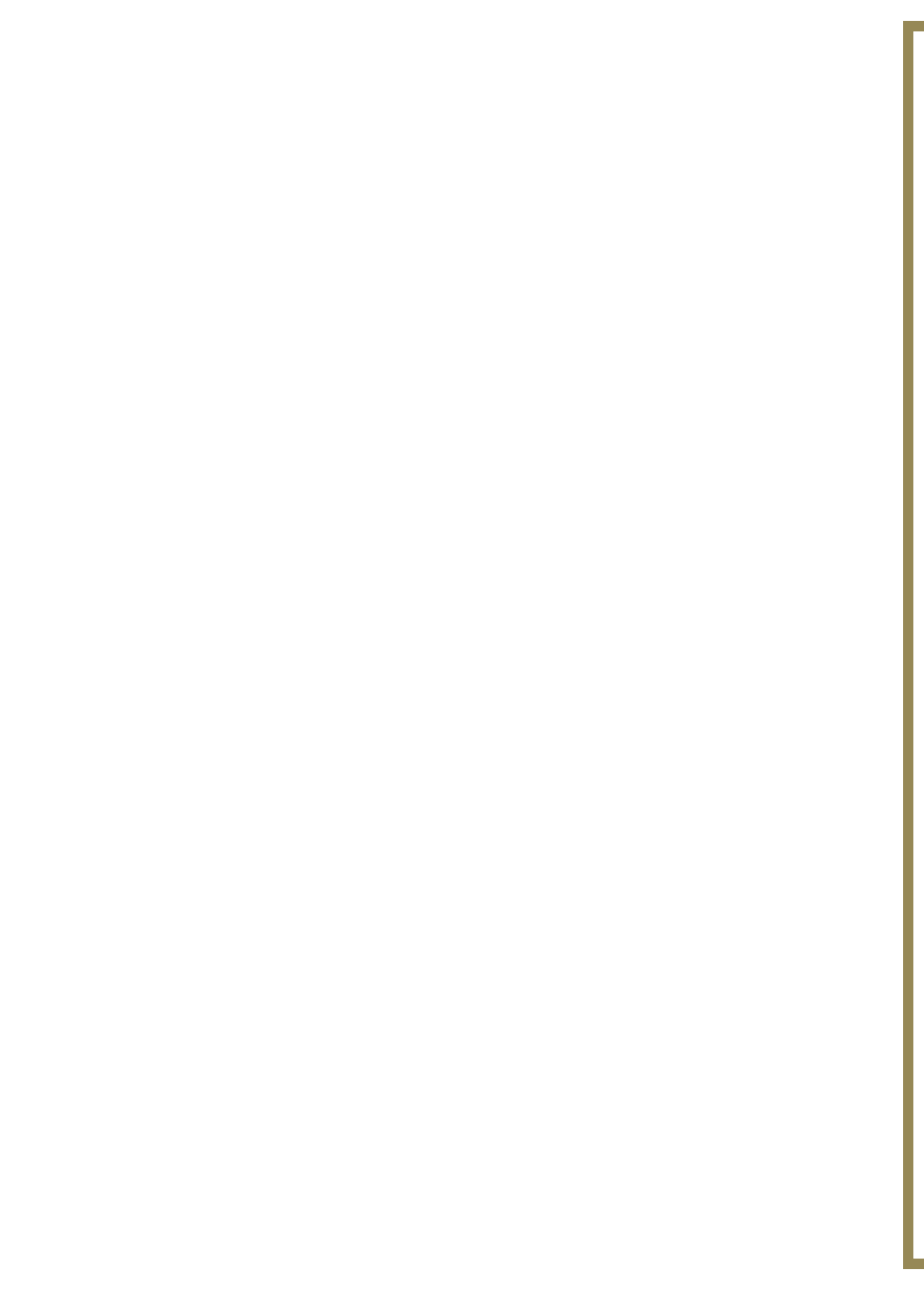




Handbuch der Qualitätssicherung

Stand: Februar 2024

DANUBE PRIVATE UNIVERSITY
Austria





DANUBE PRIVATE UNIVERSITY
Austria

INHALTSVERZEICHNIS

1. Qualitätssicherung in Studium und Lehre	Seite 1
2. Qualitätssicherung der Forschungs- und Entwicklungstätigkeit	Seite 6
3. Qualitätssicherung des Personals	Seite 9
4. Qualitätssicherung der Infrastruktur	Seite 11
5. Qualitätssicherung der Kooperationen	Seite 13
6. Weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen	Seite 13
7. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	Seite 15



Das vorliegende Qualitätssicherungshandbuch legt die Qualitätssicherungsverfahren für Studium und Lehre, Forschung und Entwicklung, Personal, Infrastruktur und Kooperationen fest. Die Qualitätssicherung wird an der DPU von einem Qualitätssicherungsrat (QSR) gesteuert, der aus externen und internen Expert*innen besteht und in zwei Bereiche unterteilt ist (QSRH und QSRZI). Der QSRZI (Zahnärztliche Infrastruktur) ist ausschließlich für die Belange der Infrastruktur im Ausbildungszahnambulatorium zuständig. Der QSRH (Hochschulexpertise) ist für alle anderen Qualitätssicherungsverfahren, die im Bereich der Hochschule sind, an der DPU zuständig. Der Qualitätssicherungsrat tagt vier Mal im Jahr und ist für die beiden Standorte der DPU, Wiener Neustadt und Krems a. d. Donau, verantwortlich. Die Geschäftsstelle des Qualitätssicherungsrates der DPU führt die Evaluierungsverfahren durch und bereitet die Sitzungen des Qualitätssicherungsrates vor. In der Folge werden die Qualitätssicherungsmaßnahmen, in einzelne Bereiche unterteilt, vorgestellt. Der Qualitätssicherungsrat ist ein Werkzeug im Bereich der strategischen Hochschulplanung und stellt gemeinsam mit der Hochschulleitung sicher, dass die im Entwicklungsplan definierten Ziele und Qualitätsstandards erreicht bzw. eingehalten werden.

1. Qualitätssicherung in Studium und Lehre

Das Studium an der DPU ist praxisnah konzipiert, daher wird auch im Rahmen der Qualitätssicherung überprüft, ob dies auch von Studierenden und Dozierenden im Verlauf ihres Studiums bestätigt werden kann. Die Praxis in der Zahnmedizin und der Humanmedizin - somit insbesondere die Klinik - wird einer vertieften Evaluierung unterzogen. Die Zufriedenheit der Studierenden steht im Mittelpunkt, daher werden die Studierenden aktiv in das Qualitätsmanagement miteinbezogen. Die folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen sind miteinander verzahnt. Um eine Datengrundlage zu erhalten, werden zunächst Umfragen (Evaluationen) getätigt. Diese werden teils jährlich und teils semesterweise durchgeführt. Folgende Evaluationen werden in den Bereichen Studium und Lehre durchgeführt, ein besonderes Augenmerk gilt der praktischen Ausbildung:

Nr.	QM-Maßnahme	Ziel	Verantwortung	Intervall	Standorte
01	Zahnmedizin 1: Evaluation der Lehrveranstaltungen (Vorlesungen, Praktika, Seminare)	Evaluation der Qualität der Lehrveranstaltungen und der Lehrenden in der Zahnmedizin.	Direktorat	semesterweise	Krems
02	Zahnmedizin 2: Evaluationen des Lehrpersonals in der klinischen Ausbildung (Praxis)	Evaluation der Qualität der Lehrenden in den praktischen Kursen der Zahnmedizin.	Direktorat	jährlich	Krems
03	Humanmedizin 1: Evaluation der Lehrveranstaltungen (Vorlesungen, Praktika, Seminare)	Evaluation der Qualität der Lehrveranstaltungen und der Lehrenden in der Humanmedizin.	Direktorat	semesterweise	Krems und Wiener Neustadt
04	Humanmedizin 2: Evaluationen des Lehrpersonals in der klinischen Ausbildung (Praxis)	Evaluation der Qualität der Lehrenden in den praktischen Kursen der Humanmedizin.	Direktorat	semesterweise	Wiener Neustadt

Tabelle 1: Evaluationen als QM-Maßnahmen in Studium und Lehre



Die vorhandene Datengrundlage ist umfassend und wird von der Geschäftsstelle ausgewertet. Die Geschäftsstelle erstellt jeweils eine begründete Reihung mit maximal 5 Vorschlägen für die Würdigungspreise „Best Teacher Award“ in Vorklinik und Klinik (Zahnmedizin und Humanmedizin).

Die Reihung orientiert sich an der Notengebung im Evaluierungsverfahren und wird der Fachschaft als studentische Vertretung zur Stellungnahme zur Verfügung gestellt. Zudem erstellt die Geschäftsstelle einen zusammenfassenden Report sämtlicher Evaluierungsergebnisse, der 5 Seiten nicht überschreiten soll. Gibt es Auffälligkeiten bei einzelnen Lehrenden, so wird der Teil des Reports, der sich mit diesen Auffälligkeiten befasst, dem jeweiligen Lehrenden zur Stellungnahme zugestellt. Die allfällige Stellungnahme kann in den Report eingearbeitet werden. Der Report wird dann der Fachschaft zur Verfügung gestellt. Diese kann eine max. 2-seitige Stellungnahme verfassen, die in den Report (als Stellungnahme der Fachschaft gekennzeichnet) einfließen kann. Sowohl der Report samt Stellungnahmen als auch die Vorschläge für die Würdigungspreise samt Stellungnahmen werden dem internen Qualitätssicherungsrat (Hochschulexpertise) der DPU zugestellt. Der Qualitätssicherungsrat hat jederzeit Einblick in sämtliche Rohdaten, auf denen die zugestellten Auswertungen basieren. Der Qualitätssicherungsrat führt zudem regelmäßige Gespräche (im Rahmen sog. Gesprächsforen) mit Mitarbeiter*innen und der Fachschaft.

Nr.	QM-Maßnahme	Ziel	Verantwortung	Intervall	Standorte
05	Gesprächsforum Mitarbeiter*innen	Der Qualitätssicherungsrat lädt Mitarbeiter*innen bedarfsweise ein, um Informationen zu Studium und Lehre zu erhalten, dies ermöglicht, Zusammenhänge besser zu verstehen.	Direktorat, Qualitätssicherungsrat	bedarfsweise	Krems und Wiener Neustadt
06	Gesprächsforum Fachschaft	Durch dieses freie Format können einerseits ergänzend zu den Ergebnissen der Evaluationen gezielt Fragen gestellt werden, andererseits können von der Evaluation nicht erfasste Themen identifiziert und besprochen werden.	Direktorat, Qualitätssicherungsrat	semesterweise	Krems und Wiener Neustadt

Tabelle 2: Gesprächsforen als QM-Maßnahmen zur Informationsgewinnung in Studium und Lehre

Der Qualitätssicherungsrat vergibt die Würdigungspreise und formuliert auf Basis des Reports (samt der Stellungnahmen) sowie ggfs. der Gesprächsergebnisse aus den Gesprächsforen Handlungsempfehlungen an die Hochschulleitung. Der Qualitätssicherungsrat kann die Qualitätssicherungsmaßnahmen auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse anpassen.



