

TÄTIGKEITSBERICHT

2014 UND 2015

P
P
O

atientInnen- und

flege-

ombudsschaft Land Steiermark

I. TEIL

KRANKENANSTALTEN

II. TEIL

**PFLEGEHEIME
PFLEGEPLÄTZE
UND
MOBILE DIENSTE**



Das Land
Steiermark

Abteilung 8
PatientInnen- und
Pflegeombudsschaft
Land Steiermark



INHALTSVERZEICHNIS

1	Abkürzungsverzeichnis	5
2	Vorwort	7
3	Gesetz über die Patientinnen-/Patienten- und Pflegevertretung (Patientinnen-/Patienten- und Pflegeombudsschaft)	17
4	Organigramm 31.12.2014	20
5	Organigramm 31.12.2015	21
6	Bürger/innenservice der PPO	22
6.1	ELGA – Elektronische Gesundheitsakte	22
6.1.1	Die ELGA-Ombudsstelle (OBST)	24
6.1.2	ELGA-Ombudsstelle – Standort Steiermark.....	24
6.1.3	ELGA-Ausblick	25
6.2	Patientenverfügungen.....	25
6.3	Aussenden von Informationsmaterial	26
6.4	Allgemeine Beratungen.....	26
7	Strukturelle Mitgliedschaften der PPO	27
8	Zahlenmäßige Entwicklung der Geschäftsfälle	30
8.1	Krankenanstalten, Pflegeheime, Pflegeplätze, Mobile Dienste und Niedergelassener Bereich	30
8.2	Aufgliederung der offenen Fälle aus den Vorjahren.....	30
8.3	Entwicklung der Schlichtungsanträge für alle steirischen Krankenanstalten ..	31
8.4	Entwicklung der Anzahl der Schlichtungssitzungen	32
8.5	Aufgliederung der Schlichtungssitzungen.....	33
8.5.1	Schlichtungssitzungen KAGes	33
8.5.2	Schlichtungssitzungen Gemeinsame Schlichtungsstelle für Privatkrankenanstalten, Ambulatorien, Sanatorien und Krankenanstalten der AUVA (= NON KAGes)	33
8.6	Verschuldensunabhängige Patientenentschädigungskommission (PEK)	34
8.7	Schlichtungs- und PEK-Anträge	35
8.8	Offene Schlichtungs- und PEK-Fälle	35
9	Grafische Darstellungen	36
9.1	Gesamtanzahl der Neuanträge und der in Bearbeitung stehenden Fälle in den Bereichen: Krankenanstalten, Pflegeheime, Pflegeplätze, Mobile Dienste und Niedergelassener Bereich	36

9.2	Prozentuelle Zuordnung der Geschäftsfälle nach medizinischen Fachrichtungen.....	37
9.3	Zuordnung der Geschäftsfälle nach deren Inhalt	38
9.4	Geschlechterspezifische Aufteilung der Geschäftsfälle (Krankenanstalten) .	39
9.5	Entwicklung der Anträge der Gemeinsamen Schlichtungsstelle der Ärztekammer der Steiermark und der KAGes	40
9.6	Entwicklung der Anträge der Gemeinsamen Schlichtungsstelle der Ärztekammer der Steiermark und der Privatkrankenanstalten, Ambulatorien, Sanatorien und Krankenanstalten der AUVA	41
9.7	Entwicklung der Anträge an die PEK	42
Einleitung		45
10 Medizinischer Notfall – strukturelle Mängel.....		46
11 Vielschichtige Problemstellungen – Alltag in der PPO – Medienarbeit		56
11.1	Fallbeispiel: Pflegefehler	56
11.2	Gastkommentar: „Vermehrte Anforderungen an das Pflegepersonal im Akutkrankenanstaltenbereich“	62
11.3	Medienarbeit zur Wahrung der Rechte und Interessen der Patient/inn/en ...	67
11.3.1	Fallbeispiel 1: Aus Fehlern gelernt – Behandlungsfehler im Spital	67
11.3.2	Fallbeispiel 2: Nicht ernst genommen – OP-Komplikation	70
11.3.3	Fallbeispiel 3: Wer zahlt?	72
11.3.4	Fallbeispiel 4: Wenn Privat zum Nachteil wird	74
12 Sichere Befundübermittlung		77
12.1	Fallbeispiel 1: Angeordnete Untersuchung nicht befundet	84
12.2	Fallbeispiel 2: Pathologischer Befund nicht vidiert	98
13 OP-Häufigkeit – ein Qualitätskriterium.....		104
14 Tagungen/ Veranstaltungen 2014.....		110
14.1	Aus- und Fortbildungen 2014	110
14.2	Durchgeführte Vorträge der PPO 2014	112
14.3	Mitarbeit in Arbeitsgruppen 2014	112
15 Tagungen/ Veranstaltungen 2015.....		113
15.1	Aus- und Fortbildungen 2015	113
15.2	Durchgeführte Vorträge der PPO 2015	114
15.3	Mitarbeit in Arbeitsgruppen 2015	114
16 Entwicklung der Geschäftsfälle		117
16.1	Zuordnung der Vorbringen im Bereich der Pflegeheime, Pflegeplätze und Mobilien Dienste	117
16.2	Beratungen, die keinem Geschäftsfall zugeordnet wurden	117

16.3	Anzahl der Antragsteller/innen 2014.....	118
16.4	Anzahl der Antragsteller/innen 2015.....	118
16.5	Zahlenmäßige Darstellung der Geschäftsfälle	119
17	Entwicklung der Sprechtage.....	120
17.1	Anzahl der durchgeführten Sprechtage.....	120
17.2	Geführte Gespräche bei Sprechtagen 2014.....	121
17.3	Geführte Gespräche bei Sprechtagen 2015.....	121
18	Sprechtage.....	122
18.1	Rückmeldungen bei den Sprechtagen	125
18.1.1	Rückmeldungen der Bewohner/innen.....	125
18.1.2	Rückmeldungen der Angehörigen.....	127
18.1.3	Rückmeldungen der Pflegedienstleitungen und Heimleitungen	127
19	Pflege Zuhause	129
19.1	Mobile Pflege- und Betreuungsdienste	129
19.2	Familiäre Pflege	131
19.2.1	Fallbeispiel: Alltag eines pflegenden Angehörigen	131
19.3	24-Stunden-Betreuung	136
19.3.1	Fallbeispiel 1: Personenbetreuung - Anforderungsprofil	136
19.3.2	Fallbeispiel 2: Insulinpflichtige Diabetikerin.....	138
20	Betreutes Wohnen	141
20.1	Betreubares Wohnen	142
20.1.1	Fallbeispiel 1: Hoher Pflegeaufwand	142
20.1.2	Fallbeispiel 2: Eine Betrugsgeschichte	143
20.1.3	Fallbeispiel 3: Vergabe von Wohnungen	147
21	Pflegeplätze.....	150
21.1	Unbewilligte Pflegeeinrichtung - Fortführung aus TB 2006/2007.....	153
21.2	Fallbeispiel: Pflegemängel und illegaler Pflegeplatz.....	155
21.3	Psychiatrische Familienpflege.....	159
22	Pflegeheime	162
22.1	Amtssachverständige (ASV) des Landes Stmk.: Mehr Aufgaben – dafür weniger Mitarbeiter/innen.....	162
22.1.1	Fallbeispiel: Wundversorgung	164
22.2	Psychiatrische Bewohner/innen in Pflegeheimen.....	167
22.2.1	Fallbeispiel: Recht auf ein normales Leben?	168
22.2.2	Forensisch-psychische Bewohner/innen in Pflegeheimen	169
22.3	Therapeutische Versorgung	170
22.4	Kosten für Wäscheversorgung	171

23 Entwicklungen aus dem NutritionDay 2012.....	172
23.1 Folgeprojekt 1: Qualitätskriterien zur Ernährungsversorgung.....	172
23.2 Folgeprojekt 2: Der Einfluss unterschiedlicher Schulungsmodelle auf das Ernährungswissen von Mitarbeiter/inne/n in Pflegeheimen in der Stmk.....	173
23.3 Folgeprojekt 3: DAMIA - Der alte Mensch is(s)t anders	175
24 Tagungen und Veranstaltungen 2014.....	177
24.1 Aus- und Fortbildungen 2014	177
24.2 Vernetzungstreffen 2014	177
24.3 Mitarbeit in Arbeitsgruppen 2014	178
24.4 Durchgeführte Sprechtage in Pflegeheimen 2014.....	178
25 Tagungen und Veranstaltungen 2015.....	180
25.1 Aus- und Fortbildungen 2015	180
25.2 Durchgeführte Veranstaltungen 2015	181
25.3 Mitarbeit in Arbeitsgruppen 2015	181
25.4 Durchgeführte Sprechtage in Pflegeheimen 2015.....	182
26 Literatur	185

1 Abkürzungsverzeichnis

ABGB	Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch
AGES	Medizinmarktaufsicht (ehemals AGES PharmMed)
AKE	Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung
ASV	Amtssachverständige
BASG	Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
BezVerBeh	Bezirksverwaltungsbehörde
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
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
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	Trägerorganisation/en
u.a.	unter anderem
usw.	und so weiter
VA	Volksanwaltschaft
VAB	Verband steirischer Alten-Pflege und Betreuungsheime
z.B.	zum Beispiel

2 Vorwort

Der vorliegende Tätigkeitsbericht 2014/2015 ist nun der Siebzehnte unter meiner Leitung seit 1996.

Wir haben in den vergangenen zwei Jahrzehnten wiederholt eindringlich auf die Beseitigung von Mängeln und Missständen gedrungen und waren durchaus auch untergriffigen Äußerungen der für diese Missstände Verantwortlichen ausgesetzt.

- Einiges ist in diesen zwei Jahrzehnten besser geworden, vieles ist gleich geblieben. Manches ist allerdings in den letzten 20 Jahren und durch die damit verbundene gesellschaftliche Weiterentwicklung schlimmer geworden.

Vor allem im Bereich der Pflege ist in den letzten Jahren ein positiver Gestaltungs- und Veränderungswille zu bemerken, von Seiten der Politik und auch auf Beamtenebene.

- Verbesserungen begannen bereits im Rahmen der Organisationsänderung 2012 mit der Umstrukturierung der „Abteilung Gesundheit“ und „Abteilung Soziales“ sowie mit der Eingliederung der Amtssachverständigen in die „Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft“ und in die dortige neue „Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement“ - Referat Gesundheitsberufe unter der jetzigen Leitung von Frau Mag.^a Dr.ⁱⁿ Pesi-Ulm als fachlich qualifizierte Leitung für die Amtssachverständigen.
- Das Team im Referat Pflegemanagement unter der Leitung von Herrn Christian Schwarz stellt sich Versäumnissen der Vergangenheit und Herausforderungen der Zukunft engagiert und kompetent.

Arbeitsgruppen und Einbeziehung von externen Fachexperten/innen begleiteten und begleiten die legislativen Neuentwicklungen im Pflegebereich.

Problemstellung: Amtssachverständige (ASV)

- Umso unverständlicher und nicht nachvollziehbar ist die Entwicklung, wie sie in **Kapitel 22.1.** ausgeführt wird, dass trotz nicht ausreichender Kontrolle der Pflegeeinrichtungen aus budgetären Gründen der Personalstand der ASV trotz zusätzlicher Aufgaben auch noch reduziert wurde.
- Laut Prüfbericht des Landesrechnungshofes Steiermark wurden im Jahr 2013 rund € 383.000.000,- von der öffentlichen Hand und somit von der Bevölkerung für die stationäre Pflege aufgewendet.
- Die Menschen in diesem Land haben das Recht, dass die ordnungsgemäße und qualitätsvolle Verwendung dieser Mittel ausreichend und nachvollziehbar überprüft wird.
- Aus unserer täglichen Erfahrung wissen wir, dass das Verständnis der Steuerzahler/innen bei Missständen und Versäumnissen in diesem Zusammenhang enden wollend ist.

Problemstellung: Aufzeigen in den vergangenen Tätigkeitsberichten

- **TB 96/97:** Der erste Tätigkeitsbericht befasste sich bereits mit der Pflegeanstalt für chronisch Kranke – Landespflegeheim Schwanberg. Immer wieder Rückmeldungen – Berichte. September 2010 schwere mediale Vorwürfe. Sämtliche Rückmeldungen und Empfehlungen unsererseits waren bis dahin nicht umgesetzt worden.

In den Jahren 2010 und 2011 war die PPO in internen und externen Kommissionen der KAGes zur Aufklärung beteiligt.

2015 kam es zur endgültigen Schließung des Hauses.

- Bereits in den **frühen TBs** der PPO des Landes Steiermark wurde laufend auf die mangelhafte Schadensabwicklung durch die KAGes hingewiesen und diese thematisiert. Dies hat sich teilweise durch neue Mitarbeiter/innen der KAGes im Schlichtungsverfahren verbessert.
- **TB 97/98: aus Fehlern lernen – Fehler zu vermeiden**

TB 2002: Einlassungs- oder Übernahmefahrlässigkeit:

Vorschläge für Konsequenzen des Rechtsträgers bei Schadensfällen könnten insbesondere sein:

Verpflichtende Aufklärung über geringe OP Zahlen oder verpflichtende Hinzuziehung von Spezialisten, wenn in diesem KH Eingriffe durchgeführt werden, die nicht zum Leistungsstandard des Hauses gehören.

Bereits im TB 2002 wurde von der PPO festgestellt und durch ein Gutachten verifiziert, dass es einen Zusammenhang zwischen Fallzahlen und der damit verbundenen Erfahrung und Ergebnisqualität in Krankenanstalten gibt – besonders sichtbar in der Chirurgie.

Umso unverständlicher ist es daher, dass 14 Jahre später die PPO des Landes Steiermark für die Patient/inn/en im Jahr 2016 noch immer dasselbe wie im TB 2002 fordern muss. (siehe dazu ausführlicher in Kapitel 13 – OP-Häufigkeit – ein Qualitätskriterium).

- **TB 2007: Systematische Schadensbearbeitung:**
 - Patientinnensicherheit und Organisationsverantwortung
 - Organisationsverantwortung als institutionelle Sorgfaltspflicht
- **TB 2010: Aus Fehlern lernen – aber wie?**
 - Individuelle Streitbereinigung – Strukturelles Risikomanagement – Anspruch und Wirklichkeit

- **TB 2012 und 2013: Jahrelanges Aufzeigen**

- Sichere Befundübermittlung
- Mangelnde Prozessökonomie mit gleichzeitiger negativer Außenwirkung
- (K)ein Lernen aus Fehlern

Problemstellung: Bestellung zur Patientinnen- und Pflegeombudsfrau

Weiterhin offen ist die Kritik an den Bestellungsmodalitäten und Zusammensetzung des Teams für das Hearing zur Patientinnen- und Pflegeombudsfrau – wie bereits im TB 2012/2013 ausgeführt.

