

# TÄTIGKEITSBERICHT

## 2016 UND 2017

P  
P  
O

atientInnen- und

flege-

mbudsschaft Land Steiermark

### I. TEIL

**KRANKENANSTALTEN**

### II. TEIL

**PFLEGEHEIME  
PFLEGEPLÄTZE  
UND  
MOBILE DIENSTE**



Das Land  
Steiermark

Abteilung 8  
PatientInnen- und  
Pflegeombudsschaft  
Land Steiermark





# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Vorwort</b> .....	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Leitbild und Qualitätspolitik</b> .....	<b>15</b>
<b>4</b>	<b>Gesetz über die Patientinnen/Patienten- und Pflegevertretung (Patientinnen/Patienten- und Pflegeombudsschaft)</b> .....	<b>16</b>
<b>5</b>	<b>Organigramm Stand per 31.12.2016</b> .....	<b>19</b>
<b>6</b>	<b>Organigramm Stand per 31.12.2017</b> .....	<b>21</b>
<b>7</b>	<b>Bürger/innenservice der PPO</b> .....	<b>23</b>
7.1	Allgemeine Beratungen.....	23
7.2	Patientenverfügungen.....	23
7.3	Aussenden von Informationsmaterial .....	24
7.4	ELGA – Ombudsstelle in der PPO.....	24
7.4.1	ELGA-Ausblick .....	27
7.4.2	Rollout in der Steiermark.....	28
<b>8</b>	<b>Strukturelle Mitgliedschaften der PPO</b> .....	<b>30</b>
<b>9</b>	<b>Zahlenmäßige Entwicklung der Geschäftsfälle</b> .....	<b>31</b>
9.1	Krankenanstalten, Pflegeheime, Pflegeplätze, Mobile Dienste und Niedergelassener Bereich .....	31
9.2	Aufgliederung der offenen Fälle am Ende des Berichtsjahres 2016 und 2017	31
9.3	Entwicklung der Schlichtungsanträge für alle steirischen Krankenanstalten ..	32
9.4	Anzahl der Schlichtungssitzungen .....	33
9.5	Anzahl der Patient/inn/en und der Beratungen pro Schlichtungssitzung .....	33
9.5.1	Schlichtungssitzungen KAGes .....	34
9.5.2	Schlichtungssitzungen Privat-KA und AUVA .....	34
9.6	Auszahlungen in den Schlichtungsstellen .....	35
9.7	Verschuldensunabhängiger Patientenentschädigungsfonds (PEK) .....	36
9.7.1	Entwicklung der Entschädigungsansuchen .....	37
9.7.2	Einnahmen und Zahlungen des Fonds .....	37
9.7.3	Wege der Ansuchen an den Patientenentschädigungsfonds .....	38
9.7.4	PEK-Ansuchen .....	38
9.7.5	Offene PEK-Ansuchen .....	38
<b>10</b>	<b>Grafische Darstellungen</b> .....	<b>40</b>

10.1	Summe aller Bearbeitungen im Bereich: Krankenanstalten, Pflegeheime, Pflegeplätze, Mobile Dienste und Niedergelassener Bereich .....	40
10.2	Zuordnung der Geschäftsfälle nach medizinischen Fachrichtungen im Bereich Krankenanstalten .....	41
10.3	Zuordnung der Geschäftsfälle nach deren Inhalt in den Bereichen Krankenanstalten und Pflege .....	42
10.4	Geschlechterspezifische Aufteilung der Geschäftsfälle (Krankenanstalten) .	43
10.5	Entwicklung der Anträge an die gemeinsame Schlichtungsstelle der Ärztekammer der Steiermark und der KAGes .....	44
10.6	Entwicklung der Anträge an die gemeinsame Schlichtungsstelle der Ärztekammer der Steiermark und der Privatkrankenanstalten, Ambulatorien, Sanatorien und Krankenanstalten der AUVA .....	45
10.7	Entwicklung der Ansuchen an den Patientenentschädigungsfonds .....	46
<b>11</b>	<b>Sichere Befundübermittlung - Beitrag zur Patientensicherheit .....</b>	<b>48</b>
<b>12</b>	<b>Fehlerkultur und Schadensregulierung .....</b>	<b>49</b>
12.1	Behandlungsfehler – Schadensregulierung .....	52
12.1.1	Fallbeispiel 1: Behandlungsfehler mit Folgeschäden; .....	56
	Fehlerkultur? Schadensmanagement? .....	56
12.1.2	Fallbeispiel 2: Lungenröntgen nicht befundet – katastrophale Folgen .....	64
	Werthaltung des Schädigers gegenüber dem Geschädigten? .....	64
12.1.3	Fallbeispiel 3: Verbrennung im Rahmen einer Pflegemaßnahme – langwierige Nachbehandlung.....	76
	POSITIVE Kommunikations- und Fehlerkultur .....	76
	POSITIVES Schadensmanagement .....	76
<b>13</b>	<b>Organisatorische Verbesserungen für Patienten durch gute Zusammenarbeit zwischen PPO und Krankenanstalt.....</b>	<b>80</b>
<b>14</b>	<b>Tagungen und Veranstaltungen 2016.....</b>	<b>84</b>
14.1	Fort- und Ausbildungen 2016 .....	84
14.2	Teilnahme an Tagungen, Veranstaltungen und Kongressen.....	85
14.3	Tagungen der Arbeitsgemeinschaften der österreichischen Patient/inn/envertretungen .....	87
<b>15</b>	<b>Tagungen und Veranstaltungen 2017.....</b>	<b>87</b>
15.1	Fort- und Ausbildungen 2017 .....	87
15.2	Teilnahme an Tagungen, Veranstaltungen und Kongressen.....	89
15.3	Tagungen der Arbeitsgemeinschaften der österreichischen Patient/inn/envertretungen .....	90
15.4	Durchgeführte Vorträge 2017 .....	90
<b>16</b>	<b>Vorwort Pflegebereich.....</b>	<b>93</b>
<b>17</b>	<b>Entwicklung der Geschäftsfälle .....</b>	<b>95</b>

17.1	Zuordnung der Vorbringen im Bereich der Pflegeheime, Pflegeplätze und Mobilen Dienste .....	95
17.2	Allgemeine Beratungen.....	95
17.3	Anzahl der Antragsteller/innen 2016.....	96
17.4	Anzahl der Antragsteller/innen 2017.....	96
17.5	Zahlenmäßige Darstellung der Geschäftsfälle .....	97
<b>18</b>	<b>Entwicklung der Sprechtage.....</b>	<b>98</b>
18.1	Anzahl der durchgeführten Sprechtage.....	98
<b>19</b>	<b>Sprechtage.....</b>	<b>99</b>
19.1	Positive Fallbeispiele Sprechtag .....	99
19.1.1	Hohe Zufriedenheit durch persönlichen Einsatz der Betreiber/innen.....	99
19.1.2	Bewohner/innenzufriedenheit durch abwechslungsreiche Tagesgestaltung und gut ausgebildetes Personal .....	100
19.2	Negative Fallbeispiele Sprechtag .....	100
19.2.1	Kein Interesse der Heimleitung/des Betreibers an der Durchführung von Sprechtagen .....	100
19.2.2	Gleichgültigkeit der Heimleitung gegenüber den Beschwerden der Bewohner/innen .....	101
<b>20</b>	<b>Pflege zuhause .....</b>	<b>104</b>
20.1	Mobile Pflege- und Betreuungsdienste .....	104
20.1.1	Derzeitige Situation der Finanzierung der mobilen Dienste .....	105
20.1.2	Betreuungsablehnung / Betreuungsabbruch.....	106
20.2	Case- und Caremanagement .....	109
20.2.1	Überforderung der Angehörigen durch unzureichende Unterstützung bei der Pflege zuhause.....	110
20.2.2	Unzureichende Finanzierung der Pflege zuhause .....	111
20.3	24-Stunden-Betreuung .....	112
20.3.1	Standes- und Ausübungsregeln Neu .....	113
20.3.2	Qualitätssicherung .....	114
20.3.3	Unzureichende gesetzliche Regelung und Kontrolle .....	117
20.3.3.1	Vertragsprobleme .....	117
20.3.3.2	Veruntreuung .....	118
20.3.3.3	Pflegeschieden .....	119
<b>21</b>	<b>Betreutes Wohnen .....</b>	<b>121</b>
21.1	Der Name „Betreutes Wohnen“ .....	122
21.2	Förderung und Aktivierung der Bewohner/innen .....	122
21.3	Kostentragung und Abrechnung .....	124
21.3.1	Problemstellungen aus der Praxis des Betreuten Wohnens .....	125
21.3.1.1	Vertragsänderung ohne Zustimmung .....	125
21.3.1.1	Kündigungsfrist bei Änderung des Pflegebedarfs .....	126

21.3.1.2	Nicht erbrachte Leistungen .....	127
<b>22</b>	<b>Pflegeheime .....</b>	<b>128</b>
22.1	Beschwerden und Pflegefehler .....	129
22.1.1.1	Mangelnde Betreuung und Pflege im Pflegeheim .....	130
22.1.2.1	Qualitätsverbesserung durch Aufzeigen von Mängeln im Pflegeprozess .....	131
22.2	Pflegeheimkontrollen - Amtssachverständige (ASV) des Landes Steiermark	133
22.3	Personalausstattung / Personalschlüssel .....	136
22.4	Taschengeldverwaltung .....	137
22.4.1	Freiwillige Einkommensverwaltung.....	138
22.4.1.1	Nicht nachvollziehbare Taschengeldverwaltung.....	138
22.5	Fallbeispiel – eine Betrugsgeschichte aus dem Tätigkeitsbericht 2014/2015	139
22.6	Subsidiär Schutzberechtigte in Pflegeheimen / Menschen aus anderen Kulturen .....	139
22.7	Psychiatrische Bewohner/innen in Pflegeheimen.....	140
22.7.1	Selbstbestimmtes Leben im Pflegeheim? .....	143
<b>23</b>	<b>Entwicklungen aus dem NutritionDay 2012.....</b>	<b>145</b>
23.1	Folgeprojekt 3: DAMIA - Der alte Mensch is(s)t anders .....	145
<b>24</b>	<b>Tagungen und Veranstaltungen 2016.....</b>	<b>148</b>
24.1	Aus- und Fortbildungen 2016 .....	148
24.2	Teilnahme an Veranstaltungen 2016 .....	148
24.3	Mitarbeit in Arbeitsgruppen 2016 .....	149
24.4	Durchgeführte Sprechtage in Pflegeheimen 2016.....	150
<b>25</b>	<b>Tagungen und Veranstaltungen 2017.....</b>	<b>152</b>
25.1	Aus- und Fortbildungen 2017 .....	152
25.2	Teilnahme an Veranstaltungen 2017 .....	152
25.3	Mitarbeit in Arbeitsgruppen 2017 .....	153
25.1	Durchgeführte Sprechtage in Pflegeheimen 2017.....	153
<b>26</b>	<b>Literatur .....</b>	<b>154</b>

# 1 Abkürzungsverzeichnis

ABGB	Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch
AGES	Medizinmarktaufsicht (ehemals AGES PharmMed)
AK	Arbeiterkammer Steiermark
AKE	Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung
ASV	Amtssachverständige/r
BASG	Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
BezVerBeh	Bezirksverwaltungsbehörde
BMASGK	Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BPGG	Bundespflegegeldgesetz
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DGKP	Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal
d.h.	das heißt
DP	Dienstposten
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
FA	Fachabteilung
GA	Gutachten bzw. Gutachter/in
GDA	Gesundheitsdiensteanbieter/in
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HeimAufG	Heimaufenthaltsgesetz
HKP	Hauskrankenpflege
ISGS	Integrierter Sozial- und Gesundheitssprengel
KA	Krankenanstalt
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
KSchG	Konsumentenschutzgesetz
LEVO-SHG	Leistungs- und Entgeltverordnung-Sozialhilfegesetz
LPH	Landespflegeheim
LPZ	Landespflegezentren
Mio.	Millionen
MPT	Mobiles Palliativteam
NGB	Niedergelassener Bereich
ND	Nutrition Day
OGH	Oberster Gerichtshof
OP	Operation
Pat.	Patient/inn/en
PEG-Sonde	perkutane endoskopische Gastrostomie-Sonde
PEK	Patientenentschädigungskommission
PGSt	Pflegegeldstufe
PFP	Psychiatrische Familienpflege
PH	Pflegeheim

PO	PatientInnen- und Pflegeombudsfrau
PP	Pflegeplatz
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	Träger/innenorganisation/en
u.a.	unter anderem
usw.	und so weiter
VA	Volksanwaltschaft
VAB	Verband steirischer Alten-Pflege und Betreuungsheime
z.B.	zum Beispiel

## 2 Vorwort

Dies ist der 18. Tätigkeitsbericht, der unter meiner Leitung verfasst wurde. Die Aufnahme meiner Tätigkeit als PatientInnenombudsfrau erfolgte am 4.11.1996 nach öffentlicher Ausschreibung und einem Hearing. Nun werde ich geplant am 31. Juli 2019 nach fast 23 Jahren in meiner Funktion als PatientInnenombudsfrau in Pension gehen.

Begonnen habe ich meine Tätigkeit mit zwei Sekretärinnen an meiner Seite, nun ist das Team der PPO professionell aufgestellt. An dieser Stelle einen herzlichen Dank all meinen Mitarbeiterinnen, die ihre Aufgaben mit großem Engagement und Kompetenz erfüllen.

Vieles hat sich verändert, die Zuständigkeiten der PPO haben sich sukzessive erweitert. Neue Tätigkeitsgebiete wie die ELGA – Ombudsstelle und die Geschäftsstelle der Patientenentschädigungskommission sind neu dazugekommen.

Nichts ist mehr so wie vor 20 Jahren. Inhalte und Verantwortung sind massiv gestiegen. Die Öffentlichkeit ist kritischer geworden.

Meine Kollegin und Vertretung Frau Mag.<sup>a</sup> Waltraud Engler und ich sind mit der steigenden Komplexität der Aufgaben der PPO mitgewachsen. Sie war und ist die kongeniale Ergänzung, die ich mir nur wünschen konnte. Ohne ihr profundes Fachwissen sowie ihre exzellente Vernetzung und Anerkennung im medizinischen Bereich wäre die PPO nicht das, was sie heute ist. Mit Frau Renate Schreiner, die seit 2005 bis zu ihrer Pensionierung 2017 den Bereich Pflege mit äußerster Umsicht und Fachkompetenz sowie absoluter Zuverlässigkeit und Herzenswärme prägte und entwickelte, hatte ich das Glück, nicht nur eine Kollegin und Mitarbeiterin, sondern auch eine Vertraute und Gleichgesinnte zu haben.

**Ende des Jahres 2018 wird voraussichtlich die Zertifizierung des Managementsystems der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft nach EN ISO 9001.2015 abgeschlossen werden.**

**Damit ist die PPO des Landes Steiermark die erste ISO zertifizierte Patientenvertretung in Österreich und kann beruhigt in andere Hände übergeben werden.**

Ich fühlte mich für die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft immer so verantwortlich und habe sie auch so geleitet, als ob ich die Verantwortung für eine eigene Firma hätte.

Es muss aber gesagt werden, dass die organisatorische An- und Einbindung in die Landesverwaltung – wie sie für alle Anwaltschaften im Land Steiermark besteht – uns das Leben schwer machen kann und auch unter Umständen dazu führen kann, die Weisungsfreiheit zu umgehen.

Auch wenn es mich künftig selbst nicht mehr betrifft, bin ich in Sorge um die Weiterführung der PPO. Es geht nicht nur um die Akzeptanz und Wertschätzung dieser Funktion von außen, sondern auch um eine monetäre Wertigkeit von innen.

Deshalb möchte ich noch anmerken, dass die gleiche Einstufung aller Anwaltschaften im Land, und daher auch die Leitung der PPO in der Gehaltsstufe ST16 nicht annähernd den geforderten Aufgaben und der großen Verantwortung entspricht, die diese Position innehat. In einigen Bundesländern sind die Aufgaben der PatientInnen- und Pflegeombudsfrau sogar auf zwei Bereiche mit zwei verantwortlichen Personen (eine Ombudsstelle für Krankenanstalten, eine für den Bereich Pflege) aufgeteilt.

Die Entlohnung steht in keiner Relation zur ständigen Ausgesetztheit der Öffentlichkeit gegenüber, der Befristung dieser Funktion in diesem heiklen Bereich auf fünf Jahre sowie einer ständigen Erreichbarkeit für die Medien bei aktuellen Fällen, am Wochenende, im Urlaub oder sogar im Krankenstand.

Eine höhere Einstufung halte ich deshalb für unabdingbar, um die Qualität und Kontinuität dieser Einrichtung sicherzustellen. Lobende Worte sind zu wenig.

---

**Was die Gesundheitsreform in der Steiermark aus Sicht der PPO für die steirischen Patient/inn/en bedeutet und „Wohin die Reise gehen muss“:**

- Sicherung der hohen Leistungserbringung im Bereich Gesundheit, Medizin und Pflege unter Beibehaltung und Ausbau der Qualität bei gleichzeitigem medizinischen Fortschritt, Alterung der Gesellschaft und begrenzten Ressourcen, sowohl monetär als auch personell.
- Die PPO des Landes Steiermark ist von der Sinnhaftigkeit und der Notwendigkeit der Gesundheitsreform mit den einhergehenden Strukturreformen überzeugt. Es handelt sich dabei um ein gut durchdachtes Gesamtkonzept, das stufenweise umgesetzt werden muss und wird. Ansonsten nimmt man bewusst in Kauf, dass die Gesundheitsversorgung in diesem Land eine nicht mehr umkehrbare rasante Talfahrt nehmen wird.
- Kurzfristigen politischen Vorteil daraus zu ziehen, dass die Bevölkerung in diesem sensiblen Bereich bei Veränderungen sehr verunsichert ist, wäre grob fahrlässig. Dasselbe gilt auch für die Negierung der Notwendigkeit des neuen Leitspitals im Bezirk Liezen.
- Die bestehenden Strukturen können die medizinischen und personellen Anforderungen nicht mehr in jedem Fall zur Gänze erfüllen. In der PPO kann man anschaulich die Schicksale jener Menschen verfolgen, die wegen struktureller Mängel zu Schaden kamen.

Die vielen Standorte der steirischen Krankenanstalten sind bedingt durch die schwierigen Transport- und Wegeverhältnisse des vorigen Jahrhunderts. Aufgrund demografischer Entwicklungen und Abwanderungen der Berufstätigen in städtische Regionen haben inzwischen kleinere Krankenanstalten zu wenige Patient/inn/en; das medizinische Leistungsspektrum ist entsprechend niedrig, die Routine und die Erfahrung für spezielle Behandlungen und die notwendigen strukturellen Rahmenbedingungen fehlen.

Deshalb sind Spezialisierungen in Kompetenzzentren mit dem nötigen fachlichen Knowhow eines multiprofessionellen Teams, Mindestfallzahlen und dementsprechendes Equipment unumgänglich.

Um z.B. das hochwertige Niveau im Kompetenzzentrum Hochsteiermark zu halten, ist es in Zukunft (z.B. bei Pensionierungen) unabdingbar bei der internationalen Ausschreibung eines Primariates das Leistungsspektrum der derzeitigen Abteilungsvorstände anzuführen und ein dementsprechendes Anforderungsprofil der/des Nachfolgerin/Nachfolgers zu fordern. Ansonsten werden die Erwartungen der Bevölkerung und das Versprechen der Politik in die Gesundheitsreform nicht erfüllt werden können.

Auch für eine qualitätsvolle Ausbildung der Jungmediziner/innen muss gesorgt werden.

- *Unsere langjährigen Erfahrungen in der PPO zeigen, dass die Bevölkerung grundsätzlich auch jetzt schon bei einem schlechten Behandlungsergebnis die fachliche Expertise und die Erfahrung des Behandlungsteams hinterfragt.*
- Der Kanton Zürich hat deshalb bereits 2012 als erster Kanton in der Schweiz Mindestfallzahlen für medizinische Eingriffe festgelegt. Spezialisierte Leistungen konzentrieren sich nunmehr auf wenige Spitäler. Die Analysen der Gesundheitsdirektion zeigen, dass sich die Mindestzahlvorgaben auf die Behandlungsqualität, die Komplikationsrate und auch auf die Sterblichkeit auswirken. Die Weiterentwicklung geht dahin, dass bei einigen Behandlungen die Mindestfallzahl von zehn als zu niedrig angesehen wird und eine Erhöhung auf 50 Fälle pro Organisationseinheit einer Krankenanstalt bzw. bei gewissen spezialisierten Behandlungen auch Mindestfallzahlen pro Operateur/in festgelegt werden.

***Es ist nur eine Frage der Zeit bis sich die Gerichte auch bei uns mit dieser Form der Qualitätssicherung beschäftigen werden. So ist die Konzentration der***

**stationären medizinischen Leistungen auf einige Leitspitäler mit hohem fachlichen Wissen und entsprechender Ausstattung für die steirische Bevölkerung, aber auch für die Krankenanstaltenträger/innen, notwendig und unabdingbar.**

Auch Sachverständige thematisieren diese Problematik bereits in ihren Gutachten. Dies untermauert unsere oben genannten Forderungen.

Dazu auszugsweise aus einem Schlichtungsverfahren:

Eine diesbezügliche Frage an den Sachverständigen (aus dem Gutachtensauftrag):

„Waren die Eingriffe vom .... und vom ... vorhersehbar so schwierig, dass diese nur an einer Spezialabteilung durchgeführt hätten werden dürfen?“

Antwort des Sachverständigen (aus dem Gutachten bzw. Ergänzungsgutachten):

„Die Versorgung periprothetischer Frakturen ist eine klinische Herausforderung und auch bei optimaler Therapie mit hohen Komplikationsraten verbunden. Die Versorgung in derart spezialisierten Abteilungen ist daher grundsätzlich bei fehlender vitaler Indikation vorzuziehen. ... Auch der primäre Krankenhausauftrag laut KAGes.at erscheint nicht entsprechend für solche top-level Operationen definiert.“

„... Zur Optimierung des Behandlungsergebnisses und Wahrung allgemeiner Qualitätsstandards sollten Eingriffe dieser Komplexität spezialisierten Abteilungen mit Maximalversorgung und entsprechender Erfahrung, Routine und nicht zuletzt auch Materialbevorratung für intraoperative, ungeplante Konzeptwechsel vorbehalten sein. Der primäre Krankenhausauftrag laut KAGes.at erscheint nicht entsprechend für solche Operationen formuliert...“

„... In Anbetracht der zu erwartenden Komplexität und Komplikationsträchtigkeit der Versorgung einer periprothetischen Fraktur ist jedoch die

---

*Versorgung durch einen Facharzt für Orthopädie oder Unfallchirurgie an einem entsprechenden Zentrum zu fordern ...“*

**Was hat sich aus Sicht der PPO (noch immer) nicht oder nicht zufriedenstellend verändert:**

In den letzten 23 Jahren war die PPO mit teilweise jahrzehntelangen Rückmeldungen, inhaltlich gleicher Kritik und Forderungen für die Patient/inn/en beschäftigt. Sehr oft wurden diese von den Verantwortlichen ignoriert und ihnen wurde oftmals nicht nachgegangen. Dennoch hat sich auch einiges verbessert. Großartig war und ist das Vertrauen, das der PPO von den Mitarbeiter/inn/en der Krankenanstalten entgegengebracht wird. Vieles in unserer Arbeit könnte nicht so gut laufen, wenn wir nicht so große fachliche Unterstützung aus dem Kreis der Medizin und der Pflege hätten.

Die Abläufe und die Zusammenarbeit bei der Schadensabwicklung in der Rechtsabteilung der KAGes haben sich durch neue, junge, engagierte und gut ausgebildete Mitarbeiter/innen verbessert.

Allerdings ist in manchen Fällen die Abwicklung von Zivilrechtsverfahren durch die Rechtsanwältinnen/Rechtsanwälte der KAGes, eines Betriebes, der von Steuerzahler/inne/n finanziert wird und dessen Motto „Menschen für Menschen“ ist, schlicht und einfach nicht würdig.

Die PPO des Landes Steiermark hat, zumindest unter meiner Leitung, nie etwas für die Patient/inn/en verlangt, was nicht gerechtfertigt gewesen wäre.

Wie aus den angeführten Beispielen in diesem Tätigkeitsbericht ab Seite 51 ff ersichtlich wird, wird ungeachtet der Beweislage und der vorliegenden Gutachten das Verfahren „durchgepeitscht“. Auch unter Beachtung, dass auch die Interessen der KAGes gewahrt werden müssen, kann teilweise in der Argumentation der Rechtsvertreter der KAGes eine menschenverachtende Haltung erkannt werden.

Es wäre höchst an der Zeit, dass einige Zivilrechtsverfahren von einer/einem unabhängigen Gutachter/in auf diese Haltung überprüft werden.

Bei einigen Schlichtungsverfahren drängt sich teilweise der Eindruck auf, dass Antragsteller/innen mit einem Betrag „abgespeist“ werden, den die KAGes zu zahlen bereit ist, ansonsten bleibt nur der Weg zu Gericht. Diese Möglichkeit haben aber nur jene Patient/inn/en, die eine Rechtsschutzversicherung haben oder sich dieses finanzielle Risiko leisten können.

Bei der KAGes tragen immer die Steuerzahler/innen das Prozessrisiko.

Während wir die Antragsteller/innen darüber informieren und aufklären, dass in einem Schlichtungsverfahren beide Parteien aufeinander zugehen und gegebenenfalls Abstriche machen müssen, erleben wir immer häufiger, dass dies nicht der gelebten Praxis entspricht.

In diesem Zusammenhang möchte ich auf ein uns bekanntes Beispiel eines schweren Geburtsschadens mit lebenslänglichen Dauerfolgen für das Kind (eine durch Sauerstoffmangel verursachte schwere Gehirnschädigung) hinweisen:

Bei einem eindeutig positiven Gutachten für die Patientin bzw. das Kind musste ihr Rechtsanwalt nach anfänglicher Zusage der KAGes für eine außergerichtliche Lösung schließlich wegen drohender Verjährung die Klage einbringen, da sich die Verantwortlichen der KAGes einfach in „Schweigen hüllten“.

Nach Einbringung der Klage bei Gericht war die KAGes plötzlich zur Führung von Vergleichsgesprächen bereit.

**Fünf Jahre nach Einbringen eines Entschädigungsantrages bei der Schlichtungsstelle und acht Jahre nach dem schädigenden Ereignis wurde der erste Teilbetrag der Entschädigungssumme bezahlt.** Als Begründung für diese Zeitverschleppung nach Vorliegen der eindeutigen Gutachten wurde von der Rechtsabteilung angegeben: **„Der Vorstand wäre ein halbes Jahr nicht zu erreichen gewesen“.**

Das Ungleichgewicht der Kräfte in der KAGes-Schlichtungsstelle zu Lasten der Antragsteller/innen, nämlich, dass der PPO zwei Rechtsträgervertreter/innen gegenüber sitzen, wird hoffentlich zum Zeitpunkt der Vorlage des Tätigkeitsberichtes beseitigt sein, ohne damit gesondert den Landtag befassen zu müssen. Ansonsten behalte ich mir das vor.

Am Ende meiner in diesem Fall sehr persönlich gehaltenen Ausführungen bedanke ich mich für das 23 Jahre lang in mich gesetzte Vertrauen als PatientInnenombudsfrau. Es waren harte, aber auch schöne Jahre. Vor allem war es eine spannende und erfüllende Aufgabe, der ich mich widmen durfte.

Mag. Renate Pölschl

### 3 Leitbild und Qualitätspolitik

## LEITBILD



Wir, die PPO des Landes Steiermark, sind eine gesetzlich verankerte weisungs-, kostenfreie und bürgerInnennahe Institution.

Wir sind fachkompetent in Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens individuell und strukturell tätig!

Wir informieren und beraten!



Graz, 14. August 2018

Mag.ª Renate Skledar  
PatientInnen- & Pflegeombudsfrau

## QUALITÄTSPOLITIK



- Wir, die PPO des Landes Steiermark, sind eine gesetzlich verankerte weisungs-, kostenfreie und bürgerinnennahe Institution. Wir sind Ihre kompetenten Ansprechpartner für die Wahrung, Sicherung und Weiterentwicklung Ihrer Rechte und Interessen als PatientIn in Krankenanstalten, BewohnerInnen in Pflegeheimen und Pflegeplätzen sowie KlientInnen mobiler Dienste. Dabei streben wir die bestmögliche Lösung an!
- Unsere MitarbeiterInnen schätzen diese verantwortungsvolle und interessante Aufgabe. Sie arbeiten selbstständig und profitieren von regelmäßigen fachspezifischen Fortbildungen.
- Wir arbeiten effizient und wirtschaftlich.
- Die gute Zusammenarbeit mit den Rechtsträgern und den Versicherungen ermöglicht uns eine ressourcenschonende Bearbeitung der (Anliegen) Beschwerden. Durch konstruktive Rückmeldungen tragen wir zur Verbesserung des Qualitäts- und Risikomanagements bei und leisten dadurch einen Beitrag zur Prävention.
- Wir bereiten den Schadensfall kompetent auf und begleiten die Betroffenen mit fachlicher Expertise im Bedarfsfall bei einer außergerichtlichen Streitbeilegung.
- Es ist uns ein Anliegen die Öffentlichkeit über unsere Tätigkeit zu informieren. Mit unserer Arbeit leisten wir einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheits- und Sozialpolitik in der Steiermark.



Graz, 14. August 2018

Mag.ª Renate Skledar  
PatientInnen- & Pflegeombudsfrau

## 4 Gesetz über die Patientinnen/Patienten- und Pflegevertretung (Patientinnen/Patienten- und Pflegeombudsschaft)

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

#### § 1

##### Einrichtung und Zweck

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

1. Patient/inn/en-/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 Patient/inn/en-/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 Patient/inn/en-/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 Patient/inn/en-/Patienten- und Pflegevertretung die Volksanwaltschaft zu befragen.

(3) Die Patient/inn/en-/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 Patient/inn/en-/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 Patient/inn/en-/Patienten- und Pflegevertretung das Recht, Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen zu betreten.

(5) Wird die Patient/inn/en-/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 Patient/inn/en-/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 Patient/inn/en-/Patienten- und Pflegevertretung ist von der Landesregierung eine/ein Patient/inn/en-/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 Patient/inn/en-/Patienten- und Pflegeombudsfrau/-mann ist von der Landesregierung öffentlich auszuschreiben. Im Fall einer Wiederbestellung kann die Landesregierung von der öffentlichen Ausschreibung unter Bedachtnahme auf das Vorliegen der Bestellungsvoraussetzungen Abstand nehmen.

(3) Voraussetzung für die Funktion als Patient/inn/en-/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 Patient/inn/en-/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 Patient/inn/en-/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 Patient/inn/en-/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 Patient/inn/en-/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 Patient/inn/en-/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 Patient/inn/en-/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 Patient/inn/en-/Patienten- und Pflegeombudsfrau/-mann ihre/seine Funktion aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben kann oder
4. gegen die Patient/inn/en-/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, LGBl. Nr. 130/2014*

### § 4

#### Tätigkeitsbericht

Die/Der Patient/inn/en-/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 Patient/inn/en-/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.

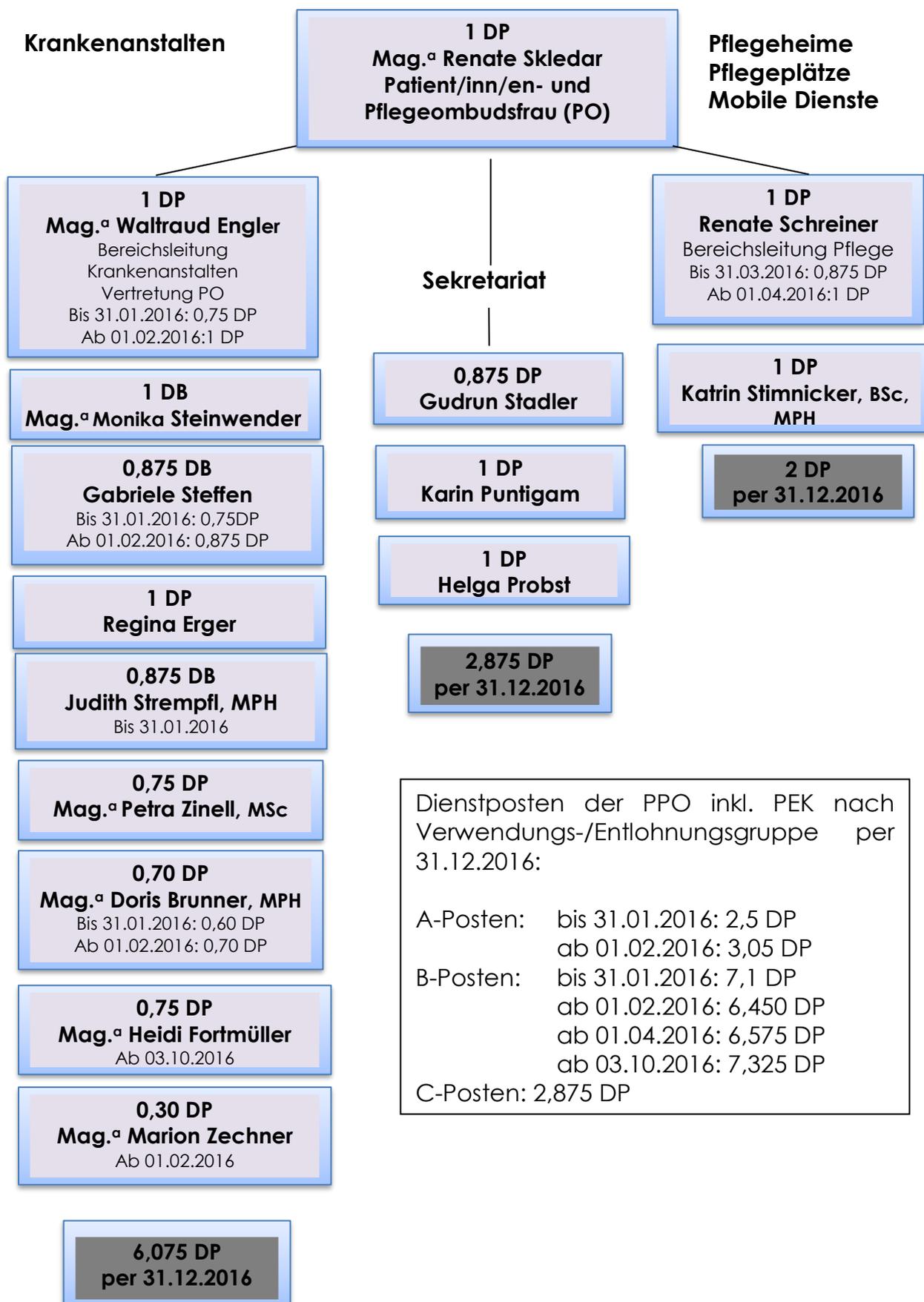
(4) Die Änderung des § 4 durch die Novelle LGBl. Nr. 16/2013 tritt mit dem der Kundmachung folgenden Tag, das ist der **16. Februar 2013**, in Kraft.

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

(6) In der Fassung des Gesetzes LGBl. Nr. 130/2014 tritt § 3 Abs. 2 mit **31. Dezember 2014** in Kraft.

*Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 21/2009, LGBl. Nr. 5/2010, LGBl. Nr. 16/2013, LGBl. Nr. 87/2013, LGBl. Nr. 130/2014*

## 5 Organigramm Stand per 31.12.2016



**ELGA-Ombudsstelle\*:**

Mag. Marion Zechner 0,50 DP  
Karin Koch ab 01.02.-04.10.2016 0,50 DP

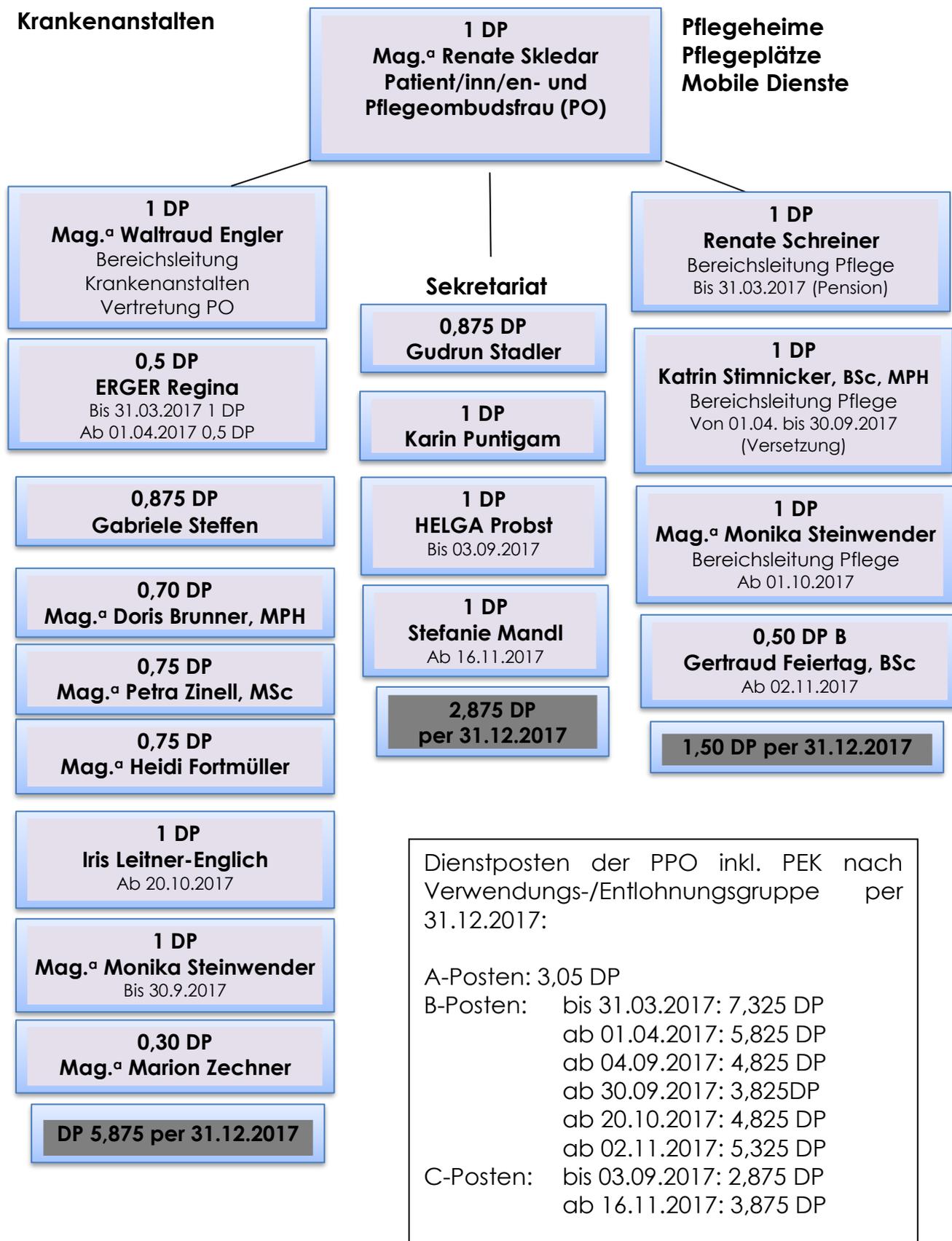
**PEK-Geschäftsstelle:**

Hegedys Dagmar bis 31.09.2016  
(Pension) 1DP  
Karin Koch ab 04.10.2016 1DP

\*Diese Dienstposten werden vom Bundesministerium dem Land Steiermark refundiert. Die Aufgaben sind jedoch aus Gründen der Zweckmäßigkeit und der Sicherstellung für eventuelle Ausfälle auf mehrere Mitarbeiter/innen aufgeteilt.

Die Auflistung erfolgt nach Eintrittsdatum.

## 6 Organigramm Stand per 31.12.2017



\*siehe Erläuterung Organigramm 2016

**ELGA-Ombudsstelle\*:**

Mag. <sup>a</sup> Marion Zechner	0,50 DP
Reiterer Astrid	0,50 DP

**PEK-Geschäftsstelle:**

Koch Karin bis 03.09.2017	1DP
Probst Helga ab 04.09.2017	1DP

Die Auflistung erfolgt nach Eintrittsdatum

## 7 Bürger/innenservice der PPO

Die PPO bietet kostenfrei und niederschwellig folgende Serviceleistungen an:

### 7.1 Allgemeine Beratungen

Ein erheblicher Anteil der Ressourcen der PPO werden für telefonische und/oder persönliche Beratungen zu diversen Fragen aus dem Gesundheitsbereich, für Rechtsauskünfte sowie Informationen im Sozial- oder Pflegebereich aufgebracht.

Insgesamt wurden im Bereich Krankenanstalten **613** Beratungsgespräche im Jahr 2016 und im Jahr 2017 **496** Beratungsgespräche geführt. Im Bereich Pflege wurden im Jahr 2016 **199** und im Jahr 2017 **194** Beratungsgespräche geführt. Somit waren es insgesamt in den Bereichen Krankenanstalten und Pflege **1502 fachliche Beratungsgespräche**.

Dabei sind zahlenmäßig jene Beratungsgespräche, die durch das Fachsekretariat geführt werden, noch nicht berücksichtigt. Bei fehlender Zuständigkeit der PPO werden die Anfragenden durch das Fachsekretariat kompetent an die entsprechenden Einrichtungen weiterverwiesen.

### 7.2 Patientenverfügungen

In den Jahren 2016 und 2017 wurden in der PPO **68 Rechtsberatungen (2016) und 56 Rechtsberatungen (2017)** zu Fragen rund um die Patientenverfügung – teils auch in Verbindung mit einer Vorsorgevollmacht – geführt und dabei **7 verbindliche Patientenverfügungen (2016) und 5 verbindliche Patientenverfügungen (2017)** 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 die zahlenmäßige Differenz von Beratungen und Abschlüssen von Patientenverfügungen.

### 7.3 Aussenden von Informationsmaterial

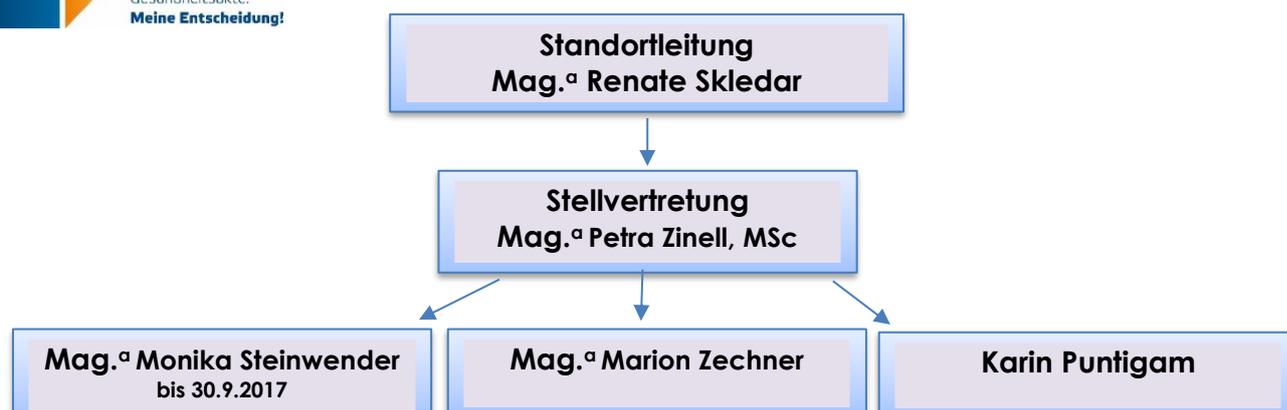
Bürger/innen können in der PPO diverse Informationsbroschüren erhalten. Auch auf der Homepage der PPO stehen diese sowie auch die Tätigkeitsberichte der PPO zum Download zur Verfügung. Bürger/innen, die keinen Onlinezugang besitzen, werden weiterhin auf Anfrage unsere Broschüren („Patientenverfügung“, „Vorsorgevollmacht“, „Patientenrechte“, „Keine Angst vor dem Doktorlatein“, „Leben in Pflegeeinrichtungen“, „Sachwalterschaft“, Informationsblätter zu den Serviceeinrichtungen der Ärztekammer usw.) auf dem Postweg zugesandt.

In den Jahren 2016 und 2017 wurden insgesamt **5.549 Broschüren** verschickt.

### 7.4 ELGA – Ombudsstelle in der PPO



#### Organigramm ELGA/OBST



Durch die Einrichtung der ELGA-Ombudsstelle in den Räumlichkeiten der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft mit 9.12.2015 wurde der Grundstein für ein weiteres Bürger/innenservice gelegt und diese ist wie folgt zu erreichen:

**Telefon:** +43 316 877-3404

Montag 8.30 bis 15.30 Uhr

Dienstag bis Freitag 8.30 bis 12.30 Uhr

**E-Mail:** [elga-ombudsstelle@stmk.gv.at](mailto:elga-ombudsstelle@stmk.gv.at)

Zu den **Aufgaben der ELGA-Ombudsstelle** zählen Information, Beratung und Unterstützung in folgenden Angelegenheiten:

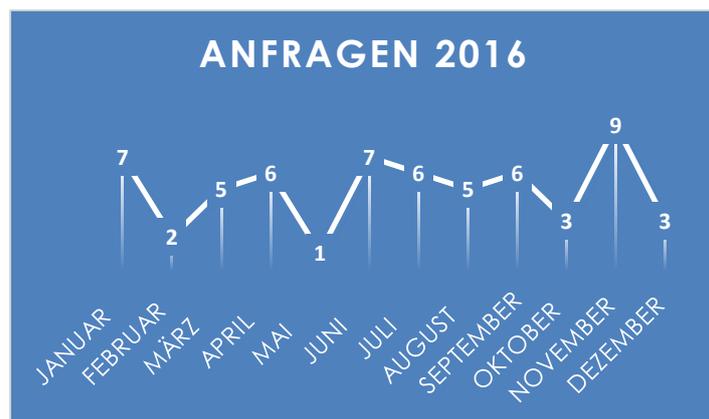
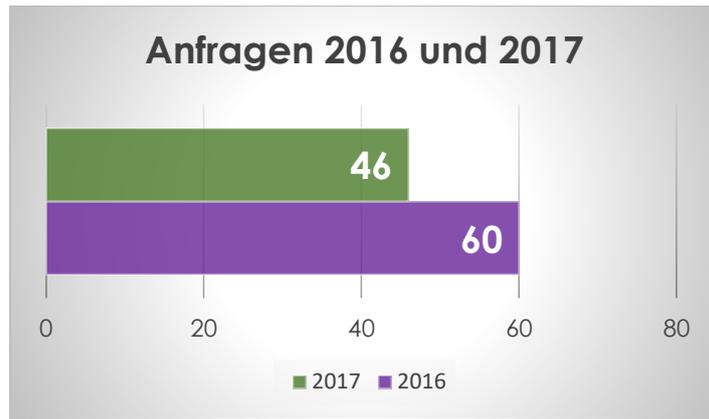
- Einsichtnahme in
  - den ELGA-Teilnahmestatus
  - die ELGA-Protokolle
  - die ELGA-Gesundheitsdaten
- Eintragen von individuellen Zugriffsberechtigungen in ELGA
- Unterstützung bei vermuteten Datenschutzverletzungen im Zusammenhang mit ELGA

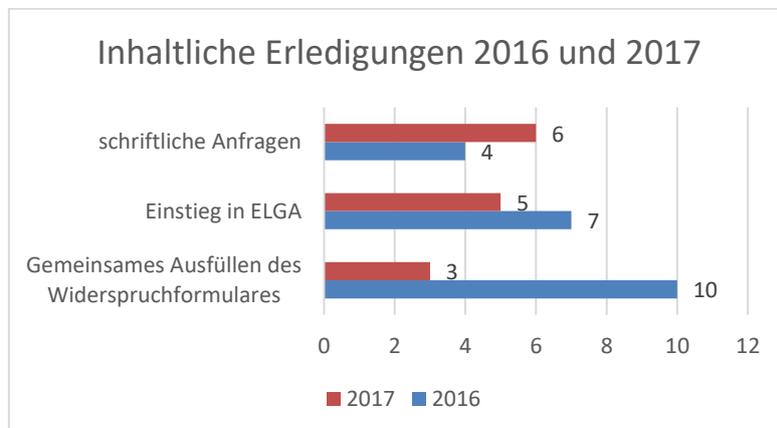
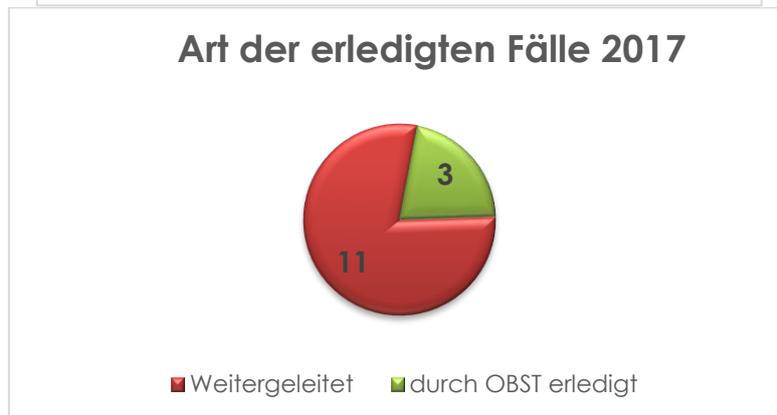
In der ELGA-Ombudsstelle wird in der Bearbeitung zwischen einem **Fall** und einer **Anfrage** unterschieden.

Die folgenden Diagramme zeigen die Anzahl der Anfragen und Fälle in den Jahren 2016 und 2017.

Eine Anfrage wird dokumentiert, wenn allgemeine Fragen an die OBST herangetragen werden.

Ein Fall wird eröffnet, wenn die Bearbeitung mehrere Arbeitsschritte benötigt.





## 7.4.1 ELGA-Ausblick

Mit 16. Dezember 2017 ist die ELGA-Verordnungsnovelle 2017 (BGBl. II Nr. 380/2017 vom Dezember 2017) in Kraft getreten, mit welcher der verpflichtende Einsatz und das Rollout der e-Medikation geregelt wird. Aufgrund dieser Verordnung wird in der Steiermark ab März 2018 bei Vertragsärzt/inn/en,

Vertragsgruppenpraxen und in den Apotheken die e-Medikation schrittweise eingeführt. Ein diesbezügliches Pilotprojekt fand im Bezirk Deutschlandsberg von Mai bis November 2016 statt.

Niedergelassene Vertragsärztinnen/Vertragsärzte sind zukünftig verpflichtet, verordnete Medikamente in e-Medikation zu speichern, sofern kein Optout des Patienten/der Patientin erfolgt ist. Mit der e-Medikation werden in der sogenannten „e-Medikationsliste“ alle verordneten und abgegebenen Medikamente für ein Jahr gespeichert und dann automatisch gelöscht. Behandelnde niedergelassene Vertragsärztinnen/Vertragsärzte können die Medikationsliste ihrer Patient/inn/en einsehen und haben damit eine bessere Entscheidungsgrundlage für Diagnostik und Therapie.

In den Apotheken wird das Rezept eingescannt und die Abgabe gespeichert. Durch Stecken der e-card in der Apotheke können zusätzlich rezeptfreie Präparate in der Medikationsliste gespeichert und für Wechselwirkungsprüfungen oder Beratungen genützt werden.

Die e-Medikation unterstützt Apotheken sowie Ärztinnen/Ärzte mit Informationen und erhöht damit die Patient/inn/ensicherheit.

#### **7.4.2 Rollout in der Steiermark**

Das Rollout in der Steiermark beginnt im März 2018 und endet im Mai 2018. Die Termine des verpflichtenden Einsatzes von e-Medikation lauten wie folgt:

Termine	Bezirke
08. März 2018	Deutschlandsberg
29. März 2018	Hartberg-Fürstenfeld, Leibnitz, Südoststeiermark und Weiz
09. April 2018	Bruck-Mürzzuschlag, Leoben, Liezen, Murau und Voitsberg
10. Mai 2018	Graz-Stadt und Graz-Umgebung

Nachdem die Ausrollung der e-Medikation in der Steiermark abgeschlossen sein wird, folgen schrittweise die weiteren Bundesländer.

Im September 2019 soll das Rollout in ganz Österreich abgeschlossen sein. Als letztes Bundesland ist Wien vorgesehen.

## 8 Strukturelle Mitgliedschaften der PPO

### ▪ **Ethikkommissionen (EK)**

Ethikkommissionen sind von Universitäten, berufsständischen Vereinigungen oder Ländern eingerichtete Kommissionen, die Wissenschaftler/innen in ethischer und rechtlicher Hinsicht beraten, kontrollieren und beaufsichtigen sollen, die Forschung am lebenden und am verstorbenen Menschen planen, darunter auch klinische Studien. Die diversen Kommissionen beurteilen klinische Prüfungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten, die Anwendung neuer medizinischer Methoden und angewandte medizinische Forschung am Menschen.

Die Beurteilung erfolgt durch die Mitglieder der Ethikkommissionen, welche in ihrer Funktion weisungsfrei und unabhängig sind und richtet sich nach ethischen, rechtlichen und methodisch-wissenschaftlichen Gesichtspunkten. In der Steiermark stehen derzeit fünf Ethikkommissionen (EK Medizinische Universität, EK Karl-Franzens-Universität; EK Krankenhaus der Barmherzigen Brüder; EK Krankenhaus der Elisabethinen; EK Land Steiermark) für diese Prüfungen zur Verfügung.

**Die PPO hat als Mitglied die Aufgabe, die Rechte und Interessen der betroffenen Patient/inn/en wahrzunehmen.**

2016 hat die PPO an 13 und 2017 an 14 Ethiksitzungen teilgenommen.

- **IPS (Initiative Patient/inn/ensicherheit Steiermark)**
- **QSK (Qualitätssicherungskommission)**
- **ARGE - Arbeitsgemeinschaft der Patient/inn/enanwälte Österreichs (ARGE PA)**

Die ARGE der österreichischen Patient/inn/enanwälte wurde im Jahr 2000 gegründet. Mit einer kurzen Pause war die PatientInnenombudsfrau ständige Vertreterin des ARGE-PA-Vorsitzenden.

## 9 Zahlenmäßige Entwicklung der Geschäftsfälle

Nicht nur die Neuanliegen und deren Aufarbeitung, sondern auch die Beratungen sind in den letzten Jahren zunehmend komplexer und damit auch arbeitsintensiver geworden.

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

	Geschäftsfälle/ Berichtsjahr			Allgemeine Beratungs- gespräche		Patienten- verfügung- en	Summe aller Bear- beitungen/ Berichtsjahr
	KA- Bereich	Pflege- Bereich	NGB bis 14.5.2014	KA/ NGB	Pflege		
2012	1019	194	159	88	111	38	<b>1609</b>
2013	1047	189	153	219	69	44	<b>1721</b>
2014	967	171	60	312	135	25	<b>1670</b>
2015	1018	170	7	465	108	28	<b>1796</b>
2016	918	173	-	613	199	68	<b>1971</b>
2017	983	151	-	496	194	56	<b>1880</b>

### 9.2 Aufgliederung der offenen Fälle am Ende des Berichtsjahres 2016 und 2017

	Offene PPO Geschäftsfälle KA/Pflege		Offene KAGes Schlichtung		Offene P <sup>1</sup> - Schlichtung		Offene PEK-Fälle	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
2011			-	-	-	-	-	-
2012			-	-	-	-	-	-
2013			4	1	-	-	-	-
2014			4	2	-	-	3	1
2015	3	-	33	7	13		10	-
2016	82	34	99	14	23	2	77	4
2017	-	83	-	84	-	22	-	47
<b>Gesamt</b>	<b>85</b>	<b>117</b>	<b>140</b>	<b>108</b>	<b>36</b>	<b>24</b>	<b>90</b>	<b>52</b>

Durch eine erhöhte Schlichtungssitzungsfrequenz 2017 konnten mehr Schlichtungsfälle in kürzerer Zeit abgeschlossen werden.

<sup>1</sup> Gemeinsame Schlichtungsstelle für Privatkrankenanstalten, Ambulatorien, Sanatorien u. Krankenanstalten der AUVA

### 9.3 Entwicklung der Schlichtungsanträge für alle steirischen Krankenanstalten

	KAGes-Schlichtung	P-Schlichtung	NGB	Summe
<b>2012</b>	119	38	46	<b>203</b>
<b>2013</b>	152	30	46	<b>228</b>
<b>2014</b>	134	19	5 bis 14.5.2015 von PPO begleitet	<b>158</b>
<b>2015</b>	149	43	-	<b>192</b>
<b>2016</b>	132	28	-	<b>160</b>
<b>2017</b>	112	25	-	<b>137</b>

Die Vertrauensärztinnen/Vertrauensärzte der PPO unterstützten uns mit ihrer hohen Fachkompetenz in den Fachbereichen Unfallchirurgie, Orthopädie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Allgemein- und Gefäßchirurgie, Innere Medizin, Hals-, Nasen und Ohrenheilkunde, Urologie, Kardiologie, Neurochirurgie, Anästhesie, Intensivmedizin und Radiologie. Viele vermutete Behandlungsfehler lassen sich durch diese kompetente medizinische Aufarbeitung und Erklärungen der Vertrauensärztinnen/Vertrauensärzte für die Patient/inn/en ausräumen und die Anzahl der Schlichtungsfälle reduzierte sich dadurch erheblich. Zum einen können Anliegen durch diese fachliche Unterstützung bei der Aufarbeitung für die Patient/inn/en zufriedenstellend abgeschlossen werden. Erhärtet sich der Verdacht eines vermuteten Behandlungsfehlers oder einer Komplikation, kann zum anderen zielgerichtet mit Unterstützung der PPO ein Entschädigungsantrag bei der Schlichtungsstelle oder ein Ansuchen beim Entschädigungsfonds eingebracht werden.

An dieser Stelle auch ein großer Dank an unsere Vertrauensärztinnen/Vertrauensärzte! Auch für die vielen persönlichen Gespräche mit den Patient/inn/en und deren Angehörigen.

Außerdem gilt unser Dank auch unseren Vertrauensjurist/inn/en und Vertrauensanwäl/inn/en, die uns bei komplexen Rechtsfragen unterstützen.

#### 9.4 Anzahl der Schlichtungssitzungen

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
KAGes	64	59	68	61	67	59
P-Schlichtung	19	17	11	14	14	12
PEK	48	52	32	36	22	54
NGB (bis 14.5.2015)	15	16	7	-	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>146</b>	<b>144</b>	<b>118</b>	<b>111</b>	<b>103</b>	<b>125</b>

#### 9.5 Anzahl der Patient/inn/en und der Beratungen pro Schlichtungssitzung

Bei jeder Schlichtungssitzung werden durchschnittlich fünf Patient/inn/en geladen.

Zusätzlich finden im Rahmen dieser Sitzungen auch interne Beratungen über laufende Akten sowie über Neuanliegen statt.

### 9.5.1 Schlichtungssitzungen KAGes

	2016	2017
Sitzungstermine gesamt	67	59
Anzahl der dabei anwesenden Patient/inn/en	288	253
Anzahl der dabei durchgeführten Beratungen	158	146

### 9.5.2 Schlichtungssitzungen Privat-KA und AUVA

	2016	2017
Sitzungstermine gesamt	14	12
Anzahl der dabei anwesenden Patient/inn/en	75	57
Anzahl der dabei durchgeführten Beratungen	-	2

## 9.6 Auszahlungen in den Schlichtungsstellen

Nachfolgende Tabelle stellt die Entschädigungssummen der beiden Schlichtungsstellen (gemeinsame Schlichtungsstelle der Ärztekammer für Steiermark und der KAGes und der gemeinsamen Schlichtungsstelle für Privatkrankenanstalten, Ambulatorien, Sanatorien und Krankenanstalten der AUVA) den für die Patient/inn/en positiv erledigten Anträgen gegenüber.

Schlichtungsstelle	2016	2017
Positiv erledigte Anträge KAGes	41	42
Entschädigungssumme	€ 540.493,58,--	€ 253.520,90,--
Positiv erledigte Anträge P-Schlichtung	10	14
Entschädigungssumme	€ 48.300,--	€ 284.000,--
<b>Gesamt</b>	<b>51 Pat. € 588.793,58,--</b>	<b>56 Pat. € 537.520,90,--</b>

## 9.7 Verschuldensunabhängiger Patientenentschädigungsfonds (PEK)

Seit 2003 ist der Patienten-Entschädigungsfonds in der Steiermark tätig.

Aufgrund der Bestimmungen im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG), BGBl. Nr. 5/2001, haben die Träger/innen der Fondskrankenanstalten entsprechend den Regelungen über den Kostenbeitrag zusätzlich einen Kostenbeitrag in Höhe von **0,73 Euro** pro Verpflegstag einzuheben.

Hinsichtlich der eingehobenen Kostenbeiträge der Rechtsträger/innen der Krankenanstalten prüft die Geschäftsstelle des PEK die Eingänge der monatlichen Zahlungen auf ihre Vollständigkeit sowie deren Plausibilität und führt dazu ein Mahnwesen. Die **Geschäftsstelle** unterliegt gemäß § 8 des Gesetzes über die Patientenentschädigung der Aufsicht der Landesregierung und wurde **organisatorisch ab 1.1.2016 in der PPO verankert**.

Die dort tätige Patientenentschädigungskommission (PEK) hat die Aufgabe, Schäden, die durch die Behandlung in öffentlichen oder privaten gemeinnützigen Krankenanstalten entstanden sind und

1. bei denen eine Haftung der Rechtsträgerin/des Rechtsträgers nicht eindeutig gegeben ist oder
  2. bei denen eine Haftung der Rechtsträgerin/des Rechtsträgers nicht gegeben ist, wenn es sich um eine seltene, schwerwiegende Komplikation handelt, die zu einer erheblichen Schädigung geführt hat,
- zu überprüfen und gegebenenfalls eine finanzielle Entschädigung zu gewähren.

Im Jahr 2016 kam es zu einer landesrechtlichen Novellierung des Gesetzes über die Patientenentschädigung (LGBl. Nr. 66/2016).

Eine Neuerung ist in der Zusammensetzung der Kommission erfolgt. **In die Kommission wurde nunmehr ein/e, nach Möglichkeit rechtskundige/r, Vertreter/in der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft mit beratender Funktion aufgenommen. Darüber hinaus wurde der PatientInnen- und**

**Pflegeombudsschaft neben der Bestellung der/des Vorsitzenden auch bei der Bestellung der/des medizinische/n Sachverständigen ein Anhörungsrecht eingeräumt.**

Hinsichtlich des maximalen Entschädigungsbetrages erfolgte im Gesetz eine Erhöhung des Höchstbetrages von 22.000,- Euro auf **35.000,- Euro**.

Ab 1.1.2017 wurde die Einhebung der Kostenbeiträge gemäß § 27a KAKuG für alle Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, abgeschafft.

### 9.7.1 Entwicklung der Entschädigungsansuchen

	<b>Ansuchen</b>	<b>Erledigungen</b> (inkl. der offenen Fälle aus den Vorjahren)	<b>Anzahl der Sitzungen</b>
<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
<b>2014</b>	95	96	32
<b>2015</b>	106	103	36
<b>2016</b>	111	51	22
<b>2017</b>	132	170	54

### 9.7.2 Einnahmen und Zahlungen des Fonds

	<b>Übertrag aus dem Vorjahr/€</b>	<b>Einnahmen des Fonds/€</b>	<b>Zur Verfügung stehende Mittel des Fonds/€</b>	<b>Konto- führung, div./€</b>	<b>Auszahlungen an Patient/inn/en des Fonds/€</b>
<b>2008</b>	730.971,98	880.416,57	1.611.388,55	-	1.105.270,00
<b>2009</b>	506.118,55	936.290,41	1.442.408,96	-	1.085.790,00
<b>2010</b>	356.618,96	866.358,66	1.222.977,62	-	1.003.230,00
<b>2011</b>	219.747,62	872.741,07	1.092.488,69	-	538.375,00
<b>2012</b>	554.113,69	874.837,69	1.428.951,38	17,00	809.400,00
<b>2013</b>	619.534,38	856.078,91	1.475.613,29	237,57	911.460,00
<b>2014</b>	563.915,72	852.472,87	1.416.388,59	244,90	642.839,98
<b>2015</b>	773.303,71	840.521,90	1.613.825,61	268,97	730.470,00
<b>2016</b>	883.086,64	844.501,76	1.727.588,40	308,66	482.000,00
<b>2017</b>	1.245.279,74	856.164,47	2.101.440,21	590,05	1.325.036,50

<b>2018</b>	775.815,66				
-------------	------------	--	--	--	--

### 9.7.3 Wege der Ansuchen an den Patientenentschädigungsfonds

	2015	2016	2017
Ansuchen nach vorher anhängigem Schlichtungsverfahren	37	27	24
Ansuchen nach vorhergehender Beratung und Abklärung durch die Patient/inn/en- und Pflegeombudsschaft	53	60	51
Ansuchen direkt von Ansuchenden oder von Rechtsanwält/inn/en	11	16	34
Ansuchen nach einem Gerichtsverfahren	5	8	8
<b>Gesamt</b>	<b>106</b>	<b>111</b>	<b>117</b>

### 9.7.4 PEK-Ansuchen

PEK-Ansuchen	2016	2017
<b>Gesamt</b>	111	132

	2016	2017
Sitzungstermine gesamt	22	54
Anzahl der dabei anwesenden Patient/inn/en	71	204
Anzahl der dabei durchgeführten Beratungen	141	220

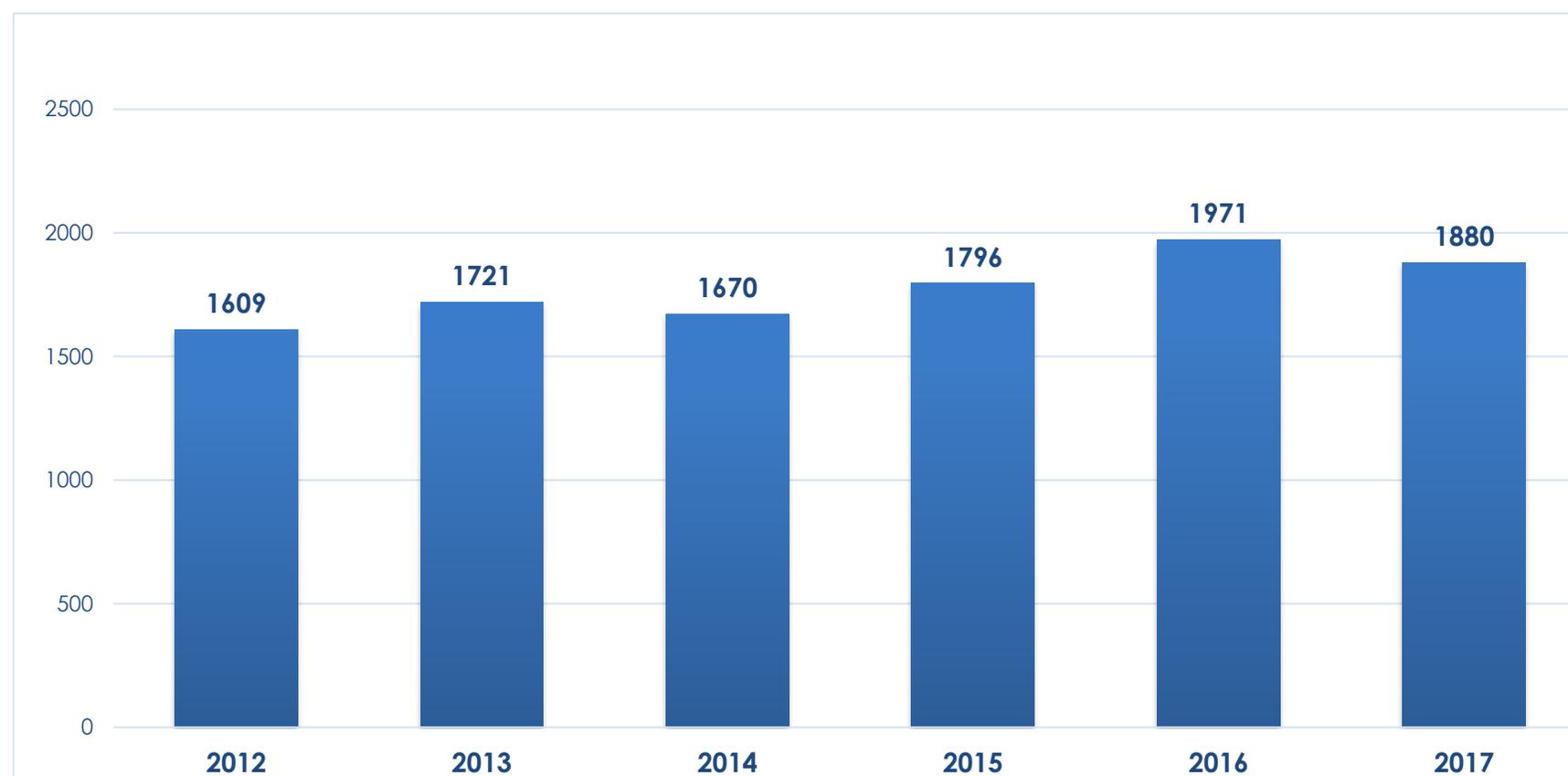
### 9.7.5 Offene PEK-Ansuchen

	Offene PEK-Fälle	
	2016	2017
2013	-	-
2014	3	1
2015	10	-
2016	77	4
2017	-	47
<b>Gesamt</b>	<b>90</b>	<b>52</b>

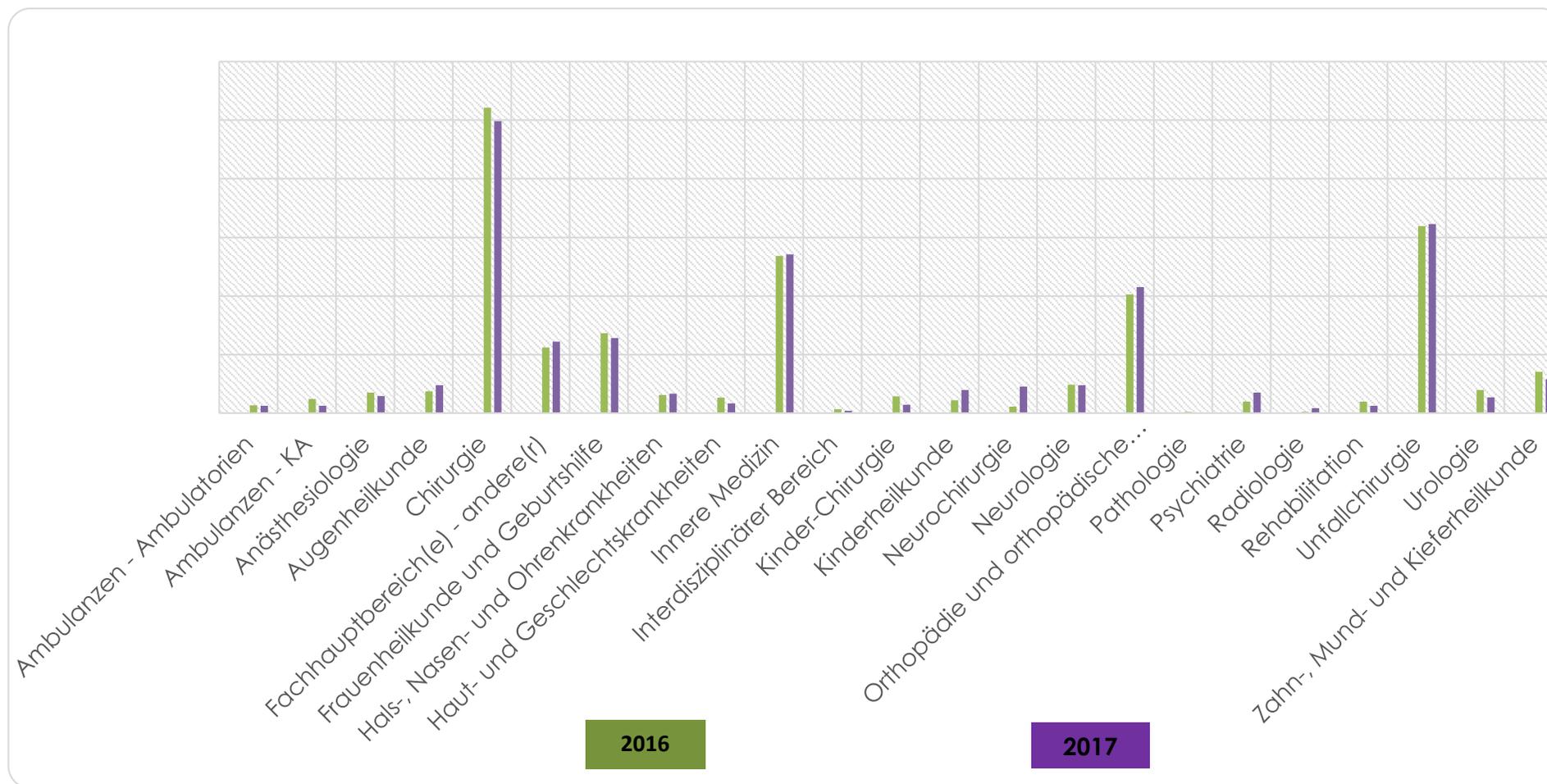
Durch die Novellierung des Gesetzes und die Notwendigkeit einer neuen Geschäftsordnung fanden im Jahr 2016 erst ab Juli wieder PEK-Sitzungen statt. Dies erklärt die hohe Anzahl der offen gebliebenen Ansuchen Ende 2016.

