

# TÄTIGKEITSBERICHT

## 2012 UND 2013

P  
P  
O

atientInnen- und

flege-

mbudsschaft Land Steiermark

### I. TEIL

**KRANKENANSTALTEN  
UND  
NIEDERGELASSENER BEREICH**

### II. TEIL

**PFLEGEHEIME  
PFLEGEPLÄTZE  
UND  
MOBILE DIENSTE**



Das Land  
Steiermark

Abteilung 8  
PatientInnen- und  
Pflegeomudsschaft  
Land Steiermark





# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS</b> .....	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>EINLEITUNG</b> .....	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>GESETZ ÜBER DIE PATIENTINNEN/PATIENTEN-UND PFLEGEVERTRETUNG</b> .....	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>Organigramm 31.12.2012</b> .....	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>Organigramm 31.12.2013</b> .....	<b>20</b>
<b>6</b>	<b>Bürger/innenservice der PPO</b> .....	<b>21</b>
6.1	Ausblick auf ELGA – Elektronische Gesundheitsakte .....	21
6.2	Patientenverfügungen.....	22
6.3	Aussenden von Informationsmaterial.....	22
<b>7</b>	<b>Strukturelle Mitgliedschaften der PPO</b> .....	<b>23</b>
<b>8</b>	<b>Zahlenmäßige Entwicklung der Geschäftsfälle</b> .....	<b>25</b>
8.1	Krankenanstalten, Pflegeheime, Pflegeplätze, Mobile Dienste und Niedergelassener Bereich .....	25
8.2	Aufgliederung der offenen Fälle aus den Vorjahren .....	25
8.3	Entwicklung der Schlichtungsanträge für alle steirischen Krankenanstalten.....	26
8.4	Entwicklung der Anzahl der Schlichtungssitzungen .....	27
8.5	Aufgliederung der Schlichtungssitzungen .....	28
8.5.1	Schlichtungssitzungen KAGes .....	28
8.5.2	Schlichtungssitzungen Gemeinsame Schlichtungsstelle für Privatkrankenanstalten, Ambulatorien, Sanatorien und Krankenanstalten der AUVA (= NON KAGes) .....	28
8.5.3	Schlichtungssitzung der steirischen Schlichtungsstelle für behauptete Behandlungsfehler im Bereich der niedergelassen Ärzte (=NGB) .....	28
8.6	Verschuldensunabhängige Patientenentschädigungskommission .....	29
8.7	Schlichtungs- und PEK-Anträge .....	30
8.8	Offene Schlichtungs- und PEK-Fälle .....	30
<b>9</b>	<b>Graphische Darstellungen</b> .....	<b>31</b>
9.1	Gesamtanzahl der Neuanträge und der in Bearbeitung stehenden Fälle in den Bereichen: Krankenanstalten, Pflegeheime, Pflegeplätze, Mobile Dienste und Niedergelassener Bereich.....	31
9.2	Prozentuelle Zuordnung der Geschäftsfälle nach medizinischen Fachrichtungen.....	32
9.3	Zuordnung der Geschäftsfälle nach dem Inhalt .....	33

9.4 Geschlechterspezifische Aufteilung der Geschäftsfälle (Krankenanstalten) .....	34
9.5 Entwicklung der Anträge der Gemeinsamen Schlichtungsstelle der Ärztekammer der Steiermark und der KAGes .....	35
9.6 Entwicklung der Anträge der Gemeinsamen Schlichtungsstelle der Ärztekammer der Steiermark und der Privatkrankenanstalten, Ambulatorien, Sanatorien und Krankenanstalten der AUVA.....	36
9.7 Entwicklung der Anträge an die PEK .....	37
<b>I. TEIL.....</b>	<b>39</b>
<b>KRANKENANSTALTEN UND NIEDERGELASSENER BEREICH.....</b>	<b>39</b>
<b>Zur Erklärung .....</b>	<b>41</b>
<b>10 Klinisches Risikomanagement.....</b>	<b>42</b>
10.1 Gelebtes klinisches Risikomanagement in der KAGes .....	43
10.1.1 Fallbeispiel 1: Mangelnde Kommunikation/ Schnittstellenproblematik/ fehlendes Problembewusstsein .....	44
10.1.2 Fallbeispiel 2: Notwendigkeit einer rechtsanwaltlichen Vertretung bei Dauerschäden.....	51
10.1.3 Fallbeispiel 3: Gelebtes, positives Risikomanagement .....	54
<b>11 Mangelnde Prozessökonomie mit gleichzeitig negativer Außenwirkung .</b>	<b>57</b>
11.1 Fallbeispiel 1: Schlichtungsaufwand versus Entschädigungszahlungen .....	57
11.2 Fallbeispiel 2: Persönliche Äußerungen in medizinischen Stellungnahmen.....	60
<b>12 Sichere Befundübermittlung .....</b>	<b>64</b>
12.1 Fallbeispiel 1: Aussichtslose Prognose durch fehlende Befundübermittlung .....	64
12.2 Fallbeispiel 2: Bestehende Kooperationsverträge zwischen verschiedenen Rechtsträgern fordern verstärkte Kommunikation untereinander .....	66
<b>13 (K)ein Lernen aus Fehlern.....</b>	<b>69</b>
13.1 Fallbeispiel 1: Patient/inn/enrückmeldung als Beitrag zur Qualitätssicherung.....	69
13.2 Fallbeispiel 2: Ungehörte Schmerzen .....	70
<b>14 Schlichtungsverfahren.....</b>	<b>74</b>
<b>15 Datenschutzverletzung .....</b>	<b>78</b>
15.1 Fallbeispiel: Weitreichende Folgen einer Namensverwechslung .....	78
<b>16 Tagungen/ Veranstaltungen 2012.....</b>	<b>81</b>
16.1 Aus- und Fortbildungen 2012.....	81
16.2 Durchgeführte Veranstaltungen 2012.....	82

16.3	Durchgeführte Vorträge der PPO 2012.....	82
16.4	Mitarbeit in Arbeitsgruppen 2012.....	82
<b>17</b>	<b>Tagungen/ Veranstaltungen 2013.....</b>	<b>83</b>
17.1	Aus- und Fortbildungen 2013.....	83
17.2	Durchgeführte Vorträge der PPO 2013.....	85
17.3	Mitarbeit in Arbeitsgruppen 2013.....	85
<b>II.</b>	<b>TEIL.....</b>	<b>87</b>
	<b>PFLEGEHEIME, PFLEGEPLÄTZE UND MOBILE DIENSTE .....</b>	<b>87</b>
<b>18</b>	<b>Im Gedenken an Frau Annemarie Wicher .....</b>	<b>89</b>
<b>19</b>	<b>Die Pflegeombudsschaft .....</b>	<b>90</b>
<b>20</b>	<b>Entwicklung der Geschäftsfälle .....</b>	<b>92</b>
20.1	Zahlenmäßige Darstellung der Geschäftsfälle 2012 und 2013.....	92
20.2	Graphische Darstellung der Vorbringen.....	94
20.2.1	Zuordnung der Vorbringen im Bereich der Pflegeheime, Pflegeplätze und Mobilen Dienste 2012 und 2013 .....	94
<b>21</b>	<b>Mobile Pflege- und Betreuungsdienste.....</b>	<b>95</b>
21.1	Der Gemeindeanteil .....	96
21.1.1	Fallbeispiel: Erschöpfter Gemeindeanteil .....	97
21.2	Gemeindeanteil abhängig vom Hauptwohnsitz? .....	99
21.2.1	Fallbeispiel 1: Haupt- und Zweitwohnsitz.....	99
21.2.2	Fallbeispiel 2: Vorübergehender Aufenthalt bei Angehörigen ...	99
21.3	Fallbeispiel: Unterschrift(en) am Betreuungsvertrag .....	100
21.4	Fallbeispiel: Erhöhter Betreuungsbedarf .....	101
<b>22</b>	<b>24-Stunden Betreuung .....</b>	<b>102</b>
22.1	Fallbeispiel: Pflegemängel .....	102
<b>23</b>	<b>Betreutes Wohnen .....</b>	<b>105</b>
23.1	Empfehlungen der PPO.....	107
23.2	Fallbeispiel 1: Verkaufsveranstaltungen.....	108
23.3	Fallbeispiel 2: Betreutes Wohnen soll aufgelöst werden .....	108
<b>24</b>	<b>Pflegeplätze.....</b>	<b>110</b>
24.1	Psychiatrische Pflegeplätze .....	110
24.1.1	Fallbeispiel 1: Vertrag mit Psychiatrischer Familienpflege.....	110
24.1.2	Fallbeispiel 2: Wechsel des psychiatrischen Pflegeplatzes .....	111
24.2	Fallbeispiel: Betreutes Wohnen oder illegaler Pflegeplatz? .....	112
24.3	Empfehlung der PPO .....	115
<b>25</b>	<b>Pflegeheime .....</b>	<b>116</b>

25.1	Heimärztin/Heimarzt .....	116
25.2	Mehrbettzimmer .....	118
25.3	Sicherstellung von Pflegeheimkosten bei Aufnahme bis zur Restkostenübernahme.....	119
25.4	Mitarbeiter eines Pflegeheimes als Sachwalter einer Bewohnerin..	119
25.5	Fallbeispiel: Unerlaubte Erhöhung des Einzelzimmerzuschlags .....	121
25.6	Pflegezuschlag trotz ruhendem Pflegegeld bei Abwesenheit von Selbstzahler/innen im Pflegeheim .....	124
25.7	Landespflegezentren.....	126
<b>26</b>	<b>Einheitlicher Mindestpersonalschlüssel in allen Bundesländern .....</b>	<b>128</b>
<b>27</b>	<b>Sprechtage .....</b>	<b>130</b>
<b>28</b>	<b>Nutrition Day 2012 in steirischen Pflegeheimen.....</b>	<b>132</b>
28.1	Anhang 1 .....	135
28.2	Anhang 2.....	137
<b>29</b>	<b>Tagungen und Veranstaltungen 2012.....</b>	<b>138</b>
29.1	Aus- und Fortbildungen 2012.....	138
29.2	Von der PPO durchgeführte Veranstaltungen 2012.....	139
29.3	Mitarbeit in Arbeitsgruppen 2012.....	139
29.4	Durchgeführte Sprechtag in Pflegeheimen 2012 .....	140
<b>30</b>	<b>Tagungen und Veranstaltungen 2013.....</b>	<b>141</b>
30.1	Aus- und Fortbildungen 2013.....	141
30.2	Durchgeführte Veranstaltungen 2013.....	142
30.3	Mitarbeit in Arbeitsgruppen 2013.....	142
30.4	Durchgeführte Sprechtag in Pflegeheimen 2013 .....	142

# 1 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ABGB	Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch
BezVerBeh	Bezirksverwaltungsbehörde
BPGG	Bundespflegegeldgesetz
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DGKP	Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal
d.h.	das heißt
DP	Dienstposten
FA	Fachabteilung
GA	Gutachten bzw. Gutachter/in
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HeimAufG	Heimaufenthaltsgesetz
KA	Krankenanstalt
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
KSchG	Konsumentenschutzgesetz
LEVO	Leistungs- und Entgeltverordnung
LPH	Landespflegeheim
LPZ	Landespflegezentren
NGB	Niedergelassener Bereich
ND	Nutrition Day
OP	Operation
Pat.	Patient/inn/en
PEK	Patientenentschädigungskommission
PGSt	Pflegegeldstufe
PFP	Psychiatrischen Familienpflege
PH	Pflegeheim
PO	PatientInnen- und Pflegeombudsfrau
PPO	PatientInnen- und Pflegeombudsschaft
RA	Rechtsanwalt/ Rechtsanwältin
S.	Seite
SH	Sozialhilfe
SHG	Steiermärkisches Sozialhilfegesetz
SHV	Sozialhilfeverband
sog.	sogenannte/r
STA	Staatsanwaltschaft
StPHG	Stmk. Pflegeheimgesetz
SV	Sachverständige/r
TB	Tätigkeitsbericht
TO	Trägerorganisation/en
usw.	und so weiter
VA	Volksanwaltschaft
z.B.	zum Beispiel

## 2 EINLEITUNG

Im diesjährigen Tätigkeitsbericht sollen in sieben dargestellten Problemstellungen die Nachteile für die Patient/innen/en und der Institution PPO aufgezeigt werden, die sich aus strukturellen und gesetzlichen Gegebenheiten ergeben.

Zu Beginn muss erwähnt werden, dass einige dieser Probleme bereits mit dem neuen dafür zuständigen politischen Referenten Herrn LR Mag. Christopher Drexler besprochen wurden und auch seine Zustimmung gefunden haben.

### 1. Problemstellung: Bestellung zur PatientInnen- und Pflegeombudsfrau

Die erste Bestellung zur PO 1996 war primär nur auf drei Jahre beschränkt, später erfolgte eine gesetzliche Ausweitung der Funktionsperiode auf fünf Jahre.

Bis 2009 erfolgten die Verlängerungen ohne öffentliche Ausschreibungen, dann erklärte eine eingeholte Stellungnahme des Verfassungsdienstes diese Vorgehensweise im Hinblick auf den Gesetzestext als nicht zulässig:

*§ 3 Abs (2) Gesetz über die Patientinnen-/Patienten- und Pflegevertretung sieht vor, dass die Stelle der/des Patient/inn/en und Pflegeombudsfrau/mann von der Landesregierung öffentlich auszuschreiben ist. Die Dauer der Funktion ist mit fünf Jahren vorgesehen (Abs 1).*

Die Folge war eine öffentliche Ausschreibung und die PO musste sich nach 13 Jahren für diese Funktion nochmals bewerben und sich einem Hearing unterziehen. Das Team des Hearings bestand aus einem Vertreter der Personalabteilung, sowie den Abteilungsvorständen der Fachabteilungen A8 und A11. Gerade diese Abteilungen und deren Zuständigkeitsbereiche standen aber durchaus immer wieder in der Kritik der PPO. Es spricht zwar für die handelnden Personen, dass sie offensichtlich diesen Umstand nicht in ihre Entscheidung beim Hearing einfließen ließen, der Institution PPO und ihrem Aufgabenbereich ist dies jedoch nicht förderlich.



Mit Anfang November 2014 läuft wieder eine fünfjährige Funktionsperiode aus und nach 18-jähriger Tätigkeit als PO stellt sich wieder die Frage einer öffentlichen Ausschreibung.

**Diese gesetzliche Anforderung bedeutet auf jeden Fall eine Schwächung der Funktion und der Wahrnehmung der/des PatientInnen- und Pflegeombudsfrau/mannes.**

## 2. Problemstellung: Personelle Gegebenheiten der PPO

Der Personalstand und vor allem die Personalentwicklung in der PPO befinden sich seit Jahren in einer prekären Situation:

- Bedingt durch die Notwendigkeit, dass Mitarbeiter/innen neben der fachlichen medizinischen Qualifikation und der grundsätzlichen Eignung auch ein entsprechendes juristisches Wissen bzw. Verständnis dafür besitzen müssen, ist es sehr schwierig, geeignete Mitarbeiter/innen zu finden. Außerdem sind das Arbeitsausmaß und der Arbeitsdruck für viele neu Eintretende nicht vorherseh- und auf Dauer nicht bewältigbar, weshalb einige Mitarbeiter/innen ihr Arbeitsverhältnis bei uns wieder gelöst haben. Aus diesen Gründen konnte ein 100%iger Dienstposten fast drei Jahre nicht adäquat nachbesetzt werden.
- Für ein einigermaßen eigenständiges Arbeiten in der PPO ist eine Einarbeitungszeit von ein bis eineinhalb Jahren realistisch. Erst nach dieser Zeit ist auch eine Begleitung von Patient/inn/en in die Patientenentschädigungskommission möglich. Für den Bereich der Schlichtungsstellen (kontradiktorisches Verfahren) ist eine längere Einarbeitungszeit und Begleitung notwendig, will man nicht einen potentiellen Nachteil für die bereits einmal geschädigten Patient/innen/en in Kauf nehmen. Somit bleibt derzeit die Begleitung zu den Sitzungen auf wenige Mitarbeiterinnen beschränkt.

Zusätzlich haben sich auch die Aufgabengebiete in der PPO massiv verändert bzw. ausgeweitet. Gab es anfangs nur eine Schlichtungsstelle der KAGes, sind

jetzt mit allen anderen Entschädigungsformen sieben Entschädigungskommissionen von der PPO zu begleiten.

Auf diese Umstände wurde unsererseits insbesondere auch bei den gerade allgemein neu durchgeführten Stellenbeschreibungen und bei den Anträgen auf Neubewertungen von Dienstposten in der PPO hingewiesen.

Falls eine Neu- und damit Höherbewertung einzelner Dienstposten der PPO nicht durchgeführt werden sollte, muss kritisch hinterfragt werden, warum in den Schlichtungsstellen der KAGes den Patient/inn/en als Gegenüber zwei Hofräte bzw. zwei Jurist/inn/en – beide als rechtliche Vertreter/innen der Krankenanstalt (Rechtsvertreter/in bzw. Eigentümerverteter/in der Landeskrankenanstalten) – ihre Funktionen ausüben. Die Kosten für diese beiden Vertreter/innen werden direkt vom Land geleistet. Im Gegensatz dazu muss eine Mitarbeiterin der PPO als Begleitung der Patient/inn/en in diesem durchaus anspruchsvollen und kontradiktatorischen Verfahren mit einer weitaus geringeren Einstufung ihre Aufgabe ausüben.

Umso unverständlicher ist es, dass beim derzeitigen Mitarbeiter/innen/stand der PPO von der Personalabteilung auf die mitzutragenden Einsparungsmaßnahmen zur Konsolidierung des Landesbudgets verwiesen wird. Dementsprechend wurde auf die dringende Forderung der PPO betreffend des offenen (seit 30.6.2012 nicht nachbesetzten) Personalbedarfs im Bereich Assistenz argumentiert und im Antwortschreiben der Personalabteilung auf die erwähnte Konsolidierung Bezug genommen. Eine Nachbesetzung mit nur 50% dieses offenen DP's wurde vorerst ab 1.1.2013 vorgenommen und die restlichen 50% DP wurden erst für 1.1.2015 zugesichert.

Es zeigt schon die normale Lebenserfahrung, dass ein Stand von 4,375 DP Referentinnen im Bereich Krankenanstalten, davon 1 DP für den Niedergelassenen Bereich, keine besonders günstige Ausgangslage sowohl für die Patient/inn/en als auch für die Mitarbeiterinnen in der PPO darstellt. Somit muss mit 3,375 DP der gesamte Krankenanstaltenbereich in der Steiermark abgedeckt werden. Die Personalbedarfsfeststellung 2011 durch

die Personalabteilung ergab in der PPO eine durchschnittliche Auslastung von 92,75 %.

### 3. Problemstellung: Landesvertretung in der Schlichtung und PEK

Angesichts des gesamten Sitzungsaufwandes von €107.144.- für das Jahr 2013 und davon allein €42.857,60.- für den/die Eigentümerversorger/in und den/die Vertreter/in der KAGes wird seitens der PPO die Empfehlung und Forderung erhoben, dass nur noch ein/e Vertreter/in der KAGes oder des Landes an den Schlichtungssitzungen der KAGes teilnimmt. Die zu erwartende Einsparung für das Jahr 2014 – bei gleicher Sitzungsfrequenz – in der Höhe von €21.859,50.- soll für eine Erhöhung des Mitarbeiter/innenstandes in der PPO verwendet werden.

Ähnliches gilt für die verschuldensunabhängige Patientenentschädigungskommission des Landes Steiermark, die nach dem Modell der KAGes Schlichtungsstellen konzipiert wurde. Ein/e Landesvertreter/in ist Mitglied in dieser Kommission.

- Es war eine Fehleinschätzung der PPO dieser Kommission nicht anzugehören, da sowohl die Kommission als auch die Geschäftsstelle von und in der Öffentlichkeit als eine Einheit der PPO wahrgenommen wird.
- Bei einer Verkleinerung dieser Kommission um den/die Landesvertreter/in, einer Herabsetzung der Sitzungsfrequenz von zB. derzeit 52 auf 30 Sitzungen jährlich mit gleichzeitiger Erhöhung der Ladungsanzahl von durchschnittlich drei Personen auf fünf Personen (wie in den Schlichtungsstellen), ist eine vorausrechenbare Einsparung von €42.200,50.- sicher zu erwarten.

Diese insgesamt mit €64.060.- dargestellten Ersparnisse, erzielt einerseits durch eine Verringerung der Anzahl von Sitzungsmitgliedern und andererseits durch

eine Reduzierung von PEK-Sitzungen, könnten für die PPO zur absolut notwendigen Erhöhung des Dienstpostenstandes verwendet werden.

Die Mitarbeiterinnen der PPO müssen zusätzlich zu ihrer Regelarbeitszeit diese Sitzungen außerhalb ihrer Dienstzeit verrichten. Obwohl diese Sitzungen extra abgegolten werden (zwischen brutto €177,30.- und €363,20.-), sind die Mitarbeiterinnen daran interessiert, so wenig Sitzungen wie möglich außerhalb ihrer Arbeitszeit zu leisten.

- So mussten von den 4,215 DP (inkl. 0,5 DP der PO) im Bereich Krankenanstalten 126 Sitzungen (ca. 500 Stunden) von den Mitarbeiterinnen neben ihrer Regelarbeitszeit noch zusätzlich außerhalb der Dienstzeit geleistet werden.

Der dadurch entstehende Arbeitsdruck und die Belastungen sind in der derzeitigen Besetzung zunehmend spürbar und unzumutbar.

2013 mussten weiters 53,5 Stunden an medizinischer Fachmeinung und 44,5 Stunden im juristischen Bereich, aus unserem, der PPO zur Verfügung gestellten Budget, zugekauft werden.

An dieser Stelle möchten wir uns ausdrücklich bei unseren Vertrauensärzten und Jurist/inn/en für ihren fachlichen Beistand bedanken.

#### 4. Problemstellung: Nachbesetzungen

Sowohl die PO als auch deren Vertretungen im Bereich Krankenanstalten und Pflege sind mit Beginn 2017 pensionsberechtigt.

Aufgrund der Organisationsverantwortung muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass diese oben beschriebene Situation eine Aufstockung der Dienstposten, insbesondere im juristischen Bereich, eineinhalb bis zwei Jahre vorher erfolgen muss.

Es ist auch zu erwarten, dass nach Ausscheiden von drei erfahrenen Mitarbeiterinnen in absehbarer Zeit, Aufgabengebiete nur dann abgedeckt werden können, wenn die neuen Mitarbeiter/innen bereits langfristig Erfahrungen sammeln konnten.

## 5. Problemstellung: Eingeschränkte Leistungen der PPO

In der PPO konnten in den letzten Jahren bereits sehr viele vom gesetzlichen Aufgabengebiet umfasste Leistungen nur mehr rudimentär oder überhaupt nicht mehr erbracht werden.

- Im Jahr 2013 musste beispielsweise die Teilnahme der PPO bei 29 von insgesamt 35 Ethiksitzen aus personellem Ressourcenmangel abgesagt werden. 2014 konnte die PPO bisher an keiner einzigen Ethiksitzen teilnehmen.
- 2012 konnten aus Ressourcenmangel viele Qualitätsbeschwerden sowie strukturelle Probleme nicht mehr von der PPO bearbeitet werden, sondern mussten an die Krankenanstalten zurück verwiesen werden.
- Aus demselben Grund musste von der PPO in die Schlichtungskommission der Zahnärztekammer ein Arbeiterkammermitglied als Patient/innen/envertretung nominiert werden.
- Die telefonische Erreichbarkeit der PPO ist bereits seit Jahren von Montag bis Donnerstag von 8:00 bis 13:00 Uhr und freitags bis 12:30 Uhr eingeschränkt, um unsere Tätigkeit ausüben und die Patient/inn/en und Bewohner /innenanliegen bearbeiten zu können.  
Allein 2013 mussten 1389 neue Akten angelegt, befristet und überwacht werden. Insgesamt befanden sich das ganze Jahr über 1789 Akten in Bearbeitung und im Umlauf.
- Aus mangelnden personellen Ressourcen müssen die Wartezeiten und Bearbeitungszeiten für Neuanliegen ständig adaptiert werden. Derzeit beträgt die Wartezeit für Neuanliegen acht bis zwölf Wochen. Für die durchschnittliche Bearbeitung eines vermeintlichen Schadensfalles bis zur Einbringung in die Schlichtungsstelle müssen bis zu sechs Monate eingeplant werden.
- Insbesondere bei drohender Verjährung können wir eine fristgerechte Erledigung nicht mehr garantieren. Um in diesen Fällen auch einer drohenden Amtshaftung entgegen zu wirken, werden derzeit vermutete Behandlungsfehler, die innerhalb der nächsten zwölf Monate

verjähren könnten, nicht mehr von der PPO vorabgeklärt, sondern die Patient/innen/en werden in diesen Fällen mit einem von ihnen selbständig und daher oft laienhaft ausgefüllten Antrag direkt an die Schlichtungsstellen verwiesen.

Nicht unerwähnt bleiben darf an dieser Stelle, dass für die Erstellung des Tätigkeitsberichtes keine zusätzlichen Ressourcen zur Verfügung stehen.

Auch das „Handbuch zur Prozessoptimierung und Qualitätssicherung“ der PPO musste im laufenden Betrieb von den Referentinnen im vergangenen Jahr erarbeitet werden.

## 6. Problemstellung: Jahrelanges Aufzeigen

Neben individueller und struktureller Arbeit der PPO im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages ist die tägliche Arbeit in der PPO geprägt vom ständigen, oft jahrelangen Aufzeigen derselben organisatorischen und strukturellen Mängel bei gleichzeitiger jahrelanger Ignoranz der dafür Verantwortlichen – oft bis hin zur Eskalation der Situation (siehe LPH Schwanberg, Schlichtungsstelle „NEU“, Rechnungshofbericht Pflege). Meist bedeutet das eine wochenlange Ressourcenbindung für die PPO während der Aufarbeitung in Arbeitsgruppen zur Schadensbegrenzung für die involvierten Institutionen.

Nachfolgende Beispiele veranschaulichen das eben Dargestellte:

- Aufzeigen der PPO, dass die Errichtung einer zweiten Schlichtungskommission für die KAGes aufgrund zu großen Arbeitspensums für eine Kommission und daraus resultierende unzumutbare lange Verfahrensdauer für die Antragsteller/innen notwendig ist.

Dauer bis zur Realisierung: 7  $\frac{3}{4}$  Jahre

- Forderung der PPO, dass der/die Landesvertreter/in aus Gründen der Objektivität und des Gleichgewichtes der Chancen kein Stimmrecht in der Schlichtungskommission hat.  
Dauer der Realisierung: 7 ¼ Jahre
- Forderung der PPO, dass der/die Vertreter/in der KAGes in der Schlichtungskommission aus Gründen der Objektivität und des Gleichgewichtes der Chancen gegenüber den Patient/inn/en kein Stimmrecht hat.  
Dauer bis zur Realisierung: 3 Jahre
- Forderung der PPO, dass auch die KAGes-eigenen Gutachter/innen entlohnt werden müssen und die Gutachten außerhalb der Dienstzeit erstellt werden müssen.  
Dauer bis zur Realisierung: ca. 2,5 Jahre

## 7. Problemstellung: Niedergelassener Bereich

Bereits 2009 bei der Novellierung des Gesetzes vom 13. Mai 2003 über die Patientinnen-/Patienten- und Pflegevertretung war es vorhersehbar, dass die Ausweitung der Zuständigkeiten der PPO auf die Dienste freiberuflich tätiger Angehöriger von Gesundheitsberufen, ausgenommen Tierärzte, schwierig werden würde.

Dementsprechend weich wurde auch das Gesetz formuliert.

*§ 2 (5) Wird die Patientinnen/Patienten und Pflegevertretung mit einer Angelegenheit freiberuflich tätiger Angehöriger von Gesundheitsberufen befasst, sind die betroffenen Berufsangehörigen beziehungsweise Einrichtungen einzuladen, zum konkreten Vorbringen Stellung zu nehmen. Die Patientinnen/Patienten und Pflegevertretung hat erforderlichenfalls mit internen Informations- und Beschwerdestellen und mit den gesetzlichen beruflichen Vertretungen zusammenzuarbeiten.*

Eine Hochrechnung mit der Anzahl der zu erwartenden Geschäftsfälle wurde von der PPO für die zur Aufgabenerfüllung notwendigen zusätzlichen Mitarbeiter/innen gemacht und ein zusätzlicher Personalbedarf von drei Dienstposten errechnet.

Zusätzlich erhielt die PPO einen Dienstposten im Referatsbereich und fünf Wochenstunden zusätzlich im Assistenzbereich.

2010 gab es bereits 96 Anliegen und 2013 waren es 153, davon 46 Schlichtungsfälle.

Von Anfang an gab es durch die fehlende Zuständigkeit und Verpflichtung zur Zusammenarbeit auf Bundesebene, zB. im Ärztegesetz, Probleme. Mit etwas mehr als einem Dienstposten beschränkten sich die Tätigkeiten der PPO auf Beratungen über die Möglichkeiten zur Durchsetzung behaupteter Behandlungsfehler sowie sonstigen Anliegen von Patient/inn/en und die Begleitung der Antragsteller/innen zu den Schlichtungssitzungen. In der Schlichtungsstelle für den Niedergelassenen Bereich besteht nur die Möglichkeit für ein Gutachten. Ein zweites wird auch in Zweifelsfällen nicht von den Versicherungen getragen. Weiters besteht nicht die geringste Verpflichtung der Ärzte/Ärztinnen den Schlichtungsverfahren überhaupt zuzustimmen bzw. beizutreten.

Eine bessere rechtliche Zuständigkeit auf Bundesebene konnte von den Patient/inn/envertretungen bis dato nicht erreicht werden. In Wien wurde von der Ärztekammer ein eigener Patientenanwalt eingerichtet.

Diese ungünstigen Bedingungen waren nicht gerade die besten Voraussetzungen. Die PPO wurde und wird aber wie beim Patientenentschädigungsfonds von den Patient/inn/en als verantwortlich gesehen.

Dies ging soweit, dass für diese, weder von uns noch vom Land Steiermark veränderbaren Umstände, die PPO Beschimpfungen und Verleumdungen hinnehmen musste.



Auch auf Grund unserer schwachen personellen Ressourcen wurde von der PPO deshalb die Begleitung der Patient/inn/en deshalb in die Schlichtungsstelle eingestellt. Wir beraten aber weiterhin die Betroffenen über ihre rechtlichen Möglichkeiten oder geben bei Bedarf Gutachten zur Vorabklärung von behaupteten Behandlungsfehlern in Auftrag. Es wurde darüber sowohl die Volksanwaltschaft, die Landesamtsdirektion, die Ärztekammer als auch der zuständige Landesrat Herr Mag. Christopher Drexler informiert.

Mag. Renate Pölschl

### 3 GESETZ ÜBER DIE PATIENTINNEN/PATIENTEN-UND PFLEGEVERTRETUNG

Gesetz vom 13. Mai 2003 über die Patientinnen-/Patienten- und Pflegevertretung (Patientinnen-/Patienten- und Pflegeombudsschaft)

Stammfassung: LGBl. Nr. 66/2003 (XIV. GPSStLT RV EZ 842/1 AB EZ 842/8)

#### Änderung

LGBl. Nr. 21/2009 (XV. GPSStLT RV EZ 2319/1 AB EZ 2319/5)

LGBl. Nr. 5/2010 (XV. GPSStLT RV EZ 3290/1 AB EZ 3290/4)

LGBl. Nr. 16/2013 (XVI. GPSStLT IA EZ 1584/1 AB EZ 1584/2)

LGBl. Nr. 87/2013 (XVI. GPSStLT RV EZ 2008/1 AB EZ 2008/4)

#### Text

##### § 1

##### Einrichtung und Zweck

(1) Beim Amt der Steiermärkischen Landesregierung wird eine Patientinnen-/Patienten- und Pflegevertretung eingerichtet. Ihr Zweck ist die Wahrung und Sicherung der Rechte und Interessen von

1. Patientinnen/Patienten von Krankenanstalten,
2. Bewohnerinnen/Bewohnern von Pflegeeinrichtungen,
3. Klientinnen/Klienten mobiler Dienste sowie
4. Personen, die die Dienste freiberuflich tätiger Angehöriger von Gesundheitsberufen, ausgenommen Tierärzte, in Anspruch nehmen.

(2) Krankenanstalten im Sinne des Abs. 1 sind Einrichtungen gemäß § 1 Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz 1999 – KALG.

(3) Pflegeeinrichtungen im Sinne des Abs. 1 sind sämtliche dem Steiermärkischen Pflegeheimgesetz 2003 unterliegende Einrichtungen.

(4) Mobile Dienste im Sinne des Abs. 1 sind die nach dem Steiermärkischen Sozialhilfegesetz sicherzustellenden sozialen Dienste der Alten-, Familien- und Heimhilfe und der Gesundheits- und Krankenpflege, soweit diese nicht stationär erbracht werden.

*Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 21/2009*

##### § 2

##### Aufgaben und Rechte

(1) Die Patientinnen-/Patienten- und Pflegevertretung hat für die im § 1 genannten Personen bzw. ihre gesetzlichen Vertreterinnen/Vertreter sowie ihre Angehörigen hinsichtlich ihrer Behandlung oder Betreuung in diesen Einrichtungen bzw. durch diese Personen oder Dienste folgende Aufgaben wahrzunehmen, ausgenommen im Fall offensichtlich mutwilliger Anbringen:

1. Entgegennahme und Prüfung von Anregungen,
2. umfassende Beratung und Erteilung von Auskünften, soweit nicht eine gesetzliche Verschwiegenheitspflicht entgegensteht,
3. Entgegennahme, Prüfung und Aufklärung von Beschwerden, Information der Patientinnen/Patienten bzw. Bewohnerinnen/Bewohner und Betreuten vom Ergebnis der Prüfung,
4. Aufklärung von Mängeln und Missständen sowie Abgabe von Empfehlungen.

(2) Bei Wahrnehmung oder Vermutung von Missständen in der öffentlichen Verwaltung hat die Patientinnen-/Patienten- und Pflegevertretung die Volksanwaltschaft zu befragen.

(3) Die Patientinnen-/Patienten- und Pflegevertretung hat mit Vertreterinnen/Vertretern der in Betracht kommenden Personengruppen wie z. B. Patientenselbsthilfegruppen oder Seniorenvereinigungen bzw.

Seniorenbeiräten sowie Vertreterinnen/Vertretern der im § 1 Abs. 2 bis 5 genannten Einrichtungen bei Bedarf in der jeweils geeigneten Form zusammenzuarbeiten.

(4) Die Rechtsträger bzw. Betreiber der Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen, alle Organe und Dienststellen des Landes, der Sozialhilfeverbände, der Gemeinden und Gemeindeverbände sowie der der Aufsicht des Landes unterstellten Rechtsträger haben die Patientinnen-/Patienten- und Pflegevertretung in ihrer Tätigkeit zu unterstützen und ihr alle zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlichen Informationen zu geben. In Erfüllung ihrer Aufgaben hat die Patientinnen-/Patienten- und Pflegevertretung das Recht, Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen zu betreten.

(5) Wird die Patientinnen-/Patienten- und Pflegevertretung mit einer Angelegenheit freiberuflich tätiger Angehöriger von Gesundheitsberufen befasst, sind die betroffenen Berufsangehörigen beziehungsweise Einrichtungen einzuladen, zum konkreten Vorbringen Stellung zu nehmen. Die Patientinnen-/Patienten- und Pflegevertretung hat erforderlichenfalls mit internen Informations- und Beschwerdestellen und mit den gesetzlichen beruflichen Vertretungen zusammenzuarbeiten.

*Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 21/2009*

### § 3

#### Leitung

(1) Zur Leitung der Patientinnen-/Patienten- und Pflegevertretung ist von der Landesregierung eine/ein Patientinnen-/Patienten- und Pflegeombudsfrau/-mann auf die Funktionsdauer von jeweils fünf Jahren zu bestellen. Die Bestellung erfolgt über einvernehmlichen Vorschlag jener Mitglieder der Landesregierung, die für Krankenanstaltenangelegenheiten, für Belange der Pflegeheime sowie für Belange der mobilen Dienste zuständig sind.

(2) Die Stelle der/des Patientinnen-/Patienten- und Pflegeombudsfrau/-mann ist von der Landesregierung öffentlich auszuschreiben.

- (3) Voraussetzung für die Funktion als Patientinnen-/Patienten- und Pflegeombudsfrau/-mann sind
- Kenntnisse der Grundlagen des Gesundheitswesens sowie der organisatorischen, wirtschaftlichen und rechtlichen Belange von Krankenanstalten, Pflegeheimen und -plätzen sowie von mobilen Diensten und
  - praktische Erfahrung im Gesundheits- oder Krankenanstaltenwesen oder im Pflegewesen.