Als Wertschätzung für die Tätigkeit der PPO für die Patient/innen des Landes Steiermark wird empfunden, dass sich Vertreter/innen des Landtages im vergangenen Jahr dafür einsetzen, dass es zu einer überschneidenden Besetzung bei den bevorstehenden Pensionierungen in der PPO kommen kann und dies von Herrn Landesrat Mag. Drexler zum Zeitpunkt der Berichterstattung bereits umgesetzt wurde.

Problemstellung: Landesvertretung in der Schlichtung und PEK

- Im Zuge der Übertragung der Rechtsträgerschaft der Landeskrankenanstalten an die Steiermärkische Krankenanstalten GmbH. und der Errichtung einer Schlichtungsstelle zur Vermeidung von Zivilprozessen wurde 1986 ein Regierungsbeschluss mit nachstehendem Inhalt gefasst.
- Demzufolge dreißig Jahre danach Vertreter des Landes Steiermark noch immer ständig Beteiligte des Schlichtungsverfahrens sind was durchaus in der Außenwahrnehmung auf Erstaunen stößt:

„...die in § 3 Abs.1 vorgesehenen 4 ständigen Mitglieder der Kommission wurden um einen rechtskundigen Vertreter des Landes Steiermark auf 5

ständige Mitglieder erweitert. Diese Änderung war im Interesse des Landes Steiermark erforderlich, da der Gesellschafterzuschuss des Landes Steiermark an die Steiermärkische Krankenanstalten Ges.m.b.H. auf der Basis des Jahres **1984** beruht und in diesem Jahr ein Betrag von **Schilling 633.770.-** an Schadenersatzbeträgen geleistet wurde. Das Land Steiermark wird demnach darüberhinausgehende Schadenersatzbeträge zusätzlich zum Gesellschafterzuschuss zu bezahlen haben. Da in der seinerzeit vorgesehenen Zusammensetzung der ständigen Mitglieder der Schlichtungsstelle die Interessen des tatsächlichen Zahlers demnach überhaupt nicht berücksichtigt waren, wurde durch Erweiterung dieses Gremiums um einen rechtskundigen Vertreter des Landes Steiermark mit Vetorecht den erwähnten Interessen des Landes Steiermark Rechnung getragen.“

- Im Jahr 2015 konnte mit dem Leiter der Rechtsabteilung der KAGes endlich erreicht werden, dass die Patient/inn/en, die im Schlichtungsverfahren obsiegen, für ihre Aufwendungen wie Fahrten zur Schlichtungsstelle und Gutachter eine finanzielle Vergütung erhalten. Lange Zeit wurde darüber debattiert, ob sie den tatsächlichen Aufwand oder einen pauschalierten Betrag von € 40.- bis € 50.- erhalten.
- Demgegenüber steht der Sitzungsgeldaufwand z.B. für das Jahr 2015 in der Höhe von € 22.984.- für den/die jeweilige/n Vertreter/in des Landes, der von der KAGes bezahlt wird.
- Dies bei einer Gesamthöhe der Auszahlungen von € 622.800.- im Jahr 2015 für 53 positiv erledigte Schlichtungsfälle.
- Der Unmut der PPO des Landes Steiermark beruht vor allem darauf, dass immer bei den Patient/inn/en versucht wird zu sparen.
- Alle notwendigen Reformen der Schlichtungsstelle mussten von der PPO alleine gegen massive Widerstände durchgebracht werden. Notwendige Qualitätsmaßnahmen aus den Erkenntnissen der Schlichtungsfälle werden von der PPO alleine eingefordert. Zwei Juristen (KAGes und Land) sitzen

der Vertretung der Patient/inn/en im Schlichtungsverfahren gegenüber, ein klarer Verstoß gegen die Grundsätze eines „fair trials“!

Auch diese Rechtsmeinung der PPO des Landes Steiermark wird in den nächsten Monaten einer gutachterlichen Überprüfung unterzogen.

- Nach Ansicht der PPO haben die Vertreter des Landes Steiermark deshalb eine Mitverantwortung an der Nichtbeseitigung all jener Mängel und Missstände, die von der PPO des Landes Steiermark in den letzten zwanzig Jahren aus den Erkenntnissen der Schlichtungsverfahren aufgezeigt wurden und in diesem TB wieder Erwähnung finden.
- Durch dieses Stillschweigen von Seiten der Vertreter des Landes Steiermark erscheinen unsere auf das Gesetz gestützten Rückmeldungen wie Halbwahrheiten.

Auch bei den jahrelangen Reformversuchen der Schlichtungsstelle der KAGes wurde die Forderung der PPO, dass der/die Vertreter/in der KAGes in der Schlichtungskommission aus Gründen der Objektivität und des Gleichgewichtes der Chancen gegenüber den Patient/inn/en in eigener Sache kein Stimmrecht hat, zumindest nach 3 Jahren durchgesetzt.

Bei den Landesvertreter/inne/n dauerte die Umsetzung dieser Forderung 7 ¼ Jahre.

Wir fordern aus diesem Grund nochmals, dass die Abwicklung der Schadensfälle als alleinige Aufgabe zwischen PPO und KAGes (einer 100%igen Tochtergesellschaft des Landes Steiermark) erfolgt.

Die Interessen des Landes Steiermark sind deshalb von den Mitarbeiter/inne/n der KAGes genauso zu wahren.

Gerade bei eindeutigen und auch großen Schadensfällen erfolgt die Entschädigung durch die KAGes Rechtsabteilung direkt mit

Rechtsanwält/inn/en außerhalb der Schlichtung – also ohne Mitsprache eines Landesvertreters. Angesichts der geringen Auszahlungssummen in der Schlichtung ist ein Vetorecht und somit wirtschaftliche Mitsprache eines Landesvertreters nicht nachvollziehbar. Ein 30 Jahre alter Regierungsbeschluss ist demzufolge nicht mehr zeitgemäß.

In der Patientinnenentschädigungskommission kam es zwar zu keiner Reform, wohl aber zu kleinen Verbesserungen.

Schwerpunkte im vorliegenden Tätigkeitsbericht

Im ersten Teil (Bereich Krankenanstalten) des vorliegenden **Tätigkeitsberichtes** bildet ein Schwerpunkt die **„Sichere Befundübermittlung“ (Kapitel 12)**, den wir nachweislich **seit 2006**, wie bei der Auflistung Schadensfälle durch fehlende Befundvidierung ersichtlich ist, verfolgen.

- Wie viele Jahre und wie viele Verantwortliche haben wir darauf aufmerksam gemacht – bis jetzt ohne sichtbares Resultat.
- Die Auswirkungen für die betroffenen Patient/inn/en werden in Kapitel 12 in zwei dargestellten Fällen (die ursprünglich in der PPO begannen und in Gerichtsverfahren mündeten) ausführlich geschildert.

Im Folgenden werden diese zwei Fälle kurz dargestellt, wobei bei jedem ein Lungenröntgen durchgeführt wurde. In einem Fall wurde das durchgeführte Röntgen nicht befundet, im anderen der Befund nicht beachtet.

Im ersten geschilderten Fall (siehe dazu ausführlich im Kapitel 12.1. Fallbeispiel 1 „Angeordnete Untersuchung nicht befundet“) wurde von der KAGes in der Klagsbeantwortung 2016 Folgendes eingebracht:

„...dass eine Haftung dem Grunde nach nicht bestehe, da das durchgeführte Thorax-Röntgen laut Leitlinien nicht erforderlich gewesen sei.

In Unkenntnis dieser Leitlinie habe eine Turnusärztin dieses Röntgen angeordnet und mangels Erforderlichkeit sei dieses ganz bewusst nicht ausgewertet und durch keinen Radiologen befundet worden“.

Diese nahezu zynische Einwendung ist für die PPO des Landes Steiermark nahe einer Verspottung der Patient/inn/en angesichts deren umfassenden Anspruchs auf gewissenhafte Betreuung und Wahrung des Wohls aus dem mit dem Krankenanstaltenträger geschlossenen Behandlungsvertrages sowie auf Wahrung ihrer körperlichen Integrität.

Zusätzlich gibt es dabei auch noch einen strafrechtlichen Aspekt, da dies eine Körperverletzung darstellt, der allerdings beinahe 5 Jahre zurückliegt und eine Qualifikation im Sinne grober Fahrlässigkeit zumindest keiner physischen Person mehr konkret zurechenbar ist.

- *Ausgerechnet hier wurde im Jahr 2011 ein angeordnetes und durchgeführtes Thorax Röntgen „ganz bewusst nicht befundet“ und diese Erkenntnis nach der Diagnose eines zu diesem Zeitpunkt bereits inoperablen Lungenkrebses 2015 im Gerichtsverfahren 2016 eingewandt.*

Einen nicht unähnlichen Einwand machte die KAGes im zweiten Gerichtsverfahren, welches ebenso im Kapitel 12 (siehe dazu ausführlich im Kapitel 12.2. Fallbeispiel 2 „Pathologischer Befund nicht vidiert“) dargestellt wird, und das mit einem noch nicht rechtskräftigen Urteil in der Höhe von € 324.353,86.- geendet hat. Ein Rechtsmittel gegen das Urteil ist von der KAGes zu erwarten.

In diesem **Gerichtsverfahren** beruft sich die **KAGes** im Rahmen der Klagebeantwortung darauf, **dass der auf eine Krebserkrankung hinweisende Röntgenbefund 2007 von den Ärzt/inn/en berechtigterweise nicht beachtet worden sei, weil der Patient ja als „Magenpatient“ in Spitalsbehandlung war. Deshalb wäre derzeit auch kein Anspruchsgrund gegeben.**

Zusammenfassend wurde nochmals darauf verwiesen, dass **ein Fehlverhalten der Mitarbeiter/innen der KAGes im Jahr 2007 nicht vorliege** und dass das Klagebegehren des Patient/inn/en dem Grunde und der Höhe nach bestritten werde.

Es erscheint also für Verantwortliche in der KAGes völlig legitim, dass bei einem angeordneten und durchgeführten Lungenröntgen bei dem bereits ein suspekter Rundherd in der Lunge zu sehen ist, dieser berechtigterweise **ganz bewusst nicht beachtet wurde, da der Patient „als Magenpatient“ im Krankenhaus war.**

Beide vorgebrachten Einwände der KAGes bedürfen von Seiten der PPO des Landes Steiermark keines weiteren Kommentars.

Das Bundesgesetz über Krankenanstalten (KAKuG) verpflichtet die Krankenanstaltenträger dafür zu sorgen, dass PatientInnen nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft behandelt werden (§ 8 Abs. 2 KAKuG). Krankenanstalten Träger sind verpflichtet, für eine gewissenhafte Untersuchung und eine Behandlung der Patient/inn/en entsprechend dem Stand der medizinischen Wissenschaft zu sorgen und diese Abläufe im Sinne eines geordneten Gesamtgefüges anzubieten.

Diese Auffassung wird auch von dem im angängigen Zivilprozess bereits eingeholten Gutachten durch einen gerichtlich beeideten SV bestätigt! Da dieses Gutachten insbesondere auch auf die Aspekte des Qualitäts- und Risikomanagements im Gesundheitswesen eingeht, ist es in **Kapitel 12** in Auszügen dargestellt.

In diesem Gutachten werden die Versäumnisse in der Organisationsstruktur klar hervorgehoben, die zu den schweren Schädigungen der damals 57 jährigen Patientin mit einer gegenüber der statistisch tatsächlich wesentlich

verkürzten Lebenserwartung von zumindest 25 Jahren und einer massiven Beeinträchtigung der Lebensqualität geführt haben.

Im **zweiten Teil des Tätigkeitsberichtes (Bereich Pflegeheime, Pflegeplätze und Mobile Dienste)** ist zu sehen, dass es noch genug Handlungsbedarf in vielen Bereichen der Pflege gibt. Dies gilt auch für die personelle Struktur in den Bezirksverwaltungsbehörden – sowohl quantitativ als auch qualitativ.

Wie auch im diesjährigen Tätigkeitsbericht ersichtlich, ist eine Reform im Krankenanstaltenbereich – vor allem in den chirurgischen Bereichen – unumgänglich und möglichst rasch umzusetzen.

Dies ist keine Frage des Sparens, sondern es stellt Qualitätssicherung und Sicherung eines immer höher werdenden medizinischen Niveaus dar. Aus den Erfahrungen der täglichen Arbeit in der PPO des Landes Steiermark werden die Reformvorhaben des zuständigen Landesrates Mag. Drexler sowohl im Bereich Krankenanstalten als auch im Pflegebereich von uns vollinhaltlich mitgetragen und eine rasche Umsetzung für die Patient/inn/en im Land Steiermark gefordert.

Jede unnötige Verzögerung und Behinderung geht nach den Erfahrungen der PPO zu Lasten der Menschen in der Steiermark.

Abschließend zur Einleitung möchte ich an dieser Stelle noch anmerken, dass wir uns bemüht haben einen repräsentativen Querschnitt unserer Tätigkeit in den beiden vergangenen Jahren darzustellen, wobei auf 20 Jahre Erfahrung und Bemühungen in diesem Bereich zurückgegriffen werden konnte.

Mag. Renate Pöschl

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

Langtitel

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 Patientinnen-/Patienten- und Pflegevertretung eingerichtet. Ihr Zweck ist die Wahrung und Sicherung der Rechte und Interessen von

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

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

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

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

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

§ 2

Aufgaben und Rechte

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

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

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

(3) Die Patientinnen-/Patienten- und Pflegevertretung hat mit Vertreterinnen/Vertretern der in Betracht kommenden Personengruppen wie z. B. Patientenselbsthilfegruppen oder Seniorenvereinigungen bzw. Seniorenbeiräten sowie Vertreterinnen/Vertretern der im § 1 Abs. 2 bis 5 genannten Einrichtungen bei Bedarf in der jeweils geeigneten Form zusammenzuarbeiten.

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

(5) Wird die Patientinnen-/Patienten- und Pflegevertretung mit einer Angelegenheit freiberuflich tätiger Angehöriger von Gesundheitsberufen befasst, sind die betroffenen Berufsangehörigen beziehungsweise

Einrichtungen einzuladen, zum konkreten Vorbringen Stellung zu nehmen. Die Patientinnen-/Patienten- und Pflegevertretung hat erforderlichenfalls mit internen Informations- und Beschwerdestellen und mit den gesetzlichen beruflichen Vertretungen zusammenzuarbeiten.

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

§ 3

Leitung

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

(2) Die Stelle der/des Patientinnen-/Patienten- und Pflegeombudsfrau/-mann ist von der Landesregierung öffentlich auszuschreiben. Im Fall einer Wiederbestellung kann die Landesregierung von der öffentlichen Ausschreibung unter Bedachtnahme auf das Vorliegen der Bestimmungsvoraussetzungen Abstand nehmen.