## 10 Grafische Darstellungen

### 10.1 Summe aller Bearbeitungen im Bereich: Krankenanstalten, Pflegeheime, Pflegeplätze, Mobile Dienste und Niedergelassener Bereich

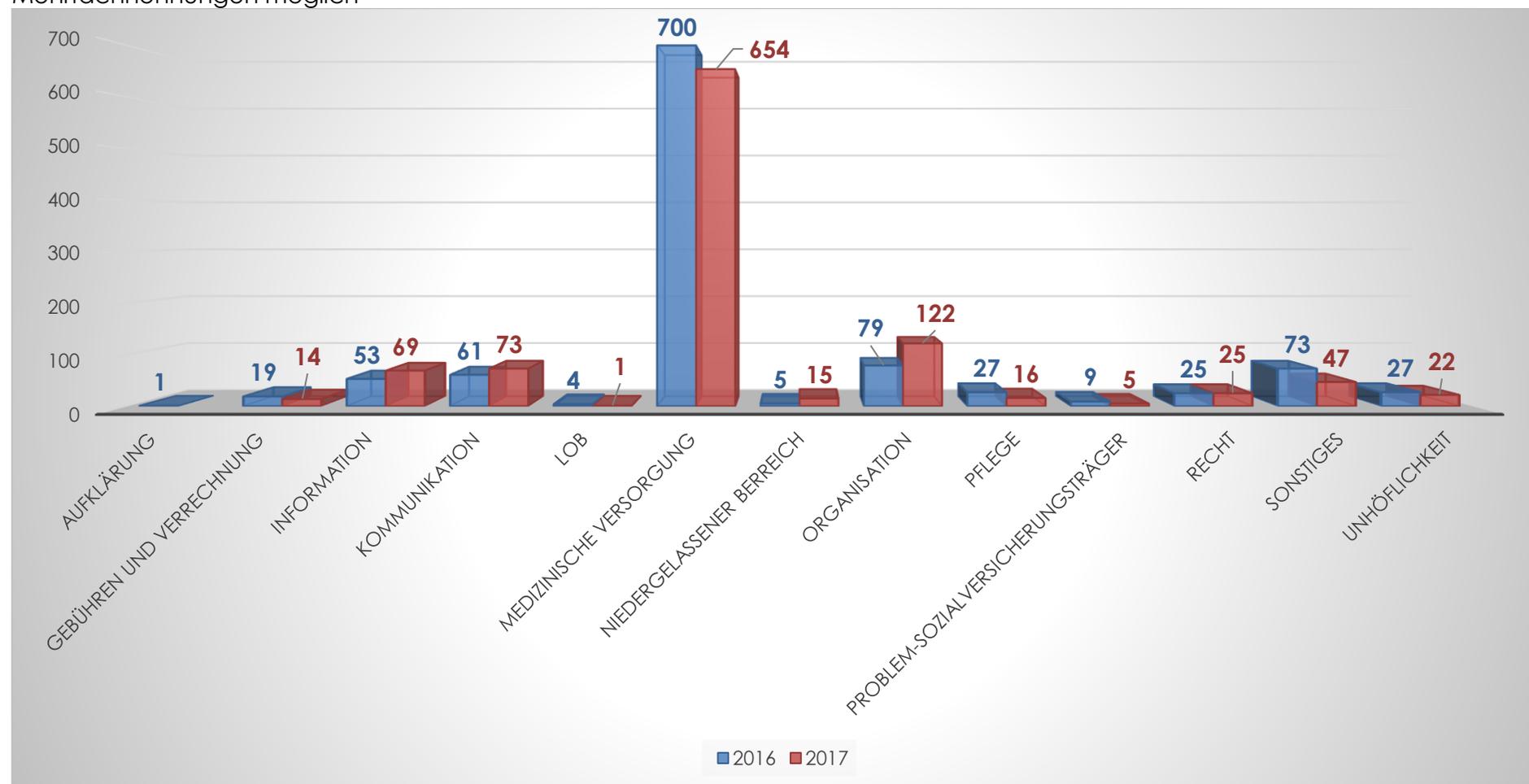


**10.2 Zuordnung der Geschäftsfälle nach medizinischen Fachrichtungen im Bereich Krankenanstalten**



### 10.3 Zuordnung der Geschäftsfälle nach deren Inhalt in den Bereichen Krankenanstalten und Pflege

Mehrfachnennungen möglich



## 10.4 Geschlechterspezifische Aufteilung der Geschäftsfälle (Krankenanstalten)

Abbildung 1

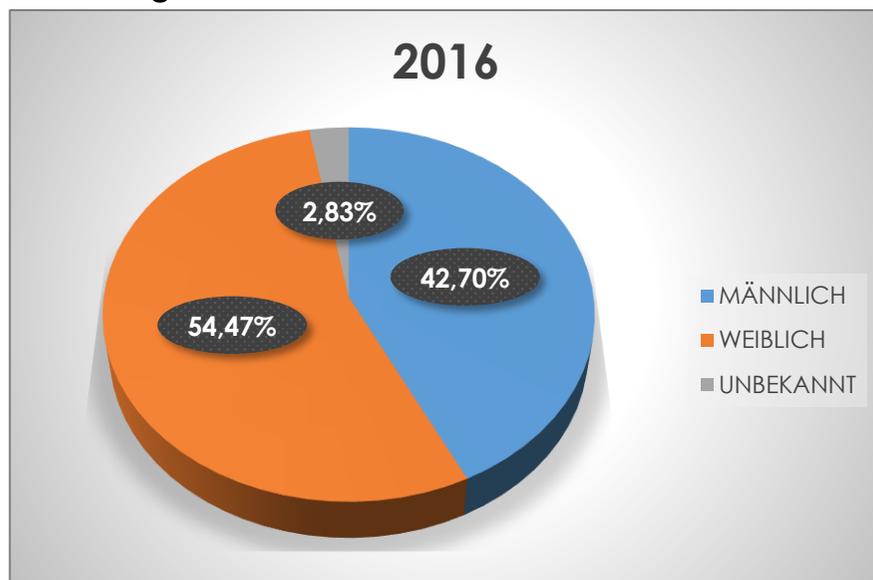
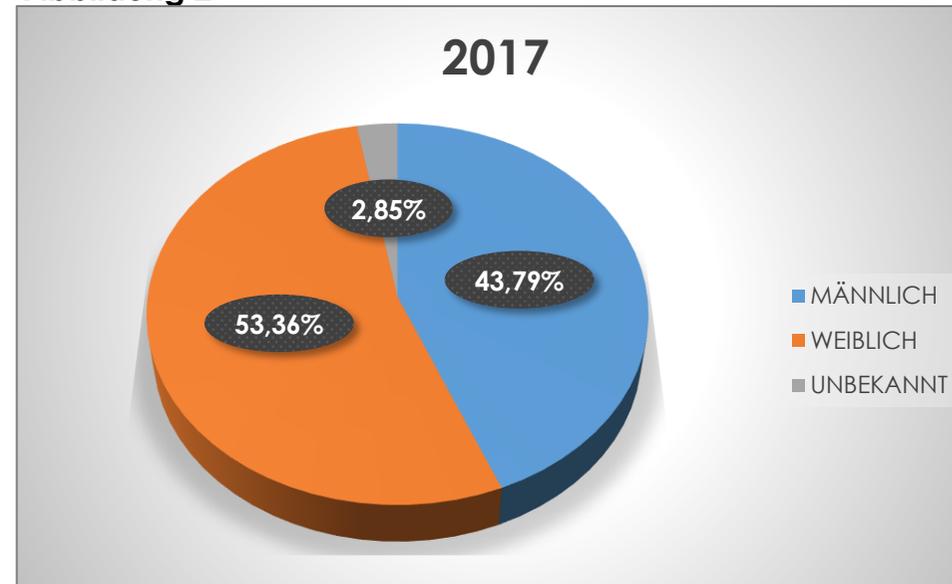
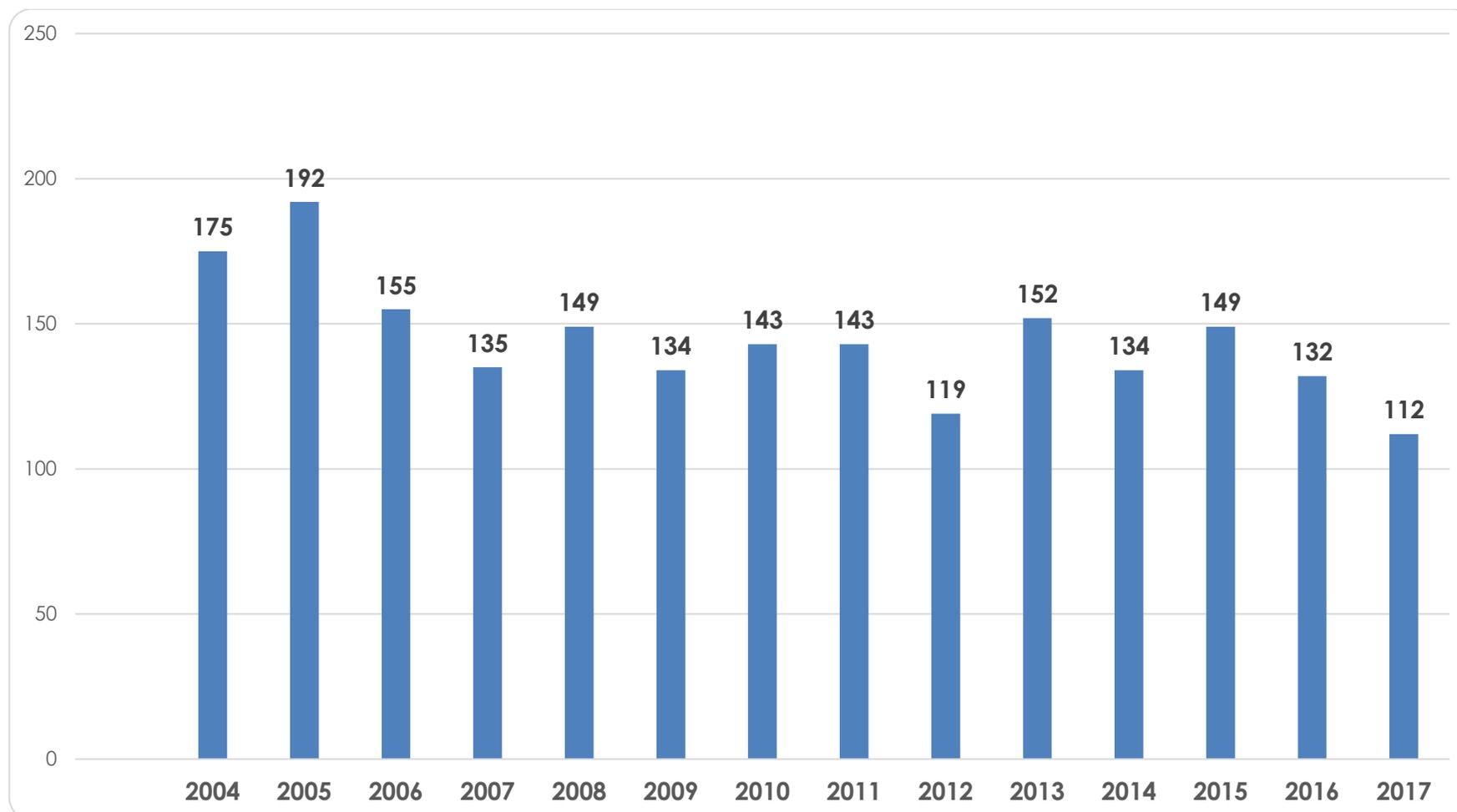


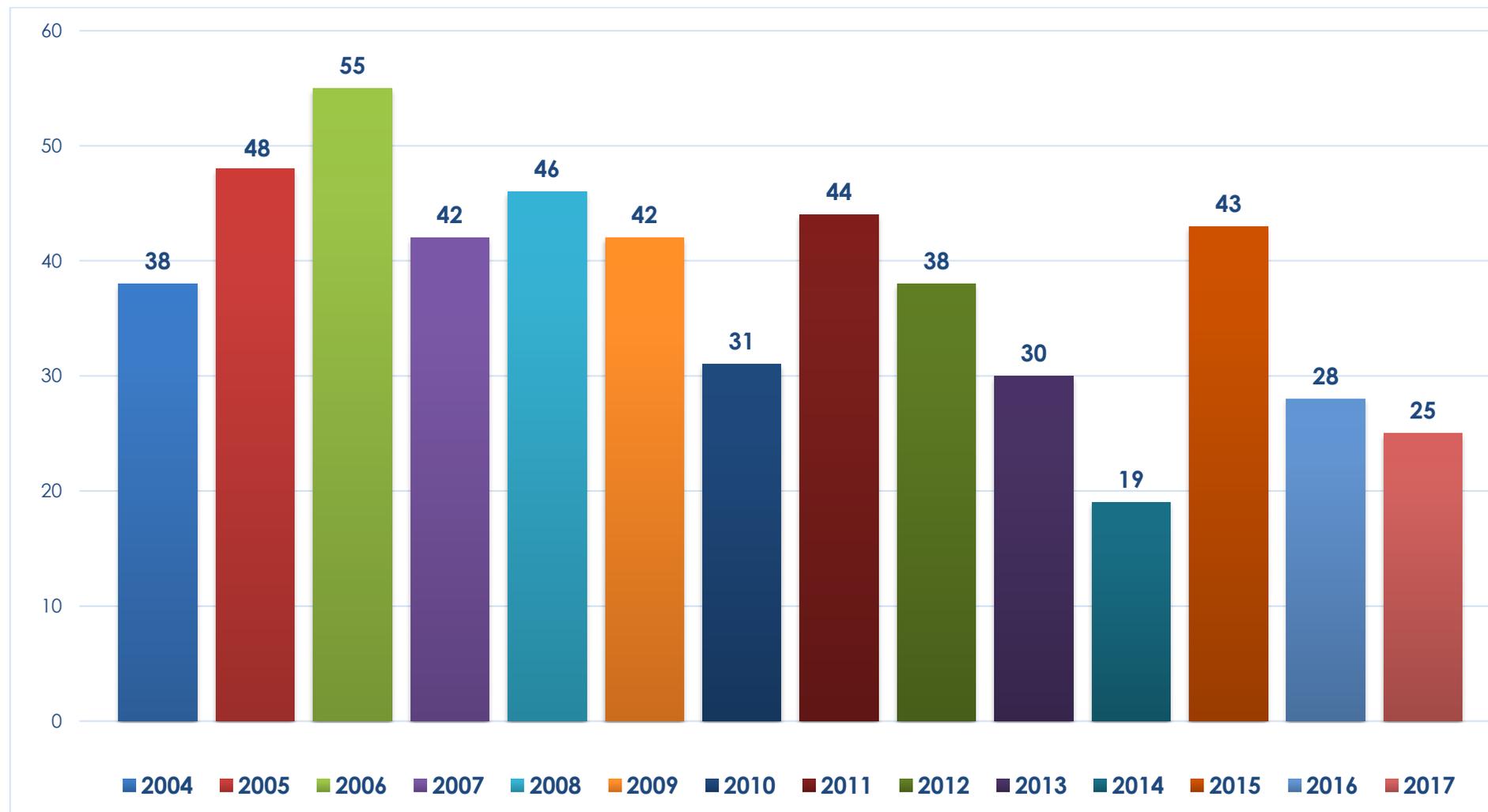
Abbildung 2

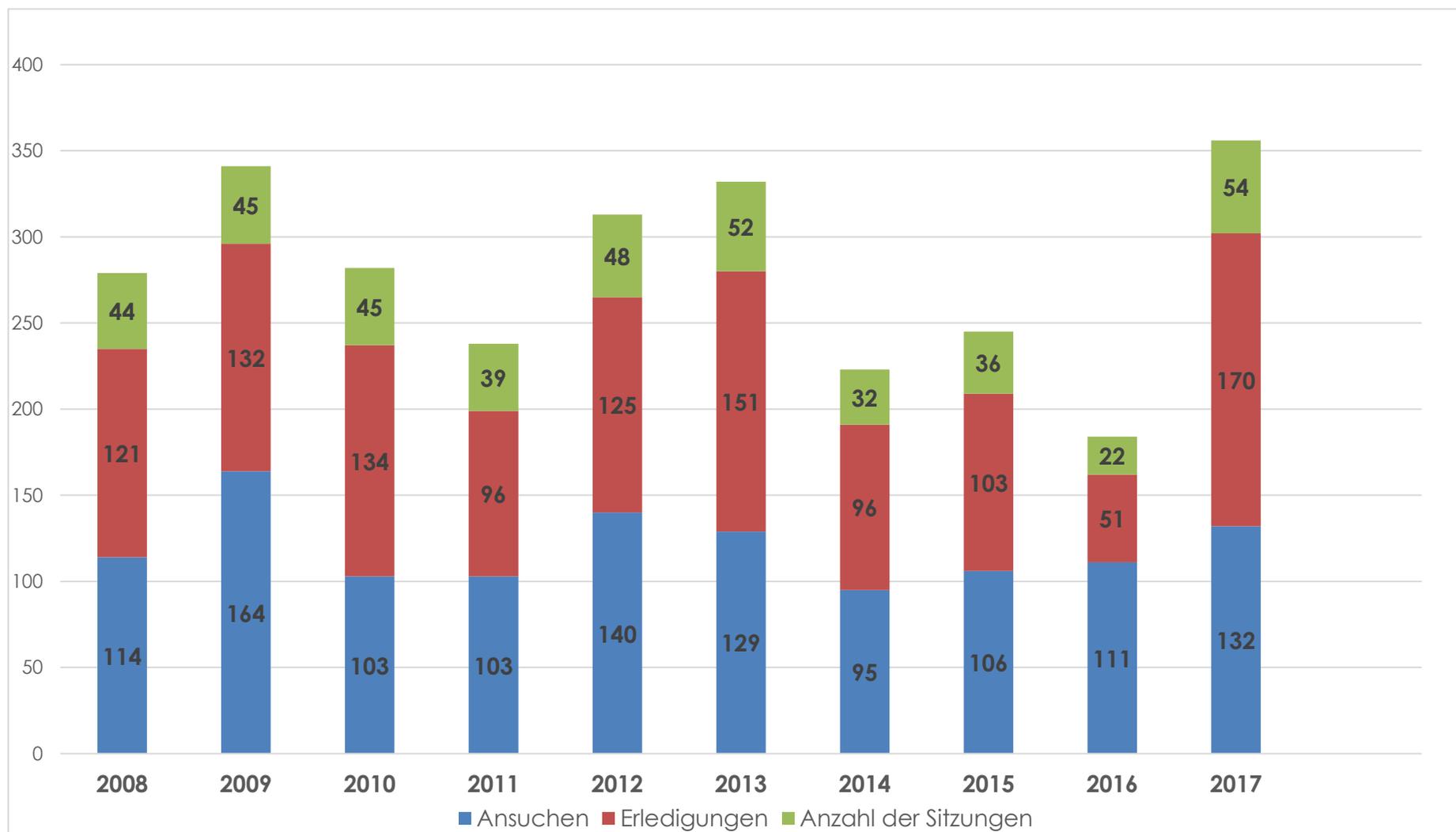


## 10.5 Entwicklung der Anträge an die gemeinsame Schlichtungsstelle der Ärztekammer der Steiermark und der KAGes



## 10.6 Entwicklung der Anträge an die gemeinsame Schlichtungsstelle der Ärztekammer der Steiermark und der Privatkrankenanstalten, Ambulatorien, Sanatorien und Krankenanstalten der AUVA



**10.7 Entwicklung der Ansuchen an den Patientenentschädigungsfonds**

# TÄTIGKEITSBERICHT

## 2016 UND 2017

P  
P  
O

atientInnen- und

flege-

mbudsschaft Land Steiermark

### I. TEIL

### KRANKENANSTALTEN



Das Land  
Steiermark

Abteilung 8  
PatientInnen- und  
Pflegeombudsschaft  
Land Steiermark



## 11 Sichere Befundübermittlung - Beitrag zur Patientensicherheit

Auf **Antrag der PPO im Jahr 2008** wird seit 2009 die „Sichere Befundübermittlung“ im Qualitätssicherungsbeirat und im Qualitäts,- und Risikomanagement der KAGes thematisiert.

Anlassbezogen wurde im **Tätigkeitsbericht 2012/2013** (Kapitel 12) der PPO erneut auf die noch immer fehlende dringende Umsetzung einer technischen Möglichkeit einer sicheren Befundvidierung und daraus resultierende Schadensfälle hingewiesen.

Im **Mai 2016** wurde der **KAGes-Vorstandsvorsitzende** über zehn der PPO bekannte Schadensfälle durch fehlende Befundvidierung innerhalb der letzten zehn Jahre informiert und zugleich eine dringende Handlungsempfehlung ausgesprochen.

Zum Zeitpunkt der Berichterstattung im **April 2018** ist nun **in einer ersten KAGes-Krankenanstalt im Rahmen eines Pilotprojektes ein EDV-gestütztes System „Befunde vidieren“ umgesetzt** worden.

Damit beginnt nun nach fast zehn Jahren des kontinuierlichen Aufzeigens der PPO für alle KAGes-Krankenanstalten schrittweise und zeitgleich mit dem Rollout der elektronischen Fieberkurve auch das Rollout „Befunde vidieren“.

## 12 Fehlerkultur und Schadensregulierung

### Vorwort

Patient/inn/en als Kund/inn/en von Gesundheitseinrichtungen erwarten qualitativ hochwertige Leistungen betreffend die Krankheitsvorsorge, Diagnose, Therapie sowie auch die Rehabilitation; all dies auf sehr hohem Niveau von Medizin und Pflege. Die Patient/inn/en gehen davon aus, dass durch professionelle Intervention ihre Krankheitssymptomatik gelindert oder beseitigt wird, aber insbesondere auch, dass kein zusätzlicher oder neuartiger Gesundheitsschaden dazu kommt (z.B. eine nosokomiale Infektion durch unzureichende Hygienemaßnahmen oder ein Hautschaden durch fehlende druckentlastende Maßnahmen).

Die medizinische und pflegerische Versorgung sollte so geplant und durchgeführt werden, dass keine Komplikationen oder Fehler auftreten.

Die zunehmend auch öffentlich geführte Diskussion über Fehler in der Medizin führt zu einer steigenden Verunsicherung der Patient/inn/en, zu Ängsten und zu einem schwindenden Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin/Arzt, Therapeut/in, Pflegefachkraft und Patient/inn/en.

Um die Frage, wie man sich einem „Null-Fehler-Ideal“ nähern kann, bemühen sich Wissenschaft und Gesundheitsanbieterinnen/Gesundheitsdienstleister seit Jahren. Es wurden Systeme mit dem Ziel implementiert, vorhandene bzw. zu erwartende Risiken zu minimieren und Maßnahmen zu entwickeln, um die Patient/inn/ensicherheit nachhaltig und spürbar zu verbessern.

„Überall wo Menschen arbeiten, passieren Fehler“ – auch in der Medizin. Fehler können komplexe Ursachen haben. Ein wichtiger Faktor hierbei ist eine Fehleranalyse ohne Schuldzuweisung. Wesentlich ist nicht die Frage, wer Schuld hat, sondern was schuld war. Eine Fehleranalyse kann zeigen, an welchen

Stellen es Schwachpunkte gibt und welche Mechanismen greifen, um Schadensfolgen zu verhindern.

Behandlungsfehler können heute selten mit schwerem Einzelversagen assoziiert werden, denn charakteristisch für Gesundheitsberufe ist, dass viele Menschen in komplexen Systemen zusammenarbeiten, für die hohe Arbeitsbelastungen und schnelle Entscheidungen in Krisensituationen die Regel sind. Diese Konstellationen begünstigen das Entstehen von Fehlern. Stress, Hektik, Überforderung, Zeitdruck und/oder Personalmangel können oft ganz einfache Routineaufgaben zu mehr oder weniger fehlerbehafteten Arbeitsprozessen machen.

Einerseits wächst mit dem medizinischen Fortschritt auch der Anspruch und die Erwartungshaltung der Patient/inn/en, andererseits hat die/der Patient/in von heute meist mehr medizinisches Laienwissen als noch vor Jahren.

Die Bereitschaft der Patient/inn/en medizinisches Versagen hinzunehmen hat in den vergangenen Jahren stark abgenommen. Wer das anerkennt und sich die Mühe macht, unerwünschte Ereignisse angemessen zu kommunizieren und aufzuarbeiten, wird etwas an der bisher „traditionellen“ Haltung des Wegsehens und „Mauerns“ ändern können. Nur in gemeinsam getragener Verantwortung von den Gesundheitsdiensteanbieterinnen und den Gesundheitsdiensteanbietern lassen sich erfolgreiche Konzepte entwickeln, die die Sicherheit der Patient/inn/en verbessern und im Schadensfall die Bedürfnisse der Betroffenen und ihrer Familien adäquat berücksichtigen.

**Die Fehlerkultur eines Unternehmens stellt einen zentralen Bestandteil seiner Organisationskultur dar.** Sie besteht aus zwei Komponenten: erstens aus der Einschätzung und dem Stellenwert von Fehlern und zweitens aus den Bedingungen im Umgang mit Fehlern. Unter Fehlerkultur versteht man, wie in einer Organisation mit der Erfassung, Analyse, Behebung und Vermeidung von Fehlern umgegangen wird. Eine positive Fehlerkultur zeichnet sich dadurch aus, dass Fehler nicht als Versäumnisse einzelner Personen oder einer bestimmten Berufsgruppe mit Schuldzuweisungen verstanden werden, sondern als Chance zur Verbesserung. Voraussetzung für eine positive Fehlerkultur ist ein Klima, in

dem Mitarbeiter/innen angstfrei Fehler und Probleme benennen und aufzeigen können. Nicht das „Fehlermachen“ ist das Problem, sondern das „Fehlervertuschen“.

**Die jahrelangen Erfahrungen der PPO zeigen, dass durch einen ehrlichen, offenen Umgang mit Fehlern und/oder Komplikationen das Vertrauensverhältnis zwischen den betroffenen Patient/inn/en und den Behandlerinnen/Behandlern bestehen bleibt. Eine für die/den Geschädigte/n faire und schnelle, aber auch eine für alle Beteiligten transparente Schadensabwicklung, ist nicht nur für die/den Geschädigte/n aus menschlicher Sicht von großer Bedeutung, sondern kann gleichzeitig auch Veränderungsprozesse in der Organisationsstruktur initiieren.**

Hemmend für eine sachliche Diskussion möglicher Fehler bleibt aber auch der Umstand, dass der Haftpflichtversicherer (oder im Falle der Nichtversicherung dann die/der Krankenanstaltenträger/innen) der Ärztin/dem Arzt bzw. der Therapeutin/dem Therapeuten oder der Pflegeperson verbietet, Behandlungsfehler als solche zu deklarieren und der/dem Patient/in/en gegenüber einzugestehen. Die Abwehr unberechtigter Forderungen und die Verteidigung der/des Ärztin/Arztes und/oder des Spitals werden dermaßen weit in den Vordergrund gestellt, dass der Umgang mit Fehlern für alle Beteiligten deutlich erschwert wird. Die zwischenmenschliche Kommunikation wird durch die Verschiebung der Auseinandersetzung mit dem vermuteten Fehler auf die juristische Ebene und den Kampf um Rechtsansprüche von Anfang an fast unmöglich gemacht.

Den Erwartungen der geschädigten Patient/inn/en wird man erst gerecht, wenn eine Kultur der Offenlegung von Fehlern erarbeitet wird, wobei auch das Prinzip, dass die Haftpflichtversicherer/die Krankenanstaltenträger/inn/en den Behandlerinnen/Behandlern verbieten, fehlerhaft erscheinende Handlungen als solche anzuerkennen, beseitigt werden muss.

Unsere derzeitigen Systeme suchen eine/n Verantwortliche/n, den Nachweis des „schuldhaften Tuns oder Unterlassens“. Es werden dadurch Barrieren geschaffen und die Entwicklung einer Sicherheitskultur wird verhindert.

Eine „No Fault Compensation“, also eine verschuldensunabhängige Entschädigung, wird u.a. in einigen skandinavischen Ländern schon seit längerem als mögliche Lösung gesehen. Dabei wird auf das Verschuldenskriterium in der Arzthaftung verzichtet und das geltende Arzthaftungsrecht durch eine Versicherungslösung ersetzt. In Form eines kollektiven Schadensausgleichs wird dann die Entschädigung von der Bedürftigkeit der/des Geschädigten abhängig gemacht. Die/Der betroffene Patient/in muss dann nicht mehr anhand von Sachverständigengutachten das rechtswidrige Verhalten der/des Behandlerin/Behandlers nachweisen und oft jahrelang um eine finanzielle Entschädigung streiten.

**Nicht das individuelle Fehlerverhalten, sondern die Analyse des iatrogenen Patient/inn/enschadens muss in den Vordergrund rücken. In einem angstfreien Klima im Umgang mit Komplikationen und Fehlern kann viel eher eine Verbesserung der Patientensicherheit und der Sicherheitskultur erreicht werden.**

Da wir diesbezüglich noch viele Defizite wahrnehmen, widmen wir uns in diesem Tätigkeitsbericht wieder einmal schwerpunktmäßig der Fehlerkultur, dem Risikomanagement und der Schadensregulierung.

## **12.1 Behandlungsfehler – Schadensregulierung**

### **Präventive Maßnahmen zur Fehlervermeidung**

Es wurden Systeme in Krankenanstalten implementiert, mit dem Ziel vorhandene bzw. zu erwartende Risiken zu minimieren und Maßnahmen zu entwickeln, um die Patient/inn/ensicherheit nachhaltig und spürbar zu verbessern. Dies zeigt, dass die Fehlerprävention in den Fokus gerückt ist und

ausgesprochen aktiv damit umgegangen wird. Die Haltung, Fehler als Chance zu sehen, um aus ihnen zu lernen, ist der Grundgedanke der mittlerweile etablierten Fehlermeldesysteme.

Die PPO könnte sich auch eine **wesentlich stärkere Beteiligung von Patient/inn/en sowie deren Angehörigen als Beitrag zur Gewährleistung von Patientensicherheit** vorstellen. Patient/inn/en und insbesondere deren Angehörige sind oft die einzigen Personen, die den gesamten Versorgungsprozess überblicken und sicherheitsrelevante Informationen über Sektorengrenzen hinweg zur Verfügung stellen können. Bislang werden diese aber noch nicht systematisch bei der Gewährleistung der Patient/inn/en-Sicherheit einbezogen.

Das „**strukturierte Angehörigengespräch**“ – eine, von einer engagierten Pflegefachkraft in mittlerem Management in einer Abteilung für Alterspsychiatrie, standardisierte Pflegemaßnahme – wurde als ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Pflege von Demenzkranken erfolgreich eingesetzt. Trotzdem wurde von der Führung der betreffenden Organisationsstruktur die Auswirkung auf die Patient/inn/ensicherheit offenbar nicht erkannt, da eine Implementierung durch das Nichtzurverfügungstellen entsprechender Personalressourcen verhindert wurde.

Diesbezüglich muss sich innerhalb der Organisationsstrukturen intersektoral und interdisziplinär einiges verbessern.

### **Risikomanagement „Aus Fehlern lernen“**

Aus der Einzelbetrachtung von Behandlungsfehlerursachen sowie der system- und personenperspektivischen Herangehensweise zur Entwicklung von Präventionsmaßnahmen ergeben sich unmittelbar Handlungsfelder für ein klinisches Risikomanagement. Klinisches Risikomanagement bezeichnet ein Präventionssystem, das primär Gefährdungen in der Patientenversorgung reduzieren soll und dabei eine ständige Verbesserung der Behandlungsqualität zum Ziel hat.

Die geschädigten Patient/inn/en wollen in erster Linie, dass aus dem „Fehler“ gelernt wird, damit nicht andere Patient/inn/en denselben Schaden erleiden müssen.

Auch die Analyse der begutachteten Schlichtungsfälle kann dazu beitragen, Behandlungsfehler zu vermeiden.

Deshalb wäre es aus Sicht der PPO sehr sinnvoll, wenn **Krankenanstaltenträger/innen die Gutachten der Schlichtungsstellen, in anonymisierter Form, den jeweiligen Fachdisziplinen in den verschiedenen Krankenanstalten zur Verfügung stellen** würden. So könnten Know-how und auch Verbesserungsmaßnahmen in Fachgruppen diskutiert werden und gegebenenfalls vermieden werden, dass derselbe Fehler noch einmal passiert.

So könnte ein Krankenanstaltenträger/innen mit z.B. fünf geburtshilflichen Abteilungen nach der Bearbeitung eines Schadensfalles, die Erkenntnisse, Gutachten und Verbesserungspotentiale allen fünf (also auch den nicht betroffenen) Abteilungen zur Verfügung stellen. In weiterer Folge könnten die Krankenhausverbände untereinander ihre Erkenntnisse austauschen. Diese Vorgehensweise würde aus Sicht der PPO gelebtes Risikomanagement darstellen.

#### **Erwartungshaltung der Patient/inn/en im Schadensfall**

Die Werthaltung der Krankenanstalt dem Geschädigten gegenüber ist in der Schadensregulierung für die/den betroffenen Patient/inn/en von großer Bedeutung. **Die Bemühungen der Vertreter der Krankenanstalt, den Schadenersatzanspruch „abzuwehren“ oder so gering als möglich zu halten, „schädigt“ den Geschädigten ein zweites Mal.**

Diese negative Erfahrung musste die PPO in den letzten Jahren – insbesondere beim Krankenanstaltenträger ohne Haftpflichtversicherung – bedauerlicherweise oftmalig machen.

## Umgang im Schadensfall

Im Anlassfall möchte die/der betroffene Patient/in professionell über den Zwischenfall/den Behandlungsfehler/die Komplikation aufgeklärt werden, und zwar so zeitnahe wie möglich. **Patient/inn/en wollen dabei empathisch behandelt und ernst genommen werden.** Die Betroffenen und meist auch deren Angehörige wollen sich in ihrer schwierigen Situation nach einem Behandlungsfehler von den beteiligten Ärzt/inn/en nicht alleingelassen fühlen und einen Weg aus dieser kritischen Lage aufgezeigt bekommen.

Unsere Erfahrungen zeigen, dass diese Haltung auch schon zum Großteil von den Ärzt/inn/en sowie den Pflegefachkräften gelebt wird.

## Außergerichtliche Schadensregulierung – „außergerichtliche Einigung“

Die Schadensregulierung beschreibt den gesamten Ablauf nach einem eingetretenen Schaden bis zur finanziellen Entschädigung.

Gerichtliche Auseinandersetzungen enthalten zumindest eine stark konfrontative Komponente und haben zur Folge, dass mit dem Urteil die obsiegende und die unterliegende Partei klar benannt werden. Dies ist insoweit unumgänglich, als die Gerichte per se die Durchsetzung des Rechts im Einzelfall zur Aufgabe haben. Diese konfrontative Komponente wird insbesondere von den betroffenen Patient/inn/en, aber auch von den involvierten Behandler/innen/n als sehr belastend empfunden.