Hierbei handelt es sich insbesondere um die folgenden Maßnahmen:

Nr.	QM-Maßnahme	Ziel	Verantwortung	Intervall	Standorte
07	Wissenschaftliche Fortbildungsveranstaltungen durch interne Expert*innen	Berufseinsteiger*innen und auch der wissenschaftliche Mittelbau werden systematisch fachlich weitergebildet, um die fachliche Basis für exzellente Lehre zu schaffen.	Fachbereichsleitung	regelmäßig	Krems und Wiener Neustadt
08	Wissenschaftliche Fortbildungsveranstaltungen durch externe Expert*innen	Berufseinsteiger*innen und auch der wissenschaftliche Mittelbau werden systematisch fachlich weitergebildet, um die fachliche Basis für exzellente Lehre zu schaffen.	Qualitätssicherungsrat, Hochschulleitung	bedarfsweise	Krems und Wiener Neustadt
09	Seminarreihe Medizin- und Hochschuldidaktik	Medizin- und hochschuldidaktische Kompetenzentwicklung	Direktorat, Qualitätssicherungsrat	jährlicher Fortbildungszyklus	Krems und Wiener Neustadt
10	Seminarreihe Kommunikation	Kommunikationstraining für Mitarbeiter*innen, Förderung der komplikationsfreien und harmonischen Zusammenarbeit	Direktorat, Qualitätssicherungsrat	semesterweise	Krems und Wiener Neustadt
11	Würdigungspreis „Best Teacher Award“	Würdigung exzellenter Lehre, Beispiele exzellenter Lehre als Anreiz und Inspiration für exzellente Lehre transparent machen.	Direktorat, Qualitätssicherungsrat	jährlich	Krems und Wiener Neustadt

Tabelle 3: Handlungsfelder des Qualitätssicherungsrates in Studium und Lehre

Über die dargestellten Maßnahmen wird es dem Qualitätssicherungsrat ermöglicht, umfassende Informationen über relevante Vorgänge zu erhalten und daraus die nötigen Konsequenzen zu ziehen. Die Informationen werden durch Evaluationen und Gesprächsforen erlangt, Konsequenzen können Würdigungspreise, Fortbildungen sowie weitergehende Empfehlungen an die Hochschulleitung sein. Die Fortbildungen sind hierbei ein direktes Instrument, um Weiterentwicklung herbeizuführen, die Formulierung von Empfehlungen an die Hochschulleitung kann Anstoß für Weiterentwicklung sein.

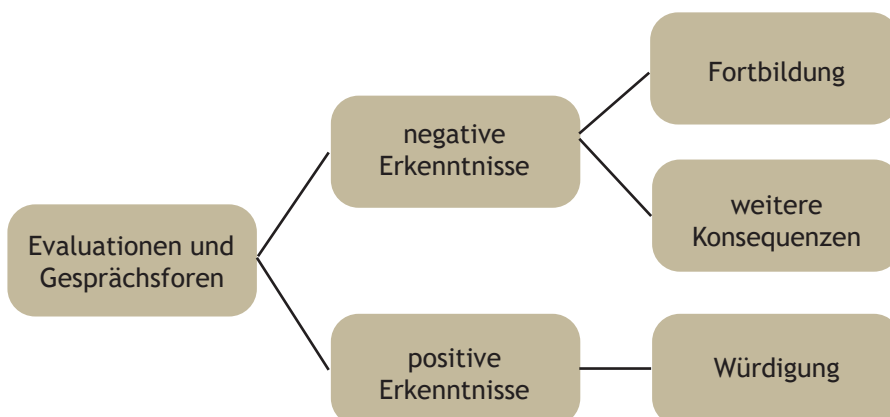


Abbildung 1: Die Handlungskette in Studium und Lehre



Die DPU orientiert sich bei der Struktur des Qualitätsmanagement-Systems an dem **PDCA-Zyklus** (Plan -> Do -> Check -> Act), um einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess aufrecht zu erhalten. Hierbei ist die Einbindung der gesamten Privatuniversität notwendig. Die Geschäftsstelle überprüft im Auftrag des Qualitätssicherungsrates den Status Quo durch Durchführung von Evaluationen, einholen von Stellungnahmen sowie durch Erstellen zusammenfassender Reporte (**CHECK**). Der Qualitätssicherungsrat führt Gesprächsforen durch, verteilt Würdigungspreise und kann QM-Maßnahmen (z.B. Fortbildung) anpassen und der Hochschulleitung Handlungen empfehlen (**ACT**). Die Hochschulleitung kann u.a. aufgrund der Empfehlungen organisatorische und strukturelle Umstellungen vornehmen (**PLAN**). Auf Basis dieser Umstellungen hat die gesamte DPU die Leistung in Studium und Lehre zu erbringen (**DO**), die dann erneut überprüft wird (**Zyklus**).

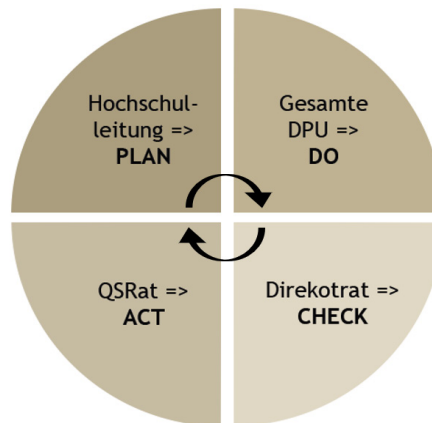


Abbildung 2: Der PDCA-Zyklus in Studium und Lehre

Innerhalb des Entwicklungsprozesses „Act“, „Plan“ und „Do“ kann es auch zu einer Umstellung eines Studiengangs kommen. Für diesen Fall hat die DPU eine Qualitätssicherungsmaßnahme für die Einrichtung und Weiterentwicklung von Studiengängen entwickelt, sodass der Prozess der Einrichtung und der Weiterentwicklung von Studiengängen alle Stakeholder inkludiert und transparent dokumentiert wird.

Nr.	QM-Maßnahme	Ziel	Verantwortung	Intervall	Standorte
12	Prozess zur Einrichtung und Weiterentwicklung von ordentlichen und außerordentlichen Studiengängen, Lehrgängen und Doktoratsstudiengängen	Berufseinsteiger*innen und auch der wissenschaftliche Mittelbau werden systematisch fachlich weitergebildet, um die fachliche Basis für exzellente Lehre zu schaffen.	Sämtliche relevante Stakeholder	regelmäßig	Krems und Wiener Neustadt

Tabelle 4: Der Prozess zur Einrichtung und Weiterentwicklung von Studien- und Lehrgängen



Folgende Merkmale sind unter Einbindung der relevanten Interessengruppen zu untersuchen und aufrechtzuerhalten (siehe Tabelle); dies gilt sowohl für die Weiterentwicklung von Studiengängen und Universitätslehrgängen als auch für die Entwicklung und Einrichtung neuer Studiengänge und Universitätslehrgänge an der DPU gemäß § 17 Abs. 1 Z. 1 PU-AkkVO 2019:

Merkmale	Ordentlicher Studiengang	Doktoratsstudiengang	Universitätslehrgang (ULG)
(A) Das Profil und die intendierten Lernergebnisse ...	... sind klar formuliert, umfassen fachlich-wissenschaftliche bzw. künstlerische, personale und soziale Kompetenzen und entsprechen den beruflichen Anforderungen sowie der jeweiligen Niveaustufe des Nationalen Qualifikationsrahmens.	... sind klar formuliert, umfassen fachlich-wissenschaftliche bzw. künstlerische, personale und soziale Kompetenzen und entsprechen Niveaustufe 8 des Nationalen Qualifikationsrahmens.	... sind klar formuliert, verbinden fachlich-wissenschaftliche bzw. künstlerisch fundierte Weiterqualifikation mit nachgewiesenen beruflichen Erfordernissen der definierten Zielgruppe, umfassen personale sowie soziale Kompetenzen und entsprechen Niveaustufe 7 des Nationalen Qualifikationsrahmens.
(B) Inhalt und Aufbau des Studienplans ...	... gewährleisten das Erreichen der intendierten Lernergebnisse unter Verbindung von Forschung (Forschung und Entwicklung bzw. Entwicklung und Erschließung der Künste) und Lehre.	... gewährleisten das Erreichen der intendierten Lernergebnisse unter Verbindung von Forschung (Forschung und Entwicklung bzw. Entwicklung und Erschließung der Künste) und Lehre.	... gewährleisten das Erreichen der intendierten Lernergebnisse unter Verbindung von Forschung (Forschung und Entwicklung bzw. Entwicklung und Erschließung der Künste) und Lehre und sind auf die Belange der Zielgruppe ausgerichtet.
(C) Berufsrechtliche Anforderungen	Im Falle reglementierter Berufe ist zusätzlich darzulegen, wie gewährleistet wird, dass die Voraussetzungen für den Berufszugang gegeben sind.	-	-
(D) Die mit den einzelnen Modulen verbundene Arbeitsbelastung ermöglicht ...	... das Erreichen der intendierten Lernergebnisse in der festgelegten Studiendauer, bei berufsbegleitenden Studiengängen unter Berücksichtigung der Berufstätigkeit.	... das Erreichen der intendierten Lernergebnisse, insbesondere die Erstellung der Dissertation, in der festgelegten Studiendauer.	... das Erreichen der intendierten Lernergebnisse in der festgelegten Studiendauer, bei berufsbegleitenden Universitätslehrgängen unter Berücksichtigung der Berufstätigkeit.
(E) Das European Credit Transfer System (ECTS) wird ...	... korrekt angewendet.	... wird jedenfalls für die curricularen Anteile (Lehrveranstaltungen) korrekt angewendet.	... korrekt angewendet.

Tabelle 5: Die in QM-Maßnahme 12 zu berücksichtigenden Merkmale



Die DPU sieht regelmäßige Prozesse zur Weiterentwicklung der Curricula von Studiengängen und Universitätslehrgängen vor. Der regelmäßige Prozess sieht vor, dass der Qualitätssicherungsrat (QSRH) in Zusammenarbeit mit dem Senat Arbeitsgruppen zu bilden hat, die innerhalb einer vom QSR gesetzten Frist überprüfen, ob die Curricula entsprechend der Merkmale (A) bis (E) den aktuellen Anforderungen entsprechen. Der QSR hat den schriftlichen Vortrag zu prüfen und entscheidet, ob dieser an den Vorsitz des Senats zur Bearbeitung weitergeleitet wird.

Es werden ebenfalls die Merkmale (A) bis (E) überprüft. Auf Basis des Entwicklungsplans werden über regelmäßige Prozesse und unter Berücksichtigung der Merkmale A bis E neue Studiengänge und Universitätslehrgänge entwickelt und eingerichtet. Die Mitarbeiter*innen des Direktorats wissenschaftliche Koordination und Management begleiten, koordinieren und dokumentieren die nötigen Verfahrensschritte bei regelmäßigen und unregelmäßigen Prozessen. Damit können nicht nur Zeit- und Personalressourcen geschont werden; zugleich ist gewährleistet, dass die Vorstellungen der einzelnen Stakeholder zu einem kohärenten Konzept zusammengeführt werden.

Der Prozess sieht somit folgende Schritte vor:

- I. QSR und Senat bilden in Absprache eine Arbeitsgruppe, in der sämtliche Stakeholder vertreten sind (die Arbeitsgruppe kann hierbei auch der Senat selbst sein, da hier sämtliche Stakeholder vertreten sind). Stakeholder sind die Hochschulleitung (Rektorat, Präsidium), die Professor*innen, der Mittelbau, die Verwaltung und die studentische Fachschaft.
- II. Das Direktorat, das für Qualitätssicherung zuständig ist, dokumentiert die Entwicklungen und Ergebnisse der Arbeitsgruppe.
- III. Das Ergebnis des Entwicklungs- und/oder Weiterentwicklungsprozesses wird im Senat vorgestellt. Der Senat stimmt über Annahme oder Ablehnung der Ergebnisse ab.
- IV. Die Dokumentation wird dem Senatsprotokoll beigefügt.
- V. Über die Dokumentation wird im internen Newsletter berichtet.
- VI. Die Studien- und Prüfungsordnung wird auf der Webseite veröffentlicht.