(4) Die Rechtsbeziehungen der Mitglieder der Patientinnen-/Patienten- und Pflegevertretung zum Land sind nach Maßgabe der dienstrechtlichen Vorschriften zu regeln. Sie unterliegen der Verschwiegenheitspflicht im Sinne des Artikels 20 B-VG.

(5) Zur Besorgung ihrer Geschäfte kann sich die/der Patientinnen-/Patienten- und Pflegeombudsfrau/-mann des Amtes der Landesregierung als Hilfsapparat bedienen. Das notwendige und für die Aufgabenerfüllung qualifizierte Personal ist von der Landesregierung zur Verfügung zu stellen.

(6) Die/Der Patientinnen-/Patienten- und Pflegeombudsfrau/-mann ist in Ausübung ihres/seines Amtes an keine Weisungen gebunden. Sie/Er unterliegt im Rahmen ihrer/seiner Tätigkeit der Aufsicht der Landesregierung. Diese hat das Recht, sich über alle Gegenstände der Geschäftsführung zu unterrichten. Die/Der Patientinnen-/Patienten- und Pflegeombudsfrau/-mann ist verpflichtet, die von der Landesregierung verlangten Auskünfte unter Wahrung des Grundrechts auf Datenschutz zu erteilen.

(7) Die Landesregierung hat das Recht, die/den Patientinnen-/Patienten- und Pflegeombudsfrau/-mann aus wichtigem Grund mit Bescheid abzurufen. Ein wichtiger Grund liegt vor, wenn

1. die Voraussetzungen für die Bestellung nachträglich weggefallen sind oder ihr Fehlen nachträglich bekannt wird oder
2. die/der Patientinnen-/Patienten- und Pflegeombudsfrau/-mann gröblich oder wiederholt gegen ihre/seine Pflichten verstößt oder ein mit ihrer/seiner Stellung unvereinbares Verhalten gezeigt hat oder
3. die/der Patientinnen-/Patienten- und Pflegeombudsfrau/-mann ihre/seine Funktion aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben kann oder
4. gegen die Patientinnen-/Patienten- und die Pflegeombudsfrau/den Pflegeombudsmann rechtskräftig eine Disziplinarstrafe oder eine in die Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte fallende Strafe verhängt wurde.

*Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 5/2010, LGBl. Nr. 87/2013*

**§4****Tätigkeitsbericht**

Die/Der Patientinnen-/Patienten- und Pflegeombudsfrau/-mann hat alle zwei Jahre einen Bericht über ihre/seine Tätigkeit und die hierbei gesammelten Erfahrungen zu verfassen und der Landesregierung vorzulegen, die diesen Bericht dem Landtag zur Kenntnis zu bringen hat.

*Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 16/2013*

**§ 4 a****Strafbestimmungen**

(1) Wer als Rechtsträger von Krankenanstalten, als Betreiber von Pflegeeinrichtungen oder als Träger Mobiler Dienste seiner Informationspflicht nach § 2 Abs. 4 trotz einer mit angemessener Fristsetzung erfolgten nachweislichen Aufforderung durch die Patientinnen-/Patienten- und Pflegevertretung nicht nachkommt, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Geldstrafe bis zu 5000 Euro zu bestrafen.

(2) Die Strafe befreit nicht von der Erfüllung der Informationspflicht.

*Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 21/2009*

**§ 5****Inkrafttreten**

(1) Dieses Gesetz tritt mit dem auf die Kundmachung folgenden Monatsersten, das ist der 1. September 2003, in Kraft.

(2) (Verfassungsbestimmung) § 3 Abs. 6 tritt mit dem auf die Kundmachung folgenden Monatsersten, das ist der 1. September 2003, in Kraft.

(3) Gleichzeitig tritt das Gesetz vom 10. November 1992 über die Patientenvertretung (Patientenombudsmann/-frau), LGBl. Nr. 12/1993, in der Fassung der Gesetze LGBl. Nr. 22/1997 und LGBl. Nr. 31/1999, außer Kraft.

(4) (Verfassungsbestimmung) Gleichzeitig tritt § 1 Abs. 4 des Gesetzes vom 10. November 1992 über die Patientenvertretung (Patientenombudsmann/-frau), LGBl. Nr. 12/1993, in der Fassung der Gesetze LGBl. Nr. 22/1997 und LGBl. Nr. 31/1999, außer Kraft.

**§ 6****Inkrafttreten von Novellen**

(1) Die Änderung der §§ 1 und 2 sowie die Einfügung des § 4 a durch die Novelle LGBl. Nr. 21/2009 treten mit dem der Kundmachung folgenden Tag, das ist der 7. Februar 2009, in Kraft.

(2) (Verfassungsbestimmung) Der Entfall der Bezeichnung, (Verfassungsbestimmung) in § 3 Abs. 6 durch die Novelle LGBl. Nr. 5/2010 tritt mit dem der Kundmachung folgenden Tag, das ist der 30. Jänner 2010, in Kraft.

(3) Die Änderung des § 3 Abs. 6 und die Anfügung des § 3 Abs. 7 durch die Novelle LGBl. Nr. 5/2010 treten mit dem der Kundmachung folgenden Tag, das ist der 30. Jänner 2010, in Kraft.

(4) Die Änderung des § 4 durch die Novelle LGBl. Nr. 16/2013 tritt mit dem der Kundmachung folgenden Tag, das ist der 16. Februar 2013, in Kraft.

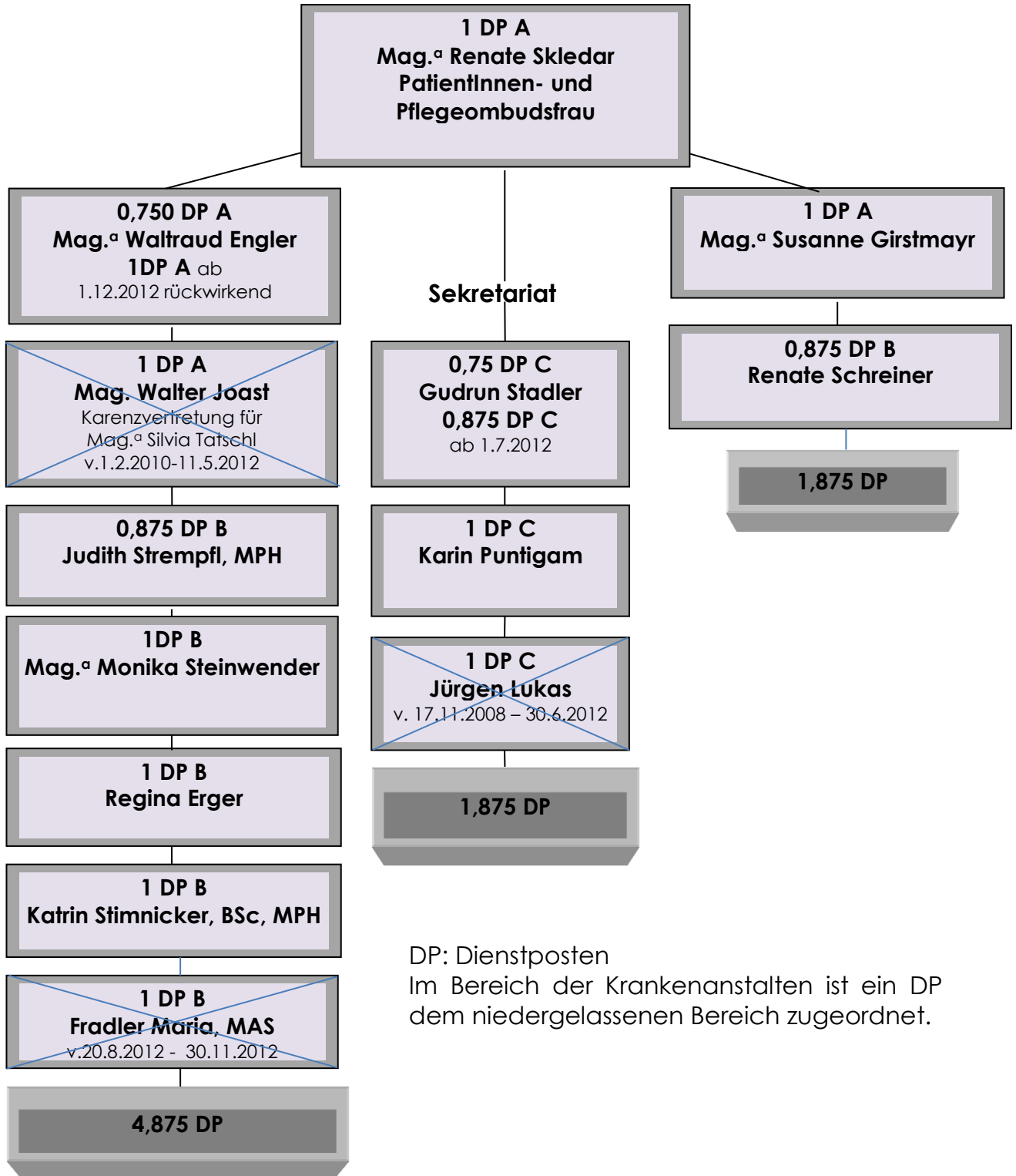
(5) Die Änderung des § 3 Abs. 7 Z 4 durch die Novelle LGBl. Nr. 87/2013 tritt mit 1. Jänner 2014 in Kraft.

*Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 21/2009, LGBl. Nr. 5/2010, LGBl. Nr. 16/2013, LGBl. Nr. 87/2013*

**4 Organigramm 31.12.2012**

Krankenanstalten und  
Niedergelassener  
Bereich

Pflegeheime  
Pflegeplätze  
Mobile Dienste

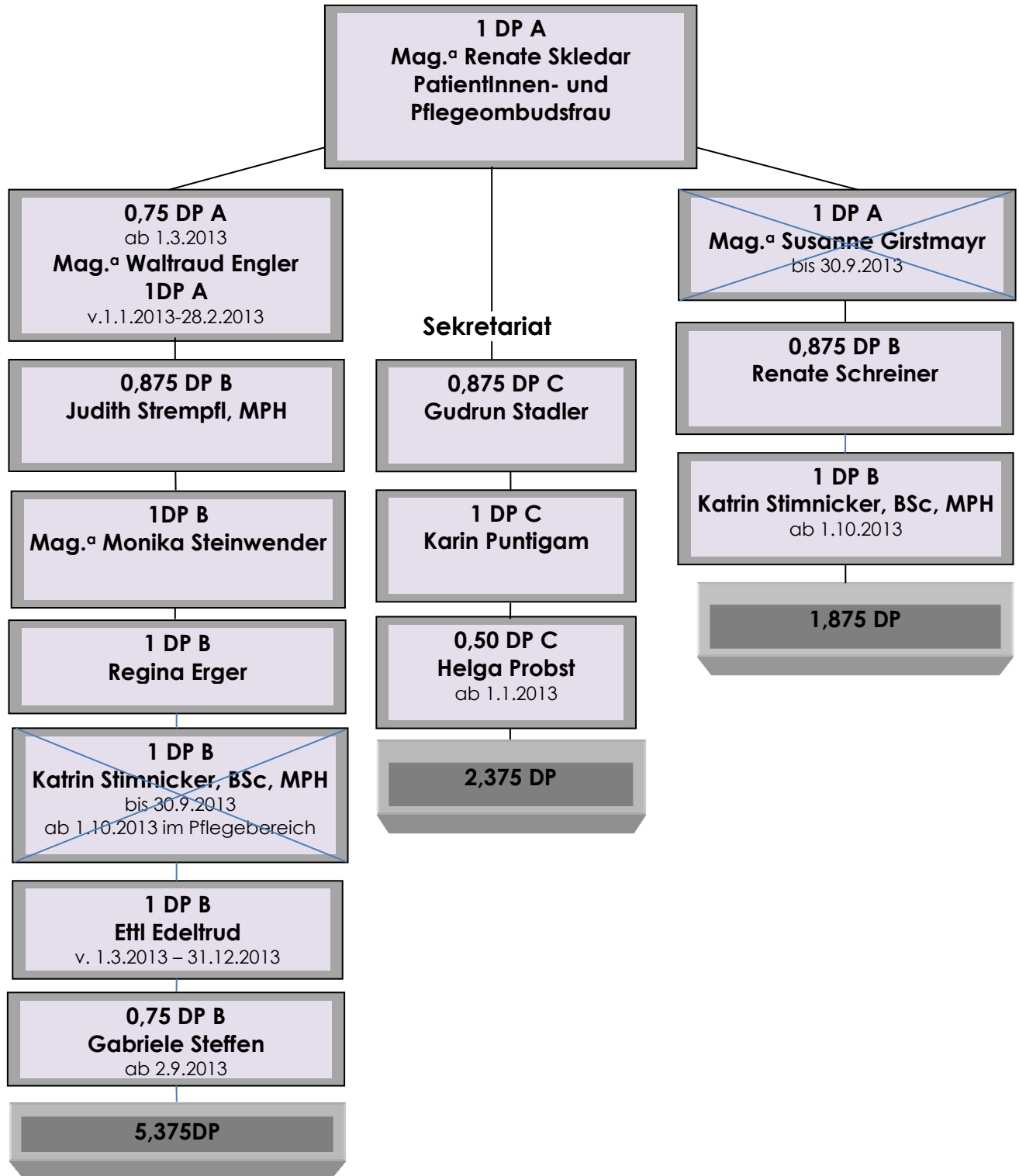


DP: Dienstposten  
Im Bereich der Krankenanstalten ist ein DP dem niedergelassenen Bereich zugeordnet.

## 5 Organigramm 31.12.2013

Krankenanstalten und  
Niedergelassener  
Bereich

Pflegeheime  
Pflegeplätze  
Mobile Dienste



## **6 Bürger/innenservice der PPO**

Auch ein Großteil der Ressourcen der PPO betreffen Serviceleistungen wie das Aussenden von Informationsbroschüren, aber auch Beratungen, Rechtsauskünfte, Informationen im Sozialbereich – sowohl persönlich als auch telefonisch.

### **6.1 Ausblick auf ELGA – Elektronische Gesundheitsakte**

Bei der Umsetzung der ELGA-Ombudsstelle(n) ist angedacht, diese in die bestehenden Patient/inn/enanwaltschaften der Länder (in der Steiermark = PPO) zu integrieren, um eine größere Bürger/innennähe gewährleisten zu können. Aus rechtlicher Sicht müssen dazu noch die Verträge zwischen den einzelnen Ländern und dem Bund ausverhandelt werden. Im Juni 2014 soll die Finalisierung des rechtlichen Rahmens stattfinden, im vierten Quartal 2014 soll eine Einigung (unter anderem über die finanzielle Abgeltung) erzielt und der diesbezügliche Vertrag unterschrieben werden.

Bisher fanden bereits drei „ELGA-Treffen“ mit den neun Vertreter/inne/n der Patient/inn/enanwaltschaften der Länder, dem Bundesministerium, sowie den Projektleiter/inne/n seitens ELGA statt. Bei diesen Treffen wurden die Rahmenbedingungen, unter denen es den Patient/inn/enanwaltschaften nur möglich sein wird diese Aufgabe für die Zukunft zu übernehmen, festgelegt.

Die vereinbarten Pilotbetriebe werden nicht – wie geplant im Herbst 2014 – starten, sondern erst im Jahr 2015. Es wird ein stufenweises Roll-Out 2015 geben. Somit wird eine Umsetzung in der Steiermark (das nicht zu den Pilotbetrieben zählt) erst Ende 2015 erfolgen.

Wie die konkrete Umsetzung (Personal, Arbeitsplatz etc.) in der PPO aussehen wird, ist zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch unklar. Vorverhandelt wurde, dass der Bund die notwendigen Ressourcen zur Verfügung stellen muss.

## 6.2 Patientenverfügungen

In den Jahren 2012 und 2013 wurden in der PPO **74 Rechtsberatungen** zu Fragen rund um die Patientenverfügung, teils in Verbindung mit einer Vorsorgevollmacht, geführt und **acht verbindliche Patientenverfügungen** abgeschlossen.

Die Patient/inn/envertretungen in den Bundesländern sind auf Grundlage des Patientenverfügungsgesetzes (Bundesrecht) nach Maßgabe ihrer personellen Kapazitäten berechtigt, jedoch nicht verpflichtet, Patientenverfügungen abzuschließen. Aus diesem Grund knüpft die PPO den Abschluss der Patientenverfügung an die sozialen Verhältnisse der Klient/inn/en, also etwa an das Vorliegen der Ausgleichszulage. Dadurch erklärt sich das zahlenmäßige Auseinanderklaffen von Beratungen und Abschlüssen von Patientenverfügungen.

## 6.3 Aussenden von Informationsmaterial

Neben den von der PPO aufgelegten Broschüren (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Patientenrechte, Über den Schmerz, Keine Angst vor dem Doktorlatein, Leben in Pflegeeinrichtungen) und dem Tätigkeitsbericht der PPO wurden auch diverse andere Informationsbroschüren (Sachwalterschaft, Ratgeber Transplantation, Patientenrechte und Arzneimittel, Pflegegeld in der Steiermark, Sozialservicestelle des Landes Steiermark, Informationsblätter zu den Serviceeinrichtungen der Ärztekammer usw.) versandt.

Auch das „Patientenhandbuch – Leitfaden für einen sicheren Krankenhausaufenthalt“ kann auf Anfrage verschickt werden.

In den Jahren 2012 und 2013 wurden insgesamt **11.696 Broschüren** versandt!



## 7 Strukturelle Mitgliedschaften der PPO

### ▪ Ethikkommissionen

Die Kommissionen beurteilen klinische Prüfungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten, die Anwendung neuer medizinischer Methoden und angewandte medizinische Forschung am Menschen auf ihre ethische Unbedenklichkeit. Dabei hat die PPO die Aufgabe die Interessen der betroffenen Patient/inn/en wahrzunehmen.

In der Steiermark stehen derzeit fünf Ethikkommissionen für diese Prüfungen zur Verfügung, die sich jeweils bis zu zehn Mal/Jahr treffen:

- Ethikkommission des Landes Steiermark
- Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz
- Ethikkommission des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Graz
- Ethikkommission der Karl Franzens Universität Graz
- Ethikkommission des Krankenhauses der Elisabethinen Graz

**Aufgrund personeller Engpässe konnten von den ca. 50 Terminen (in den beiden Berichtsjahren) nur rund 20% wahrgenommen werden.**

### ▪ Gesundheitsplattform Steiermark

Die Gesundheitsplattform setzt sich aus 20 Mitgliedern (inkl. der PPO) sowie acht Vertretern verschiedener Institutionen zusammen. Zu ihren wesentlichen Aufgaben zählen das leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem, die Beschlussfassung über Voranschlag und Rechnungsabschluss des Gesundheitsfonds, sowie die Auseinandersetzung mit Grundsätzen der Qualitätsarbeit, des Nahtstellenmanagements und der Gesundheitsförderung. In diesem Zusammenhang ist auch die PPO in unterschiedliche Aufgabengebiete eingebunden:

- **„Patientenhandbuch – Leitfaden für einen sicheren Krankenhausaufenthalt“**
- **„Aktion saubere Hände“**

- **Qualitätssicherungskommission (QSK):**

Die QSK ist ein Fachgremium, das zur Erreichung einer qualitativen und sicheren Versorgung der Bevölkerung beitragen soll.

- **ARGE - Arbeitsgemeinschaft der Patientinnen-/Patientenanwälte Österreichs**

Die ARGE der österreichischen Patientenanwälte und Patientenanwältinnen wurde im Jahr 2000 gegründet. Seither ist Herr Dr. Gerald Bachinger, niederösterreichischer Patienten- und Pflegeanwalt, Sprecher dieser Arbeitsgemeinschaft. Stellvertreterin ist die PatientInnen- und Pflegeombudsfrau des Landes Steiermark Mag.<sup>a</sup> Renate Skledar. Anlässlich der jährlich stattfindenden Tagungen werden Informationen ausgetauscht, und versucht auf unbürokratische Weise eine Harmonisierung der Grundlagen und Kompetenzen aller österreichischen Patientenanwaltschaften zu schaffen. Außerdem werden Memoranden bzw. Resolutionen in relevanten gesundheitspolitischen Fragen abgestimmt und regelmäßig ein bis zwei hochkarätige Referent/inn/en, auch zur Fortbildung der österreichischen Patientenanwälte und Patientenanwältinnen, eingeladen.

- **Diverse Arbeitsgruppen und Projekte (zB. Sozialbeirat, Qualitätssicherungsbeirat)**

## 8 Zahlenmäßige Entwicklung der Geschäftsfälle

Auch wenn die Anzahl der Neuanliegen in den letzten Jahren annähernd gleichbleibend ist, sind die Krankengeschichten und deren Aufarbeitung zunehmend komplexer geworden.

### 8.1 Krankenanstalten, Pflegeheime, Pflegeplätze, Mobile Dienste und Niedergelassener Bereich

Berichtsjahr	Geschäftsfälle			gesamt	Offene Geschäftsfälle mit Ende des Berichtsjahres
	KA	PH	NGB		KA + PH
1995	343				Plus 163
1996	312				Plus 94
1997	451				Plus 46
1998	613				Plus 119
1999	779				Plus 217
2000	837				Plus 261
2001	817				Plus 253
2002	1042				Plus 250
2003	1004	49		<b>1053</b>	Plus 125
2004	1034	198		<b>1232</b>	Plus 274
2005	1125	207		<b>1332</b>	Plus 335
2006	1090	226		<b>1316</b>	Plus 407
2007	1232	302		<b>1534</b>	Plus 385
2008	1287	204		<b>1491</b>	Plus 415
2009	1334	215		<b>1549</b>	Plus 484
2010	1055	201	96	<b>1352</b>	Plus 496
2011	1054	182	133	<b>1369</b>	Plus 492
2012	1019	194	159	<b>1372</b>	Plus 404
2013	1047	189	153	<b>1389</b>	Plus 400

### 8.2 Aufgliederung der offenen Fälle aus den Vorjahren

	2011	2012	2013
In der <b>PPO</b> in Bearbeitung stehende offene Geschäftsfälle (GF)	193	116	132
Offene <b>Schlichtungsverfahren</b> der KAGes-Krankenanstalten	163	141	152
Offene <b>Schlichtungsverfahren</b> der Privatkrankenanstalten, Ambulatorien, Sanatorien und Krankenanstalten der AUVA	50	44	30
Offene Verfahren der <b>Patientenentschädigungskommission</b> (PEK)	39	52	29
Offene GF und Schlichtungsverfahren im NGB	47	51	57

### 8.3 Entwicklung der Schlichtungsanträge für alle steirischen Krankenanstalten

Berichts- jahr	Summe der Neuanträge KAGEs	Summe der Neuanträge Gemeinsame Schlichtungsstelle für Privatkranken- Anstalten, Ambulatorien, Sanatorien u. Krankenanstalten der AUVA	Summe der Neuanträge NGB	Summe der Anträge in den Schlichtungs- stellen  <b>Gesamt</b>
-------------------	----------------------------------	---	--------------------------------	---

<b>1991</b>	56			
<b>1992</b>	50			
<b>1993</b>	57			
<b>1994</b>	75			
<b>1995</b>	75			
<b>1996</b>	80			
<b>1997</b>	105	10		<b>=115</b>
<b>1998</b>	93	24		<b>=117</b>
<b>1999</b>	121	40		<b>=161</b>
<b>2000</b>	130	39		<b>=169</b>
<b>2001</b>	125	35		<b>=160</b>
<b>2002</b>	123	35		<b>=158</b>
<b>2003</b>	166	29		<b>=195</b>
<b>2004</b>	175	38		<b>=213</b>
<b>2005</b>	192	48		<b>=240</b>
<b>2006</b>	155	55		<b>=210</b>
<b>2007</b>	135	42		<b>=177</b>
<b>2008</b>	149	46		<b>=195</b>
<b>2009</b>	134	42		<b>=176</b>
<b>2010</b>	143	31		<b>=174</b>
<b>2011</b>	143	44	37	<b>=224</b>
<b>2012</b>	119	38	46	<b>=203</b>
<b>2013</b>	152	30	46	<b>=228</b>

Nur durch die fachliche Unterstützung der Vertrauensärzte der PPO ist es möglich, die Anzahl der Schlichtungsanträge relativ niedrig zu halten. Viele vermutete Behandlungsfehler lassen sich durch diese kompetente medizinische Aufarbeitung und Erklärungen für die Patient/inn/en ausräumen. Dadurch können Anliegen entweder zufriedenstellend abgeschlossen werden, oder ein zielgerichteter Entschädigungsantrag bei der Schlichtungsstelle oder beim Entschädigungsfonds eingebracht werden.

#### 8.4 Entwicklung der Anzahl der Schlichtungssitzungen

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
KAGes	45	53	60	66	58	58	51	60	64	59
NON-KAGes	10	13	18	14	16	18	15	17	19	17
PEK								39	48	52
NGB								14	15	16
<b>Gesamt</b>	<b>55</b>	<b>66</b>	<b>78</b>	<b>80</b>	<b>74</b>	<b>76</b>	<b>66</b>	<b>130</b>	<b>146</b>	<b>144</b>

<b>Positiv erledigte Anträge für Patient/inn/en gesamt</b>	<b>2011 59</b>	<b>2012 66</b>	<b>2013 71</b>
Schlichtungsstelle der KAGes	43	42	53
Zugesprochene <b>Entschädigung gesamt KAGes</b>	<b>€ 297.426,67.-</b>	<b>€ 197.058.-</b>	<b>€ 324.500.-</b>
Gemeinsame Schlichtungsstelle für Privatkrankenanstalten, Ambulatorien, Sanatorien und Krankenanstalten der AUVA	13	17	14
Zugesprochene <b>Entschädigung gesamt NON KAGes</b>	<b>€ 24.750.-</b>	<b>€ 61.722,23.-</b>	<b>€ 150.900.-</b>
Gemeinsame Schlichtungsstelle für behauptete Behandlungsfehler im niedergelassenen Bereich	3	7	4
Zugesprochene <b>Entschädigung gesamt NGB</b>	<b>€ 12.700.-</b>	<b>€ 29.770.-</b>	<b>€ 11.500.-</b>

## 8.5 Aufgliederung der Schlichtungssitzungen

Bei einer Schlichtungssitzung werden durchschnittlich fünf Patient/inn/en geladen. Zusätzlich finden im Rahmen dieser Sitzungen auch interne Beratungen über laufende Akten sowie über Neuanliegen statt.

### 8.5.1 Schlichtungssitzungen KAGes

	2011	2012	2013
Sitzungstermine gesamt	60	64	59
Anzahl der dabei anwesenden Patient/inn/en	259	277	273
Anzahl der dabei durchgeführten Beratungen	174	153	156

### 8.5.2 Schlichtungssitzungen Gemeinsame Schlichtungsstelle für Privatkrankenanstalten, Ambulatorien, Sanatorien und Krankenanstalten der AUVA (= NON KAGes)

	2011	2012	2013
Sitzungstermine gesamt	17	19	17
Anzahl der dabei anwesenden Patient/inn/en	68	80	75
Anzahl der dabei durchgeführten Beratungen	30	4	2

### 8.5.3 Schlichtungssitzung der steirischen Schlichtungsstelle für behauptete Behandlungsfehler im Bereich der niedergelassenen Ärzte (=NGB)

	2011	2012	2013
Sitzungstermine gesamt	14	15	16
Anzahl der dabei anwesenden Patient/inn/en	71	77	79
Anzahl der dabei durchgeführten Beratungen	116	133	157

	2012	2013
Massenaussendungen von der PPO (Informationsbroschüren)	7.767	3.929

	2012	2013
Patientenverfügungen (erfolgte Beratungen)	34	40
Verbindliche Patientenverfügungen	4	4

	2012	2013
Beratungen, die keiner Geschäftszahl zugeordnet wurden	88	219

## 8.6 Verschuldensunabhängige Patientenentschädigungskommission

Entwicklung der Anträge an den Patientenentschädigungsfonds:

	Anträge	Erledigungen	Anzahl der Sitzungen
<b>2005</b>	77	78	38
<b>2006</b>	94	93	48
<b>2007</b>	137	111	46
<b>2008</b>	114	121	44
<b>2009</b>	164	132	45
<b>2010</b>	103	134	45
<b>2011</b>	103	96	39
<b>2012</b>	140	125	48
<b>2013</b>	129	151	52

Einnahmen und Zahlungen des Fonds:

	Einnahmen des Fonds	Zahlungen des Fonds
<b>2005</b>	€ 736.591,89.-	€ 886.960.-
<b>2006</b>	€ 651.170,72.-	€ 1.174.600.-
<b>2007</b>	€ 847.517,10.-	€ 1.067.359,60.-
<b>2008</b>	€ 870.515,98.-	€ 1.105.270.-
<b>2009</b>	€ 865.760,29.-	€ 1.085.790.-
<b>2010</b>	€ 864.685,06.-	€ 1.003.230.-
<b>2011</b>	€ 861.143,86.-	€ 538.375.-
<b>2012</b>	€ 861.425,60.-	€ 809.417.-
<b>2013</b>	€ 856.078,91.-	€ 911.468.-
<b>Saldo aus den Vorjahren: € 563.915,72.-</b>		

**Wege der Anträge an die Patientenentschädigungskommission (PEK):**

<b>Anträge an die PEK insgesamt bis Ende der Berichtsjahre</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Anträge nach vorher anhängigem Schlichtungsverfahren	20	33	40
Anträge nach vorhergehender Beratung und Abklärung durch die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft	58	74	64
Anträge von den Antragstellerinnen/Antragstellern oder von Rechtsanwält/inn/en	14	30	22
Antrag nach einem Gerichtsverfahren	1	3	3
<b>Gesamt</b>	<b>103</b>	<b>140</b>	<b>129</b>

**8.7 Schlichtungs- und PEK-Anträge**

<b>Schlichtungsanträge</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
KAGes (S)	143	119	152
Gemeinsame Schlichtungsstelle für Privatkrankenanstalten, Ambulatorien, Sanatorien und Krankenanstalten der AUVA (P)	44	38	30
Schlichtungsstelle NGB	37	46	46
<b>Gesamt</b>	<b>224</b>	<b>203</b>	<b>228</b>

<b>PEK-Anträge</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Gesamt</b>	103	140	129

**8.8 Offene Schlichtungs- und PEK-Fälle**

	Offene S-Fälle		Offene P-Fälle		Offene PEK-Fälle		Offene NGB-Fälle	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
2009	4	1	2	1	-	-	-	-
2010	9	-	2	-	-	-	1	-
2011	37	13	11	1	-	-	9	1
2012	91	21	27	3	52	1	38	18
2013	-	117	-	25	-	28	-	38
<b>Gesamt</b>	<b>141</b>	<b>152</b>	<b>42</b>	<b>30</b>	<b>52</b>	<b>29</b>	<b>48</b>	<b>57</b>

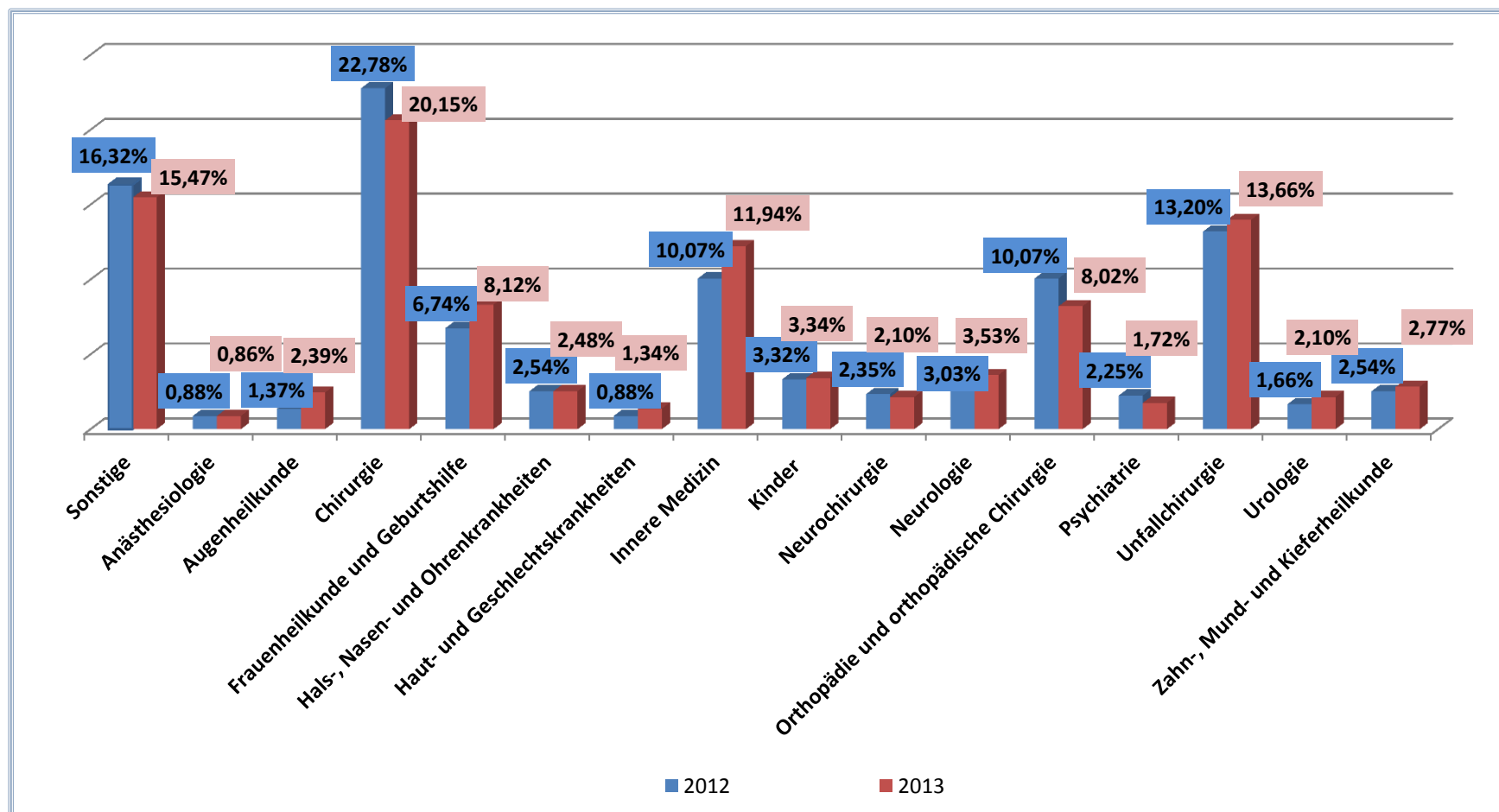


## 9 Graphische Darstellungen

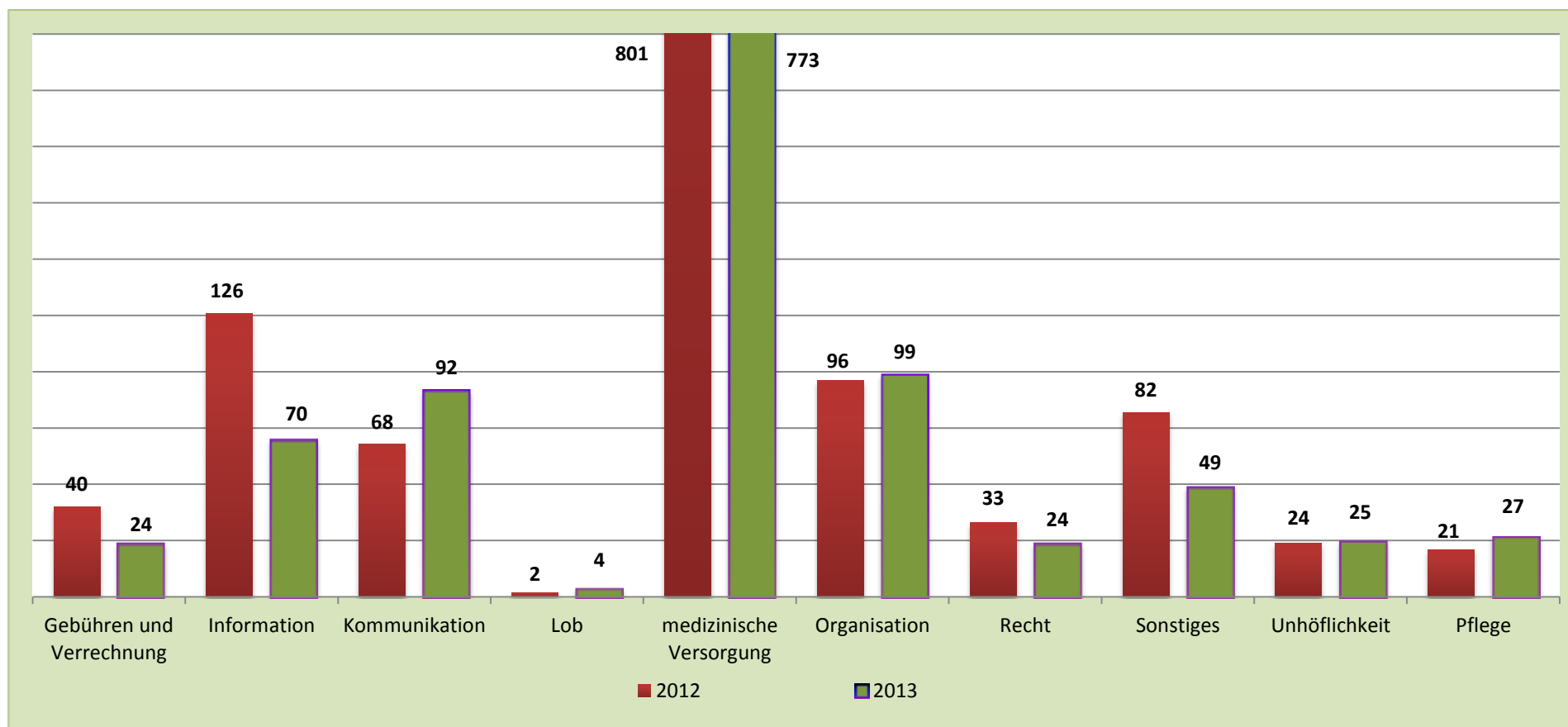
### 9.1 Gesamtanzahl der Neuanträge und der in Bearbeitung stehenden Fälle in den Bereichen: Krankenanstalten, Pflegeheime, Pflegeplätze, Mobile Dienste und Niedergelassener Bereich