Aus diesem Grund wird oft eine außergerichtliche Lösungssuche entweder in einem sog. „Schlichtungsverfahren“ oder in einer direkten Schadensregulierung auch mit Unterstützung der PPO mit der/dem Träger/in der Krankenanstalt oder dessen Haftpflichtversicherung gesucht. Bei dieser außergerichtlichen Schadensregulierung wird die/der betroffene Patient/in von der PPO unterstützt, begleitet und beraten und eine Einigung zwischen Geschädigter/Geschädigtem und Schadensverursacher (Schädiger/in) erzielt, ohne dass der Fall vor Gericht verhandelt werden muss.

Der PPO und auch den Schlichtungsstellen kommt eine wichtige Triage- und Vermittlungsfunktion bzw. Mediationsfunktion zu. Die Schlichtungskommission trifft ihre Entscheidung auf Basis eines oder mehrerer medizinischer Fachgutachten. Sind die Fachgutachten wissenschaftlich fundiert, medizinisch schlüssig, nachvollziehbar und verständlich und kann ein Diagnose-/Behandlungsfehler mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht ausgeschlossen werden, wird die Höhe der Entschädigung ermittelt. Anschließend erfolgt durch den Vorsitzenden der Schlichtungskommission ein Entschädigungsvorschlag.

Dieser Vorschlag über einen pauschalen finanziellen Entschädigungsbetrag muss sodann von beiden Streitparteien (Patient/in und Rechtsträger/in oder Haftpflichtversicherung der Krankenanstalt) angenommen werden, damit dieser außergerichtliche Vergleich zustandekommen kann und rechtsgültig wird.

**Besonders schwierig wird die Situation für betroffene Patient/inn/en, wenn die/der Rechtsvertreter/in der/des Krankenanstaltenträgerin/Krankenanstaltenträgers trotz eindeutiger Sach- und Rechtslage und eines für die Patient/inn/en positiven Sachverständigengutachtens eine rasche (außergerichtliche) Einigung scheinbar „mutwillig“ verzögert und/oder erschwert, wie die folgenden beiden Fallbeispiele zeigen.**

### 12.1.1 Fallbeispiel 1: Behandlungsfehler mit Folgeschäden;

#### Fehlerkultur? Schadensmanagement?

Das Ereignis

Bei einem 38-jährigen Patienten wurde am **12.1.2015** im rechten, bereits vorgeschädigten Auge **durch einen schwerwiegenden Fehler** (Zitat medizinischer Sachverständige) eine **falsche Kunststofflinse eingesetzt**. Dieser Fehler wurde im Krankenhaus primär nicht bemerkt.

Die Folge dieser Verwechslung ergab einen Unterschied in der Brillenstärke von über 10 Dioptrien (!) im Vergleich beider Augen. Die nachbehandelnde Fachärztin bemerkte diese postoperative Anisometropie und schickte den Patienten wieder zurück in das vorbehandelnde Krankenhaus.

Dort wurde der Fehler bestätigt und mit dem Patienten ein operativer Linsentausch in ca. 14 Tagen vereinbart, da die passende Linse erst bestellt werden müsse. Man werde ihn danach zur Operation einberufen. Die nächsten Wochen wartete der Patient, trotz immer wieder telefonischer Nachfrage seinerseits, vergeblich auf einen Operationstermin. Letztlich wusste niemand mehr etwas von dem geplanten Linsentausch.

#### Die erste Intervention der PPO

Deshalb wandte sich der Patient im Mai 2015 an die PPO und ersuchte um Unterstützung, da er bereits **seit vier Monaten**, aufgrund seiner massiven Sehbeeinträchtigung, als Fassadenmaler **arbeitsunfähig** war, da er aus Sicherheitsgründen auf kein Gerüst steigen durfte. Dieser Umstand brachte ihn zusätzlich in finanzielle Nöte.

Durch Intervention der PPO erfolgte schließlich am **15.6.2015** die **Operation für den geplanten Linsentausch**.

Im Glauben, dass nun mit der richtigen Linse eine Brillenanpassung möglich sei, suchte der Patient seine niedergelassene Augenfachärztin auf. Diese stellte allerdings fest, dass er **jetzt gar keine Linse mehr im rechten Auge** hatte. Er erhielt eine Brillenkorrektur.

#### Die zweite Intervention der PPO

Im Oktober 2015 ersuchte der Patient nun die PPO um Unterstützung bei der Abklärung eines vermuteten Behandlungsfehlers.

Aus den Krankenunterlagen war für die PPO nicht nachvollziehbar, warum bei der Reoperation im Juni 2015 keine Linse implantiert worden war.

## Das Schlichtungsverfahren zur außergerichtlichen Schadensregulierung

23.2.2016: Beginn des Schlichtungsverfahrens.

13.4.2016: 1. Interne Beratung des Schlichtungsgremiums mit Beschluss auf Einholung der gesamten Krankengeschichte und einer Stellungnahme der betreffenden Abteilung.

29.7.2016: Eingang einer **„2. Ergänzenden Stellungnahme“ vom 9.7.2016 der betreffenden Augenabteilung, worin auf eine primäre Stellungnahme vom 9.7.2016 Bezug genommen wurde.** (Die PPO urgierte diesbezüglich bei der Rechtsabteilung der/des Krankenanstaltenträgerin/Krankenanstaltenträgers und bekam die Rückmeldung, dass die primäre Stellungnahme nur für einen „internen Gebrauch“ verwendet worden war.)

### **Auszugsweise aus der 2. Ergänzenden Stellungnahme der betreffenden Augenabteilung:**

*„Die Vorgeschichte und der Verlauf der Operation am 12.1.2015 ist aus der ersten Stellungnahme vom 9.5.2016 bekannt...“*

**„...wegen eines Vorzeichenfehlers wurde statt einer Minus...Linse eine Plus...Linse implantiert...“**

**„Bei der Folgeoperation war ein Tausch der Hinterkammerlinse vorgesehen... Verwachsung ..., sodass die Implantatlinse mit der Kapsel explantiert werden musste... [die nun notwendige Linse] wird von der Industrie aber nicht zur Verfügung gestellt... daher wurde von einer Kunstlinsenimplantation Abstand genommen.“**

**„...abgesehen von der Linsenwahl ... wurde die **Operation lege artis** durchgeführt**

*„...Durch [eine Brillenkorrektur] kann der Beschwerdeführer mit dem rechten Auge lesen und mit dem linken Auge in die Ferne schauen...“*

Erst durch diese Stellungnahme erfuhr der Patient offiziell, warum bei seiner Reoperation im Juni 2016 nicht der geplante Eingriff (Linsentausch) durchgeführt worden war.

28.9.2016: 1. Schlichtungssitzung mit Patient

Ein **Sachverständiger aus dem Fachgebiet der Augenheilkunde** wurde bestellt, um die Folgen der falsch implantierten Linse im rechten Auge zu beurteilen.

Am 5.12.2016 untersuchte der Sachverständige den Patienten. Dabei zeigte sich, dass **bei der Reoperation im Juni 2015 ein Glaskörperstrang (Rest des Glaskörpers) in den Hornhautwundspalt eingeklemmt und dadurch ein Netzhautriss verursacht worden war.**

Da sich laut Gutachter dieser Riss vergrößern könne und auch die Gefahr einer Netzhautablösung bestand, wurde seitens des Gutachters eine Wiedervorstellung des Patienten in der Augenabteilung für eine Revisionsoperation veranlasst.

18.1.2017: Eingang des Gutachtens in der Schlichtungsstelle

#### Gutachterliche Beurteilung:

- Bei der Operation am 5.1.2015 kam es zu einem schwerwiegenden Fehler, statt einer Minus 9,00 Dioptrien Kunstlinse wurde eine Plus 9,00 Dioptrien Kunstlinse implantiert.

Als unmittelbare Folge dieser Verwechslung ergab sich der massive Unterschied in der Brillenstärke von über 10 Dioptrien im Vergleich beider Augen und dadurch bedingt die **Notwendigkeit einer zweiten Operation.**

- Bei der **Reoperation am 15.6.2015** konnte **wegen Verwachsungen die falsche Linse nicht mehr durch eine richtige ersetzt werden.** Deshalb wurde die falsche Linse mit dem gesamten Linsenkapselsack und der vordere Glaskörper entfernt. Dabei wurde ein Glaskörperstrang in den

Hornhautwundspalt eingeklemmt, was in weiterer Folge zu einem **Netzhautenriss** und einer geringfügigen **Netzhautabhebung** führte.

Dies führte zu einer **erneuten Operation, um eine Netzhautablösung zu vermeiden**.

- Als mögliche **Spätfolgen** sind weitere Revisionsoperationen **nicht auszuschließen**, um eine Netzhautablösung am rechten Auge zu vermeiden. Außerdem haben sich durch die Linsenlosigkeit die Erfolgsaussichten bei einer eventuell notwendigen Behandlung der bestehenden Grunderkrankung des rechten Auges verschlechtert.
- Als **Dauerschaden** bestehen deutlich unterschiedliche Brillenwerte an den Augen, die zu unterschiedlichen Bildgrößen führen.

#### Die dritte Intervention der PPO

Am 8.2.2017 ersuchte der Patient die PPO um Unterstützung bei der laut Gutachter notwendigen Behandlung in der Augenabteilung. Er hatte inzwischen das Vertrauen zu seinem Operateur verloren.

Am 7.3.2017 erfolgte dann das notwendige Lasern der **Netzhaut** durch den Klinikvorstand. Der Eingriff konnte erfolgreich durchgeführt werden, der **Glaskörperstrang** wurde jedoch im Hinblick auf das **hohe Risiko (weitere Operationen, Komplikationen bis hin zum Sehverlust) zu diesem Zeitpunkt nicht entfernt**.

Der Patient benötigt daher dauerhaft engmaschige Kontrollen (alle 6 Wochen beim niedergelassenen Facharzt, alle 2-3 Monate in der Augenklinik).

4.4.2017: Eingang einer **Stellungnahme des Operateurs zum Gutachten** in der Schlichtungsstelle, die für die Schlichtungskommission keine relevanten neuen Erkenntnisse brachte.

21.4.2017: Die **PPO beantragte** im Namen des Patienten bei der Schlichtungskommission eine **Bewertung des Schmerzensgeldes**

sowie eine Abgeltung aller bis dato getätigten **Aufwendungen**, des **Verdienstentganges** und eine **Haftungsfeststellungserklärung** der/des Rechtsträgerin/Rechtsträgers der Krankenanstalt für alle zukünftigen physischen und psychischen Beschwerden sowie für alle materiellen Zukunftsschäden.

12.5.2017: **Eingang eines ergänzenden Vorbringens des juristischen Mitarbeiters der Rechtsabteilung des Rechtsträgers, in welchem das Gutachten fachlich in Frage gestellt wurde:**

- Eine „Visusliste“ (Brillenwerte und Sehvermögen), die zu diesem Zeitpunkt erstmalig auftauchte und nicht eindeutig dem Patienten zuzuordnen war, sollte beweisen, dass sich die Sehleistung des Patienten nach der fehlerhaften Operation nicht verschlechtert, sondern teilweise sogar verbessert habe.
- Die Beurteilung des Sachverständigen bezüglich der behandlungskausalen Spät- und Dauerfolgen wurde in Frage gestellt und die Sehbeeinträchtigungen des Patienten seiner Grunderkrankung bzw. der Vorschädigung des Auges zugeschrieben.
- **Der juristische Mitarbeiter der Rechtsabteilung des Rechtsträgers beantragte diesbezüglich eine ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen.**

31.5.2017: 2. Interne Beratung des Schlichtungsgremiums

**Die Sach- und Rechtslage wurden anhand des Gutachtens ausgiebig erörtert und ein Ergänzungsgutachten von der Schlichtungskommission abgelehnt, weil an der Richtigkeit des Gutachtens kein Zweifel bestand.**

- ✓ Die Vertreterin der Rechtsabteilung des Rechtsträgers stellte somit die Abgabe einer Haftungsanerkennung für die Folgen des Eingriffs vom 12.1.2015 nun nicht mehr in Frage.

- ✓ Sämtliche kausale Folgen aus der fehlerhaften Operation wurden nun außer Streit gestellt.
- ✓ Der Verdienstentgang sollte gemeinsam in der nächsten Sitzung anhand der Unterlagen des Patienten berechnet werden.

8.8.2017: 2. Schlichtungssitzung mit Patient

Der Vorsitzende der Schlichtungskommission machte folgenden

**Entschädigungsvorschlag: 11.520,90 Euro:**

- **Schmerzensgeld** für alle Folgen der fehlerhaften Operation vom 12.1.2015 bis 8.8.2017: **7.700 Euro (inklusive Dauerfolgen)**
- **Abgeltung der psychischen Belastung: 800 Euro** vom 12.1.2015 bis 8.8.2017
- **Aufwendungen** (Fahrtkosten und Selbstbehalte): **520,90 Euro**
- **pauschaler Verdienstentgang** (nach langen, zähen Verhandlungen): **2.500 Euro** für den Zeitraum vom 12.1.2015 bis 16.8.2015.

Urlaubstage, die der Patient für seine Folgebehandlungen nach der fehlerhaften Operation in Anspruch nehmen musste, wurden nicht abgegolten.

Zusätzlich musste sich der Rechtsträger der Krankenanstalt verpflichteten, ein **Haftungsfeststellungsanerkennnis im Sinne eines Haftungsfeststellungsurteils für die künftigen kausalen Folgen** abzugeben.

Der Patient nahm den Streitbereinigungsvorschlag der Schlichtungskommission ohne Bedenken an, da er bei einem Nettoeinkommen von 1.400 Euro monatlich dringend seine bereits entstandenen Unkosten abdecken musste.

**Der Vertreter der Rechtsabteilung des Rechtsträgers erklärte, den Streitbereinigungsvorschlag den Gremien des Rechtsträgers vorzulegen und**

bis zum 30.9.2017 eine Erklärung abzugeben, ob der Entschädigungsvorschlag der Schlichtungskommission angenommen werde.

Der Vertreter des Landes stimmte dieser Vorgehensweise zu.

Am 11.9.2017 wurde dem Patienten der Entschädigungsbetrag überwiesen und das Haftungsanerkennnis des Rechtsträgers übermittelt.

#### Kritik der PPO:

##### Mangelnde Fehlerkultur, fehlendes Risikomanagement der betreffenden Abteilung:

Nachdem der Fehler sichtbar wurde, hätte die betreffende Krankenanstalt aktiv alles unternehmen müssen, damit weitere Folgeschäden verhindert werden. Stattdessen musste der Patient sechs Monate auf die notwendige Korrekturoperation warten, die möglicherweise dann durch diese Zeitverzögerung (Verwachsungen) nicht mehr erfolgreich durchgeführt werden konnte. Besonders kritikwürdig ist auch die mangelnde Kommunikation mit dem Patienten nach der „Korrekturoperation“, wo ihm weder mitgeteilt wurde, dass er nun gar keine Linse mehr habe, noch, dass ein zusätzlicher Schaden (eingeklemmter Glaskörperstrang mit Netzhauttriss) entstanden war.

In keiner Stellungnahme entschuldigt sich die betreffende Abteilung beim Patienten für die Folgen der Implantation einer falschen Linse.

##### Schlechtes Schadensmanagement der Verantwortlichen in der Schadensregulierung:

Der Patient musste nach einem eindeutigen Fehler 32 Monate auf seine Entschädigung warten.

Die PPO hätte sich im Rahmen einer entsprechenden Fehlerkultur des Rechtsträgers der Krankenanstalt spätestens nach Vorliegen des Gutachtens ab 18.1.2017 erwartet, dass der Patient ohne weitere Verzögerungen rasch entschädigt wird.

Die weitere Zeitverzögerung nach der zweiten Schlichtungssitzung erscheint fast mutwillig, da die gesamte Sach- und Rechtslage (außer dem genauen Betrag des Verdienstentganges) seit dem 31.5.2017 bekannt war. Eine allenfalls notwendige Absprache mit den „Gremien“ des Rechtsträgers hätte bereits nach der 2. Internen Beratung am 31.5.2017 erfolgen müssen.

Auch der Vertreter des Landes hätte im Schlichtungsverfahren diesbezüglich auf den Rechtsträger der KA positiv einwirken können, was nicht geschah.

### 12.1.2 Fallbeispiel 2: Lungenröntgen nicht befundet – katastrophale Folgen

#### Werthaltung des Schädigers gegenüber dem Geschädigten?

„Menschen für Menschen“

Wo sind die moralischen Grenzen in der Abwehr von Ansprüchen dem Geschädigten gegenüber?

Gibt es eine ethisch-moralische Verantwortung des Schädigers gegenüber dem Geschädigten in der Schadensabwicklung? Wenn ja, wie wird dieser dann Rechnung getragen?

Im Tätigkeitsbericht 2014/2015 wurde bereits angefangen, von diesem Fall zu berichten (S. 84 ff), nun wird die weitere Schadensabwicklung in den vergangenen Jahren mit Abschluss dargestellt:

Das Ereignis

Am **12.3.2011** wurde im Rahmen eines stationären Aufenthaltes bei einer 57-jährigen Patientin im Zusammenhang mit der Operations-/(Narkose-)Tauglichkeit für eine Knieoperation eine Lungenröntgenuntersuchung ärztlich angeordnet und auch durchgeführt.

Die **Lungenröntgenuntersuchung fand an einer unfallchirurgischen Abteilung – außerhalb einer radiologischen Abteilung – statt.** Die **Lungenröntgenaufnahmen wurden nicht befundet.**

Offenbar war es dann auch den Ärzt/inn/en, die den Krankenakt der Patientin vidierten und für die Operation bzw. Narkose frei gegeben hatten, nicht aufgefallen, dass eine Befundung des durchgeführten Lungenröntgens unterblieben war. Die Knieoperation wurde erfolgreich durchgeführt.

Im **Juni 2015** (vier Jahre später) wurden bei der Patientin im Rahmen einer fachärztlichen Abklärung ihrer zunehmenden Atembeschwerden **ein ausgedehntes Krebsgeschehen in der Lunge** (Adenokarzinom) diagnostiziert. Das Karzinom war vom rechten Unterlappen der Lunge ausgegangen. Die weiterführenden Untersuchungen ergaben eine Ausdehnung des Karzinoms in der Lunge mit Metastasierung. **Eine Ausheilung war für die Patientin zu diesem Zeitpunkt nicht mehr zu erwarten**, weshalb sie nur noch palliativ behandelt werden konnte.

**Bei der Durchsicht der früheren Krankengeschichte** wurde auch das **Lungenröntgen von 2011 „entdeckt“, zu welchem es keinen Befund gab.** Bereits zu diesem Zeitpunkt war ein verdächtiges Geschehen im rechten Lungenunterlappen zu erkennen gewesen. Bei einer korrekten Befundung dieses Lungenröntgen hätte schon zu diesem Zeitpunkt das Krebsgeschehen diagnostiziert und noch behandelt werden können. Mit hoher Wahrscheinlichkeit wäre eine Heilung möglich gewesen (siehe nachfolgende Gerichtsgutachten).

Im **Oktober 2015** wurde **dieses Versäumnis dann sehr offen und ehrlich** von Seiten des Leiters der betreffenden Abteilung, wo das Lungenröntgen 2011 durchgeführt und nicht befundet worden war, und von der Leiterin der zuständigen Beschwerdestelle der Krankenanstalt **der Patientin gegenüber kommuniziert.** Die Patientin wurde auch über die unterschiedlichen Möglichkeiten zur Klärung eines Schadenersatzanspruches informiert und ihr auch ein **Antragsformular für eine finanzielle Entschädigung ausgehändigt.**

Unabhängig davon machte der Rechtsträger der Krankenanstalt selbst bereits im Oktober 2015 eine Meldung an die Staatsanwaltschaft.

Mit Zustimmung der Patientin und im Auftrag des Ärztlichen Leiters der betroffenen Abteilung wurde die PPO involviert. Zu diesem Zeitpunkt hatte die Patientin bereits fünf Chemotherapien verabreicht bekommen.

#### Außergerichtliche Schadenersatzverhandlungen durch die PPO

Im persönlichen Gespräch mit der PPO erzählte die Patientin unter anderem auch, dass sie selbst jahrelang im selben Unternehmen beschäftigt gewesen war, in welchem der Fehler passiert war.

Nach **Rechtsmeinung der PPO handelte es sich um einen Behandlungsfehler und/oder um gravierende Organisationsmängel**, wenn – wie aus der Krankengeschichte eindeutig nachvollziehbar – eine medizinische Untersuchung veranlasst, durchgeführt, aber nicht ausgewertet (befundet) wird. Dadurch wurde die bösartige Erkrankung der Patientin nicht rechtzeitig diagnostiziert und behandelt.

Die **Patientin selbst strebte eine außergerichtliche Lösung an, weil sie auf keinen Fall gegen ihren ehemaligen Dienstgeber Prozess führen wollte**. Sie erklärte, dass sie sich ihrer fortgeschrittenen Erkrankung bewusst sei, deshalb würde sie angesichts der nachvollziehbaren Dringlichkeit gerne noch zu Lebzeiten ihre Schadenersatzansprüche erledigt wissen und sich damit den Traum von einer Weltreise verwirklichen.

Die Patientin stellte sich eine einmalige pauschale Entschädigung von 50.000 Euro vor.

Noch im **Oktober 2015** konfrontierte die PPO damit den Leiter der Rechtsabteilung des Rechtsträgers der Krankenanstalt. In Anbetracht des fortgeschrittenen Krankheitsgeschehens mit begrenzter Lebenserwartung der Patientin plädierte die PPO für eine rasche Entschädigung.

Der Leiter der Rechtsabteilung des Rechtsträgers der Krankenanstalt vertrat aber eine andere Rechtsmeinung und erklärte sinngemäß, dass **kein Fehler passiert sei. Dies deshalb, weil das durchgeführte Lungenröntgen zwar angeordnet und durchgeführt, aber für die Knieoperation eigentlich nicht notwendig gewesen war, weshalb die Nichtbefundung dieses Röntgenbildes nicht gegen die ärztlichen Behandlungsvorschriften verstoßen habe.** Die Krankenanstalt sei nicht verpflichtet, Gesunden- oder Vorsorgeuntersuchungen durchzuführen.

Auf Basis dieser Rechtsansicht sei der Rechtsträger/in der Krankenanstalt maximal bereit, die Begräbniskosten zu bezahlen.

Der Vertrauensanwalt der PPO teilte die Rechtsansicht der PPO und übernahm die rechtsfreundliche Vertretung der Patientin und führte die außergerichtlichen Verhandlungen fort.

#### Außergerichtliche Schadenersatzverhandlungen durch den Rechtsanwalt

Im **Dezember 2015** beehrte der Rechtsanwalt der Patientin vom Rechtsträger der Krankenanstalt ein Haftungsanerkennnis für sämtliche Spät- und Dauerfolgen sowie Schmerzensgeld. Diese Erklärung wurde jedoch von Seiten des Rechtsträgers der Krankenanstalt nicht abgegeben.

Aufgrund der divergierenden Rechtsmeinungen scheiterten die außergerichtlichen Verhandlungen und **Ende März 2016** musste auch im Hinblick auf die drohende Verjährung der Ansprüche der Patientin die **Klage beim Zivilgericht eingebracht** werden.

Da der zu diesem Zeitpunkt bereits todkranken Patientin die finanziellen Eigenmittel für ein Gerichtsverfahren fehlten, erhielt die Patientin Verfahrenshilfe.

#### Das Zivilgerichtsverfahren

In der Klagebeantwortung wurde nun **vom Rechtsträger der Krankenanstalt neu und erstmalig behauptet, dass das Lungenröntgen in Unkenntnis von**

**Richtlinien** (die übrigens zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht veröffentlicht waren!) **durch einen Turnusarzt angeordnet** worden sei **und das Röntgen „mangels Erforderlichkeit“ ganz bewusst (!?) nicht ausgewertet und auch durch keinen Radiologen befundet worden sei.**

Diese Behauptung stand nun auch im krassen Widerspruch zu der Tatsache, dass die Patientin am 2.10.2015 von den Verantwortlichen des Rechtsträgers der Krankenanstalt selbst darüber informiert worden war, dass „ein Lungenröntgen vom 12.3.2011 entdeckt worden sei, zu dem es keinen Befund gäbe“ und die Krankenanstalt vorerst eine „Selbstanzeige“ bei der Staatsanwaltschaft gemacht hatte.

Die Gerichtsgutachten

Im Juli 2016: **Ergebnis des Gutachtens aus dem Fachgebiet der Anästhesie und Intensivmedizin:**

**Aus rein anästhesiologischer Sicht sei ein präoperatives Lungenröntgen bei der Patientin zwar nicht notwendig gewesen, jedoch eine ärztlich angeordnete und durchgeführte Lungenröntgenuntersuchung ist durch einen Radiologen automatisch zu befunden und es bedarf hierfür keine extra Entscheidung oder Anordnung.**

**Der Gutachter sprach von einem „krassen Mangel“ in der Organisationsstruktur, wenn in einem Krankenhaus der Maximalversorgung – wie im konkreten Fall – „irgendein“ Turnusarzt das Lungenröntgen ohne Indikation veranlasst hatte.**

September 2016: **Ergebnis des Gutachtens aus dem Fachgebiet Radiologie und Nuklearmedizin:**

**Der radiologische Sachverständige bestätigte, dass eine radiologische Untersuchung – zu dieser zählt auch das gegenständliche Lungenröntgen – aus einer Indikationsstellung, der Erstellung einer Bildgebung und deren Befundung inklusive der Erstellung einer Diagnose gehört.**

**Aufgrund der Dokumentationspflicht ist eine schriftliche Befunderstellung erforderlich.** Ein durchschnittlich ausgebildeter Radiologe hätte das zum Untersuchungszeitpunkt bestandene Karzinom der linken Lunge erkennen können.

Das Gutachten enthielt auch **massive Vorwürfe gegen das Qualitätsmanagement des Krankenanstaltenträgers,** weil aus den Krankenunterlagen nicht hervorging, von wem die Indikation (für jede radiologische Untersuchung notwendig!) gestellt worden war.

November 2016: **Ergebnis des Gutachtens aus dem Fachgebiet der Onkologie:**

Dieses bestätigt, dass das Stadium der Erkrankung **zum Zeitpunkt der Röntgenuntersuchung 2011 mit dem Stadium I A** eines bösartigen Tumors zu klassifizieren ist. **Zum Zeitpunkt der Zweituntersuchung 2015 lag bereits ein Tumorstadium IV** vor. Da es **bei der Patientin 2015 bereits zu einer Metastasierung gekommen war, war eine Heilung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auszuschließen.** Die durchschnittliche Lebenszeit ab Diagnose liegt durch die Kombination der neuesten Therapiemöglichkeiten bei 2,5 Jahren.

**Wäre der Tumor zum Zeitpunkt der Untersuchung 2011 operativ entfernt worden, wäre eine Heilung mit hoher Wahrscheinlichkeit möglich gewesen.**

### **Das Gerichtsurteil**

Am **24.8.2017** wurde vom **LG für ZRS Graz** das **Urteil** gesprochen.

Das Gericht erklärte den Rechtsträger der Krankenanstalt für alle Schäden ersatzpflichtig, welche die Patientin aufgrund der unzulänglichen ärztlichen Behandlung 2011 (unterbliebene Befundung des Lungenröntgen) erleiden musste.

Das Gericht hatte der Patientin ein Schmerzensgeld von 90.000 Euro, sowie Haushaltsführungs- und Betreuungskosten in der Höhe von 24.408 Euro zuerkannt.

#### **Zur Rechtlichen Begründung des Zivilgerichtes:**

***„Wenn ein Arzt - und sei es nur irrtümlich - ein Röntgenbild anordnet und dieses auch angefertigt wird, schuldet er neben der Befundung auch die Diagnostik und die damit allenfalls verbundene Behandlung und Therapie, selbst für den Fall, dass diese nichts mit der ursprünglichen Fragestellung, zu deren Zweck das Röntgen angefertigt wurde, zu tun hat. Im Versäumnis der Ärzte der beklagten Partei (unterbliebene Befundung des angefertigten Thoraxröntgens) ist somit eine Pflichtverletzung aus dem mit der beklagten Partei abgeschlossenen Behandlungsvertrag gelegen, die auch vorwerfbar und vom Schutzzweck des verletzten Vertrages erfasst ist.“***

Am 24.8.2017 wurde dem Rechtsanwalt der Patientin das Urteil zugestellt.

Zu diesem Zeitpunkt wurde die Patientin palliativ mit einer Dauer-Chemotherapie behandelt. Durch deren Nebenwirkungen (Nasenbluten, Schleimhautläsionen, Übelkeit, Appetitlosigkeit, Schwächegefühl) und der starken Schmerzen aufgrund ihrer Knochenmetastasen war sie ständig auf fremde Hilfe angewiesen und die meiste Zeit in stationärer Behandlung.

Ihr Traum von einer Weltreise war zu diesem Zeitpunkt nicht mehr verwirklichtbar.

Das „unmoralische“ Angebot

#### **21. September 2017:**

In Anbetracht der nur noch kurzen Lebenserwartung der Patientin ersuchte die PPO den Leiter der Rechtsabteilung des Rechtsträgers der Krankenanstalt die rechtliche Entscheidung des Gerichtes anzuerkennen, auf eine Berufung zu verzichten und die Patientin noch vor ihrem Ableben zu entschädigen.

Der Leiter der Rechtsabteilung des Rechtsträgers der Krankenanstalt bezeichnete das Ersturteil gegenüber der PPO als einen „Justizirrtum“, war aber

**zu einem maximalen pauschalen Vergleichsangebot in der Höhe von 50.000 Euro bereit.** In Anbetracht des Gerichtsurteils (**114.922 Euro inklusive Zinsen**) war dies aus Sicht der PPO kein faires Angebot, trotzdem sollte die Patientin selbst entscheiden und es wurde eine Rückmeldungsfrist bis 23. September 2017 vereinbart.

### **22. September 2017**

Die PPO informierte die Patientin. Diese war enttäuscht und verzweifelt, das Vergleichsangebot komme für sie um zwei Jahre zu spät; nun wolle sie das, was ihr von Gerichts wegen zugesprochen wurde.

### **23. September 2017**

Die PPO informiert den Leiter der Rechtsabteilung des Rechtsträgers der Krankenanstalt über die Entscheidung der Patientin.

Nachträglich konnte die PPO anhand des Posteinganges bei Gericht nachvollziehen, dass **der Rechtsträger der Krankenanstalt ohne die Antwort der Patientin abzuwarten, bereits am 21.9.2017 (also noch VOR der Weitergabe der Entscheidung der Patientin!) die Berufung gegen das Ersturteil eingebracht hatte.**

Am **28.9.2017 informierte die PPO den Vorstand des Krankenanstaltenträgers über die aus Sicht der PPO fehlende Werthaltung des Unternehmens in der Schadensabwicklung.**

### **Die Berufung**

Das **Urteil wurde vom Rechtsträger der Krankenanstalt** mit der Begründung einer unrichtigen und mangelhaften Tatsachenfeststellung zufolge unrichtiger Beweiswürdigung, der Mangelhaftigkeit des Verfahrens und der unrichtigen rechtlichen Beurteilung **angefochten.**

### **Kritik:**

Für die PPO war und ist es menschlich unverständlich, dass **nach Vorliegen von drei Sachverständigengutachten, die in Bezug auf die Vorwerfbarkeit der unterlassenen Befundung übereinstimmten**, die rechtliche Entscheidung des Gerichtes von dem Rechtsträger der Krankenanstalt immer noch nicht akzeptiert und weiter gegen eine todkranke Frau prozessiert wurde.

Die **Berufungsausführungen des Rechtsträgers der Krankenanstalt**, welche sich unter anderem auch gegen die Höhe des Zuspruchs des Erstgerichtes wandten, kamen aus Sicht der PPO einer Verhöhnung der Patientin (und wohl auch des Gerichtes) gleich, da von **dem Rechtsträger der Krankenanstalt die Auffassung vertreten wurde, dass der Patientin ein Schmerzensgeld von höchstens 15.000 Euro (!!!) gebühre**. Dies in Kenntnis der Tatsache, dass als Konsequenz des von der Krankenanstalt zu vertretenden Fehlers, die Lebenserwartung der betroffenen Patientin um mehr als 20 Jahre verkürzt wurde und diese Tatsache der Patientin durch die medizinischen Gutachten auch bewusst gemacht worden war.

**Kritik:**

**Mit der Berufungsausführung des Rechtsträgers der Krankenanstalt wurden aus Sicht der PPO die Grenzen einer ethisch gerade noch vertretbaren Argumentation überschritten.**

**Egal ob die Ursache des Fehlers im Krankenanstaltenmanagement lag oder auf eine ärztliche Fehlleistung (unterlassene Befundung eines Röntgenbildes) zurückzuführen war, stellt das in der Berufungsschrift des Rechtsträgers der Krankenanstalt zugebilligte Schmerzensgeld von gerade einmal 15.000 Euro für die PPO auch einen groben Verstoß gegen einen Wertekanon, der gerade von einem Krankenanstaltenträger erwartet werden darf, dar.**

Das Schmerzensgeld soll eine „Ausgleichsfunktion“ erfüllen und dies insbesondere im Hinblick darauf, dass im konkreten Fall nicht mit Umrechnungssätzen aus Schmerzkatalogen gearbeitet werden kann, weil eben die Lebenserwartung der betroffenen Patientin durch den „Behandlungsfehler“ massiv verkürzt wurde und theoretische Schmerztage, die in der Zeit nach dem verfrühten Tod der betroffenen Patientin anfallen würden, natürlich nicht Aufnahme in einem Schmerzkatalog finden können.

**Das Urteil des OLG als Berufungsgericht**

Am **30.10.2017** hatte das **OLG Graz** als Berufungsgericht seine Entscheidung getroffen.

Der **Berufung des Rechtsträgers der Krankenanstalt wurde keine Folge geleistet** und **der erstgerichtliche Zuspruch an Kapital, Zinsen und Kosten wurde vollinhaltlich bestätigt.**

**Der Rechtsträger der Krankenanstalt hatte demnach an die Patientin einen Betrag von 114.922 Euro samt Zinsen zu bezahlen und überdies wurde der Rechtsträger der Krankenanstalt für alle künftig entstehenden Schäden für ersatzpflichtig erklärt.**

**Zusätzlich hatte der Krankenanstaltenträger noch ca. 50.000 Euro Gerichtskosten, Kosten für Sachverständige und ihre Gutachten und für Anwaltskosten zu bezahlen.**

Auf Wunsch der Patientin wurde sie während des gesamten Verfahrens von der PPO menschlich begleitet und unterstützt. Beim letzten persönlichen Kontakt mit ihr nach Vorliegen der Entscheidung des OLG erwähnte sie nochmals, dass nur der ärztliche Leiter der betroffenen Abteilung mit ihr menschlich und ehrlich umgegangen war. Sie hätte sich gewünscht, dass die Verantwortlichen des Rechtsträgers der Krankenanstalt mit dem Fehler und dem daraus resultierenden Schaden genauso umgegangen wären und ihr das Gerichtsverfahren erspart hätten.

Die Hoffnung auf eine Genesung hatte die Patientin bis kurz vor ihrem Tod im April 2018 nie ganz aufgegeben. Die Entscheidungen der Gerichte waren für die Patientin die einzige persönliche Befriedigung.

**Kritik und Nachwort der PPO:**

**Der Schadensfall hätte durch ein entsprechendes EDV-unterstütztes System („Sichere Befundvidierung“ - siehe Tätigkeitsbericht 2014/2015) vermieden werden können**

Der offene und ehrliche Umgang des ärztlichen Leiters der betreffenden Abteilung mit dem Fehler und seine Entschuldigung und Anteilnahme waren für die Patientin von unsagbar großer Bedeutung.

Die rechtliche Entscheidung des Erstgerichtes stützte sich auf drei eindeutige Sachverständigengutachten, trotzdem wurde das Gerichtsurteil von dem Rechtsträger der Krankenanstalt nicht akzeptiert und der Schaden nicht reguliert.

Die Gerichtsgutachter zeigten auch grobe Mängel in der Organisationsstruktur der betroffenen Krankenanstalt(en) auf, die den Fehler begünstigt hatten. Auch im Wissen dieser strukturellen und organisatorischen Mängel, die den Schaden begünstigt hatten, kam der Rechtsträger der Krankenanstalt seiner Verantwortung bei der Schadensabwicklung nicht entsprechend nach.

Nicht einmal ökonomische Gesichtspunkte rechtfertigen dieses Vorgehen, weil sich die Schadenshöhe für den Krankenanstaltenträger durch diese Vorgehensweise um ein Vielfaches erhöht hatte.