2. Qualitätssicherung der Forschungs- und Entwicklungstätigkeit

Die Forschungstätigkeiten werden vom Qualitätssicherungsrat systematisch beobachtet und analysiert. Der Qualitätssicherungsrat gibt der Hochschulleitung eine Einschätzung über die Forschungs- und Entwicklungstätigkeiten ab und formuliert Empfehlungen zur Umsetzung im Rahmen der strategischen Hochschulplanung. Hierzu werden zunächst im Rahmen von fünf QM-Maßnahmen Informationen und Einschätzungen gesammelt. So sieht Maßnahme 13 vor, dass die Publikationstätigkeit einmal pro Jahr evaluiert wird. Die Verwaltung der DPU schreibt diesbezüglich jeweils nach dem Stichtag 30. September sämtliche wissenschaftliche Mitarbeiter*innen an, die im Laufe des Zeitraums 1. Oktober bis 30. September an der DPU tätig waren, um die Publikationstätigkeiten in diesem Zeitraum abzufragen. Die erhobene Liste wird einem Gutachter weitergeleitet, der nach oben genannter Methode Auswertungen vornimmt. Die Auswertungen werden dem Qualitätssicherungsrat zur Verfügung gestellt und sind auch Grundlage für die Berichterstattung im Jahresbericht. Der Qualitätssicherungsrat informiert die Hochschulleitung und kann der Hochschulleitung strategische Empfehlungen geben.



Im Rahmen von Maßnahme 14 werden sämtliche Forschungsprojekte an der DPU (gefördert und nicht-gefördert) erfasst. Es wird neben dem Titel, der Beschreibung der Tätigkeit, den Beteiligten sowie ggfs. die Förderinstitution auch der Status des Projektes, (sohin der Fortschritt) erhoben. Diese Erhebung der geförderten und nicht-geförderten Forschungsprojekte umfasst auch deren Sichtbarkeit (Posterpräsentationen, Kongressbeiträge, Publikationen, Kooperationen). Maßnahme 14 hängt eng mit Maßnahme 15 zusammen. Hier werden die Forschungsprojekte, Forschungsgruppen und Forschungsschwerpunkte zugeordnet. Somit kann deren Leistungsfähigkeit im Zusammenhang mit den verbrauchten Ressourcen untersucht werden. Die Einschätzung wird vom Qualitätssicherungsrat auf Basis der vom Direktorat erhobenen Informationen getroffen. Der Qualitätssicherungsrat kann diesbezüglich auch ein Gutachten in Auftrag geben.

Der Qualitätssicherungsrat informiert die Hochschulleitung und spricht Empfehlungen aus. Die laufende zentrale Dokumentation aller Forschungsprojekte inklusive ihrer Publikationsergebnisse, Kongressteilnahmen, Präsentationen etc. wird auch wegen der Beteiligung der haupt- und nebenberuflichen Wissenschaftler*innen (inkl. der Ärzt*innen der Kooperationspartner) durchgeführt (QM-Maßnahme 16). Hierdurch wird der wissenschaftliche Fortschritt des Personals und die wissenschaftliche Entwicklung des Standortes regelmäßig evaluiert, insbesondere wird das Augenmerk darauf gerichtet, in welcher Form die Zusammenarbeit zwischen Grundlagenforschung (Forschungsschwerpunkte) und Klinik (klinische Universitätsprofessor*innen) gestaltet wird.

Durch den Qualitätssicherungsrat findet, unter anderem auf Grundlage der Dokumentationstätigkeit eine jährliche Forschungsevaluierung statt, die die dokumentierte Tätigkeit zusammenfasst und Vorschläge zur Optimierung und Weiterentwicklung macht sowie Hinweise auf weitere Projektmöglichkeiten gibt. Durch den internen Newsletter werden alle Forschungsergebnisse inneruniversitär transparent gemacht. Sämtliche wissenschaftliche Arbeiten werden einer Plagiatsprüfung unterzogen (QM-Maßnahme 17). Auffälligkeiten werden dem Qualitätssicherungsrat gemeldet.

Nr.	QM-Maßnahme	Ziel	Verantwortung	Intervall	Standorte
13	Evaluation der Publikationstätigkeiten	Erhebung und Analyse der Publikationszahlen und der JIF-Gesamtpunktezahl. Erhebung der Datenlage, Analyse der Tätigkeiten, Vergleich mit den Vor-jahren und kritische Auseinandersetzung mit der Publikationstätigkeit an der DPU insgesamt.	Direktorat, Qualitätssicherungsrat	jährlich	Krems und Wiener Neustadt
14	Dokumentation Forschungsprojekte	Erhebung der geförderten und nicht- geförderten Forschungsprojekte. Erhebung der Forschungstätigkeit an der DPU, sowie deren Sichtbarkeit (Posterpräsentationen, Kongressbeiträge, Publikationen, Kooperationen).	Direktorat, Qualitätssicherungsrat	jährlich	Krems und Wiener Neustadt



15	Analyse der Tätigkeit von Forschungsgruppen und Forschungsschwerpunkten	Bewertung der Leistung der Forschungsgruppen und -schwerpunkte auf Basis der Ergebnisse aus den QM-Maßnahmen 13 und 14 sowie auf Basis von Kommunikation mit Forschenden.	Direktorat, Qualitätssicherungsrat	jährlich	Krems und Wiener Neustadt
16	Evaluation Klinik und Forschung	Die Ärzt*innen der Kooperationskliniken, die in die Lehre eingebunden werden, sollen auch an der Forschung teilhaben. Hierzu bedarf es eines Monitoring-Systems, um dies sicherzustellen.	Leiter*innen von Forschungsgruppen und -schwerpunkten, Direktorat, Qualitätssicherungsrat	jährlich	Krems und Wiener Neustadt
17	Plagiatsprüfung wissenschaftlicher Arbeiten	Überprüfung der Qualität von Abschlussarbeiten (Bachelor-, Master- und Diplomarbeiten).	Direktorat, Qualitätssicherungsrat	laufend	Krems und Wiener Neustadt

Tabelle 6: Die QM-Maßnahmen 13-17

Der Qualitätssicherungsrat vergibt einen Würdigungspreis und formuliert auf Basis der Erkenntnisse Handlungsempfehlungen an die Hochschulleitung. Der Qualitätssicherungsrat kann die Qualitätssicherungsmaßnahmen auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse anpassen. Hierbei handelt es sich insbesondere um die in der folgenden Tabelle aufgeführten Maßnahmen. Über die dargestellten Maßnahmen wird es dem Qualitätssicherungsrat ermöglicht, umfassende Informationen über relevante Vorgänge zu erhalten und daraus die nötigen Konsequenzen zu ziehen.

Die Informationen werden durch Evaluationen und Analysen erlangt, Konsequenzen können Würdigungspreise, Fortbildungen sowie weitergehende Empfehlungen an die Hochschulleitung sein. Die Fortbildungen sind hierbei ein direktes Instrument, um Weiterentwicklung herbeizuführen, die Formulierung von Empfehlungen an die Hochschulleitung kann Anstoß für Weiterentwicklung sein.

Nr.	QM-Maßnahme	Ziel	Verantwortung	Intervall	Standorte
18	Stabstelle Forschung und Entwicklung	Die Stabstelle ist Anlaufstelle für Mitarbeiter*innen, um Informationen über Förderprogramme zu erlangen. Fortbildungskurs Antragschreiben.	Stabstelle Forschung und Entwicklung, Qualitätssicherungsrat	bedarfsweise	Krems und Wiener Neustadt
19	Seminarreihe „Good Scientific Practice“	In dieser Seminarreihe werden die Wissenschaftler*innen in das Thema „Good Scientific Practice“ eingeführt, es kann ein DPU-Verständnis für „Good Scientific Practice“ aufgebaut werden.	Direktorat, Qualitätssicherungsrat	semesterweise	Krems und Wiener Neustadt
20	Würdigungspreis „Best Scientist Award“	Auszeichnung von Forschenden um Forschung und Forschende zu würdigen.	Qualitätssicherungsrat, Hochschulleitung, Direktorat	jährlich	Krems und Wiener Neustadt

Tabelle 7: Die QM-Maßnahmen 18-20



Die DPU orientiert sich bei der Struktur des Qualitätsmanagement-Systems an dem **PDCA-Zyklus** (Plan -> Do -> Check -> Act), um einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess aufrecht zu erhalten. Hierbei ist die Einbindung der gesamten Privatuniversität notwendig. Das für Qualitätssicherung zuständige Direktorat überprüft im Auftrag des Qualitätssicherungsrates den Status Quo durch Durchführung von Evaluationen, einholen von Stellungnahmen sowie durch Erstellen zusammenfassender Reporte (**CHECK**). Der Qualitätssicherungsrat führt Gespräche und Analysen durch, verteilt Würdigungspreise, kann QM-Maßnahmen (z.B. Fortbildung) anpassen und der Hochschulleitung Handlungen empfehlen (**ACT**). Die Hochschulleitung kann u.a. aufgrund der Empfehlungen organisatorische und strukturelle Umstellungen vornehmen (**PLAN**). Auf Basis dieser Umstellungen hat die gesamte DPU die Leistung in Forschung und Entwicklung zu erbringen (**DO**), die dann erneut überprüft wird (**Zyklus**).

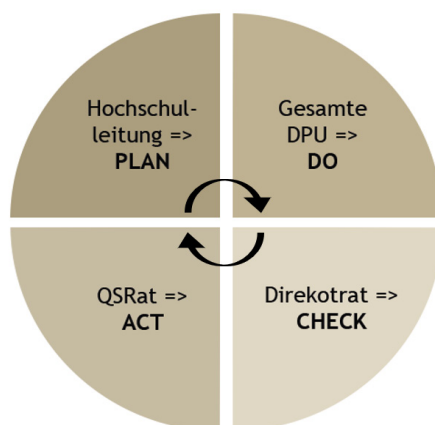


Abbildung 3: Der PDCA-Zyklus in Forschung und Entwicklung

Durch Umstellungen seitens der Hochschulleitung kann es im Bereich Forschung und Entwicklung insbesondere auch zu Umstellungen in Bezug auf Abschlussarbeiten und auf Bezug zum PhD-Studium geben. Eine entsprechende Weiterentwicklungsmaßnahme wurde im Kapitel „Studium und Lehre“ vorgestellt.

3. Qualitätssicherung des Personals

Personalbezogene Qualitätssicherungsfragen werden teilweise bereits in den Kapiteln „Studium und Lehre“ sowie „Forschung und Entwicklung“ adressiert. Weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen werden an dieser Stelle vorgestellt.