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

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

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

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

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

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

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

§ 4

Tätigkeitsbericht

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

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

§ 4 a

Strafbestimmungen

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

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

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

§ 5

Inkrafttreten

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

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

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

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

§ 6

Inkrafttreten von Novellen

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

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

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

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

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

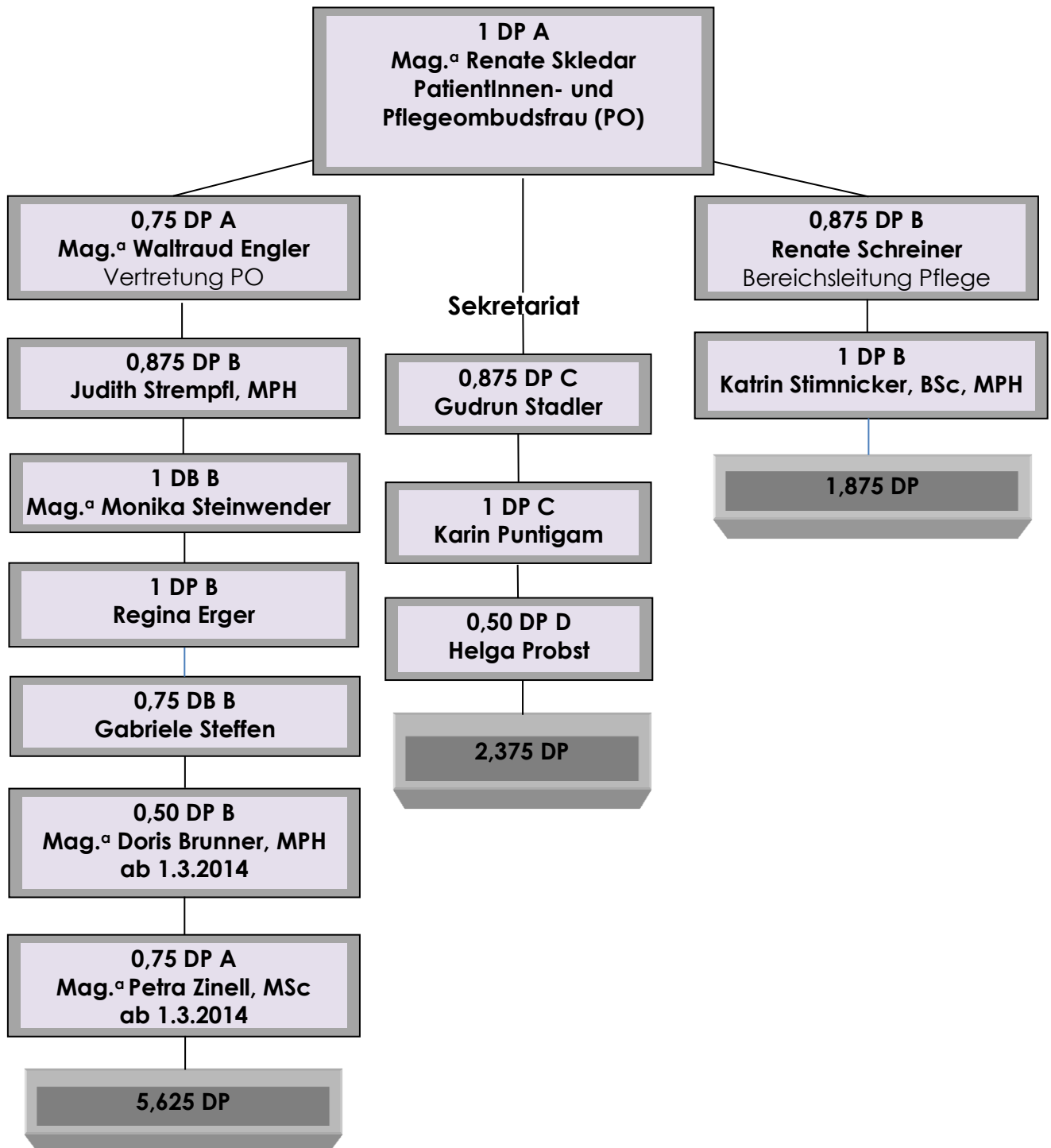
(6) In der Fassung des Gesetzes LGBl. Nr. 130/2014 tritt § 3 Abs. 2 mit **31. Dezember 2014** in Kraft.

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

4 Organigramm 31.12.2014

Krankenanstalten

Pflegeheime
Pflegeplätze
Mobile Dienste

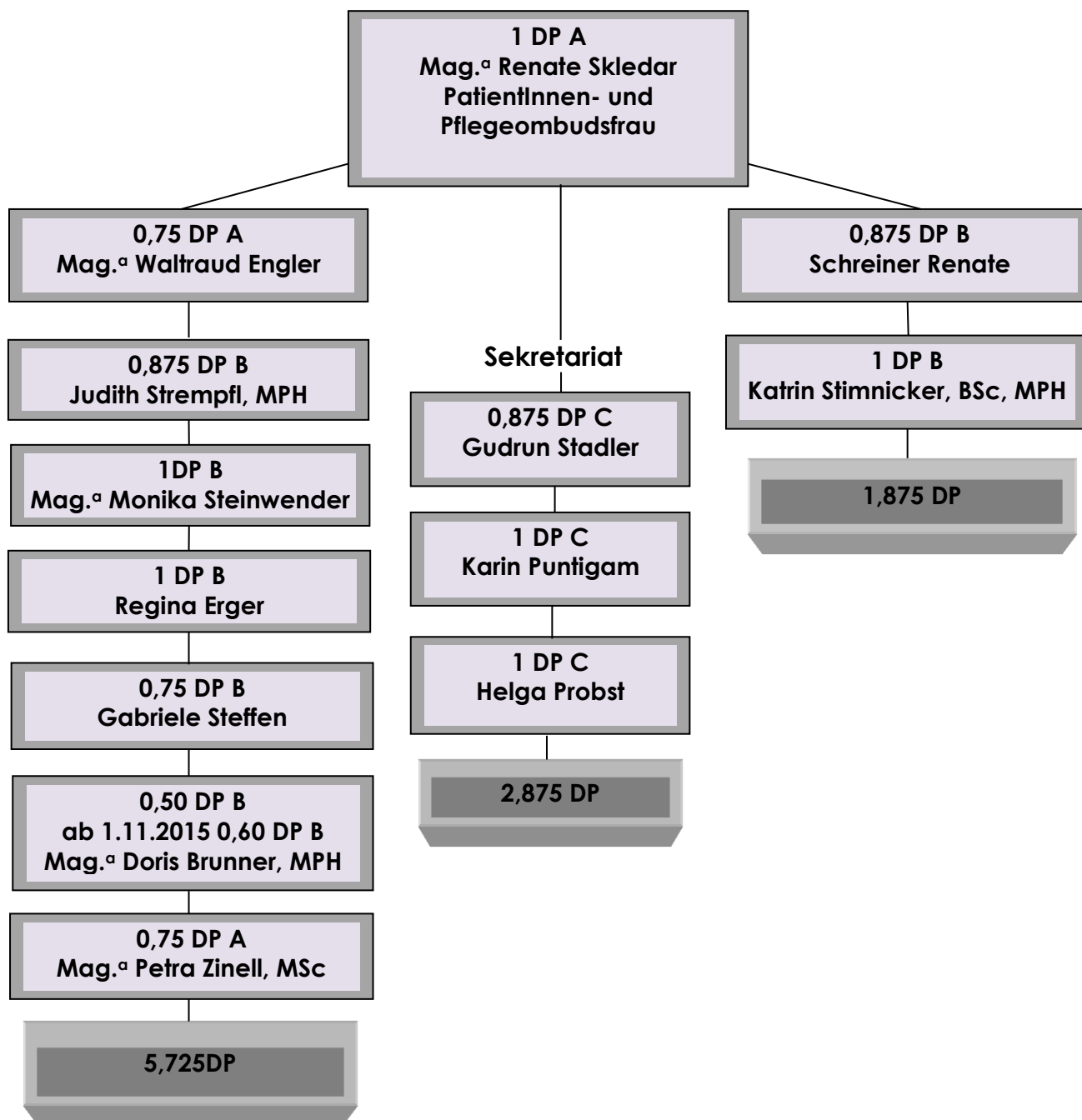


Die Auflistung erfolgt nach Eintrittsdatum in der PPO

5 Organigramm 31.12.2015

Krankenanstalten

Pflegeheime
Pflegetische
Mobile Dienste



Die Auflistung erfolgt nach Eintrittsdatum in der PPO

6 Bürger/innenservice der PPO

Ein erheblicher Anteil von den Ressourcen der PPO werden für Serviceleistungen, wie z.B. für telefonische und/oder persönliche Beratungen zu diversen Fragen aus dem Gesundheitsbereich, für Rechtsauskünfte, Informationen im Sozial- oder Pflegebereich, aber auch für das Aussenden von Informationsbroschüren gebraucht. Insgesamt wurde in den Jahren 2014 und 2015 diesbezüglich 777 Mal bei der PPO angefragt.

Durch die Einrichtung der ELGA-Ombudsstelle in der PatientInnen-und Pflegeombudsschaft mit 9.12.2015 waren im Vorfeld auch viele Workshops, Schulungen und Netzwerktreffen notwendig, um eine reibungslose Implementierung gewährleisten zu können.

6.1 ELGA – Elektronische Gesundheitsakte

Die Elektronische Gesundheitsakte (ELGA) ist die elektronische Vernetzung der ELGA-Gesundheitsdaten von Patient/inn/en. Ziel von ELGA ist die Unterstützung der medizinischen Behandlung und Betreuung durch einen besseren Informationsfluss, vor allem wenn mehrere Gesundheitseinrichtungen zusammenarbeiten. ELGA ist ein Informationssystem, das allen berechtigten ELGA-Gesundheitsdiensteanbietern (z.B. Ärztlicher Bereich; Apotheken; Spitäler) und ELGA-Teilnehmer/inne/n (den Patient/inn/en) den orts- und zeitunabhängigen Zugang zu ELGA-Gesundheitsdaten erleichtert. Durch ELGA erhält der/die behandelnde bzw. betreuende ELGA-Gesundheitsdiensteanbieter/in (GDA) Vorbefunde, Entlassungsberichte und die aktuelle Medikation seiner/ihrer Patient/inn/en als unterstützende Entscheidungsgrundlage für die weitere Diagnostik und Therapie.

Entsprechend dem ELGA-Gesetz kann jede/r Bürger/in bestimmen, ob bzw. in welchem Umfang sie/er an ELGA teilnehmen möchte. Zur Einschränkung der Teilnahme oder der Nicht-Teilnahme müssen die diesbezüglichen

Willenserklärungen der Bürger/innen („Opt-Out“ bzw. Widerspruch) technisch für ELGA prüfbar hinterlegt werden.

Ein Widerspruch kann seit Jahresbeginn 2014 entweder

- schriftlich bei der ELGA-Widerspruchsstelle abgegeben werden oder
- in elektronischer Form über das ELGA-Portal.

Hier ein Überblick der am 09.12.2015 (bzw. 10. oder 28.12.2015) produktiv gegangenen GDAs:

Bundesland	Träger	GDA	Inhalt
Steiermark	KAGes	LKH Univ.-Klinikum Graz	ELGA Befunde ab 9.12.15
Steiermark	KAGes	Alle peripheren KAGes Krankenanstalten	ELGA Befunde ab 9.12.15
Steiermark	GGZ ¹	SeniorInnenresidenz Robert Stolz	ELGA Befunde ab 9.12.15
Steiermark	GGZ	Pflegewohnheim Peter Rosegger	ELGA Befunde ab 9.12.15
Steiermark	GGZ	Pflegewohnheim Aigner-Rollett am Rosenhain	ELGA Befunde ab 9.12.15
Steiermark	GGZ	Pflegewohnheim Erika Horn	ELGA Befunde ab 9.12.15
Steiermark	GGZ	Albert Schweitzer Klinik	ELGA Befunde ab 9.12.15
Steiermark	Ordensgemeinschaft Österreich	Krankenhaus der Elisabethinen (Standort Graz)	ELGA Befunde ab 10.12.15
Steiermark	VAMED AG (90%) Stadtgemeinde Kapfenberg (10%)	Neurologisches Therapiezentrum Kapfenberg	ELGA Befunde ab 10.12.15
Steiermark	Ordensgemeinschaft Österreich	Marienkrankenhaus Vorau	ELGA Befunde ab 10.12.15
Wien	KAV ²	<ul style="list-style-type: none"> • 5 Abteilungen im Krankenhaus Hietzing mit Neurolog. Zentrum Rosenhügel • Alle anderen Abteilungen 	ELGA Befunde ab 9.12.15 28.12.2015

¹ GGZ: Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz – Pflegeheime

² KAV: Wiener Krankenanstaltenverbund

6.1.1 Die ELGA-Ombudsstelle (OBST)

Wie oben bereits erwähnt, richtet sich das ELGA-Portal an Bürger/innen, die über eine Bürgerkarte bzw. Handysignatur verfügen.

Die **ELGA-Ombudsstelle** wurde im Gesetz vorgesehen, um Bürger/inne/n einen niedrighschwelligen Zugang zur Wahrnehmung ihrer ELGA-Teilnehmerrechte zu ermöglichen. D.h. Bürger/innen, die das ELGA-Portal nicht nutzen können oder wollen, sollen bei der OBST die notwendige Unterstützung für die Wahrnehmung ihrer Teilnehmerrechte erhalten. Ein weiterer Grund für die Einrichtung der ELGA-Ombudsstelle ist, dass hinsichtlich der Datenverarbeitung in ELGA mit Konflikten zu rechnen ist, z.B. zwischen Patient/inn/en und ELGA-GDA bei behaupteten Datenschutzverletzungen. Solche Konflikte verlangen nach einer Organisation, an die sich Bürger/innen im Anlassfall zur Unterstützung und im Idealfall zur Bereinigung des Konfliktes, wenden können.

6.1.2 ELGA-Ombudsstelle – Standort Steiermark

Wie oben angeführt, ging mit der Inbetriebnahme von ELGA in den steirischen Krankenanstalten auch die ELGA-Ombudsstelle Standort Steiermark in der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft am 9.12.2015 „go-live“.



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

Sowohl die einmalig angefallenen Errichtungskosten, als auch die laufenden Kosten (Personal- und Sachaufwand) wurden und werden vom Bund getragen.

Für die Steiermark wurde der zusätzliche Personalaufwand mit 1,34 Vollzeitäquivalent (VZÄ) berechnet. Dieser Anforderung konnte zum einen durch die Einstellung neuer Mitarbeiterinnen, andererseits durch eine interne Umverteilung Rechnung getragen werden.

Diese Berechnung ist bis 31.12.2018 befristet – danach findet erstmals eine Evaluierung des faktischen Aufwandes statt und gegebenenfalls eine Anpassung an die tatsächlichen Erfordernisse.

6.1.3 ELGA-Ausblick

Im Laufe der kommenden Monate und Jahre werden systematisch alle Krankenanstalten, Pflegeheime sowie Ombudsstellen Österreichs an ELGA angeschlossen werden.

Im Jahr 2016 findet in einer Pilotregion (Deutschlandsberg) die e-Medikation statt.