## 9.2 Prozentuelle Zuordnung der Geschäftsfälle nach medizinischen Fachrichtungen

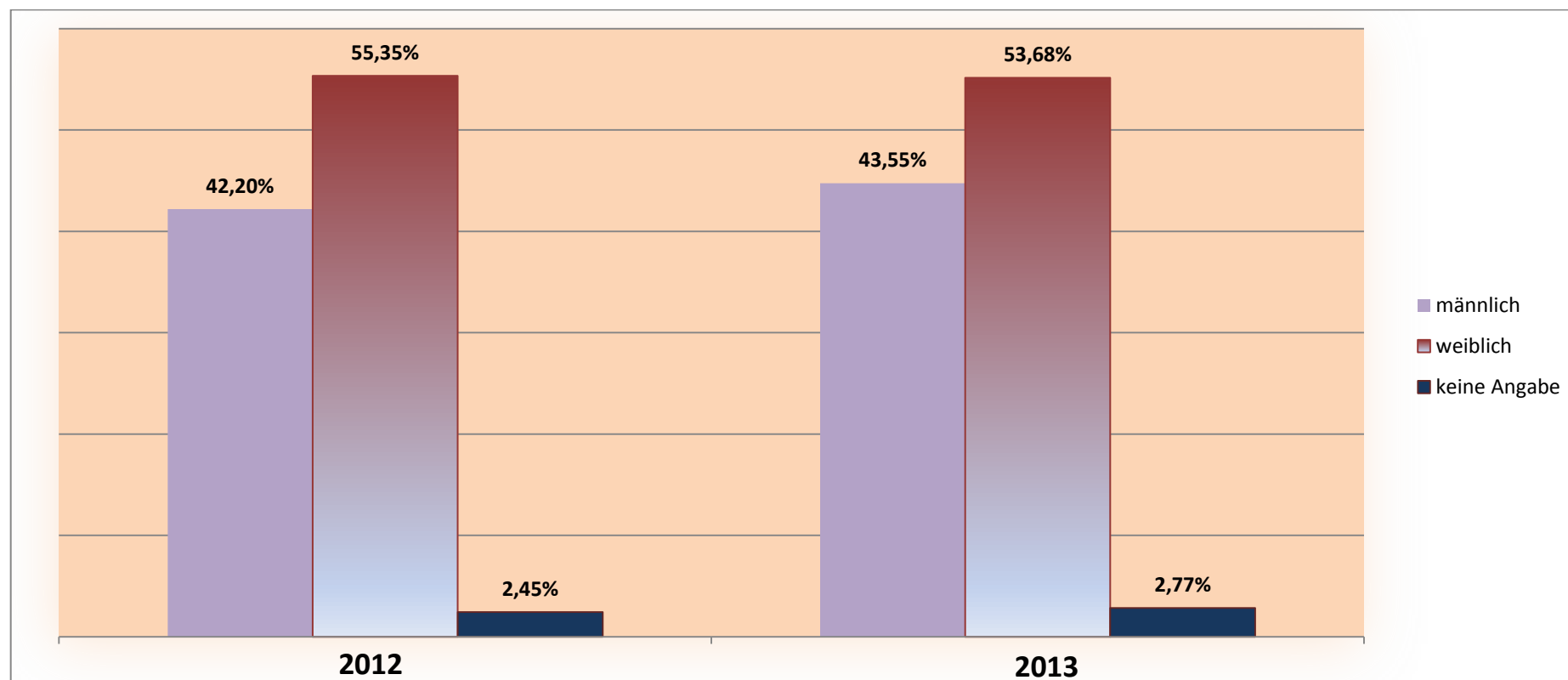


### 9.3 Zuordnung der Geschäftsfälle nach dem Inhalt

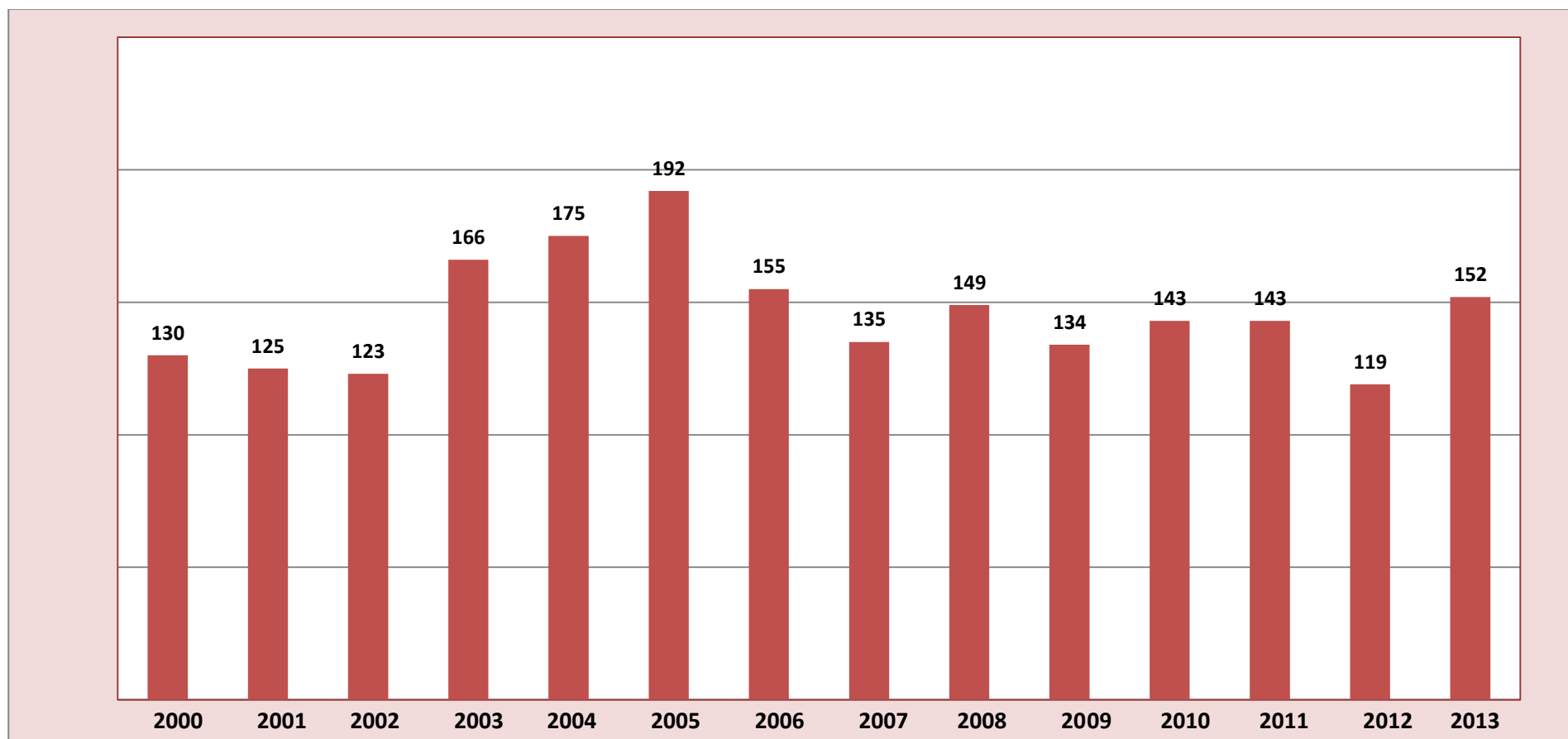


Mehrfachnennungen möglich

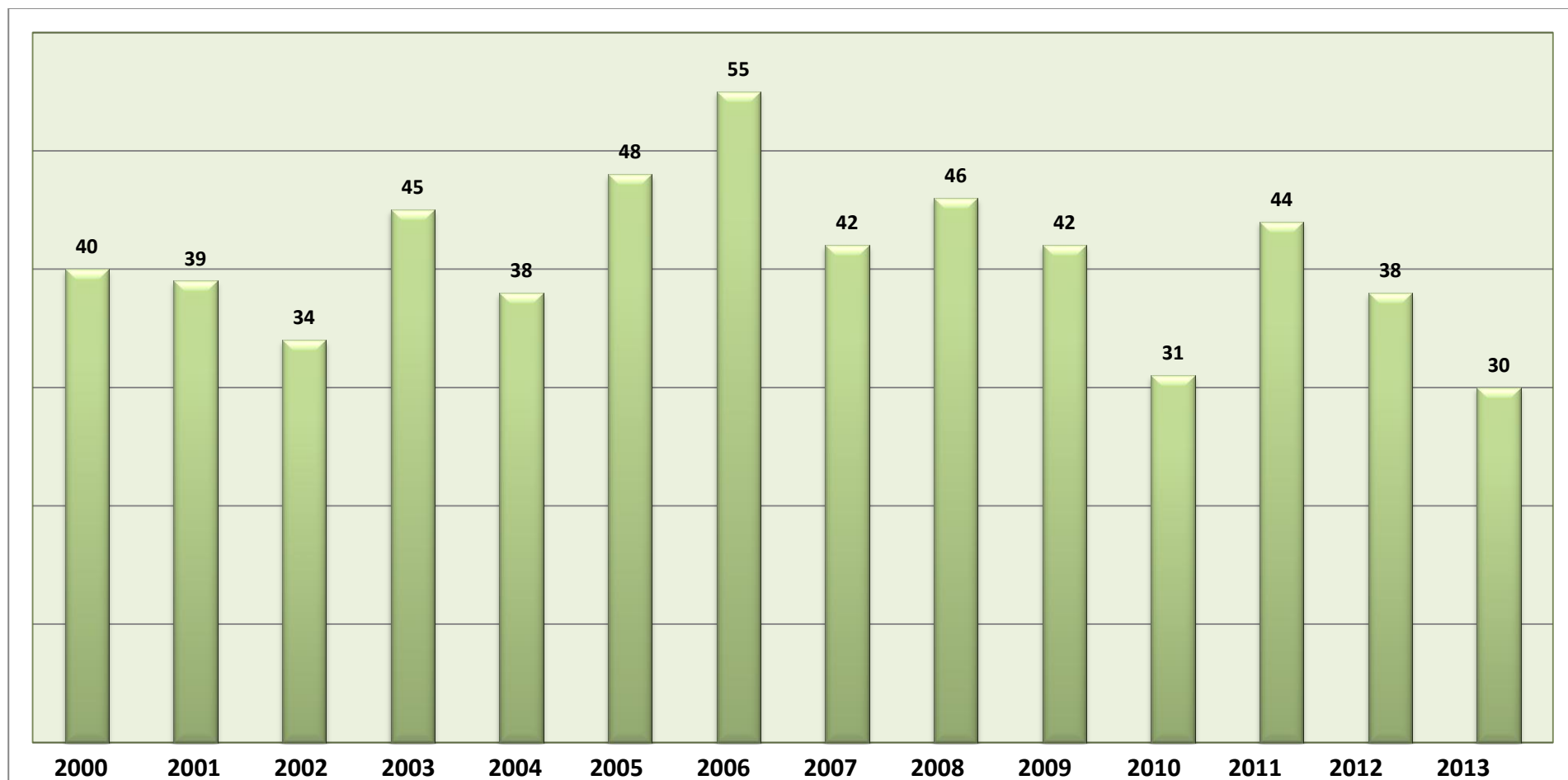
#### 9.4 Geschlechterspezifische Aufteilung der Geschäftsfälle (Krankenanstalten)



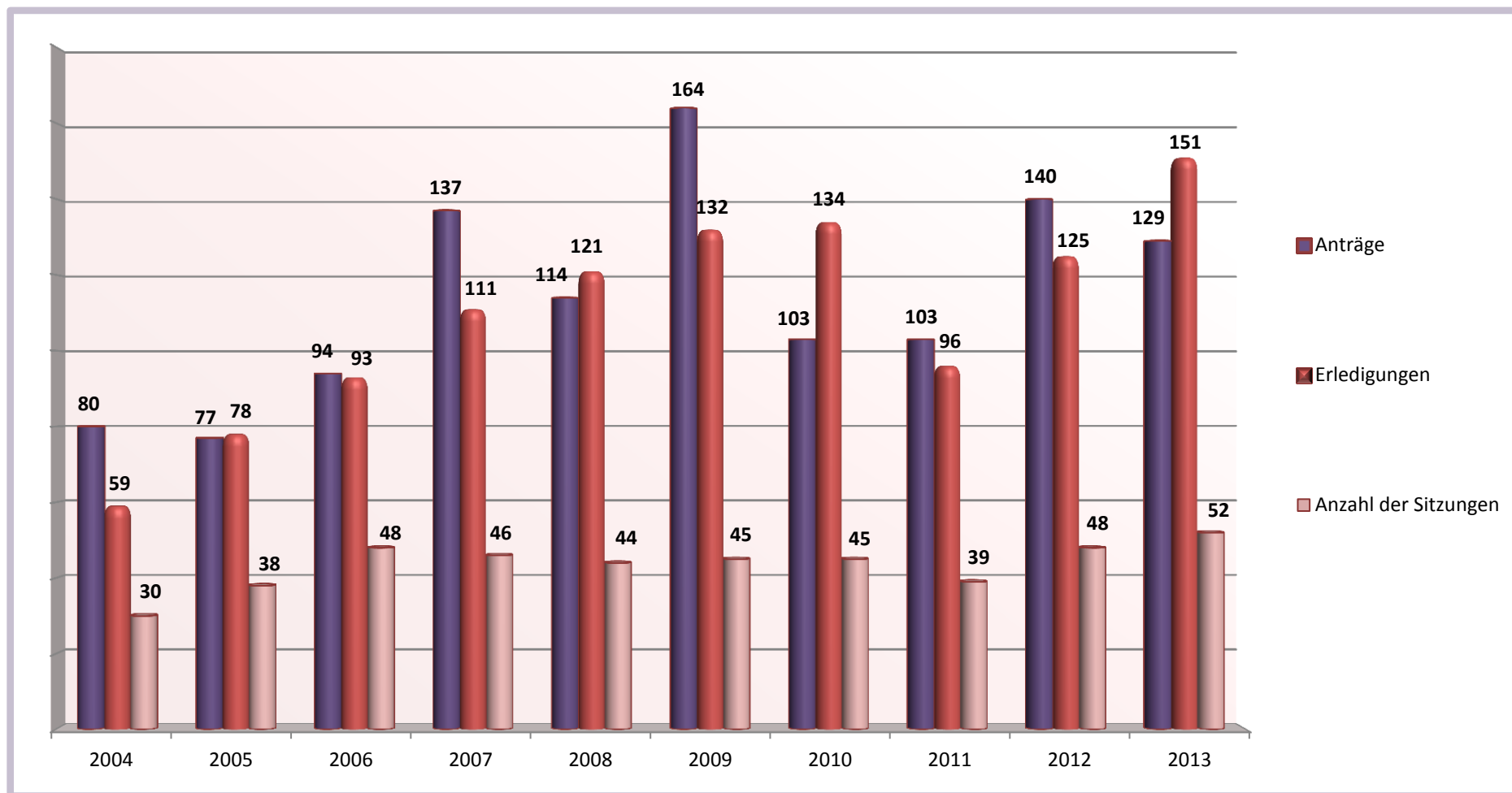
## 9.5 Entwicklung der Anträge der Gemeinsamen Schlichtungsstelle der Ärztekammer der Steiermark und der KAGes



## 9.6 Entwicklung der Anträge der Gemeinsamen Schlichtungsstelle der Ärztekammer der Steiermark und der Privatkrankenanstalten, Ambulatorien, Sanatorien und Krankenanstalten der AUVA



## 9.7 Entwicklung der Anträge an die PEK







# TÄTIGKEITSBERICHT

## 2012 UND 2013

P  
P  
O

atientInnen- und

flege-

mbudsschaft Land Steiermark

I. TEIL

KRANKENANSTALTEN UND NIEDERGELASSENER BEREICH



Das Land  
Steiermark

Abteilung 8  
PatientInnen- und  
Pflegeombudsschaft  
Land Steiermark





## Zur Erklärung

Im diesjährigen Tätigkeitsbericht – im Bereich der Krankenanstalten – werden fünf große Bereiche aufgearbeitet:

- **Risikomanagement**
- **(K)ein Lernen aus Fehlern**
- **Schlichtungsaufwand versus Entschädigungszahlungen**
- **Datenschutz**
- **Sichere Befundübermittlung**

Zu jedem dieser Themen werden positive wie negative Fallbeispiele aufgezeigt, mit denen sich die PPO in den vergangenen zwei Jahren beschäftigt hat. Diese sollen plakativ darstellen, wie schwierig – oder eben auch unkompliziert – sich oftmals die Arbeit der Referentinnen der PPO gestaltet, um zu einer zufriedenstellenden Lösung für die Patient/inn/en zu gelangen.

Im Anschluss an die Beschreibung der konkreten Problemstellung wird dazu eine Kritik geäußert, auf die letztendlich eine Empfehlung der PPO folgt. Die positiven Beispiele verdeutlichen die bereits in vielen Bereichen gut funktionierende Zusammenarbeit zwischen der PPO und den betroffenen Krankenanstalten.

## 10 Klinisches Risikomanagement

„Eine Erkenntnis von heute kann die Tochter eines Irrtums von gestern sein.“

Marie von Ebner- Eschenbach (österreichische Schriftstellerin: 1830 – 1916)

Ein Krankenhaus ist eine große und komplexe Institution, in der täglich sehr viele Patient/inn/en von einer Vielzahl an Mitarbeiter/inne/n aufgenommen, behandelt und entlassen werden. Die meisten medizinischen Dienstleistungen verlaufen gut. Die Komplexität dieser menschlichen Interaktionen und unterschiedlichsten Behandlungsmöglichkeiten in einem klinischen Umfeld bringen allerdings auch Risiken mit sich, die zum Eintritt unerwünschter Ereignisse führen können. Die Managementaufgabe, die sich mit der Identifikation und Bewertung von Risiken und der Umsetzung von Bewältigungsmaßnahmen beschäftigt und daher Beschwerden, gemeldete Zwischenfälle und Schadensfälle zu vermeiden versucht, ist das Risikomanagement. Gelebtes Risikomanagement in einer Krankenanstalt soll daher zu einer positiven Veränderung der Fehler- und Risikokultur führen – mit dem Ziel – sowohl die Sicherheit der Patient/inn/en als auch die der Mitarbeiter/innen zu erhöhen. Ist trotz aller Bemühungen dennoch ein Schaden eingetreten, muss ein effizientes Schadensmanagement etabliert sein und zum Einsatz kommen. Es gilt einen Schadensfall professionell auf- und abzuarbeiten, um zu einem zufriedenstellenden Ergebnis sowohl für die betroffenen Patient/inn/en, wie auch für die Mitarbeiter/innen zu gelangen. Weiters können die aus Schadensfällen gewonnenen Informationen genutzt werden, indem diese Fälle mit den Mitarbeiter/inne/n aufgearbeitet werden, um künftige Schadensfälle zu vermindern.

Nach der Verankerung von Risikomanagement in einigen Gesetzen Österreichs, wurde auch die Einführung von systemischem klinischem Risikomanagement in Krankenanstalten zur Vermeidung von Fehlern und Zwischenfällen in den letzten Jahren gefordert.

## 10.1 Gelebtes klinisches Risikomanagement in der KAGes

In der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. wird – beginnend im Jahr 2007 – Risikomanagement von der KAGes Management Organisationseinheit Recht und Risikomanagement betrieben und stellt ein strategisches Ziel der KAGes dar.

Um dieses Ziel erreichen zu können, wurden in der KAGes mittlerweile insgesamt ca. **550** Mitarbeiter/innen steiermarkweit zu Risikomanager/innen ausgebildet. Davon erfolgte die Ausbildung für ca. 400 Mitarbeiter/innen zum/zur zertifizierten klinischen Risikomanager/in an sechs Tagen (zwei Blöcke zu je drei Tagen), die mit einer persönlichen Zertifizierung durch das österreichische Normungsinstitut endete. Die ONR definiert die Funktion des Risikomanagers wie folgt: „Person, die den Risikomanagement-Prozess anwenden und in Organisationen umsetzen kann. Die Aufgaben erstrecken sich zusätzlich auf die Einbettung des Risikomanagements in die Organisation. Der Risikomanager kann in der Stellung eines Mitarbeiters in der Organisation oder als externer Berater und Risikoexperte tätig sein“. Die restlichen 150 Mitarbeiter/innen konnten eine verkürzte Ausbildung in Anspruch nehmen.

Um die Risiken in den einzelnen Abteilungen zu identifizieren und zu bewerten, müssen Risikobeurteilungen durchgeführt werden, die eine Risikoidentifikation, Risikoanalyse und Risikobewertung umfassen.

Weil Risikomanagement als Führungsaufgabe definiert ist, können auch nur die Risikoeigner/innen die in ihren Bereichen definierten Risiken bestätigen und die Durchführung der geplanten Maßnahmen beauftragen. Die ONR definiert einen Risikoeigner als: „Person mit der Entscheidungskompetenz und Verantwortung, hinsichtlich eines Risikos zu handeln. Der Risikoeigner kann das Risiko verändern. Der Risikoeigner kann auch der Prozesseigner sein.“

Diese Ausführungen sollen zeigen, dass in der KAGes sehr viel geschehen ist, viele Mitarbeiter/innen in Sachen Risikomanagement ausgebildet wurden.

**Wenn auch bereits viele Abteilungsleiter/innen einen offenen Umgang im Schadensfall pflegen, so vermisst man in manchen Bereichen immer noch die konkrete Umsetzung dieser theoretischen Definitionen.**

**Daher sah sich die PPO durch die völlig unverständliche Vorgehensweise in den nachfolgenden Fallbeispielen dazu veranlasst, den Vorstand der KAGes darüber zu informieren. Dieser sicherte eine Überprüfung dieser konkreten Fälle durch die interne Revision zu.**

### **10.1.1 Fallbeispiel 1: Mangelnde Kommunikation/ Schnittstellenproblematik/ fehlendes Problembewusstsein**

Ein betroffener Patient wandte sich im Juni 2012 mit folgendem Anliegen an die PPO:

Wegen der Nachbehandlung eines Speiseröhrenkrebses war der Patient in regelmäßiger ärztlicher Kontrolle. Im Juli 2011 wurde in einem Kontroll-MR in der rechten Niere ein sich ausbreitender Prozess im Durchmesser von 2,5 cm entdeckt. Die Probenentnahme dieses Tumors ergab den Verdacht auf eine Metastase, auch eine zusätzliche zweite Krebserkrankung der Niere konnte nicht ausgeschlossen werden.

Für die Erstellung einer Operationstauglichkeit wurde der Patient an einen niedergelassenen Internisten/Kardiologen verwiesen. Aufgrund der Verdachtsdiagnose einer Herzerkrankung meldete der Kardiologe den Patienten zu einer dringenden Herzkatheteruntersuchung an einer kardiologischen Abteilung an, mit dem Hinweis, dass bereits eine Operation zur Entfernung des bösartigen Nierentumors geplant sei. Noch vor Beginn der Herzkatheteruntersuchung im September 2011 habe der Patient dem untersuchenden Arzt auch über die geplante Nierenoperation berichtet. Im Zuge dieser Untersuchung wurde eine Engstelle in einer Herzkranzarterie diagnostiziert und deshalb ein Stent implantiert. Unter dem Gesichtspunkt der geplanten dringenden Nierenoperation wäre ein spezieller Stent aus Metall (BM – Stent = Bare-Metal) angezeigt gewesen. Trotzdem wurde ein mit Medikamenten beschichteter Stent (DE – Stent = Drug Eluting Stent), bei dem

geplante Operationen in einem Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten vermieden werden müssen, gesetzt. Aus diesem Grund konnte die für Oktober 2011 geplante Nierenoperation nicht durchgeführt werden, es musste vorab mit einer Chemotherapie begonnen werden.

Im Jänner 2012 wurde der Patient schließlich zur geplanten operativen Entfernung des Nierentumors stationär aufgenommen. Der Anästhesist teilte mit, dass jedoch aufgrund des implantierten DE-Stents mit der aktuellen blutverdünnenden Medikation eine Operation nur bei einem lebensbedrohlichen Zustand (= „vitaler Indikation“) in Frage komme und der Patient wurde ohne Eingriff wieder entlassen.

Der Tumor in der Niere nahm trotz Chemotherapie weiter an Größe zu. Schließlich wurde der Patient mit einer **neunmonatigen Verzögerung im Juli 2012 operiert**. Die gesamte rechte Niere musste wegen des **bösartigen Krebsgeschwürs** entfernt werden. Der Krebs konnte jedoch nicht im Gesunden entfernt werden, da er bereits in große Gefäße eingebrochen war.

**Der Patient vermutete, dass er infolge eines Kommunikationsmangels zwischen den behandelnden Personen den falschen Stent gesetzt bekommen hatte und deshalb die Behandlung seines Nierentumors nicht zeitgerecht begonnen werden konnte.** Im Wissen dieser fatalen Auswirkungen wollte der Patient mit dem Aufzeigen seiner persönlichen Erfahrungen einen Beitrag zur Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit leisten. Die Aufarbeitung sollte dazu dienen, dass ähnliche Situationen in Zukunft vermieden werden können. Da seine persönlichen Rückmeldungen bei den involvierten behandelnden Ärzten nicht ausreichend Gehör gefunden hatten, brachte er im Oktober 2012 zur Überprüfung eines vermuteten Behandlungsfehlers einen Antrag bei der gemeinsamen Schlichtungsstelle der Ärztekammer für Steiermark und der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft mbH ein.

Noch vor der ersten Anhörung vor der Schlichtungskommission verstarb der Patient im November 2012 an den Folgen seiner Erkrankung.

Das Schlichtungsverfahren wurde von den Rechtsnachfolgern (Gattin und Sohn) im Sinne des verstorbenen Patienten fortgeführt. Das Verfahren auf Seiten des Krankenanstaltenträgers war geprägt von **Verzögerungen,**

**fehlendem Problembewusstsein**, sowie letztlich auch gekennzeichnet von einer **geringen Wertschätzung** gegenüber den Betroffenen. Ein derartiges Verhalten ist mit den dargestellten Werten eines gelebten Risikomanagements nicht vereinbar.

Die folgende chronologische Darstellung des Schlichtungsverfahrens soll dies veranschaulichen:

17.10.2012	Der Schlichtungsantrag wurde noch vom betroffenen Patienten selbst eingebracht, noch vor der 1. Beratung verstarb der Patient.
28.11.2012	1. Beratung der Schlichtungskommission: Beschluss auf Vorlage der noch fehlenden Krankenunterlagen.
27.02.2013	1. Schlichtungssitzung: <b>Ersuchen an den Rechtsträger der KA zur Vorlage einer Stellungnahme der betroffenen Abteilungen A und B.</b>
29.03.2013	Stellungnahme der Abteilung B vom 19.3.2013 wird vorgelegt. Von der <b>Abteilung A wurde keine Stellungnahme abgegeben.</b>
19.04.2013	Schriftliche Urgenz der Schlichtungsstelle bei der Rechtsabteilung bezüglich noch ausständiger Stellungnahme der Abteilung A. Keine Antwort.
11.06.2013	Schriftliche Urgenz der Schlichtungsstelle bei der Rechtsabteilung bezüglich noch ausständiger Stellungnahme der Abteilung A. Keine Antwort.
16.09.2013	Telefonische Urgenz der PPO bei der Rechtsabteilung bezügl. der ausständigen Stellungnahme der Abteilung A. Keine Antwort.
05.11.2013	Schriftliche Urgenz der Schlichtungsstelle bei der Rechtsabteilung bezüglich noch ausständiger Stellungnahme der Abteilung A. Keine Antwort.
19.12.2013	Persönliches Gespräch zwischen PPO und dem Leiter der Rechtsabteilung bezüglich der Verzögerungen im Schlichtungsverfahren.
27.01.2014	Schriftliche Urgenz der Schlichtungsstelle bei der Rechtsabteilung bezüglich noch ausständiger Stellungnahme der Abteilung A.
<b>07.02.2014</b>	<b>Stellungnahme der Rechtsabteilung langt in der Schlichtungsstelle ein.</b> Diese sei laut Angaben der Rechtsabteilung das Ergebnis einer gemeinsamen Besprechung mit den betroffenen Abteilungen (A, B und C) gewesen und wurde von einem Mitarbeiter der Rechtsabteilung am 5.2.2014 verfasst.

Die Angaben in dieser nun **nach einem Jahr** von der Rechtsabteilung vorgelegten Stellungnahme vom 5.2.2014 deckten sich in wesentlichen Punkten **nicht** mit den bereits im Schlichtungsakt vorliegenden Krankenunterlagen und **auch nicht** mit den nun noch nachträglich eingeholten Befunden des niedergelassenen Facharztes für Kardiologie.

Im Folgenden werden die Erklärungen der Rechtsabteilung den vorliegenden Fakten in der Krankengeschichte durch die PPO gegenübergestellt:



<b><u>Zitat aus der Stellungnahme der Rechtsabteilung:</u></b>	<b><u>Gegendarstellung der PPO</u></b>
<p>„...rechte Niere eine Läsion ... entdeckt. Eine histologische Sicherung in Form einer Punktion...Dieser histologische Befund stand im Einklang mit dem vorangegangenen Oesophaguskarzinom (Metastase!)...“.</p>	<p>Dieser histologische Befund vom 12.8.11 war bis zum Vorliegen der Stellungnahme am <b>7.2.2014</b> nicht Teil des Schlichtungsaktes. Auf Urgenz der PPO wurde dieser am <b>3.3.2014</b> von der Rechtsabteilung vorgelegt. In der histologischen Aufarbeitung der Nieren – Probenentnahme vom <u>12.8.2011</u> wurde auf der zweiten Seite des Befundes ein <b>bösartiger Nierenkrebs (Nierenzellkarzinom) nicht ausgeschlossen</b>. Der histologische Befund der Niere nach deren Entfernung vom <u>4.7.2012</u> bestätigte schließlich den <b>Nierenkrebs</b>.</p>
<p>„Uns ist nicht bekannt, warum der Herr Antragsteller in weiterer Folge Herrn Dris. XXX aufgesucht hat, ... .“</p>	<p>Die Zuweisung zum niedergelassenen Facharzt Dr. XXX erfolgte <b>zur Erstellung der OP- Tauglichkeit, wie aus dessen Befund vom 16.9.2011 ersichtlich ist</b>.</p>
<p>„ ... Das Anmeldeformular Dris. XXX liegt uns ebenfalls nicht vor. ... Abgesehen davon ist aufgrund der Vorerkrankungen des Patienten der DE-Stent, der in dieser Situation optimale Stent; ... „</p>	<p>Das <b>Anmeldeformular zur Herzkatheteruntersuchung</b> ist Bestandteil der Krankengeschichte und somit des Schlichtungsaktes. Wie aus diesem Anmeldeformular vom 16.9.2011 ersichtlich, hatte auch Herr Dr. XXX auf die <b>geplante Nierenoperation hingewiesen</b> und deshalb einen <b>dringenden Herzkathetertermin</b> erbeten. Somit war bereits vor der durchgeführten Herzkatheteruntersuchung der Abteilung A bekannt gewesen, dass aufgrund eines bösartigen Geschehens im Bereich der Niere eine Operation geplant war.</p>
<p>„... weiters ist festgehalten, dass aufgrund der vorliegenden Befunde es technisch nicht möglich gewesen war, einen BM-Stent zu implantieren, weshalb ein DE-Stent implantiert wurde.“</p>	<p>Aus dem <b>Herzkatheterbefund</b> vom 20.9.2011 ist nicht nachvollziehbar, warum es „technisch“ nicht möglich war, einen BM-Stent zu implantieren. Aus der schriftlichen Dokumentation von Herrn Dr. XXX geht hervor, dass „... <b>trozt Empfehlung und Vereinbarung auf der XXX Station und des aufnehmenden Arztes dann im Katheterlabor kein BMS, sondern ein DES implantiert wurde, ... anscheinend gab es zwischen Katheterlabor und der Station ein Kommunikationsproblem</b>. ... Nach durchgeführter Koronarangiografie fragte der Patient den Untersucher, ob wohl der richtige Stent implantiert wurde. Daraufhin große Aufregung beim Arzt und bei der Schwester. Im Nachhinein wurde jedoch mit der Notwendigkeit der Implantation des DES argumentiert, da ein BMS technisch nicht möglich sei. Der Patient wurde jedoch während der Untersuchung nicht darüber informiert.“</p> <p>Die PPO hinterfragt bei der Rechtsabteilung am 12.2.2014 die <u>Gründe, warum es technisch nicht möglich war, einen BM-Stent zu implantieren</u>. In der nun aktuell vom <u>10.3.2014</u> vorgelegten schriftlichen Stellungnahme vom Leiter der Abteilung A führt dieser auch selbst an: <b>„... Prinzipiell wäre technisch auch ein BMS gegangen...“</b></p>
<p>„... dass sich die Läsion von Juli 2011 bis Oktober 2011 von 2,5 auf 4,4 cm vergrößert hat, jedoch im Dezember 2011 wiederum auf 3,8 cm zurückgegangen ist. ... OP- Dringlichkeit nicht gegeben war, da der Patient auf die Chemotherapie sehr gut angesprochen hat.“ sowie „... wurde in weiterer Folge eine elektive Operation in Erwägung gezogen ... „</p>	<p>Eine <b>„erfolgreich applizierte Chemotherapie“</b> kann in Hinblick auf das letztlich diagnostizierte Nierenzellkarzinom nicht bestätigt werden. Die weiteren MR – Befunde bestätigen eine <b>kontinuierliche Größenzunahme</b> des Tumors <b>der rechten Niere</b>. Dazu erwähnt Herr Dr. XXX in seinem Befund vom 19.3.2012: <b>„...Wegen deutlicher Größenzunahme der Expansion an der rechten Niere meines Erachtens <u>derzeit vitale Operationsindikation</u>.“</b></p>

**Kritik 1**

Im Hinblick darauf, dass dieser Fall „ein Lernen aus Fehlern“, sowie ein Setzen von Maßnahmen im Sinne des Risikomanagements möglich machen sollte, ist es mehr als befremdlich, dass nun alles unternommen wurde, um die dokumentierten Tatsachen und die offensichtlichen (interdisziplinären) Kommunikationsmängel nicht offen zu thematisieren.

**Kritik 2**

Es erscheint uns auch nicht zielführend, dass die betroffenen Abteilungen bzw. die verantwortlichen Ärzte und Ärztinnen nicht selbst schriftlich zu den Vorwürfen im Entschädigungsantrag Stellung nahmen, sondern die KAGes-Rechtsabteilung zwölf Monate nach dem Beschluss der Schlichtungskommission eine „Zusammenfassung“ vorlegte, die sich nur teilweise mit den Krankenunterlagen deckten bzw. deren Darlegung der medizinischen Zusammenhänge nicht stimmig war. Allerdings darf aber darauf hingewiesen werden, dass allen drei betroffenen Abteilungen dieses Schriftstück laut Verteiler durchschriftlich zur Kenntnis gebracht wurde.

**Kritik 3**

Diese Vorgehensweise widerspricht dem Grundgedanken eines Schlichtungsverfahrens und trägt keineswegs zur Deeskalation bei. Die „Verschleppung“ des Verfahrens, anfänglich durch die fehlende Stellungnahme trotz zahlreicher Urgenzen, führte auch dazu, dass bis zum heutigen Tag keine Klärung des Sachverhaltes erfolgen konnte. Die uns nun nach einem Jahr vorliegende Stellungnahme der Krankenanstalt wird keinen relevanten Beitrag zur Klärung der offenen Fragen leisten können, da sich wie oben ausgeführt, die darin angeführten relevanten Daten nicht mit der Aktenlage decken.