Nr.	QM-Maßnahme	Ziel	Verantwortung	Intervall	Standorte
21	Evaluation der Fortschritte im Rahmen von Qualifizierungsvereinbarungen	Die Fortschritte im Rahmen von Qualifizierungsvereinbarungen werden jährlich durch eine* einen Gutachter*in evaluiert. Beratung über Anpassungen der Mustervereinbarungen (QV).	Direktorat, Qualitätssicherungsrat	jährlich	Krems und Wiener Neustadt
22	Dokumentation Berufungsverfahren	Die von den Berufungsausschüssen durchgeführten Berufungsverfahren werden monitorisiert und ggfs. werden Weiterentwicklungen vorgeschlagen.	Direktorat, Qualitätssicherungsrat	regelmäßig	Krems und Wiener Neustadt



23	Erarbeitung und Bereitstellung von Qualifikationskriterien für die Personalauswahl	Sicherstellung, dass das hauptberufliche Personal in die Forschung eingebunden ist. Freiräume für die Forschung sollen geschaffen werden.	Direktorat, Qualitätssicherungsrat	regelmäßig	Krems und Wiener Neustadt
24	Monitorisierung der Umsetzung des Gender Equality Plans (GEP)	Sicherstellung	Direktorat, Qualitätssicherungsrat	laufend	Krems und Wiener Neustadt
25	Seminarreihe Betreuung von Dissertationen im Rahmen von PhD-Studiengängen	Weiterentwicklung der didaktischen Fähigkeiten, um Dissertationen im Rahmen von PhD-Studiengängen optimal betreuen zu können.	Direktorat, Qualitätssicherungsrat	Semester	Krems und Wiener Neustadt
26	Leitlinie „Betreuung von Dissertationen“	Erstellung von einheitlichen Leitlinien für die Betreuung von Dissertationen	Fakultät, Direktorat, Qualitätssicherungsrat	bedarfsweise	Krems und Wiener Neustadt
27	Disputationstraining	Doktorand*innen werden auf die Verteidigung ihrer Arbeiten professionell vorbereitet.	Direktorat, Qualitätssicherungsrat	jährlich	Krems und Wiener Neustadt

Tabelle 8: Die QM-Maßnahmen 21-27

Die Leitlinien (QM-Maßnahme 24) werden hierbei regelmäßig qualitätsgeleitet weiterentwickelt. Sie sind nicht nur die Leitlinie in der Betreuung von Doktorand*innen, die jedem*jeder Betreuer*in weitergeleitet werden, sondern bilden auch das thematische Fundament der Seminarreihe „Betreuung von Dissertationen“ (QM-Maßnahme 23). Der thematische Rahmen hierbei ist:

1. Übernahme der Betreuungsverpflichtung

- Ressourcenprüfung
- Prüfung des Vorhabens
- Finanzierung der*des Doktorand*in
- Zulassung und Immatrikulation
- Betreuungsvereinbarung

2. Betreuung in der Promotionsphase

- Betreuungsgespräche
- Gute wissenschaftliche Praxis & Konflikte
- Präsentation und Diskussion des Arbeitsfortschrittes
- Verschriftlichung
- Überfachliche Weiterqualifizierung
- Arbeitsbelastung
- Lehrerfahrung

3. Abschluss der Arbeit, Begutachtung und Disputation

- Ablaufplanung
- Begutachtung
- Disputationstraining



Die DPU orientiert sich bei der Struktur des Qualitätsmanagement-Systems an dem **PDCA-Zyklus** (Plan -> Do -> Check -> Act), um einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess aufrecht zu erhalten. Hierbei ist die Einbindung der gesamten Privatuniversität notwendig. Das für Qualitätssicherung zuständige Direktorat überprüft im Auftrag des Qualitätssicherungsrates den Status Quo durch Durchführung von Evaluationen, einholen von Stellungnahmen sowie durch Erstellen zusammenfassender Reporte (**CHECK**). Der Qualitätssicherungsrat führt Gespräche und Analysen durch, kann QM-Maßnahmen (z.B. Fortbildung) anpassen und der Hochschulleitung Handlungen empfehlen (**ACT**). Die Hochschulleitung kann u.a. aufgrund der Empfehlungen organisatorische und strukturelle Umstellungen vornehmen (**PLAN**). Auf Basis dieser Umstellungen hat die gesamte DPU die Leistung im Bereich Personal zu erbringen (**DO**), die dann erneut überprüft wird (**Zyklus**).

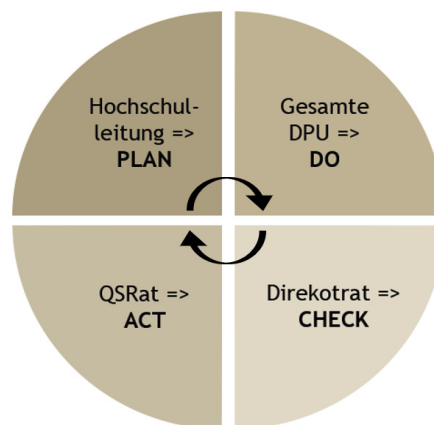


Abbildung 4: Der PDCA-Zyklus im Bereich Personal

Durch Umstellungen seitens der Hochschulleitung kann es im Bereich Personal insbesondere auch zu Umstellungen in Bezug auf Assistenzprofessuren und in den Berufungs- und Auswahlverfahren geben. Die Überprüfung des GEP ist der Hochschulleitung ein besonderes Anliegen. Die Hochschulleitung steht hier mit dem internen Qualitätssicherungsrat in besonders engem Austausch.

4. Qualitätssicherung der Infrastruktur

Infrastrukturelle Qualitätssicherungsfragen werden teilweise bereits in den Kapiteln „Studium und Lehre“ sowie „Forschung und Entwicklung“ adressiert. Weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen werden an dieser Stelle vorgestellt. Die Qualitätssicherung der Infrastruktur der DPU (inkl. des DPU-Zahnambulatoriums) erfolgt durch den QSR. Die Qualitätssicherung des Zahnambulatorium erfolgt durch den QSRZI der DPU. Die Qualitätssicherung der Infrastruktur der Universitätskliniken erfolgt durch die NÖ LGA. Die Kooperationen mit den Universitätskliniken betreffende QM-Maßnahmen finden sich in den Kapiteln „Studium und Lehre“, „Forschung und Entwicklung“, sowie „Kooperationen“ wieder.

Maßgeblich für die Qualitätssicherung der Infrastruktur sind das ASchG (ArbeitnehmerInnenschutzgesetz), das MSchG (Mutterschutzgesetz) sowie das Niederösterreichische Krankenanstaltengesetz (NÖ KAG). Die Präventivfachkräfte für Arbeitsschutz gemäß ASchG (ArbeitnehmerInnenschutzgesetz) führen in regelmäßigen Begehungen eine laufende Evaluierung der Arbeitsplätze nach den einschlägigen Arbeitsschutzvorschriften und dem MSchG (Mutterschutzgesetz) durch und definieren geeignete Maßnahmen zur Förderung der Arbeitssicherheit sowie Prävention von Arbeitsunfällen.



Eine detaillierte Auflistung sämtlicher Maßnahmen innerhalb dieser QM-Maßnahmen sind Anlage 1 des QM-Handbuchs zu entnehmen. Die dort genannten Maßnahmen werden von der DPU unter zwei QM-Maßnahmen zusammengefasst:

Nr.	QM-Maßnahme	Ziel	Verantwortung	Intervall	Standorte
28	Qualitätssicherung der universitären Infrastruktur	Sicherstellung des qualitativen Voraussetzungen der Infrastruktur für Studierende und Mitarbeiter*innen	Direktorat, Qualitätssicherungsrat, Sicherheitsfachkräfte etc.	laufend	Krems und Wiener Neustadt
29	Qualitätssicherung des Zahnambulatoriums	-	Qualitätssicherungsrat, Direktorat, Ärztliche Leitung, Sicherheitsfachkräfte etc.	laufend	Krems

Tabelle 9: Die QM-Maßnahmen im Bereich Infrastruktur

Die DPU orientiert sich bei der Struktur des Qualitätsmanagement-Systems an dem **PDCA-Zyklus** (Plan -> Do -> Check -> Act), um einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess aufrecht zu erhalten. Hierbei ist die Einbindung der gesamten Privatuniversität notwendig. Das für Qualitätssicherung zuständige Direktorat überprüft im Auftrag des Qualitätssicherungsrates den Status Quo durch Durchführung von Evaluationen, einholen von Stellungnahmen sowie durch Erstellen zusammenfassender Reporte (**CHECK**). Der Qualitätssicherungsrat führt Gespräch und Analysen durch, kann QM-Maßnahmen (z.B. Fortbildung) anpassen und der Hochschulleitung Handlungen empfehlen (**ACT**). Die Hochschulleitung kann u.a. aufgrund der Empfehlungen organisatorische und strukturelle Umstellungen vornehmen (**PLAN**). Auf Basis dieser Umstellungen hat die gesamte DPU die Leistung im Bereich Infrastruktur zu erbringen (**DO**), die dann erneut überprüft wird (**Zyklus**).

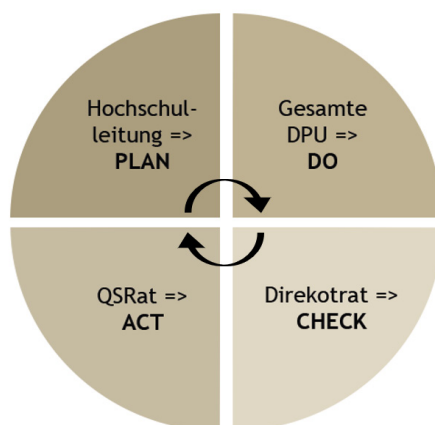


Abbildung 5: Der PDCA-Zyklus im Bereich Infrastruktur



5. Qualitätssicherung der Kooperationen

Nr.	QM-Maßnahme	Ziel	Verantwortung	Intervall	Standorte
30	Dokumentation der Forschungsk Kooperationen	Die Forschungsk Kooperationen werden erfasst und analysiert	Direktorat, Qualitätssicherungs-rat	laufend	Krems und Wiener Neustadt
31	Dokumentation der Mobilität	Die Mobilität der Studierenden wird erfasst und dokumentiert	Direktorat, Qualitätssicherungs-rat	laufend	Krems und Wiener Neustadt

Tabelle 10: Die QM-Maßnahmen im Bereich Kooperationen

6. Weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen

Die DPU verfügt über ein Qualitätssicherungs-System, das verschiedene Maßnahmen vorsieht.

Der Qualitätssicherungsrat der DPU steht gemäß Satzung der DPU der Qualitätssicherung vor. Die Maßnahmen betreffend „Studium und Lehre“, „Forschung und Entwicklung“, „Personal“, „Infrastruktur“ und „Kooperationen“ wurden in den entsprechenden Kapiteln vorgestellt. Weitere QM-Maßnahmen sind:

Nr.	QM-Maßnahme	Ziel	Verantwortung	Intervall	Standorte
32	CIRS	Critical Incident Reporting System - anonyme Beschwerden ermöglichen	Direktorat, Qualitätssicherungsrat	laufend	Krems und Wiener Neustadt
33	Interner Newsletter	Interne Kommunikation optimieren, Transparenz in allen relevanten Hochschulfragen schaffen.	Direktorat, Qualitätssicherungsrat	laufend	Krems und Wiener Neustadt
34	Monitoring, Anpassung und Weiterentwicklung des Entwicklungsplans	Monitoring, Anpassung und Weiterentwicklung des Entwicklungsplans unter Einbindung aller relevanten Stakeholder samt Dokumentation der Ergebnisse im Newsletter und auf der Website	Fakultät, Direktorat, Qualitätssicherungsrat	bedarfsweise	Krems und Wiener Neustadt

Tabelle 11: Die QM-Maßnahmen 32-34



Die QM-Maßnahme 34 stellt sicher, dass das Monitoring der Umsetzung des Entwicklungsplanes als Maßnahme des strategischen Hochschulmanagements transparent erfolgt. Das Monitoring ist nach Vorgabe des Präsidiums Aufgabe des Qualitätssicherungsrates. Dieser beauftragt das Direktorat wissenschaftliche Koordination und Management mit der bedarfsweisen, jedenfalls jährlichen Berichterstattung. Der Jahresbericht hat sämtliche im Berichtszeitraum anstehenden und angedachten Entwicklungen und deren Umsetzung zu enthalten. Auf Grundlage des Jahresberichts muss gegebenenfalls eine Anpassung des Entwicklungsplans erfolgen. Der Qualitätssicherungsrat hat die Hochschulleitung über die Entwicklungen zu informieren und sie zu kommentieren. Die Hochschulleitung kann auf Grundlage dieser Hinweise in Absprache mit sämtlichen Stakeholdern Anpassungen des Entwicklungsplans vornehmen und angedachte Maßnahmen umsetzen. Die Ergebnisse der Qualitätssicherung sind bei der Erstellung des Entwicklungsplans zu berücksichtigen. Der Qualitätssicherungsrat kann jederzeit Anfragen an das Direktorat wissenschaftliche Koordination und Management richten. Diese Anfragen hat der Jahresbericht ebenfalls zu enthalten, der Jahresbericht ist zu veröffentlichen. Der Entwicklungsplan wird auf Vorschlag von Rektorat und Präsidium vom Universitätsrat freigegeben. Der vom Präsidium erstellte Finanzplan ist mit Mehrheit innerhalb der Betreibergesellschaft zu beschließen. Der Senat erhält, betreffend des Entwicklungsplans, ein Stellungnahmerecht.