Der niedergelassene Bereich startet Ende 2016. Die noch ausstehenden Bundesländer folgen – im nächsten Schritt Kärnten und Niederösterreich.

6.2 Patientenverfügungen

In den Jahren 2014 und 2015 wurden in der PPO **53 Rechtsberatungen** zu Fragen rund um die Patientenverfügung – teils auch in Verbindung mit einer Vorsorgevollmacht – geführt und dabei **drei verbindliche Patientenverfügungen** abgeschlossen.

Die Patient/inn/envertretungen in den Bundesländern sind auf Grundlage des Patientenverfügungsgesetzes (Bundesrecht) nach Maßgabe ihrer personellen

Kapazitäten berechtigt, jedoch nicht verpflichtet, Patientenverfügungen abzuschließen. Aus diesem Grund knüpft die PPO den Abschluss der Patientenverfügung an die sozialen Verhältnisse der Klient/inn/en, also etwa an das Vorliegen der Ausgleichszulage. Dadurch erklärt sich die zahlenmäßige Differenz von Beratungen und Abschlüssen von Patientenverfügungen.

6.3 Aussenden von Informationsmaterial

Nach wie vor herrscht großes Interesse an den von der PPO angebotenen Informationsbroschüren. Auf der Homepage der PPO stehen als Bürger/innenservice nicht nur diese, sondern auch Tätigkeitsberichte der PPO zum Download zur Verfügung. Für 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.) postalisch zur Verfügung gestellt; Ebenso das „Patientenhandbuch – Leitfaden für einen sicheren Krankenhausaufenthalt“.

In den Jahren 2014 und 2015 wurden insgesamt **8.807 Broschüren** versandt.

6.4 Allgemeine Beratungen

	2014	2015
Allgemeine Patientenberatungen, die keiner Geschäftszahl zugeordnet wurden	312	465

7 Strukturelle Mitgliedschaften der PPO

▪ Ethikkommissionen (EK)

Die Hauptaufgabe der Ethikkommissionen ist die unabhängige Beurteilung von klinischen Forschungsprojekten (Studien, klinische Prüfungen) an Patient/inn/en oder an gesunden Proband/inn/en. Solche können Arzneimittel, Medizinprodukte, neue medizinische Methoden (z.B. Operationstechniken) oder angewandte medizinische Forschung an Menschen (nur EKs der Medizinischen Universitäten) betreffen. 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. Die PPO hat als Mitglied die Aufgabe, die Rechte und Interessen der betroffenen Patient/inn/en wahrzunehmen.

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.

2014 konnte die PPO aufgrund fehlender personeller Ressourcen nur an 6 von 22 Ethiksitzen teilnehmen. **2015** entspannte sich die personelle Situation, die PPO konnte ihrem gesetzlichen Auftrag wieder nachkommen und nahm an 12 von 13 Ethiksitzen teil.

▪ IPS (Initiative PatientInnensicherheit Steiermark)

▪ QSK (Qualitätssicherungskommission)

Auf Initiative der Gesundheitsplattform haben sich seit 2011 bereits 28 Krankenanstalten (darunter sämtliche Fonds- Krankenanstalten) im Rahmen des IPS mit dem Ziel zusammengeschlossen, die Sicherheit der Patient/inn/en im steirischen Gesundheitswesen systematisch zu verbessern. Der Gesundheitsfonds wird dabei als Förderer und Unterstützer tätig, indem er für Schulungsangebote und den gegenseitigen Informationsaustausch zwischen den Mitgliedern sorgt. Dabei geht es einerseits um Vernetzung der

unterschiedlichen Learning- & Reportingsysteme für Patient/inn/ensicherheit sowie andererseits auch um die Entwicklung einer Methodik, die die Wirksamkeit solcher Systeme sichtbar machen und gemeinsames Lernen in den Vordergrund stellen sollen. IPS- Mitglieder (Gesundheitseinrichtungen, Krankenanstalten), die sich nachweislich um die Patient/inn/ensicherheit bemühen, können auch eine IPS- Auszeichnung erlangen.

Die gemeinsamen Ziele sind:

- Patient/inn/ensicherheit in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung
- Lernplattform für Patient/inn/ensicherheit
- Öffentlichkeitsarbeit für Patient/inn/ensicherheit
- Sektorenübergreifende Patient/inn/ensicherheit

Zusätzlich können IPS-Mitglieder systemimmanente Schnittstellenthemen an die IPS-Koordinationsstelle melden. Diese Meldungen werden in weiterer Folge von den Mitgliedern der Qualitätssicherungskommission Steiermark mit dem Ziel einer Verbesserung der kontinuierlichen Patient/inn/enversorgung bearbeitet.

▪ **ARGE - Arbeitsgemeinschaft der Patient/inn/enanwälte Österreichs (ARGE PA)**

Die ARGE der österreichischen Patient/inn/enanwälte wurde im Jahr 2000 gegründet, in jährlich stattfindenden Tagungen werden Informationen ausgetauscht und gesundheitspolitische Themen erörtert.

2015 wurde im Rahmen einer ARGE- Tagung u. a. die mangelnde Qualitätstransparenz in Österreichs Spitälern thematisiert und dazu eine gemeinsame Resolution an das Bundesministerium verfasst:

„Die ARGE PA fordert eine leicht verständliche, aufbereitete, aussagekräftige und transparente und öffentlich niederschwellig zugängliche Darstellung der verschiedenen Qualitätsdimensionen der öff.- gemeinnützigen Krankenanstalten zur besseren Orientierung der PatientInnen im österr. Gesundheitssystem.

Dies muss auf Abteilungsebene der jeweiligen KA erfolgen, um den betroffenen PatientInnen eine rationale und selbstbestimmte Entscheidung zu ermöglichen.“

Im Rahmen einer ARGE PA- Tagung 2015 wurde auch der Grundstein für eine

- **„Kooperationsvereinbarung mit der Volksanwaltschaft und den Patientenanwaltschaften“** gelegt, mit dem Ziel, Patient/inn/enrechte und Heimbewohner/innenrechte sowie für Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen durch intensive Zusammenarbeit, strukturellem Informations- und Erfahrungsaustausch proaktiv zu fördern. Im Frühjahr 2016 wurde die Vereinbarung von allen Kooperationspartnern unterzeichnet.

8 Zahlenmäßige Entwicklung der Geschäftsfälle

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

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

Berichtsjahr	Geschäftsfälle			gesamt	Offene Geschäftsfälle mit Ende des Berichtsjahres
	KA	PH	NGB bis 14.5.2014		KA + PH
1997	451				Plus 46
1998	613				Plus 119
1999	779				Plus 217
2000	837				Plus 261
2001	817				Plus 253
2002	1042				Plus 250
2003	1004	49		1053	Plus 125
2004	1034	198		1232	Plus 274
2005	1125	207		1332	Plus 335
2006	1090	226		1316	Plus 407
2007	1232	302		1534	Plus 385
2008	1287	204		1491	Plus 415
2009	1334	215		1549	Plus 484
2010	1055	201	96	1352	Plus 496
2011	1054	182	133	1369	Plus 492
2012	1019	194	159	1372	Plus 404
2013	1047	189	153	1389	Plus 400
2014	967	171	60	1198	Plus 413
2015	1018	170	7	1195	Plus 393

8.2 Aufgliederung der offenen Fälle aus den Vorjahren

	2013	2014	2015
In der PPO in Bearbeitung stehende offene Geschäftsfälle (GF)	132	225	176
Offene Schlichtungsverfahren der KAGes-Krankenanstalten	152	136	147
Offene Schlichtungsverfahren der Privatkrankenanstalten, Ambulatorien, Sanatorien und Krankenanstalten der AUVA	30	19	40
Offene Verfahren der Patientenentschädigungskommission (PEK)	29	33	30

8.3 Entwicklung der Schlichtungsanträge für alle steirischen Krankenanstalten

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

1993	57			
1994	75			
1995	75			
1996	80			
1997	105	10		=115
1998	93	24		=117
1999	121	40		=161
2000	130	39		=169
2001	125	35		=160
2002	123	35		=158
2003	166	29		=195
2004	175	38		=213
2005	192	48		=240
2006	155	55		=210
2007	135	42		=177
2008	149	46		=195
2009	134	42		=176
2010	143	31		=174
2011	143	44	37	=224
2012	119	38	46	=203
2013	152	30	46	=228
2014	134	19	5 bis 14.5.2015	=158
2015	149	43	-	=192

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

8.4 Entwicklung der Anzahl der Schlichtungssitzungen

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
KAGes	60	66	58	58	51	60	64	59	68	61
NON-KAGes	18	14	16	18	15	17	19	17	11	14
PEK						39	48	52	32	36
NGB (bis 14.5.2015)						14	15	16	7	-
Gesamt	78	80	74	76	66	130	146	144	118	111

Nachfolgende Tabelle stellt die Entschädigungssummen in den einzelnen Schlichtungsstellen (Gemeinsame Schlichtungsstelle der Ärztekammer für Steiermark und der KAGes [=KAGes], der Gemeinsame Schlichtungsstelle für Privatkrankenanstalten, Ambulatorien, Sanatorien und Krankenanstalten der AUVA [=NON KAGes], sowie der Gemeinsamen Schlichtungsstelle für behauptete Behandlungsfehler im niedergelassenen Bereich [NGB]) den positiv erledigten Anträgen gegenüber.

Schlichtungsstelle	2013	2014	2015
Positiv erledigte Anträge KAGes	53	52	53
Entschädigungssumme	€ 324.500,--	€ 576.900,--	€ 622.800,--
Positiv erledigte Anträge NON KAGes	14	5	9
Entschädigungssumme	€ 150.900,--	€ 27.250,--	€ 69.250,--
Positiv erledigte Anträge NGB	4	Die Tätigkeit der PPO im NGB wurde aufgrund unzureichender bundesrechtlicher Zuständigkeit (Ärztegesetz) beendet.	
Entschädigungssumme	€ 11.400,--		
Gesamt	71 € 486.800,--	57 € 604.150,--	62 € 692.050,--

8.5 Aufgliederung der Schlichtungssitzungen

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

8.5.1 Schlichtungssitzungen KAGes

	2013	2014	2015
Sitzungstermine gesamt	59	68	61
Anzahl der dabei anwesenden Patient/inn/en	273	307	272
Anzahl der dabei durchgeführten Beratungen	156	184	169

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

	2013	2014	2015
Sitzungstermine gesamt	17	11	14
Anzahl der dabei anwesenden Patient/inn/en	75	55	68
Anzahl der dabei durchgeführten Beratungen	2	1	3

8.6 Verschuldensunabhängige Patientenentschädigungskommission (PEK)

Entwicklung der Anträge an den Patientenentschädigungsfonds:

	Anträge	Erledigungen	Anzahl der Sitzungen
2007	137	111	46
2008	114	121	44
2009	164	132	45
2010	103	134	45
2011	103	96	39
2012	140	125	48
2013	129	151	52
2014	95	96	32
2015	106	103	36

Einnahmen und Zahlungen des Fonds:

	Einnahmen des Fonds	Zahlungen des Fonds
2007	€ 847.517,10.-	€ 1.067.359,60
2008	€ 870.515,98.-	€ 1.105.270,00
2009	€ 865.760,29.-	€ 1.085.790,00
2010	€ 864.685,06.-	€ 1.003.230,00
2011	€ 861.143,86.-	€ 538.375,00
2012	€ 861.425,60.-	€ 809.417,00
2013	€ 856.078,91.-	€ 911.468,00
2014	€ 860.269,35.-	€ 642.843,98
2015	€ 838.569,50.-	€ 730.482,00
Saldo aus den Vorjahren: € 883.086,64		

Wege der Anträge an die Patientenentschädigungskommission (PEK):

Anträge an die PEK insgesamt bis Ende der Berichtsjahre	2013	2014	2015
Anträge nach vorher anhängigem Schlichtungsverfahren	40	28	37
Anträge nach vorhergehender Beratung und Abklärung durch die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft	64	47	53
Anträge direkt von Antragstellerinnen/Antragstellern oder von Rechtsanwält/inn/en	22	13	11
Antrag nach einem Gerichtsverfahren	3	7	5
Gesamt	129	95	106

8.7 Schlichtungs- und PEK-Anträge

Schlichtungsanträge	2013	2014	2015
KAGes (S)	152	134	149
Gemeinsame Schlichtungsstelle für Privatkrankenanstalten, Ambulatorien, Sanatorien und Krankenanstalten der AUVA (P)	30	19	43
Schlichtungsstelle NGB	46	5 bis 14.5.2014	-
Gesamt	228	158	192

PEK-Anträge	2013	2014	2015
Gesamt	129	95	106

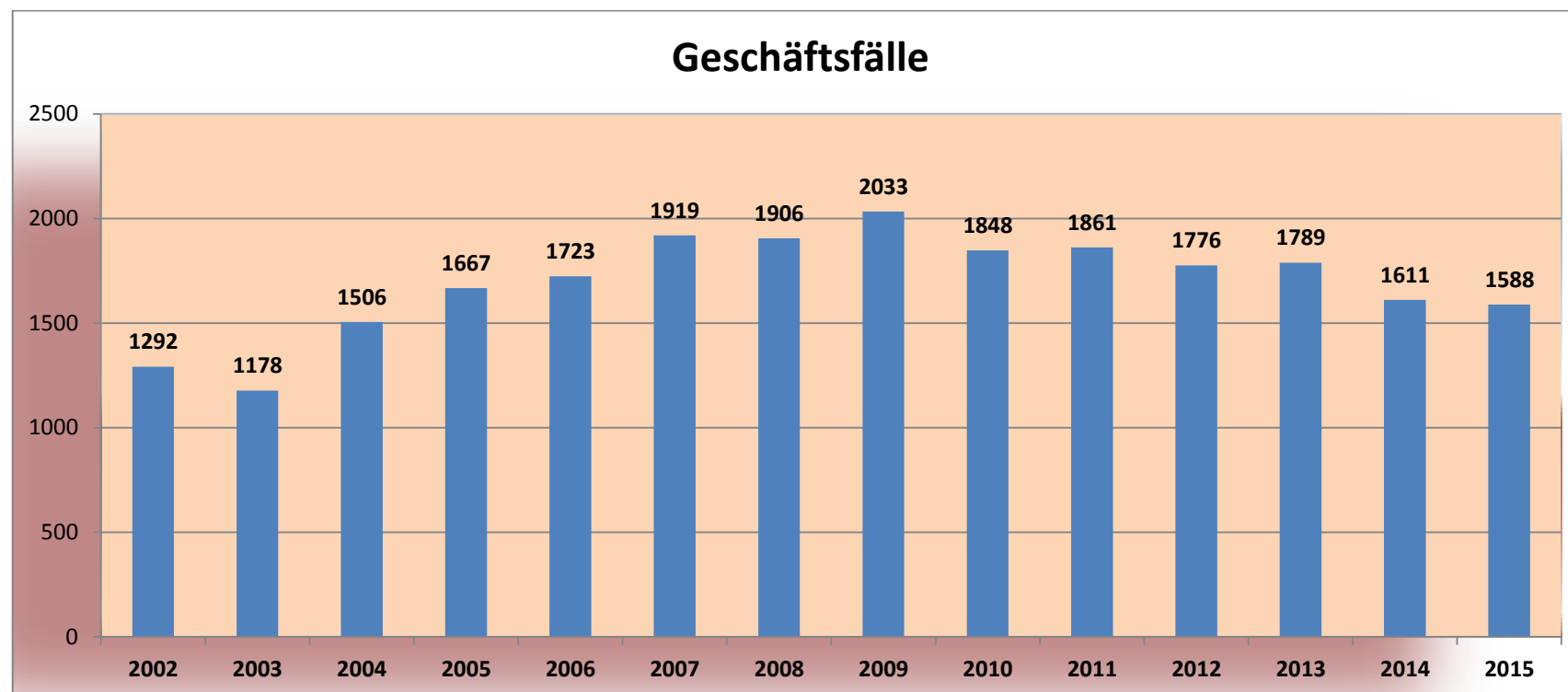
	2013	2014	2015
Sitzungstermine gesamt	52	32	36
Anzahl der dabei anwesenden Patient/inn/en	170	108	121
Anzahl der dabei durchgeführten Beratungen	205	136	172