Im März 2014 wurden die Stellungnahme der Rechtsabteilung und die Gendarstellungen der PPO dazu in einer Schlichtungssitzung gemeinsam mit den Rechtsnachfolgern erörtert.

Der Sohn des verstorbenen Patienten führte dabei noch explizit an: „**Meinem Vater ging es von Anbeginn nur darum, den entsprechenden Fehler aufzuzeigen und darauf hinzuwirken, dass solche Fehler in Zukunft verhindert werden sollen. Unter Berücksichtigung dieses einfachen Anliegens ist uns die letztlich erfolgte Vorgehensweise besonders unbegreiflich. ...**“

Der Vertreter der Krankenanstalt verpflichtete sich zur Aufarbeitung der vorliegenden Vorwürfe – gegebenenfalls unter Beiziehung von entsprechenden Fachleuten. Damit sollen in Zukunft ähnlich gelagerte Fälle vermieden werden. Es wurde ein **symbolischer Entschädigungsbetrag** in der Höhe von **€1.500.-** geleistet, da die Angehörigen keine finanzielle Abgeltung wollten und diesen Betrag schließlich auch spendeten.

#### **Kritik 4**

Den behandelnden Ärzten und Ärztinnen wurde nach Beendigung des Schlichtungsverfahrens von der Rechtsabteilung schriftlich mitgeteilt, dass mit den geleisteten €1.500.- der Schadensfall **verglichen** wurde. Hier ist kritisch anzumerken, dass bei der Wortwahl exakt zwischen einem Vergleich und einer symbolischen Zahlung zu unterscheiden ist.

Zum Zeitpunkt der Berichterstattung informierte der Ärztliche Direktor der betroffenen Krankenanstalt die PPO, dass er eine organisatorische Änderung per Dienstanweisung veranlasst habe:

Bei bekannter OP-Indikation liegt die ärztliche Verantwortung für die Stentauswahl grundsätzlich beim Facharzt für Kardiologie und im Zweifelsfall muss mit dem Chirurgen – der die OP-Indikation gestellt hat – eine Risikoabschätzung durchgeführt werden.

#### **Empfehlung der PPO zu Kritik 1:**

Nur durch einen offenen und ehrlichen Umgang im Schadensfall können Mängel erkannt werden und zukünftige, ähnlich gelagerte Fälle vermieden werden.

**Empfehlung der PPO zu Kritik 2:**

Nur eine zeitnahe und gegebenenfalls interdisziplinäre Analyse eines Schadensfalles - unter Einbeziehung der handelnden Personen - kann auch eine transparente Aufarbeitung gewährleisten und letztlich zu einer Verbesserung der Prozessabläufe führen.

Eine fachliche Stellungnahme kann nur von den betreffenden Ärzten und Ärztinnen selbst verfasst werden. Eine schriftliche Zusammenfassung eines medizinischen Sachverhaltes durch eine/n Mitarbeiter/in der Rechtsabteilung ist nicht zielführend und möglicherweise sogar kontraproduktiv.

**Empfehlung der PPO zu Kritik 3:**

Nur durch eine effiziente Verfahrensabwicklung fühlen sich betroffene Patient/inn/en bzw. deren Angehörige ernstgenommen und wertgeschätzt. Dadurch kann das Vertrauen in das außergerichtliche Lösungsdreieck (Patient/in bzw. deren Angehörige – PPO – Krankenhaus) gestärkt werden und das Schlichtungsverfahren in seiner Außenwirkung positiv wahrgenommen werden.

**Empfehlung der PPO zu Kritik 4:**

Es ist zu unterlassen, dass mit der Textierung an die beteiligten Ärzte und Ärztinnen suggeriert wird, dass mit einem verhältnismäßig geringen Betrag in Hinblick auf die Tragweite des vorliegenden Falles dieses Verfahren beendet wurde.

**Äußerst bedenklich erachtet die PPO, dass eine Rechtsabteilung, die Risikomanagement lehrt und betreibt, einen Schadensfall in dieser dargestellten Weise aufarbeitet. Die PPO empfiehlt daher, das eigene Risikomanagement in dieser Rechtsabteilung zu hinterfragen und zu überdenken, aber vor allem zu verbessern.**

### **10.1.2 Fallbeispiel 2: Notwendigkeit einer rechtsanwaltlichen Vertretung bei Dauerschäden**

Im Februar 2011 wandte sich die Mutter eines Patienten mit folgendem Anliegen an die PPO:

Der Patient ist von Geburt an spastisch gelähmt und seither kontinuierlich in medizinischer Betreuung. Seit dem Jahr 2005 erhielt er über einen implantierten Katheter im Rückenmarkskanal (Intraspinalkatheter) das Medikament Lioresal als Dauerschmerzmedikation. Da seine Wirbelsäulenverkrümmung (Skoliose) immer mehr zunahm, wurde eine Wirbelsäulenbegradigung (Skoliosekorrektur) mit vorübergehender Entfernung des Intraspinalkatheters im Oktober 2009 durchgeführt.

Im Dezember 2009 wurde ein neuerlicher Intraspinalkatheter implantiert. Intraoperativ wurde auch seine bestehende Ernährungssonde (Jejunalsonde) neu fixiert und ein offenes Druckgeschwür mittels einer Spezialplatte abgedeckt. Postoperativ wurde der Patient zur Überwachung auf die Intensivstation verlegt und ein paar Tage später bereits wieder auf die Normalstation zurück gebracht.

Bereits am nächsten Tag traten Beschwerden im Bauchraum auf. Während der Nacht verschlechterte sich der Zustand des Patienten kontinuierlich, sodass er am nächsten Morgen auf die Intensivstation transferiert werden musste. Es erfolgten diagnostische Abklärungen (Röntgen, Labor etc.) und eine medikamentöse Therapie.

Erst zwei Tage später entschieden sich die Mediziner/innen zu einer Operation. Intraoperativ zeigte sich der gesamte Dünndarm dunkelblau verfärbt und schlecht durchblutet, weshalb ein künstlicher Darmausgang angelegt werden musste.

Wieder zwei Tage später wurde eine „Second Look“ Operation durchgeführt, wobei nun nahezu der gesamte Dünndarm aufgrund von abgestorbenem Gewebe entfernt werden musste.

Bereits fünf Tage danach war erneut eine Operation notwendig. Dabei wurde versucht, eine Dichtheit des Darms wiederherzustellen. Zusätzlich wurden ein

künstlicher Darmausgang und eine fixe Ernährungssonde (PEG-Sonde) angelegt.

Durch die völlig neue Ernährungssituation musste die Mutter des Patienten auf die gesamte weitere Dauerbehandlung (parenterale Ernährung, Infusionen anhängen und abhängen, Heparinblock usw.) eingeschult werden.

**Aus Sicht der Mutter wurde im Rahmen des stationären Aufenthaltes nicht rechtzeitig und nicht sach- und fachgerecht auf die Beschwerden ihres Sohnes reagiert, die notwendige Operation zu spät durchgeführt und die nun bestehenden schweren Dauerfolgen wären ihrer Meinung nach vermeidbar gewesen.**

Zur gutachterlichen Beurteilung dieses vermuteten Behandlungsfehlers brachte die Mutter des Patienten als Spezialbevollmächtigte im August 2011 einen Antrag bei der gemeinsamen Schlichtungsstelle der Ärztekammer für Steiermark und der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft mbH ein.

Chronologische Aufarbeitung des Schlichtungsverfahrens:

26.07.2012	Interne Schlichtungssitzung: <u>Gutachtensauftrag aus dem Fachgebiet der Kinderchirurgie.</u>
09.08.2012	Interne Schlichtungssitzung: <u>Gutachter lehnt GA- Auftrag ab</u> (Grund: Fachüberschreitung) und wird deshalb als SV enthoben, gleichzeitig wird <u>ein anderer GA aus dem Fachgebiet für Orthopädie als SV bestellt.</u>
07.03.2013	Schlichtungssitzung: Gutachten wird erörtert, Gutachter verweist darauf, dass der weitere Krankheitsverlauf <u>ab dem 11.12.2009</u> durch einen Kinderchirurgen beantwortet werden müsse, daher Beschluss auf Einholung <u>Gutachten eines Kinderchirurgen.</u>
03.06.2013	<u>Beauftragter GA aus dem Fachgebiet der Kinderchirurgie lehnt aus Zeitmangel ab,</u> weshalb in Absprache mit allen Parteien (Patient, Krankenanstalt, PPO und Land) <u>ein neuer GA</u> als SV bestellt wird.
22.08.2013	Eingang Gutachten: <b>Behandlung ab 12.12.2009 ist nicht nach den Regeln der chirurgischen Behandlung eines Darmverschlusses erfolgt.</b> In diesem Gutachten wird auch ausgeführt, welche Folgen vermeidbar gewesen wären (Kurzdarmsyndrom mit all seinen schwerwiegenden und weitreichenden Folgezuständen).
Oktober 2013	Im Wissen der Schwierigkeit der Bewertung dieses Dauerschadens mit hohem Pflegeaufwand wird auf Empfehlung der PPO ein Rechtsanwalt zur Vertretung des Patienten beigezogen.
27.11.2013 per E-Mail	<b>Erst drei Monate nach Vorlage des Gutachtens und nur einen Tag vor der anberaumten Schlichtungssitzung</b> gelangt eine Stellungnahme eines Mitarbeiters der Rechtsabteilung ein: <b>Das Geschehen sei schicksalhaft und stelle keinen Fehler dar.</b>

28.11.2013	Schlichtungssitzung mit Rechtsanwalt. <b>Gutachten wird erörtert, ein haftungsbedingtes Fehlverhalten auf Basis des Gutachtens aufgezeigt und von Seiten des Rechtsträgers anerkannt. Aus diesem Grund werden ein Schmerz-GA sowie ein Pflege-GA für den vermehrten Pflegeaufwand in Auftrag gegeben.</b>
07.02.2014	<b>Drei Monate später</b> wird eine Stellungnahme des erst seit <u>1.12.2013</u> berufenen neuen Vorstandes einer der betroffenen Abteilungen vorgelegt und der vermehrte Pflegeaufwand im Zusammenhang mit dem Behandlungsfehler wieder in Frage gestellt und eine weitere Begutachtung durch einen Neuropädiater empfohlen.
06.03.2014	Für den RA entstand der Eindruck, dass eine weitere Verzögerung des Schlichtungsverfahrens - das bereits seit <b>23.08.2011</b> im Laufen ist - angestrebt werde, zumal der Fehler aufgrund eines Gutachtens bereits anerkannt und deswegen nur noch der Mehrbedarf der Pflegekosten bewertet werden muss und ersucht im Namen des Patienten um die Übernahme der RA-Kosten.
25.03.2014	Antwortmail eines Mitarbeiters der Rechtsabteilung: Ein haftungsbegründendes Fehlverhalten lässt sich aus den vorliegenden Gutachten ableiten, die behauptete Ausuferung könne bei objektiver Betrachtung aber nicht nachvollzogen werden. Eine <u>Übernahme</u> der RA-Kosten sei im Schlichtungsverfahren <u>nicht vorgesehen</u> .
27.03.2014	RA reagiert mit dem Hinweis auf eine Entscheidung des OLG Graz (4.12.2003 3R200/03) und führt wörtlich aus: <b>„Gründe der Prozessökonomie erfordern jedoch die Anmerkung, dass der Zuspruch der Kosten des Verfahrens vor der gemeinsamen Schlichtungsstelle der Ärztekammer für Steiermark und der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H als vorprozessuale Kosten nicht zu beanstanden ist.“</b>
April 2014	<u>Der Leiter der Rechtsabteilung informiert die PPO, dass im gegenständlichen Fall für die weiteren außergerichtlichen Verhandlungen von der KAGes ebenfalls ein RA beauftragt wurde, da diesbezüglich in der Rechtsabteilung keine ausreichenden fachlichen Ressourcen vorhanden sind.</u>

Zum Zeitpunkt der Berichterstattung ist das Schlichtungsverfahren nach nunmehr 32 Monaten noch immer nicht abgeschlossen. Derzeit finden außerhalb des Schlichtungsverfahrens Vergleichsgespräche zwischen dem Rechtsanwalt des Patienten und dem Rechtsanwalt der Krankenanstalt statt.

#### **Kritik:**

Für einen Aktenlauf mit mehr als 1000 Neuanliegen im Jahr 2012 im Krankenanstaltenbereich und einem Mitarbeiterstand der PPO im Krankenanstaltenbereich von 4,875 DP (inkl. der PatientInnenombudsfrau als einzige Juristin) ist es unzumutbar unter den bestehenden Rahmenbedingungen im Sinne der Patient/inn/en zu agieren.

**Umso unverständlicher ist die Haltung der Rechtsabteilung der Krankenanstalt, die die Übernahme der RA-Kosten für den Patienten ablehnt. Gleichzeitig jedoch selbst für sich einen externen Rechtsanwalt für die weiteren außergerichtlichen Verhandlungen beauftragt.**

**Empfehlung der PPO:**

Es muss auch im Interesse des Rechtsträgers der Krankenanstalt liegen, einen anerkannten Behandlungsfehler mit Dauerfolgen mit der geforderten Rechtssicherheit zu entschädigen. Dazu wird es notwendig sein, für diese betroffenen Patient/inn/en (insbesondere vor allem bei minderjährigen Kindern) auch im Schlichtungsverfahren die Rechtsanwaltskosten für die betroffenen Patient/inn/en zu übernehmen.

**10.1.3 Fallbeispiel 3: Gelebtes, positives Risikomanagement**

Das nachfolgende Beispiel zeigt einen offenen und ehrlichen Umgang einer Krankenanstalt im Schadensfall.

Im Juni 2013 wandte sich die Enkelin einer 83jährigen Patientin an die PPO mit folgendem Anliegen:

Für eine geplante Kataraktoperation (Grauer Star) wurde die Patientin tagesklinisch auf einer Augenabteilung aufgenommen. Bereits bei der Aufnahme waren ihre Einschränkung in der Mobilität und Körperwahrnehmung aufgrund ihrer Beinamputation (linker Oberschenkel), ihre eingeschränkte Orientierung aufgrund ihrer verminderten Sehleistung und ihr insulinpflichtiger Diabetes bekannt. Aufgrund ihrer leichten Demenz war die Patientin zuhause bereits in der Obhut einer 24-Stunden Betreuung.

Präoperativ bekam die Patientin ein Beruhigungsmittel. Unmittelbar nach der Operation wurde die Patientin bereits zum Mittagessen auf die Bettkante gesetzt (sog. „Querbett-Sitzen“). Unbeaufsichtigt rutschte die Patientin vom Bett auf den Boden. Der genaue Unfallhergang konnte nicht mehr eruiert werden, da die Patientin allein im Zimmer war und sich selbst an den



Unfallhergang nicht mehr erinnern konnte. Als Folge dieses Sturzereignisses erlitt die Patientin einen Oberschenkelhalsbruch des nicht amputierten rechten Beines und musste noch am selben Tag operativ versorgt werden. Bereits im Zuge des weiteren stationären Aufenthaltes wurden die Patientin und ihre Angehörigen von der Risikobeauftragten der Krankenanstalt über die Möglichkeiten einer rechtlichen Unterstützung für eine Schadenersatzforderung durch die PPO informiert.

Nach der Entlassung stellte dieser Umstand (Oberschenkelamputation links, Belastungsverbot des rechten Beines) für die gesamte Familie einen erheblichen Betreuungsmehraufwand dar.

**Die Angehörigen waren der Meinung, dass bei sorgfältiger Überwachung und Pflege der Sturz aus dem Bett und damit der Oberschenkelhalsbruch mit all seinen Folgen verhindert hätte werden können.**

Zur gutachterlichen Überprüfung brachte die Patientin mit Unterstützung ihrer spezialbevollmächtigten Schwiegertochter einen Antrag bei der gemeinsamen Schlichtungsstelle der Ärztekammer für Steiermark und der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft mbH ein.

Im Oktober 2013 begann das Schlichtungsverfahren. Kurze Zeit später ging die Stellungnahme der Pflegedirektorin des betreffenden Krankenhauses in der Schlichtungsstelle ein. Daraus ging hervor, dass dieser Vorfall bereits im Sinne des Risikomanagements aufgearbeitet worden war. Die Pflegedirektorin hielt fest, dass das erhöhte Sturzrisiko zwar erkannt worden war, die eingeleiteten Maßnahmen jedoch nicht ausreichend waren, um den Sturz aus dem Bett zu verhindern.

Noch im Rahmen der ersten Schlichtungssitzung konnte auf Basis dieser Stellungnahme ein Schmerzkatalog für die Patientin erarbeitet werden.

**Obwohl ein Mitarbeiter der Rechtsabteilung diese Stellungnahme primär nicht als Grundlage für eine Entschädigung akzeptieren wollte, wurde dennoch**

**vom Vorsitzenden der Schlichtungskommission auf Basis des Schmerzkataloges ein Entschädigungsvorschlag unterbreitet.**

Der Patientin konnten schließlich €8.000.- als Schadenersatz für die Folgen des Sturzgeschehens zugesprochen werden.

**Empfehlungen der PPO:**

Durch diesen offenen und ehrlichen Umgang mit einem Fehlverhalten konnte die Patientin relativ schnell finanziell entschädigt werden, um sich entsprechende Mehraufwendungen – die als Folge des Sturzgeschehens notwendig waren – leisten zu können.

Gleichzeitig konnte durch die systematische Aufarbeitung des Vorfalles durch die Pflegedirektorin ein Beitrag zur Sicherung der Pflegequalität geleistet werden.

Nur eine entsprechende Fehlerkultur und ein offener und angstfreier Umgang mit Fehlern ist die Basis für eine „lernende Organisation“ und bringt einen Benefit sowohl für die betroffenen Patient/inn/en und aber auch für die Mitarbeiter/innen.

## **11 Mangelnde Prozessökonomie mit gleichzeitig negativer Außenwirkung**

Abgesehen davon, welche Belastungen ein Schlichtungsverfahren für die betroffenen Patient/inn/en darstellt, muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass mitunter der Aufwand bis zur Entschädigung in keinem Verhältnis zur Entschädigungssumme steht. Besonders plakativ wird dies anhand des nachfolgenden Fallbeispiels dargestellt.

### **11.1 Fallbeispiel 1: Schlichtungsaufwand versus Entschädigungszahlungen**

Ein Patient berichtete, dass er mit ca. 13 Jahren auf die linke Hand gestürzt sei und sich damals die Speiche gebrochen habe. In der Folge sei es – aufgrund des Längenwachstums – zu einer Fehlstellung der Hand, bzw. zu einer relativen Verkürzung der Speiche gekommen.

Dies veranlasste ihn, auch aufgrund anhaltender starker Schmerzen, bei einer Abteilung für Kinder- und Jugendchirurgie vorstellig zu werden. Dort wurde er operiert, wobei eine Verlängerung der Speiche mittels eines äußeren Spanners (Fixateur externe) mit regelmäßigen Verlängerungen durchgeführt wurde.

Nach ca. zwei Monaten stellte man fest, dass sich im Bereich der Fixiernägel eine Infektion gebildet hatte, letztlich kam es zu einer Knocheneiterung mit einer Lockerung des äußeren Spanners. Daraufhin wurde der Spanner entfernt, eine Antibiotikabehandlung begonnen und ein Unterarmgips angelegt. Nach nur drei Wochen (vereinbart waren fünf Wochen) wurde der Stützverband frühzeitig abgenommen und eine Physiotherapie eingeleitet. Durch die vorzeitige Gipsabnahme kam es in der Folge wieder zur gleichen Fehlstellung, wie sie bereits präoperativ vorgelegen hatte.

Der Patient suchte daraufhin ein anderes Krankenhaus auf, das – nach Abheilung der Infektion – die Fehlstellung operativ mit einer Verplattung korrigierte.

**Der Patient wandte sich an die PPO, weil er die Meinung vertrat, dass erstens zu spät auf die Infektion reagiert und zweitens der Gips zu früh entfernt worden war und folglich die Verplattung zu einem früheren Zeitpunkt durchgeführt hätte werden können.**

Mit der nachfolgenden Falldarstellung soll aufgezeigt werden, dass oftmals der eigentliche Sinn eines Schlichtungsverfahrens verfehlt wird:

16.8.2010	Patient wendet sich mit einem vermuteten Behandlungsfehler an die PPO.
04.01.2011	Patient bringt Entschädigungsantrag ein.
28.02.2011	Stellungnahme der betreffenden Abteilung geht ein. Fehlstellung ist eine Folge des infektbedingten verfrühten Abbaus des äußeren Spanners. Die gesetzten Maßnahmen (wie Ruhigstellung, Antibiotikabehandlung und Physiotherapie) erfolgten regelrecht. Es handelt sich um eine aufgeklärte unvermeidliche Komplikation, nicht um einen Behandlungsfehler.
19.05.2011	1. Schlichtungssitzung: Gutachtensauftrag aus dem Fachgebiet der Orthopädie (Gutachter 1) ergeht. Gegen die Bestellung des Gutachters 1 wird kein Einwand erhoben!
09.06.2011	Der Vertreter der Rechtsabteilung meldet nach Rücksprache mit dem Abteilungsvorstand der betroffenen Abteilung Bedenken gegen Gutachter 1 im Hinblick auf einen anderen Fall an. Dabei zitiert der Mitarbeiter der Rechtsabteilung in einer schriftlichen Stellungnahme den <b>gänzlich anderen Fall und erwähnt darin den anderen Patienten namentlich und kritisiert dabei gleichzeitig die fachliche Kompetenz des Gutachters</b> . Trotz des Wissens, dass Stellungnahmen immer den Antragstellern zur Kenntnis gebracht werden, schildert der Mitarbeiter der Rechtsabteilung <b>ausführlich die gesamte Krankengeschichte samt fachlicher Beurteilungen</b> des zu <b>diesem Zeitpunkt gerichtsanhängigen anderen Falles</b> (Datenschutzverletzung!).  Obwohl es in der Krankengeschichte (Befund vom 12.8.2010) nachvollziehbar ist, dass die Gipsruhigstellung auf ärztliche Anordnung hin zu früh entfernt wurde und laut ärztlichem Befund ein „ <i>tadello gepflegter Fixateur</i> “ bzw. „ <i>der Fixateur ist tadello geputzt</i> “ beschrieben ist, wurde nun behauptet, dass der Patient mit hoher Wahrscheinlichkeit seinen Gips eigenmächtig entfernt und deshalb somit für die Fehlstellung selbst verantwortlich sei und zusätzlich den Fixateur schlecht gepflegt habe.
29.08.2011	Gutachter 1 lehnt aufgrund der in der Stellungnahme der Rechtsabteilung vorgebrachten persönlichen Anschuldigungen im anderen Fall den GA-Auftrag ab und empfiehlt anderen Gutachter aus dem betreffenden Fachgebiet.
15.09.2011	2. Interne Schlichtungssitzung: Es ergeht ein Gutachtensauftrag an den Sachverständigen 2.

11.10.2011	Gutachter 2 lehnt GA- Auftrag ab.
20.10.2011	3. Interne Schlichtungssitzung: <b>Gutachter 3 wird einvernehmlich bestellt.</b>
05.09.2012	Gutachter 3 legt ein für den Patienten <b>positives Gutachten</b> vor: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zielführend wäre es gewesen, nach acht Wochen unzureichender Bildung von neuem Knochengewebes den Fixateur abzunehmen (nicht nach fünf Monaten) und eine operative Verplattung durchzuführen.</li> <li>• Die Gipsruhigstellung hätte für fünf Wochen verordnet werden müssen und nicht bereits nach drei Wochen gegen eine abnehmbare Schiene ersetzt werden dürfen. Dadurch konnte die bereits gut erreichte Stellungskorrektur nicht gehalten werden.</li> <li>• Nach acht Wochen hätte der Fixateur abgenommen und eine operative Verplattung durchgeführt werden müssen. Dies hätte zu einer deutlichen Verkürzung des Gesamt-Behandlungsverlaufes geführt.</li> <li>• Andererseits musste erwähnt werden, dass auch eine sofortige operative Verplattung die Fehlstellung beheben hätte können.</li> </ul>
08.11.2012	Der Abteilungsvorstand der betroffenen Abteilung gibt eine Stellungnahme zum vorliegenden Gutachten vom SV 3 ab: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusammenfassend wird gesagt, dass weder eine Fehlbehandlung, noch ein Kunstfehler festgestellt werden konnte. Der vom GA angesprochene Verfahrenswechsel ist eine Sache der persönlichen methodischen Präferenzen, aber nicht als allgemeine Leitlinie zu sehen.</li> </ul>
12.11.2012	2. Schlichtungssitzung: Das Gutachten und die Stellungnahme werden eingehend erörtert. Obwohl für den Antragsteller durch die vermeidbare Verzögerung ein Verdienstentgang von rund €6000.- entstanden ist, strebte dieser eine globale Bereinigung seiner Ansprüche in der Höhe von nur €5000.- an (auch gegen das Anraten des Vorsitzenden), um das lange und aufwendige Verfahren zu einem Ende zu bringen. Der Vorsitzende der Schlichtungskommission schließt nach Erörterung der Sach- und Rechtslage mit den Parteien einen <b>bedingten Vergleich in der Höhe von €5.000,-</b> . Der Vertreter der Rechtsabteilung behält sich einen Widerruf bis zum 30.11.2012 vor.
30.11.2012	Der Leiter der Rechtsabteilung stellt in einem neuerlichen Schreiben das GA des SV 3 in Frage. Weiters beantragt er die Fortsetzung des Verfahrens und Ausschreibung einer mündlichen Verhandlung mit Ladung des SV 3, sowie die Ladung des Abteilungsvorstandes der betroffenen Abteilung und eines weiteren behandelnden Arztes zur Gutachtenserörterung.
20.12.2012	Die lange Verzögerung dieses Schlichtungsverfahrens wird im Rahmen einer <b>Kooperationssitzung</b> dem Vorstand der Krankenanstalt weitergeleitet und mit ihm ein künftiges strukturiertes Vorgehen („Deeskalation“) für derartig gelagerte Fälle vereinbart.
19.3.2013	Abteilungsvorstand der betroffenen Abteilung bringt wieder eine ergänzende Stellungnahme zum Gutachten ein, die auch dem GA 3 zur Kenntnis gebracht wird.
März bis Juli 2013	Trotz vieler Urgenzen äußert sich der Gutachter 3 zur ergänzenden Stellungnahme des Abteilungsvorstandes nicht mehr.
09.07.2013	Es findet ein Gespräch zwischen der PatientInnenombudsfrau und dem Leiter der Rechtsabteilung zur „Deeskalation“ statt. Dabei wird die unten angeführte Gegenüberstellung der Kosten diskutiert und eine Vergleichszahlung vereinbart.
10.07.2013	<b>Vergleichszahlung: €5.000.-</b>

Die Gegenüberstellung der Kosten (ohne Beratungskosten!) im Anschluss soll verdeutlichen, dass nach **drei Jahren** eine Entschädigungssumme bezahlt wird, die mit den entstandenen Verfahrenskosten in keiner Relation zum Streitwert (€5.000.-) steht:

	Kosten in Euro
Drei interne Schlichtungssitzungen (2.2.11; 15.9.11; 20.10.11): die exakte Kostenaufstellung für die dabei fünf verpflichtend anwesenden Personen ist sehr aufwendig und kann an dieser Stelle nicht vorgenommen werden.	
1. Schlichtungssitzung am 19.5.11	463,13.-
2. Schlichtungssitzung am 12.11.12	463,13.-
Gutachter 1: 19.5.11 – von KAGes abgelehnt	
Gutachter 2: 15.9.11 – von Gutachter abgelehnt	
Gutachter 3: 5.9.12	1.050,00.-
<b>SUMME</b>	<b>1.976,26.-</b>

Nicht aufgelistet werden kann dabei der Zeitaufwand, der zum Verfassen von zahlreichen Stellungnahmen, sowie der Arbeitsaufwand durch den anfallenden Schriftverkehr (Anfragen bei GA 1, 2 und 3, Übermittlung der Stellungnahmen, Krankenunterlagen und Urgezen in der Ärztekammer) nötig war.

**Die Ressourcen der PPO reichen bei weitem nicht aus um derartige, vom Rechtsträger zu verantwortende Verzögerungen, hinzunehmen.**

## **11.2 Fallbeispiel 2: Persönliche Äußerungen in medizinischen Stellungnahmen**

Wie im obigen Fallbeispiel veranschaulicht, dürfen in medizinischen Stellungnahmen zum Krankheitsverlauf oder zu vorliegenden Gutachten keine persönlichen Äußerungen über die Patient/inn/en oder zum/zur Gutachter/in verschriftlicht werden, denn das kann weder zur sachlichen Klärung, noch zur Deeskalation beitragen.

Besonders problematisch zeigt sich auch der Umstand, wenn relevante Krankenunterlagen oder Dokumentationen über Krankheitsverläufe nicht

vorgelegt werden oder in Stellungnahmen der Datenschutz nicht gewahrt wird.

Nachfolgendes Beispiel zeigt eine Vorgehensweise von mangelnder Wertschätzung gegenüber einer Patientin auf und ist für ein Schlichtungsverfahren absolut kontraproduktiv.

16.12.2011	Eingang Schlichtungsantrag
29.02.2011	1. Beratung: Beschluss der Kommission auf Vorlage <ul style="list-style-type: none"> <li>• ärztliche Therapieverläufe (Dekurse) 2007-2011</li> <li>• Stellungnahme der betreffenden Abteilung</li> </ul>
03.04.2012	In der Stellungnahme der betreffenden Abteilung wird die Patientin als <u>„psychiatrisch und psychisch auffällig“</u> beschrieben (eine psychiatrische Diagnose ist nicht bekannt). Für den geforderten <u>ärztlichen Therapieverlauf von 2007 – 2011</u> wird ein <u>dreiseitiger „ärztlicher Dekurs“</u> über eine sechsjährige Behandlung (2005-2011) im Nachhinein (2012!) verfasst und vorgelegt, gleichzeitig wird auf die Dokumentationen im Krankenakt verwiesen.
20.07.2012	1. Schlichtungssitzung: GA- Auftrag ergeht an einen beeideten gerichtlich zertifizierten Sachverständigen des entsprechenden Fachgebietes mit langjähriger Erfahrung in diesem Fachbereich.
19.11.2012	Schreiben vom GA an Schlichtungskommission: In den Übermittelten Krankenunterlagen liegen <u>keine brauchbaren Röntgenbilder zur Begutachtung</u> vor. GA ersucht deshalb um Bilder in entsprechender Qualität für GA-Erstellung.
13.06.2013	Vorlage GA des SV in Schlichtungskommission mit folgender Bewertung der Behandlung: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <u>Dokumentationsmängel</u> (zB. kein Behandlungsplan, fehlende Eintragungen in der Karteikarte, keine durchgehende Nachvollziehbarkeit der Behandlungsschritte,...)</li> <li>✓ <u>Behandlungsfehler</u> (Unzureichende diagnostische Abklärung, die vorgenommenen Behandlungsschritte waren nicht geeignet, um das medizinische Problem bei der Patientin zu behandeln.)</li> <li>✓ <u>Ästhetische Probleme beim Behandlungsergebnis</u></li> <li>✓ <u>Fehlende Röntgenbilder</u> (trotz Aufforderung des Gutachters)</li> </ul> Zusammenfassend stellt der Gutachter in seinem 36- seitigen GA fest, <b>das bei regelrechter Behandlung bereits nach zwei Jahren (2007 bis 2009) das Therapieziel erreicht</b> hätte werden können.
26.09.2013	2. Schlichtungssitzung: Vorlage einer Stellungnahme der betreffenden Abteilung mit folgenden auszugsweise angeführten Einwänden zum GA: <ul style="list-style-type: none"> <li>• „...Selbstverständlich wurden bei der Diagnosestellung und Therapie die <u>gängigen Behandlungsprotokolle</u> eingehalten.“</li> <li>• „...Wir möchten feststellen, dass die erhobenen Befunde der Patientin ab 2007 sach- und fachgerecht durchgeführt wurden;</li> <li>• „... Der vom Gutachter behauptete Fehler ist nur dadurch, <u>dass der Gutachter aus seiner fachlichen Historie... über keinerlei eigene Expertise in der Behandlung komplexer psychisch- funktionsgestörter Patienten verfügt. Nur aus diesem relativen Unwissen ist ein derartiges Gutachten verfassbar.</u>“</li> </ul> <p>Die Schlichtungskommission erörtert ausführlich diese Stellungnahme vor dem</p>

	Hintergrund der Ausführungen im Gutachten. Der Vorsitzende gibt bekannt, dass die <u>Stellungnahme</u> von der Formulierung sowohl gegenüber der Antragstellerin, als auch gegenüber dem SV als äußerst problematisch und <u>rechtlich bedenklich</u> (Ehrenbeleidigung § 1330 ABGB) erscheint. Bezugnehmend auf die in der Stellungnahme angeführten „ <u>gängigen eingehaltenen Behandlungsprotokolle</u> “ wird von der Schlichtungskommission beschlossen, diese entsprechenden Unterlagen/Protokolle zur Klarstellung der Schlichtungsstelle vorzulegen.
12.12.2013	Vorlage einer <b>Stellungnahme des Leiters der betreffenden Abteilung</b> : „... Als <b>Behandlungsprotokoll</b> wird im gängigen, medizinischen Sprachgebrauch <b>akkordierte Vorgangsweise bei der Behandlung von Patientinnen</b> ... bezeichnet. Es handelt sich <b>nicht um ein beschriebenes Stück Papier</b> . Ich möchte nochmals betonen, dass <b>sämtliche Unterlagen bereits zur Verfügung gestellt wurden</b> . Mir ist die Existenz weiterer Unterlagen nicht bekannt.“
18.12.2013	3. Schlichtungssitzung: Die Stellungnahme des Leiters der betreffenden Abteilung wird erörtert. Im Hinblick darauf bleibt das GA inhaltlich voll aufrecht. Es erfolgt der GA- Auftrag zur Bewertung der vermeidbaren Schmerzperioden an SV mit persönlicher Untersuchung der Patientin.
23.03.2014	Schmerzgutachten langt in der Schlichtungsstelle ein. Der körperliche Schmerz wird vom Gutachter mit €15.000.- bewertet. Zum Zeitpunkt der Berichterstattung ist das Schlichtungsverfahren noch im Laufen.

**Kritik:**

Die Vorgehensweise in den dargestellten Fallbeispielen widerspricht jeglichen Grundsätzen eines gelebten klinischen Risikomanagements:

- 1) Es ist aus Sicht der PPO völlig unverständlich, dass der Bestellung eines Erstgutachters von allen Parteien im Schlichtungsverfahren anfangs zugestimmt wurde, dieser aber nachträglich von der Rechtsabteilung des Krankenhausträgers aus persönlichen Gründen abgelehnt wurde.
- 2) Es liegt eine Datenschutzverletzung vor, wenn in schriftlichen Stellungnahmen eines laufenden Schlichtungsverfahrens Patient/inn/endaten (Name, Krankheit, Verfahren etc.) eines anderen Schlichtungsverfahrens öffentlich gemacht werden.
- 3) Liegt ein Gutachten vor, das nicht der Fachmeinung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte entspricht, ist es nicht zielführend, wenn diese wiederholt das GA mit den bereits dem/der Gutachter/in bekannten fachlichen Argumenten ablehnen.



4) Die Antragsteller/innen müssen darauf vertrauen können, dass alle Befunde, das gesamte bildgebende Material und eine nachvollziehbare sachliche Stellungnahme zur Begutachtung vorgelegt werden.

**Empfehlungen der PPO:**

Im Sinne des Schlichtungsgedanken und letztendlich auch aus prozessökonomischen Gründen sollen „überschaubare Schäden“, wo laut Gutachter/in ein Behandlungsfehler nicht ausgeschlossen werden kann, relativ rasch und unbürokratisch entschädigt werden.

**Deshalb erscheint es der PPO als sinnvoll, dass die Vorsitzenden der Schlichtungskommissionen einen Streitbereinigungsvorschlag bis zu einem Betrag von €5.000.- unterbreiten können, dem von der/die Vertreter/in der Krankenanstaltenträger zugestimmt werden muss.**

**Einwände gegen eine/n Gutachter/in oder gegen ein erstelltes Gutachten müssen fachlich begründet sein.**

**Jede Wertung und persönliche Meinung zu den betroffenen oder involvierten Personen ist zu unterlassen.**

## 12 Sichere Befundübermittlung

Das Übersehen oder „nicht zur Kenntnis nehmen“ von pathologischen oder kritischen Befunden kann zu schweren gesundheitlichen Folgen, bis hin zum Tod, von betroffenen Patient/inn/en führen.