Die DPU orientiert sich bei der Struktur des Qualitätsmanagement-Systems an dem **PDCA-Zyklus** (Plan -> Do -> Check -> Act), um einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess aufrecht zu erhalten. Hierbei ist die Einbindung der gesamten Privatuniversität notwendig. Das für Qualitätssicherung zuständige Direktorat überprüft im Auftrag des Qualitätssicherungsrates den Status Quo durch Durchführung von Evaluationen, einholen von Stellungnahmen sowie durch Erstellen zusammenfassender Reporte (**CHECK**). Der Qualitätssicherungsrat führt Gespräch und Analysen durch, kann QM-Maßnahmen (z.B. Fortbildung) anpassen und der Hochschulleitung Handlungen empfehlen (**ACT**). Die Hochschulleitung kann u.a. aufgrund der Empfehlungen organisatorische und strukturelle Umstellungen vornehmen (**PLAN**). Auf Basis dieser Umstellungen hat die gesamte DPU die Leistung im Bereich Infrastruktur zu erbringen (**DO**), die dann erneut überprüft wird (**Zyklus**).

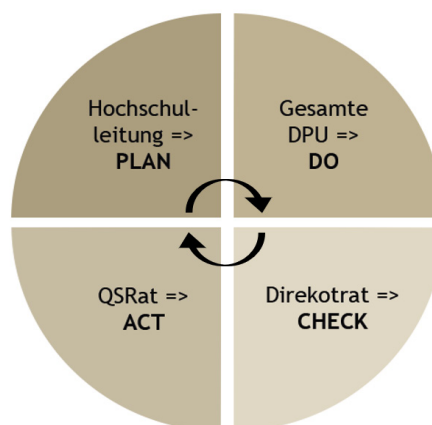


Abbildung 6: Der PDCA-Zyklus im Bereich Infrastruktur



ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Die Handlungskette in Studium und Lehre	3
Abbildung 2: Der PDCA-Zyklus in Studium und Lehre	4
Abbildung 3: Der PDCA-Zyklus in Forschung und Entwicklung	9
Abbildung 4: Der PDCA-Zyklus im Bereich Forschung	11
Abbildung 5: Der PDCA-Zyklus im Bereich Infrastruktur	12
Abbildung 6: Der PDCA-Zyklus im Bereich Infrastruktur	14

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Evaluationen als QM-Maßnahmen in Studium und Lehre	1
Tabelle 2: Gesprächsforen als QM-Maßnahmen zur Informationsgewinnung in Studium und Lehre	2
Tabelle 3: Handlungsfelder des Qualitätssicherungsrates in Studium und Lehre	3
Tabelle 4: Der Prozess zur Einrichtung und Weiterentwicklung von Studien- und Lehrgängen	4
Tabelle 5: Die in QM-Maßnahme 12 zu berücksichtigenden Merkmale	5
Tabelle 6: Die QM-Maßnahmen 13-17	7-8
Tabelle 7: Die QM-Maßnahmen 18-20	8
Tabelle 8: Die QM-Maßnahmen 21-27	9-10
Tabelle 9: Die QM-Maßnahmen im Bereich Infrastruktur	12
Tabelle 10: Die QM-Maßnahmen im Bereich Kooperationen	13
Tabelle 11: Die QM-Maßnahmen 32-34	13



DANUBE PRIVATE UNIVERSITY
Austria



Anlage 1

Aufgabenverteilung betreffend die Qualitätssicherung der Infrastruktur

Maßgeblich für die Qualitätssicherung der Infrastruktur sind das ASchG (ArbeitnehmerInnenschutzgesetz), das MSchG (Mutterschutzgesetz) sowie das Niederösterreichische Krankenanstaltengesetz (NÖ KAG).

Die Präventivfachkräfte für Arbeitsschutz gemäß ASchG (ArbeitnehmerInnenschutzgesetz) führen in regelmäßigen Begehungen eine laufende Evaluierung der Arbeitsplätze nach den einschlägigen Arbeitsschutzvorschriften und dem MSchG (Mutterschutzgesetz) durch und definieren geeignete Maßnahmen zur Förderung der Arbeitssicherheit sowie Prävention von Arbeitsunfällen. Der*Die Arbeitsmediziner*in führt Schutzimpfungen gegen berufsbedingte Krankheiten durch. Weiters wird ein Sehtest für alle Mitarbeiter*innen an Bildschirmarbeitsplätzen zur Feststellung der Notwendigkeit einer Bildschirmbrille angeboten. Die Sicherheitsvertrauenspersonen der DPU achten auf die gebotenen Arbeitsschutzmaßnahmen. Eine ausreichende Anzahl an ausgebildeten betrieblichen Ersthelfer*innen sowie ein Ärztenotfallteam in der Klinik stehen in Notfällen zur Verfügung. Darüber hinaus wird einmal jährlich der Arbeitsschutzausschuss einberufen, um die innerbetriebliche Zusammenarbeit in Fragen von Sicherheit und Gesundheitsschutz zu fördern.

Zur Vorbeugung von Brandfällen führt der*die Brandschutzbeauftragte, unterstützt von einem Brandschutzwart, monatliche Eigenkontrollen und eine jährliche Evakuierungsübung durch, erstellt die Brandschutzpläne und pflegt den Inhalt des Brandschutzbuches. In regelmäßigen Begehungen werden die hygienischen Bedingungen im Zahnambulatorium Krems der DPU durch den*die Hygienebeauftragte überprüft. Der*Die Hygienebeauftragte trägt Sorge für die jährliche Revalidierung des Aufbereitungsprozesses in der Sterilisationsabteilung und führt einmal jährlich eine mikrobiologische Wasseruntersuchung durch. Für die Wahrnehmung der technischen Sicherheit und des einwandfreien Funktionierens der im Zahnambulatorium Krems der DPU verwendeten medizinisch-technischen Geräte sorgt der*die technische Sicherheitsbeauftragte. Dieser*Diese erstellt und aktualisiert das Bestandsverzeichnis und die Gerätedatei und veranlasst die vorgeschriebenen Überprüfungen der technischen Einrichtungen. Die Strahlenschutzbeauftragten der DPU stellen den ordnungsgemäßen Betrieb der Röntgengeräte sicher und tragen Sorge für die Unterweisung der in Strahlenbereichen tätigen Personen.

Beratungsstellen für Studierende und Mitarbeiter*innen

Die Danube Private University stellt Studierenden und Mitarbeiter*innen Kontaktpersonen für Beratungen in unterschiedlichsten Bereichen zur Verfügung:

Position
Ombudsmann für akademische Angelegenheiten
Ombudsmann für akademische Angelegenheiten
Qualitätssicherungs- und Strahlenschutzbeauftragter
Studienservicecenter
Studienservicecenter
Studienservicecenter
Frauenbeauftragte



Sicherheitsvertrauensperson
Sicherheitsvertrauensperson
Sicherheitsvertrauensperson
Sicherheitsvertrauensperson
Gleichstellungsbeauftragte

Qualitätssicherungsbeauftragte des Zahnambulatoriums der DPU

Der*Die Qualitätssicherungsbeauftragte des Zahnambulatoriums wird vom Präsidium gemäß NÖ KAG bestellt und trägt die laufende Obsorge für sämtliche Qualitätssicherungsthemen im Zahnambulatorium Krems der DPU. Über seine*ihre Tätigkeit legt er*sie dem Qualitätssicherungsrat halbjährlich einen Bericht vor.

Der*Die Qualitätssicherungsbeauftragte hat die Qualitätsevaluierung im Zahnambulatorium Krems der Danube Private University durchgeführt und ist für die regelmäßige jährliche Aktualisierung verantwortlich.

Termin:

Art	Fälligkeit
Tätigkeitsbericht des*der Qualitätssicherungsbeauftragten	jeweils zur Sitzung des Qualitätssicherungsrates

Aufgabe	Zuständige*r
Erstellung eines Tätigkeitsberichts	Ärztliche Leitung des Zahnambulatoriums

Konsiliarapotheker*in

Lt. § 37 Abs. 4 NÖ KAG haben öffentliche Krankenanstalten, die keine Anstaltsapotheke betreiben, Konsiliarapotheker*innen zu bestellen, wenn durch die beliefernde Apotheke die Erfüllung der im § 37 Abs. 5 NÖ KAG genannten Aufgaben nicht gewährleistet ist. Zum*Zur Konsiliarapotheker*in darf nur ein*e Magister*in der Pharmazie bestellt werden, der*die die Berechtigung zur Ausübung der fachlichen Tätigkeit im Apothekenbetrieb nach erfolgter praktischer Ausbildung erlangt hat und zumindest in überwiegendem Ausmaß in einer inländischen Apotheke tätig sowie in der Lage ist, die im § 37 Abs. 5 NÖ KAG genannten Aufgaben zu erfüllen.

Der*Die Konsiliarapotheker*in hat den Arzneimittelvorrat der Krankenanstalt hinsichtlich der vorschriftsmäßigen Aufbewahrung und Beschaffenheit der Arzneimittel mindestens einmal vierteljährlich zu überprüfen und allfällige Mängel dem*der ärztlichen Leiter*in der Krankenanstalt zu melden; diesen hat er*sie ferner in allen Arzneimittelangelegenheiten fachlich zu beraten und zu unterstützen.

Aufgabe	Zuständige*r
Überprüfung des Arzneimittelvorrates	Konsiliarapotheker*in
Überwachung allfälliger Mängelbehebungen	Ärztliche Leitung des Zahnambulatoriums



Präventivfachkräfte

Die Präventivfachkräfte sind zum Arbeitsschutz im ASchG für alle Betriebe vorgeschrieben. Den Präventivfachkräften kann die Verantwortlichkeit für die Einhaltung von Arbeitnehmerschutzvorschriften nicht rechtswirksam übertragen werden. Wenn ein Arbeitsschutzausschuss besteht, darf der Arbeitgeber eine Präventivfachkraft nur nach vorheriger Befassung des Arbeitsschutzausschusses abberufen.

Die Einsatzzeit (Gesamtpräventionszeit) richtet sich nach dem Mitarbeiterstand. Dieser ist auf ein Vollzeitäquivalent umzurechnen. Die Arbeitsplätze müssen in Arbeitsplätze mit büroähnlicher Belastung und in sonstige Arbeitsplätze unterteilt werden. Pro Büroarbeitsplatz stehen 1,2 Stunden, für sonstige Arbeitsplätze 1,5 Stunden pro Vollzeit Arbeitnehmer*in zur Verfügung. Von der Gesamtpräventionszeit müssen mind. 35 % auf den*die Arbeitsmediziner*in und 40 % auf die Sicherheitsfachkraft entfallen.

Die restlichen 25 % der Zeit können auf die beiden frei aufgeteilt werden oder an andere Expert*innen (z. B. Arbeitspsycholog*innen) vergeben werden.

Bei bis zu 50 Arbeitnehmer*innen können die Präventivfachkräfte gratis über die AUVA gestellt werden. Da die DPU mehr als 50 Arbeitnehmer*innen hat, wurden Arbeitsmediziner*in und Sicherheitsfachkraft extern bestellt.

Die Präventionszeit der Sicherheitsfachkräfte kann auf mehrere Sicherheitsfachkräfte, die Präventionszeit der Arbeitsmediziner*in kann auf mehrere Arbeitsmediziner*innen aufgeteilt werden, wenn dies aus organisatorischen oder fachlichen Gründen zweckmäßig ist.