8.8 Offene Schlichtungs- und PEK-Fälle

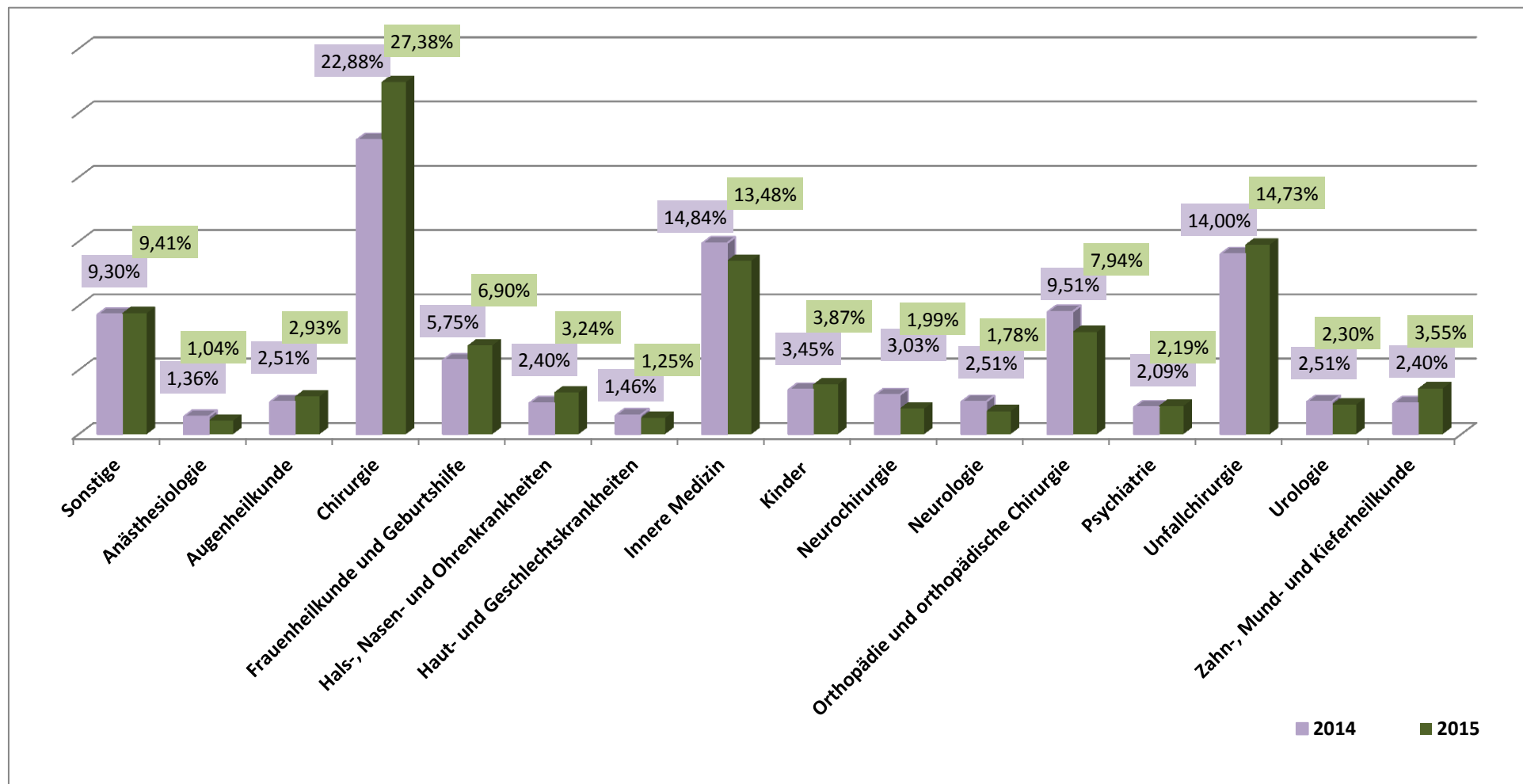
	Offene S-Fälle		Offene P-Fälle		Offene PEK-Fälle	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
2008	-	-	-	-	-	-
2009	1	-	-	-	-	-
2011	3	3	-	-	-	-
2012	7	4	-	-	-	-
2013	26	7	5	-	1	-
2014	99	21	14	3	32	3
2015	-	112	-	37	-	27
Gesamt	131	147	19	40	33	30

9 Grafische Darstellungen

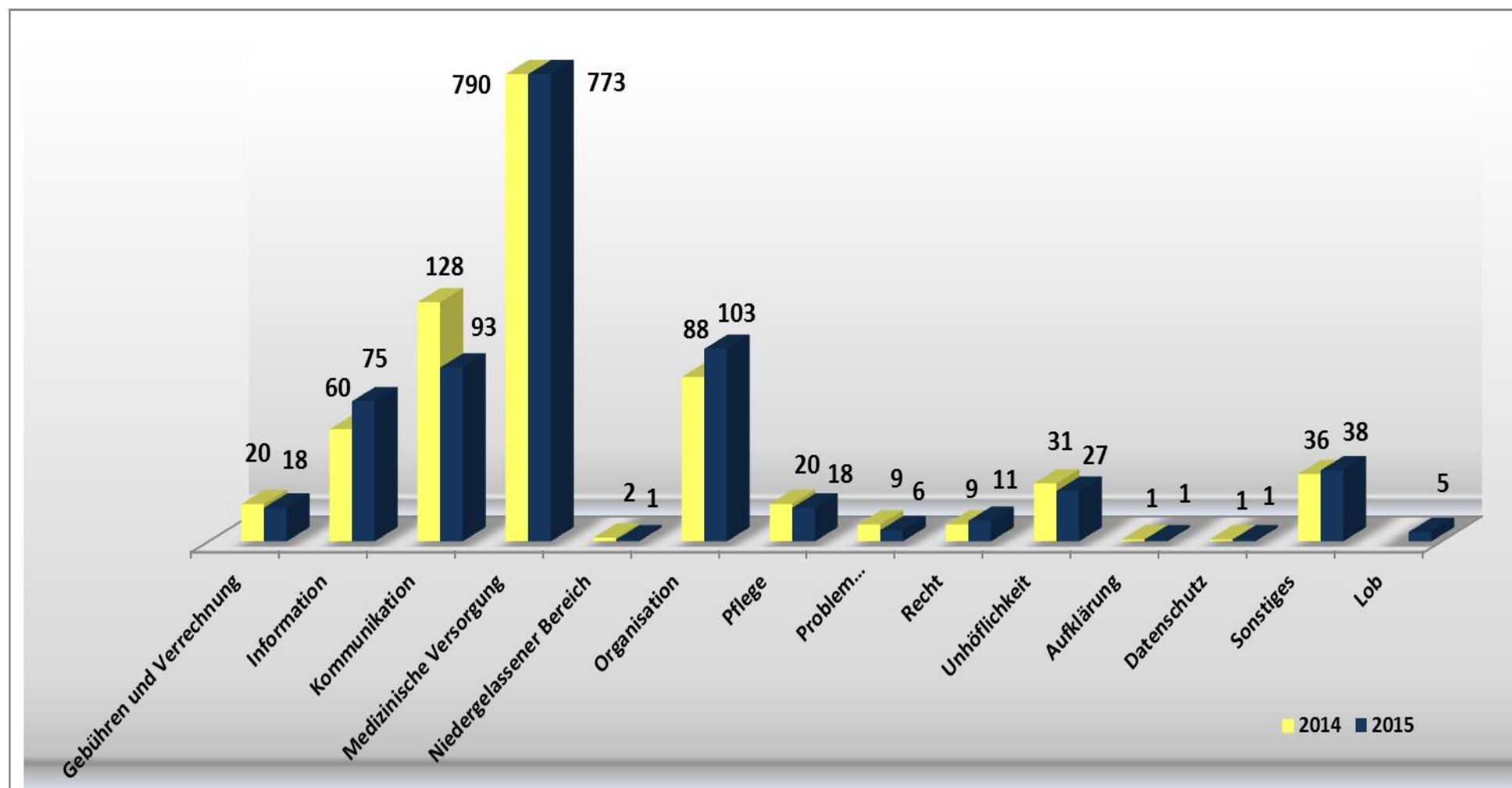
9.1 Gesamtanzahl der Neuanträge und der in Bearbeitung stehenden Fälle in den Bereichen: Krankenanstalten, Pflegeheime, Pflegeplätze, Mobile Dienste und Niedergelassener Bereich



9.2 Prozentuelle Zuordnung der Geschäftsfälle nach medizinischen Fachrichtungen

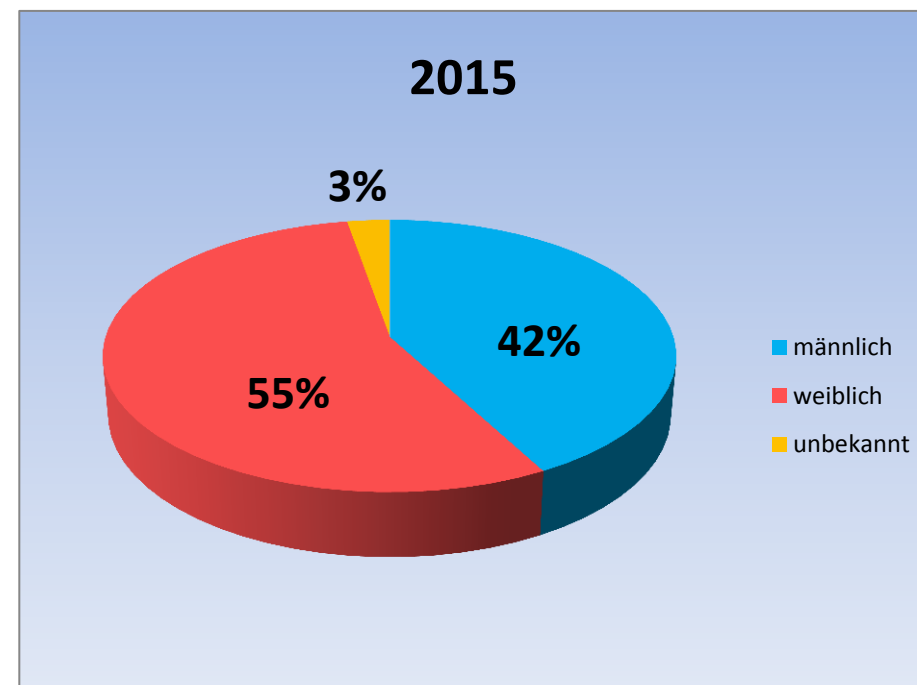
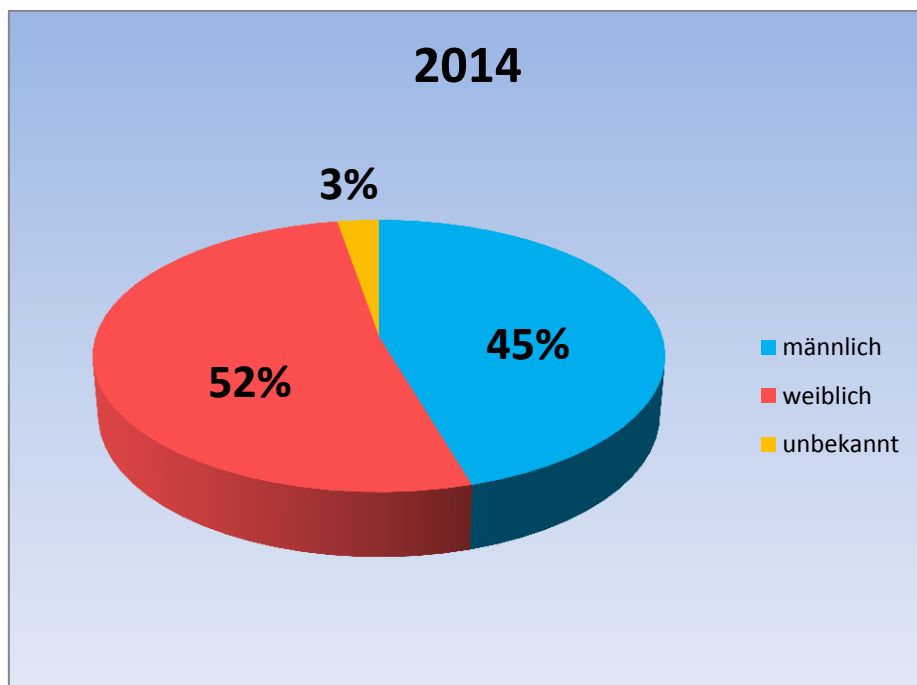


