präsenz auf der Homepage der Krankenanstalt

- das Hygieneteam ist mit einer Beschreibung seiner Tätigkeit und mit allen Team-Mitgliedern auf der Website präsent (Name + Foto)
- das Hygieneteam ist mit einer Beschreibung seiner Tätigkeit auf der Website präsent (MitarbeiterInnen scheinen aber nicht auf – weder Name noch Foto)
- das Hygieneteam ist auf der Homepage erwähnt (Tätigkeit und MitarbeiterInnen werden nicht erwähnt)
- das Hygieneteam findet keine Erwähnung auf der Homepage

6 Allfällige sonstige Beanstandungen

7 Zusammenfassung

8 Beanstandungen?

ja nein

Wenn ja, Aufträge:

und/oder Empfehlungen:

Erstellt von:

9 GLOSSAR

AEMP	Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte
A-HAI	Austrian Healthcare-associated Infections
ANISS	Austrian Nosocomial Infection Surveillance System
ASDI	Österreichisches Zentrum für Dokumentation und Qualitätssicherung in der Intensivmedizin
ASP	Antimicrobial Stewardship Program
BMA	biomedizinische AnalytikerInnen
FA	Facharzt
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HBA	Hygienebeauftragter
HFK	Hygienefachkraft
ICU	Intensivstation
IMCU	Intermediate Care Unit
KAKuG	Kranken- und Kuranstaltengesetz
KH-Hygiene	Krankenhausthygiene
KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (Deutschland)
KoFü	Kollegiale Führung
MAB	Medizinische Assistenzberufe
MTF	Medizinisch Technische Fachkraft
NISS	Nosokomiales Infektions Surveillance System (Steiermark)
OA	Oberarzt
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
OP	Operation
RDG	Reinigungs- und Desinfektionsgerät
RDG-E	Reinigungs- und Desinfektionsgerät für flexible Endoskope
RLT	Raumlufttechnik
SOP	Standardarbeitsanweisung
StvHBA	Stellvertretender Hygienebeauftragter

**Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

[sozialministerium.at](https://www.sozialministerium.at)