### 12.1 Fallbeispiel 1: Aussichtslose Prognose durch fehlende Befundübermittlung

Eine 66jährige Patientin kam im April 2011 mit massiven Oberbauchbeschwerden und Fieber in die Notaufnahme einer Krankenanstalt. Der Schnellbefund der CT-Untersuchung beschrieb eine Entzündung der Aussackungen der Dickdarmwand (Sigmadivertikulitis). Mit dieser Diagnose und einer entsprechenden Therapieempfehlung wurde die Patientin nach Hause entlassen.

Im am nächsten Tag freigegebenen radiologischen Endbefund wurde eine geringfügige Erweiterung im Bereich des Schwanzteils der Bauchspeicheldrüse beschrieben. Dieser Umstand ließ einen sicheren Ausschluss eines möglichen Krebses der Bauchspeicheldrüse nicht zu, sodass eine ergänzende MR- beziehungsweise eine CT-Untersuchung empfohlen wurde.

**Dieser Befund wurde weder der Patientin, noch ihrem Hausarzt zur Kenntnis gebracht.**

Sechs Monate später wurde die Patientin zur Abklärung von therapieresistenten Wirbelsäulenschmerzen in einem anderen Krankenhaus aufgenommen. Während dieses stationären Aufenthaltes wurden ein Krebs der Bauchspeicheldrüse und Metastasen in der Wirbelsäule diagnostiziert. Aufgrund dieser fortgeschrittenen Situation war eine Operation des Tumors nicht möglich und es folgte eine palliative Chemotherapie.

Die gutachterliche Beurteilung ergab, dass bei einer zeitnahen weiteren Diagnostik nach dem Erstbefund mit beträchtlicher Wahrscheinlichkeit eine sofortige Operation noch sinnvoll und möglich gewesen wäre. Auch wenn ein

anfangs operierbarer Krebs der Bauchspeicheldrüse nicht automatisch mit einer Heilung gleichzusetzen ist, wurde jedoch der Patientin jegliche Chance auf eine höhere Überlebenschance genommen.

Dieser Fall veranlasste das Qualitäts- und Risikomanagement der betroffenen Krankenanstalt eine Arbeitsgruppe **„Sichere Befundübermittlung Radiologie“** einzurichten, um mögliche Verbesserungspotentiale zu erörtern. Bereits im Jahr 2009 wurde diese Thematik – **„Sichere Befundübermittlung am Beispiel pathologischer Befunde“** – im Qualitätssicherungsbeirat diskutiert. Das Endziel war die **„Sichere Übermittlung aller Befunde“** innerhalb des Krankenhausverbundes, welches bedauerlicherweise bis heute noch immer nicht umgesetzt wurde.

Erst durch den oben beschriebenen Anlassfall wurde diese Thematik wieder neu (aber leider nur punktuell) aufgegriffen.

**Kritik:**

Obwohl bereits im Jahr 2009 im Qualitätssicherungsbeirat das Projekt „Sichere Befundübermittlung“ initiiert wurde und aufgrund dieses aktuellen Anlassfalles vom Qualitäts- und Risikomanagement der betroffenen Krankenanstalt erneut aufgegriffen wurde, ist dieses Projekt im Krankenhausinformationssystem innerhalb der KAGes bis dato noch immer nicht umgesetzt worden.

**Empfehlungen der PPO:**

Ein Befund steht im Zentrum jeglicher Behandlung und ist richtungsweisend sowohl für die Patient/inn/en, wie auch für die Behandler/innen. Wie das oben angeführte Beispiel zeigt, kann das Nichtreagieren auf einen vorliegenden Befund massiven Einfluss auf die weitere Therapie und letztlich auch auf die Prognose haben.

Es muss auch im Eigeninteresse der Rechtsträger liegen, alle technischen Möglichkeiten und Ressourcen auszuschöpfen, um eine sichere Befundübermittlung zu gewährleisten.

## **12.2 Fallbeispiel 2: Bestehende Kooperationsverträge zwischen verschiedenen Rechtsträgern fordern verstärkte Kommunikation untereinander**

Die moderne EDV und deren Vernetzung macht es möglich, dass auf höchstem Niveau – 24 Stunden täglich – zur Diagnoseabklärung fachärztliche Befundungen möglich sind. Zwischen den einzelnen Krankenanstalten der unterschiedlichsten Rechtsträger bestehen hierfür zum Teil Kooperationsverträge, wodurch die Ressourcen und das Know-how des jeweils anderen optimal genutzt werden können. Trotz all der technischen Möglichkeiten, die der modernen Medizin mit Hilfe der EDV in diesem Zeitalter zur Verfügung stehen, darf dennoch die persönliche Kommunikation und Interaktion der einzelnen Handelnden nicht vernachlässigt werden.

Das nachfolgende Fallbeispiel beschreibt die Folgen einer lückenhaften und unzureichenden Kommunikation:

Die Eltern eines minderjährigen Patienten wandten sich an die PPO, da die starken Bauchschmerzen ihres Sohnes im Ersthospital als eine mögliche Lebensmittelvergiftung sowie „Liebeskummer“ abgetan worden waren, es sich tatsächlich aber um einen Darmverschluss durch Narbenstrang (Bridenileus) gehandelt hatte. Durch eine verspätete Diagnose musste letztendlich in einer Notoperation in einem weiteren Spital eines anderen Rechtsträgers ein Stück Darm entfernt werden.

**Die Eltern des minderjährigen Patienten forderten die lückenlose Aufklärung der Gründe für die verspätete Diagnosestellung mit Hilfe der PPO.**

In einer durchgeführten Ultraschalluntersuchung im erstbehandelnden Krankenhaus zeigten sich ausgedehnte und vergrößerte Darmschlingen im Unterbauch mit einer Flüssigkeitsansammlung im Bauchraum. Trotz dieses auffälligen Befundes wurde erst auf das massive Drängen der Eltern hin – zeitlich verzögert – eine CT-Untersuchung durchgeführt.

Die CT-Bilder des erstbehandelnden Krankenhauses wurden in ein anderes Krankenhaus eines anderen Rechtsträgers auf Basis eines

Kooperationsvertrages mittels Datenleitung zur Befundung übermittelt. Von diesem Krankenhaus wird in so einem Fall ein Facharzt/eine Fachärztin für Radiologie in teleradiologischer Rufbereitschaft für die fachärztliche Befundung zur Verfügung gestellt. Das Ergebnis mit der Diagnose sollte laut der behandelnden Ärzte und Ärztinnen des erstbehandelnden Krankenhauses ca. eine Stunde später bekannt sein. Der diensthabende Arzt habe nach eigenen Angaben einmal versucht den behandelnden Radiologen zu erreichen, was ihm jedoch nicht gelungen sei. Weitere Uргenzen fanden nicht statt.

Nachdem es keine Rückmeldung des Krankenhauses gab, wertete dies der behandelnde Arzt als negativen Befund (das heißt ohne Auffälligkeiten), weshalb schließlich die Eltern nach Hause fuhren.

Als sich die Mutter des Patienten am frühen Morgen nach dem Befinden ihres Sohnes und dem Ergebnis der CT-Untersuchung erkundigte, wurde ihr mitgeteilt, dass noch immer keine Rückmeldung vom befundenden Radiologen gekommen sei.

Erst sechs Stunden nach der durchgeführten CT-Untersuchung wurde der krankhaft veränderte Befund dem erstbehandelnden Krankenhaus zur Kenntnis gebracht. Die Diagnose lautete **Dünndarmverschluss, in erster Linie Darmverschlingung (Volvulus)**.

Daraufhin wurden die Eltern vom erstbehandelnden Krankenhaus verständigt, dass ihr Sohn mit dem Verdacht auf einen Darmverschluss unverzüglich in ein weiteres Krankenhaus (wieder eines anderen Rechtsträgers) transferiert werden musste.

In dieser Krankenanstalt wurde gleich nach der Aufnahme die dringende Indikation für eine Operation gestellt. Da jedoch einige wichtige Befunde vom erstbehandelnden Krankenhaus nicht mitgegeben worden waren, verzögerte sich die Operation auch noch zusätzlich um einige Zeit.

In der schließlich um viele Stunden verspätet durchgeführten Notoperation zeigte sich als Ursache ein Darmverschluss durch einen Narbenstrang

(Bridenileus) und eine bereits abgestorbene Darmschlinge musste entfernt werden.

Der minderjährige Patient (ein Lehrling) war nach diesem Vorfall mehrere Wochen im Krankenstand und erholte sich nur sehr langsam. Auch Monate später ist er relativ schnell körperlich erschöpft und hat Probleme mit der Verdauung (Durchfälle). Im Berufsleben ist er beim Tragen schwerer Lasten sehr eingeschränkt. Außerdem waren für den minderjährigen Patienten seine durchlebten Todesängste sehr belastend. Die individuellen Schadenersatzansprüche werden derzeit in einem Schlichtungsverfahren noch gesondert gutachterlich geprüft.

**Kritik:**

In diesem Fallbeispiel zeigen sich ganz augenscheinlich mehrere Schnittstellenprobleme:

Die Hauptverantwortung für die Patient/inn/en tragen die Ärzte und Ärztinnen im erstbehandelnden Krankenhaus.

Wenn ein Arzt/eine Ärztin eine Untersuchung anordnet, muss das Ergebnis (der Befund) hinterfragt werden, wenn nicht in einem angemessenen Zeitraum eine Antwort vom Befunder erfolgt. Dazu reicht nicht der einmalige Versuch den Befunder telefonisch zu erreichen. Auf der anderen Seite ist es auch die Pflicht der Befunder im Falle eines pathologischen Befundes diesen schnellstmöglich dem behandelnden Arzt zur Kenntnis bringen.

**Empfehlungen der PPO:**

Aus Sicht der PPO sind Vernetzungen zwischen den einzelnen Krankenanstalten und Rechtsträgern zu begrüßen, da sie eine fachspezifische Befundung auf höchstem Niveau standortübergreifend möglich machen. Es muss aber gewährleistet werden, dass diese auch optimal genutzt werden. Die Bedeutung der persönlichen Gespräche zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen darf dabei nicht vernachlässigt werden.

## 13 (K)ein Lernen aus Fehlern

Aus zahlreichen Patient/inn/engesprächen konnte die PPO die Erfahrung gewinnen, dass es für die Patient/inn/en oftmals ausreichend ist, dass ihre Anliegen ernst genommen und professionell aufgearbeitet werden. Dabei ist es ihnen unter anderem wichtig, dass sie mit ihrer Rückmeldung bewirken können, dass aus diesem Ereignis ein „Lernen aus Fehlern“ möglich ist und nachhaltige Maßnahmen entwickelt werden können, um Ähnliches zu verhindern. Dazu bedarf es aber, wie bereits eingangs erwähnt, einer offenen und ehrlichen Fehlerkultur.

Die PPO ist immer wieder mit Beschwerden aus vereinzelt Abteilungen konfrontiert, in denen Lernen aus Fehlern auch vom Abteilungsvorstand leider noch nicht unterstützt wird und deshalb eine Fehlerkultur völlig vermissen lässt. So sollen die folgenden beiden Fallbeispiele die unterschiedliche Herangehensweise von Krankenanstalten im Schadensfall verdeutlichen.

### 13.1 Fallbeispiel 1: Patient/inn/enrückmeldung als Beitrag zur Qualitätssicherung

So zeigt nachfolgendes Beispiel, dass es den Patient/inn/en oftmals nicht um eine finanzielle Entschädigung geht:

Bei einer Patientin wurde im Zuge einer ambulanten Behandlung die Diagnose „Verdacht auf eine Außenminiskusverletzung“ gestellt und bei weiterem Behandlungsbedarf zur Weiterversorgung an ihr Heimatkrankenhaus in Deutschland verwiesen. Die Patientin trat die Heimreise mit dem privaten PKW an. Sechs Tage später wurde sie aufgrund zunehmender Schmerzen im Knie in ihrem Heimatkrankenhaus vorstellig. Dort stellte man einen Trümmerbruch des Schienbeinkopfes, sowie einen Seitenbandriss fest, welche beide in weiterer Folge operativ versorgt werden mussten. Die Ärzte und Ärztinnen im Heimatkrankenhaus erkannten bereits im mitgebrachten Röntgenbild der erstbehandelnden Krankenanstalt, dass ein

Schienbeinkopfbruch zu sehen war und zeigten sich verwundert über die (Fehl-) Diagnose und den Therapieversuch. In Absprache mit der Patientin wurde ihre Beschwerde von der PPO an den Leiter der betroffenen Abteilung im erstversorgenden Krankenhaus mit der Bitte zur Stellungnahme weitergeleitet. In einem ausführlichen Schreiben bekannte der Abteilungsvorstand den Diagnosefehler ein und entschuldigte sich dafür. Gleichzeitig führte dieser Anlassfall im erstbehandelnden Krankenhaus zu einer Risikomanagementmaßnahme, sodass nun alle Röntgenbilder im Vieraugenprinzip befundet werden müssen.

Diese schriftliche Rückmeldung wurde der Patientin übermittelt und ihr auch die Möglichkeit eines Entschädigungsantrages bei der Schlichtungsstelle aufgezeigt. Für die Patientin war jedoch ihre Beschwerde durch die ehrliche Rückmeldung und kompetente Aufarbeitung des Abteilungsvorstandes zufriedenstellend gelöst.

#### **Empfehlungen der PPO:**

In einem klinischen Umfeld wird es immer unvermeidbar sein, dass trotz aller Sorgfalt Fehler passieren können. Sogar die betroffenen Patient/inn/en haben oftmals dafür Verständnis. Entscheidend ist nur, wie wertschätzend und ehrlich mit einer Patient/inn/enbeschwerde umgegangen wird und ob die Organisation diesen Fehler zum Anlass nimmt, um daraus zu lernen.

### **13.2 Fallbeispiel 2: Ungehörte Schmerzen**

Eine Patientin stürzte vom Pferd und zog sich einen doppelten Unterkieferbruch mit Nervenverletzung zu. Noch am gleichen Tag wurde sie deshalb in einer Krankenanstalt operiert (Verplattung und Nervennaht). Zusätzlich wurde ihr Kiefer zur Ruhigstellung mit einem Draht fixiert (Cerclage). Dadurch war es der Patientin nicht mehr möglich den Mund zu öffnen. Die postoperative Überwachung erfolgte für einen Tag in der Intensiv-Überwachungsstation. Am nächsten Tag wurde die Patientin auf die



Normalstation verlegt. Die Tage darauf waren geprägt von starken Schmerzen, auf die nur unzureichend reagiert wurde. Ein zur Verfügung stehender Schmerzdienst wurde nicht angefordert.

**Die Patientin wollte mit ihrer Rückmeldung aufzeigen, wie wichtig es ist, dass Patient/inn/enäußerungen gegenüber den behandelnden Ärztinnen und Ärzten von diesen ernst zu nehmen sind und adäquat darauf reagiert gehört. Besonders verletzend war dabei noch zusätzlich, dass anstelle einer Ursachenklärung ihrer Schmerzen, ein Psychiater beigezogen wurde.**

Bei der Schlichtungssitzung machte die Patientin dazu folgende Angaben: „... **bei jeder Visite habe ich auf die unerträglichen Schmerzen aufmerksam gemacht, auch gegenüber den Schwestern außerhalb der Visiten. Mir wurde sogar quasi unterstellt, schon von Schmerzmitteln abhängig zu sein. ... Da meine Lippen über der Cerclage so geschwollen waren, dass ich nicht durch den Mund atmen konnte und ich das Gefühl hatte, bei der Nasenatmung zu wenig Luft zu bekommen, schnitt eine Schwester einfach eine 20ml Spritze in der Mitte durch und steckte sie mir zwischen die Lippen, sodass ich dadurch atmen konnte und das die ganze Nacht über. ... Ich hatte teilweise so starke Schmerzen, dass ich einfach nur sterben wollte. ... Auf meine Nahrung hat man überhaupt nicht geachtet, ich erhielt etwas Tomatencremesuppe oder andere saure Nahrungsmittel, was natürlich bei den offenen Stellen im Mund eine Katastrophe war. Während dieser zwölf Tage habe ich zehn Kilo abgenommen. ... Man hat mich einfach nicht ernst genommen, das Ganze hat bei mir zu erheblichen psychischen Belastungen (Alpträume und Ängste) geführt.“**

Tatsächlich entwickelte sich bei der Patientin im Bereich des Kinns eine Eiterung (Abszess), die sich spontan nach sieben Tagen entleerte. Dazu meinte die Patientin in der Schlichtungssitzung abschließend:

**„ ... Die starken Schmerzen bestanden vor allem im linken Unterkieferbereich. Auf meine geäußerten Schmerzempfindungen ist man praktisch überhaupt nicht eingegangen und man hat viel zu lange zugewartet, bis sich dann das**

***Abszess selbst geöffnet hat. ... Nach der Spontanentleerung des Abzesses hatte ich dann im Gegensatz zu vorher keine Schmerzen mehr.“***

Dazu schrieb die betroffene Krankenanstalt in ihrer Stellungnahme, dass die eingeleitete und durchgeführte Schmerztherapie „den offiziell empfohlenen Leitlinien gemäß Zertifizierung entspricht.“ Laut Stellungnahme sei im gesamten beanstandeten Zeitraum eine intravenöse Basisschmerztherapie und bis zu sechsmal täglich eine Bedarfsschmerztherapie durchgeführt worden. Zudem sei von einem Facharzt für Psychiatrie eine „Anpassungsstörung“ im Sinne einer Belastungs-/depressiven Reaktion diagnostiziert worden, die auch als mögliche Ursache einer vermehrten Schmerzsymptomatik vermutet und entsprechend medikamentös behandelt wurde.

Dem ist entgegenzuhalten, dass diese Stellungnahme im Widerspruch zu den dokumentierten Krankenunterlagen stand und diese in der Stellungnahme behauptete Schmerztherapie in den Krankenunterlagen nicht nachvollzogen werden konnte. Obwohl die erlebten Schmerzen der Patientin durch die Abszessentwicklung bis zur Spontanentleerung nachvollziehbar waren und offensichtlich keine zielgerichtete Schmerzbehandlung stattgefunden hatte, blieb die betroffene Abteilung bei ihrem Standpunkt, dass die Behandlung sach- und fachgerecht durchgeführt wurde.

Die endgültige Beurteilung wird der von der Schlichtungsstelle beauftragte Gutachter vornehmen.

**Kritik:**

Aus dem Krankheitsverlauf ist es eindeutig nachvollziehbar, dass die Schmerzen und Beeinträchtigungen (Lippenschwellung) der Patientin durch die Abszessentwicklung verursacht wurden. Aus diesem Grund ist es der PPO völlig unverständlich, dass auch nachträglich noch behauptet wird, die Schmerzempfindungen der Patientin seien „psychisch“ bedingt gewesen und die Schmerztherapie sei lege artis erfolgt. Aufgrund dieser Reaktion hat die Patientin nun jegliches Vertrauen in diese Einrichtung verloren.

**Empfehlungen der PPO:**

Bei Qualitätsmängeln muss primär vom Abteilungsvorstand als Risikoeigner eine qualitätsverbessernde Maßnahme eingefordert werden.

Bei unzureichendem Problembewusstsein ist eine entsprechende Reaktion der Anstaltsleitung unumgänglich.

## 14 Schlichtungsverfahren

In einem Schlichtungsverfahren werden durch eine unabhängige Schlichtungskommission außergerichtlich vermutete Behandlungs-/Pflegerfehler innerhalb der gesetzlichen Verjährungsfrist durch eine medizinische und rechtliche Prüfung geklärt. Dabei soll eine für beide Seiten einvernehmliche Lösung erzielt werden.

Die Schlichtungsverfahren können in einem geschützten Rahmen langwierige und schwierige Gerichtsverfahren mit vollem Kostenrisiko für beide Seiten (Patient/inn/en/ – Krankenanstalt – Arzt/Ärztin) vermeiden. Das Verfahren ist für die Antragsteller/innen kostenfrei.

Bei Zustandekommen eines Vergleiches verzichten die Beteiligten auf weitere rechtliche Schritte. Kommt bei der Schlichtungsstelle keine Einigung zustande, besteht die Möglichkeit den Schadenersatz beim jeweils zuständigen Zivilgericht einzuklagen (ordentlicher Rechtsweg).

Dieser geschützte Rahmen macht es auch möglich, dass Fehler oder Mängel im Behandlungsablauf nicht öffentlich (wie beispielsweise bei einem Zivilverfahren), aber gerade aus diesem Grund sehr offen diskutiert werden können. Dies kann einer Rufschädigung entgegenwirken und das Vertrauen der Patient/inn/en der Krankenanstalt gegenüber kann wiederhergestellt werden.

Gleichzeitig wird versucht, Fehler, die eventuell durch Kommunikationsmängel, organisatorische und strukturelle Mängel im Alltag entstanden sein können, aufzuzeigen. Gegebenenfalls müssen diese dann im klinischen Risikomanagement der betreffenden Krankenanstalt weiter aufgearbeitet werden.

**Deshalb ist es von besonderer Bedeutung, wie die agierenden Personen im Schlichtungsverfahren auftreten bzw. die Krankenanstalt nach außen vertreten.**

Die diesbezüglichen jahrelangen Erfahrungen der PPO sind inzwischen größtenteils positiv, jedoch sollen nachfolgende Beispiele aufzeigen, dass im wertschätzenden Umgang mit den betroffenen Patient/inn/en noch Verbesserungen notwendig sind.

### **1. Beispiel:**

Einer Patientin wurde ein Medikament verabreicht, welches laut Beipackzettel kontraindiziert war. Die betroffene Krankenanstalt rechtfertigte sich mit einer „off-label-use“ (analog einer Studie) Medikation, obwohl die Patientin nachweislich nicht darüber aufgeklärt worden war und deshalb dazu auch nicht rechtsgültig zugestimmt hatte.

Der Vorsitzende der Schlichtungskommission regte aus rechtlichen Gründen (mangelnde Aufklärung und fehlende Zustimmung) eine Prozesskostenablöse in der Höhe von € 1.500.- an.

Trotz der Nichteinhaltung der gültigen Rechtsvorschriften zeigte sich der Vertreter der Rechtsabteilung der betroffenen Krankenanstalt uneinsichtig und stimmte einer Prozesskostenablöse nicht zu.

### **2. Beispiel:**

Ein in einem Schlichtungsverfahren eingeholtes Gutachten war für eine Patientin positiv. Daraufhin brachte die betreffende Krankenanstalt schriftliche medizinische Einwände zum Gutachten vor. Auf Basis dieser Stellungnahme wurde ein Ergänzungsgutachten beauftragt. In diesem hielt der Gutachter sein Erstgutachten inhaltlich voll aufrecht.

Am Schlichtungssitzungstag war die Patientin daher der Ansicht, dass es aufgrund der positiven Gutachten in dieser Sitzung rein um die Höhe einer Entschädigungszahlung gehen würde.

Völlig unerwartet wurde jedoch an diesem Tag von einem Mitarbeiter der Rechtsabteilung eine dritte, bis dahin unbekannte Stellungnahme der betreffenden Krankenanstalt vorgelegt und die Gutachten als inhaltlich unrichtig dargestellt.

Für den Vorsitzenden der Schlichtungskommission und den medizinischen Sachverständigen in der Schlichtungskommission seien die Gutachten aber schlüssig und medizinisch nachvollziehbar und die vorgelegte dritte Stellungnahme beinhaltet keine neuen Erkenntnisse.

Daher wurden von der Kommission die Gutachten als Entscheidungsgrundlage herangezogen und letztlich auf deren Basis eine Prozesskostenabläse in der Höhe von €4.000.- vorgeschlagen und von beiden Seiten angenommen.

### **3. Beispiel:**

Dieses Beispiel betrifft eine angeblich nicht dokumentierte Behandlungsablehnung durch eine Patientin aus dem Jahr 2009. Als Zeugin wurde von der Rechtsabteilung der Krankenanstalt fünf Jahre später (!) eine Ärztin (mittlerweile beruflich in Deutschland tätig) vor die Schlichtungskommission geladen, da sie dazu unbedingt ihre persönlichen Angaben machen wollte. Um bei der Schlichtungssitzung erscheinen zu können, musste aus organisatorischen Gründen für diese Ärztin vom Rechtsträger der Krankenanstalt eine Flugumbuchung finanziert werden.

Für den Vorsitzenden der Schlichtungskommission war jedoch die fehlende Dokumentation die Rechtsgrundlage seiner Entscheidung. Dementsprechend machte er einen Entschädigungsvorschlag in Form einer Prozesskostenabläse in der Höhe von €3.500.-.

Ein Mitarbeiter der Rechtsabteilung und der Vertreter des Landes Steiermark verließen kurzfristig zur Beratung die Schlichtungssitzung und kehrten mit einem Gegenangebot in der Höhe von €2.500.- zurück. Nach einer längeren Diskussion stimmten beide Eigentümerversreter einer Entschädigung in der Höhe von €3.000.- zu.

**Empfehlungen der PPO:**

Laut Schlichtungsvereinbarung und Geschäftsordnung soll der Vorsitzende der Schlichtungskommission nach seiner rechtlichen Beurteilung einen Streitbereinigungsvorschlag erstatten, dem sich die Parteien nur aus überzeugenden Gründen entgegenstellen sollten.

Dies auch unter dem Aspekt, dass im Schlichtungsverfahren aus Gründen eines gewünschten mediativen Abschlusses für die Parteien zwar eine sachgerechte, aber nicht „engherzige“ Haltung gegenüber den Geschädigten angezeigt wäre. Vermieden sollte werden, dass durch „kleinliches“ Agieren der beabsichtigte Zweck eines Schlichtungsverfahrens verfehlt wird.

## 15 Datenschutzverletzung

Jede Person hat einen Rechtsanspruch darauf, dass sie betreffende Daten grundsätzlich geheim gehalten werden – man spricht vom Grundrecht auf Datenschutz, das in Österreich ein verfassungsrechtlich garantiertes Recht ist. Gesundheitsdaten sind so genannte „sensible Daten“ und unterliegen den Sonderbestimmungen des § 9 DSG 2000 (Datenschutzgesetzes). Ihre Verwendung ist daher besonders strengen Beschränkungen unterworfen. Mitarbeiter/innen der Gesundheitsberufe sind daher angehalten, mit Patient/inn/endaten verantwortungsvoll umzugehen. Nur wenn ihnen bewusst ist, dass durch einen achtlosen Umgang mit Gesundheitsdaten schwere Folgen für die einzelnen Patient/inn/en entstehen können, kann ein Recht auf Datenschutz von den Krankenanstalten auch garantiert werden.

### 15.1 Fallbeispiel: Weitreichende Folgen einer Namensverwechslung

Im Februar 2012 wandte sich eine Klientin mit folgender Problematik an die PPO. Sie sei telefonisch von einer Krankenanstalt kontaktiert worden, dass sie zu einem bestimmten Termin ihre geplante Entzugsbehandlung antreten könne.

Da die Klientin bis zu diesem Zeitpunkt noch nie Kontakt mit dieser Einrichtung hatte, konnte sie sich diesen Anruf nicht erklären. Kurze Zeit später erhielt sie jedoch eine Ladung zum Chefarzt, weil die Krankenanstalt sie schriftlich bei der Sozialversicherung als stationäre Patientin für eine Entzugsbehandlung gemeldet hatte.

Im selbstständigen Versuch einer Aufklärung wurde der Klientin von der Krankenanstalt mitgeteilt, dass es zu einer Datenverwechslung mit einer anderen gleichnamigen Person gekommen sei.

**Die Klientin wollte nun von der PPO hinterfragt haben, wie es trotz vorgeschriebener Datensicherheit ohne Vorlage ihrer e-card zu dieser Verwechslung kommen konnte. Außerdem wollte sie sichergestellt haben,**



**dass im Krankenhausinformationssystem kein Datensatz von ihr in dieser Krankenanstalt bestehen bleibt. Weiters solle der diesbezügliche Eintrag bei der Sozialversicherungsanstalt ebenfalls gelöscht werden.**

Daraufhin nahm die PPO mit dem Leiter der Informatikstelle der betroffenen Krankenanstalt Kontakt auf und ersuchte um Analyse der Datenverwechslung und Löschung des falschen Datensatzes.

Die Aufarbeitung ergab, dass ein bedauerlicher und letztendlich folgenschwerer Fehler zu dieser Verwechslung geführt hatte. Eine gleichnamige Patientin mit sehr ähnlichem Geburtsdatum hatte sich ohne e-card bei der entsprechenden Krankenanstalt für die Entzugsbehandlung angemeldet. Es erfolgte die Suche im System nach einem bereits vorhandenen Patientenstammdatensatz und dabei wurden nicht die geltenden Richtlinien als Suchkriterien verwendet. Bei dieser Suche über das Patientenregister wurde als Suchergebnis der Patientenstammdatensatz der falschen Patientin (= unsere Klientin) angeboten und von der Aufnahmekraft fälschlicherweise verwendet. Nach Bekanntwerden dieses Irrtums wurden unverzüglich alle Daten im Krankenhausinformationssystem richtig gestellt und alle falschen Daten gelöscht.

Zur Nachvollziehbarkeit wurden alle korrigierten Datensätze unserer Klientin zur Kenntnis gebracht.

Auch der Sozialversicherungsträger nahm auf Intervention der PPO eine Löschung der falschen Daten in seinem EDV-System vor.

**Kritik:**

Alle Mitarbeiter/innen, die in ein Krankenhausinformationssystem Zugriff haben, müssen sich ihrer Mitverantwortung an der Datensicherheit bewusst sein und haben deshalb besonders sorgfältig und vorschriftsmäßig mit derartig sensiblen Daten umzugehen.

**Empfehlungen der PPO:**

Nur durch ein ständiges Bewusstmachen der Verantwortung im Umgang mit sensiblen Daten kann man eine größtmögliche Datensicherheit gewährleisten und dem Datenschutz gerecht werden.

## 16 Tagungen/ Veranstaltungen 2012

### 16.1 Aus- und Fortbildungen 2012

9. Jänner 2012: „**I. Coaching**“

Inhouse Seminar/ Veranstaltungsort: PPO, Graz

6. Februar 2012: „**II. Coaching**“

Inhouse Seminar, Veranstaltungsort: PPO, Graz

5. März 2012: „**III. Coaching**“

Inhouse Seminar, Veranstaltungsort: PPO, Graz

22. März 2012 – 23. März 2012: „**Gutachter-Workshop - Aus Fehlern lernen, zukünftige Fehler vermeiden**“

Veranstaltungsort: Bad Radkersburg

28. März 2012: „**Prozessbegleitung Sekretariat – Weiterbildungsmodul**“

Veranstaltungsort: PPO, Graz

26. April 2012: „**Unabhängiger Monitoringausschuss – Persönliches Budget**“

Veranstaltungsort: Graz

10. – 11. Mai 2012: „**Tagung der PatientInnen-/Patientenanwälte Österreichs**“

Veranstaltungsort: Wien

14. – 15. Mai 2012: „**Überzeugend argumentieren**“

Veranstaltungsort: Graz

20. Juni 2012: „**Zeitgemäßer Schriftverkehr**“

Veranstaltungsort: Graz

17. September 2012: „**Saluspreisverleihung – Steuerung durch Qualität**“

Veranstaltungsort: Graz

26. September 2012: „**Risikomanagement im Wandel der Zeit**“

Veranstaltungsort: Bad Radkersburg

27. September 2012: „**Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen**“

Veranstaltungsort: Graz

06. - 07. Dezember 2012: „**Tagung der PatientInnen-/Patientenanwälte Österreichs**“

Veranstaltungsort: Innsbruck

## **16.2 Durchgeführte Veranstaltungen 2012**

10. Oktober 2012: **„KrankenpflegeschülerInnen besuchen die PPO“**

Veranstaltungsort: Graz

## **16.3 Durchgeführte Vorträge der PPO 2012**

7. März 2012: **„Risikomanagement - Inhouse Workshop“**

Veranstaltungsort: LKH Bruck

7. März 2012: **„Aus Pflegefehlern lernen“**

Veranstaltungsort: LKH Leoben

5. November 2012: **„Internationaler Schmerzkongress – 5. Schmerztag“**

Veranstaltungsort: Graz

## **16.4 Mitarbeit in Arbeitsgruppen 2012**

18. – 19. September 2012: **„PPO – Klausur“**

Veranstaltungsort: Deutschlandsberg

12. November 2012: **„Arbeitstreffen mit der Bewohnervertretung“**

Veranstaltungsort: Graz

## 17 Tagungen/ Veranstaltungen 2013

### 17.1 Aus- und Fortbildungen 2013

15. Jänner 2013: „**Inhousetelefontraining**“

Veranstaltungsort: PPO, Graz

28. Jänner 2013: „**Fachtagung ELGA**“

Veranstaltungsort: Graz

20. Februar 2013: „**KOMPASS-Treffen des Beirates**“

Veranstaltungsort: Deutschlandsberg

25. Februar 2013: „**Kausalität – Fristen bei medizinischen Behandlungen**“

Veranstaltungsort: PPO, Graz

25. Februar 2013: „**Schadenersatz Verjährung und Aufklärung**“

Veranstaltungsort: PPO, Graz

12. März 2013: „**Inhousetelefontraining**“

Veranstaltungsort: PPO, Graz

18. März 2013: „**Gesundheitsfonds und RSG**“

Veranstaltungsort: PPO, Graz

28. Februar – 1. März 2013: „**Pflege – Management – Forum**“

Veranstaltungsort: Wien

8. April 2013: „**ELGA**“

Veranstaltungsort: PPO, Graz

11. April 2013: „**IPS-Jahrestagung**“

Veranstaltungsort: Graz

24. April 2013: „**Arzthaftung**“

Veranstaltungsort: Wien

25. und 26. April 2013: „**Tagung der PatientInnen-/Patientenanwälte Österreichs**“

Veranstaltungsort: Graz

7. Mai 2013: „**Inhousetelefontraining**“

Veranstaltungsort: PPO, Graz

24. Mai 2013: „**10 Jahre Netzwerk Psychotherapie Steiermark**“

Veranstaltungsort: Graz

11. Juni 2013: „**Steirische Gesundheitskonferenz**“

Veranstaltungsort: Graz

13. Juni 2013: „**Leitbilderstellung der PPO**“

Veranstaltungsort: PPO, Graz

14. Juni 2013: „**46. Jahrestagung und 24. Fortbildungskurs der Österreichischen Gesellschaft f. Gastroenterologie und Hepatologie**“

Veranstaltungsort: Graz

17. Juni 2013: „**Veranstaltung Händehygiene**“

Veranstaltungsort: Wien

19. Juni 2013: „**KOMPASS-Treffen des Beirates**“

Veranstaltungsort: Graz-Umgebung

26. Juni 2013: „**Ethikkommissions-Dialog der AGES**“

Veranstaltungsort: Wien

12. Juli 2013: „**Leadership in Health Care Organisations**“

Veranstaltungsort: Graz

13. September 2013: „**Styria Geriatrica**“

Veranstaltungsort: Graz

24. September 2013: „**Med & Care Conference 2013**“

Veranstaltungsort: Graz

25. September 2013: „**Grundlagen des Medizinrechts**“

Veranstaltungsort: Wien

14. Oktober 2013: „**7. Sitzung des Beirates für Sozialpolitik**“

Veranstaltungsort: Graz

18. Oktober 2013: „**Alles bloß Pflege? Die Betreuung von Menschen im Wachkoma**“

Veranstaltungsort: Wien

21. Oktober 2013: „**MEDOCS 2013**“

Veranstaltungsort: PPO Graz

29. Oktober 2013: „**25 Jahre Gemeinsame Schlichtungsstelle**“

Veranstaltungsort: Graz

4. November 2013: „**Livediskussion – Regionale Strukturplan Gesundheit – Sicher Im Spital – Realität oder Vision?**“

Veranstaltungsort: Graz

6. November 2013: „**Forum Psychosomatik – Psychoneuroimmunologie**“

Veranstaltungsort: Wien

12. November 2013: „**Schmerzengeld aktuell**“

Veranstaltungsort: Wien

13. November 2013: „**5. Tagung Mittleres Management in der Pflege d. Stmk. KAGes**“

Veranstaltungsort: Graz

21. - 22. November 2013: „**Tagung der PatientInnen-/Patientenanwälte Österreichs**“

Veranstaltungsort: Linz

## **17.2 Durchgeführte Vorträge der PPO 2013**

7. März 2013: „**Aus Fehlern lernen**“

Veranstaltungsort: RZ-Tobelbad

22. April 2013: „**Aus Fehlern lernen**“

Veranstaltungsort: LKH Leoben

6. Mai 2013: „**Medizinrechtlicher Nachmittag**“

Veranstaltungsort: LKH Bruck

13. November 2013: „**Tagung mittleres Pflegemanagement KAGes**“

Veranstaltungsort: Graz

18. November 2013: „**Multiplikatoren in der Pflege (KAGes)**“

Veranstaltungsort: LSF, Graz

## **17.3 Mitarbeit in Arbeitsgruppen 2013**

28. Mai 2013: „**Die Zukunft der Pflege**“

Veranstaltungsort: Graz





# TÄTIGKEITSBERICHT

## 2012 UND 2013

P  
P  
O

atientInnen- und

flege-

mbudsschaft Land Steiermark

II. TEIL

**PFLEGEHEIME, PFLEGEPLÄTZE UND MOBILE DIENSTE**



Das Land  
Steiermark

Abteilung 8  
PatientInnen- und  
Pflegeombudsschaft  
Land Steiermark





## 18 Im Gedenken an Frau Annemarie Wicher



**Labg.i.R. Frau Annemarie Wicher**

**22.3.1934 – 27.2.2014**

Mit Frau Annemarie Wicher verliert die PPO eine  
Unterstützerin, Förderin und Freundin.