Arbeitsmediziner*in

Arbeitsmediziner*innen können extern bestellt werden oder es werden intern geeignete Ärzt*innen beschäftigt. Der*Die Arbeitgeber*in hat dem*der Arbeitsmediziner*in alle erforderlichen Informationen und Unterlagen zur Verfügung zu stellen, insbesondere:

- Aufzeichnungen und Berichte über Arbeitsunfälle inkl. Nadelstichverletzungen,
- Ergebnisse von Messungen (z. B. gefährliche Arbeitsstoffe, Lärm),
- Schwangerschaften, sobald sie dem*der Arbeitgeber*in bekannt werden.
 - Diese sind darüber hinaus an das Arbeitsinspektorat zu melden.
- Ankündigungen des Arbeitsinspektorates zu Begehungen.

Darüber hinaus ist der*die Arbeitgeber*in verpflichtet, Arbeitsunfälle an die AUVA zu melden und dem Arbeitsinspektorat tödliche und schwere Arbeitsunfälle mitzuteilen, sofern nicht eine Meldung an die Sicherheitsbehörden erfolgt. Arbeitgeber*innen haben den*die Arbeitsmediziner*in bei folgenden Themen hinzuzuziehen:

- Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz,
- Planung von Arbeitsstätten, Änderung von Arbeitsmitteln, Arbeitsverfahren
- Auswahl von persönlichen Schutzausrüstungen,
- in arbeitsphysiologischen, -psychologischen und sonstigen ergonomischen sowie arbeitshygienischen Fragen, insbesondere des Arbeitsrhythmus, der Arbeitszeit- und Pausenregelung, der Gestaltung der Arbeitsplätze und des Ablaufes,



- Organisation der Ersten Hilfe,
- Arbeitsplatzwechsel und Eingliederung von Behinderten,
- Ermittlung und Beurteilung der Gefahren und Festlegung von Maßnahmen zur Gefahrenverhütung,
- Organisation der Unterweisung (z. B. bezüglich Hygiene und Infektionsrisiken) und der Erstellung von Betriebsanweisungen.

Der*Die Arbeitsmediziner*in führt Schutzimpfungen gegen berufsbedingte Krankheiten durch. Für die Mitarbeiter*innen des Zahnambulatoriums inkl. Studierende mit direktem Patientenkontakt oder verunreinigten Instrumenten besteht Gefährdung zur Infektion mit Hepatitis B. Die AUVA bietet dazu gratis Schutzimpfungen an. Der Impfstoff wird vom Unternehmen bestellt und die Impfungen der Mitarbeiter*innen werden von dem*der Arbeitsmediziner*in durchgeführt.

Weiters führt der*die Arbeitsmediziner*in vorgeschriebene Gesundheitsuntersuchungen durch. Mitarbeiter*innen an Bildschirmarbeitsplätzen muss alle 3 Jahre ein Sehtest angeboten werden. Die Sehtests werden von dem*der Arbeitsmediziner*in durchgeführt. Sofern der*die Arbeitsmediziner*in feststellt, dass eine Bildschirmbrille notwendig ist, sind die Kosten für das Basismodell vom Arbeitgeber zu zahlen.

Zu den sonstigen möglichen Tätigkeiten des*der Arbeitsmediziner*in zählen:

- Lungenfunktionstest: Dieser könnte auf freiwilliger Basis durchgeführt werden (Raucher).
- Ein Hörtest ist verpflichtend alle 5 Jahre durchzuführen, sofern am Arbeitsplatz eine Lärmbelastung von über 85 db gemessen wird.
- Die Sicherheitsfachkraft hat eine Arbeitsstoffliste anzufertigen und die zugehörigen Sicherheitsdatenblätter sind aufzubewahren. Die Sicherheitsdatenblätter sind von dem*der Arbeitsmediziner*in zu prüfen. Sofern gefährliche Stoffe enthalten sind, die besondere Vorkehrungen (z. B. Arbeitsanweisungen, Schutzausrüstungsuntersuchungen) erfordern, würde der*die Arbeitsmediziner*in Empfehlungen für Maßnahmen abgeben.

Der*Die Arbeitsmediziner*in arbeitet eng mit der Sicherheitsfachkraft und den Sicherheitsvertrauenspersonen zusammen. Er*Sie legt jährlich - und bei Bedarf zusätzlich - einen Bericht über seine*ihre Tätigkeit vor. Die Belegschaft, vor allem die Sicherheitsvertrauenspersonen, sind über die Anwesenheitszeiten zu informieren.

Aufgabe	Intervall
Begehung & Anwesenheit Arbeitsmediziner	monatlich
Sehtest für Bildschirmarbeitsplätze	alle 3 Jahre
Überprüfung und Auffüllung Erste-Hilfe-Kästen	jährlich
Überprüfung Notfallkoffer und Notfallrucksack	jährlich
Funktionsprüfung Defibrillator	jährlich
Wartung Defibrillator	jährlich
Grippeimpfungen	jährlich



Aufgabe	Zuständige*r
Arbeitsmedizinische Betreuung	Arbeitsmediziner*in
Überprüfung der Ersthelfer*in-Ausbildung	Arbeitsmediziner*in
Überprüfung Erste-Hilfe-Kästen	Arbeitsmediziner*in
Grippeimpfungen	Arbeitsmediziner*in
Auffüllung Erste-Hilfe-Kästen	Konsiliarapotheker*in
Überprüfung Notfallkoffer und Notfallrucksack	Ärzt*innen der DPU
Funktionsprüfung Defibrillator	Ärzt*innen der DPU
Wartung Defibrillator	extern
Unfallmeldung an AUVA	Verwaltung DPU
Nachbesprechung bei Nadelstichverletzungen	Ärztliche Leitung der DPU
Protokollführung der Unfallnachbesprechungen	Verwaltung DPU

Sicherheitsfachkraft

Sicherheitsfachkräfte können intern oder extern bestellt werden. Diese müssen über eine adäquate Ausbildung verfügen (z. B. Wifi 288 LE). Voraussetzung sind ausreichende Grundkenntnisse auf technischem Gebiet (HTL, technische Studiengänge). Der*Die Arbeitgeber*in ist verpflichtet, den Sicherheitsfachkräften das für die Durchführung ihrer Aufgaben notwendige Hilfspersonal sowie die erforderlichen Räume, Ausstattung und Mittel sowie Informationen und Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

Der*Die Arbeitgeber*in hat die Sicherheitsfachkraft in all den folgenden Fragen hinzuzuziehen:

- Arbeitssicherheit einschließlich Unfallverhütung,
- Planung von Arbeitsstätten,
- Beschaffung oder Änderung von Arbeitsmitteln,
- Einführung und Änderung von Arbeitsverfahren,
- Auswahl von persönlichen Schutzausrüstungen,
- in arbeitsphysiologischen, -psychologischen und sonstigen ergonomischen sowie arbeitshygienischen Fragen, insbesondere bei der Gestaltung der Arbeitsplätze und des Arbeitsablaufes,
- bei der Ermittlung und Beurteilung der Gefahren, Festlegung von Maßnahmen zur Gefahrenverhütung,
- sowie bei der Organisation der Unterweisung und bei der Erstellung von Betriebsanweisungen.

Die Sicherheitsfachkraft

- begeht in regelmäßigen Abständen die Arbeitsstätten und nimmt an Besichtigungen durch das Arbeitsinspektorat teil,
- führt eine Grundevaluierung der Gefahren im Unternehmen durch und hält die Unterlagen aktuell,
- erstellt eine Arbeitsstoffliste,
- ermittelt und untersucht die Ursachen von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen und passt die Arbeitnehmerschutzvorschriften, Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokumente erforderlichenfalls an.



Die Sicherheitsfachkraft arbeitet eng mit dem*der Arbeitsmediziner*in und den Sicherheitsvertrauenspersonen zusammen. Er*Sie legt jährlich einen Bericht über ihre Tätigkeit vor. Die Belegschaft, vor allem die Sicherheitsvertrauenspersonen, sind über die Anwesenheitszeiten zu informieren.

Daraus folgt, dass die Sicherheitsfachkraft informiert werden muss über:

- Unfälle und nach Möglichkeit auch über Beinah-Unfälle oder Gefahren am Arbeitsplatz, sofern Sie dem Unternehmen bekannt werden,
- Ergebnisse von Lärmmessungen und Untersuchungen,
- Ankündigungen des Arbeitsinspektorates zu Begehungen.

Termin:

Art	Intervall	Fälligkeit
Begehung & Anwesenheit Sicherheitsfachkraft	Monatlich, jedoch max. 10x im Jahr	6 Monate voraus Termine festlegen

Aufgabe	Zuständige*r
Erstellung einer Arbeitsstoffliste & eines Tätigkeitsberichts	Sicherheitsfachkraft

Arbeitsschutzausschuss

Arbeitgeber*innen sind verpflichtet, für Arbeitsstätten, in denen sie regelmäßig mindestens 100 Arbeitnehmer*innen beschäftigen, einen Arbeitsschutzausschuss einzurichten. Diese Verpflichtung gilt jedoch erst ab der regelmäßigen Beschäftigung von mind. 250 Arbeitnehmer*innen, wenn mindestens drei Viertel der Arbeitsplätze Büroarbeitsplätze oder Arbeitsplätze mit vergleichbaren Gefährdungen und Belastungen wie Büroarbeitsplätze sind. Der*Die Arbeitgeber*in oder die von ihm beauftragte Person hat den Arbeitsschutzausschuss nach Erfordernis, mindestens aber einmal pro Kalenderjahr, einzuberufen.

Die Einladung zu den Sitzungen des Arbeitsschutzausschusses ist mindestens drei Wochen vor dem Sitzungstermin abzusenden und hat zu enthalten: Ort und Zeit der Sitzung, die Tagesordnung - die jedenfalls Berichte der Sicherheitsvertrauenspersonen und der Präventivfachkräfte vorzusehen hat - sowie die Unterlagen zu den Beratungsgegenständen. Über jede Sitzung ist ein Ergebnisprotokoll anzufertigen.

Der Arbeitsschutzausschuss hat die Aufgabe, die gegenseitige Information, den Erfahrungsaustausch und die Koordination der betrieblichen Arbeitsschutzeinrichtungen zu gewährleisten und auf eine Verbesserung der Sicherheit, des Gesundheitsschutzes und der Arbeitsbedingungen hinzuwirken. Im Arbeitsschutzausschuss sind insbesondere die Berichte und Vorschläge der Sicherheitsvertrauenspersonen, der Sicherheitsfachkraft, des*der Arbeitsmediziner*in, des*der Hygieniker*in sowie des*der Brandschutzbeauftragten zu erörtern. Der Arbeitsschutzausschuss hat die innerbetriebliche Zusammenarbeit in allen Fragen von Sicherheit und Gesundheitsschutz zu fördern.



Dem Ausschuss gehören als Mitglieder an:

- der Arbeitgeber oder die von ihm mit seiner Vertretung beauftragte Person (=Vorsitz),
- die für die Einhaltung der Arbeitnehmerschutzvorschriften in der Arbeitsstätte bestellten verantwortlichen Beauftragten,
- die Sicherheitsfachkraft oder, wenn mehrere Sicherheitsfachkräfte für die Arbeitsstätte bestellt sind, deren Leiter*in oder sein Vertreter*in,
- der*die Arbeitsmediziner*in oder, wenn mehrere Arbeitsmediziner*innen für die Arbeitsstätte bestellt sind, deren Leiter*in oder sein*seine Vertreter*in,
- die Sicherheitsvertrauenspersonen,
- je ein*eine Vertreter*in der zuständigen Belegschaftsorgane.