Aus Sicht der PPO gibt es im Schadensmanagement nicht nur eine ökonomische, sondern auch eine ethisch-moralische Verpflichtung und Verantwortung des Unternehmens gegenüber von Geschädigten.

Bei Schadensfällen in Krankenanstalten, die eine Haftpflichtversicherung haben, macht die PPO im Wesentlichen ganz andere Erfahrungen, wie das folgende Fallbeispiel zeigen soll:

### 12.1.3 **Fallbeispiel 3: Verbrennung im Rahmen einer Pflegemaßnahme – langwierige Nachbehandlung**

#### **POSITIVE Kommunikations- und Fehlerkultur**

#### **POSITIVES Schadensmanagement**

##### Das Ereignis

Ein 44-jähriger Patient, seit seinem 21. Lebensjahr mit einer kompletten Querschnittlähmung und einer motorischen Teillähmung der oberen Extremität belastet, befand sich nach einem Bruch des rechten Schlüsselbeins in einer Rehabilitationseinrichtung der AUVA.

Trotz seiner massiven Einschränkung lebte der Patient bis zu diesem Ereignis selbständig in seiner eigenen Wohnung in Graz.

Am 1.12.2015 kam es zu einer **großflächigen Verbrühung ersten bis zweiten Grades im Bereich des Bauches, der Flanke und des Rückens.**

Hergang: Die offenen Nachtkästchentüren wurden von der Pflegeperson übersehen, das Bett verhakte sich bei der Manipulation für eine Pflegemaßnahme mit dem Tischchen, auf welchem das Frühstück und eine Teekanne stand. Die Teekanne fiel um und der noch heiße Tee ergoss sich über den Patienten.

##### Folgen der mangelnden Sorgfalt

Es folgten langwierige Behandlungen und ein verlängerter stationärer Aufenthalt bis Mitte Februar 2015. Danach musste der Patient noch über mehrere Monate eine Spezialbandage tragen, die Wunden regelmäßig reinigen und mit einer Salbe eincremen. Da er dies nicht selbständig durchführen konnte, wohnte er vorübergehend bis August 2016 wieder bei

seiner Mutter in der Obersteiermark. Erst Monate nach dem Ereignis waren die Wunden komplett abgeheilt. Als Dauerfolge ist ein wulstiger Narbenstrang im Bereich des Hosenbundes verblieben. Durch seine durch die Lähmung bestehende Gefühlslosigkeit können dort unbemerkt immer wieder Wunde Stellen entstehen.

#### Die Intervention der PPO

Der Patient wurde unmittelbar nach dem Ereignis und noch in der Rehabilitationseinrichtung von den behandelnden Personen und der Rechtsabteilung darüber informiert, dass Schadenersatzansprüche bestehen und er von der PPO dabei unterstützt werden könne.

Im Februar 2016 meldete sich der Patient in der PPO. Sämtliche Krankenunterlagen und die Schadensmeldung wurden eingeholt.

#### Das Schadensmanagement

Im März 2016 **bestätigten die Pflegedienstleitung der Rehabilitationseinrichtung und die Rechtsabteilung der AUVA die Angaben des Patienten und die Rechtsträgerin der Krankenanstalt gab ein Haftungsanerkennnis ab.**

Es erfolgte im April 2016 im Einvernehmen mit der Haftpflichtversicherung ein **Gutachtensauftrag zur Bewertung des Schadens und zur Bemessung der Schmerzperioden sowie des Pflegeaufwandes.**

#### Das Sachverständigengutachten

Im Zusammenhang mit dem Schmerzkatalog muss darauf hingewiesen werden, dass der Patient zwar aufgrund seiner hohen Querschnittlähmung kein Berührungsempfinden im Bereich der Verbrennungswunden hatte, jedoch muss lt. Judikatur der Schmerzablauf berücksichtigt werden, der einer/einem gesunden Patientin/Patienten (ohne Lähmung) entsprechen würde. Somit wurden die unfallkausalen **körperlichen Schmerzen** vom Sachverständigen mit **11.330 Euro** bewertet.

Als **Dauerfolge** wurde die beschriebene **Narbe** festgestellt.

Spätfolgen aus dem Unfallgeschehen schloss der Sachverständige mit absoluter Wahrscheinlichkeit aus.

Der unfallbedingte **Pflegebedarf** nach der stationären Entlassung bis zum wieder selbständigen Wohnen wurde vom Sachverständigen mit **6.318 Euro** bewertet. Zusätzlich musste seine Mutter in dieser Zeit auch noch **haushaltliche Tätigkeiten** für den Patienten durchführen, wofür ein Betrag von **1.080 Euro** bewertet wurde.

Die Entschädigung

**Bei der Abgeltung wurde zusätzlich die besondere Situation des Geschädigten berücksichtigt**, der seiner neuen Verletzung besonders hilflos gegenüberstand und sich dadurch in eine weitere Abhängigkeit begeben musste. Der Patient konnte ein halbes Jahr nur auf seiner „gesunden Seite“ schlafen und war von der Sorge begleitet, nicht auch noch auf der gesunden Seite durch die Mehrbelastung unbemerkt (bedingt durch die Querschnittlähmung) eine Hautschädigung (Druckgeschwür) zu bekommen.

Mit der Haftpflichtversicherung der Krankenanstalt wurde in Absprache mit dem Patienten ein **Generalvergleich in der Höhe von 22.000 Euro** geschlossen.

Sicherheitskultur und Patientensicherheit

Die Pflegedienstleitung der betreffenden Krankenanstalt teilte der PPO mit, dass der Vorfall intern mit allen Pflegepersonen kommuniziert wurde, um einen ähnlichen Vorfall in Zukunft zu vermeiden.

**Die Verantwortung für das verschuldete Ereignis wurde von der Krankenanstalt und der Rechtsträgerin der Krankenanstalt von Anfang an übernommen und das auch offen mit dem Patienten kommuniziert.**

**Der Geschädigte fühlte sich ernst genommen und hatte deshalb auch nie das Vertrauen zu dieser Einrichtung verloren.**

**Das Sachverständigengutachten und die Bewertung des Schadens wurden von der Haftpflichtversicherung und der Rechtsträgerin der Krankenanstalt akzeptiert.**

**Die Schadensabwicklung erfolgte zügig und patientenorientiert.**

**Im Rahmen eines internen Risikomanagements erfolgte in der betreffenden Krankenanstalt eine Fehleranalyse mit Maßnahmen zur Fehlervermeidung.**

### 13 Organisatorische Verbesserungen für Patienten durch gute Zusammenarbeit zwischen PPO und Krankenhaus

#### Die Problemstellung

Im November 2016 wandte sich die Lebensgefährtin und Vorsorgebevollmächtigte eines **Wachkomapatienten** an die PPO. Sie schilderte, dass sie und ihr Lebensgefährte (= Patient) mit der Rettung von einer Langzeitpflegeeinrichtung in eine Krankenhaus gebracht wurden und unter welchen Umständen die beiden dort acht Stunden im Ambulanzbereich warten mussten.

#### **Folgende Verbesserungsmöglichkeiten wurden von der Lebensgefährtin aufgezeigt/angeregt:**

- **Patientenliegen** sind zu hart, zu schmal und zu kurz. Eine seitliche Lagerung für bettlägerige Patient/inn/en aufgrund der fehlenden Lagerungshilfen und der zu kleinen schmalen Patient/inn/enliegen war kaum möglich. Ein stundenlanges Liegen am Rücken im Hohlkreuz und ohne Nackenstütze musste vom Patienten hingenommen werden. Dies führte zu einem ca. drei Zentimeter großen Druckgeschwür (Decubitus) in der Analfalte, das zweieinhalb Monate intensive Pflege zur Heilung benötigte.
- Ein **Absaugen** des vermehrten Sputums, das zu vielen Hustenanfällen führte, wurde trotz mehrmaliger Urgenz bei den Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) nur einmal unzureichend durchgeführt. Die Lebensgefährtin hatte diesbezüglich die Wahrnehmung, dass das Ambulanzpersonal mit der aufwendigen teils intensivmedizinisch notwendigen Betreuung des Wachkomapatienten überfordert war.
- Für die **Versorgung des Wachkomapatienten mit Flüssigkeit, Nahrung und Medikamenten** fühlte sich niemand des Personals zuständig. Erst um 16 Uhr (neun Stunden seit dem Verlassen der Langzeitpflegeeinrichtung) erhielt der

Wachkomapatient auf der Bettenstation der aufnehmenden Abteilung die notwendige medizinische und pflegerische Versorgung. Die mangelnde und nicht zeitgerechte Verabreichung der notwendigen Medikation führte aus Sicht der Lebensgefährtin auch dazu, dass der Patient am nächsten Tag einen epileptischen Anfall erlitt.

- Zu allem Überfluss kam es auch noch dazu, dass der Wachkomapatient aufgrund eines lückenhaften Kommunikationsflusses zwischen den klinischen Abteilungen, primär auf die falsche Abteilung transferiert wurde und nicht direkt auf die richtige Station. Dies führte zu einer weiteren zeitlichen Verzögerung von knapp eineinhalb Stunden. In dieser Zeit musste der Wachkomapatient auch noch in seiner stuhlgefüllten Inkontinenzeinlage verweilen.

#### Intervention der PPO

Die PPO konnte durch ihre Kontaktaufnahme mit der Langzeitpflegeeinrichtung erfahren, dass es selten, aber doch immer wieder aufgrund der Größe der Krankenanstalt (Kompetenzzentrum) und des Mangels einer diesbezüglichen Ansprechperson dazu komme, dass Wachkomapatient/inn/en nicht optimal behandelt und betreut werden würden. An einer Zusammenarbeit mit der entsprechenden Krankenanstalt zeigte sich die Langzeitpflegeeinrichtung interessiert.

#### **Die PPO unterbreitete der Anstaltsleitung der Krankenanstalt folgende Verbesserungsvorschläge:**

- ✓ Priorisierung von Wachkomapatient/inn/en, um Wartezeiten zu reduzieren;
- ✓ Benennen einer konkreten Ansprechperson, die sich um die medizinische Versorgung, Flüssigkeit, Nahrung, Medikation, Lagerung, Transporte für Wachkomapatient/inn/en kümmert;

- ✓ Anregung, dass Wachkomapatient/inn/en für die Wartezeiten eventuell auf eine dafür geeignete Station gebracht werden könnten;

Durch das Aufzeigen der Problemstellung initiierte die PPO, dass die Anstaltsleitung der Krankenanstalt den Ablauf von Ambulanzbesuchen von Wachkomapatient/inn/en genauestens recherchierte und mit dem betreffenden Personal evaluierende Gespräche führte.

Es führte auch dazu, dass Gespräche zwischen der Krankenanstalt und der Langzeitpflegeeinrichtung u.a. zur Evaluierung der Bedürfnisse von Wachkomapatient/inn/en geführt wurden.

#### Ergebnis

Auf dieser Basis wurden **Optimierungspotentiale zur Verbesserung der wechselseitigen Zusammenarbeit und zum Ablauf/zur Versorgung für zukünftige Ambulanzbesuche von Wachkomapatient/inn/en** erarbeitet.

Ein zusammengefasster Auszug aus der Stellungnahme der Anstaltsleitung:

Wachkomapatienten entsprechen hinsichtlich ihrer Pflegebedürftigkeit einem Intensivpatienten. Das Setting der Notaufnahme ist nicht auf die Betreuung von Personen mit derart intensiven Pflegebedürfnissen ausgerichtet. Dies beginnt bei den Liegen und betrifft auch die engmaschigen Pflegeleistungen wie Lagerungswechsel, das Absaugen von Sekret, die Stuhlsorge und die Ernährung über die PEG-Sonde (zu geringer Personalschlüssel und fehlende notwendige Spezialisierung des Pflegepersonals in der Notaufnahme).

#### Getroffene Maßnahmen:

- **Um die Liegesituation zukünftig besser auf spezielle Erfordernisse anpassen zu können, wurden für die Notaufnahme komfortablere Betten und Lagerungshilfen angeschafft.**
- **Wachkomapatienten werden zukünftig von einer qualifizierten Pflegeperson der Langzeitpflegeeinrichtung begleitet. Vorort in der**

**Krankenanstalt koordiniert eine definierte Pflegeperson die notwendige Behandlung und Pflege, um damit dem hohen Pflegebedarf gerecht zu werden.**

Im Dezember 2017 und im Februar 2018 wurde dieser Wachkomapatient neuerlich in Ambulanzen der Krankenanstalt behandelt. Die Lebensgefährtin, die ihn jedes Mal begleitet hatte, war **voll des Lobes für das Verständnis, die Aufmerksamkeit und die gute pflegerische Versorgung durch das Personal.** Besonders hob sie hervor, dass sie nun jedes Mal eine konkrete Pflegeperson der Ambulanz als Ansprechperson hatte, die sich um eine zügige und rasche Abklärung und die notwendigen Veranlassungen/Durchführungen von medizinischen/pflegerischen Maßnahmen kümmerte.

**Die PPO bedankt sich bei der Anstaltsleitung der Akutkrankenanstalt sowie bei den Verantwortlichen der Wachkomastation in der Sonderkrankenanstalt und deren Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern im Namen der betroffenen Patient/inn/en für die organisatorischen und strukturellen Verbesserungen.**

**Insbesondere durch das Engagement der Pflegedirektorin der Akutkrankenanstalt ist es gelungen, die Pflegepersonen der Ambulanzen/Stationen des Kompetenzzentrums für die erhöhten Bedürfnisse der Wachkomapatient/inn/en zu sensibilisieren.**

## 14 Tagungen und Veranstaltungen 2016

### 14.1 Fort- und Ausbildungen 2016

12. Jänner 2016: „**Vertretung naher Angehöriger mit Herrn Dr. Schwentner**“

Veranstaltungsort: Graz, PatientInnen- und Pflegeombudsschaft

13. April 2016: „**Informationstag für neue Mitarbeiter**“

Veranstaltungsort: Graz, Landesverwaltungsakademie

30. April 2016: „**Autoimmune Lebererkrankungen**“

Veranstaltungsort: Graz, LKH

11. Mai 2016: „**Outlook und Skype**“

Veranstaltungsort: Graz

15. Juni 2016: „**Jahrestagung Pflege & Recht**“

Veranstaltungsort: Graz, Manz

13. Juli 2016: „**Interne Rechtsfortbildung mit Frau Dr. Prutsch**“

Veranstaltungsort: Graz, PatientInnen- und Pflegeombudsschaft

22. u. 23. August 2016: „**Das österreichische Gesundheitssystem**“

Veranstaltungsort: Graz, IIR

20. September 2016: „**Pflegeausbildung neu**“

Veranstaltungsort: Graz, PatientInnen- und Pflegeombudsschaft

20. September 2016: „**Die richtige Dokumentation**“

Veranstaltungsort: ARS

21. September 2016: „**Grazer Risikotag – Patientensicherheit in der Praxis**“

Veranstaltungsort: Graz, LKH Hörsaalzentrum

26. u. 27. September 2016: „**Sprache der Wertschätzung**“

Veranstaltungsort: Graz, LAVAK

06. Oktober 2016: „**Neue Rechtschreibung und zeitgemäßer Schriftverkehr**“

Veranstaltungsort: Graz, PatientInnen- und Pflegeombudsschaft

12. Oktober 2016: „**Projektmanagement**“

Veranstaltungsort: Graz, Lavak

22. Oktober 2016: „**Recht am See/Medizinrecht**“

Veranstaltungsort: Mondsee

29. Oktober 2016: „**Adipositasagung**“

Veranstaltungsort: Wolfsberg

09. November 2016: „**Informationstag für neue Mitarbeiter**“

Veranstaltungsort: Graz, Landesverwaltungsakademie

10. November 2016: „**EDV Schulung**“

Veranstaltungsort: Graz, FA 8

16. November 2016: „**Rechtsfragen Palliativmedizin**“

Veranstaltungsort: Graz, LSF

17. November 2016: „**10 Jahre CIRPS/AUVA**“

Veranstaltungsort: Graz, Congress

17. November 2016: „**Tag der Pflege**“

Veranstaltungsort: Graz, AK

12. Dezember 2016: „**Rechtsfragen in der Palliativmedizin – Int. FB**“

Veranstaltungsort: Graz, PatientInnen- und Pflegeombudsschaft

12. u.13. Dezember 2016: „**Sprache der Wertschätzung**“

Veranstaltungsort: Graz, LAVAK

## 14.2 Teilnahme an Tagungen, Veranstaltungen und Kongressen

20. Jänner 2016: „**Hansen Forum Steiermark**“

Veranstaltungsort: Graz, Hotel Weitzer

02. März 2016: „**8. Österreichischer Gesundheitswirtschaftskongress**“

Veranstaltungsort: Wien, Austria Trend Hotel

11. April 2016: „**Jour fixe Tagung der ARGE mit VA**“

Veranstaltungsort: Wien

13. April 2016: „**IPS Jahrestagung**“

Veranstaltungsort: Graz, Hotel Paradies

19. Mai 2016: „**Hygienetag**“

Veranstaltungsort: Seifenfabrik

13. September 2016: „**Pflege im Wandel**“

Veranstaltungsort: Graz, Arbeiterkammer

16. September 2016: „**Plattform SALUS „Qualität als gestaltende Kraft im Gesundheitswesen – praxisnahe Ansätze**“

Veranstaltungsort: Graz, Messecongress

20. September 2016: „**1. ASQS Symposium (QM-RM aus Sicht einer Patientenanwältin)**“

Veranstaltungsort: Graz, LKH Graz

23. September 2016: „**virtEBA Projektbeiratssitzung**“

Veranstaltungsort: Graz, LKH Graz Süd-West, Standort Süd

05. Oktober 2016: „**Rahmenbedingungen u. Maßnahmen für eine gelingende Integration v. Flüchtlingen und MigrantInnen**“

Veranstaltungsort: Graz, Landesbuchhaltung, Roter Saal

12. Oktober 2016: „**Miteinander im Dialog 2016**“

Veranstaltungsort: Graz, Landesbuchhaltung, Großer Saal

14. November 2016: „**Dialogtag zum Steirischen Gesundheitsplan 2035**“

Veranstaltungsort: Graz, Messecongress

16. November 2016: „**Regionalkonferenz z. Steir. Gesundheitsplan 2035**“

Veranstaltungsort: Lannach, Steinhalle

18. November 2016: „**ONGKG Konferenz**“

Veranstaltungsort: Baden bei Wien

23. November 2016: „**Regionalkonferenz z. Steir. Gesundheitsplan 2035**“

Veranstaltungsort: Kobenz, Freizeitzentrum Zechner

24. November 2016: „**Regionalkonferenz z. Steir. Gesundheitsplan 2035**“

Veranstaltungsort: Kapfenberg, Böhlerstern

25. November 2016: „**Regionalkonferenz z. Steir. Gesundheitsplan 2035**“

Veranstaltungsort: Liezen, Kulturhaus

01. Dezember 2016: „**Regionalkonferenz z. Steir. Gesundheitsplan 2035**“

Veranstaltungsort: St. Stefan im Rosental, Rosenhalle

05. Dezember 2016: „**Regionalkonferenz z. Steir. Gesundheitsplan 2035**“

Veranstaltungsort: VZO Ottendorf

07. Dezember 2016: „**Regionalkonferenz z. Steir. Gesundheitsplan 2035**“

Veranstaltungsort: Lieboch, Veranstaltungshalle

### 14.3 Tagungen der Arbeitsgemeinschaften der österreichischen Patient/inn/envertretungen

02. u. 03. Juni 2016: „**ARGE Tagung**“

Veranstaltungsort: Tirol

24. u. 25. November 2016: „**ARGE Tagung**“

Veranstaltungsort: Wien

## 15 Tagungen und Veranstaltungen 2017

### 15.1 Fort- und Ausbildungen 2017

02. Februar 2017: „**Dekubitus- u. Sturzprophylaxe i. KH u. Informationen über die Demenzstudie der KAGES**“

Veranstaltungsort: Graz, PatientInnen- und Pflegeombudsschaft

02. Februar 2017: „**Präsentation des Gesundheitsplanes 2035**“

Veranstaltungsort: Graz, PatientInnen- und Pflegeombudsschaft

01. März 2017: „**Impulsvortrag Resilienz**“

Veranstaltungsort: Graz, Abteilung 8

06. März 2017: „**Pränataldiagnostik**“

Veranstaltungsort: Graz, PatientInnen- und Pflegeombudsschaft

09. März 2017: „**Recht und IT 9. Thementag der Datenschutzbeauftragten Aufgaben – Verantwortlichkeit - Ausbildung**“

Veranstaltungsort: Graz, ReSoWi

29. März 2017: „**Betriebliches Gesundheitsmanagement**“

Veranstaltungsort: Graz, Abteilung 4 - FA Landesbuchhaltung

03. April 2017: „**Ethikkomitee**“

Veranstaltungsort: Graz, PatientInnen- und Pflegeombudsschaft

05. April 2017: „**Jus Update 2017 Sozialrecht: Mindestsicherung, Grundversorgung, Wohnunterstützung**“

Veranstaltungsort: Graz, Burg

07. u. 08. April 2017: „**Primärversorgung**“

Veranstaltungsort: Graz, Med. Uni.

15. Mai 2017: „**Datenschutz mit Mag. Freiberger**“

Veranstaltungsort: Graz, PatientInnen- und Pflegeombudsschaft

16. Mai 2017: „**RDB Manz**“

Veranstaltungsort: Graz, Burg

22. Mai 2017: „**Querschnittsmaterie Gesundheitsrecht: Was ist neu, was wird anders? – Mag. Müller**“

Veranstaltungsort: Graz, PatientInnen- und Pflegeombudsschaft

01. Juni 2017: „**Recht und IT 10. Thementag der DS-GVO ante portas**“

Veranstaltungsort: Graz, ReSoWi

19. Juni 2017: „**Adipositas – Chirurgie, Golden Standard, Komplikationen, etc.**“

Veranstaltungsort: Graz, ReSoWi

23. Juni 2017: „**11. Europäischer Medizinrechtstag, Europäische Integration im Gesundheitswesen**“

Veranstaltungsort: BMASGK

26. Juni 2017: „**Erwachsenenschutzgesetz – Vertretungsformen und Vertretung in medizinischen Angelegenheiten (Mag. Müller)**“

Veranstaltungsort: Graz, PatientInnen- und Pflegeombudsschaft

02. September 2017: „**Medizinrecht-Anwalt-Cercle u. Medizinrecht-Sachverständigen-Cercle**“

Veranstaltungsort: Loipersdorf

04. September 2017: „**Telefonhotline in der Alterspsychiatrie und allgemeiner Überblick über die Alterspsychiatrie**“

Veranstaltungsort: Graz, PatientInnen- und Pflegeombudsschaft

28. September 2017: „**Patientensicherheit**“

Veranstaltungsort: Graz, LKH Seminarzentrum

28. September 2017: „**Risikomanagement**“

Veranstaltungsort: Graz, Kages

13. Oktober 2017: „**Wie fühlt es sich an? Schmerzmanagement bei Menschen mit Bewusstseinsstörung**“

Veranstaltungsort: KFU

18. bis 20. Oktober 2017: „**Begutachtung nach Trauma & Rechtliche Fragen der Medizin 2017**“

Veranstaltungsort: Vienna Marriott Hotel

08. November 2017: „**Primärversorgung – Wegbereiter für den integrierten Versorgungsansatz**“

Veranstaltungsort: Wien, Haus der Musik

19. Dezember 2017: „**Telefontaining – Frau Ing. Trinkl**“

Veranstaltungsort: Graz, PatientInnen- und Pflegeombudsschaft

## 15.2 Teilnahme an Tagungen, Veranstaltungen und Kongressen

26. April 2017: „**IPS Jahrestagung**“

Veranstaltungsort: Graz, Schloss St. Martin

01. Juni 2017: „**Gewalt in der Pflege**“

Veranstaltungsort: Graz, AK

### 15.3 Tagungen der Arbeitsgemeinschaften der österreichischen Patient/inn/envertretungen

22. u. 23. Juni 2017: „**ARGE Tagung**“

Veranstaltungsort: Salzburg

30. November und 01. Dezember 2017: „**ARGE Tagung**“

Veranstaltungsort: Steiermark

### 15.4 Durchgeführte Vorträge 2017

07. u. 08. April 2017: „**Interprofessionalität in der Primärversorgung**“

Veranstaltungsort: Graz, Med.-Universität

06. Juni 2017: „**Fortbildung für die steirischen Gesundheitszentren**“

Veranstaltungsort: Graz, Gesundheitsfonds

14. Juni 2017: „**Steirische Gesundheitskonferenz**“

Veranstaltungsort: Graz, Messecongress

28. September 2017: „**Risikomanagement – Aus Fehlern lernt man**“

Veranstaltungsort: Graz, LKH

# TÄTIGKEITSBERICHT 2016 UND 2017

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





## 16 Vorwort Pflegebereich

Die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft im Bereich „Pflege“ befasst sich lt. gesetzlicher Zuständigkeit mit Anliegen und Beschwerden Pflegeheime, Pflegeplätze und Mobile Dienste betreffend.

Aber auch Menschen, die in jeglicher Art mit Pflege zu tun haben, beispielsweise Pflegepersonen, Angehörige, Personen, die eine 24-Stunden-Betreuung in Anspruch nehmen, im Betreuten Wohnen leben, Case-management-Bedarf haben, Probleme mit der Pflegegeldeinstufung, mit dem Erwachsenenvertreter haben, usw. wenden sich zur Beratung und Unterstützung an uns.

Bis Dezember 2016 waren im Bereich Pflege der PPO zwei Dienstposten verfügbar. Frau Renate Schreiner ging im März 2017 in Pension und Frau Katrin Stimnicker, MPH, wechselte im Oktober 2017 in die Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement (ABT08GP). Eine Mitarbeiterin aus dem Bereich Krankenanstalten wechselte daher in den Bereich Pflege und übernahm die Leitung dieses Aufgabenkreises. Erst mit 1. November 2017 konnte eine neue Mitarbeiterin mit 50%iger Dienstverpflichtung für den Bereich Pflege aufgenommen werden. Aktuell sind 1,6 Dienstposten besetzt. Auch für die Einschulung der „neuen“ Mitarbeiterinnen waren noch Ressourcen notwendig.

Aufgrund dieser personellen Umbrüche und unaufschiebbarer interner Organisationsarbeiten konnten 2017 nur wenige Sprechtag abgehalten werden (siehe Grafik). Sämtliche Anliegen/Anfragen konnten jedoch im Zeitrahmen bearbeitet werden. Ziel in den kommenden Jahren ist die Abhaltung vermehrter Sprechtag, da dies aus unserer Sicht einen wichtigen Schritt zur niederschweligen Erreichbarkeit der PPO für Bewohner/innen darstellt.

Der Tätigkeitsbericht 2016/2017 schließt an die Themen der Vorjahre, wie zum Beispiel Finanzierung der Pflege zuhause, Qualitätssicherung in der 24-Stunden-Betreuung, Empfehlungen für Betreutes Wohnen, usw. an. Einen weiteren thematischen Schwerpunkt in diesem Tätigkeitsbereich bilden die Themen Pflegeheime, Pflegequalität und Pflegeheimkontrollen.

## 17 Entwicklung der Geschäftsfälle

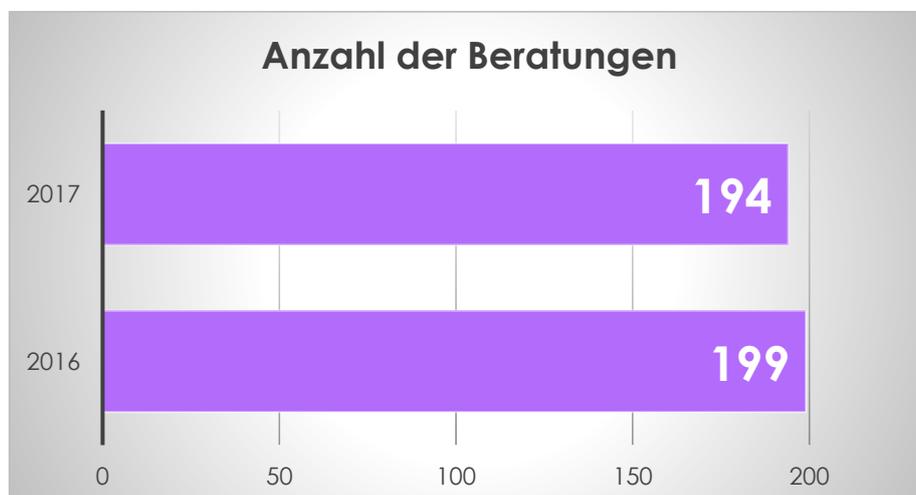
### 17.1 Zuordnung der Vorbringen im Bereich der Pflegeheime, Pflegeplätze und Mobilen Dienste

Berichts- jahr	Neuan- liegen	davon Pflege- heime	davon Pflege- plätze	davon Mobile Dienste	davon Recht/ Sonstiges/ Sprechtage
2016	173	74	2	6	91
2017	151	100	3	5	43

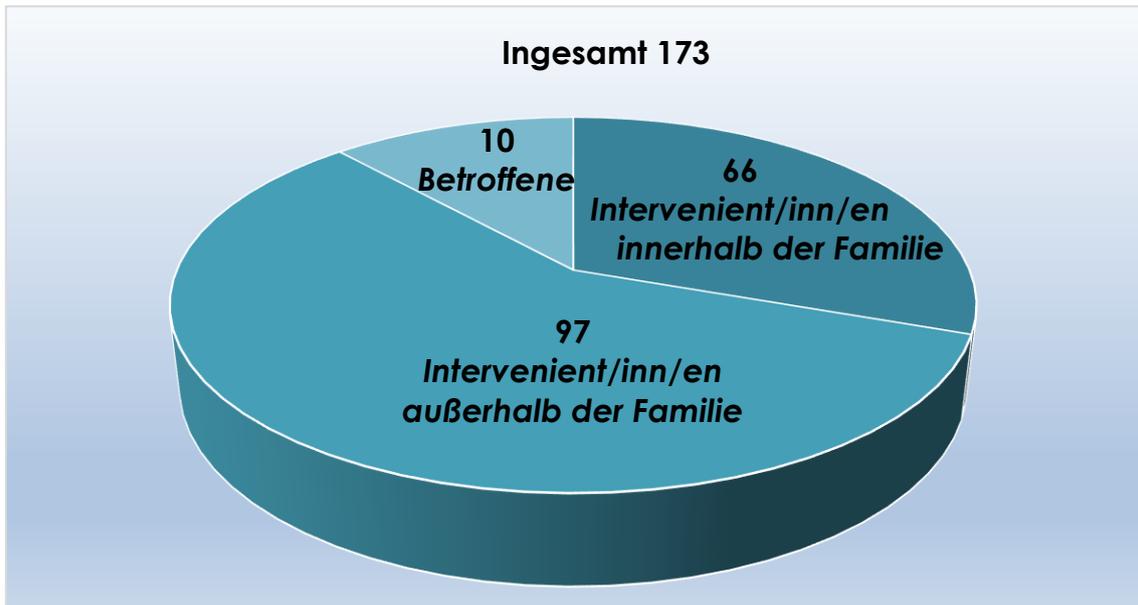
Bei den Neuanliegen, die in der PPO einlangten, kann in dieser Statistik ein geringer Rücklauf festgestellt werden. Die Anliegen, die während der Sprechstage abgeklärt wurden, finden hier keine Berücksichtigung.

### 17.2 Allgemeine Beratungen

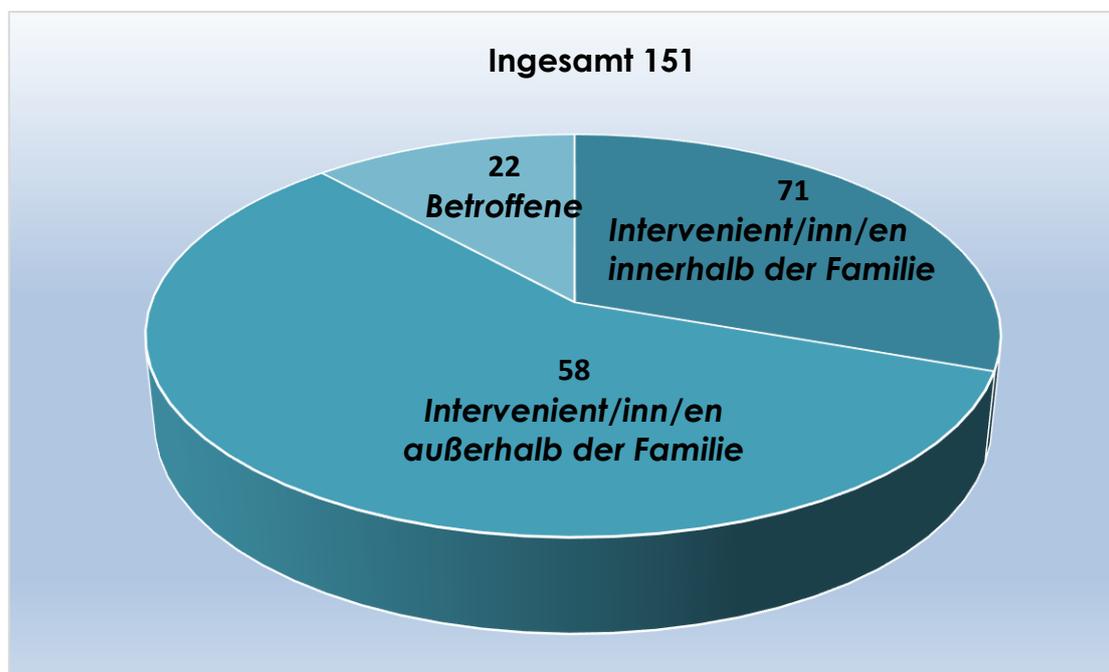
Im Bereich Pflege erfolgen telefonische und/oder persönliche Beratungen zu sämtlichen Angelegenheiten die Pflege und Betreuung betreffend. Insbesondere informiert die PPO über Pflege zuhause, in Pflegeheimen, Soziales, Erwachsenenvertretung, Case- and Caremanagement und gibt Rechtsauskünfte.