Ihrer Hartnäckigkeit und ihrer Entschlossenheit ist es zu verdanken, dass es die PPO in dieser Form gibt. Durch ihr Engagement kamen 2003 zum Bereich der Krankenanstalten auch die Agenden einer Pflegeombudsschaft dazu. Das sind zwei Bereiche, die zusammengehören und unzählige Überschneidungen haben.

Viele der Verbesserungen, die in den letzten zehn Jahren im Bereich der Pflegeheime, Pflegeplätze und Mobilen Dienste erfolgten, sind auf Frau Annemarie Wicher zurückzuführen und haben ihren Ursprung bei dieser Vordenkerin, die ihrer Zeit stets voraus und eine großartige Frau war.

## 19 Die Pflegeombudsschaft

Seit dem Bestehen der Pflegeombudsschaft konnten viele Verbesserungen für Menschen, die die Dienste von Pflegeheimen, Pflegeplätzen und Mobilen Diensten in Anspruch nehmen, erzielt werden. Von Beginn an war ein wesentlicher Teil der Anforderungen an die Pflegeombudsschaft die Bearbeitung rechtlicher Fragen zu Heimverträgen mit unklaren Formulierungen und daraus resultierenden Schwierigkeiten. Bereits damals empfahl die PPO einen Musterheimvertrag für das Land Steiermark.

2006 kam es zur Vertragsgestaltung (Landesvereinbarung) zwischen dem Land Steiermark und den Pflegeheimbetreiber/innen. Die PPO klärte in unendlich vielen Beratungen und rechtlichen Stellungnahmen die Bewohner/innen, deren Angehörige und viele Führungskräfte über den Vertragsinhalt auf. Mit Prof. Dr. Michael Ganner war es möglich einen Musterheimvertrag zu entwickeln und ihn kostenfrei Betroffenen, Betreibern und Interessierten zur Verfügung stellen zu können.

Im Bereich der Pflegeheime konnten Verbesserungen beim Personalschlüssel, bei der Qualifikation der Pflegedienstleitung nach §72 GuKG und die Einführung einer Heimleitung erreicht werden.

Zur Überprüfung der Pflegeeinrichtungen wurden Amtspflegepersonen eingeführt. Im Verlauf der letzten Jahre wurde die Anzahl der Amtspflegepersonen erhöht. Sie erhielten diverse Qualifizierungsmaßnahmen und wurden einer berufs eigenen Referatsleitung unterstellt. Zusätzlich wurde vom Land Steiermark in Zusammenarbeit mit der Karl-Franzens-Universität Graz ein Universitätskurs zur Qualifizierung von Amtspflegefachkräften durchgeführt.

Im Jahr 2007 wurde die Kontrolle der Pflegeheime auf zweimal jährlich festgelegt. Als der PPO 2009 bekannt wurde, dass in 60% der Pflegeheime nur eine und in 23% aller Pflegeheime überhaupt keine Kontrolle stattgefunden hatte, wurde ersichtlich, dass die Bezirksverwaltungsbehörden dafür nicht

ausreichend Personal zur Verfügung hatten. Die PPO griff diesen Missstand auf und inzwischen ist es möglich die Kontrollen gesetzeskonform durchzuführen.

Schon 2003 bei den ersten Besuchen von Pflegeplätzen durch die Pflegeombudsfrau, fiel auf, dass in einzelnen Fällen bis zu acht, zum Teil schwer pflegebedürftige Menschen wohnhaft waren und von einer einzigen Person Tag und Nacht betreut wurden. Auffällig war auch, dass die Versorgung häufig nicht den pflegerischen Anforderungen entsprach.

Gesetzlich geregelt wurde, dass – wenn bei Bewohner/inne/n pflegerische Tätigkeiten nach GuKG notwendig werden – die Pflegeplatzbetreiber/innen verpflichtet sind, diplomiertes Gesundheits-und Krankenpflegepersonal in Anspruch zu nehmen und einen Nachweis darüber zu erbringen. Dadurch konnte eine verbesserte pflegerische Versorgung eingeleitet werden.

Lange beschäftigte die Pflegeombudsschaft auch die Qualifizierung und rechtliche Voraussetzungen auf Pflegeplätzen. Die Novellierungen des Stmk. Pflegeheimgesetzes (StPHG 2003)<sup>1</sup> von 2003 bis 2008 haben dazu geführt, dass Pflegeplätze bewilligungspflichtig und die Voraussetzungen zur Führung eines Pflegeplatzes geändert wurden, sodass der/die Pflegeplatzbetreiber/in, als Mindest-Anforderung, zum/zur Fachsozialbetreuer/in mit Spezialisierung „Altenarbeit“ qualifiziert sein muss. Durch die Qualifizierung wurde auch die berufsrechtliche Dokumentationspflicht tragend. Nicht zuletzt durch diese neuen Anforderungen hat sich die Anzahl der Pflegeplätze wesentlich verringert.

---

<sup>1</sup> StPHG 2003, LGBl. Nr. 77/2003 idF. LGBl. Nr. 177/2013

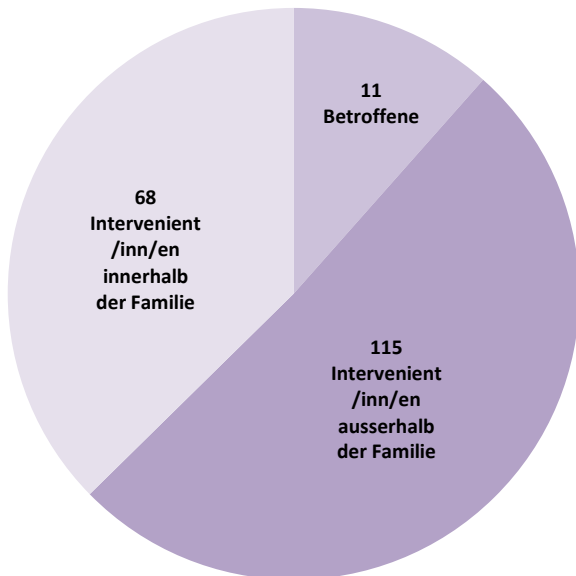
## 20 Entwicklung der Geschäftsfälle

Wie aus der Statistik der Geschäftsfälle zu ersehen ist, gab es in den letzten zwei Jahren eine leichte Steigerung bei der Anzahl der Fälle. Zusätzlich wurden mehrere Fälle im Rahmen unserer „Sprechtage in Pflegeheimen“ direkt vor Ort mit den Bewohner/inne/n, Angehörigen und den Mitarbeiter/inne/n bearbeitet und konnten teilweise einer Lösung zugeführt werden. Diese wurden nicht im Einzelnen in der Statistik erfasst.

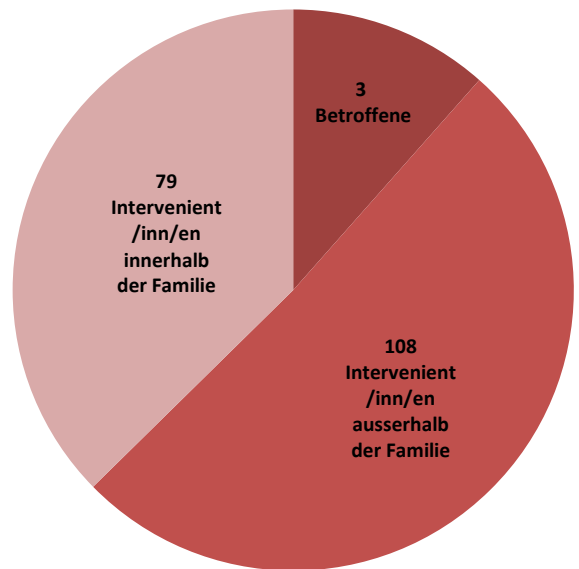
### 20.1 Zahlenmäßige Darstellung der Geschäftsfälle 2012 und 2013

Berichts-jahr	Antrag-steller/in	mit Neu-an-liegen	davon Pflege-heime	davon Pflege-plätze	davon Mobile Dienste	davon Recht/Sonstiges/Sprechtage ab 2011
<b>2009</b>	215	<b>218</b>	138	1	6	73
<b>2010</b>	201	<b>201</b>	119	7	14	61
<b>2011</b>	182	<b>182</b>	118	2	4	58
<b>2012</b>	194	<b>194</b>	151	2	4	37
<b>2013</b>	190	<b>190</b>	119	3	6	62

**Anzahl der Antragsteller/innen  
2012  
Insgesamt: 194**

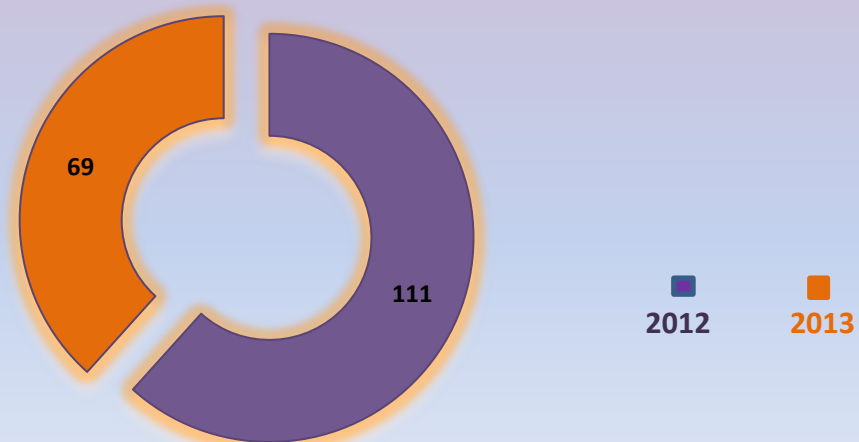


**Anzahl der Antragsteller/innen  
2013  
Insgesamt: 190**



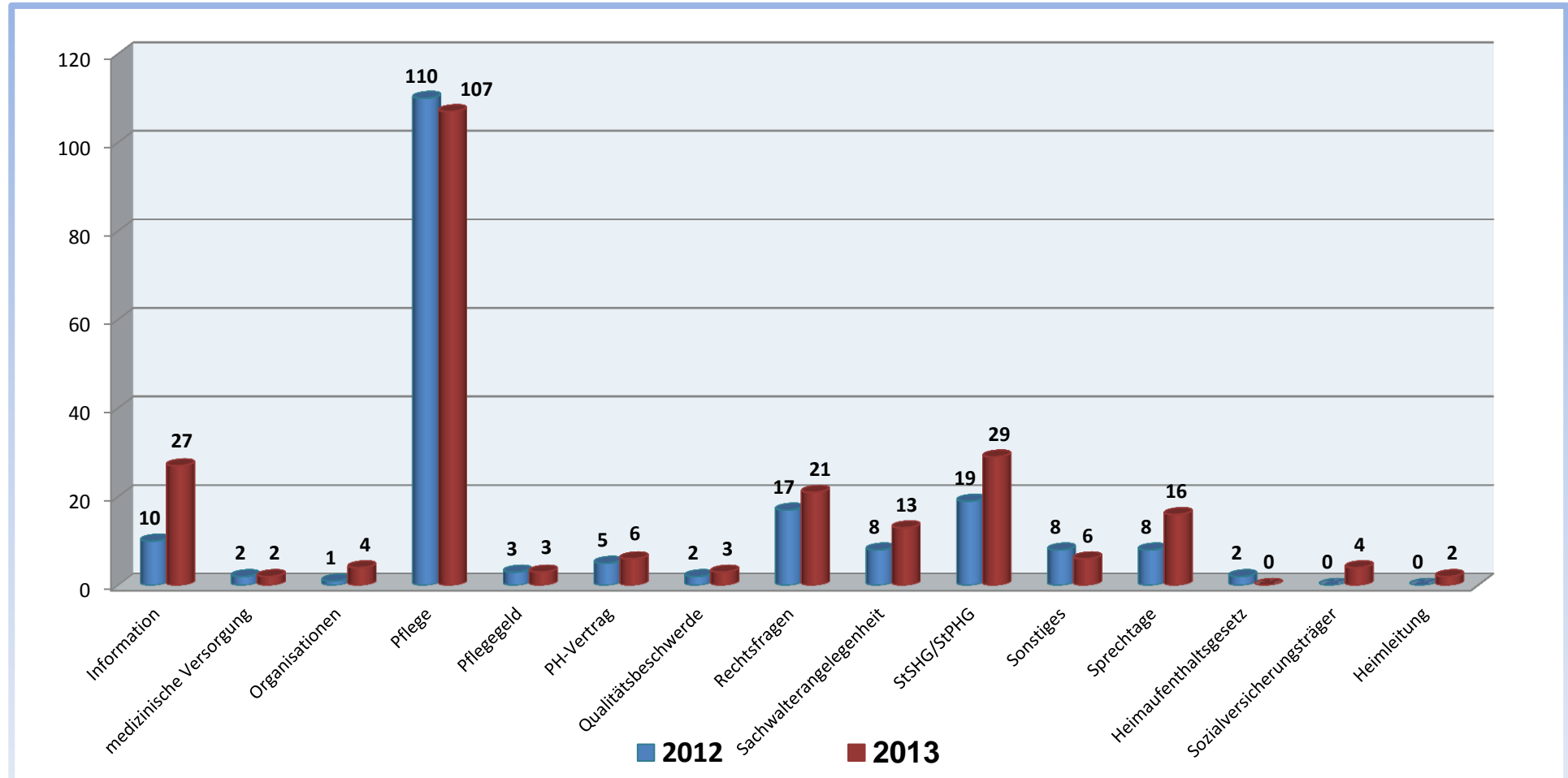
Auch eine Steigerung der Beratungen, die keiner Geschäftszahl zuzuordnen sind, ist feststellbar. Angehörige, Betroffene oder Mitarbeiter/innen aus Pflegeeinrichtungen nehmen Kontakt zur PPO mit verschiedenen Anfragen zu Pflege und Recht auf und sehr oft wenden sich dieselben Personen mit einer anderen Fragestellung nach vielen Monaten wieder an die PPO.

**Beratungen, die keiner Geschäftszahl zugeordnet wurden**



## 20.2 Graphische Darstellung der Vorbringen

### 20.2.1 Zuordnung der Vorbringen im Bereich der Pflegeheime, Pflegeplätze und Mobilen Dienste 2012 und 2013





## 21 Mobile Pflege- und Betreuungsdienste

Die Beschwerden, die im Bereich der Mobilen Pflege- und Betreuungsdienste an die PPO gerichtet werden, betreffen selten die Thematik „Pflege und Betreuung“. Vielmehr geht es um finanzielle Fragen wie z.B.:

„Kann ich mir die mobilen Dienste überhaupt leisten und wenn ich mich für die mobilen Dienste entscheide, kann ich mir dann meinen Lebensalltag überhaupt noch leisten?“

### Finanzierung der mobilen Dienste

Die Förderungsmittel zur Erbringung der Dienste werden seitens der öffentlichen Hand durch das Land Steiermark und der Wohnsitzgemeinde der Klient/inn/en bereitgestellt. Darüber hinaus haben die Klient/inn/en einen Selbstkostenanteil zu erbringen.

Das Land fördert die Trägerorganisationen (TO), basierend auf den aktuellen Bedarfs- und Entwicklungsplan und entsprechend der Förderungsrichtlinien des Landes.

Gemäß dem Steiermärkischen Sozialhilfegesetz (SHG) haben die Gemeinden die Mobilen Pflege- und Betreuungsdienste zu gewährleisten und die Trägerorganisationen diese Dienste zu erbringen.

Die jeweiligen Vertragsvereinbarungen zwischen Gemeinden und den Trägerorganisationen sind unterschiedlich gestaltet. Einheitlich ist nur die jährliche Valorisierung der Tarife. Bei den Klient/inn/en führt dieser Umstand immer wieder zu Ungleichbehandlungen auf verschiedenen Ebenen und gibt Anlass zur Beschwerde.

Die folgenden Ausführungen sollen verdeutlichen, wie unterschiedlich die Bedingungen für Klient/inn/en von mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten sein können.

## 21.1 Der Gemeindeanteil

... und mögliche Varianten:

- Eine Beispielgemeinde zahlt für Klient/inn/en bis zu maximal zehn Stunden/Monat für den Pflege- und Betreuungsaufwand. Das bedeutet, falls eine Person 15 Stunden/Monat braucht, werden diese fünf „Mehrstunden“ den Klient/inn/en verrechnet. Für diese fünf Stunden entfällt der Gemeindeanteil und der/die Klient/in wird zum/zur „Selbstträger/in“ d.h. der Person wird zum Selbstkostenanteil auch der Anteil der Gemeinde verrechnet.
- Das Stundenkontingent einer anderen Gemeinde ist geringer, als das Stundenkontingent des Landes. Tritt nun der Fall ein, dass das Stundenkontingent der Gemeinden ausgeschöpft ist, kann die Trägerorganisation eine Betreuung oder Betreuungserweiterung ablehnen. Führt sie die Betreuung weiter, muss sie den Gemeindevorschuss selbst übernehmen, oder sie überträgt die Kosten auf die Klienten/inn/en, was oft der Fall ist.

**So war das vorgegebene Stundenkontingent für 2013 von einigen Gemeinden vor dem Jahresende ausgeschöpft und für die noch verbleibende Zeit im Jahr noch ein Betreuungs- und Pflegebedarf von mehr als 11.000 Stunden für Klient/inn/en einer Trägerorganisation gegeben.**

- In einer Gemeinde erfolgten die Abrechnungen nur über Heimhilfestunden. Andere Leistungen (Diplomiertes Pflegepersonal, Pflegehilfe) mussten von den Klient/inn/en als Selbstträger übernommen werden.

**Laut einer Trägerorganisation gibt es bis zu fünf unterschiedliche Vereinbarungen mit den dazugehörigen Gemeinden.**

### **21.1.1 Fallbeispiel: Erschöpfter Gemeindeanteil**

Im September 2013 war das Jahresstundenkontingent einer Gemeinde erschöpft und die Klient/inn/en wurden aufgefordert auch den Gemeindeguss zu übernehmen.

So zahlte eine Dame von Jänner bis September den Selbstkostenanteil von ca. €340.- monatlich. Sie wurde im September durch ein Schreiben von der Trägerorganisation informiert, dass die Gemeinde ab Oktober den Gemeindeanteil für das restliche Jahr nicht mehr übernehmen könne. Dadurch erhöhte sich der Selbstkostenanteil für sie ab September auf €509.- monatlich. Sollte diese Erhöhung über einen längeren Zeitraum bestehen bleiben, könne sie sich die für sie so notwendigen mobilen Dienste nicht mehr leisten.

Die PPO wurde darüber informiert, dass ungefähr 40 Personen aufgrund dieses Umstandes für den Gemeindeanteil von Oktober bis Dezember selbst aufkommen müssen.

Von diesen Personen haben laut unserer Kenntnis sechs einen Antrag auf Sozialhilfe zur Sicherung des täglichen Lebensbedarfs gestellt.

#### **Nachfrage der PPO bei der Bezirksverwaltungsbehörde:**

Die Recherche ergab, dass die Sozialhilfe dafür keine Zuständigkeit habe. Mobile Dienste werden von den Gemeinden bereitgestellt und sind über diese abzurechnen.

Aus dem Pflegefonds fließen über den Sozialhilfeverband (SHV) Mittel an die Gemeinden zur Kostenübernahme des Gemeindeanteils.

Von der zuständigen Fachabteilung wurde der PPO die Auskunft erteilt, dass ein Antrag von der Sozialhilfe (SH) abzulehnen sei, weil es sich um keine unvorhersehbare Notlage handle.

Wenn die Gemeinde sich (vorübergehend) aus dem Gemeindeanteil zurückzieht (z.B. beschränkte Mittel sind im September zu Ende) und die

Klient/inn/en im Vorfeld informiert wurden, müssten die Klient/inn/en die Pflege und Betreuung an ihre finanziellen Möglichkeiten anpassen. Das bedeutet, ist diese nicht mehr leistbar, müsste der/die Klient/in die Einstellung oder Kürzung der Dienste veranlassen.

Die Gemeinden sind verantwortlich für die zur Verfügungsstellung der Mobilen Dienste. Würden sie sich **ohne** Vorankündigung aus dem Gemeindegeldanteil zurückziehen und dabei der/die Klient/in in eine Notlage geraten, wäre ein Antrag an die SH positiv zu bearbeiten, weil es ein unverschuldetes bzw. unvorhersehbares Ereignis wäre. Allerdings wäre **dann** die SH veranlasst, das Geld über Regressforderung bei der Gemeinde einzufordern.

Sollte die Angebotsplanung der Gemeinden die Ursache dafür sein, müsste dies vom Gesundheitsressort geprüft und geklärt werden.

**Die PPO vermutet Handlungsbedarf unter anderem zu folgenden Punkten:**

- 1) Notwendigkeit einer einheitlichen Neuregelung der Finanzierung der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste, die sich vorrangig am Pflege- und Betreuungsbedarf der Menschen orientiert.
- 2) Die betroffenen Personen sollen zu ihrem Eigenanteil nicht auch noch den Anteil der öffentlichen Hand übernehmen müssen.
- 3) Vertrags- und Rechtssicherheit bzgl. der für die Klient/inn/en zu erwartenden Kosten für die Betreuung.

**Als besonders schwerwiegend hält die PPO fest:**

Menschen die zuhause leben und Pflege- und Betreuung brauchen, werden von der öffentlichen Hand im Stich gelassen, wenn vor Ende des Jahres der Gemeindeanteil aufgebraucht ist.

## **21.2 Gemeindeanteil abhängig vom Hauptwohnsitz?**

Mobilität hat einen hohen Stellenwert in der heutigen Gesellschaft. Das trifft auch für pflegebedürftige Menschen zu. Diesen Teil ihrer Lebensführung zu erhalten – ob es sich dabei um zeitweilige Besuche bei Angehörigen oder Aufenthalte in Zweitwohnungen handelt – wird den Menschen durch nicht nachvollziehbare Regelungen von einigen Gemeinden erschwert.

Dazu zwei Fallbeispiele aus der Praxis:

### **21.2.1 Fallbeispiel 1: Haupt- und Zweitwohnsitz**

Die Gattin eines pflegebedürftigen betagten Mannes wandte sich an die PPO. Sie habe bereits alle möglichen Stellen kontaktiert, keiner könne ihr helfen. Ihr Gatte benötige die tägliche Unterstützung der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste. Wenn er in Graz bei seinem Hauptwohnsitz diese Dienste beanspruche, übernehme die Stadt Graz den Gemeindeanteil, nicht aber, wenn er sich in seinem Ferienhaus in einer anderen Gemeinde aufhalte. Auch die Gemeinde vom Zweitwohnsitz übernehme die Kosten nicht. Die Gattin verstand das nicht, ihr Mann habe in seiner aktiven Zeit viel für das öffentliche Leben beigesteuert und es bleibe jetzt das Gefühl in der Hilfsbedürftigkeit keine Unterstützung zu bekommen.

### **21.2.2 Fallbeispiel 2: Vorübergehender Aufenthalt bei Angehörigen**

Eine berufstätige Tochter berichtete: Ihre Mutter werde zuhause in ihrer eigenen Wohnung von mobilen Diensten betreut und diese Betreuung werde von der Gemeinde gefördert. Phasenweise wird die Mutter in der Wohnung der Tochter betreut, wo sie auch diese Dienste brauche. Die Mutter werde in beiden Wohnungen, die sich in zwei verschiedenen Gemeinden befinden, von demselben Pflege- und Betreuungsdienst versorgt, aber die mobilen Dienste würden bei der Betreuung in der Wohnung der Tochter (weil kein Hauptwohnsitz) keine Förderung erhalten. Diesen Anteil müsse die Mutter zusätzlich zu ihrem eigenen Kostenanteil selbst tragen. In der Wohnsitz-

gemeinde könne die Förderung nur dann erfolgen, wenn auch die Versorgung innerhalb der Gemeinde stattfände.

Ohne die Förderung könne sich die Mutter aber diese Dienste nicht leisten und damit würde die Möglichkeit zeitweise bei ihrer Tochter zu sein, sehr eingeschränkt.

**In beiden beschriebenen Fällen konnte letztendlich für die Klient/inn/en die Übernahme des Gemeindeanteils erreicht werden.**

Als zusätzliche Ungleichheit kommt für die Klient/inn/en hinzu, dass in der Stadt Graz und der restlichen Steiermark unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten bestehen.

Im Tätigkeitsbericht der PPO 2007 wurde bereits zum Thema Gemeindeanteil/Hauptwohnsitz über eine Stellungnahme vom Verfassungsdienst berichtet und durch die zuständige Abteilung des Landes bestätigt, dass sinngemäß die jeweilige Gemeinde, die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit sozialen Diensten sicherzustellen hat und nicht nur für jene Bürger/innen, die ihren Hauptwohnsitz in der Gemeinde haben.

### **21.3 Fallbeispiel: Unterschrift(en) am Betreuungsvertrag**

Die PPO wurde informiert, dass eine Angehörige aufgefordert worden wäre, unter den Betreuungsvertrag der Mutter auch ihre eigene Unterschrift zu setzen.

Die Mutter sei zwei Jahre von den mobilen Diensten zur vollsten Zufriedenheit versorgt worden. Sie wäre immer selbstbestimmt und eigenständig gewesen. Auch ihr Geld hätte sie selbstständig verwaltet.

Als die Mutter verstarb, sei kein Geld mehr vorhanden gewesen. Die Tochter habe die Kosten für das Begräbnis alleine aufbringen müssen und habe zudem eine offene Rechnung von fast €600 von den mobilen Diensten erhalten.

Laut Auskunft der involvierten Trägerorganisation werden Angehörige als Auftraggeber/innen immer gebeten, den Betreuungsvertrag mit zu unterschreiben, weil die Organisation nur das Einkommen und die Pflegegeldstufe (PGSt) prüfen darf. Verstirbt der/die Klient/in und hinterlässt z.B. kein Vermögen, wird der/die Angehörige zur Begleichung der offenen Rechnung herangezogen.

Auch wenn es sich lt. Arbeiterkammer dabei um keine klassische Bürgschaft handelt, fühlen sich Angehörige oft verpflichtet diese Schulden zu übernehmen.

**Im konkreten Fall einigte man sich auf die Hälfte des Betrages.**

#### **21.4 Fallbeispiel: Erhöhter Betreuungsbedarf**

Verschlechtert sich der Gesundheitszustand eines Klienten/einer Klientin, was einen erhöhten Betreuungsbedarf und höhere Kosten bedeutet, stellt sich das generell als Problem dar.

Wenn der/die Klient/in mit den Angehörigen die Kosten nicht übernehmen kann oder es gibt keine Angehörigen, würden lt. informeller Auskunft die mobilen Dienste mit dem zuständigen Hausarzt sprechen, um eine Einweisung ins Krankenhaus zu veranlassen. Vom Krankenhaus wird dabei meist nachfolgend eine Entlassung ins Pflegeheim organisiert.

Ein niedriges Einkommen scheint bei Pflegebedürftigkeit ein Garant dafür zu sein, ohne Wahlmöglichkeit in ein Pflegeheim zu kommen.

Aus Sicht der PPO ist es unzumutbar und eines Sozialstaates unwürdig, dass pflege- und betreuungsbedürftige Menschen, die zuhause leben möchten, dazu gebracht werden aus finanziellen Gründen in ein Pflegeheim wechseln zu müssen. Zusätzlich wird festgehalten, dass die stationäre Versorgung im Vergleich zur mobilen eine deutlich teurere Variante der Versorgung darstellt.

## **22 24-Stunden-Betreuung**

Im Bereich der 24-h-Betreuung hat sich etabliert, dass Personenbetreuer/innen aus Nachbarländern von Vermittlungsagenturen vermittelt werden. Die Vermittlungsagenturen konzentrieren sich hauptsächlich auf die Vermittlung. Weiterhin bestehen hier Hürden und Missverständnisse auf die die PPO immer wieder von betroffenen Menschen oder involvierten Organisationen aufmerksam gemacht wird.

Obwohl die PPO (und auch andere Organisationen) dazu keinen gesetzlichen Auftrag zur Bearbeitung von Beschwerden hat, wird der vorliegende Tätigkeitsbericht wieder zum Anlass genommen einige Punkte aufzuzeigen.

### **22.1 Fallbeispiel: Pflegemängel**

Eine Mitarbeiterin eines Mobilen Pflege- und Betreuungsdienstes teilte der PPO Folgendes mit:

Immer wieder käme es vor, dass die Mobilen Pflege- und Betreuungsdienste im Rahmen ihrer Tätigkeit auf Situationen stoßen, wo Klient/inn/en primär durch Personenbetreuer/innen unterstützt werden und gravierende Pflegemängel bzw. Pflegefehler durch die hinzugezogenen Mobilen Dienste festgestellt werden. Die Mängel, wie Druckgeschwüre, Mangelernährung, Austrocknen u.ä. würden einen Krankenhausaufenthalt für den zu Pflegenden oder eine intensivere Betreuung durch die Mobilen Dienste zur Folge haben.

Obwohl ein Schaden für die pflegebedürftige Person aufgetreten sei, bleibe dies weitgehend ohne Konsequenzen für die vermittelnden Organisationen, weil sie keinerlei Haftung für die Dienstleistungen der von ihnen vermittelten Personen übernehme.



Von Anzeigen durch Betroffene und/oder deren Angehörigen gegenüber den Personenbetreuer/innen werde eher Abstand genommen, um diese nicht in Schwierigkeiten zu bringen.

Die PPO ist der Meinung, dass es sich hier weitgehend um einen Graubereich handelt. Unter der Prämisse, dass kostengünstig eine „rund um die Uhr Betreuung“ für Menschen zuhause organisiert wird, leidet oft der betroffene schutz- und pflegebedürftige Mensch, weil die qualitative Versorgung nicht gesichert ist.

### **Auszüge aus weiteren Themen:**

#### **Vertragsprobleme:**

Gegen Bezahlung einer hohen Vermittlungsgebühr bekommen pflegebedürftige Menschen von den Agenturen nur zwei bis drei Adressen von Personenbetreuer/inne/n für den Zeitraum eines Jahres zur Verfügung gestellt.

#### **Keine Förderung für die 24-Stunden-Betreuung:**

Manche Vermittlungsagenturen würden die Erfüllung aller notwendigen Voraussetzungen für eine Förderung versprechen, aber nicht einhalten. Damit würden die Förderungsmittel wegfallen und die Betreuung für die Betroffenen teurer.

#### **Bedingungen für die Personenbetreuer/innen:**

In einigen Fällen würden wichtige Dokumente nicht übersetzt, Gewerbescheine nicht ausgestellt und Versicherungsbeiträge nicht einbezahlt werden. Personenbetreuer/innen würden schlecht bezahlt werden und teilweise kaum Deutsch sprechen.

Beim Auftreten von Schwierigkeiten würden sie sich schnell im Nachteil befinden und für die hohe Anforderung wären sie oftmals nicht entsprechend ausgebildet.

Die Rahmenbedingungen (z.B. Wohnsituation, Arbeitsbedingungen, etc.) in den Familien seien für die Personenbetreuer/innen manchmal sehr fragwürdig.

Für die PPO gibt es gemäß ihrer Aufgabenstellung derzeit wenig Möglichkeiten die betroffenen Menschen zu unterstützen. Vertragsprüfungen werden jedenfalls von der Arbeiterkammer weiterbearbeitet.

**Als positive Entwicklung sieht die PPO, dass es einige gemeinnützige Organisationen gibt, welche Qualitätskontrollen und Hausbesuche durch Pflegepersonal als selbstverständlichen Teil ihres Angebotes durchführen.**

**Kritik und Empfehlung:**

**Aus Sicht der PPO wurden die Rahmenbedingungen vom Gesetzgeber zwar geschaffen, aber es fehlt an begleitenden Maßnahmen, wie z.B: Qualitätskontrollen, Pflegeberatung, Anlaufstellen, etc.**

**Wenn öffentliche Mittel Pflege möglich machen, muss diese auch in ihrer Qualität kontrolliert und geprüft werden.**

## 23 Betreutes Wohnen

Immer wieder werden an die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft unterschiedlichste Vorbringen zur Thematik „Betreutes bzw. Betreubares Wohnen“ gerichtet. Obwohl keine gesetzliche Zuständigkeit für die PPO besteht, wird versucht, die Menschen in ihren Anliegen zu unterstützen.

Zur Vorbereitung des neuen Pflege- und Betreuungsgesetzes wurden von der PPO Anregungen zu folgenden Punkten bei den zuständigen Abteilungen eingebracht:

### **Bauliche Struktur:**

Notwendig ist die Einbettung in eine Infrastruktur, damit z.B. ein Arzt/eine Ärztin, eine Apotheke oder ein Geschäft selbstständig erreicht werden können. Die Bauten müssen behindertengerecht, barrierefrei, entsprechend der Ö-Norm und sollten mit Balkonen ausgestattet sein.

### **Organisationsstruktur:**

Der Name „Betreutes Wohnen“ entspricht nicht den Erwartungen der Bewohner/innen und deren Angehörigen, da er eine Betreuung impliziert, die aber in der Form nicht geleistet wird. Eine Definition von Betreutem bzw. Betreubarem Wohnen und somit eine klare Abgrenzung zu den Organisationen „Pflegeheim/Pflegeplatz“ ist erforderlich, genauso wie die Verpflichtung des jeweiligen Trägers zu einer ausreichenden Haftpflichtversicherung, sowie die Einführung einer Leistungs- und Entgeltverordnung (LEVO).

### **Kriterien für Aufnahme und Verbleib:**

Die Kriterien für Betreutes Wohnen sollten mindestens enthalten, welche Leistungen angeboten und welche Klient/inn/en-Gruppen betreut werden können (alkoholranke Personen, psychiatrisch erkrankte Personen, demente Personen,...) und unter welchen Kriterien diese Personen nicht mehr betreut werden können. Diese Informationen sollten unter anderem mittels Checkliste für interessierte Personen vorab zur Verfügung gestellt werden.

Es ist erforderlich, aus den bereits bestehenden individuellen Mietverträgen sowie den Betreuungsverträgen einen gemeinsamen (Muster-)Vertrag - analog dem steirischen Pflegeheimvertrag – unter Berücksichtigung des Konsumentenschutzgesetzes (KSchG) zu gestalten.

### **Ziel des Betreuten Wohnens/Möglichkeiten und Grenzen:**

Das Leben in Betreutem Wohnen soll unter dem Aspekt des Normalitätsprinzips gefördert werden. Das bedeutet, eine Hausgemeinschaft mit altersgerechter Wohnsituation und Aktivierungsangeboten, welche die Bewohner/innen unterstützen können, ihren Lebensabend möglichst selbständig und sozial integriert zu verbringen, soll gegeben sein.

### **Finanzielle Aspekte:**

Die Kosten für Betreutes Wohnen müssen für Menschen, die einen Betreuungsbedarf haben, sozial gestaffelt und leistbar sein. Wenn das Einkommen einer Person etwas über der Mindestpension liegt, ist für diese das Betreute Wohnen schwer leistbar. Genauso schwierig erweist sich die Lage, wenn sich die betreute Person in der Einrichtung erholt und als Konsequenz das Pflegegeld herabgesetzt wird.

Kreative Verrechnungen von Zusatzleistungen, wie beispielsweise Aufschläge für Küchenmiete, Kellerabteil, SAT-Anlage, zentrumsnahe Lage oder Zimmer im Obergeschoss gehören ausnahmslos geregelt.

Einer Regelung bedarf es ebenso bei den konsumentenschutzrechtlich - bedenklichen Kosten wie z.B. Verwaltungskostenbeitrag, Einschreibgebühr, Vertragserrichtung, etc.

### **Dokumentation:**

Eine Dokumentation, die sich aus den Pflichten des Berufsrechtes ergibt, muss geführt werden.

**Personal:**

Zusätzlich zum qualifizierten Personal (dem/der Fachsozialbetreuer/in - FSB) müssen auch niederschwellige Dienste von anderen Personen bzw. Berufsgruppen (z.B. Hausmeister) für z.B. Einkaufen, Reparaturen, Vorhänge aufhängen, etc. angeboten werden können.