Termin:

Art	Intervall	Fälligkeit
Einberufung Arbeitsschutzausschuss	jährlich	November

Aufgabe	Zuständige*r
Einberufung & Protokollführung	Verwaltung der DPU

Sicherheitsvertrauenspersonen

Arbeitgeber*innen haben Sicherheitsvertrauenspersonen zu bestellen, wenn in einem Betrieb regelmäßig mehr als zehn Arbeitnehmer*innen beschäftigt werden. Wenn ein Betriebsrat vorhanden ist, muss dieser der Bestellung der Sicherheitsvertrauensperson zustimmen, ansonsten ist die Bestellung allen Arbeitnehmer*innen schriftlich zur Kenntnis zu bringen. Wenn mindestens ein Drittel der Arbeitnehmer*innen binnen vier Wochen gegen die beabsichtigte Bestellung schriftliche Einwände erhebt, muss eine andere Person bestellt werden. Die Anzahl der Sicherheitsvertrauenspersonen richtet sich nach der Arbeitnehmerzahl. Die genaue Aufstellung ist auf der Homepage des Arbeitsinspektorates ersichtlich.

Für 101 - 300 Arbeitnehmer*innen sind drei Sicherheitsvertrauenspersonen zu bestellen. Die Bestellung der Sicherheitsvertrauenspersonen ist dem Arbeitsinspektorat zu melden. Das Formular kann von der Homepage ausgedruckt werden. Sicherheitsvertrauenspersonen werden für vier Jahre bestellt. Die Neubestellung hat spätestens acht Wochen nach Ablauf der Funktionsperiode, Ausscheiden des*der Mitarbeiter*in aus dem Unternehmen oder Abberufung zu erfolgen. Als Sicherheitsvertrauenspersonen dürfen nur Arbeitnehmer*innen bestellt werden. Sie müssen die für ihre Aufgaben notwendigen persönlichen und fachlichen Voraussetzungen erfüllen (Ausbildung WIFI drei Tage). Die Ausbildung kann innerhalb eines Jahres nach Bestellung nachgeholt werden. Die Sicherheitsvertrauenspersonen können auf Wirkungsbereiche aufgeteilt werden und selbst eine*einen Vertreter*in bestimmen. Arbeitgeber*innen sind verpflichtet, die Namen der Sicherheitsvertrauenspersonen dem Arbeitsinspektorat schriftlich mitzuteilen. Den Sicherheitsvertrauenspersonen kann die Verantwortlichkeit für die Einhaltung von Arbeitnehmerschutzvorschriften nicht rechtswirksam übertragen werden. Die Sicherheitsvertrauenspersonen haben in allen Fragen der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes



- die Arbeitnehmer*innen zu informieren, zu beraten und zu unterstützen,
- die Belegschaftsorgane zu informieren, zu beraten, zu unterstützen und mit ihnen zusammenzuarbeiten,
- in Abstimmung mit den Belegschaftsorganen die Interessen der Arbeitnehmer*innen gegenüber den Arbeitgeber*innen, den zuständigen Behörden und sonstigen Stellen zu vertreten,
- die Arbeitgeber*innen bei der Durchführung des Arbeitnehmerschutzes zu beraten (Der*Die Arbeitgeber*in ist verpflichtet, die Sicherheitsvertrauenspersonen anzuhören),
- auf das Vorhandensein der entsprechenden Einrichtungen und Vorkehrungen zu achten und die Arbeitgeber*innen über bestehende Mängel zu informieren,
- auf die Anwendung der gebotenen Schutzmaßnahmen zu achten,
- mit den Sicherheitsfachkräften und den*der Arbeitsmediziner*in zusammenzuarbeiten.

Der*Die Arbeitgeber*in hat eine beabsichtigte Bestellung oder Abberufung von Sicherheitsfachkräften und Arbeitsmediziner*innen mit den Sicherheitsvertrauenspersonen zu beraten - außer, wenn Belegschaftsorgane errichtet sind oder wenn die Bestellung im Arbeitsschutzausschuss behandelt wird. Die Sicherheitsvertrauenspersonen sind ebenso über die zuständigen Personen für Erste Hilfe, Brandbekämpfung und Evakuierung zu informieren. Wenn kein Betriebsrat eingerichtet ist, sind die Sicherheitsvertrauenspersonen darüber hinaus einzubeziehen bei der Auswahl und Änderung von

- Technologien, Arbeitsmitteln, Arbeitsstoffen, die sich auf die Sicherheit und Gesundheit der Arbeitnehmer*innen auswirken,
- der persönlichen Schutzausrüstung,
- sowie bei der Beurteilung von Gefahren und Festlegung der Maßnahmen sowie in der Planung und Organisation der Unterweisungen.

Die Sicherheitsvertrauenspersonen haben Zugang zu den Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokumenten, Berichten über Arbeitsunfälle, Ergebnisse von Messungen (z. B. Lärm) und sind über Auflagen, Vorschriften, Bewilligungen und behördliche Informationen auf dem Gebiet des Arbeitnehmer*innenschutzes zu informieren.

Termin:

Art	Intervall
Neubestellung Sicherheitsvertrauenspersonen	alle 4 Jahre / ab Bestellung der Funktion

Aufgabe	Zuständige*r
Neubestellung	Direktorat
Koordination der Ausbildung & Bestellung	Verwaltung der DPU



Brandschutzbeauftragte*r

Brandschutzbeauftragte sind von der Behörde unter bestimmten Voraussetzungen (z. B. besondere Brandlast vorhanden) vorgeschrieben. Der*Die Brandschutzbeauftragte kann, wie im Fall der DPU, extern sein. Brandschutzbeauftragte müssen eine mindestens 16-stündige Ausbildung auf dem Gebiet des Brandschutzes nachweisen, Fortbildung müssen anschließend alle 5 Jahre erfolgen.

Aufgaben:

- Im Fall von Feueralarm nach Anweisung des*der Arbeitgeber*in ist zu kontrollieren, ob alle Arbeitnehmer*innen das Haus verlassen haben. Diese Aufsicht kann auch der*die Brandschutzwart*in - im Auftrag des*der Brandschutzbeauftragten - übernehmen
- Information der Arbeitnehmer*innen über das Verhalten im Brandfall
- Organisation des Brandschutzes und Maßnahmen zur Evakuierung,
- Durchführung Eigenkontrolle im Sinne der einschlägigen Regeln der Technik
- Bekämpfung von Entstehungsbränden: erste und erweiterte Löschhilfe
- Evakuierung der Arbeitsstätte
- Vorbereitung eines allfälligen Feuerwehreinsatzes
- jährliche Prüfung der Brandschutzordnung auf Richtigkeit und Vollständigkeit
- Führung des Brandschutzbuches: Ergebnisse der Eigenkontrolle und getroffenen Maßnahmen, durchgeführte Brandschutzübungen, Überprüfungen und Ergebnisse aller Brände und deren Ursachen
- Erstellung des Brandschutzplanes in Zusammenarbeit mit der Feuerwehr
- Durchführung jährlicher Brandalarm- und Räumungsübungen
- In Bereichen, in denen erhöhter Brandschutz erforderlich ist: Unterweisung der Arbeitnehmer*innen in die Handhabung der Löschgeräte

Termine:

Art	Intervall	Fälligkeit
Prüfung Brandschutzordnung	jährlich	August
Räumungsübung: Brandalarm	jährlich	August
Überprüfungsnachweis Brandschutzbeauftragte*r	alle 5 Jahre	Mai
Wartung Brandmeldezentrale	jährlich	August
Wartung Brandschutzvorhang	jährlich	August
Funktionstest Brandschutzvorhang	monatlich	-
Wartung Feuerschlüsselsafe (FSS)	jährlich	November
Betrieb & Wartung der TUS-Anlage	laufend	-
Überprüfung Feuerlöscher	alle 2 Jahre	Jänner
Wartung Rauch- und Wärmeabzug	jährlich	August
Wartung Brandschutzklappen	jährlich	August



Aufgabe
Prüfung Brandschutzordnung
Durchführung von Brandschutzschulungen
Räumungsübung: Brandalarm
Wartung Brandmeldezentrale
Wartung Rauch- und Wärmeabzug
Ausfolgung Brandschutzordnung an neue Mitarbeiter*innen
Wartung Brandschutzvorhang
Funktionstest Brandschutzvorhang
Wartung Feuerschlüsselsafe (FSS)
Wartung Brandschutzklappen Altbau Wartung Brandschutzklappen Klinik
Betrieb & Wartung der TUS-Anlage
Überprüfung Feuerlöscher

Brandschutzwart*in

Zusätzlich zu dem*der Brandschutzbeauftragten sind unter bestimmten Voraussetzungen (z. B. viele Arbeitnehmer*innen, große Arbeitsstätten) auch Brandschutzwarte vorzuschreiben. Brandschutzwarte haben die Aufgabe, den*die Brandschutzbeauftragte bei seinen*ihrer Aufgaben zu unterstützen und innerhalb bestimmter örtlicher Bereiche die Brandsicherheit zu überwachen.

Aufgabe
Unterstützung des*der Brandschutzbeauftragten im Zahnambulatorium, Forschungsturm, Förthof und Altbau
Überwachung der Brandsicherheit im Zahnambulatorium, Forschungsturm, Förthof und Altbau

Ersthelfer*innen

Betriebliche Ersthelfer*innen sollen im Fall von Unfällen am Arbeitsplatz die notwendigen Sofortmaßnahmen zur Versorgung von Verletzten treffen. Dabei geht es nicht nur um lebensrettende Sofortmaßnahmen, sondern vor allem um die notwendige Hilfeleistung (z. B. Wundversorgung) bei den nach Art des jeweiligen Betriebes möglichen Verletzungsgefahren durch die konkreten Arbeitsmittel und -stoffe.

Die Ersthelfer*innen müssen einen 16-stündigen Erste-Hilfe-Grundkurs vom Roten Kreuz (oder gleichwertig) machen und mindestens alle 4 Jahre eine achtstündige Auffrischung (oder alle 2 Jahre eine vierstündige Auffrischung). Die Auffrischung kann auch durch den*die Arbeitsmediziner*in ohne Einrechnung in die Präventionszeit durchgeführt werden. Die Anzahl der Ersthelfer*innen hängt von der Arbeitnehmer*innenzahl und den Unfallgefahren ab.



In Büros und Arbeitsplätzen mit vergleichbaren Unfallgefahren:

bis zu 29 Arbeitnehmer*innen	1 Ersthelfer*in
bis zu 49 Arbeitnehmer*innen	2 Ersthelfer*innen
für je weitere 20 Arbeitnehmer*innen	+ 1 Ersthelfer*in

Für alle übrigen Bereiche:

bis zu 19 Arbeitnehmer*innen	1 Ersthelfer*in
bis zu 29 Arbeitnehmer*innen	2 Ersthelfer*innen
für je weitere 10 Arbeitnehmer*innen	+ 1 Ersthelfer*in

Die Namen der Ersthelfer*innen sind am oder in unmittelbarer Nähe des Erste-Hilfe-Kastens der jeweiligen Abteilung anzubringen.

Absolvent*innen folgender Ausbildungen benötigen keinen gesonderten Nachweis einer 16-stündigen Erste-Hilfe-Ausbildung:

- Ärzt*innen (Allgemeinmedizin, alle Fach- und Zahnärzt*innen),
- Hebammen,
- gehobene Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege sowie Pflegehilfe,
- Sanitäter*innen

Für die Auffrischkurse gilt jedoch Folgendes:

Bei Ärzt*innen ist aufgrund der ihnen nach § 49 des Ärztegesetzes obliegenden Verpflichtung, nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung sowie unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden zu wahren, davon auszugehen, dass sie stets auch über aktuelle Entwicklungen in der Erste-Hilfe-Leistung Bescheid wissen. Die in § 40 Abs. 3 AstV geforderte Auffrischung gilt dadurch als erfüllt und es sind keine eigenen regelmäßigen Auffrischkurse nötig.

Sanitäter*innen unterliegen einer regelmäßigen Fortbildungsverpflichtung gemäß § 50 des Sanitätergesetzes, wonach sie innerhalb von 2 Jahren 16 Stunden verpflichtende Fortbildung zu besuchen haben. Damit ist auch die in § 40 Abs. 3 AstV geforderte Auffrischung erfüllt.