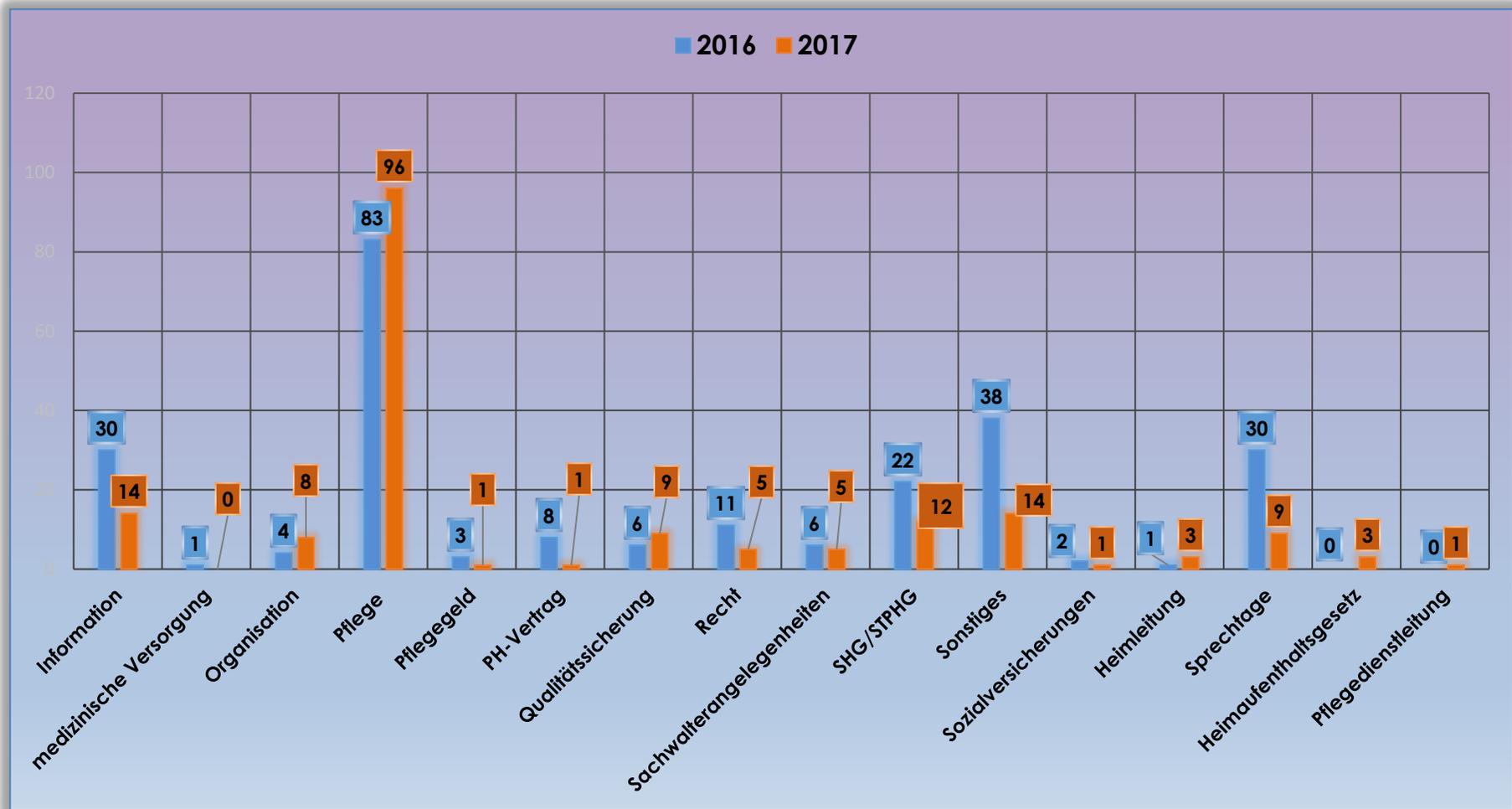
**17.3 Anzahl der Antragsteller/innen 2016**



**17.4 Anzahl der Antragsteller/innen 2017**



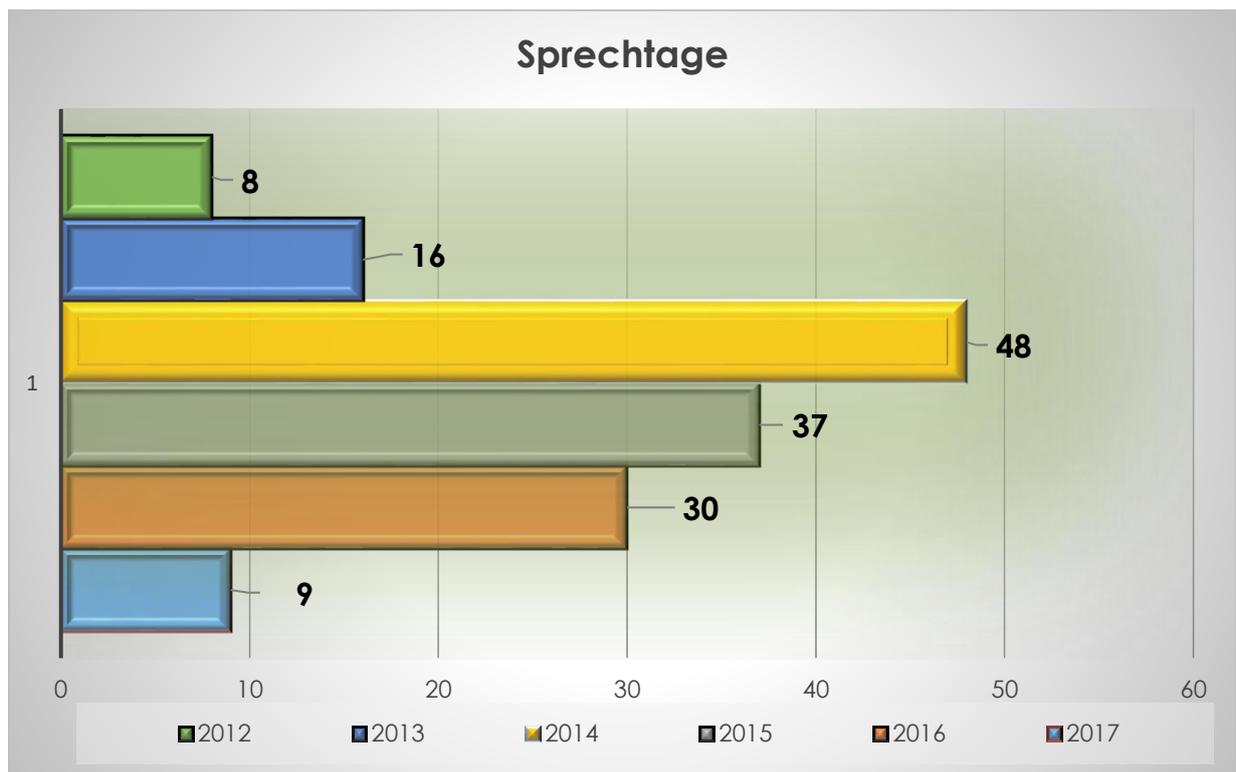
## 17.5 Zahlenmäßige Darstellung der Geschäftsfälle



## 18 Entwicklung der Sprechtage

Viele Bewohner/innen und ihre Angehörigen wissen nicht, dass sie für ihre Anliegen, das Pflegeheim betreffend, Unterstützung bei der PPO bekommen können. Aufgrund der demographischen Entwicklung kommt es immer häufiger vor, dass Betroffene keine nahen Angehörigen oder Menschen, die sich für sie einsetzen, haben. Gerade für diese vulnerable Gruppe ist es wichtig, dass die PPO zu ihnen ins Pflegeheim kommt, um ihre Anliegen zu hören. Mit den Sprechtagen ist ein kleiner, aber wichtiger Schritt zur niedrighschwelligem Erreichbarkeit der PPO für Bewohner/innen gelungen.

### 18.1 Anzahl der durchgeführten Sprechtage



Aufgrund eines Personalwechsels und einer Pensionierung im Bereich Pflege der PPO konnten 2017 nur 9 Sprechtage abgehalten werden.

## 19 Sprechtage

Bereits Ende 2010 begann die PPO mit der Umsetzung der Sprechtage. Bis Dezember 2017 wurden 139 Sprechtage für Bewohner/innen in den steirischen Pflegeheimen durchgeführt und in den Tätigkeitsberichten darüber berichtet. Die Durchführung wurde bisher sowohl von Bewohner/inne/n, und meist auch von Betreiber/inne/n als sehr positiv angenommen.

Es gibt viele Pflegeheime, in denen sich Betreiber und Mitarbeiter/innen sehr für das Wohl der ihnen anvertrauten Menschen einsetzen. Die PPO wird naturgemäß trotzdem häufig mit Beschwerden konfrontiert.

Nachfolgend berichtet die PPO über positive, aber auch sehr negative Rückmeldungen bei den Sprechtagen:

### 19.1 Positive Fallbeispiele Sprechtag

Die Mitarbeiter/innen der PPO erleben an den Sprechtagen auch immer wieder, dass in Pflegeheimen, trotz privater, gewinnorientierter Betriebsführung, ein gutes Wohn- und Betreuungsumfeld für Bewohner/innen möglich ist.

#### 19.1.1 Hohe Zufriedenheit durch persönlichen Einsatz der Betreiber/innen

Im Dezember 2016 wurde von der PPO das Senioren- und Pflegeheim Gehard in St. Georgen ob Judenburg besucht. Für 25 Bewohner/innen war eine eigene Animateurin angestellt. Die Bewohner/innen berichteten über die gute Betreuung, über das gute Verhältnis zu den „Chefleuten“, die sogar einen Besuch in Leoben ermöglichten und dabei sämtliche Kosten des Ausfluges übernommen hätten. In der Animation würden Weidenkörbe geflochten, Duftkissen hergestellt und es gäbe oft Musik. Die abendliche Ruhezeit orientiere sich an den Bedürfnissen und Wünschen der Bewohner/innen.

### **19.1.2 Bewohner/innenzufriedenheit durch abwechslungsreiche Tagesgestaltung und gut ausgebildetes Personal**

Im Sommer 2016 besuchte die PPO das Seniorenheim Neuherz-Geier in Lobmingtal mit zwei Häusern und insgesamt um die 50 Betten. 90 % des Personals waren in Palliativ- und Demenzpflege ausgebildet. Animation erfolgte acht Stunden täglich, auch an Samstagen. Es gibt auch verschiedene Tiere (z.B. Alpakas), die von den Bewohner/inne/n besucht und mitbetreut werden können. Insgesamt erschloss sich uns aus den Gesprächen mit den Bewohnern/inne/n, dass diese sich im Pflegeheim sehr wohl fühlten.

## **19.2 Negative Fallbeispiele Sprechtag**

Gerade bei den Sprechtagen kommen die Mitarbeiter/innen der PPO direkt mit den Bewohner/inne/n eines Pflegeheimes in Kontakt. In privater Atmosphäre wird ein Gespräch über die Zufriedenheit mit der Wohn-, Pflege- und Betreuungssituation geführt. Den Hintergrund bietet ein Gesprächsleitfaden.

### **19.2.1 Kein Interesse der Heimleitung/des Betreibers an der Durchführung von Sprechtagen**

Wie bereits im letzten Tätigkeitsbericht 2014/2015 berichtet, kam es auch 2017 in einem Pflegeheim wieder zu Problemen mit einem Heimleiter. Als ein Sprechtag angekündigt wurde, wurden unser Ankündigungsschreiben und der Aushang verändert und uns erst nach einiger Diskussion gestattet, die Bewohner/innen in ihren Zimmern zu besuchen. Mitgebrachte Broschüren würden nicht benötigt werden - er würde sie entsorgen. Auch ein Abschlussgespräch inkl. Feedback der PPO sei für ihn nicht von Interesse.

**Fazit:**

**Um zukünftig solche Probleme hintan zu halten, ist es geplant, dass das Abhalten von Sprechtagen in Pflegeheimen, zusätzlich zum gesetzlich definierten Auftrag der PPO, explizit im Gesetz festgehalten wird.**

**19.2.2 Gleichgültigkeit der Heimleitung gegenüber den Beschwerden der Bewohner/innen**

Das politische Büro erhielt eine anonyme Meldung über Missstände (verwahrloste Bewohner/innen, Frühstück werde erst gegen Mittag gegeben, ...) in einem Pflegeheim in Graz-Umgebung. Es wurde eine Anlasskontrolle von der Bezirksverwaltungsbehörde durchgeführt. Die PPO erhielt die Mitteilung, dass alles in Ordnung gewesen sei. Vermutlich habe sich ein ehemaliger Mitarbeiter „rächen“ wollen. In der Folge wurde die PPO gebeten, im besagten Pflegeheim einen Sprechtag abzuhalten.

Die PPO hatte ein Erstgespräch mit der Heimleitung (HL) und Pflegedienstleitung (PDL). Auffällig war, dass anscheinend weder die Heimleitung noch der Pflegedienstleiter wusste, dass den Bewohner/inne/n die Möglichkeit zur Heimbewohnerversammlung und Wahl einer Heimbewohnervertretung gegeben werden muss. Auch das Ausmaß der Mindeststunden für Animation lt. SHG-Leistungs- und Entgeltverordnung war beiden nicht bekannt. Animation wurde nur im Ausmaß von acht Stunden pro Woche angeboten. Die HL beschwerte sich hauptsächlich über Personalprobleme, - es gäbe eine hohe Fluktuation und interessierte Bewerber/innen würden nach kurzer Probezeit nicht mehr kommen.

Im Pflegeheim wohnten zum Zeitpunkt des Sprechtages 39 Bewohner/innen. Viele Personen befanden sich im Rollstuhl und einige wurden im Bett angetroffen. Es fiel auf, dass die Bewohner/innen keine eigenen Möbel in den Zimmern hatten, und es in mehreren Zimmern stark nach Urin roch. Das

Pflegeheim erschien etwas lieblos: keine Pflanzen im den Gängen und allgemeinen Räumlichkeiten, abgestorbene Pflanzen vor dem Pflegeheim, ...

Viele Bewohner/innen, mit denen die PPO sprach, hatten keine Zahnprothesen. Es fiel auch auf, dass das Pflegepersonal, das gerade nichts zu tun hatte, herumstand, sich untereinander unterhielt und sich nicht mit den Bewohner/inne/n beschäftigte.

Die PPO sprach mit 15 Bewohner/inne/n und 2 Angehörigen. Die Hauptbeschwerden waren, dass die Pflegepersonen keine Zeit hätten, sehr lange gewartet werden müsse, wenn man die Rufglocke betätige, selten wer mit den Bewohner/inne/n in den Garten gehe und es keine Tagesgestaltung gäbe. Ein besonderes Anliegen war den Bewohner/inne/n die Essensqualität. Von 15 Bewohner/inne/n beschwerten sich 14 über das Essen - über Geschmack, Angebot und Aussehen. Ein Bewohner, erst 62 Jahre alt, meinte, dass es so langweilig sei im Pflegeheim. Auf die Frage an Bewohner/innen im Rollstuhl, ob sie noch zusätzlich zum Heraussitzen mobilisiert werden, antworteten sie, dass der Physiotherapeut heute zum ersten Mal im Pflegeheim gewesen sei.

Die Heimleitung war zum Abschlussgespräch nicht anwesend, da sie nur 50 % beschäftigt ist. Am nächsten Tag kontaktierte diese sehr aufgeregt die PPO und beschwerte sich, dass die PPO sich mit den Bewohner/inne/n auch über das Essen unterhalten hatte. Sämtliche Beschwerdepunkte wurden besprochen – eine Verbesserung wurde nicht zugesichert. Die PPO wird die Bewohner/innen des Pflegeheimes in absehbarer Zeit wieder besuchen.

**Fazit:**

**Unserer Meinung nach ist es nicht ausreichend, dass Bewohner/innen nach der Prämisse „warm-satt-sauber“ gepflegt und betreut werden. Es soll den Bewohner/inne/n im Rahmen ihrer Möglichkeiten im Pflegeheim auch Wohnen nach dem Normalitätsprinzip, eine Tagesstruktur und Beschäftigung geboten werden.**

Nach wie vor werden die meisten pflegebedürftigen Personen zuhause, unter anderem im Familienverband, durch mobile Dienste und 24-Stunden-Betreuung betreut. Das nächste Kapitel beschäftigt sich mit Anliegen, die die Pflege zuhause betreffen.

## 20 Pflege zuhause

### 20.1 Mobile Pflege- und Betreuungsdienste

Die Wahrung und Sicherung der Rechte und Interessen von jenen Personen, welche die Leistungen von mobilen Diensten in Anspruch nehmen, ist ein fortwährendes Thema in der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft. Die meisten Anliegen bzw. Beschwerden betrafen die Finanzierung der mobilen Dienste. Die Finanzierung der mobilen Dienste wurde in den Tätigkeitsberichten 2013/2014 und 2015/2016 bereits bearbeitet.

#### **Zusammenfassung aus den beiden vorangegangenen Tätigkeitsberichten:**

Die Finanzierung der mobilen Dienste stützt sich auf 3 Säulen. Diese sind:

- das Land Steiermark
- die jeweilige Wohnsitzgemeinde und
- der Selbstkostenanteil der Kund/inn/en

In der Steiermark bieten fünf Trägerorganisationen die Versorgung der Bevölkerung durch die mobilen Dienste an. Das Land Steiermark fördert die Trägerorganisationen finanziell nach den aktuellen Daten des Bedarfs- und Entwicklungsplans. Gemäß dem steirischen Sozialhilfegesetz haben die Gemeinden die Versorgung durch mobile Dienste zu gewährleisten (Steirisches Sozialhilfegesetz §§ 9,16), jedoch besteht kein Rechtsanspruch.

Die Vertragsbedingungen zwischen der Trägerorganisation und der Gemeinde werden jährlich vereinbart. Die Gemeinde stellt ein gewisses Stundenkontingent zur Finanzierung der mobilen Dienste zur Verfügung. Leider orientiert sich dieses bei einigen Gemeinden nicht am Pflege- und Betreuungsbedarf der Kund/inn/en. Wie schon im vorangegangenen Tätigkeitsbericht dargestellt, kam es bei manchen Gemeinden in der Steiermark vor, dass seitens der Organisation aufgrund des Bedarfes mehr Stunden zu leisten waren, als von der Gemeinde mitfinanziert wurden. Dadurch

wurden die Kosten, welche die Gemeinden nicht deckte, direkt den Kund/inn/en weiterverrechnet. Dies führte zu einer Erhöhung des Selbstkostenbeitrages der Kund/inn/en.

### **20.1.1 Derzeitige Situation der Finanzierung der mobilen Dienste**

Um die aktuelle Situation zu erheben, wurde mit der Abteilung 8 / Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement (ABT08GP) / Referat Pflegemanagement des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung Rücksprache gehalten. Diese stellt sich wie folgt dar:

#### **Bezahlung des Gemeindeanteils**

Von den 287 Gemeinden in der Steiermark gab es bei ca. 20 Gemeinden in der Vergangenheit (2016/2017) immer wieder Probleme, wenn es um die Übernahme des Gemeindeanteils ging. Seitens der ABT08GP wurden diesbezüglich Gespräche mit dem Gemeinde- und Städtebund geführt. Vom Gemeinde- und Städtebund erging an diese Gemeinden ein Schreiben zur Problematik mit dem Ersuchen um Behebung. Die ABT08GP führte daraufhin auch mit einigen Gemeinden Gespräche bzw. seien die Verhandlungen noch im Gange. Ungefähr ein Drittel dieser Gemeinden haben dementsprechende Maßnahmen geplant, um die Finanzierung auf Dauer sicherzustellen. Das erklärte Ziel der zuständigen ABT08GP ist, dass mit Ende 2018 alle Gemeinden den entsprechenden Gemeindeanteil zur Deckung der Normkosten mitfinanzieren. Bei Nichteinhaltung des Versorgungsauftrages soll es Konsequenzen durch das Land Steiermark geben.

#### **Derzeitiger Stand - Neuer Kundentarif**

Ab 1. Juli 2018 trat das neue Kundentarifmodell in Kraft. In diesem Modell wurde die Einkommenserhebung für die Bemessung des Kund/inn/enbeitrages sowie die Kund/inn/entarifliste überarbeitet. Die Erstabklärung durch den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege ist ebenfalls seit Juli 2018 für max. 1,5 Stunden kostenfrei. Auch fallen zusätzliche Pauschalen wie z.B. die 2,10 Euro

Hausbesuchspauschale weg. Diese Entlastungskosten trägt das Land Steiermark. Für die Ermittlung der Kund/inn/enbeiträge ist nun das Individualeinkommen mit bestimmten Unterhaltsregelungen (Ehegatten und eingetragene Partnerschaften) und nicht wie bisher das gemeinsame Ehe-Partner/Partnerineinkommen relevant. Durch die beiden Maßnahmen „Senkung der Kund/inn/entarife“ und „Individualeinkommen“ kommt es zu einer durchschnittlichen finanziellen Entlastung für die Kund/inn/en von etwa 25 %. Damit werden insbesondere die niedrigeren bzw. mittleren Einkommen entlastet.

**Zusammenfassend kann über das neue Kund/inn/enbeitragsmodell gesagt werden, dass Personen mit einem Individualnettoeinkommen bis ca. 2.500 Euro aktuell von den günstigeren Tarifen profitieren. Ab einem Individualnettoeinkommen über 2.500 Euro kann es zu einer Erhöhung der Tarife kommen, insbesondere, weil die Tarifmodelobergrenze von 1.998 Euro auf 3.300 Euro angehoben wurde.**

### **20.1.2 Betreuungsablehnung / Betreuungsabbruch**

Die mobilen Dienste können aus fachlichen, menschlichen und wirtschaftlichen Gründen eine Betreuung ablehnen bzw. abbrechen. Im Leitfaden für *Betreuungsablehnung/Betreuungsabbruch der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste Steiermark* sind diese Gründe und die weitere Vorgehensweise beschrieben. Ein Betreuungsabbruch durch die mobilen Dienste ist durch folgende Punkte gerechtfertigt:

- Ablehnung der Einschätzung/Bedarfsabklärung
- Gesundheitsgefährdung (insbesondere Ungeziefer, bissiger Hund, Ablehnung hygienischer Schutzmaßnahmen, grundsätzliche Ablehnung pflegeerleichternder Behelfe, sexuelle Belästigung)
- Sicherheitsgefährdung (insbesondere keine pflegegerechte Umgebung, Bedrohungsszenario)
- Ungenügende Kooperation/compliance

- Konditionen der Betreuungsvereinbarung werden nicht eingehalten

Der Betreuungsabbruch muss professionell begründet sein, indem das Problem bzw. der Vorfall ausführlich dokumentiert wird und Lösungsmaßnahmen daraus abgeleitet werden können. Kommt es trotz aller Bemühungen nicht zu einer Problemlösung, erfolgt eine schriftliche Mitteilung zum Betreuungsabbruch mit einer Fristsetzung von mindestens 14 Tagen. Die Trägerorganisation entscheidet aufgrund der fachlichen Einschätzung, ob und an welche Behörde oder öffentlichen Dienststellen eine Meldung oder Anzeige erfolgt, um eine weitere Versorgung zu gewährleisten. Im Falle eines Betreuungsabbruches empfiehlt sich eine gemeinsame Vorgehensweise mit der Gemeinde, Distriktsarzt/ärztin, Hausarzt/ärztin, sozialen Hilfsdiensten sowie die Miteinbeziehung der Angehörigen, um Betroffenen eine adäquate Betreuung zur Verfügung stellen zu können.

Die PPO wurde mit einem Fall konfrontiert, in welchem die Betreuung der Klientinnen durch die mobilen Dienste nicht mehr zumutbar war, die weitere Versorgung jedoch ungewiss blieb.

#### **20.1.2.1 Fehlende Versorgung zuhause nach Betreuungsabbruch durch mobile Dienste**

In diesem Fallbeispiel handelt es sich um zwei Personen in einem gemeinsamen Haushalt, die durch die mobilen Dienste betreut wurden. Eine der beiden betroffenen Personen wandte sich an uns. Sie gab an, dass die mobilen Dienste gekündigt hätten und ob sie das überhaupt dürften.

Die Situation stellte sich nach Gesprächen mit den Beteiligten wie folgt dar: Eine Person kann nach einem Schlaganfall in den Rollstuhl mobilisiert werden und ist in diesem teilweise mobil. Die Mitbewohnerin ist ebenfalls pflegebedürftig und nicht mobil. Diese habe die Pflegekräfte immer wieder verbal angegriffen. Die Beschimpfungen seien so massiv gewesen, dass die Pflegekräfte eine weitere Betreuung nicht leisten konnten. Aus diesem Grund

wurde der Betreuungsvertrag mit den betroffenen Personen gekündigt, da auch vorangegangene Mediationsgespräche und Fristsetzungen erfolglos blieben. Eine 24-Stunden-Betreuung wurde von den Klientinnen abgelehnt.

Dem zuständigen Sozialhilfeverband, der Sozialberatungsstelle und der Gemeinde war dieser Fall bekannt. Doch niemand fühlte sich verantwortlich für die betroffenen Personen eine weitere Betreuung zu organisieren, obwohl dies im Steiermärkischen Sozialhilfegesetz § 20 und § 36 als Aufgabe der Gemeinde festgehalten ist. Zudem herrschte Unklarheit über die Zuständigkeiten der diversen Stellen. Somit blieb die weitere Versorgung der betroffenen Personen ungewiss.

Die betroffene Person lehnte von der PPO unterbreitete weitere Betreuungsvorschläge (24-Stunden-Betreuung, im Haus oder extern wohnend, Pflegeheimaufnahme, ...) ab. Wir teilten ihr mit, dass unter den recherchierten Umständen eine weitere Betreuung durch die mobilen Dienste nicht erfolgen werde und die Kündigung entsprechend den Richtlinien erfolgt ist.

Die PPO empfahl der Gemeinde dringend den Gemeindevorstand zu kontaktieren um z.B. eine vorübergehende Unterbringung im Krankenhaus zu organisieren bis die weitere Versorgung (Klärung der Notwendigkeit einer Erwachsenenvertretung, Pflegeheimunterbringung, ...) gewährleistet ist.

**Empfehlung:**

**In diesem Fallbeispiel wird sichtbar, dass die Klärung der Zuständigkeiten zu Verzögerungen in der Problemlösung führen kann und dies zu Lasten der pflege- und betreuungsbedürftigen Personen geht. Deshalb kann die PPO den Ausbau des Pilotprojektes Case- und Caremanagement des Landes Steiermark in den Bezirken nur unterstützen, um eine kontinuierliche Versorgung komplexerer Fälle zu gewährleisten.**

Im folgenden Kapitel wird das Pilotprojekt Case- und Caremanagement näher beschrieben.

## 20.2 Case- und Caremanagement

Immer wieder wenden sich Betroffene und ihre Angehörigen an die PPO, da plötzlich Pflege und Betreuung zu organisieren ist und die Betroffenen nicht wissen, wohin sie sich wenden können und/oder wie man zu finanzieller Unterstützung kommt.

Das Sozialamt der Stadt Graz betreibt seit 2015 eine Pflegedrehscheibe bzw. ein Case- and Caremanagement, welche eine zentrale Anlaufstelle für pflege- und betreuungsbedürftige Menschen und deren Angehörige ist. Die Mitarbeiter/innen der Pflegedrehscheibe beantworten Fragen und bieten Unterstützung in schwierigen Situationen an, um den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden. Das Ziel der Pflegedrehscheibe ist es rasch und unbürokratisch zu informieren, zu beraten und aktiv zu unterstützen.

### Case- und Caremanagement in den steirischen Bezirken

„Die Pflegedrehscheibe“ ist ein Projekt des Landes Steiermark, dessen Ziel es ist, in allen steirischen Bezirkshauptstädten ein Case- und Caremanagement zu etablieren. Vorerst gibt es dieses Case- und Caremanagement bzw. die Pflegedrehscheibe als Pilotprojekt in den Bezirken Hartberg-Fürstenfeld, Deutschlandsberg und Weiz. Es soll eine zentrale und kostenlose Anlaufstelle für ältere und pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige im jeweiligen Bezirk sein. Ein/e diplomierte/r Gesundheits- und Krankenpfleger/in (DGKP) informiert über passende Unterstützungsmöglichkeiten.

Beratung und Unterstützung wird in folgenden Bereichen angeboten:

- Mobile Pflege- und Betreuungsdienste/ Hauskrankenpflege
- Tageszentren
- Betreutes Wohnen

- Pflegeheime/Pflegeplätze
- Mobiles Palliativteam
- Finanzielle Zuschüsse für pflegende Angehörige
- Pflegekarenz, Pfl egeteilzeit, Familienhospizkarenz
- Erwachsenenschutz (vormals Sachwalterschaft),
- Vorsorgevollmacht, Vertretungsbefugnis...
- Essenzustellung
- Pflegegeld
- Hilfsmittel
- 24-Stunden-Betreuung

Das Case- und Caremanagement optimiert in komplexen Situationen die Versorgung der Betroffenen. Eine komplexe Situation liegt vor, wenn zur Lösung des Problems mehrere Akteure benötigt werden. Die Aufgabe des Case- und Caremanagements ist es, diese Akteure in einem kooperativen Prozess zusammenzuführen, um eine bedarfsgerechte Versorgung zu erreichen.

Die zwei anschließend beschriebenen Fallbeispiele zeigen die **Notwendigkeit eines Case- und Caremanagement in den Bezirken** auf.

### **20.2.1 Überforderung der Angehörigen durch unzureichende Unterstützung bei der Pflege zuhause**

In diesem Fallbeispiel handelt es sich um eine Familie, welche durch vorangegangene Todesfälle und Erkrankungen in der Familie sehr belastet war. Zudem litt der Vater an einer schweren Krebserkrankung, welche mit einem höheren Grad an Pflegebedürftigkeit einherging. Der Betroffene hatte einen großen Tumor am Kopf, der täglich unter schwierigen Bedingungen (Schmerzen, Blutung, ...) zu verbinden war. Der Vater wurde von einem Landeskrankenhaus in häusliche Pflege entlassen, ohne die erforderliche Unterstützung für die Familie zu organisieren. Die von der Familie angestellte Personenbetreuerin konnte die Pflege und den komplizierten Verbandswechsel

nicht übernehmen. Die Angehörigen wandten sich verzweifelt und überfordert an die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft.

Die PPO unterstützte die betroffene Familie in Bezug auf die Organisation eines Betreuungsplatzes, Kostenübernahme und Herstellung von Kontakten bei verschiedenen Organisationen. Der Vater wurde schließlich auf einer palliativen Station aufgenommen.

Im nächsten Fallbeispiel wird aufgezeigt, dass alleinstehende Personen oft nicht in der Lage sind, die Pflege zuhause zu organisieren. Ohne die Hilfe und Unterstützung durch Angehörige, wäre es ihnen nicht möglich im häuslichen Umfeld zu verbleiben.

### **20.2.2 Unzureichende Finanzierung der Pflege zuhause**

Die Tochter einer am Lande alleinlebenden Frau wandte sich an uns. Durch vorangegangene Krankheiten leide die Betroffene unter anderem an einer massiven Sehbeeinträchtigung und schweren Depressionen. Nach einem längeren Krankenhausaufenthalt sei sie mit einem Ersttermin für die Hauskrankenpflege (HKP) nach Hause entlassen worden.

Zuhause habe die Mutter erfahren, dass das Pflegegeldansuchen in erster Instanz negativ beschiedet worden war und sie bestellte die HKP wieder ab, da sie sich diese wegen des geringen Pensionsbezuges nicht leisten konnte.

Die Betroffene konnte sich weder Medikamente noch Nahrung besorgen. Die im Ausland lebende Tochter (selbstständig mit Firma, kleine Kinder) musste sofort anreisen, um ihrer Mutter die benötigte Unterstützung zu geben. In dieser Gemeinde/Bezirk gab es keine Pflegedrehscheibe. Die PPO informierte die Intervenientin über Möglichkeiten der Betreuung, Pflegegeldeinspruch, Finanzierung der Betreuung usw.

**Fazit:**

**Diese Fälle zeigen deutlich die Notwendigkeit eines Case- und Caremanagements in den Bezirken auf. Alleinlebende ältere Personen und ihre Angehörigen brauchen Unterstützung bei der Organisation der Betreuung und Pflege. Durch entsprechende Hilfe können Betroffene länger in ihrem häuslichen Umfeld leben und müssen nicht frühzeitig in einem Pflegeheim betreut werden, welches die teuerste Variante der Betreuung darstellt.**

Es ist deshalb dringend notwendig das Pilotprojekt „Pflegedrehscheibe“ in der gesamten Steiermark zu etablieren.

### **20.3 24-Stunden-Betreuung**

Die PPO und auch andere Organisationen haben keinen gesetzlichen Auftrag zur Bearbeitung von Beschwerden die 24-Stunden-Betreuung betreffend. Wir berichten jedoch seit 2008 über Anliegen aus diesem Bereich.

Die meisten Betroffenen / Intervent/inn/en wenden sich mit folgenden Themen an die PPO

- Die Verträge mit den Vermittlungsagenturen seien unklar oder würden nicht eingehalten werden.
- Es bestehe Pflegebedarf, die Betreuer/innen seien jedoch keine ausgebildeten Pflegepersonen.
- Die Betreuungspersonen könnten nicht Deutsch,
- würden häufig wechseln, usw.

#### **Derzeitige Lage**

Laut Auskunft der Abteilung 8 / Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement (ABT08GP) / Referat Pflegemanagement des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung nahmen 7.216 Personen im Jahr 2016 und 7.542 Personen im Jahr 2017 eine Förderung für 24-Stunden-Betreuung in

Anspruch. Wenn die Voraussetzungen erfüllt werden, wird vom Sozialministeriumsservice eine Förderung von max. 550 Euro für zwei selbstständige und max. 1.100 Euro für zwei vom Betroffenen angestellte Personenbetreuer/innen gewährt (siehe [https://www.sozialministeriumsservice.at/site/Finanzielles/Pflegeunterstuetzung/en/24\\_Stunden\\_Betreuung/#intertitle-1](https://www.sozialministeriumsservice.at/site/Finanzielles/Pflegeunterstuetzung/en/24_Stunden_Betreuung/#intertitle-1))

**Die Gesamtkosten beliefen sich dabei 2016 auf 28.939.422,44 Euro und 2017 auf 31.019.402,39 Euro.**

### **Finanzierung der Förderung**

60 % werden vom Bund und 40 % vom Land finanziert, wobei der Landesanteil zu 40 % vom Sozialhilfeverband und zu 60 % vom Land getragen wird.

#### **20.3.1 Standes- und Ausübungsregeln Neu**

Am 01.12.2015 hat das Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft für Vermittlungsagenturen per Verordnung die Standes- und Ausübungsregeln für die Organisation von Personenbetreuung im Bundesgesetzblatt II Nr. 397/2015 festgelegt.

Aufgrund der gewerberechtlichen Trennung von „Personenbetreuer/n/innen“ und „Vermittlungsagenturen“ („Organisation von Personenbetreuung“) wurden rechtliche Rahmenbedingungen für die Tätigkeit der Vermittlungsagenturen geschaffen.

Die Verordnung legt allgemeine Pflichten für den zur Ausübung des Gewerbes der Organisation von Personenbetreuung Berechtigten fest und zielt auf eine transparente Darstellung der Verhältnisse zwischen Vermittler/in und Personenbetreuer/in und zwischen Vermittler/in und betreuungsbedürftiger Person.

Wichtiger Eckpfeiler der Verordnung ist die **Bedarfserhebung der Betreuung und der Betreuungssituation vor Ort und die Prüfung**, ob lt. §7 (1) 2 VO BGBl.II Nr. 397/215 die/der für die Vermittlung vorgesehene Personenbetreuer/in den gemäß Z1 festgestellten Betreuungsbedarf decken kann. Zudem sind schriftliche Aufzeichnungen von der Erhebung und auch der Aufklärung über Tätigkeiten der Personenbetreuer/innen, Pflichten der Personenbetreuer/innen und Aufstellung der Kosten über die gebotenen Leistungen zu führen.

### 20.3.2 Qualitätssicherung

Im Auftrag des Bundesamtes für Soziales und Behindertenwesen organisierte das Kompetenzzentrum für die Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege, -angesiedelt bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB), -Hausbesuche. Im überwiegenden Teil werden pflegebedürftige Personen aufgesucht, wenn die Betreuungsperson weder über eine theoretische Ausbildung noch über eine fachspezifische Ermächtigung zu pflegerischen Tätigkeiten verfügt, da der Hausbesuch und damit die Kontrolle der Eignung Voraussetzung für die Förderung ist.

Lt. telefonischer Auskunft des Sozialministeriumsservice Steiermark war die bisherige Praxis so, dass die Betreuung der pflegebedürftigen Person ein halbes Jahr nach Betreuungsbeginn überprüft worden ist. Es sei jedoch eine Regelung in Aussicht, dass ab August 2018 jede/r Pflegegeldbezieher/in mit einer 24-Stunden-Betreuung einmal jährlich besucht werden soll.

Im Rahmen dieser Qualitätssicherungsmaßnahme werden Betroffene (alle Pflegegeldbezieher - nicht nur Betroffene, die eine 24-Stunden-Betreuung in Anspruch nehmen) zuhause besucht. Ein/e diplomierte/r Gesundheits- und Krankenpfleger/in (DGKP) erhebt die konkrete Pflegesituation und -qualität mittels eines standardisierten Situationsberichtes. Der Fokus liegt anschließend auf Information und Beratung, insbesondere bei der Gruppe der pflegenden Angehörigen.

Laut Auskunft der SVB wurden im Jahr 2016 in der Steiermark 3.663 Hausbesuche erfolgreich durchgeführt, darüber hinaus 2.237 im Rahmen der 24-Stunden-Betreuung. Im Jahr 2017 wurden 3.205 Hausbesuche durchgeführt und 2.488 im Rahmen der 24-Stunden-Betreuung.

Zudem können kostenlose Angehörigengespräche zur Information und psychischen Entlastung auf Wunsch bei der SVB angefordert werden. Diese würden hauptsächlich von (klinischen) Psycholog/inn/en durchgeführt.

### **Einwand**

Die Qualitätssicherung, durchgeführt durch die SVB, ist eine gute Einrichtung. Allerdings erfolgt nicht in jedem Fall ein Besuch und die Pflegegeldbezieher/innen, die um eine Förderung der 24-Stunden-Betreuung angesucht haben, werden häufig erst nach einem halben Jahr besucht.