Mobile Dienste sollten auf Kosten des Landes in jedem Betreuten Wohnen Sprechstunden anbieten. Grundsätzlich sollte ein aufsuchender Zugang der verschiedenen Dienste wie z.B. Psychosozialer Dienste für die Bewohner/innen im Betreuten Wohnen erfolgen.

**23.1 Empfehlungen der PPO**

Die Strukturen für Pflege und Betreuung unterliegen einem Wandel, sodass Veränderungen in der Vielfalt der Einrichtungen und im Angebot notwendig sind. Wenn es in der Steiermark gelingt, Betreutes Wohnen so zu entwickeln, dass leistbare Wohn- und Betreuungsqualität dem Bedarf vieler Menschen mit niedriger Pflegegeldstufe gerecht wird, könnte die Lebensnormalität für die betroffenen Menschen länger erhalten bleiben und dadurch erreicht werden, dass weniger Kosten durch die öffentliche Hand zu leisten sind.

Aus Sicht der PPO ist es dringend notwendig, „Betreutes Wohnen“ zum Schutz der Bewohner/innen zu definieren und die Betriebs- und Verfahrensbestimmungen im StPHG zu regeln. Ebenso eine Aufnahme in die Leistungs- und Entgeltverordnung (LEVO) mit Kontrollpflicht durch die Behörden ist angezeigt, sowie eine Regelung analog der Personalausstattungsverordnung.

### **23.2 Fallbeispiel 1: Verkaufsveranstaltungen**

Die PPO wurde informiert, dass in einer Einrichtung von Betreutem Wohnen eine Verkaufsveranstaltung für Matratzen durchgeführt wurde.

Eine Bewohnerin kaufte sich eine Matratze obwohl ihre Matratze nicht einmal ein Jahr alt war. Nur der Aufmerksamkeit ihres Angehörigen ist es zu verdanken, dass sie gemäß §3 Konsumentenschutzgesetz (KSchG) rechtzeitig vom Kauf zurücktreten konnte.

Diese Verkaufsveranstaltungen seien grundsätzlich an ältere Personen gerichtet und die Verkäufer/innen sehr wortgewandt und trickreich geschult.

Aus Sicht der PPO darf es nicht erlaubt sein, dass Verkaufsveranstaltungen dieser Art in den Räumlichkeiten von Betreutem Wohnen stattfinden und somit schutzbedürftige Menschen den Praktiken solcher Firmen ausgesetzt werden. Mit der Verwendung des Gemeinschaftsraumes für derartige Veranstaltung wird den Bewohner/inne/n eine Sicherheit vermittelt, die so nicht gegeben ist.

### **23.3 Fallbeispiel 2: Betreutes Wohnen soll aufgelöst werden**

Die Angehörige einer Bewohnerin (in der Folge wird die Bewohnerin NN genannt) wandte sich im September 2013 mit folgendem Anliegen an die PPO:

NN wohne seit Dezember 2012 in einer Betreuten Wohnen Einrichtung. Nun ist die Gemeinde an NN herangetreten und habe einen Umzug in eine Einrichtung in eine sieben Kilometer entfernte Ortschaft vorgeschlagen. NN möchte das nicht und bat die PPO um Hilfe.

NN ist über 90 Jahre alt und bezieht Pflegegeldstufe 1. In der Einrichtung leben mit NN noch fünf weitere Bewohner/innen, die sich gut aneinander gewöhnt haben und das Angebot des Betreuten Wohnens gerne nutzen.

Bewilligt seien in der Einrichtung 16 Wohnungen. Die Gemeinde könne jedoch die bewilligten Wohnungen nicht füllen und aufgrund der geringen Anzahl

von Menschen in Betreutem Wohnen wurde die Betreuung der sechs Personen eingestellt (nicht rentabel) und schließlich deren Vertrag gekündigt.

Alle sechs Bewohner/inn/en dieser Einrichtung möchten sehr gerne in der bereits gut etablierten Gemeinschaft bleiben und fürchten sich vor einem Umzug.

Auf Nachfragen der PPO bei den Zuständigen der Gemeinde wurde mitgeteilt, dass sie sich um eine adäquate Lösung bemühen werden.

Einige Zeit später fragte die PPO bei der Angehörigen von NN nach, ob die Gemeinde, wie angekündigt, bereits eine Lösung gefunden habe. Die Angehörige teilte mit, dass sich der ursprüngliche Anbieter der Betreuungsleistung zurückgezogen habe und eine gemeinnützige Trägerorganisation die Betreuungsleistung übernommen habe. Dadurch konnten alle Bewohner/innen in Ihren Wohnungen und somit in der gewohnten Umgebung bleiben.

Trotz der positiven Entwicklung für diese Bewohner/innen stellt die PPO fest, dass es an manchen Standorten schwierig ist 16 Wohnungen an betreuungsbedürftige Menschen vermieten zu können. Die Anzahl der Wohnungen muss an die (Alters-)Struktur der Umgebung angepasst sein. Bedarfsplanungen sind für diese Wohnformen genauso unumgänglich, wie für den gesamten Pflege- und Betreuungsbereich.

## 24 Pflegeplätze

### 24.1 Psychiatrische Familienpflege

Die „Psychiatrische Familienpflege - PFP“ ist eine eigenständige Organisationseinheit der KAGes, in enger Zusammenarbeit mit der Landesnervenklinik Sigmund Freud (LSF).

Es handelt sich hierbei um ein Wohn- und Betreuungsangebot für Menschen mit psychisch chronischen Erkrankungen oder geistiger Behinderung, die bei (von der PFP) ausgewählten Familien – als Alternative zum Pflegeheim – leben.

Die Bewohner/innen und die Familien werden grundsätzlich vor Ort von einem interdisziplinären Team betreut und fachlich begleitet. Voraussetzung der Finanzierung ist, dass die/der Betroffene die ganzheitliche Deckung des Lebensbedarfs über die Sozialhilfe beanspruchen kann.

Für die Einstufung der Betreuung auf den Pflegeplätzen stehen drei Kategorien zur Verfügung. Die jeweilige Einstufung erfolgt durch das Team der psychiatrischen Familienpflege.

Seit der Novelle des StPHG 2013<sup>2</sup> werden psychiatrische Familienpflegeplätze behördlich bewilligt.

Im Dezember 2012 wurde die PPO von der Psychiatrischen Familienpflege informiert, dass bei zwei Bewohner/inne/n die Psychiatrische Familienpflege eingestellt wurde.

#### 24.1.1 Fallbeispiel 1: Vertrag mit Psychiatrischer Familienpflege

Der Bewohner (in der Folge NN) lebte seit vielen Jahren auf einem psychiatrischen Pflegeplatz und wurde von der PFP betreut. Die Verträge der Psychiatrischen Familienpflege wurden innerhalb der KAGes neu gestaltet

---

<sup>2</sup> LGBl. Nr. 177/2013



und dabei fiel auf, dass im Fall des Herrn NN kein schriftlicher Vertrag zwischen PFP und der Familie bestand.

Die Errichtung des schriftlichen Vertrags gestaltete sich derart schwierig, sodass sie letztendlich scheiterte und kein Vertrag zustande kam. Die Betreuung durch die PFP wurde eingestellt.

Der PPO wurde von der Psychiatrischen Familienpflege mitgeteilt, dass der Bewohner auch ohne die fachliche Begleitung der PFP in dieser Familie bleiben kann. Die Familie berichtete, dass Herr NN durch die langjährige Beziehung als Teil der Familie gesehen wird. Lediglich die finanzielle Versorgung sei weggefallen und stelle sich als Problem dar. Die Familie habe sich deshalb bereits zwecks Mindestsicherung an die BezVerBeh gewandt.

Bei späterem Nachfragen wurde der PPO mitgeteilt, dass für Herrn NN die Mindestsicherung gewährt worden war und er ohne finanzielle Sorgen in der Familie bleiben kann.

#### **24.1.2 Fallbeispiel 2: Wechsel des psychiatrischen Pflegeplatzes**

Eine Bewohnerin (in der Folge NN) lebte bereits seit acht Jahren in Betreuung der PFP auf einem psychiatrischen Pflegeplatz. Im Laufe der Zeit hatte sich die Familie so verändert, dass nur noch die Pflegeplatzbetreiberin mit der Bewohnerin vor Ort lebte.

Die Pflegeplatzbetreiberin wandte sich an die PPO, da NN nach einem Krankenhausaufenthalt im LSF auf einen anderen psychiatrischen Pflegeplatz entlassen wurde. Sie war sehr verzweifelt, da die Bewohnerin nach der langen Zeit ein Teil ihrer Familie war und sie NN sehr vermisste. Die Pflegeplatzbetreiberin war auch die Sachwalterin von NN und dadurch habe sie sich verpflichtet gefühlt NN am neuen psychiatrischen Pflegeplatz zu besuchen.

Bei diesem Besuch kam es dazu, dass Frau NN mit „heimfahren“ wollte, selbstständig in das Auto stieg und dieses nicht mehr verlassen wollte. Die Psychiatrische Familienpflege sei sofort vom neuen Pflegeplatzbetreiber kontaktiert und ein Arzt wäre hinzugezogen worden. Dieser habe entschieden, dass Frau NN vorerst wieder mit zurück an ihren früheren Pflegeplatz fahren solle.

Die Psychiatrische Familienpflege habe jedoch den Vertrag mit der Pflegeplatzbetreiberin gekündigt, sie wisse nicht wie es weitergehen solle.

Zeitgleich informierte der Leiter der Psychiatrischen Familienpflege die PPO darüber, dass der Vertrag mit der Pflegeplatzbetreiberin beendet wurde, da in der vorangegangenen Zeit viele Krisensituationen aufgetreten seien und ein Wechsel des Pflegeplatzes aus Sicht der Psychiatrischen Familienpflege unumgänglich war.

In dieser schwierigen Situation, in der keine einfache Entscheidung getroffen werden konnte, bedurfte es viel Fingerspitzengefühl von Seiten der PPO, wobei immer der Fokus auf das Wohl von Frau NN gerichtet war. Nach einer Anzahl von Gesprächen, Gutachten, Behörden- und Gerichtskontakten etc. durch die PPO, verblieb Frau NN letztendlich, was auch ihr Wunsch war, auf dem ursprünglichen Pflegeplatz. NN wird nun von einem niedergelassenen Facharzt mitbetreut.

Einige Zeit später wurde der PPO von der Pflegeplatzbetreiberin rückgemeldet, dass es zu keinen weiteren Krisen mehr gekommen war und es Frau NN gut gehe.

## **24.2 Fallbeispiel: Betreutes Wohnen oder illegaler Pflegeplatz?**

Ein Fall, der die PPO bereits seit 2010 beschäftigt und in den Tätigkeitsberichten 2010 und 2011 ausführlich dargelegt wurde, beschäftigte die PPO auch weiterhin. Wie auch in den letzten TBs wird der komplexe Fall an dieser Stelle zusammenfassend nochmals wiederholt, bevor mit der Fortsetzung begonnen wird:

Im Jahr 2010 wurden in der Einrichtung auf schwer pflegebedürftige Menschen, die nicht adäquat versorgt seien, aufmerksam gemacht. Bei dem Versuch der BezVerwBeh die Einrichtung zu kontrollieren, wurde diese nicht eingelassen und es stellte sich heraus, dass es sich weder um ein bewilligtes Pflegeheim, noch um einen bewilligten Pflegeplatz handelte.

Es folgten Kontakte mit der zuständigen Fachabteilung, der Polizei und letztendlich der Staatsanwaltschaft (STA).

Mehrere Verwaltungsverfahren wurden eingeleitet, die sich über das gesamte Jahr 2011 hinauszogen.

### **2012:**

Erst im Jänner 2012 wurde uns mitgeteilt, dass das Verwaltungsstrafverfahren abgeschlossen sei. Die Weitergabe der Ergebnisse müssten jedoch mit der vorgesetzten Dienststelle abgeklärt werden. Eine Rückmeldung an die PPO ist jedoch nie erfolgt.

Ende Februar 2012 wandte sich erneut die Bewohnervertretung an die PPO mit der Information, dass dieselbe Bewohnerin, wie schon im Juli 2010 beschrieben, nach wie vor fixiert sei und eine unzureichende pflegerische Versorgung vermutet werde.

Am 1. März 2012 ersuchte die PPO um eine Überprüfung der Pflege der nicht äußerungsfähigen und pflegeabhängigen Bewohnerin (vermutlich Pflegestufe 6) durch die BezVerwBeh. Auch hier erfolgte keine Rückmeldung an die PPO. Da von Seiten der BezVerwBeh bisher kein weiterer Kontakt mehr zur PPO aufgenommen wurde, sah sich die PPO im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung veranlasst die Volksanwaltschaft (VA) um Prüfung des Falles zu ersuchen.

Am 20.11.2012 wurde vonseiten der PPO mit der VA Kontakt aufgenommen und diese darüber informiert, dass die STA das Verfahren eingestellt habe. Die BezVerwBeh sei nicht untätig gewesen, komme aber aufgrund der gesetzlichen Regelungen nicht weiter. Jedenfalls werde die VA die Organisation „OPCAT“ über den Fall informieren.

**2013:**

Im Juli 2013 teilte die BezVerwBeh auf Anfrage mit, es habe eine Überprüfung gegeben, den Rechtsanwalt der Pflegeeinrichtung habe man auf den Umstand einer illegalen Pflegeeinrichtung hingewiesen.

Die Behörde habe ein Verwaltungsstrafverfahren, eine Überprüfung nach GuKG und eine baubehördliche Prüfung eingeleitet.

Die Baubehörde habe festgestellt, es gäbe keine Benützungsbewilligung, die Benützung als Pflegeheim wurde untersagt. Es gäbe noch eine Begutachtung mit der Fragestellung, ob die baulichen Gegebenheiten für Betreutes Wohnen geeignet sind.

**Die Problematik sei, dass das StPHG die Schließung einer nicht bewilligten Einrichtung nicht vorsehe, auch wenn diese organisatorisch als solche geführt werde und deshalb die Behörde dahingehend auch nicht tätig werden könne.**

Es könne darauf hinauslaufen, dass sich die Betreiberin ausschließlich auf Vermietung zurückziehe und die Betreuung an mobile Dienste oder andere Personen/Organisationen ausgelagert werde.

Zeitgleich wurde von der Betreiberin eine Annonce (Internet, Arbeitsplätze EU) für einen/eine Heimhelfer/in geschaltet.

Am Ende des Jahres 2013 erfuhr die PPO, dass es keine neuen Entwicklungen gab.

Wie schon im TB 2011 ausgeführt, ist es aus Sicht der PPO höchst an der Zeit, in dieser und ähnlichen Einrichtungen, wo schwerstpflegebedürftige Menschen versorgt werden, rechtliche Regelungen einzuführen, damit diese von den zuständigen Behörden kontrolliert werden können, um bei Notwendigkeit mit ausreichenden Sanktionsmöglichkeiten reagieren zu können.

**2014 Anfrage bei der Fachabteilung des Landes:**

Angestrebt werde jetzt (Jänner 2014) die Organisationsform Betreutes Wohnen: Jeder Bewohner benötige einen Mietvertrag mit der Betreiberin und einen Betreuungsvertrag mit einem mobilen Dienst oder Personen mit gleichwertigem Dienstleistungsangebot. Die Betreiberin dürfe in Zukunft keine Betreuungs-/Pflegedienste leisten.

Seit mehr als drei Jahren beschäftigt diese Pflegeeinrichtung sämtliche relevanten Einrichtungen des Landes und das Ergebnis ist eigentlich nur eine Fortführung des Betriebes unter anderen Vorzeichen.

Auch wenn das Wichtigste, eine gute Versorgung/Pflege für die Betroffenen, in dieser Zeit erreicht werden konnte, bleibt der schale Geschmack und die Sorge, dass die Vorgehensweise dieser Betreiberin Schule machen könnte. Durch „Betreutes Wohnen“ befindet sie sich außerhalb von Überprüfungsverordnungen und sie könnte zu einem späteren Zeitpunkt unbemerkt wieder in ihr altes Schema von Pflege und Betreuung zurückgehen.

**Die Volksanwaltschaft teilte der PPO mit:** *„Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die Betreiberin nun offensichtlich nach langwierigen Bemühungen, nunmehr ausschließlich auf die Vermietung der Zimmer beschränkt und keine Pflegeleistungen oder Freiheitsbeschränkungen vornimmt. Es ist allerdings bedauerlich, dass es trotz Ihren Bemühungen und Anstrengungen der VA und unter Einschaltung der Steiermärkischen Landesregierung und des Gerichtes, so lange gedauert hat, diesen rechtskonformen Zustand herbeizuführen.“*

**24.3 Empfehlung der PPO**

Das StPHG muss dementsprechend nachjustiert werden, damit es in Zukunft auch möglich ist, Pflegeeinrichtungen, die nicht den gesetzlichen Vorgaben entsprechen, behördlich mit Auflagen zu versehen und auch schließen zu können.

## 25 Pflegeheime

### 25.1 Heimärztin/Heimarzt

Die Anforderungen an Pflegeeinrichtungen in Bezug auf die medizinische Versorgung haben sich in den letzten Jahren stark verändert. Ein Anstieg der Alterserkrankungen und Multimorbidität, sowie der Grad der Pflegebedürftigkeit von Heimbewohner/inne/n haben sich erhöht. Ein Faktor für die hohe Pflegebedürftigkeit ist, dass die Aufnahme in ein Pflegeheim erst ab Pflegestufe 4 erfolgt, also für Personen, deren Pflegebedarf mehr als 160 Stunden monatlich beträgt (Restkostenübernahme durch das Land Steiermark ab Pflegestufe 4).

Weiters steigt der Anspruch nach spezieller medizinischer Fachkenntnis, wie beispielsweise Geriatrie und/oder Palliativmedizin.

In den steirischen Pflegeheimen wird die medizinische Versorgung durch die Hausärzte/Hausärztinnen nach dem Prinzip der freien Arztwahl gewährt. Wie im TB 2010 bereits beschrieben, ist eine medizinische Versorgung durch angestellte Ärztinnen/Ärzte in den steirischen PH als Heimärztinnen/Heimärzte anzudenken.

In anderen Bundesländern, wie z.B. in Niederösterreich, gibt es neben der Versorgung durch Hausärzte/Hausärztinnen auch Pflegeheime in denen angestellte Heimärzte/Heimärztinnen die Heimbewohner/innen medizinisch betreuen.

Es liegen bereits Forschungsarbeiten vor, die Auswirkungen auf die medizinische Betreuungsqualität durch angestellte Heimärzt/inn/e/n belegen.

**Es zeigte sich unter anderem, dass Bewohner/innen von Pflegeeinrichtungen mit einer/einem angestellten Heimärztin/Heimarzt weniger häufig in ein Krankenhaus transferiert werden und sofern sie dort stationär aufgenommen werden, Eintagesaufenthalte gravierend niedriger sind.**

Es wird auch beschrieben, dass Bewohner/innen weniger häufig in einem Krankenhaus versterben, wenn ein/e Heimarzt/Heimärztin in der

Pflegeeinrichtung angestellt ist. Es können sogar positive Auswirkungen auf die Dauermedikation nachgewiesen werden.

Die/Der Heimärztin/Heimarzt ist bei einer Anstellung täglich oder je nach Vereinbarung, an gewissen Tagen im Pflegeheim präsent.

Das Tätigkeitsprofil sieht die/den Heimärztin/Heimarzt, unter Berücksichtigung der freien Arztwahl, auch als behandelnde/n Ärztin /Arzt vor.

Die/Der Heimärztin/Heimarzt hat als behandelnde/r Ärztin/Arzt direkte bewohnerbezogene Aufgaben wie z.B:

- Visiten, Beurteilung der physischen und psychischen Veränderungen, Verlegung in eine andere Einrichtung und **gegebenenfalls Behandlung**.
- Anordnungen zur Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen im Sinne von §15 GuKG, sowie auch Anordnung und Aufhebung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen nach HeimAufG, etc.
- Regelmäßige Kontakte zu den Heimbewohner/innen, den Angehörigen, Vertrauenspersonen, bzw. gesetzlichen Vertretern.

### **Eine Heimärztin (mit 15 jähriger praktischer Erfahrung) berichtet über die Anforderungen an eine/n Heimärztin/Heimarzt:**

Die Ansprüche der letzten Jahre sind, unter anderem durch die Aufnahme der Heimbewohner/innen ab Pflegestufe 4 und durch die verkürzten Krankenhausaufenthalte, gestiegen. Das heißt, dass die Betreuung intensiver und die Visitenintervalle somit geringer wurden. Vermehrt sind in Pflegeeinrichtungen durch die Möglichkeit der Kurzzeitpflege auch rehabilitative Maßnahmen notwendig geworden. Die Zunahme der alterstypischen Krankheitsbilder erschwert bzw. verkompliziert die Abgrenzung zu anderen Krankheitsbildern. Spezielle Fachkenntnis ist daher unbedingt notwendig. Palliativmedizin und -pflege erfordern am Lebensende oft mehrmals täglich Visiten, sowie viele Gespräche mit den Angehörigen und dem pflegenden Team. Vermehrt sind ethische Entscheidungen (PEG-Sonde, KH-Einweisung am Lebensende, Pat.-Verfügung) notwendig, die mitgetragen werden müssen.

## 25.2 Mehrbettzimmer

Gemäß dem Gesetz über die Pflege und Betreuung in Pflegeheimen und auf Pflegeplätzen (StPHG) wurde in den in §22 (1) Übergangsbestimmungen für Pflegeheime angeführt, wonach bestehende Drei- oder Mehrbettzimmer bis längstens 31.12.2013 aufzulösen sind.

Laut Recherche der PPO gab es im Sommer 2013 noch vier Pflegeheime, die Drei- oder Mehrbettzimmer hatten. Teilweise seien die Zimmer belegt, teilweise zwar vorhanden, aber nicht belegt, teilweise würden die Zimmer für Bewohner/innen für Kurzzeitpflege benützt werden und teilweise sei aufgrund baulicher Veränderungen eine vorübergehende Belegung notwendig.

Obwohl eine zehnjährige Übergangbestimmung (2003 - 2013) die Auflösung dieser Drei- oder Mehrbettzimmer vorsah, wurde diese Frist in der Novelle des StPHG von 2013 **wieder bis 31.12.2017 verlängert**.

Es ist für die PPO unverständlich, dass Fristen zum Wohle von Pflegeheimbetreibern aber dadurch zum Nachteil von Bewohner/inne/n verlängert und die Kosten den Bewohner/inne/n oder der Solidargemeinschaft aufgebürdet werden. Alle Bewohner/innen haben seit 2006 einen Tagsatz auf Basis Zwei-Bettzimmer zu bezahlen. Möchte jemand in einem Einzelzimmer sein, ist dies bei einer täglichen Aufzahlung möglich. Andererseits gibt es für eine/n Bewohner/in in einem Dreibettzimmer keine Abschlagszahlung.

Die PPO hat bereits im Mai 2013 in der zuständigen Abteilung des Landes eine Anfrage bzgl. Tarifgestaltung von Mehrbettzimmern in Pflegeheimen gestellt und ist erneut mit einer Anfrage im Februar 2014 an diese herangetreten. Bisher ist dazu keine Rückmeldung in der PPO eingelangt.

Aus Sicht der PPO kann einer geringeren Leistung nur ein geringerer Tarif gegenüberstehen.

**Bei Drei- oder Mehrbettzimmern muss im Sinne der betroffenen Bewohner/innen endlich eine Abschlagszahlung durchgeführt werden.**



### **25.3 Sicherstellung von Pflegeheimkosten bei Aufnahme bis zur Restkostenübernahme**

Einige PH verlangen bei Aufnahme eines Bewohners/einer Bewohnerin eine Vorauszahlung (z.B. €3.000.- monatlich) von deren Angehörigen bis zu dem Zeitpunkt an dem das Sozialamt die Restkostenübernahme positiv bescheidet. Da diese Summe kaum durch Angehörige aufgebracht werden kann, versucht man auf PH auszuweichen, wo noch keine solche Vorauszahlung verlangt wird.

Die Recherche der PPO hat ergeben, dass in der Stadt Graz die Zu/Absage zur Restkostenübernahme durch die Behörde innerhalb von drei Tagen erfolgt.

Von den Angehörigen, die an die PPO herantreten, ist bekannt, dass in den anderen Bezirken die Wartezeiten durchaus länger sind und zur großen Verunsicherung der Betroffenen und ihrer Angehörigen beitragen.

Aus Sicht der PPO sollte es nicht sein, dass an Angehörige die plötzlich (meist nach einem Krankenhausaufenthalt) einen Pflegeheimplatz organisieren müssen, zu Unrecht solche finanziellen Forderungen gestellt werden.

### **25.4 Mitarbeiter eines Pflegeheimes als Sachwalter einer Bewohnerin**

Anfang 2013 wandte sich die Angehörige (Intervenientin) einer Bewohnerin (in der Folge Bewohner NN genannt) mit folgendem Anliegen an die PPO: NN wohne seit 2011 in einem öffentlichen Pflegeheim (PH). Anfangs sei NN selbstbestimmt gewesen und habe daher ihre Geschäfte, trotz Demenzerkrankung, selbst erledigen können. NN hat noch zwei verbliebene Verwandte, wobei eine davon die Intervenientin ist. Die Intervenientin, die weiter weg wohnt, habe immer Kontakt zu NN und zum Pflegeheim gehabt und wäre dort auch persönlich bekannt gewesen. Sie habe außerdem eine Vollmacht besessen und sei auch im Testament von NN als Erbin eingesetzt.

Im Herbst 2012 verschlechterte sich der Gesundheitszustand von NN, sodass auch ein Krankenhausaufenthalt notwendig wurde. NN wäre von da an bettlägerig gewesen und das Sprechen bzw. Telefonieren war ihr nicht mehr möglich. Aus diesem Grund war es ab diesem Zeitpunkt für die Intervenientin nur noch erschwert möglich gewesen, an Informationen über den Gesundheitszustand von NN zu kommen. Lediglich den Kontakt zur Pflegedienstleitung gab es von da an noch, welche auch telefonisch Informationen an die Intervenientin weiter gab.

Die Recherchen der PPO ergaben, dass während des Krankenhausaufenthaltes von NN eine Sachwalterschaft vom KH angeregt wurde. Die Intervenientin sei darüber nicht informiert worden. Das Sachwalterschaftsverfahren war zu diesem Zeitpunkt bereits im Laufen und laut Auskunft des zuständigen Bezirksgerichtes auch schon ein einstweiliger Sachwalter – eine Privatperson – eingesetzt worden. Die Intervenientin wurde angehalten zum einen mit dem zuständigen Bezirksgericht und zum anderen mit dem einstweiligen Sachwalter Kontakt auf zu nehmen.

Die Intervenientin erfuhr dabei, dass zum einstweiligen Sachwalter ein Mitarbeiter des Pflegeheimes bestellt wurde.

In der Folge gab die Intervenientin an, dass NN sehr vermögend sei. Sparbücher wären vor Übernahme des Sachwalters in einem Safe in der Bank gewesen. Diese wären aber in den Safe des PHs gekommen. Es würden sogar Bargeld und Sparbücher fehlen.

Die Intervenientin wurde daher persönlich bei der zuständigen Pflegschaftsrichterin vorstellig.

Die Bestellung des SW durch eine im Pflegeheim angestellte Person war für die zuständige Richterin kein Ablehnungsgrund, da laut § 279 ABGB die SW-Bestellung im Ermessen des Richters/der Richterin läge und zweitens die Person die Zustimmung der Heimleitung habe. Zudem bestünde aufgrund des Vermögens von NN Rechnungslegungspflicht gegenüber dem Gericht und es

wäre schwierig eine geeignete Person als SW zu finden, daher wäre die Wahl des bereits bestellten SW unbedenklich gewesen.

Die Richterin schlug vor, dass entweder die Intervenientin selbst oder eine unabhängige dritte Person zum/zur Sachwalter/in bestellt werden könnte. Einer Umbestellung der Sachwalterschaft zu einer geeigneten Person, die innerhalb einer Anfahrtsstunde entfernt vom Pflegeheim lebt, wäre lt. zuständiger Richterin nichts einzuwenden.

Im geschilderten Fall ist bis dato keine Änderung der Sachwalterschaft erfolgt, zumal die Intervenientin die SW nicht übernehmen konnte und auch keine andere geeignete Person von ihr gefunden werden konnte.

Die Entscheidung der Richterin ist für die PPO nicht nachvollziehbar insbesondere aufgrund des §279 (1) ABGB der besagt dass:

*„Bei der Auswahl des Sachwalters ist besonders auf die Bedürfnisse der behinderten Person und darauf Bedacht zu nehmen, dass der Sachwalter nicht in einem Naheverhältnis oder in einer anderen engen Beziehung zu einer Krankenanstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung steht, in der sich die behinderte Person aufhält oder von der sie betreut wird.“*

Auch wenn, wie im geschilderten Fall, keine geeignete Person im Privatbereich zu finden war, ist ein/e Mitarbeiter/in eines Pflegeheimes in dem die betroffene Person lebt, als Sachwalter/in ungeeignet.

## **25.5 Fallbeispiel: Unerlaubte Erhöhung des Einzelzimmerzuschlags**

Im Jahr 2011 meldeten sich immer wieder Bewohner/innen, Angehörige oder Sachwalter/innen zum Thema einseitige Vertragsänderung speziell zur Erhöhung des Einbettzimmerzuschlages.

Die Bewohner/innen, die sich an die PPO wandten, berichteten, dass Erhöhungen der Einbettzimmerzuschläge erfolgt seien, mit denen sie nicht einverstanden waren und welche sie teilweise in finanzielle Engpässe brächten. Die Betroffenen wollten durchwegs anonym bleiben, da sie Nachteile befürchteten. Eine zivilrechtliche Klage kam für niemanden in

Frage, da dem zumeist die Kostentragung und Dauer des Verfahrens entgegenstand.

Das nachfolgende Fallbeispiel beschreibt stellvertretend für viele die Situation: Ein Bewohner (in der Folge NN genannt) wohnte seit 2006 im Bezirkspflegeheim XX und bezog eine Mindestpension. Im Durchschnitt verblieben NN ein Taschengeld von ca. €190.- im Monat. Bei Einzug ins Bezirkspflegeheim XX sei ein Einbettzimmerzuschlag von €20.- pro Monat vereinbart worden. Ab dem Jahr 2010 sei dieser von €20.- auf €50.- pro Monat erhöht worden. Ende November 2010 sei in einem Schreiben des Sozialhilfeverbandes YY angekündigt worden, dass der Einbettzimmerzuschlag ab 1.2.2011 an die im Vertrag mit dem Land Steiermark angeführten Beträge angepasst werden würde.

Für NN bedeute dies nun, dass monatlich für den Einbettzimmerzuschlag €150.- zu bezahlen sei. Somit würden nur mehr €40.- pro Monat für NN verbleiben, um auch andere Kosten des täglichen Lebens außerhalb der Leistungen des Bezirkspflegeheimes XX (z.B. Gewand, Zahnersatz, Friseur, Therapien, etc.) abzudecken.

Noch im Jänner 2011 nahm die PPO mit der betreffenden Bezirksverwaltungsbehörde (BezVerwBeh) Kontakt auf. Es wurde um Abstandnahme der einseitigen Erhöhung des Einbettzimmerzuschlags für alle Bewohner/innen des Bezirkspflegeheim XX, die einen bestehenden Heimvertrag mit Einbettzimmerzuschlag-Vereinbarung hatten, ersucht. Dies u.a. auf Grundlage des §6(1)Zif.5 Konsumentenschutzgesetz -KSchG .

Mitte Februar 2011 erfolgte die Rückmeldung der betreffenden BezVerwBeh, dass der Beschluss des Sozialhilfeverbandes YY umgesetzt werde. Bei der nächsten Sitzung des Sozialhilfeverbandes YY könne dieses Thema nochmals erörtert werden, jedoch sei eine Änderung nicht wahrscheinlich.

Anfang März 2011 hat sich die PPO mit diesem Sachverhalt an die Volksanwaltschaft (VA) gewandt und um Unterstützung ersucht, da

Bewohner/innen von Pflegeheimen sich gegen einzelne einseitige Vertragsänderungen (Steigerungen bis zu 200%) nicht wehren können. Auch wurde auf mögliche Folgewirkungen in anderen Pflegeheimen hingewiesen. Im Mai 2011 hat sich die VA mit einem Schreiben an die betreffende BezVerwBeh gewandt und festgestellt, dass die im konkreten Fall (Heimvertragsabschluss 2006) veranlasste Erhöhung des Einzelzimmerzuschlags rechtswidrig ist und gegen §6(1)Zif.5 und §6(3) KSchG verstößt. Darüber hinaus wurde dem Sozialhilfeverband YY nahe gelegt, für die neu abzuschließenden Heimverträge andere, den gesetzlichen Bestimmungen entsprechende, Verträge zu verwenden.

Im August 2011 wurde die PPO von der VA informiert, dass der Sozialhilfeverband YY erst nach der Sitzung des Vorstandes und der Verbandsversammlung im Herbst 2011 eine Stellungnahme dazu abgeben wolle.

Im Jänner 2012 teilte die VA mit, dass *„...trotz offensichtlicher Rechtswidrigkeit der Heimträger nicht bereit ist, von der bereits erfolgten Erhöhung des Einzelzimmerzuschlages abzugehen.“*

Die VA führt weiter aus, dass *„...die VA somit festgestellt hat, dass die gegenständliche Erhöhung des Einzelzimmerzuschlages einen Missstand in der Verwaltung darstellt und diesen Fall in ihren Bericht an den Steiermärkischen Landtag aufnehmen wird“.*

Es wurde auch angemerkt, dass *„...der alte Heimvertrag nicht einseitig durch eine neue Fassung des Heimvertrages vom Heimträger ersetzt werden kann“.* Begrüßt wurde, dass *„...der Sozialhilfeverband YY nunmehr einen neuen, dem Heimvertragsgesetz angepassten, Heimvertrag verwendet“.*

In Einzelfällen konnte die PPO für Bewohner/innen positive Ergebnisse mit Heimträgern erwirken.

Trotz angespannter finanzieller Lage der Heimträger ist es nicht zu akzeptieren, dass vereinzelt zwingende rechtliche Bestimmungen außer Acht gelassen werden und Bewohner/innen von Pflegeheimen gezwungen werden, Ihr Recht mittels Klage einzufordern!

### **25.6 Pflegezuschlag trotz ruhendem Pflegegeld bei Abwesenheit von Selbstzahler/innen im Pflegeheim**

Anhand von zwei Vorbringen im Mai 2011, die stellvertretend für mehrere andere Selbstzahler/innen stehen, wird nachfolgende Problematik geschildert:

Befindet sich ein/eine selbstzahlende/r Bewohner/in in einem Pflegeheim, so ist unter anderem der Pflegezuschlag entsprechend ihrer/seiner Pflegegeldstufe zu entrichten. Hier gilt es zusätzlich zu bemerken, dass der Pflegezuschlag bereits höher ist als das Pflegegeld.

Bei Abwesenheit, z.B. einem Krankenhausaufenthalt, ist dieser Pflegezuschlag, ungeachtet dessen, dass das Pflegegeld ruhend gestellt wird, weiter zu bezahlen. Somit muss die/der Selbstzahler/in bei einem Spitalsaufenthalt das Taggeld an die Krankenanstalt und, trotz des ruhend gestellten Pflegegeldes, den Pflegezuschlag in voller Höhe an den PH-Betreiber bezahlen.

Für die Selbstzahler/innen entsteht dadurch eine finanzielle Mehrbelastung, die immer wieder zu Unmut bei den Betroffenen führt und wonach diese Abrechnung als ungerecht empfunden wird.

Um die betroffenen Menschen in ihrem Anliegen zu unterstützen, ersuchte die PPO im Juni 2011 die VA um weitere Klärung. Hinterfragt wurde, ob nicht gewisse Ausnahmeregelungen zur Ruhendstellung des Pflegegeldes auch auf die Selbstzahler/innen anwendbar sind (§ 12 Abs.3 Zif.1 BPGG).

Im November 2012 teilte die Volksanwaltschaft der PPO mit, dass  
*„...gemäß § 12 Abs.3 Zif.1 BPGG das Pflegegeld auf Antrag für die Dauer des stationären Krankenhausaufenthaltes im Umfang der*

*nachgewiesenen Aufwendungen für ein Dienstverhältnis des Pflegegeldbeziehers mit einer Pflegeperson weiter zu leisten ist. Die Volksanwaltschaft hat deswegen beim Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz angeregt, diese Regelung auch auf Fälle auszuweiten, in denen nachgewiesen wird, dass der Pflegezuschlag für das Pflegeheim während des Krankenhausaufenthaltes weiter zu bezahlen ist.“*

Das Bundesministerium teilte mit, dass die Weiterleistung des Pflegegeldes während eines stationären Aufenthaltes einer Doppelversorgung gleichkäme, da grundsätzlich davon auszugehen ist, dass die notwendigen Betreuungs- und Hilfsmaßnahmen im Rahmen der Anstaltspflege im umfassenden Ausmaß erbracht werden und daher für diesen Zeitraum keine pflegebedingten Kosten entstehen, die durch das Pflegegeld abzugelten wären.