9.3 Zuordnung der Geschäftsfälle nach deren Inhalt

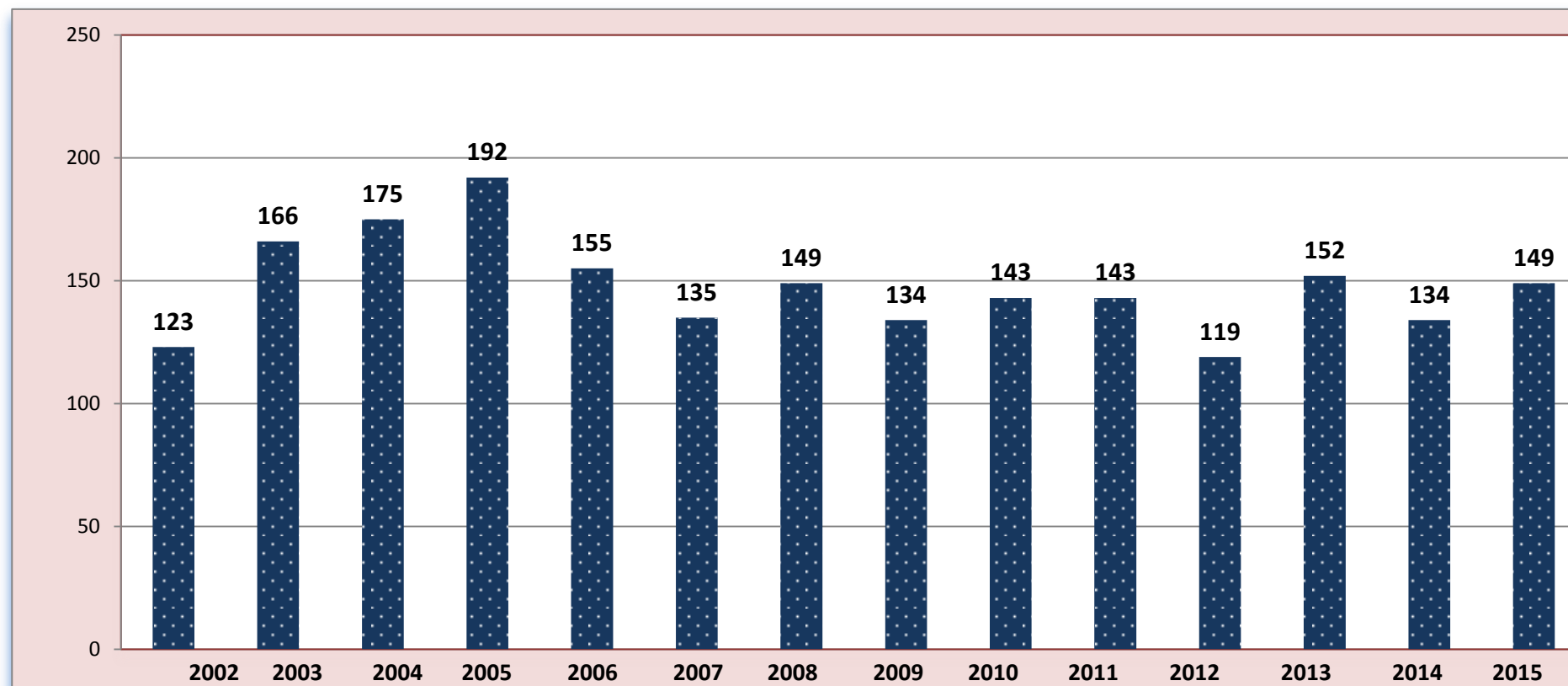


Mehrfachnennungen möglich

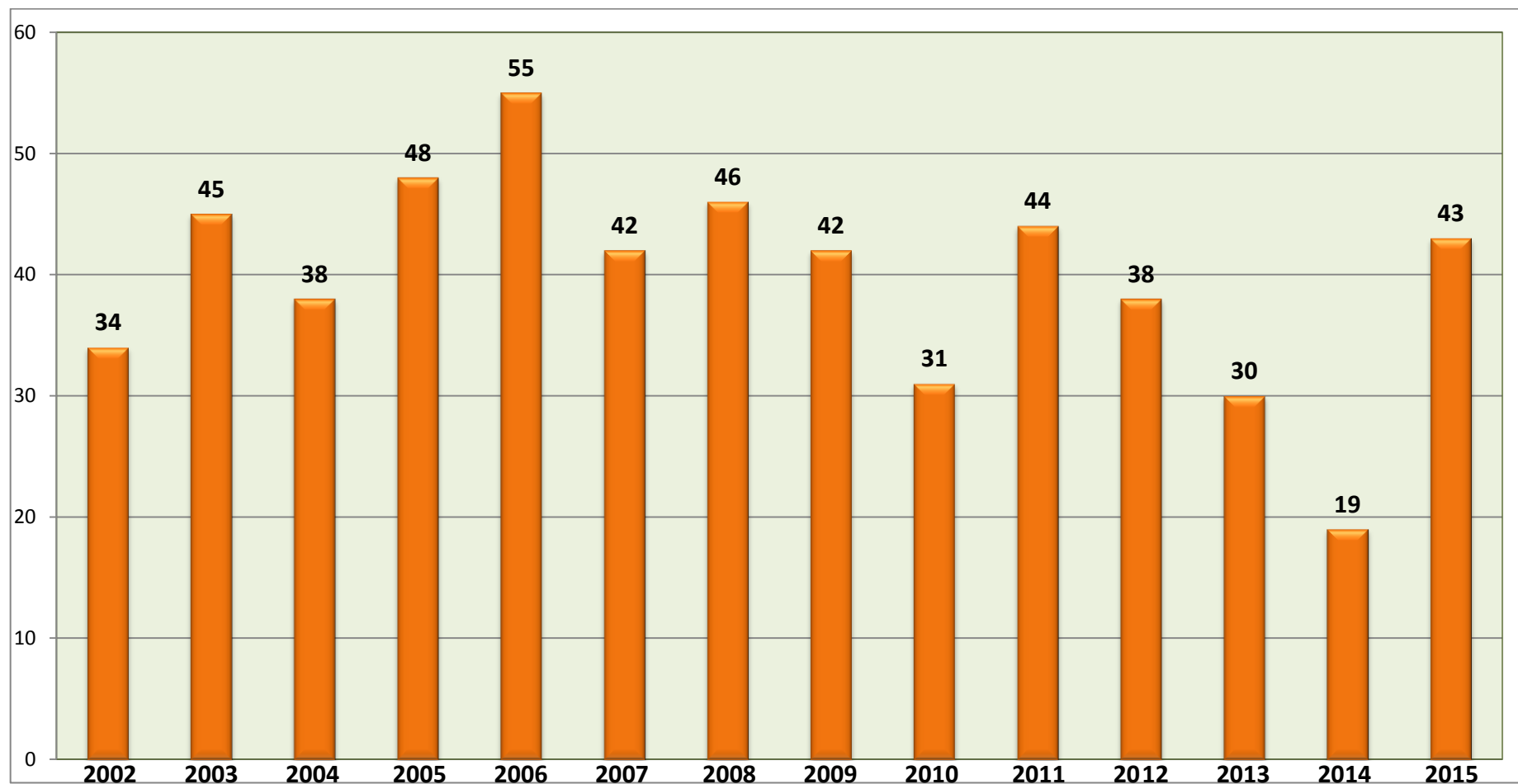
9.4 Geschlechterspezifische Aufteilung der Geschäftsfälle (Krankenanstalten)



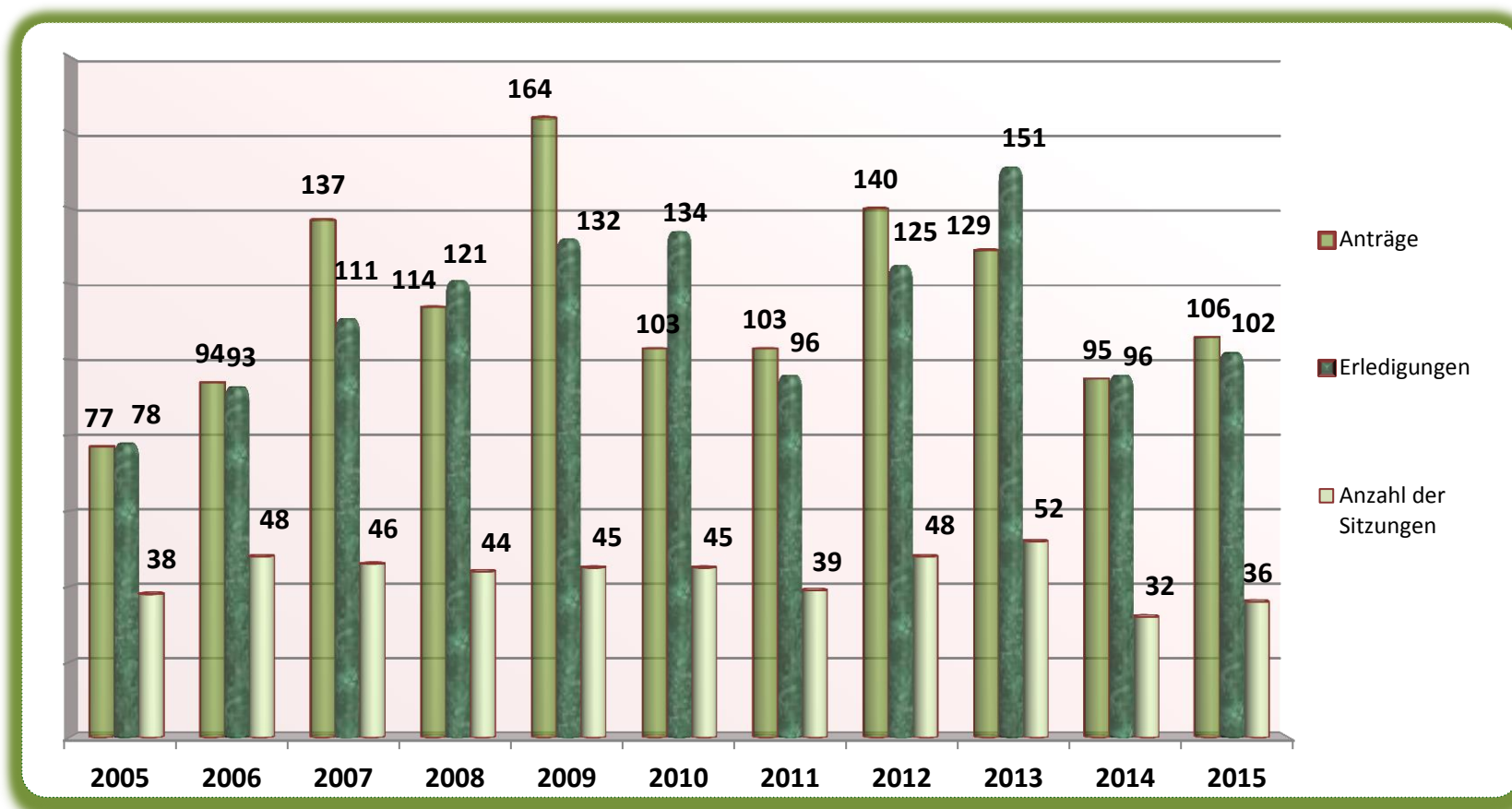
9.5 Entwicklung der Anträge der Gemeinsamen Schlichtungsstelle der Ärztekammer der Steiermark und der KAGes



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



9.7 Entwicklung der Anträge an die PEK



TÄTIGKEITSBERICHT

2014 UND 2015

P
P
O

atientInnen- und

flege-

mbudsschaft Land Steiermark

I. TEIL

KRANKENANSTALTEN



Das Land
Steiermark

Abteilung 8
PatientInnen- und
Pflegeombudsschaft
Land Steiermark



Einleitung

Um unserem gesetzlichen Auftrag nachzukommen, ist es notwendig nicht nur individuell für den Einzelfall zu arbeiten, sondern auch organisatorische und/oder strukturelle Mängel in Krankenanstalten aufzuzeigen oder möglichen Missständen in Behörden nachzugehen und allenfalls eine Anzeige bei der Staatsanwaltschaft einzubringen.

§ 2

Aufgaben und Rechte

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

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

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

Anschaulich demonstriert wird diese umfassende und vielschichtige Aufarbeitung im diesjährigen Tätigkeitsbericht im nachfolgenden Fall (Kapitel 10), der die PPO sowohl fachlich, zeitlich als auch auf menschlicher Ebene außerordentlich beschäftigte.

Im Anschluss daran (Kapitel 11) werden Fallbeispiele exemplarisch dargestellt, die teilweise im „Konsument“ veröffentlicht wurden und einen Querschnitt der täglichen Arbeit und vielschichtigen Problemstellungen der PPO, aber vor allem deren Lösungen für die/den Patientin/Patienten veranschaulichen sollen.

Ein weiterer für die PPO gewichtiger Schwerpunkt in diesem Tätigkeitsbericht stellt die langjährige Forderung der PPO nach einer „sicheren Befundübermittlung und Befundvidierung“ dar. Exemplarisch werden dazu im Kapitel 12 die Interventionen der PPO und Fallbeispiele aufgezeigt. Den Abschluss findet in Kapitel 13 ein jahrelanges Aufzeigen von Strukturmängeln.

10 Medizinischer Notfall – strukturelle Mängel

Ein Einzelfall kann zivil- und strafrechtlich relevant werden, ein strukturelles, organisatorisches Problem in einer Krankenanstalt sichtbar machen, allfällige behördliche Versäumnisse aufzeigen, zu einem gesundheitspolitischen Thema werden und den Versorgungsauftrag einer Krankenanstalt für eine ganze Region in Frage stellen.

Der Fall:

Im Juli 2014 setzten bei Frau NN in der 39. Schwangerschaftswoche plötzlich mitten in der Nacht die Wehen ein. Frau NN war weder in der Lage aufzustehen noch sich zu bewegen. Es gelang den gerufenen Rettungssanitätern nicht, die schwangere Frau in das Rettungsauto zu bringen, weshalb sie um 3:00 Uhr den Notarzt verständigten. Nach einer medizinischen Versorgung wurde Frau NN nach Vorankündigung laut Notarztprotokoll um 3:40 Uhr unter der Diagnose „Geburt im Gange“ in die nächstgelegene Krankenanstalt mit einer geburtshilflichen Abteilung gebracht. In dieser Krankenanstalt sind außerhalb der Regelarbeitszeit der Facharzt für Geburtshilfe und der Facharzt für Anästhesie nur in Rufbereitschaft.

Laut Eintragung im Geburtenbuch sei Frau NN um 4:05 Uhr in der Krankenanstalt eingetroffen und von der Hebamme noch im Rettungswagen übernommen worden. Um 4:17 Uhr war Frau NN im Kreißsaal. Die Lage des Kindes wurde als „regelrechte Schädellage“ beschrieben, die kindlichen Herztöne konnten laut schriftlicher Aufzeichnungen der Hebamme nur sehr eingeschränkt wahrgenommen werden.

Um 4:23 Uhr war die Herzfrequenz bei 60-70 Schläge/Minute– allerdings laut Aufzeichnungen der Hebamme unklar, ob kindliche oder mütterliche Herztöne. Trotzdem ließ die Hebamme keinen Facharzt verständigen, so lautet der schriftliche Bericht im Geburtenbuch „...von einer bereits initiierten Info

von Facharzt für Geburtshilfe Dr. XY nochmals abgesehen...“. Laut unseren fachlichen Recherchen war das Kind jedoch zu diesem Zeitpunkt massiv vital bedroht.

Um 4:45 Uhr verabreichte die Hebamme Frau NN intravenös ein wehenförderndes Medikament (Syntocinon). Um 4:55 Uhr wurde ein Mädchen geboren. Das Kind hatte laut Krankendokumentation keine Spontanatmung, keine Herzaktion, war blass und ohne Muskeltonus (Apgar 0/0/1 laut Geburtenbuch). Die Hebamme begann mit einer Maskenbeatmung des Neugeborenen. Die Infusion mit dem wehenfördernden Medikament wurde gestoppt.