Es ist in der Verordnung für die Personenbetreuung nicht festgelegt, dass die wichtige Bedarfserhebung der Betreuung und der Betreuungssituation vor Ort durch eine fachlich qualifizierte Person aus dem Gesundheits- und/oder Sozialbereich, wie z. B. eine/n diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger/in (DGKP) durchgeführt werden muss.

Die Qualität der Versorgung wird zwar einmalig durch die SVB kontrolliert, sofern die Betreuungsperson weder über eine theoretische Ausbildung verfügt, noch eine fachspezifische Ermächtigung zu pflegerischen Tätigkeiten vorliegt. Eine Kontrolle jeder Inanspruchnahme der 24-Stunden-Betreuung bzw. Folgekontrollen, z.B. mind. einmal/Jahr werden derzeit nicht durchgeführt.

Wichtig zu erwähnen ist dabei auch, dass 85,52 % der in der Steiermark 2017 besuchten Pflegegeldbezieher/innen keine weiteren mobilen Pflegedienste in Anspruch nahmen (siehe

<https://www.svb.at/cdscontent/load?contentid=10008.647148&version=1529480541> ).

## **Derzeitiger Stand**

Der Landtagsklub der Grünen hat bzgl. dieser Problematik im Oktober 2016 einen unselbstständigen Entschließungsantrag eingebracht. Die PPO hat diesen im ersten Quartal 2017 in Schreiben an die Landtagsklubs und an Landesrat Mag. Drexler unterstützt. Bisher sind jedoch nach unserem Informationsstand keine Maßnahmen erfolgt.

### **Empfehlung:**

**Die Ersteinschätzung des Betreuungsbedarfs soll durch eine fachlich qualifizierte Person aus dem Gesundheits- bzw. Sozialbereich erfolgen und diese muss beurteilen, ob die Personenbetreuer/innen den festgestellten Betreuungsbedarf decken können.**

**Bei Inanspruchnahme einer Förderung für 24-Stunden-Betreuung nach Bundespflegegeldgesetz (BPGG) soll verpflichtend regelmäßig von der/dem Förderempfänger/in eine fachlich qualifizierte Person aus dem Gesundheits- bzw. Sozialbereich hinzuzuziehen sein, die den Betreuungs- und Pflegeaufwand überprüft und ggf. anpasst.**

**Im Rahmen eines Case- and Caremanagements soll eine Anlaufstelle auf Bezirksebene, für Themen die 24-Stunden-Betreuung betreffend, installiert werden (teilweise bereits verwirklicht).**

**Da immer wieder Unstimmigkeiten mit den Vermittlungsagenturen auftreten empfehlen wir weiters:**

- Einheitliche Betreuungs- und Vermittlungsverträge**
- Kontrolle der Vermittlungsagenturen**

## **Ungleichbehandlung von Personen, die zuhause gepflegt und betreut werden**

Personen, die zuhause mit einer 24-Stunden-Betreuung betreut werden, können neben dem Pflegegeld und der Förderung der 24-Stunden-Betreuung durch

den Bund noch Sozialhilfe in Anspruch nehmen, sofern nicht ausreichend Einkommen vorhanden ist.

Durch den Wegfall des Regresses für Bewohner/innen in stationären Pflegeeinrichtungen kommt es aber dabei zu einer massiven Ungleichbehandlung, da der Regress für die Sozialhilfe für zuhause lebende, pflegebedürftige Personen nicht weggefallen ist.

### **20.3.3 Unzureichende gesetzliche Regelung und Kontrolle**

Dadurch, dass die gesetzliche Regelung der Betreuungs- und Vermittlungsverträge unzureichend ist, dass Vermittlungsagenturen nicht kontrolliert werden, und dass auch keine ausreichende Qualitätskontrolle der Pflege und Betreuung stattfindet, ergeben sich eine Vielzahl an Problemen für die Betroffenen. Im Folgenden beschreiben wir Anliegen, mit denen sich Betroffene und Angehörige an die PPO gewandt haben.

#### **20.3.3.1 Vertragsprobleme**

Eine Intervenientin teilte uns mit, dass sie für die Vermittlung der Betreuungskräfte eine Betreuungsagentur in Anspruch genommen habe, die 400 Euro monatlich verlange. Jetzt sei ein Kontrolleur der SVA dagewesen und hätte mitgeteilt, dass die Betreuungskräfte 5.000 Euro an Sozialversicherungsbeiträgen nachzahlen müssten. Beide, die Intervenientin und die Betreuungskräfte, waren der Meinung, dass die Sozialabgaben durch die Agentur geleistet würden. So sei das beim Vertragsabschluss auch kommuniziert worden. Als die Intervenientin diesbezüglich die Agentur ansprach, habe man ihr den Betreuungsvertrag ohne wirkliche Begründung gekündigt. Der Inhaber der Agentur habe der Intervenientin mitgeteilt, dass 400 Euro monatlich für die Qualitätskontrolle (die nicht stattfand) zu entrichten gewesen sei.

Wir empfehlen der Intervenientin sich bzgl. einer Vertragsprüfung an den Konsumentenschutz der Arbeiterkammer zu wenden und die Agentur bei der Wirtschaftskammer zu melden. Wir informierten auch darüber, dass es möglich ist, die Betreuungskräfte (mit denen die Familie sehr zufrieden war) selbst anzustellen. In diesem Fall wäre die Förderung durch das Sozialministeriumsservice dann doppelt so hoch.

### **20.3.3.2 Veruntreuung**

Die Sachwalterin einer 91-jährigen Frau kontaktierte uns. Sie erzählte, dass sie erst seit kurzem die Sachwalterin der betagten Frau sei. Die Dame sei alleinstehend und habe nur entfernte Verwandte in Tirol und im Ausland. Beim ersten Besuch bei der Betroffenen war eine 24-Stunden-Betreuung vor Ort. Die Vermittlungsagentur verrechnete 240 Euro für die Qualitätssicherung.

Es stellte sich heraus, dass zuvor ein Patenkind und dann ein Rechtsanwalt als Sachwalter eingesetzt waren. Die alte Dame sei finanziell ausgebeutet worden. Eine Beschwerde beim Pflugschaftsgericht habe nur ergeben, dass „die Sachlage zu dünn“ sei. Eine der beiden 24-Stunden-Betreuerinnen habe sich ebenfalls Geld ausgeborgt und es wurden der Betroffenen Leistungen verrechnet, die sie nicht erhielt. Insgesamt sei so ein Schaden in der Höhe von 120.000 Euro entstanden.

Die Sachwalterin zeigte die Personenbetreuerinnen wegen Betruges an und diesen wurde in Österreich das Gewerbe entzogen. Der Gerichtsort, für den durch eine Personenbetreuerin verursachten Schaden von 63.000 Euro, war die Slowakei. Da die Beschuldigte jedoch nicht bei der Verhandlung erschien und auch nicht vorgeführt werden konnte, sei das Verfahren eingestellt worden.

Die PPO empfahl der Intervenientin auch die Vermittlungsagentur anzuzeigen, da diese ihre Aufgaben bzgl. Qualitätssicherung (z.B. Rechnungsprüfung, Gespräche mit der Betroffenen) nicht wahrgenommen hat. Ob ein diesbezügliches Verfahren eingeleitet wurde, entzieht sich unserer Kenntnis.

### 20.3.3.3 Pflegeschaden

Mehrere Intervenient/inn/en wandten sich wegen eines durch Mängel in der Betreuung und Pflege entstandenen körperlichen Schadens an uns.

#### **Vernachlässigung**

Die Tochter eines Betroffenen teilte uns folgenden Sachverhalt mit: Ihr einsichts- und urteilsfähiger 91-jähriger Vater nahm für eine mehrstündige Betreuung am Tag eine Vermittlungsagentur in Graz in Anspruch. Die Personenbetreuerin sei eine Studentin gewesen. Der Vater sei im Juli 2016 wegen des schlechten Allgemeinzustandes ins Krankenhaus eingewiesen, jedoch noch am selben Tag nach Hause entlassen worden. Als sich die Tochter nach dem Befinden des Vaters erkundigt habe, hätte die Betreuerin berichtet, dass der Vater nicht essen und trinken und im Bett liegen wolle. Die Tochter ging davon aus, dass, wenn der Vater Unterstützung brauche, die Betreuerin ihn adäquat betreuen würde.

Am nächsten Tag besuchte die Hausärztin den Betroffenen und habe ihn in seinen Exkrementen liegend vorgefunden. Sie habe die Betreuerin angewiesen den Betroffenen zu reinigen und die Wäsche zu wechseln. Tags darauf habe die Hausärztin einen Kontrollbesuch machen wollen. Die Personenbetreuerin öffnete jedoch die Tür nicht, sodass die Polizei diese aufbrechen habe müssen. Der Vater sei noch im selben verschmutzten Zustand im Bett gelegen und wurde sodann in ein Pflegeheim verlegt. Einige Tage später sei er ins Krankenhaus gekommen und dort verstorben. Trotz dieser Vorkommnisse wurde von der Vermittlungsagentur unverzüglich die Rechnung gestellt.

Die PPO empfahl die schriftliche Beeinspruchung der Rechnung mit dem geschilderten Sachverhalt und eine Strafanzeige gegen die Betreuerin wegen Vernachlässigung bzw. Körperverletzung.

**Druckgeschwüre**

Ein Sohn meldete sich bei uns, da sein Vater einige Zeit nach einem Agentur- und Betreuerinnenwechsel Dekubiti (Druckgeschwüre) aufgewiesen habe. Die Versicherung der Agentur habe ihm die Mehrkosten für den erhöhten Betreuungsbedarf angeboten. Eine mit den Dekubiti im Raum stehende Fußamputation würde allerdings nicht abgegolten werden.

Nach Einholen der Unterlagen mit einer Vollmacht des Intervenienten (dieser hatte die Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger inne) stellte die Referentin der PPO durch gutachterliche Beurteilung der Unterlagen fest, dass es sich beim körperlichen Schaden des Betroffenen um Dekubiti Grad 3 und 4 sowie um eine Verbrennung mit Gewebsverlust wie bei Dekubitus Grad 3 handelte.

Die PPO riet von einem Vergleich mit der Versicherung ab, da die Behandlung noch nicht abgeschlossen war und eine Amputation des rechten Beines im Raum stand. Wir empfahlen dringend zur Strafanzeige (§ 83 StGB Körperverletzung, § 92 StGB Quälen oder Vernachlässigen wehrloser Personen, § 89 StGB Gefährdung der körperlichen Sicherheit, § 82 StGB Aussetzung- im Stich lassen) und zu rechtlicher Beratung. Zudem wiesen wir den Intervenienten darauf hin, dass eine Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger nicht ausreicht, um einen Vergleich für den Vater anzunehmen, sondern dass dafür eine pflegschaftsrichterliche Genehmigung notwendig ist.

## 21 Betreutes Wohnen

Leider wurde das in Aussicht gestellte neue Pflege- und Betreuungsgesetz nicht in Angriff genommen, deshalb lässt sich - auch zusammenfassend aus den Vorjahren / vorangegangenen Tätigkeitsberichten - sagen, dass es nach wie vor keine einheitliche Regelung und Vertragsgestaltung für das Betreute Wohnen gibt.

Bewohner/innen bzw. ihre Angehörigen meldeten sich mit folgenden Anliegen bei uns:

- Keine Betreuung, nur Anwesenheit einer Person im Ausmaß zwischen 20 und 40 Stunden
- Unklare Vertragsvereinbarungen: z.B. zuerst im Vertrag Leistungen inkludiert, die dann plötzlich zu bezahlen sind, Betreiberwechsel und damit Vertragswechsel
- Kündigungsfrist 3 Monate
- Verrechnung zusätzlicher Kosten wie Materialkosten, Miete und Verwaltung von Gemeinflächen, ...
- Zu wenige Aktivierungsangebote
- Kündigung des Betreuten Wohnens, da erhöhter Betreuungsbedarf nach Unfall bestand, Bewohnerin musste dreimonatige Kündigungsfrist einhalten obwohl ein Umzug ins Pflegeheim notwendig wurde.
- Pflegepaket dazu gekauft: Bedingungen werden nicht eingehalten
- In einem anderen Fall wurde beanstandet, dass die Betreuerin die Reinigung der allgemeinen Räumlichkeiten in der Betreuungszeit durchführte. Die Reinigung erfolgte danach zwar außerhalb der Betreuungszeit, nur die Kosten wurden den Bewohner/innen nun extra vorgeschrieben

## 21.1 Der Name „Betreutes Wohnen“

Für die an die PPO herangetretenen Betroffenen und Angehörigen – und vermutlich auch für den Großteil der Bevölkerung - ist es so, dass der Name „Betreutes Wohnen“ Erwartungen bzgl. Betreuung weckt. Das ist insofern nachvollziehbar, da das Wort „Betreuung“ im deutschen Sprachgebrauch so viel wie *„vorübergehend in seiner Obhut haben, in Obhut nehmen; für jemanden, etwas sorgen“* bedeutet. In Wirklichkeit jedoch handelt es sich bei der „Betreuung“ im „Betreuten Wohnen“ eher um Unterstützung - zum Großteil eher Unterstützung durch Anwesenheit und nicht durch Tatkraft. Für sämtliche tatkräftige Hilfen wie Putzen, Begleiten zum Einkaufen, Einkaufen, Hilfe bei Körperpflege etc. müssen extra Dienste bezahlt werden.

Ein weiteres Kriterium, warum jemand das „Betreute Wohnen“ in Anspruch nimmt, ist, dass sie/er nicht mehr allein wohnen kann/soll. Tatsächlich ist eine Betreuungsperson, je nach Anzahl der Bewohner/innen, zwischen 20 bis 40 Stunden pro Woche anwesend. In der Nacht und am Wochenende gibt es keine Betreuung.

## 21.2 Förderung und Aktivierung der Bewohner/innen

In der Modellbeschreibung „Betreutes Wohnen für SeniorInnen“ ist das Ziel festgeschrieben: *„Die Selbständigkeit, Selbstbestimmtheit und eine eigenständige Lebensführung sind so lange wie möglich in einer eigenen barrierefreien und behindertengerechten Wohnung zu fördern und zu ermöglichen“*.

In den Betreuungsleistungen der Modellbeschreibung unter Punkt e) Aktivierung ist zu finden:

*„Aktivierung kann als Vorsorge zur Erhaltung der körperlichen, seelischen und geistigen Gesundheit, sowie zur Vermeidung von Verletzungen und*

Krankheiten vor allem älterer Personen beschrieben werden. Durch diese, die individuelle Lebensqualität hebenden Maßnahmen, sollen Vereinsamung, Krankenhausaufenthalte vermieden bzw. hinausgezögert werden. Beispiele: Mobilisation, Unterstützung der Feinmotorik durch Bastelaktivitäten, Geschicklichkeitsübungen, Tanzen, Spielen und Basteln, Lesen, sich musikalisch betätigen, Gedächtnisübungen durchführen, Erinnerung aus vergangenen Tagen erzählen und bearbeiten“.

Die derzeitigen Bestimmungen sind derart gestaltet, dass eine Betreuungsperson, die zumindest die Ausbildung zur Heimhilfe hat, mindestens ein Angebot zur körperlichen und mindestens ein Angebot zur seelischen und/oder geistigen Aktivierung pro Woche durchzuführen hat.

Aus den Gesprächen mit den Betroffenen geht hervor, dass es sich dabei häufig um eine gemeinsame Kaffeejause, Kartenspielen oder Basteln (lt. Aussage einer Bewohnerin: „wie im Kindergarten“) handle. Von einem ganzheitlichen Betreuungskonzept wie auch Mobilisation, gemeinsamem Turnen, musikalischer Beschäftigung, Tanzen etc. wurde uns nicht berichtet.

Der/die Betreuer/in übernimmt, nach Aussagen der Bewohner/innen, in manchen Fällen auch die Reinigung der allgemeinen Räumlichkeiten, d.h. sie steht für diese Zeit für eine „Betreuung“ nicht zur Verfügung.

**Fachsozialbetreuer/innen mit der Spezialisierung Altenarbeit statt Heimhilfen:**

**Die PPO ist der Meinung, dass Betreuer/innen zumindest die Ausbildung zu einer/einem Fachsozialbetreuer/in mit Spezialisierung Altenarbeit haben müssten, um die spezifischen Erfordernisse einer Aktivierung im Sinne der Modellbeschreibung gewährleisten zu können.**

## 21.3 Kostentragung und Abrechnung

Aus der Beschreibung geht hervor, dass den Bewohner/inne/n

- einerseits Wohnkosten inkl. Betriebskosten, die vom Land förderbar sind, entstehen.
- Andererseits werden noch Betreuungskosten (Grundserviceleistungen) fällig, die ebenfalls - je nach Einkommen - förderbar sind.

Betreiber schreiben zum Teil jedoch noch zusätzlich Verwaltungskosten, Kosten für Bastelmaterial, für Kaffeejause, Miete und Reinigung der allgemeinen Flächen vor.

### **Einheitlicher Vertrag:**

**Es sollten eine einheitliche Regelung und Vertragsgestaltung nach dem Konsumentenschutzgesetz, ähnlich dem Musterheimvertrag, erarbeitet werden. Bewohner/innen könnten so vor unvorteilhaften Verträgen, die jeder einzelne Betreiber anders gestaltet, geschützt werden. Nicht geplante Zusatzkosten wie Verwaltungskosten, Kosten für Bastelmaterial, etc. würden dadurch nicht entstehen. Zudem müsste vertraglich geregelt werden, dass Bewohner/innen bei einem Umzug in ein Pflegeheim aufgrund von erhöhtem Pflegebedarf, der von den mobilen Diensten nicht abgedeckt werden kann, nur einen Monat Kündigungsfrist einhalten müssen.**

### Qualitätskontrollen und Kontrolle der Einhaltung der Verträge

Von Seiten der Abteilung 8 / Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement (ABT08GP) / Referat Pflegemanagement des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung wurde uns mitgeteilt, dass im Jahr 2017 zwei Anlasskontrollen durchgeführt wurden. Man wisse, dass mehr Kontrollen erforderlich seien, dafür fehle aber das erforderliche Personal.

Das Land Steiermark investierte im Jahr 2017 1.819.198 Euro in die Förderung des Betreuten Wohnens. Die zusätzliche Förderung von Seiten der Wohnbeihilfe ist dabei noch nicht mitgerechnet.

**Bei einer Förderung von 1,8 Mio. Euro muss unserer Meinung auch die Qualität der Betreuung und die Einhaltung der Förderrichtlinien kontrolliert werden. Nachdem jede Betreuungseinrichtung auch ein Betreuungskonzept erstellen muss, sollte auch darauf geachtet werden, dass sich dieses in den tatsächlichen Betreuungsleistungen wiederfindet.**

### **21.3.1 Problemstellungen aus der Praxis des Betreuten Wohnens**

Auf den folgenden Seiten berichtet die PPO über Beschwerden, die an sie herangetragen wurden:

#### **21.3.1.1 Vertragsänderung ohne Zustimmung**

Der PPO wurde unter anderem ein Betreuungsvertrag einer Beschwerdeführerin zur Verfügung gestellt, der 2013 abgeschlossen wurde. Folgende auffällige Inhalte finden sich im Vertrag:

- Einstandsgebühr 1.980 Euro, - keine Kautions, d.h. nicht erstattungsfähig bei Auszug
- Im Grundservice wurde vertraglich ein Notruftelefon vereinbart

2017 wurde eine Jahresabrechnung vorgelegt. Darin wurde versucht, das im Vertrag von 2013 vereinbarte Notruftelefon in der Höhe von 27,31 Euro monatlich und Materialkosten 12,50 Euro (für Kaffee, Feste, Bastelrunde, Backrunde, ...) an die Bewohnerin weiterzuerrechnen. Erst nach schriftlichem Einspruch der Tochter der Bewohnerin wurden diese Rechnungen storniert. Diese berichtete uns auch, dass sie die anderen Bewohner/innen darüber informiert habe. Diese hätten die zusätzlichen Kosten aus diversen persönlichen Gründen (zu kompliziert, keine Unterstützung durch Angehörige, Angst vor weiteren Kosten, ...) jedoch nicht beeinsprucht. Wir ersuchten die Intervenientin die anderen Bewohner/innen über eine mögliche Unterstützung durch die PPO oder die Arbeiterkammer zu informieren.

Die Arbeiterkammer teilte uns mit, solche, in mehreren Fällen zu Unrecht verrechnete Kosten, erfolgreich beeinsprucht zu haben.

### **21.3.1.1 Kündigungfrist bei Änderung des Pflegebedarfs**

Der Sohn einer Bewohnerin des Betreuten Wohnens wandte sich mit folgendem Anliegen an uns:

Seine Mutter habe einen Unfall erlitten. Erst gegen Ende des zweimonatigen Krankenhausaufenthaltes zeichnete sich ab, dass ein höheres Ausmaß an Pflegebedürftigkeit verbleiben werde. Daraufhin wurde die Bewohnerin in ein Pflegeheim aufgenommen und das Betreute Wohnen gekündigt. Obwohl die Bewohnerin im Betreuten Wohnen nicht mehr versorgt werden konnte, bestand der Betreiber auf die Einhaltung der dreimonatigen Kündigungsfrist.

In vielen Verträgen wird festgehalten, dass die Kündigungsfrist von drei Monaten auch dann einzuhalten sei, wenn ein Auszug aus gesundheitlichen Gründen erfolgt.

**Die PPO ist der Meinung, dass, wenn ein Umzug in ein Pflegeheim oder andere stationäre Pflegeeinrichtung erforderlich ist, nur eine einmonatige Kündigungsfrist zum Tragen kommen darf. Die Bewohner/innen bzw. deren Angehörige müssen ansonsten die Kosten für das betreute Wohnen weiterbezahlen bzw. die Förderungen durch die öffentliche Hand erfolgen doppelt (Förderung der Grundserviceleistung des Betreuten Wohnens, obwohl die/der Bewohner/in nicht mehr dort wohnen kann und Restkostenübernahme in einem Pflegeheim).**

Da wir keine Vertragsprüfungen vornehmen, verwiesen wir den Beschwerdeführer an die Arbeiterkammer/Team Gesundheit, Pflege und Betreuung.

**21.3.1.2 Nicht erbrachte Leistungen**

Eine Intervenientin trat an die PPO mit folgendem Sachverhalt heran: Ihre Mutter wohne im Betreuten Wohnen in Graz. Es gäbe einen Mietvertrag mit Pflegepaket. Die Leistungen des Pflegepaketes würden 300 Euro kosten, jedoch nicht erbracht. Es sei niemand dauerhaft anwesend, obwohl das im Vertrag stehen würde, der Notruf funktioniere nicht, ...

Die Mutter wolle jedoch nicht ausziehen, der Intervenientin gehe es nur darum, dieses Pflegepaket kündigen zu wollen, damit diese Leistungen extern zugekauft werden könnten. Mündlich sei sie bereits an die Betreiber herangetreten. Man habe ihr nur gesagt, sie könne ja wieder ausziehen.

Die PPO empfahl eine schriftliche Beschwerde mit einer Forderung nach Minderung des Entgeltes. Bzgl. einer Vertragsüberprüfung und möglicher Kündigung des Pflegepaketes informierten wir die Intervenientin über eine Unterstützung durch den Konsumentenschutz der Arbeiterkammer und dass weitere Unterstützung und Überprüfung auch durch die Pflegedrehscheibe des Magistrat Graz möglich ist.

**Aus den Anliegen der Betroffenen bzw. deren Angehörigen ergibt sich, wie bereits eingangs erwähnt, folgender Handlungsbedarf:**

- **Fachsozialbetreuer/innen mit der Spezialisierung Altenarbeit statt Heimhilfen**
- **Einheitlicher Vertrag**
- **regelmäßige Qualitätskontrollen und Kontrolle der Einhaltung der Verträge**

## 22 Pflegeheime

Die meisten Anliegen im Bereich Pflege erreichen uns zum Thema „Pflegeheim“. Dabei geht es häufig um Kommunikation, Personalausstattung, Essensqualität, Taschengeld und immer wieder auch um ungenügende Pflege und Betreuung.

In der Steiermark gibt es aktuell (Zahlen aus 12/2017) 225 Pflegeheime mit insgesamt ca. 14.000 bewilligten Pflegeheimplätzen. Die Nettoausgaben des Landes Steiermark betragen dafür rund 260,5 Mio. Euro.

Um in ein Pflegeheim aufgenommen zu werden (bei Restkostenübernahme durch die Sozialhilfe) müssen Personen zumindest Pflegegeld der Stufe 4 beziehen. Ansonsten ist die tatsächliche Notwendigkeit der Unterbringung durch ein amtsärztliches und/oder pflegerisches und/oder sozialarbeiterisches Gutachten zu bestätigen.

### **Auswirkungen des Endes des Pflegeregresses**

Bis 31.12.2017 waren Leistungen der Sozialhilfe bei Unterbringung in einer stationären Einrichtung ersatzpflichtig (Regress). D.h. die Hilfeempfänger/innen mussten die Sozialhilfeleistungen aus ihrem Vermögen oder die Erben mussten diese aus dem Erbe zurückbezahlen. Seit 1.1.2018 darf das Vermögen bzw. die Verlassenschaft nicht mehr angetastet werden.

Das hat einerseits positive Auswirkungen, insofern, als dass das oft mühsam angesparte Eigenheim / Vermögen den Kindern, respektive Erben verbleibt. Andererseits hatten wir gerade in den ersten 3 Monaten nach Eintreten der Gesetzesänderung viele Anfragen von Angehörigen, die anscheinend plötzlich die Pflegeheimunterbringung der Betroffenen als günstigere Lösung sahen und sich diesbezüglich erkundigten.

Hier gibt es jetzt eine große Ungleichbehandlung zu den zuhause lebenden, pflegebedürftigen Personen. Um dem entgegenzuwirken wurden mobile Dienste ab 01.07.2018 um ca. 25% billiger. **Jedoch:** wenn für mobile Dienste, 24-Stunden-Betreuung usw. Sozialhilfe angesucht wird, ist diese im Einzelfall nach wie vor regressfähig.

Um eine Gleichbehandlung zu erzielen, müssten unserer Meinung nach jetzt auch Betroffene und ihre Angehörigen für die Pflege und Betreuung zuhause (z.B. Betreuung durch Angehörige, mobile Dienste, 24-Stunden-Betreuung, usw) finanziell und informell besser unterstützt werden. Die Pflegeheimaufnahme, die eigentlich die Ultima ratio darstellen sollte, um den Betroffenen so lange wie möglich ein Leben in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen, wird für die Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf und deren Angehörige zur günstigsten Lösung und somit leider vermehrt favorisiert.

Seit März 2018 gibt es auch immer wieder Beschwerden, dass es bei der Aufnahme in ein Pflegeheim mittlerweile Anmelde Listen und eine entsprechend lange Wartezeit gibt, was bisher kein Problem darstellte.

## 22.1 Beschwerden und Pflegefehler

Die PPO wird häufig wegen Problemen bei Pflege und Betreuung in Pflegeheimen kontaktiert. Manchmal stellt sich heraus, dass es sich um massive Mängel und daraus entstandenen körperlichen Schaden, z.B. Dekubiti (Druckgeschwüre), handelt. In solchen Fällen wird die Beschwerde entweder anonym oder mit einer Vollmacht an die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde und an die Abteilung 8 / Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement (ABT08GP) / Referat Pflegemanagement des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung weitergeleitet.

## **22.1.1 Qualitätsbeschwerde**

Qualitätsbeschwerden betreffen in vielen Fällen die Kommunikation mit Pflegepersonen und/oder dem Führungspersonal, die Qualität des Essens, die Pflege und Betreuung, usw.

### **22.1.1.1 Mangelnde Betreuung und Pflege im Pflegeheim**

Im Herbst 2017 kontaktierte uns eine Angehörige einer Bewohnerin eines steirischen Pflegeheimes. Im Telefongespräch schilderte sie Ungereimtheiten in der Pflegedokumentation und mangelnde Betreuung und Pflege in Bereichen wie (Körper)hygiene, Ernährung und Medikamenteneinnahme. In der Pflegedokumentation seien zudem Pflegemaßnahmen abgezeichnet worden, die nicht durchgeführt wurden. Insgesamt empfinde sie es eher unhygienisch und schmutzig im Pflegeheim. Die Nachmittagsjause (Schnitten und Biskotten) sei in einem Karton auf den Esstisch zur freien Entnahme mit den Händen gestellt worden. Die bemängelte Jause und die unzureichende Pflege (z.B. verkrustete, ungepflegte Füße und Beine der Mutter) wurden von der Intervenientin auch mit Fotos belegt.

Die PPO übermittelte der Pflegedienstleitung und der Heimleitung die von der Angehörigen verschriftlichte Beschwerde mit einer Vollmacht. Aufgrund der darin enthaltenen Vorwürfe wurden vom Pflegeheim Maßnahmen gesetzt, um die Qualität der Pflege, insbesondere der Pflegedokumentation und der Hygiene zu verbessern. Auch Pflegepersonen, die geleast waren, wurden in der Folge durch Aufnahme von fix angestelltem Personal ersetzt.

Die PPO übermittelte der Intervenientin die schriftliche Stellungnahme des Pflegeheimes. Sie berichtete uns in der Folge über eine wesentliche Verbesserung der Situation.

## **22.1.2 Pflegefehler**

Pflegefehler werden in den meisten Fällen von den Angehörigen oder sonstigen Intervient/inn/en an die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft herangetragen. Ein Großteil der Betroffenen ist aufgrund der hohen Pflegebedürftigkeit vollkommen auf die Pflege und Betreuung der Pflegepersonen angewiesen und können deshalb nicht selbst auf ihre Lage aufmerksam machen. Aus diesem Grund muss auf diese vulnerable Personengruppe ein besonderes Augenmerk gelegt werden.

Gründe, die zu Pflegefehlern führen, sind mannigfach, trotzdem können einige Punkte herauskristallisiert werden, die Pflegefehler begünstigen. Aus Sicht der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft sind dies Folgende:

- Hohe Personalfuktuation/zu wenig Personal/Krankenstände
- Mangelhafte Pflegeplanung
- Kein adäquates Risikoassessment z.B. Bradenskala, Mini Nutritional Assessment (MNA), ...
- Keine Pflegepersonen, die über Zusatzausbildungen z.B. in Wundmanagement verfügen
- Fehlende Schulungen des Personals
- Fehlendes oder mangelhaftes Equipment (Antidekubitusmatratze, Mobilisationshilfen, Wundversorgungsmaterial, ...)
- Zu langes Zuwarten bei ersten Anzeichen einer Veränderung (z.B. Hautveränderung, Verschlechterung der selbständigen Mobilität, ...)

### **22.1.2.1 Qualitätsverbesserung durch Aufzeigen von Mängeln im Pflegeprozess**

Die Angehörigen einer Betroffenen wandten sich mit folgendem Sachverhalt an die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft:

Die Betroffene sei dement, brauche in allen Aktivitäten des täglichen Lebens Unterstützung (Pflegestufe 6) und wurde ursprünglich zu Hause gepflegt. Im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes wurde der Familie empfohlen, die Betroffene in einem Pflegeheim betreuen zu lassen, da der Pflegebedarf mittlerweile gestiegen und eine ordnungsgemäße Pflege und Betreuung zu Hause nur mehr schwer zu leisten sei. Die Familie organisierte deshalb einen Pflegeheimplatz.

In diesem Pflegeheim wurde die Betroffene einen Monat lang betreut. Der Allgemeinzustand der Betroffenen verschlechterte sich in diesem kurzen Zeitraum und sie musste akut wegen massiver Druckgeschwüre in einem Krankenhaus aufgenommen werden. Das Krankenhaus beschrieb den Zustand der Betroffenen als „äußerst desolat“. Es folgte ein längerer Krankenhausaufenthalt. Die Angehörigen wollten ihre Mutter auf keinen Fall wieder in das Pflegeheim zurückbringen und organisierten die weitere Pflege für zu Hause mit 24-Stunden-Betreuung und Hauskrankenpflege. Weiters waren regelmäßige ambulante Termine für die weitere Wundversorgung notwendig. Dies bedeutete einen finanziellen und arbeitsintensiven Mehraufwand für die Familie.

Mit einer Vollmacht (eine Tochter hatte eine Vertretungsbefugnis naher Angehöriger inne) holte die PPO sämtliche Unterlagen des Krankenhauses, inklusive der Wunddokumentation mit Fotos der Druckgeschwüre (Dekubiti) ein. Es handelte sich dabei lt. Diagnose um Dekubiti Grad 3. In der Folge übermittelten wir der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde und der Pflegedienstleitung der Institution mit Einverständnis der Angehörigen, die Beschwerde inkl. der medizinischen, pflegerischen Unterlagen mit Vollmacht.

Wir erhielten vom Pflegeheim die angeforderte Pflegedokumentation und eine Stellungnahme, die in keiner Weise auf die vermuteten pflegfachlichen Mängel einging. Die Verschlechterung des Allgemeinzustandes und die

Entwicklung der Dekubitalgeschwüre wurde auf die medizinischen Diagnosen und das Alter zurückgeführt und hätten nicht verhindert werden können.

Die PPO führte eine pflegefachliche Beurteilung der Pflegeunterlagen der Betroffenen durch. Es stellte sich heraus, dass unserer Meinung nach die Schritte des Pflegeprozesses nicht eingehalten wurden. Weiters war die Wunddokumentation mangelhaft. Es lag auch keine systematische Dekubitusrisikoeinschätzung vor und es wurden lt. Dokumentation auch keine Maßnahmen zur Prophylaxe geplant und durchgeführt. Unserer pflegefachlichen Einschätzung nach handelte es sich bei der Entstehung der massiven Dekubitalgeschwüre um Pflegefehler. Eine entsprechende Stellungnahme wurde daraufhin an die Geschäftsführung des Trägers der Pflegeeinrichtung übermittelt.

Pflegedienstleitung sowie Geschäftsführung übermittelten der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft eine Stellungnahme, welche qualitätsverbessernde Maßnahmen mit entsprechenden Nachweisen enthielt. Laut diesen wurden organisatorische Maßnahmen durchgeführt (z.B. Klärung der Zuständigkeiten durch DGKP) und es folgten Unterweisungen den Pflegeprozess, insbesondere die Pflegeplanung, -dokumentation und Risikoeinschätzung, betreffend.

Die fachliche Intervention der PPO hat sehr zur Qualitätsverbesserung der Pflege in dieser Einrichtung beigetragen.

## **22.2 Pflegeheimkontrollen - Amtssachverständige (ASV) des Landes Steiermark**

Prinzipiell unterliegen anerkannte stationäre Pflegeeinrichtungen der Aufsicht der Landesregierung und müssen, auch ohne Anlassfall, zweimal im Jahr kontrolliert werden. Kontrolliert werden unter anderem strukturelle Betriebsbedingungen, prozessuale Abläufe und Qualität der Ergebnisse in

Pflege und Betreuung. Die Kontrolle des Teilbereiches Pflege und Betreuung obliegt einer Amtspflegefachkraft. Diese sind für das Land Steiermark organisatorisch bei der Abteilung 8 und für das Magistrat Graz bei der Pflegedrehscheibe angesiedelt.

Bereits im Tätigkeitsbericht 2006 wurde von der PPO moniert, dass Pflegeheime unangemeldet mindestens zweimal jährlich zu unterschiedlichen Zeiten (auch am Wochenende und in der Nacht) kontrolliert werden sollten, weiters, dass dementsprechende Personalressourcen zur Verfügung zu stellen sind und Amtspflegefachkräfte vor Ort, auch ohne Auftrag der Bezirksverwaltungsbehörden, einzusetzen sind. Es folgte nach Vorlage des Berichtes ein entsprechender Landtagsbeschluss (vgl. Landtagsbeschluss 808 vom 16.10.2007).

In der Steiermark gibt es ca. 225 Pflegeheime mit gesamt ca. 14.000 bewilligten Pflegeheimbetten, davon ist für die Kontrolle von 1.655 Betten das Magistrat Graz zuständig. Das ergibt für die beim Land zuständigen ASV ca. **12.340 zu kontrollierende Pflegeheimplätze.**

Im Jahr 2017 gab es beim Land Steiermark sechs Amtssachverständige (2016 fünf ASV) für Pflege, wobei es nach Auskunft der Abteilung 8 / Stabsstelle Controlling, Personal und Innerer Dienst zwei Langzeitkrankenstände gab. Seit April 2018 stehen unserem Kenntnisstand zufolge **nur 5 Amtssachverständige** zur Verfügung. D.h. ein/eine ASV (Vollzeitäquivalent) müsste über 2.000 Betten zweimal im Jahr kontrollieren. Dazu kommen noch die weiten Anfahrten in die Bezirke (bis zu 2,5 Stunden für eine Strecke!). Dabei sind die Kontrolle der Pflegeplätze (einmal/Jahr zu kontrollieren) und der mobilen Dienste und weitere Aufgaben (z.B. Sanitäre Aufsicht) der ASV noch nicht berücksichtigt.