Weiters wurde auf die gesetzliche Regelung von Oberösterreich verwiesen (§25 Abs. 3 OÖ. Alten- und Pflegeheimverordnung), die festlegt, dass *„der Pflegezuschlag für die Zeit vorübergehender Abwesenheit zu entrichten ist, soweit das Pflegegeld während dieser Zeit nicht ruht. ... Bei Ruhen des Pflegegeldes ist daher kein Pflegezuschlag zu leisten.“*

Somit ist die VA an die Steiermärkische Landesregierung herangetreten und hat angeregt, eine vergleichbare Regelung auch in der Steiermark einzuführen. Diese teilte Anfang 2013 mit, dass *„...eine vergleichbare Regelung wie in Oberösterreich derzeit nicht geplant ist. Die Landesregierung begründet dies damit, dass während der Abwesenheiten die Kosten für die Pflege nicht wegfallen, auch wenn keine Pflegeleistungen in Anspruch genommen werden.“*

Die VA teilte in diesem Zusammenhang mit, dass sie derzeit keine Möglichkeit sehe, eine Änderung der Situation herbeizuführen und werde darauf im Bericht an den Steiermärkischen Landtag hinweisen. Außerdem setzte sie sich, diese Problematik betreffend, auch mit anderen Bundesländern in Verbindung.

Als Folge der Landesvereinbarung (LEVO) können die Selbstzahler/innen von ihrem Mitspracherecht bei der Vertragsgestaltung ihres Heimvertrages kaum Gebrauch machen und müssen daher auch Regelungen mittragen, die das Land mit den Heimträgern vereinbart hat, weil sich Heimträger häufig auf die LEVO berufen und individuelle Vereinbarungen nicht zulassen.

Aufgrund der nun offen gebliebenen verfassungsrechtlichen Bedenken wandte sich die PPO im März 2013 an die Abteilung 8 der Steiermärkischen Landesregierung, mit dem Ersuchen um Prüfung, ob Verstöße gegen den verfassungsrechtlichen Gleichheitsgrundsatz vorliegen. Trotz mehrmaliger Nachfrage bei der zuständigen Abteilung konnte bisher keine Klärung erreicht werden.

## **25.7 Landespflegezentren**

Anfang 2013 erfolgte die Übernahme der vier Landespflegezentren (LPZ) in die KAGes.

Mit viel Engagement wurde am Konzept und der Umsetzung der Integration der Pflegezentren in die KAGes gearbeitet. Die alten Strukturen wurden durchleuchtet und bestehende Defizite, wie beispielsweise beim Gebäude, dem Personal oder der Ernährung beschrieben. Die Pflegequalität wurde in allen vier Landespflegezentren als gut und die Betreuungsqualität als verbesserungswürdig bewertet.

Die Betreuungsqualität in Pflegeheimen ist deshalb von enormer Bedeutung, weil Wohnen/Leben/Lebensqualität unter dem Gesichtspunkt des Normalitätsprinzips im Vordergrund stehen soll. Im Gegensatz zum Krankenhaus soll ein Pflegeheim „Wohnort und Zuhause“ darstellen.

Damit die Landespflegezentren nunmehr in zeitgemäße Pflegeheime überführt werden können, braucht es u.a. die Implementierung eines geeigneten Pflegemodells, sowie der notwendigen Pflege- und Betreuungskonzepte unter qualifizierten Pflegedienstleitungen, die im Idealfall in gutem inhaltlichem Austausch zueinander stehen.



Einige der strukturellen Veränderungen sind bereits vollzogen, Vieles ist noch in Umsetzung oder Planung und braucht Zeit.

**Kritisch anmerken möchte die PPO, dass obwohl die LPZ Einrichtungen des Landes waren, bereits vor der Übergabe an die KAGes ein großer Handlungsbedarf bei baulichen und personellen Strukturen bestand und für die Bewohner/innen teilweise das Angebot entsprechend der Leistungsvereinbarung (LEVO) des Landes mit den Pflegeheimbetreibern nicht verfügbar war. Die Hintergründe der nicht erfolgten Sanierung sind aufzuklären und es ist Verantwortung dafür zu übernehmen.**

## **26 Einheitlicher Mindestpersonalschlüssel in allen Bundesländern**

In den einzelnen Bundesländern gibt es unterschiedliche Personalvorgaben in den Pflegeheimen. In der Steiermark beispielsweise ist bei der Pflegestufe 7 der Pflegepersonalschlüssel 1:2 (eine Pflegeperson, zwei Bewohner/innen), in Wien allerdings 1:1 (eine Pflegeperson für eine/n Bewohner/in). Das bedeutet, dass für eine/n Bewohner/in der Pflegestufe 7 in Wien doppelt so viel Pflege- und Betreuungszeit zur Verfügung steht, als in der Steiermark. Obwohl es durch das Pflegegeldgesetz bundesweit einheitlich geregelt ist, dass der Pflege- und Betreuungsbedarf in der jeweiligen Pflegegeldstufe vergleichbar ist und die gleiche Geldleistung ausbezahlt wird bekommen die Menschen nicht die gleiche Leistung.

Die PPO ist seit 2007 mit dem Thema Personalschlüssel in Pflegeheimen mehr oder weniger intensiv beschäftigt und fordert seitdem dafür gemeinsam mit Expert/inn/en eine qualitative und quantitative Anhebung.

Der Bundesrechnungshof stellte im Mai 2013 fest, dass durch eine fehlende bundeseinheitliche Gesetzgebung in den einzelnen Bundesländern stark divergierende Leistungsstandards bestehen und empfiehlt einheitliche Grundlagen für Bedarfs- und Entwicklungspläne und eine österreichweit einheitliche Definition der Qualitätskriterien.

Aktuell haben sich Expert/inn/en, Interessensvertretungen, Dienstleister/innen und Berufsverbände in den „Reformarbeitsgruppen Pflege“ auf Gemeinde-, Landes- und Bundesebene für den Personalschlüssel aus Oberösterreich als Mindestvorgabe für österreichische Pflegeheime ausgesprochen.

In der Steiermark wurde deshalb ein Dringlichkeitsantrag an den Gemeinderat der Stadt Graz gestellt, der fordert, den Mindestpersonalschlüssel auf Basis der oberösterreichischen Personalschlüsselverordnung (1:1,5) umzusetzen und auch in den steirischen Pflegeheimen zur Anwendung zu bringen und diesen Antrag im Petitionswege bei der Bundesregierung einzubringen.

Die PPO unterstützt die Forderung nach diesem höheren Personalschlüssel, damit die Bewohner/innen auch in steirischen Pflegeheimen verbesserte und österreichweit vergleichbare Bedingungen vorfinden.

## 27 Sprechtag

Die Sprechtag der PPO haben sich nunmehr nach zwei Jahren Laufzeit voll etabliert. Bisher wurden ein Viertel der insgesamt 215 steirischen Pflegeheime besucht.

Die von der PPO durchgeführten Sprechtag in Pflegeheimen wurden eingeführt, um einen niederschweligen Zugang zur PPO für die Bewohner/innen und deren Angehörigen zu ermöglichen.

Dadurch ist die PPO im Kontakt mit den Bewohner/innen, Angehörigen sowie den Leitungs- und Pflegepersonen. Dieser direkte Kontakt schafft Möglichkeiten einfache Lösungen zu kreieren.

Grundsätzlich wird der Sprechtag vorab angekündigt, sodass auch Angehörige die Möglichkeit haben, uns vor Ort zu kontaktieren. Die Gespräche sind vertraulich und finden meistens in den Zimmern der Bewohner/innen statt.

Es werden sehr viele Themen und schwierige Situationen mit uns besprochen. Manches kann unmittelbar für die Betroffenen vor Ort gelöst werden, andere Anliegen bedürfen mehr Recherche und können auch zu einem strukturellen Änderungsbedarf führen.

So gab es in einem Fall bereits länger Unstimmigkeiten bei der Abrechnung eines selbstzahlenden Bewohners. Am Sprechtag konnte dazu eine zufriedenstellende Lösung gemeinsam mit den Angehörigen und dem Betreiber erreicht werden.

In anderen Fällen werden uns von Bewohner/innen Anliegen vorgebracht, die Gespräche außerhalb der Einrichtung notwendig machen. Oft übernimmt hier die PPO eine Vermittlerrolle und leitet damit Interventionen ein, die letztendlich zu einer verbesserten Lebenssituation beitragen können.

Struktureller Veränderungsbedarf fällt z.B. dann auf, wenn in einer Wohneinheit Bewohner/innen isoliert und teilnahmslos scheinen. Hintergrund hierfür kann beispielsweise sein, dass es wenig Personal gibt, oder das

vorhandene Personal nicht richtig eingesetzt wird. Eine adäquate Personaleinsatzplanung hat nach unserer Intervention in einem Fall zur Lösung beigetragen.

**Positiv aufgefallen ist,...**

... dass in einigen Pflegeheimen der Aspekt der Bewegung in den Vordergrund gestellt wird und es entweder ein interdisziplinäres Team aus z.B. Physiotherapeut/inn/en, Ergotherapeut/inn/en oder Sportwissenschaftler/inne/n gibt oder einzelne Therapeut/inn/en für die Förderung der Bewegung angestellt sind.

... dass die Ausstattung mit Fitnessgeräten zunimmt und von Bewohner/inn/en gut angenommen wird.

... dass in manchen Pflegeheimen darauf geachtet wird, dass ein guter Kontakt zu ehrenamtlichen Besuchsdiensten gefördert wird.

**Negativ aufgefallen ist,...**

... dass in einem Pflegeheim das Pflegepersonal mangelnden professionellen Umgang mit einer schwer dementen, ständig schreienden Bewohnerin zeigte, insbesondere da es sich dabei in der Altenarbeit um eine klassische Herausforderung handelt.

...dass nach keinem Pflege- und Betreuungsmodell für die spezielle Zielgruppe der dementen Bewohner/innen gearbeitet wird, bzw. keine speziellen Konzepte im Einsatz sind.

... dass wenig in Fort- und Weiterbildung des Personals zu diesen Themen investiert wird.

...dass manche Pflegeheime es noch immer nicht geschafft haben vom Stil eines Krankenhauses weg zu kommen. Wohneinheiten werden beispielsweise noch immer als Stationen bezeichnet, in den Gängen herrscht Ruhe und Bewohner/innen wirken in ihren Zimmern alleingelassen.

## **28 Nutrition Day 2012 in steirischen Pflegeheimen**

Internationale Studien zeigen, dass der Ernährungszustand von alten pflegebedürftigen Menschen ein besonderes Gesundheitsrisiko darstellt. Für die Steiermark lagen dazu keine repräsentativen Daten aus Pflegeheimen vor. Aus diesem Grund wurde der Nutrition Day (ND) 2012 durchgeführt.

Der Nutrition Day 2012 war eine Datenerhebung zur Ernährungssituation von Bewohner/inne/n in steirischen Pflegeheimen.

Am 21.3. und am 31.5.2012 fand jeweils eine Informationsveranstaltung zum Nutrition Day (ND) für Heimleitungen und Pflegedienstleitungen der Pflegeheime (PH) in der Steiermark statt. Bei diesen Veranstaltungen wurden Sinn und Zweck des ND, der Ablauf, die Art und Weise der Datenerhebung und -eingabe besprochen. Für die Veranstaltungen konnten die Referentinnen Frau Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Regina Roller-Wirnsberger und Frau Anna Maria Eisenberger (Diätologin) von der Medizinischen Universität Graz, sowie Frau Dr.<sup>in</sup> Karin Schindler und Frau Mag.<sup>a</sup> Romana Schläffer von der Organisation ND gewonnen werden. Unterstützt wurde die zweite Veranstaltung auch durch die Teilnahme von Frau Nicole Prutsch BA, in Vertretung der Landesrätin Frau Mag.<sup>a</sup> Kristina Edlinger-Ploder. Insgesamt nutzten ca. 150 Personen diese Termine, um sich über den ND zu informieren.

Diese Initiative wurde von allen fünf Gesundheits- und Krankenpflegeschulen des Landes Steiermark, sowie der Fachhochschule (FH) Joanneum Diätologie/Logopädie unterstützt. Aus der FH Diätologie fungierten acht Student/inn/en, unter der Anleitung von Frau Daniela Gmeindl-Tscherner, als Expert/inn/en für Datenerhebung und -eingabe und schulten diesbezüglich die teilnehmenden Schüler/innen und Student/inn/en. Insgesamt gab es dazu sechs Termine, pro Bildungseinrichtung eine. Darüber hinaus standen die acht Expert/inn/en auch telefonisch zu den relevanten Zeiten den Kolleg/inn/en zur Verfügung.

Am 30.10. 2012 erfolgte die allgemeine Datenerhebung z.B. zur Größe der PH, Zusammensetzung der Berufsgruppen, Anzahl der beschäftigten Personen usw.

Am 8.11.2012 fand der eigentliche ND statt und es wurden alle Daten, die Bewohner/innen betreffend, erhoben und in den PC eingegeben.

An diesen beiden Tagen unterstützten ca. 100 Schüler/innen und Student/inn/en die PH vor Ort.

Die PPO legte einerseits die Rahmenbedingungen für diese Initiative fest, kommunizierte mit den beteiligten Organisationen/Personen und nahm, andererseits mit allen PH mehrmals Kontakt auf, beantwortete Fragen und begleitete mit ihrem Know-how. Die Hauptakteur/innen aber waren die Mitarbeiter/innen der PH in der Steiermark, die sich zusätzlich zu ihrer Arbeit für das Gelingen der Initiative engagiert haben.

Für die PH und deren Betreiber selbst ergibt sich, welche messbare aktuelle Ernährungssituation es in ihrer Einrichtung gibt und wo sie sich im Vergleich diesbezüglich mit anderen Einrichtungen in der Steiermark befinden (Benchmarking). Gleichzeitig erfolgt eine Übersicht zu diversen Abweichungen der erhobenen Daten und es werden Lösungen bzw. Handlungsanleitungen vorgeschlagen.

Der Vergleich mit anderen Einrichtungen erfolgte in anonymisierter Weise. Die Datendarstellung des jeweiligen PH ist daher nur diesem selbst zugänglich. Auch die Organisatoren werden die Daten keinem einzelnen PH zuordnen können, weil diese anonymisiert abgebildet werden.

Insgesamt nahmen 64 PH in der Steiermark mit ca. 3000 Bewohner/innen teil. Dies ist die bislang größte Erhebung in einem Bundesland.

Die Berichte stehen den PH seit der ersten Jahreshälfte und die anonymisierte steiermarkweite Auswertung seit Ende 2013 zur Verfügung.

Die PH, die teilnahmen, setzten einen Meilenstein für ihre Einrichtung, für ihre Bewohner/innen, aber auch für die gesamte Steiermark. Aufgrund der steiermarkweiten Auswertung können die Ergebnisse auch jenen

Einrichtungen zu Gute kommen, die aus unterschiedlichen Gründen nicht teilgenommen haben.

An dieser Stelle sei nun den mitwirkenden Personen, allen voran den Verantwortlichen der teilgenommenen PH und deren Mitarbeiter/inne/n, den Referent/inn/en der Veranstaltungstermine, dem Büro der Landesrätin, den Verantwortlichen in den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen und der FH Joanneum, den Schüler/innen und Student/inn/en und der Organisation ND für die Bereitschaft diese Initiative mitzutragen, gedankt.

Auch unserem ehemaligen Kollegen Jürgen Lukas-Freudenthaler, der inzwischen einer anderen Tätigkeit nachgeht, ein herzliches Dankeschön für die technische und gestalterische Unterstützung.

Nachzulesen in den Anhängen ist eine Zusammenfassung des Ergebnisberichtes Steiermark (Anhang 1) und ein von der PPO verfasster Artikel (Anhang 2) für die Zeitschrift QUALITAS zum Nutrition Day 2012 in steirischen Pflegeheimen.



## 28.1 Anhang 1

Zusammenfassung Ergebnisbericht Steiermark:

### **Im Auftrag des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung, Wissenschaft und Forschung, Gesundheit und Pflegemanagement.**

Verfasst von Dipl. Pflegew. (FH) Christian Kolb, Dr. Rebecca Diekmann, Prof. Dr. Dorothee Volkert Institut für Biomedizin des Alterns, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen Nürnberg, Deutschland.

Aufgrund mangelnder Datenlage zur Ernährungssituation in Pflegeheimen wurde im Jahr 2012 in der Steiermark in einer gemeinsamen Initiative von Vertretern aus Politik, Wissenschaft und Praxis zur flächendeckenden Beteiligung am internationalen Projekt „nutrition Day in Pflegeheimen“ aufgerufen.

61 Pflegeheime und damit etwa ein Drittel aller Einrichtungen der Steiermark nahmen daraufhin am 8. Nov. 2012 an diesem weltweiten jährlichen Aktionstag zur Steigerung des Bewusstseins für Mangelernährung teil. In 97 Wohnbereichen mit einem Durchschnittsalter über 65 Jahren und 7 Wohnbereichen mit einem Durchschnittsalter unter 65 Jahren wurden Daten zur Ernährungssituation von 2.942 bzw. 164 Bewohnern erfasst. Als Vergleichsgruppen dienen 102 Wohnbereiche mit 3.326 Bewohnern aus Österreich und 211 Wohnbereiche mit 6.155 Bewohnern aus 14 Ländern (Durchschnittsalter über 65 Jahre) sowie 58 ungarische Wohnbereiche (2.886 Bewohner) mit einem Durchschnittsalter unter 65 Jahre. Nachfolgend werden zentrale Ergebnisse der Wohnbereiche ' >65 Jahre ' dargestellt.

In den meisten Wohnbereichen in der Steiermark werden die wichtigsten Prozessabläufe für das Ernährungsmanagement, wie das regelmäßige monatliche Bewerten von Mangelernährung (74,2% im Vergleich zu 85,3% im übrigen Österreich und 39,3% international) und das monatliche Wiegen der Bewohner (81,4% vs. 97,1 vs. 73%), umgesetzt und sind Standards für die enterale bzw. parenterale Ernährung vorhanden (86,5% vs. 94,8 vs. 75,2%). Die für die interdisziplinäre Ernährungsversorgung wichtigen Berufsgruppen sind in steirischen Wohnbereichen deutlich seltener vertreten als im restlichen Österreich und international (Heimarzt 11,3 vs. 76,5 vs. 54,5%; Diätologin 22,7 vs. 84,3 vs. 41,2%). Eine speziell mit Ernährungsangelegenheiten beauftragte Person gibt es in der Hälfte der teilnehmenden Einrichtungen (50,5% vs. 56,9% vs. 48,8%).

Die steirischen Pflegeheimbewohner sind im Vergleich zu den österreichischen jünger ( $82,4 \pm 10,3$  vs.  $87,5 \pm 8,0$  J.) und demzufolge seltener weiblich (67,3 vs. 85,6%) und weniger häufig kognitiv (66,8 vs. 77,6%) bzw. in ihrer Mobilität eingeschränkt (60,9 vs. 74,7%), und eher mit dem internationalen Kollektiv vergleichbar ( $80,9 \pm 11,2$  Jahre, 72,7% Frauen, 67,9% kognitive und 57,7% Mobilitätseinschränkung). Der mittlere BMI liegt national und international relativ einheitlich in allen Gruppen bei ca. 25 kg/m<sup>2</sup>. Der Anteil niedriger BMI-Werte beträgt in der Steiermark 13,0%, in Österreich 18,5% und international

16,2%, der Anteil adipöser Bewohner liegt bei 17,9%, 14,4% bzw. 18,8%. Der Anteil an Bewohnern mit Mangelernährung (17,9%) oder einem Risiko für Mangelernährung (45,5%) laut Mini Nutritional Assessment (MNA) ist in der Steiermark ähnlich hoch wie im internationalen Vergleich (17,0 bzw. 43,9%) und geringer als in Österreich (30,4 bzw. 50,8%). Auffallend ist die große Streubreite des Bewohneranteils in den Wohnbereichen mit einer Mangelernährung: In einem Viertel der steirischen Heime sind weniger als 10%, in der Hälfte zwischen 10 und 23% und bei einem weiteren Viertel mehr als 23% der Bewohner mangelernährt. Diese Unterschiede sind teilweise sicherlich durch die unterschiedliche Bewohnerstruktur (Unterschiede im Alter, Anteil kognitiver und körperlicher Einschränkungen) begründet, aufgrund einer großen Varianz auch bei einigen nicht ernährungsspezifischen Zielparametern (z. B. pflegerischen Problemen), kann allerdings vermutet werden, dass es zwischen den Wohnbereichen auch Unterschiede in der Versorgungsqualität gibt. Diese Hypothese müsste in weiteren Untersuchungen mit genaueren Verfahren als dies im Rahmen des nutrition Day-Projekts möglich ist, verifiziert werden und wäre die Voraussetzung für genaue Ansatzpunkte zur Verbesserung der Versorgungsqualität.

Bei der Outcome-Erhebung des nutrition Day nach 6 Monaten zeigte sich, dass ein nicht unerheblicher Anteil, durchschnittlich mehr als 10% der Bewohner, einen relevanten Gewichtsverlust aufwies und somit eines näheren Ernährungs-Assessments bedurft hätten. Leider konnten die Ursachen dieser Gewichtsverluste im Rahmen des nutrition Day nicht eruiert werden. Ebenso wie bei den Anfangsergebnissen war insgesamt auch bei der Outcome-Erhebung eine große Varianz zwischen den teilnehmenden Wohnbereichen auffällig, die vermutlich sowohl auf Unterschiede in der Bewohnerstruktur als auch in der Qualität der Ernährungsversorgung zurückzuführen ist.

Weiterhin war eine unbefriedigende Ernährungssituation am nutrition Day – ausgedrückt als vorangegangener Gewichtsverlust, geringe Essmenge oder Mangelernährung – erwartungsgemäß mit einem erhöhten Sterberisiko assoziiert. Erstaunlicherweise waren dagegen – und insbesondere auch im Gegensatz zu den nationalen und internationalen Vergleichsgruppen – in der Steiermark '>65 J.' ein erniedrigter BMI und eine geringe Essmenge in der Woche vor dem nutrition Day nicht mit einem erhöhten Risikos innerhalb der nächsten 6 Monate zu versterben verbunden. Die Ursachen hierfür sind unklar, möglicherweise liegen Ungenauigkeiten bei der Erfassung der Daten zugrunde.

Insgesamt erwies sich eine Einschätzung der Mangelernährung mittels dem MNA-SF als bester Prädiktor für das Sterberisiko.

Die steirischen Pflegeheimbewohner sind im Vergleich zu den österreichischen jünger (82,4).

# „Initiative nutritionDay 2012“ in steirischen Pflegeheimen



NutritionDay ist ein weltweites Projekt und setzt auf Initiativen zur Verbesserung der Ernährungsversorgung in Krankenhäusern und in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime). Die Teilnahme am nutritionDay gilt als Beitrag zur Qualitätssicherung der Ernährungsversorgung in stationären Einrichtungen. Gesunde und ausgewogene Ernährung ist schließlich die Grundvoraussetzung für Vitalität und Wohlbefinden nicht nur, aber vor allem auch im Alter!

Renate Skledar, Renate Schreiner, Susanne Girstmayr

**I**n Pflegeheimen ist die Ernährung einer der wichtigsten Faktoren, um Bewohnerinnen und Bewohner vor gravierenden Nährstoffmängeln und in der Folge vor körperlichen Einschränkungen, wie der Abnahme der Muskelkraft, einem erhöhten Sturzrisiko, Wundheilungsstörungen oder gesteigerter Infektanfälligkeit zu schützen. Aus dieser Erfahrung entstand die Idee, Pflegeheime in der Steiermark zu motivieren, am nutritionDay teilzunehmen. Diese Initiative wurde vom Ressort Wissenschaft & Forschung – Gesundheit und Pflegemanagement, der Medizinischen Universität Graz, der PatientInnen- und Pflegeombudschaft, der Organisation nutritionDay, der Fachhochschule Joanneum für Diätologie/Logopädie und von fünf steirischen Gesundheits- und Krankenpflegeschulen des Landes Steiermark unterstützt.

## Wie konnte so eine Initiative steiermarkweit durchgeführt werden?

Im Frühjahr 2012 fanden zwei Informationsveranstaltungen für Pflegeheime statt. Am 30.10.2012 erfolgte eine allgemeine

Datenerhebung, am 08.11.2012, also am nutritionDay, fand die eigentliche Befragung der Bewohner und die Dateneingabe in den Pflegeheimen statt. Ca. 100 Schüler und Studenten der mitwirkenden Gesundheits- und Krankenpflegeschulen und der Fachhochschule haben die Pflegeheime vor Ort bei diesen Arbeiten unterstützt. Die PatientInnen- und Pflegeombudschaft hat einerseits die Rahmenbedingungen für diese Initiative festgelegt, mit den beteiligten Organisationen/Personen kommuniziert und andererseits mit allen Pflegeheimen mehrmals Kontakt aufgenommen, Fragen beantwortet und diese mit dem nötigen Know-how begleitet. Die Hauptakteure aber waren die Mitarbeiter der Pflegeheime in der Steiermark, die zusätzlich zu ihrer Arbeit an dieser Initiative mitgearbeitet haben.

## Was bringt die Initiative?

Die Mitarbeiter der Pflegeheime erhalten standardisiert gemessene Daten zur aktuellen Ernährungssituation in ihrer Einrichtung und mittels Benchmarking können Vergleiche zu anderen Pflegeheimen (in der Steiermark) gezogen werden. Gleich-

zeitig erfolgt eine Übersicht zu diversen Abweichungen der erhobenen Daten und es werden Lösungen bzw. Handlungsanleitungen vorgeschlagen. Der Vergleich mit anderen Einrichtungen erfolgt dabei in anonymisierter Weise.

## Das Ergebnis

Insgesamt haben 64 Pflegeheime in der Steiermark mit ca. 3000 Bewohnern teilgenommen. Dies ist die bislang größte Erhebung in einem Bundesland. Die Auswertung wird von der Organisation nutritionDay durchgeführt und die Berichte sollen den Pflegeheimen bis Mitte 2013 zur Verfügung stehen. Die anonymisierte steiermarkweite Auswertung soll ebenfalls im Laufe des Jahres 2013 erfolgen. Von dem mit Spannung erwarteten Resultat werden wir gerne berichten.

Ein herzliches Dankeschön an alle mitwirkenden Personen! ■

Mag.<sup>a</sup> Renate Skledar, Renate Schreiner,  
Mag.<sup>a</sup> Susanne Girstmayr, PatientInnen- und  
Pflegeombudschaft des Landes Steiermark  
[www.patientenvertretung.steiermark.at](http://www.patientenvertretung.steiermark.at)

## 29 Tagungen und Veranstaltungen 2012

### 29.1 Aus- und Fortbildungen 2012

09. Jänner 2012: „**I. Coaching**“

Inhouse Seminar, Veranstaltungsort: PPO, Graz

18. Jänner 2012: „**Forschung in der Praxis**“

Veranstaltungsort: Med.Uni Graz

23. Jänner 2012: „**Symposium Mangel-Ernährung**“

Veranstaltungsort: Hörsaalzentrum LKH Graz

02. Februar 2012: „**Altenpflegekongress**“

Veranstaltungsort: Kulturhaus Bruck a.d.Mur

06. Februar 2012: „**II. Coaching**“

Inhouse Seminar, Veranstaltungsort: PPO, Graz

15. Februar 2012: „**Versorgungsforschung**“

Veranstaltungsort: Geriatrisches Gesundheitszentrum

05. März 2012: „**III. Coaching**“

Inhouse Seminar, Veranstaltungsort: PPO, Graz

22. und 23. März 2012: „**Gutachterworkshop – KAGes und PPO**“

Veranstaltungsort: Bad Radkersburg

30. März 2012: „**Pflegekonsilium der Arbeiterkammer Steiermark**“

Veranstaltungsort: Graz

25. April 2012: „**Fachtagung – Gesundheitsförderung im Setting SeniorInnen-wohnhaus**“

Veranstaltungsort: Wien

15. Mai 2012: „**Workshop – Pflegegeldeinstufung anhand praktischer Beispiele**“

Veranstaltungsort: Graz, Haus der Gesundheit

18. Juni 2012: „**Versorgungsforschung**“

Veranstaltungsort: Graz

21. Juni 2012: „**Seminar für Pflege und Recht**“

Veranstaltungsort: Graz

## 29.2 Von der PPO durchgeführte Veranstaltungen 2012

07. März 2012: „**Arbeitstreffen Nutrition Day mit FH Diätologie, Logopädie und PPO**“

Veranstaltungsort: PPO, Graz

21. März 2012: „**Auftaktveranstaltung Nutrition Day 2012 in steirischen Pflegeheimen**“

Veranstaltungsort: Graz

31. Mai 2012: „**Auftaktveranstaltung Nutrition Day 2012 in steirischen Pflegeheimen**“

Veranstaltungsort: Graz

## 29.3 Mitarbeit in Arbeitsgruppen 2012

26. - 27. Jänner 2012: „**Konsensuskonferenz – Sturzprophylaxe**“

Veranstaltungsort: Graz

30. März 2012: „**Auftaktveranstaltung - Personalbedarf im Setting – Extramurale Pflege**“

Veranstaltungsort: Graz

24. April 2012: Expertenarbeitsgruppe zum Thema „**Personalbedarf im Setting – Extramurale Pflege**“

Veranstaltungsort: Graz

10. Mai 2012: Expertenarbeitsgruppe zum Thema „**Personalbedarf im Setting – Extramurale Pflege**“

Veranstaltungsort: Graz

14. Mai 2012: Expertenarbeitsgruppe zum Thema „**Personalbedarf im Setting – Extramurale Pflege**“

Veranstaltungsort: Graz

21. Mai 2012: Expertenarbeitsgruppe zum Thema „**Personalbedarf im Setting – Extramurale Pflege**“

Veranstaltungsort: Graz

14. Juni 2012: Expertenarbeitsgruppe zum Thema „**Personalbedarf im Setting – Extramurale Pflege**“

Veranstaltungsort: Graz

25. Juni 2012: Expertenarbeitsgruppe zum Thema „**Personalbedarf im Setting – Extramurale Pflege**“

Veranstaltungsort: Graz

11. Juli 2012: Expertenarbeitsgruppe zum Thema „**Personalbedarf im Setting – Extramurale Pflege**“

Veranstaltungsort: Graz

16. Juli 2012: Expertenarbeitsgruppe zum Thema „**Personalbedarf im Setting – Extramurale Pflege**“

Veranstaltungsort: Graz

26. Juli 2012: „**150 Jahre Geriatrie und Krobatschek Stiftung**“

Veranstaltungsort: Graz

10. September 2012: Expertenarbeitsgruppe zum Thema „**Personalbedarf im Setting – Extramurale Pflege**“

Veranstaltungsort: Wien

11. September 2012: „**Leitlinie Sturzprophylaxe – Konsensualtreffen**“

Veranstaltungsort: Graz

18. und 19. September 2012: „**PPO – Klausur**“

Veranstaltungsort: Deutschlandsberg

12. November 2012: „**Arbeitstreffen mit der Bewohnervertretung**“

Veranstaltungsort: Graz

## **29.4 Durchgeführte Sprechtage in Pflegeheimen 2012**

27. Juni 2012: „**Pflegeheimsprechtage – Pflegeheim Unterpremstätten**“

03. Juli 2012: „**Pflegeheimsprechtage – SHV Bruck**“

23. Juli 2012: „**Pflegeheimsprechtage – Pflegeheim Murau**“

25. Juli 2012: „**Pflegeheimsprechtage – Pflegeheim AIS Graz**“

01. August 2012: „**Pflegeheimsprechtage – Seniorenresidenz Eggenberg**“

04. September 2012: „**Pflegeheimsprechtage – Pensionisten- und PH Altersheimgasse SHV Bruck**“

13. September 2012: „**Pflegeheimsprechtage – Pflegeheim SZ Pöls**“

16. November 2012: „**Pflegeheimsprechtage – Parkresidenz Judendorf-Straßengel**“

## 30 Tagungen und Veranstaltungen 2013

### 30.1 Aus- und Fortbildungen 2013

25. Februar 2013: „**Kausalität – Fristen bei medizinischen Behandlungen**“

Veranstaltungsort: PPO, Graz

28. Februar 2013: „**Pflegemanagement Forum**“

Veranstaltungsort: Wien

18. März 2013: „**Gesundheitsfonds und RSG**“

Interne Fortbildung, Veranstaltungsort: PPO, Graz

08. April 2013: „**ELGA**“

Interne Fortbildung, Veranstaltungsort: PPO, Graz

11. April 2013: „**IPS-Jahrestagung**“

Veranstaltungsort: Graz

25. - 26. April 2013: „**Tagung der PatientInnen/Patientenanwälte Österreichs**“

Veranstaltungsort: Graz

07. Mai 2013: „**Internationaler Tag der Pflegenden /ÖGKV**“

Veranstaltungsort: Kärnten

11. Juni 2013: „**Steirische Gesundheitskonferenz / Zeit ist Hirn**“

Veranstaltungsort: Graz

13. Juni 2013: „**Leitbilderstellung der PPO**“

Interne Fortbildung, Veranstaltungsort: PPO, Graz

05. Juli 2013: „**Leitbilderstellung der PPO**“

Interne Fortbildung, Veranstaltungsort: PPO, Graz

19. September 2013: „**Fachkarriere Pflege**“

Veranstaltungsort: Wien

21. Oktober 2013: „**MEDOCS**“

Interne Fortbildung, Veranstaltungsort: PPO, Graz

13. November 2013: „**Pflege im Wandel**“

Veranstaltungsort: Graz



21. November 2013: „**Altersdiskriminierung – Was tun?**“

Veranstaltungsort: Graz

### **30.2 Durchgeführte Veranstaltungen 2013**

28. November 2013: „**Nutrition-Day - Präsentations-Ergebnisbericht für Steiermark**“

Veranstaltungsort: Graz

### **30.3 Mitarbeit in Arbeitsgruppen 2013**

05. März 2013: „**Pflege- und Betreuungsgesetz**“

Veranstaltungsort: ABT8, Graz

01. Juli 2013: „**Integration Landespflegezentren**“

Veranstaltungsort: LKH Graz

06. Juni 2013: „**Integration Landespflegezentren**“

Veranstaltungsort: LKH Graz

19. August 2013: „**Integration Landespflegezentren**“

Veranstaltungsort: LKH Graz

12. September 2013: „**Integration Landespflegezentren**“

Veranstaltungsort: LKH Graz

30. Oktober 2013: „**Pflege- und Betreuungsgesetz**“

Veranstaltungsort: ABT8, Graz

18. November 2013: „**Treffen mit Bewohnervertreter**“

Veranstaltungsort: Graz

### **30.4 Durchgeführte Sprechtage in Pflegeheimen 2013**

27. März 2013: „**Pflegeheimsprechtag - Schloss Arnfels**“

03. April 2013: „**Pflegeheimsprechtag – Pflegeheim Perisutti**“

30. April 2013: „**Pflegeheimsprechtag – HKP-Residenz Graz**“

10. April 2013: „**Pflegeheimsprechtag – Pflegeheim St. Oswald in Plankenwarth**“

22. April 2013: „**Pflegeheimsprechtag – Bezirks-Pflegeheim Weiz**“

24. April 2013: „**Pflegeheimsprechtag – Pflegeheim Senecura**“



30. April 2013: „**Pflegeheimsprechtage – Pflegeheim Friedberg**“
02. Mai 2013: „**Pflegeheimsprechtage – Pflegewohnhaus Hitzendorf**“
26. Juni 2013: **Pflegeheimsprechtage – Pflegeheim Adcura – Pertelstein**“
05. August 2013: „**Pflegeheimsprechtage – Pflegeheim Blaue Villa**“
08. August 2013: „**Pflegeheimsprechtage – Pflegeheim Volkshilfe Bairisch-Kölldorf**“
13. August 2013: „**Pflegeheimsprechtage – Pflegeheim Melisse**“
27. August 2013: „**Pflegeheimsprechtage – Sozialhilfverband Pflegeheim Trieben**“
28. August 2013: „**Pflegeheimsprechtage – Pflegeheim Adcura Feldkirchen**“
28. August 2013: „**Pflegeheimsprechtage – Bezirkspflegeheim Mürzzuschlag**“
18. Dezember 2013: „**Pflegeheimsprechtage – Pflegeheim Gepflegtes Wohnen Übelbach**“