Bis zu diesem Zeitpunkt war laut vorliegenden Krankenunterlagen und den Angaben von Frau NN noch immer kein Arzt anwesend.

Erst um 4:56 Uhr setzte eine von der Hebamme alarmierte Pflegeperson einen internen Notruf ab und ließ auch zusätzlich den Facharzt für Anästhesiologie in Rufbereitschaft verständigen. Um 4:57 Uhr trafen alarmierte Ärzte aus dem internen und chirurgischen Bereich des Hauses sowie der erstversorgende Notarzt im Kreißaal ein. Dieser begann sofort mit Reanimationsmaßnahmen am Kind.

Um 5:07 Uhr wurde das Kind nach Eintreffen des aus der Rufbereitschaft geholten Facharztes für Anästhesiologie intubiert, entsprechend künstlich beatmet und notversorgt. Eine Blutgasanalyse war laut Aufzeichnungen aufgrund eines Gerätedefektes vorerst nicht möglich.

Frau NN beobachtete in diesem Zeitraum, dass die Hebamme kollabierte, diesbezüglich findet sich jedoch kein schriftlicher Vermerk im Geburtenbuch.

Der Facharzt für Anästhesiologie veranlasste eine Transferierung des Kindes in das nächstgelegene Universitätsklinikum, Abteilung für Neonatologie.

Erst um 5:20 Uhr wurde laut Geburtenbuch der sich ebenfalls in Rufbereitschaft befindliche Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe verständigt, um 5:45 Uhr war dieser im Kreißaal – 1 Stunde und 40 Minuten nach Eintreffen der Gebärenden in der Krankenanstalt.

Um 7:50 Uhr traf das Kinderintensivteam aus dem nächstgelegenen Universitätsklinikum ein. Nach entsprechender medizinischer Notversorgung

vor Ort wurde das Neugeborene mit dem Hubschrauber in das Universitätsklinikum transferiert. Trotz intensivmedizinischer Behandlung verstarb das Kind nach der Geburt an den Folgen des schweren intrauterinen Sauerstoffmangels.

Frau NN wurde noch am Tag der Geburt mit einer massiven inneren Bauchblutung bei Verdacht auf Uterusruptur (Zerreißung der Gebärmutter) mit dem Hubschrauber in dasselbe Universitätsklinikum gebracht. Im Rahmen einer Notoperation mussten die Gebärmutter und der linke Eierstock entfernt werden. Im Zuge dieses Eingriffes kam es auch zu einer Verletzung des Harnleiters. Nach 14 Tagen konnte Frau NN aus der stationären Behandlung entlassen werden und wurde danach noch ambulant betreut.

Die histologische Aufarbeitung der Plazenta ergab keine pathologischen Veränderungen.

Die Intervention PPO:

Frau NN kontaktierte die PPO, da sie grobe Versäumnisse in der geburtshilflichen Betreuung vermutete. Insbesondere der Umstand, dass trotz Vorankündigung „Geburt im Gange“ durch den Notarzt in der geburtshilflichen Abteilung der Krankenanstalt kein Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe vor Ort war, um die Geburt fachärztlich zu begleiten, entsprechende medizinische Maßnahmen zeitgerecht einzuleiten und vor allem durchführen zu können (z.B. Kaiserschnittentbindung). Außerdem wurde aus Sicht der Mutter auch das Neugeborene nicht adäquat versorgt.

Die Aufarbeitung PPO:

Die Aufarbeitung der Krankenunterlagen, die Einsicht in die sanitätsbehördlichen Betriebsbewilligungsbescheide, sowie die internen Fachrecherchen der PPO ließen Versäumnisse in der betroffenen Krankenanstalt vermuten.

Gemäß des **sanitätsbehördlichen Betriebsbewilligungsbescheides** vom 22.02.2008, in weiterer Folge vom 22.12.2008 und vom 09.10.2014 für die betreffende Krankenanstalt/ Geburtshilfe und Gynäkologie sind:

Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe nicht nur bei normabweichenden Geburtsverläufen, sondern überhaupt **bei jeder Geburt bei zu ziehen. Reine Hebammengeburt sind daher nicht zulässig.**

Die Anwesenheit einer/eines Fachärztin/Facharztes für Gynäkologie und Geburtshilfe ist zumindest mit Rufbereitschaft, d.h. mit Einsatzbereitschaft (bezogen auf den Behandlungsverlauf, wenn die Patientin in stationärer Behandlung ist) innerhalb von 30 Minuten zu regeln.

Laut **Hebammengesetz** (HebG) § 4 (1) wurden in diesem Fall möglicherweise von der Hebamme auch ihre **berufsrechtlichen Grenzen der eigenverantwortlichen Ausübung ihres Hebammenberufes überschritten** und der Schaden bei Mutter und Kind durch ihr falsches Handeln mitverursacht.

Grenzen der eigenverantwortlichen Ausübung des Hebammenberufes

§ 4. (1) Bei Verdacht oder Auftreten von für die Frau oder das Kind regelwidrigen und gefährdenden Zuständen während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts, darf die Hebamme ihren Beruf nur nach ärztlicher Anordnung und in Zusammenarbeit mit einer Ärztin/einem Arzt ausüben.

Der verantwortlichen Hebamme ist dahingehend ein Vorwurf zu machen, dass sie aufgrund der Geschehnisse im Kreißaal vorschriftswidrig handelte. Sie überschritt die Grenzen der eigenverantwortlichen Ausübung des Hebammenberufes, indem sie nicht zeitgerecht einen Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe beizog.

Zusätzlich dazu, dass die Hebamme, trotz Gefahr für Mutter und Kind, die Geburt allein durchführte, verabreichte sie der Gebärenden laut Angabe im Geburtenbuch ab 4:45 Uhr in Eigenverantwortung eine wehenfördernde Infusion. In den besonderen Warnhinweisen für die Anwendung dieses Medikamentes wird darauf hingewiesen, dass dieses Medikament grundsätzlich nur nach strenger Indikation und unter qualifizierter ärztlicher Kontrolle verabreicht werden darf, da zu hohe Dosen eine unerwünscht starke

Gebärmutterstimulation bis zur Gebärmutterruptur, im Extremfall zur kindlichen Sauerstoffunterversorgung bis hin zum Tod des Kindes führen kann. Eine sorgfältige kontinuierliche Überwachung der Herzfrequenz des ungeborenen Kindes ist notwendig, um die Dosierung adäquat anpassen zu können.

In den uns vorliegenden Krankenunterlagen fehlte die fachärztliche Anordnung, die fachärztliche Aufsicht und eine Aufzeichnung der kindlichen Herztöne vor und während der Gabe.

Im Hinblick auf den oben beschriebenen Geburtsverlauf muss nun davon ausgegangen werden, dass trotz Vorankündigung der Gebärenden in der betreffenden Krankenanstalt und entgegen den sanitätsbehördlichen Auflagen ein Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe nicht zeitgerecht zur Geburt bzw. zur Entwicklung des Kindes beigezogen wurde.

Es wurde offensichtlich gegen die gesetzlichen Bestimmungen des Hebammengesetzes verstoßen.

Trotz des Verdachts eines gefährdenden Zustandes für Mutter und Kind, hatte die Hebamme laut Aufzeichnungen erst nach ca. 50 Minuten ärztliche Unterstützung angefordert. Die Übernahme der Patientin NN durch die Hebamme im Krankenhaus um 4:05 Uhr – das Eintreffen des ersten alarmierten Arztes um 4.57 Uhr. **Der Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe wurde erst um 5:20 Uhr verständigt und traf um 5:45 Uhr im Kreißaal ein.**

Unsere internen fachlichen Recherchen haben ergeben, dass nach Vorankündigung des Notarztes bei einer „Geburt im Gange“ das gesamte Fach-Team (Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, Facharzt für Anästhesiologie sowie das Operationsteam) für eine evtl. Kaiserschnittentbindung alarmiert hätte werden müssen. Zumal laut Notarztprotokoll das betreffende Krankenhaus um ca. 3:40 Uhr (Abfahrtszeit des Notarztes mit der Gebärenden in Richtung Krankenhaus) verständigt wurde und die Gebärende um 4:05 Uhr in der Krankenanstalt eintraf, wäre dafür ausreichend Zeit gewesen. Die Gebärende hätte sofort nach Eintreffen in der Krankenanstalt fachärztlich untersucht werden müssen und je nach

mütterlicher bzw. fetaler Parameter und Höhenstand des Kindskopfes, hätte eine fachärztliche Entscheidung für eine Kaiserschnittentbindung oder eine vaginal operative Geburt getroffen werden können. Diese fehlende Fachkompetenz eines Facharztes für Gynäkologie und Geburtshilfe ist verantwortlich für die nicht zeitgerechte Entbindung und somit sehr wahrscheinlich ursächlich oder zumindest mitursächlich für die schwere intrauterine Asphyxie (Sauerstoffunterversorgung) des ungeborenen Kindes bis hin zum Tod des Säuglings und auch für die schwere Schädigung der Mutter.

Auf diesbezügliche telefonische Nachfrage der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft bei einer in der Krankenanstalt beschäftigten Hebamme, teilte uns diese mit, dass von Montag bis Freitag zwei Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe immer nur am Vormittag auf Basis eines 50%igen Beschäftigungsausmaßes im Krankenhaus vor Ort anwesend seien und der übrige Zeitraum durch einen Bereitschaftsdienst geregelt sei. Sieben vollbeschäftigte Hebammen decken den Bedarf einer 24-stündigen Anwesenheit einer Hebamme ab. Auf unsere Frage hin, wann der Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe im Bereitschaftsdienst verständigt werde, erklärte die Hebamme: „...üblicherweise erst dann, wenn der Hut brennt...“. Diese Angabe ließ uns vermuten, dass offensichtlich intern nicht entsprechend den sanitätsbehördlichen Bescheiden vorgegangen wird.

Bei unserer telefonischen Rückmeldung dieser Beobachtungen an den ärztlichen Leiter dieser Krankenanstalt hatten wir nicht den Eindruck, dass bezüglich dieses Vorfalles bereits entsprechende interne Überprüfungen des Ablaufes vor-, während und nach der Geburt stattgefunden haben und auch bis dato keine entsprechenden organisatorischen Maßnahmen zur Gewährleistung der erforderlichen Patientinnensicherheit initiiert wurden.

Noch im Zuge der Auseinandersetzung mit diesem tragischen Fall meldeten sich noch **weitere acht Frauen**, die ebenso im Zuge ihrer Geburtsverläufe **Komplikationen mit teilweise schwerwiegenden Folgen für Mutter und/oder**

Kind hatten und ebenso wie im geschilderten Fall **kein Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe anwesend war.**

Die Ergebnisse der umfangreichen Aufarbeitung im beschriebenen Fall sowie die vermehrten Rückmeldungen weiterer betroffener Frauen veranlassten die PPO zu folgenden Maßnahmen:

1. Im Oktober 2014 wurde von der PPO im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages betreffend einer Geburt mit Todesfolge für das Kind und schwerer Verletzung der Mutter eine **Strafanzeige bei der Staatsanwaltschaft** eingebracht, da neben den berufsrechtlichen Versäumnissen auch ein Organisationsverschulden nicht ausgeschlossen werden konnte.
2. Gleichzeitig wurde von der PPO eine **sanitätsbehördliche Überprüfung** bei der zuständigen Sanitätsbehörde des Landes Steiermark beantragt.
3. Weiters beantragte die PPO eine qualitative Analyse sämtlicher geburtshilflicher Krankenakten 2008 – 2014 unter **Einbeziehung eines Expertenteams** (praxis- und führungserfahrener Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, Facharzt für Neonatologie, Mitarbeiter des Gesundheitsfonds und Mitarbeiter der Sanitätsbehörde, ein Mitarbeiter der Bäderhygiene, ein Amtssachverständiger unter Einbeziehung der PPO) im Hinblick auf die im Bescheid zur Betriebsbewilligung erteilten Auflagen und zur Beurteilung allfälliger Schäden bei den Müttern sowie deren Kindern.
4. Im Dezember 2014 erfolgte von der PPO gemäß ihrem gesetzlichen Auftrag eine **Meldung an die Volksanwaltschaft**. Dabei wurde die Volksanwaltschaft um eine Überprüfung ersucht, warum die qualitätssichernden Auflagen der Betriebsbewilligungen ab 2008 für diese Krankenanstalt von den zuständigen Behörden bis zum gegenständlichen Schadensfall nicht kontrolliert wurden, insbesondere auch im Hinblick darauf, dass die Krankenanstalt zwischen 2009-2011 mehrmals bei der zuständigen Sanitätsbehörde eine Streichung der

verpflichtenden Beziehung eines Facharztes für Gynäkologie und Geburtshilfe beantragt hatte. Dies hätte aus Sicht der PPO eine höhere Aufmerksamkeit der Behörden erfordert.

Das Ergebnis zu Punkt 1 (Zeitpunkt der Berichterstattung)

Die **Staatsanwaltschaft prüft** derzeit ein **rechtswidriges und schuldhaftes Verhalten der involvierten Personen** dieser geburtshilflichen Abteilung in drei Fällen (im zivilen Rechtsweg wurden zum Zeitpunkt der Berichterstattung bereits drei Klagen eingebracht).

Da ebenso ein Organisationsmangel des Rechtsträgers des Krankenhauses vorliegen könnte, sind auch strafrechtliche Ermittlungen im Sinne des Verbandsverantwortlichkeitsgesetzes wegen **Organisationsverschulden nicht ausgeschlossen.**

Das Ergebnis zu Punkt 2 (Zeitpunkt der Berichterstattung)

Im Februar 2015 erfolgte eine **sanitätsbehördliche Überprüfung**. Im Hinblick auf das Ergebnis musste davon ausgegangen werden, dass nach Angaben der betreffenden Krankenanstalt und entgegen den sanitätsbehördlichen Auflagen ca. 50% der Geburten ohne Beziehung eines Facharztes für Geburtshilfe und Gynäkologie durchgeführt worden waren, obwohl die sanitätsbehördliche Regelung vorsieht, dass bei jeder Geburt innerhalb von 30 Minuten ein Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe anwesend sein muss und alleinige Hebammengeburten nicht zulässig sind.

Folgt man den Empfehlungen der deutschen Fachgesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, dann muss bei jeder Geburt sogar innerhalb von 20 Minuten ein Notkaiserschnitt durchgeführt werden können.

Durch hausinterne Leit,- und Richtlinien der betreffende Krankenanstalt wurden diagnostische und therapeutische Maßnahmen den Hebammen

übertragen, auch wenn diese laut Empfehlungen der Fachgesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe grundsätzlich dem Arzt vorbehalten sind.

Der zuständige Verantwortliche in der Sanitätsbehörde verfügte, dass bis auf weiteres ab sofort bei jeder Geburt ein Arzt anwesend sein muss.

Das Ergebnis zu Punkt 3 (Zeitpunkt der Berichterstattung)

Im Auftrag des Gesundheitslandesrates tagte im Mai 2015 erstmalig die Expert/inn/enkommission.