**Dem stehen 260 Mio. Euro Ausgaben der öffentlichen Hand gegenüber.** Angesichts dieser Geldflüsse ist ein Auftreten von allfälligen Pflegemissständen

in steirischen Pflegeheimen aufgrund unzureichender und unqualifizierter Kontrollmechanismen unverzeihlich.

### **Anzahl der Kontrollen**

Bereits im letzten Tätigkeitsbericht zeigte die PPO auf, dass aufgrund Personalmangels nicht alle Pflegeeinrichtungen entsprechend der gesetzlichen Vorgaben kontrolliert werden konnten. Nach Information der Abteilung 8 / Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement (ABT08GP) / Referat Pflegemanagement des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung wurden 419 Kontrollen im Jahr 2016 und 469 Kontrollen im Jahr 2017 durchgeführt.

Unserem Informationsstand nach ist insbesondere das Personal (Anzahl, Ausbildung), der Dienstplan, die Pflegedokumentation, die Speisepläne, die Medikamentengebarung, die Hygiene, der Animationsplan usw. zu überprüfen. Weiter soll die Pflege-/Betreuungsqualität in Gesprächen mit Bewohner/inne/n, Angehörigen und durch Pflegevisiten (Kontrolle der Pflegedokumentation, Kontrolle des Bewohner/innen/zimmers, Pflege- und Risikoeinschätzung, Ernährungszustand, Bewohner/innen/sicherheit, Mobilität, Hautzustand usw.) bei Bewohner/inne/n mit erhöhtem Pflegerisiko erhoben werden.

**Für die PPO ist es nicht nachvollziehbar, wie mit einem Personalstand von 5 VZÄ eine ordnungsgemäße, qualitativ hochwertige Kontrolle (= objektiv, reliabel und valide Prüfung der Kriterien, die das Zustandekommen von „Pflege“ umfassen) erfolgen kann.**

Die Zahlen für die Überprüfung der Pflegeplätze wurden uns trotz mehrmaliger Urgenz nicht übermittelt.

**Kritik:**

**In den Jahren 2016/2017 wurden die Pflegeheime mind. zweimal/Jahr geprüft. Nachdem der Personalstand der ASV nach wie vor sehr niedrig ist, ist anzunehmen, dass die Kontrollen nur sehr oberflächlich erfolgten und die Qualität durch diesen Umstand gelitten hat.**

**Fazit:**

**Die Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen gehören zu den Schwächsten in der Gesellschaft und sind meist weder physisch noch psychisch in der Lage ihre Bedürfnisse zu artikulieren und deshalb auch darauf angewiesen, dass durch eine ausreichende Personalausstattung und regelmäßige amtliche Kontrollen eine adäquate Pflegequalität sichergestellt ist.**

Die Pflegequalität wird auch durch die Anzahl der Beschäftigten mitbestimmt. Vor allem bei Sprechtagen berichten uns Bewohner/innen immer wieder, dass die Pflegepersonen zu wenig Zeit haben und deshalb Unterstützungen, die nicht direkt mit Pflege zu tun haben, z.B. Begleitung beim Spazierengehen, aufgrund Personalmangels nicht möglich sind.

## **22.3 Personalausstattung / Personalschlüssel**

Die Personalausstattung der Pflegeheime in den Bundesländern ist sehr unterschiedlich. Während Wien bei Pflegestufe 7 eine 1:1 Betreuung vorsieht, ist in der Steiermark nur eine 1:1,6 Betreuung für Pflegestufe 7 und ein Prozentanteil von 20 % DGKP vorgesehen. In der Personalausstattungsverordnung vom 23.11.2017 (LGBl. Nr. 9/2017) wurde sogar festgelegt, dass der Personalschlüssel um 10 % an 30 Tagen unterschritten werden kann. Uns wurde vom Referat Pflegemanagement des Landes Steiermark mitgeteilt, dass die Pflegeheime in eine Liste eintragen müssten, an welchen Tagen/Zeitpunkten der festgelegte

Personalschlüssel unterschritten wird. Nur erscheint uns die Kontrolle der Richtigkeit dieser Eintragungen als nahezu unmöglich.

Wie berichtet, sollen die Behörden insbesondere strukturelle Betriebsbedingungen, prozessuale Abläufe und die Qualität der Pflege und Betreuung kontrollieren. Bei der oft üblichen Taschengeldverwaltung durch Pflegeheime kontrollieren die Behörden nicht.

## **22.4 Taschengeldverwaltung**

Bei Beschwerden und Gesprächen in Pflegeheimen fiel der PPO auf, dass viele Pflegeheime, um das Geld der Bewohner/innen und deren Ausgaben besser verwalten zu können, ein Depotgeld verwahren.

### Taschengeld

Bei Restkostenübernahme durch die Sozialhilfe verbleiben den Bewohner/inne/n 20 % des Pensionsbezuges, der 13. und 14. Pensionsbezug und 10 % der Pflegegeldstufe 3.

Das Taschengeld oder ein Teil davon wird von den Bewohner/inne/n in ein Depot eingezahlt. Davon werden dann Ausgaben wie Friseurbesuche, Zeitungen, Zigaretten etc. bezahlt. Manche Bewohner/innen erhalten auch das Taschengeld zum persönlichen Gebrauch von der Heimleitung, weil dies beim Einzug ins Pflegeheim so vereinbart worden ist. Jedoch kommt es immer öfter vor, dass Bewohner/innen auf sich allein gestellt sind und familiäre Netzwerke fehlen. Diese Bewohner/innen sind dann abhängig von der ordnungsgemäßen Verwaltung ihrer Gelder durch das Pflegeheim - jegliche Kontrolle durch eine unabhängige Stelle unterbleibt dann jedoch.

Wir wissen, dass dieses Service in den meisten Pflegeheimen gut funktioniert. Jedoch gibt es immer wieder Beschwerden bzgl. unklarer Taschengeldverwaltung und nicht korrekter Abrechnungen. Auf unsere

Anfrage in der Abteilung 8 / Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement (ABT08GP) / Referat Pflegemanagement des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung wurde uns mitgeteilt, dass eine Kontrolle der Taschengeldverwaltung gesetzlich nicht vorgesehen sei.

#### **22.4.1 Freiwillige Einkommensverwaltung**

Die Freiwillige Einkommensverwaltung unterstützt und begleitet Menschen in finanziellen Angelegenheiten, die aufgrund von physischen oder psychischen Einschränkungen ihre finanzielle Haushaltsführung nicht mehr selbständig bewältigen können. Häufig wird das Angebot als subsidiäre Unterstützungsmöglichkeit im Clearing bzw. Clearing Plus vom VertretungsNetz Erwachsenenvertretung angeboten, wenn eine Erwachsenenvertretung zu weit greifen würde.

##### **22.4.1.1 Nicht nachvollziehbare Taschengeldverwaltung**

Der Betroffene siedelte nach einem Krankenhausaufenthalt in ein Pflegeheim. Eine Erwachsenenvertretung wurde angeregt. Im Pflegeheim stimmte er einer Taschengeldverwaltung durch das Pflegeheim zu.

Zwei Monate später wurde der Betroffene im Rahmen des Clearings in die Freiwillige Einkommensverwaltung aufgenommen. Diese stellte Unregelmäßigkeiten bei der Verwaltung des Taschengeldes fest. Die entsprechende Buchhaltung („Zettelwirtschaft“) war lt. „Verein Lichtblick“ sehr undurchsichtig. Wohin der 13. und 14. Pensionsbezug „verschwunden“ sei, hätte nicht mehr nachvollzogen werden können. Der Heimbetreiber sei lt. Mitarbeiterin des Vereins Lichtblick nicht zur Zusammenarbeit bereit gewesen.

Die PPO hat empfohlen, dass der Verein Lichtblick eine schriftliche Aufforderung zur Offenlegung der Buchhaltung für die Taschengeldverwaltung mit Frist an den Pflegeheimbetreiber senden solle. Sollte der Aufforderung nicht

nachgekommen werden, empfehlen wir eine Anzeige bei der Staatsanwaltschaft.

**Fazit:**

**Gerade in Anbetracht der Veränderung der Bevölkerungsstruktur und dass immer mehr Menschen in Pflegeheimen keine Angehörigen bzw. keinen Rückhalt durch andere Personen haben, ist es zu empfehlen, dass bei Taschengeldverwaltung durch das Pflegeheim stichprobenartig bei den Pflegeheimkontrollen auch die Verwaltung dieser Gelder kontrolliert wird.**

**22.5 Fallbeispiel – eine Betrugsgeschichte aus dem Tätigkeitsbericht 2014/2015**

Bereits im vorigen Tätigkeitsbericht informierten wir, dass sich Heimbetreiber und ein Sachwalter auf Kosten von Pflegebedürftigen in einem Pflegeheim bereichert hatten.

Im Juni 2016 wurden mehrere Beschuldigte, unter anderem die Betreiber des Pflegeheimes, strafrechtlich verurteilt. Das Land kündigte wegen erschüttertem Vertrauen den Vertrag mit den Betreibern. Das Pflegeheim wurde nach einem Konkursverfahren von einem anderen Betreiber übernommen.

**22.6 Subsidiär Schutzberechtigte in Pflegeheimen / Menschen aus anderen Kulturen**

Nicht nur gebürtige Österreicher werden pflegebedürftig. Ebenso kommt die erste Generation der Zuwanderer in ein Alter, in der Pflegebedürftigkeit immer wahrscheinlicher wird.

Auch für Asylberechtigte oder subsidiär schutzbedürftige Personen kann bei Pflegebedürftigkeit von der Sozialhilfe ein Pflegeheimplatz finanziert werden. Das heißt, es werden in Zukunft auch mehr Personen mit diversen kulturellen Hintergründen in Pflegeheimen aufgenommen werden.

Es braucht von Seiten der Betreiber Vorbereitungen, damit die Pflegeheime gut auf die damit einhergehende demographische / kulturelle Herausforderung reagieren können. Zu bedenken gilt, dass dem Personal auch im Hinblick darauf Fortbildungen ermöglicht werden, um sie für zukünftige Aufgaben sensibel zu machen und sie zu stärken. Gleichzeitig ist z.B. auch auf spezielle Ernährungsbedürfnisse z.B. im Islam (Ramadan, kein Schweinefleisch, ...) jetzt schon im Bedarfsfall und zukünftig wahrscheinlich immer mehr Rücksicht zu nehmen.

## **22.7 Psychiatrische Bewohner/innen in Pflegeheimen**

Bereits im Tätigkeitsbericht 2014/2015 zeigten wir auf, dass wieder vermehrt Betten mit Psychiatriezuschlag in Pflegeheimen bewilligt wurden und dass aufgrund mangelnder Infrastruktur viele junge, psychiatrisch kranke Menschen in Pflegeheimen untergebracht werden müssen. Die PPO hat sich aufgrund dieser Situation entschlossen die betroffenen Stakeholder zu einem gemeinsamen Erfahrungs- und Wissensaustausch einzuladen. Das erste Treffen fand im Juni 2016 und das vorläufig letzte im Juni 2018 statt. Insgesamt wurden mit unterschiedlichen Expert/inn/en fünf Treffen veranstaltet.

### **Ein kurzer Exkurs zum Thema**

Menschen, die an psychiatrischen Erkrankungen leiden, sind mit vielen Herausforderungen konfrontiert. Viele dieser Betroffenen haben bereits mehrere Stationen im Leben hinter sich, bevor sie in einem Pflegeheim ankommen. Das Pflegeheim ist meist die Ultima ratio, da nicht genügend passende extramurale Einrichtungen zur Verfügung stehen. Das betrifft vor allem Personen mit psychiatrischen Diagnosen, die unter 65 Jahre alt sind. Diese

Betroffenen leben häufig in Pflegeheimenrichtungen, obwohl sie keinen erhöhten Pflegebedarf haben.

**Nach Meinung der PPO sind diese Menschen in einem Pflegeheim fehlplatziert, da meist adäquates Fachpersonal sowie Beschäftigungsangebote fehlen. Es besteht die Gefahr, dass die jungen psychiatrischen Bewohner/innen ohne erhöhten Pflegebedarf in Pflegeheimenrichtungen hospitalisiert werden. Die Chancen auf ein selbstbestimmteres und selbstständigeres Leben werden somit verringert.**

Diese Situation ist nicht mit folgenden Artikeln der United Nation [UN] Behindertenrechtskonvention konform. Laut Artikel 3 der UN-Behindertenrechtskonvention soll *„die individuelle Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit im Sinne von Selbstbestimmung und Diskriminierung“* geachtet werden. Des Weiteren hält der Artikel 19 der UN-Behindertenkonvention fest, dass **Menschen mit Behinderung „die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort selbst zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben“**.

Internationale sowie nationale Betreuungsbeispiele zeigen auf, dass es jungen Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen mit entsprechender Unterstützung möglich ist, ein selbstständigeres und selbstbestimmteres Leben zu führen. Mit kleineren und regionalen Einrichtungen wird der Hospitalisierung entgegengewirkt. In solchen Wohneinheiten wird die Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit gefördert bzw. bleibt erhalten.

Mit der Schließung des Pflegezentrums Schwanberg gab es Bekenntnisse zur Enthospitalisierung und damit zur Abschaffung von dauerhaft stationärer Betreuung für Menschen mit seelischen Erkrankungen. Unserem Kenntnisstand zufolge ist es durch entsprechende Betreuung und Begleitung gelungen, dass

der Großteil, der ehemals dort untergebrachten Menschen, wieder selbstbestimmt leben kann.

Die mangelnden Betreuungsalternativen dürfen nicht dazu führen, dass die jungen psychiatrischen Bewohner/innen in Pflegeheimen mit inadäquater Betreuung untergebracht werden. Es sollen nur jene Personen in den Pflegeheimen versorgt werden, die tatsächlich einen erhöhten Pflegebedarf haben.

Im Jahr 2017 gab es in den steirischen Pflegeheimen 546 Bewohner/innen, die unter 60 Jahre alt waren und weniger als Pflegestufe 4 aufwiesen. Davon erhielten die Pflegeheime für 195 Bewohner/innen den Psychiatriezuschlag.

### **Psychiatriezuschlag**

Der Psychiatriezuschlag ist aktuell höher als der herkömmliche Pflegezuschlag. Zur besseren Übersichtlichkeit und Veranschaulichung dienen die beiden unten angeführten Grafiken, welche die Höhe des Pflegezuschlages bei psychiatrischen und nicht psychiatrischen Bewohner/inne/n darstellen.

Wenn die Einrichtung ihr Personal nach dem Kollektivvertrag der Sozialwirtschaft Österreich bezahlt, erhält der Träger 79,90 Euro für psychiatrisch kranke Bewohner/innen, von Pflegestufe 0-6. Für Pflegeheimbetten ohne Psychiatriezuschlag erhält der Pflegeheimbetreiber, z.B. **für die Pflegestufe 4 um 18,16 Euro pro Tag weniger** und erst bei Pflegestufe 6 den gleichen Betrag wie für ein Bett mit Psychiatriezuschlag.

Betrag in Euro	
<b>Hotelkomponente:</b>	60,47
<b>Pflegezuschlag bei Pflegegeldstufe:</b>	
Stufe I	8,68
Stufe II	17,36
Stufe III	28,13
Stufe IV	40,04
Stufe V	41,65
Stufe VI	45,27
Stufe VII	52,06
<b>Psychiatriezuschlag bei Pflegegeldstufe:</b>	
Stufe 0 bis einschließlich V	41,65
Stufe VI	45,27
Stufe VII	52,06

Entgeltkatalog ab 1.12.2017

Quelle: Sozialhilfegesetz/Leistungs- und Entgeltverordnung, 2018

Betrag in Euro	
<b>Hotelkomponente:</b>	65,91
<b>Pflegezuschlag bei Pflegegeldstufe:</b>	
Stufe I	10,29
Stufe II	16,57
Stufe III	31,59
Stufe IV	52,24
Stufe V	61,74
<b>Stufe VI</b>	<b>79,90</b>
Stufe VII	84,90
<b>Psychiatriezuschlag bei Pflegegeldstufe:</b>	
Stufe 0 bis einschließlich VI	79,90
Stufe VII	84,90

Entgeltkatalog für Einrichtungen mit Kollektivvertrag der Sozialwirtschaft Österreich

**Nach Meinung der PPO stellt der Psychiatriezuschlag ein Anreizsystem für die Bereitstellung von „Psychiatriebetten“ in Pflegeheimen dar. Dies begünstigt die Tendenz, Menschen mit psychiatrischer Diagnose in Langzeiteinrichtungen unterzubringen.**

### 22.7.1 Selbstbestimmtes Leben im Pflegeheim?

Bei einem Sprechtag in einem Pflegeheim berichtete uns ein 50-jähriger Bewohner (nicht besachwaltet), dass er eine psychiatrische Diagnose habe und zusätzlich alkoholkrank sei. Er sei bereits seit einem Jahr „trocken“. Im Pflegeheim gefalle es ihm nicht, er wohne in einem kleinen Zweibettzimmer, er wisse nicht, was er den ganzen Tag tun solle, es gäbe keine Beschäftigung für ihn. Mit den meisten Bewohner/inne/n könne er nicht reden, da viele schon sehr alt und andere verwirrt seien. Ansprache vom Personal habe er nicht. Der Ort, in dem sich das Pflegeheim befindet, ist sehr abgelegen und es gibt kaum

Infrastruktur. In die Stadt fahren könne er nur selten, da es sehr weit ist und die Busfahrt teuer sei.

Er habe schon lange ausziehen wollen, habe aber nicht gewusst, wie er sich eine Wohnung organisieren solle. Von Seiten des Pflegeheimes sei ihm immer gesagt worden, dass er nicht alleine leben könne. Jetzt habe er Unterstützung von Bekannten erhalten. Diese haben ihm geholfen eine Wohnung anzumieten. Von Seiten des Pflegeheimes sei er wegen seines Wunsches auf ein selbstbestimmtes Leben massiv unter Druck gesetzt worden

**Empfehlung:**

**Es ist daher ein bedürfniszentriertes, extramurales Angebot mit kleinen Einrichtungen und ambulanter psychiatrischer Betreuung zu schaffen, um einerseits die derzeit hospitalisierten Personen wieder in ein relativ selbständiges Leben zu integrieren und andererseits keine weiteren Personen in voll betreuten Einrichtungen unterbringen zu müssen. Dies entspricht auch der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Langfristig gesehen würde das auch zu einer Kostenreduktion führen.**

Beim vorläufig letzten Erfahrungs- und Wissensaustausch im Juni 2018 wurde von den Stakeholdern des Landes Steiermark vereinbart, dass bis Ende 2018 ein Bedarfs- und Entwicklungsplan – Psychiatrie erstellt wird und die Koordination zwischen der Abteilung 8 und 11 verbessert werden soll.

Weiter soll in Fokusgruppen vermehrt mit den zuständigen Institutionen und deren Stakeholdern zusammengearbeitet werden, um eine bedarfsgerechte Lösung zu ermöglichen.

Die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft wird die weitere Entwicklung begleiten.

## 23 Entwicklungen aus dem NutritionDay 2012



Folgeprojekte „NutritionDay“ in der Steiermark

### 23.1 Folgeprojekt 3: DAMIA - Der alte Mensch is(s)t anders

Auf Basis der Erkenntnisse der vorangegangenen Initiativen wurde von der FH-JOANNEUM mit Unterstützung der PPO und des Gesundheitsfonds Steiermark eine maßgeschneiderte Fortbildung für den Langzeitbereich namens „DAMIA – Der alte Mensch is(s)t anders“ entwickelt.

Der Ergebnisbericht vom Nutrition Day 2012 beschreibt, dass ca. 17,9 % der Bewohner/innen in den steirischen Pflegeheimen mangelernährt bzw. 45,5 % der Bewohner/innen gefährdet sind mangelernährt zu werden (Kolb, Diekmann, Volkert, 2012, Ergebnisbericht Nutrition Day in Pflegeheimen). Mit DAMIA ist es gelungen ein multiprofessionelles Schulungskonzept speziell für Pflegeheime zu entwickeln. Indem Mitarbeiter/innen aus verschiedenen Arbeitsbereichen eines Pflegeheimes in die Schulung einbezogen werden, soll die Ernährungsversorgung der Bewohner/innen eines Pflegeheims optimiert werden. Indem die Mitarbeiter/innen für diese Thematik sensibilisiert werden und verschiedene Handlungsmöglichkeiten daraus ableiten können, soll das Mangelernährungsrisiko für die Bewohner/innen minimiert werden.

#### Das Schulungskonzept

Pro Schulung in dem jeweiligen Pflegeheim wurde die Teilnehmer/innenzahl auf 6 – 12 Mitarbeiter/innen begrenzt, um die Qualität der Fortbildung hochzuhalten.

Der Wissensstand über das *Ernährungsmanagement des älteren Menschen* wurde vorab von den teilnehmenden Mitarbeiter/inne/n des jeweiligen Pflegeheimes mittels Onlinefragebogen erhoben. Das Schulungskonzept verfolgt einen interdisziplinären Ansatz, welcher sich aus den fachlichen Kompetenzen von Diätolog/inn/en, Ergotherapeut/inn/en und Logopäd/inn/en zusammensetzt. Durch diese interdisziplinäre Zusammenarbeit wird das Ernährungsmanagement des älteren Menschen aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet, um alle Bereiche, welche die Ernährung des älteren Menschen beeinflussen, miteinzubeziehen. Die verschiedenen Berufsgruppen bringen ihr Fachwissen und ihre Erfahrungen hinsichtlich der Ernährung des alten Menschen ein.

### **Die Schulungsinhalte**

- grundlegende Informationen rund um die Ernährung bzw. Mangelernährung im Alter inkl. Bewohner/in/beispiel
- Anreicherung und Eindickung von Speisen – Aussehen der Mahlzeiten
- diätische Indikation z.B. bei Demenz, Diabetes mellitus usw.
- Dysphagie – spezielle Schwerpunkte aus logopädischer Sicht
- Essumgebung, Lagerung der Bewohner/innen usw. aus ergotherapeutischer Sicht
- Wahrnehmungsteil bzw. Selbsterfahrung

### **Erste Evaluationsergebnisse**

Insgesamt wurden bisher neun Pflegeheime geschult. Der Ernährungsstatus der Bewohner/innen wurde mittels MNA (Mini Nutritional Assessment) erhoben.

Drei Monate nach Absolvierung des Schulungsprogrammes fand eine neuerliche Wissensabfrage mittels eines Onlinefragebogen statt. Die erste Auswertung der Fragebögen ergab, dass die Schulungsteilnehmer/innen über signifikantes nachhaltiges Wissen verfügten und es zu einer

Verbesserung der Ernährungssituation der Bewohner/innen kam. Die Endpräsentation der Ergebnisse findet im Herbst 2018 statt.

Die PPO ist der Meinung, dass das Niveau der Ernährungssituation in den Pflegeheimen durch dieses vertiefende Wissen gehoben werden kann und Bewohner/innen eines Pflegeheims dadurch profitieren.

**Aus Sicht der PPO wird, wie in bereits vorangegangenen Tätigkeitsberichten beschrieben, eine verpflichtende Einbindung von Diätolog/inn/en in den Pflegeheimbetrieb empfohlen. Ernährungsteams in Pflegeheimen sollten einrichtet und gefördert werden.**

**Fortbildungen hinsichtlich Ernährungsmanagement im Alter müssen weiterhin forciert und in Programmen bei diversen Ausbildungs- und Fortbildungseinrichtungen aufgenommen werden.**

## 24 Tagungen und Veranstaltungen 2016

### 24.1 Aus- und Fortbildungen 2016

11. Jänner 2016: „**DAMIA/Der alte Mensch is(s)t anders**“

Veranstaltungsort: Graz, PatientInnen- und Pflegeombudsschaft

12. Jänner 2016: „**Voraussetzungen der Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger in Entschädigungsverfahren und bei allfälligen Entschädigungen**“

Veranstaltungsort: Graz, PatientInnen- und Pflegeombudsschaft

02. Mai 2016: „**Bioethikkommission**“

Veranstaltungsort: Wien

13. September 2016: „**Pflege im Wandel**“

Veranstaltungsort: Graz, AK

06. Oktober 2016: „**Neue Rechtschreibung**“

Veranstaltungsort: Graz, PatientInnen- und Pflegeombudsschaft

10. November 2016: „**EDV Schulung**“

Veranstaltungsort: Graz, PatientInnen- und Pflegeombudsschaft

### 24.2 Teilnahme an Veranstaltungen 2016

07. März 2016: „**AK Tag der Pflege – Tipps für pflegende Angehörige - Deutschlandsberg**“

Veranstaltungsort: Deutschlandsberg

12. April 2016: „**AK Tag der Pflege – Tipps für pflegende Angehörige - Leoben**“

Veranstaltungsort: Leoben

04. Mai 2016: „**Tag der Pflege**“

Veranstaltungsort: Graz, Rathaus

29. September 2016: „**Pflegesymposium**“

Veranstaltungsort: Schladming

10. Oktober 2016: „**AK Tag der Pflege – Tipps für pflegende Angehörige - Weiz**“

Veranstaltungsort: Weiz

16. November 2016: „**AK Tag der Pflege – Tipps für pflegende Angehörige – Graz**“

Veranstaltungsort: Graz

### **24.3 Mitarbeit in Arbeitsgruppen 2016**

14. März 2016: „**Sustain/  
integrierte Palliativversorgung**“

Veranstaltungsort: Graz/LKH

04. April 2016: „**Integrierte Versorgung von Multimorbiden Personen**“

Veranstaltungsort: Wien

05. April 2016: „**Gesundheitsfolgekostenabschätzung,  
Gemeinschaftsverpflegung**“

Veranstaltungsort: GH-Fonds Stmk.

18. April 2016: „**Integrierte Versorgung von Multimorbiden Personen**“

Veranstaltungsort: Wien

25. April 2016: „**Gesundheit hat kein Alter**“

Veranstaltungsort: Graz

11. Mai 2016: „**Präsentation Konzept Damia**“

Veranstaltungsort: Graz

13. Juni 2016: „**Integrierte Versorgung Multimorbider Patienten**“

Veranstaltungsort: Wien

17. August 2016: „**Gemeinschaftsverpflegung**“

Veranstaltungsort: Graz, PatientInnen- und Pflegeombudsschaft

19. September 2016: „**Integrierte Versorgung Multimorbider Patienten**“

Veranstaltungsort: Wien

16. November 2016: „**Pflege**“

Veranstaltungsort: Graz

01. Dezember 2016: „**Gesundheit hat kein Alter**“

Veranstaltungsort: Graz

#### **24.4 Durchgeführte Sprechtage in Pflegeheimen 2016**

28. Januar 2016: „**Pflegeheimsprechtage – BPH Gleisdorf**“

26. Februar 2016: „**Pflegeheimsprechtage – Seniorenwohnhaus St. Oswald/Eibiswald**“

13. April 2016: „**Pflegeheimsprechtage – SHV Voitsberg**“

22. April 2016: „**Pflegeheimsprechtage – Caritas Wohnheim St. Lambrecht**“

05. Juli 2016: „**Pflegeheimsprechtage – SHV Kapfenberg**“

05. Juli 2016: „**Pflegeheimsprechtage – Kamillus Passail**“

13. Juli 2016: „**Pflegeheimsprechtage – Schloss Neuteufelbach**“

13. Juli 2016: „**Pflegeheimsprechtage – PH Öblarn**“

13. Juli 2016: „**Pflegeheimsprechtage – PH Benedikt**“

20. Juli 2016: „**Pflegeheimsprechtage – Seniorenzentrum Fichtenhof**“

27. Juli 2016: „**Pflegeheimsprechtage – Seniorenheim Neuherz - Geier**“

03. August 2016: „**Pflegeheimsprechtage – PH Mariazell**“

03. August 2016: „**Pflegeheimsprechtage – PH St. Sebastian**“

09. August 2016: „**Pflegeheimsprechtage – PH Nestelbach**“

23. August 2016: „**Pflegeheimsprechttag – Alten und Betreuungsheim Krottmaier**“
29. August 2016: „**Pflegeheimsprechttag – Betreuungszentrum Bergler Schlössl**“
08. September 2016: „**Pflegeheimsprechttag – Gepflegtes Wohnen Hart bei Graz**“
14. September 2016: „**Pflegeheimsprechttag – Pflege und Betreuungsverein Zerlach**“
14. September 2016: „**Pflegeheimsprechttag – Seniorenzentrum Frohnleiten**“
27. September 2016: „**Pflegeheimsprechttag – Keltenpark Betreuungseinrichtung GmbH**“
08. November 2016: „**Pflegeheimsprechttag – PH Adelwöhrerhof**“
09. November 2016: „**Pflegeheimsprechttag – Seniorenzentrum Neudau**“
09. November 2016: „**Pflegeheimsprechttag – PH Sonnengarten**“
20. November 2016: „**Pflegeheimsprechttag – Volkshilfe Kammersberg**“
23. November 2016: „**Pflegeheimsprechttag – PH Kamper KEG**“
23. November 2016: „**Pflegeheimsprechttag – Seniorenwohnheim Linhart**“
30. November 2016: „**Pflegeheimsprechttag – PWH GGZ Geidorf SenZentr.**“
14. Dezember 2016: „**Pflegeheimsprechttag – PH Aigner Rollett**“
14. Dezember 2016: „**Pflegeheimsprechttag – PH Gehard GmbH**“

## 25 Tagungen und Veranstaltungen 2017

### 25.1 Aus- und Fortbildungen 2017

02. Februar 2017: „**Dekubitus- u. Sturzprophylaxe i. KH u. Informationen über die Demenzstudie der KAGES**“

Veranstaltungsort: Graz, PatientInnen- und Pflegeombudsschaft

02. Februar 2017: „**Präsentation des Gesundheitsplanes 2035**“

Veranstaltungsort: Graz, PatientInnen- und Pflegeombudsschaft

06. März 2017: „**Pränataldiagnostik (Prof. Häusler)**“

Veranstaltungsort: Graz, PatientInnen- und Pflegeombudsschaft

03. April 2017: „**Ethikkomitee (Prof. Tritthart)**“

Veranstaltungsort: Graz, PatientInnen- und Pflegeombudsschaft

05. April 2017: „**Sozialrecht, Mindestsicherung, Grundversorgung**“

Veranstaltungsort: Graz, Burg

22. November 2017: „**IFamZ Jahrestagung**“

Veranstaltungsort: Wien

### 25.2 Teilnahme an Veranstaltungen 2017

02. u. 03. März 2017: „**Pflegemanagementforum**“

Veranstaltungsort: Wien

07. u. 08. April 2017: „**Interprofessionalität in der Primärversorgung**“

Veranstaltungsort: Graz, Med. Uni

05. Mai 2017: „**AK Tag der Pflege – Tipps für pflegende Angehörige**“

Veranstaltungsort: Leibnitz

10. November 2017: „**AK Tag der Pflege – Tipps für pflegende Angehörige**“

Veranstaltungsort: Graz

01. Dezember 2017: „**Fokus Frailty – Prävention u. Management eines geriatrischen Syndroms**“

Veranstaltungsort: Wien, Bundesministerium

### **25.3 Mitarbeit in Arbeitsgruppen 2017**

10.7.2017: Vernetzungstreffen „**Junge psychiatrische Bewohner/inn/en in Pflegeheimen**“

Veranstaltungsort: Graz

28.9.2017: Vernetzungstreffen „**DAMIA – Der alte Mensch is(s)t anders**“

Veranstaltungsort: Graz

23.11.2017: Vernetzungstreffen „**Junge psychiatrische Bewohner/inn/en in Pflegeheimen**“, Veranstaltungsort: Graz

### **25.1 Durchgeführte Sprechtage in Pflegeheimen 2017**

22. Mai 2017: „**Pflegeheimsprechtage – Lasata Betreuungsheim Alzheimerzentrum**“

29. Mai 2017: „**Pflegeheimsprechtage – Seniorenpflegeheim Am Rosenberg**“

31. Mai 2017: „**Pflegeheimsprechtage – Marienhof**“

26. Juli 2017: „**Pflegeheimsprechtage – Caritas Rottenmann**“

02. August 2017: „**Pflegeheimsprechtage – Pflegeheim Annaheim der Kreuzschwestern**“

03. August 2017: „**Pflegeheimsprechtage – Seniorenhaus Menda**“

22. August 2017: „**Pflegeheimsprechtage – Caritas PH St. Peter am Ottersbach**“

22. August 2017: „**Pflegeheimsprechtage – Stessel GmbH Wohngemeinschaft Plus**“

13. September 2017: „**Pflegeheimsprechttag – Privatpflegeheim Schmithausen KG**“

## **26 Literatur**

- BGBl. I Nr. 108/1997, idF. vom 27.05.2016 Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG)
- BGBl. Nr. 110/1993, idF. vom 27.05.2016, Bundesgesetz, mit dem ein Pflegegeld eingeführt wird (Bundespflegegeldgesetz — BPGG)
- BGBl. Nr. 210/1958, idF. vom 27.05.2016, Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten
- BGBl. II Nr. 397/2015, idF vom 27.05.2016, Verordnung des Bundesministers für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft über Standes- und Ausübungsregeln für die Organisation von Personenbetreuung
- Fürst, K., 24-Stunden-Betreuung: Qualität wird sichtbar, NÖ PPA, 2016
- Gmeindl Tscherner, D., Der Einfluss unterschiedlicher Schulungsmodelle auf das Ernährungswissen von Mitarbeiter/inn/en in Pflegeheimen in der Steiermark - Ein randomisiertes Pilotprojekt durchgeführt von der FH JOANNEUM Institut Diätologie, Graz, 2015
- HEALTH – Institut für Biomedizin und Gesundheitswissenschaften JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft, Bedarfs- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Personen
- Klampfl-Kenny, M., Tätigkeits- und Kompetenzkatalog für die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in der Steiermark, Amt der

---

steiermärkischen Landesregierung, FA 8B-Gesundheitswesen (Sanitätsdirektion), 2011

- Kobald, J., Perl, A., Ernährungsmanagement und Qualitätssicherung in steirischen Pflegeheimen, Graz, 2015
- Kolb, C., Diekmann, R., Volkert, D., Ergebnisbericht Nutrition Day in Pflegeheimen 2012, Ergebnisbericht für das Bundesland Steiermark, Österreich, 2012
- Leitfaden für Betreuungsablehnung/Betreuungsabbruch – Mobile Pflege- und Betreuungsdienste Steiermark, Graz, 2013
- LGBl. Nr. 51/2016 (XVII. GPStLT RV EZ 443/1 AB EZ 443/4) idF. vom 27.05.2016, Gesetz über Krankenanstalten in der Steiermark (Stmk. Krankenanstaltengesetz 2012 – StKAG)
- LGBl. Nr. 68/2007, idF. Vom 27.05.2016, Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 9. Juli 2007 über die Festlegung von Leistungen, Leistungsentgelten, Ab- und Verrechnungsmodalitäten und sonstigen Rahmenbedingungen für Pflegeheime nach dem Steiermärkischen Sozialhilfegesetz (SHG-Leistungs- und Entgeltverordnung – LEVO-SHG)
- LGBl. Nr. 77/2003, idF. Vom 27.05.2016, Gesetz vom 1. Juli 2003 über die Pflege und Betreuung in Pflegeheimen und auf Pflegeplätzen (Stmk. Pflegeheimgesetz 2003 – StPHG 2003)
- Landtag Steiermark: Landtagsbeschluss 808 vom 16.10.2017

### Internetquellen:

- <https://www.svb.at/cdscontent/load?contentid=10008.647148&version=1529480541> (vom 16.08.18)
- [https://www.sozialministeriumservice.at/site/Finanzielles/Pflegeunterstuetzungen/24\\_Stunden\\_Betreuung/#intertitle-1](https://www.sozialministeriumservice.at/site/Finanzielles/Pflegeunterstuetzungen/24_Stunden_Betreuung/#intertitle-1) (vom 16.08.18)
- <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=19> (vom 17.08.18)