Termin:

Art	Intervall
Fortbildung Ersthelfer*in	alle 4 Jahre 8 Stunden

Aufgabe	Zuständige*r
Erstversorgung von Verletzten	Ersthelfer*innen
Aktualisierung der Ersthelfer*innen-Auflistung	DPU-Verwaltung



Ärztliche Leitung des Zahnambulatoriums

Für jede Krankenanstalt ist ein*eine geeignete*r Ärzt*in als verantwortliche*r Leiter*in des ärztlichen Dienstes zu bestellen. Bei Verhinderung des*er ärztlichen Leiter*in muss dieser*diese durch einen*eine geeignete*n Ärzt*in vertreten werden. In Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, ist die Leitung des ärztlichen Dienstes hauptberuflich auszuüben. Die Bestellung des*der ärztlichen Leiter*in einer Krankenanstalt bedarf der Genehmigung der Landesregierung.

Termin:

Art	Intervall	Fälligkeit
Klinikunterweisung & Einweisung in die Dentaleinheiten Studierender	semesterbeginn	je zum Eintritt der neuen Studiengruppe in das Ambulatorium

Aufgabe	Zuständige*r
Klinikunterweisung	Ärztliche Leitung des Zahnambulatoriums
Einweisung in die Dentaleinheiten	Verwaltung der DPU

Hygieniker*in

Laut NÖ KAG ist für jedes Zahnambulatorium ein*eine Fachärzt*in für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker*in) oder ein*eine sonst fachlich geeignete*r, zur selbständigen Berufsausübung berechnigte*r Zahnärzt*in oder Fachärzt*in für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Hygienebeauftragte*r) zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Das zeitliche Ausmaß der Beschäftigung hat sich nach der Größe und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt zu richten. Bei Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien kann die Funktion des*der Krankenhaushygieniker*in oder Hygienebeauftragten bei Vorliegen der entsprechenden fachlichen Eignung auch der*die ärztliche Leiter*in ausüben.

Die Aufgaben des*der Krankenhaushygieniker*in sind entsprechend des Qualitätsstandards des Bundesministeriums für Gesundheit „Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene“, abgenommen durch die Arbeitsgruppe Gesundheitssystem im Juni 2015, festgelegt.

Der Aufgabenbereich des*der Krankenhaushygieniker*in umfasst:

- Evaluierung und Analyse der hygienerelevanten Abläufe und Hygienestandards der Krankenanstalt
- Beratung und innerbetriebliche Fortbildungen des Personals in Hygieneangelegenheiten
- Tätigwerden bei Verdacht auf epidemische Krankenhausinfektionen
- Mitwirkung bei der Planung und Organisation bei hygienischen Sachfragen der Krankenanstalt
- Abklärungen bei der Aufbereitung von Medizinprodukten - Revalidierung der Aufbereitung von Medizinprodukten
- Qualitätssicherung für die Strukturen und Abläufe der Hygienearbeit
- Mitarbeit bei der Erstellung hygienerelevanter Arbeitsanweisungen
- Beratung bei auftretenden Problemen im Bereich der Hygiene



Termine:

Art	Intervall	Fälligkeit
Mikrobiologische Wasserprüfung	jährlich	Dezember
Validierung der Aufbereitung von Medizinprodukten	jährlich	Dezember
Begehung durch den*die Hygienebeauftragte*n	1 x Quartal	Quartalsende
Hygieneschulung der Mitarbeiter*innen	jährlich	September
Wartung Sterilisationsgeräte	jährlich	August
STK-Prüfung	jährlich bzw. alle zwei Jahre	August

Aufgabe
Begehung & Überprüfung der Hygienevorschriften
Mikrobiologische Wasserprüfung
Unterstützung des*der Hygieniker*in
Validierung der Aufbereitung von Medizinprodukten
Wartung Sterilisationsgeräte MELAG
STK-Prüfung
Wartung Sterilisationsgeräte MELAG
Nachfüllung Wasserenthärtungsanlage
Einholung der Purge Protokolle
Ablage der Purge Protokolle

Strahlenschutzbeauftragte

Für den Betrieb der Röntgeneinrichtungen ist die Bestellung von Strahlenschutzbeauftragten und Stellvertreter*in (AllgStrV) erforderlich.

Diese haben folgende Aufgaben:

- Sicherstellung des ordnungsgemäßen Betriebes der Geräte
- Festlegung und Überwachung der Einhaltung der erforderlichen technischen und sonstigen dem Strahlenschutz dienenden Maßnahmen
- Erstellung von Arbeitsanweisungen. Diese sind in unmittelbarer Nähe der Röntgeneinrichtungen zu hinterlegen bzw. den Mitarbeiter*innen zur Kenntnis zu bringen.
- Unterweisung der in Strahlenbereichen tätigen Personen sowie diesbezügliche Aufzeichnungen
- Obsorge für die für den Strahlenschutz bestimmten Einrichtungen und Geräte, deren regelmäßige Überprüfung, Kalibrierung und Eichung der Messgeräte



Alle Vorfälle und Mängel, die den Strahlenschutz betreffen, sind unverzüglich an die Strahlenschutzbeauftragten zu melden.

Für die (Neu-)Bestellung zum*zur Strahlenschutzbeauftragten ist eine entsprechende Ausbildung nachzuweisen und eine Meldung an das Amt der NÖ Landesregierung zu machen. Der*Die Strahlenschutzbeauftragte muss spätestens alle 5 Jahre eine Fortbildung nachweisen.

Termine:

Art	Intervall
Röntgenunterweisung der Mitarbeiter*innen	jährlich
Meldung an das Amt der NÖ Landesregierung	alle 5 Jahre
Konstanzprüfung Röntgengeräte	alle 6 Monate
Wartung Röntgengeräte	jährlich
Konstanzprüfung Bildwiedergabegeräte Röntgen	1 x Quartal
Prüfung Türkontaktschalter Röntgen	alle 6 Monate

Aufgabe
Röntgenunterweisung der Assistent*innen
Röntgenunterweisung der Studierenden
Überwachung Strahlenschutzmaßnahmen
Konstanzprüfung & Wartung der Röntgengeräte
Prüfung Türkontaktschalter Röntgen
Konstanzprüfung Bildwiedergabegeräte Röntgen
Neubestellung des*der Strahlenschutzbeauftragten
Meldung an das Amt der NÖ Landesregierung



Technische*r Sicherheitsbeauftragte

Laut KAG ist eine fachlich geeignete Person zur Wahrnehmung der technischen Sicherheit und des einwandfreien Funktionierens der in der Krankenanstalt verwendeten medizinisch-technischen Geräte und technischen Einrichtungen zu bestellen (Technische*r Sicherheitsbeauftragte*r). Die Bestellung ist dem Amt der NÖ Landesregierung anzuzeigen. Der*Die Technische Sicherheitsbeauftragte hat die medizinisch-technischen Geräte und die technischen Einrichtungen der Krankenanstalt zum Schutz der in Behandlung stehenden Personen regelmäßig zu überprüfen bzw. für solche Überprüfungen zu sorgen. Er*Sie hat ferner für die Beseitigung von Gefahren, die sich aus festgestellten Mängeln ergeben, sowie für die Behebung der Mängel zu sorgen.

Der*Die Technische Sicherheitsbeauftragte hat ferner den*die ärztliche*n Leiter*in und den*die Verwalter*in in allen Fragen der Betriebssicherheit und des einwandfreien Funktionierens der medizinisch-technischen Geräte und der technischen Einrichtungen zu beraten. Er*Sie ist auch bei allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten der Krankenanstalt sowie bei der Anschaffung von medizinisch-technischen Geräten und technischen Einrichtungen zuzuziehen.

Der*Die Technische Sicherheitsbeauftragte hat ein Bestandsverzeichnis der medizinisch-technischen Geräte und technischen Einrichtungen des Ambulatoriums zu erstellen und die Gerätedatei zu führen, in der alle wichtigen Daten für Wartungen und Überprüfungen sowie eingewiesene Personen festgehalten sind.

Termine:

Art	Intervall
Überprüfung elektrotechnische Anlagen (E-Attest) und Blitzschutz	alle 3 Jahre
Wartung Gebäudetechnik (inkl. Klimaanlage Serverraum, Hebeanlage der Abflussanlage, MSR = Steuerungszentraleinheit)	jährlich
Prüfung Amalgamabscheider	alle 5 Jahre
Wartung Sauganlage	jährlich
Wartung Personenaufzug	1 x Quartal
Wartung Lastenaufzug	jährlich
Prüfung Personen- & Lastenaufzug	jährlich
Wartung Alarmanlage	jährlich
Wartung Wasserenthärtungsanlage	jährlich
Wartung Dentaleinheiten	jährlich
Prüfung Sicherheitsbeleuchtung & Leuchtstärkenmessung	alle 2 Jahre
Überprüfung der Gasleitungen	alle 12 Jahre
Wartung Prüfmaschine	jährlich

Aufgabe
Überprüfung aller medizin-technischen Geräte
Erstellung & Aktualisierung der Gerätedatei
Koordination der technischen Wartungen



Wartung Gebäudetechnik (Heizung, Lüftung, Sanitär) & Überprüfung der Gasleitungen
Überprüfung elektrotechnische Anlagen (E-Attest)
Prüfung Blitzschutz
Prüfung Sicherheitsbeleuchtung & Leuchtstärkenmessung
Wartung Personenaufzug
Prüfung Personen- & Lastenaufzug
Wartung Lastenaufzug
Wartung Alarmanlage
Wartung Wasserenthärtungsanlage
Wartung Sauganlage & Prüfung Amalgamabscheider
Wartung Prüfmaschine

Laserschutzbeauftragte*r

Für den Betrieb des Lasers im Dentallabor und in Forschungslaboren sind Laserschutzbeauftragte zu bestellen.

Aufgaben:

- Überwachung des sicheren Betriebs der Lasereinrichtungen
- Beratung des Unternehmens in Fragen des Laserschutzes
- fachliche Auswahl der persönlichen Schutzausrüstungen
- Durchführung der Unterweisungen der Beschäftigten an Lasereinrichtungen und diesbezügliche Aufzeichnungen
- Mitwirkung bei der Prüfung von Lasereinrichtungen
- Überwachung der Einhaltung der Sicherheits- und Schutzmaßnahmen
- Information an den Dienstgeber über Mängel und Störungen an Lasereinrichtungen

Termine:

Art	Intervall	Fälligkeit
Wartung Lasereinrichtungen	jährlich	April

Aufgabe
Wartung der Lasereinrichtungen
Kontrolle der Laserschutzbestimmungen
Aktualisierung der Dentallaborfunktionen



DANUBE PRIVATE UNIVERSITY
Austria

Datenschutzbeauftragte*r

Es wurde ein*eine Datenschutzbeauftragte*r im Sinne der Art 37 bis 39 DSGVO für die Danube Private University GmbH benannt. Die Benennung zum*zur Datenschutzbeauftragten kann jederzeit aus wichtigem Grund oder auf Verlangen der Aufsichtsbehörde widerrufen werden und erfolgt auf unbestimmte Zeit. Sie endet in jedem Fall spätestens mit dem Ende der Tätigkeit an der DPU.

Der*Die Datenschutzbeauftragte ist im Rahmen der Erfüllung der Aufgaben weisungsfrei. Auf die Geheimhaltungspflicht (unbeschadet sonstiger Verschwiegenheitspflichten) und das Aussageverweigerungsrecht bei der Erfüllung der Aufgaben gemäß § 5 DSG (neu) sei ausdrücklich hingewiesen.

Aufgabe	Zuständige*r
Überprüfung der DSGVO-Richtlinien	Datenschutzbeauftragte*r