Als Ergebnis erarbeitete die **Expert/inn/enkommission neue Voraussetzungen von bereits acht bestehenden Auflagen** für die Betriebsbewilligung im Rahmen der Geburtshilfe und Gynäkologie um Schäden für Mutter und Kind (bis auf ein schicksalhaftes unvermeidbares Restrisiko) hintanzuhalten.

Die betreffende Krankenanstalt kann diese neuen definierten Auflagen nach eigenen Angaben zum Zeitpunkt der Berichterstattung allerdings nicht zur Gänze erfüllen, da in diesem Fall zu wenige Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe der Krankenanstalt zur Verfügung stünden (Arbeitszeitgesetz). Ob die beiden Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe **entsprechend der neuen Regelung** als „leitende Dienstnehmer“ mit maßgeblichen selbstverantwortlichen Führungsaufgaben nicht unter das geltende Arbeitszeitregime fallen, wird noch vom Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft überprüft.

Trotzdem bleibt die Forderung der Sanitätsbehörde aufrecht, dass bei jeder Geburt zeitgerecht ein Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe anwesend sein muss.

Für **Wassergeburten** wurde von der Sanitätsbehörde eine neue **Richtlinie mit medizinischen und technischen Vorgaben** bekanntgegeben, die auch für alle anderen geburtshilflichen Abteilungen in den öffentlichen Krankenanstalten der Steiermark Gültigkeit hat.

Das Ergebnis zu Punkt 4 (Zeitpunkt der Berichterstattung)

Im Dezember 2015 teilte die **Volksanwaltschaft** der PPO mit, dass die Sanitätsbehörde bzw. die **Steiermärkische Landesregierung** zu der Thematik um eine **Stellungnahme ersucht** wurde. Bei Fertigstellung dieses Tätigkeitsberichtes lag diese noch nicht vor.

Fazit:

Es wird daher letztlich auch eine gesundheitspolitische Entscheidung sein, wie eine qualitative geburtshilfliche Versorgung dieser Region in Zukunft sichergestellt werden kann.

11 Vielschichtige Problemstellungen – Alltag in der PPO – Medienarbeit

In diesem Kapitel sollen beispielhaft einige ausgewählte Fälle aufgezeigt werden, die verdeutlichen, mit welcher unterschiedlicher Problemstellung sich Patientinnen und Patienten an die PPO wenden.

11.1 Fallbeispiel: Pflegefehler

Es ist immer wieder zu bemerken, dass notwendiger Pflegebedarf erkannt wird und auch eine professionelle Pflegeplanung erfolgt, die adäquaten Pflegemaßnahmen aber nicht umgesetzt werden. Eine der Gründe könnte darin liegen, dass der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege die Planung der Pflege durchführt, für die Umsetzung der geplanten Pflegemaßnahmen jedoch nicht ausreichend qualifiziertes Personal zur Verfügung steht.

Der Fall:

Wegen Blut im Harn wurde ein 86-jähriger Mann vom niedergelassenen Facharzt für Urologie an ein Krankenhaus überwiesen.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme im **Krankenhaus 1** war der Patient persönlich, örtlich, zeitlich und situativ desorientiert. Die Tochter, die ihn begleitete, gab bei der pflegerischen und ärztlichen Anamnese einen Sturz vor 10 Tagen und eine Demenzerkrankung mit nächtlicher Bettflucht an. Dies wurde auch in der Pflegedokumentation festgehalten. In der Pflegeplanung wurden sturzprophylaktische Maßnahmen (z.B. Schuhe kontrollieren und Betthöhe anpassen) geplant. In der Durchführung wurden jedoch keine Bettseitenteile und kein Niederflurbett zur Vermeidung eines Sturzes aus dem Krankenbett zur Verfügung gestellt. Auch die Betthöhe wurde entgegen der Planung nach

Angaben und Beobachtungen der Tochter bei ihren Besuchen nicht auf die niedrigste Stufe gestellt.

Wegen der Einnahme eines blutverdünnenden Medikamentes musste die geplante Operation (Entfernung eines Blasentumors) verschoben werden und der Patient erhielt zwischenzeitlich einen Blasenverweilkatheter. Während der nächsten Tage zeigte er immer wieder Zeichen von zunehmender Verwirrtheit, die auch dokumentiert wurden. Trotzdem wurden keine weiteren Sicherheitsmaßnahmen eingeleitet.

Laut Sturzerfassungsprotokoll wollte der Patient anscheinend am 6. Tag selbstständig aufstehen und rutschte dabei über die Bettkante zu Boden. Die Angehörigen wurden jedoch zu diesem Zeitpunkt darüber nicht informiert. Schmerzbedingt wurde ein CT des Hüftgelenks angeordnet, dabei zeigte sich ein Oberschenkelhalsbruch rechts, der am nächsten Tag operativ versorgt werden musste. Erst jetzt wurden Bettseitenteile angeordnet und angebracht. Vier Tage später wurde in Allgemeinnarkose ein Tumor in der Blase abgetragen. Die Remobilisation war schmerzhaft und pflegeintensiv.

Nach einer Woche wurde der Patient mit liegendem Blasenkatheter aus der stationären Behandlung entlassen und zur Rehabilitation in eine Remobilisationseinrichtung (**Krankenhaus 2**) verlegt. Trotz bekannter Vorgeschichte kam es wieder zu einem Sturz aus dem Bett, was die Remobilisation beeinträchtigte. Die Angehörigen wurden wieder nicht zeitgerecht informiert.

Zwei Wochen später verschlechterte sich der Allgemeinzustand massiv und der Patient kam wegen einer Lungenentzündung in das **Krankenhaus 3** in stationäre Behandlung. Bei der stationären Aufnahme zeigte sich ein sehr schlechter Allgemeinzustand: eine Elektrolytentgleisung, sehr hohe Nierenwerte mit beginnendem Nierenversagen und eine Lungenentzündung. Der Hautzustand wurde in der Pflegedokumentation als „intakt“ beschrieben, gleichzeitig wurde jedoch eine starke Rötung am Gesäß dokumentiert.

Die Tochter des Patienten wurde wegen des sehr schlechten Allgemeinzustandes telefonisch vom Krankenhaus informiert, dass „mit dem Schlimmsten gerechnet werden müsse“ und fuhr deshalb mit ihren Töchtern sofort dorthin. Die Familie blieb bis spätabends bei dem schwerkranken Angehörigen in einem sogenannten Begleitzimmer, in welches der Patient verlegt worden war, damit sich die Angehörigen verabschieden konnten. In Anwesenheit der gesamten Familie legte eine Pflegeperson dem Patienten eine Wärmeflasche zu seinen kalten Füßen. Der Tochter erschien die Wärmeflasche relativ heiß, aber in ihrer Sorge und Trauer reagierte sie nicht, sondern verließ sich auf die Kompetenz der Pflegeperson. Zur Freude der Angehörigen konnte der Patient bald wieder in sein ursprüngliches Patientenzimmer verlegt werden.

Am nächsten Tag waren beide Füße des Patienten eingebunden. Durch die heiße Wärmeflasche entstanden Brandblasen an beiden Fußsohlen. Im Pflegebericht wurde als Ursache „unklare Herkunft“ dokumentiert.

Der Allgemeinzustand des Patienten verbesserte sich erstaunlicher Weise zum Positiven. Der Hautzustand der beiden Füße und des Gesäßes verschlechterte sich jedoch massiv. Bei der Entlassung aus der stationären Behandlung bestanden eine offene blutende Wunde am Gesäß, sowie offene Stellen und mehrere Zentimeter große blau verfärbte Blasen an beiden Füßen.

Zuhause wurden diese Hautdefekte an Gesäß und Fußsohlen von der Hauskrankenpflege und dem Hausarzt versorgt. Die Wunden an den Füßen heilten jedoch nicht ab.

Zur Abtragung der abgestorbenen Hautteile an den Fußsohlen musste der Patient in ein **Krankenhaus 4**. Es wurde eine Vollhauttransplantation vom Oberschenkel auf beide Fußsohlen durchgeführt. In weiterer Folge kam es zu massiven Wundheilungsstörungen und zu einer schweren Infektion, sowie einem multiresistenten Keimbefall am ganzen Körper.

Im **Krankenhaus 5** musste am linken Fuß wegen einer Knocheneiterung noch ein operativer Eingriff vorgenommen werden.

Nach einem halben Jahr war die Wunde an der Fußsohle nach mehrmaligen operativen Eingriffen noch ca. 1 cm groß. Der Patient war inzwischen voll pflegeabhängig.

Der Gesundheitszustand des Patienten nach den stationären Aufenthalten:

Vor dem Aufenthalt im Krankenhaus 1 war der Patient in der Lage kurze Wegstrecken selbstständig zu gehen und konnte sich mit Hilfe seiner Tochter weitgehend selbst versorgen (Pflegestufe 4). Trotz erfolgter Pflegeplanung (Sturzanamnese) wurden keine adäquaten präventiven Pflegemaßnahmen durchgeführt.

Ein Sturz aus dem Bett führte zu einer schweren Verletzung (Schenkelhalsbruch) und stellte die Grundlage für einen weiteren folgeschweren Verlauf.

Durch eine weitere falsche Pflegemaßnahme (nicht richtig verabreichte Wärmeflasche) erlitt der Patient eine Verbrennung beider Fußsohlen. Im Laufe der dadurch notwendig gewordenen Krankenhausaufenthalte verschlechterte sich sein Allgemeinzustand derart, dass der Patient nun voll pflege- und betreuungsbedürftig ist (Pflegestufe 7).

Die Intervention PPO:

Die Tochter wandte sich an die PPO des Landes Steiermark und es wurde ein Entschädigungsantrag bei der Schlichtungsstelle einbracht. Bereits in der ersten Sitzung mit der Tochter bestand Übereinstimmung darin, dass der Sturz aus dem Bett im Krankenhaus 1 und damit auch das Bruchgeschehen vermeidbar gewesen wäre. Die Einschätzung der Sturzgefährdung war von Seiten der Pflegefachkräfte richtig erfolgt, die notwendige Sturzprophylaxe

durch Seitenteile am Krankenbett oder ein Niederflurbett zur Vermeidung eines Sturzes aus dem Bett wurde jedoch nicht umgesetzt. Darin wurde auch ein Pflegefehler gesehen.

Nach der plausiblen Schilderung der Tochter des Patienten über das Entstehen der Brandblasen an den Fußsohlen bestand auch kein Zweifel daran, dass diese durch eine zu heiße Wärmeflasche entstanden sind. Der Patient konnte damals infolge seines massiv schlechten Allgemeinzustandes darauf nicht mit einer Schmerzäußerung reagieren.

Das Ergebnis nach Aufarbeitung der PPO:

Der Patient erhielt eine finanzielle Entschädigung für die erlittenen Schmerzen und für die psychische Beeinträchtigung, die durch den zugefügten Schaden verursacht wurden, die Kosten für den Pflegemehraufwand wurden ebenfalls ersetzt.

Zusätzlich erfolgte eine Aufarbeitung im Qualitätsmanagement/ Risikomanagement der betreffenden Krankenanstalt. Diese Rückmeldung war den Angehörigen besonders wichtig.

Empfehlung der PPO:

Im Hinblick auf die demographische Entwicklung werden in Zukunft immer mehr hochbetagte, multimorbide und teilweise auch demente Menschen in Krankenhäusern behandelt und gepflegt werden müssen. Daraus resultiert, dass nur durch eine fachliche Pflegekompetenz eine qualifizierte Pflege gewährleistet werden kann.

Professionelle Pflege ist vor allem dadurch gekennzeichnet, dass individuell für den jeweiligen „Fall“ die richtigen Maßnahmen eingeleitet werden. Dabei handelt es sich aber eben nicht um isolierte Einzelmaßnahmen, sondern um Handlungskomplexe. Pflegende stehen gleichermaßen unter dem Zwang der Entscheidung und dem der Begründung. Sie benötigen daher zukünftig nicht nur einzelne Zusammenhänge sondern komplexe Entscheidungs- und Begründungswege.

Der politische Focus darf daher nicht nur auf die Sicherstellung der ärztlichen bzw. medizinischen Behandlung liegen, sondern muss immer in Zusammenschau mit der professionellen Pflege betrachtet werden.

11.2 Gastkommentar: „Vermehrte Anforderungen an das Pflegepersonal im Akutkrankenanstaltenbereich“

Ein Teilnehmer des Sachverständigenkurses für Gesundheits- und Krankenpflege absolvierte im Rahmen dieser Ausbildung ein Praktikum in der PPO. Durch seine hauptberufliche Tätigkeit als Pflegedirektor einer Krankenanstalt entwickelten sich in Zusammenschau mit den in der PPO aktenkundigen Pflegeschäden auch fachliche Diskussionen im Hinblick auf die derzeitigen und auch zukünftigen Anforderungen und Entwicklung der Pflege in den Akutkrankenanstalten.

Das Resümee unserer Fachgespräche fasste der Praktikant im nachstehenden Artikel zusammen und stellte diesen der PPO für den Tätigkeitsbericht zur Verfügung:

Ausgangssituation:

Durch die rasante Entwicklung im Gesundheitswesen gewinnt die Spezialisierung und Professionalisierung im Krankenhaus immer mehr an Bedeutung.

Dynamisches Umfeld, wachsender Kostendruck und die zunehmende Bereitschaft und Fähigkeit von Konsument/inn/en (Patient/inn/en), zwischen Angeboten zu wählen und das für sie attraktivste zu identifizieren, werden den Konkurrenzdruck auf Gesundheitsorganisationen und den Wettbewerb am Gesundheitsmarkt zunehmend verstärken. Die Arbeit und die Arbeitsverträge sind in zunehmendem Maße leistungsorientiert und mit einem hohen Maß an Selbstverantwortung für Laufbahn und Lernen verbunden. Die Organisation „Krankenhaus“ fordert vom Einzelnen viel Selbständigkeit im Urteilen, Entscheiden und Handeln. Die Aufgaben werden immer komplexer und das Umfeld verändert sich rasch und fortwährend. Das Thema „Qualität“ gewinnt in Dienstleistungsbetrieben, wie das Krankenhaus eines ist, zunehmend an Bedeutung.

Als Ursache dafür nennt Köck (Heimerl – Wagner/Köck; S.29), dass es in Industrieländern seit den siebziger Jahren zu einer deutlichen Verbesserung des Wohlstandes breiter Schichten der Bevölkerung gekommen sei, wodurch zu beobachten sei, dass diese kaufkräftiger und selbstbewusster gewordenen Bevölkerungskreise immer weniger bereit seien, Angebote zu akzeptieren, die primär auf die Bedürfnisse der Anbieter und nicht auf die der Konsumenten abgestimmt seien.

Aber wie ist es tatsächlich um das Thema „Qualität“ im Gesundheitswesen bestellt – überholt nicht der Kostendruck und der Mangel an qualifiziertem Personal auf der einen Seite und die demografische Entwicklung kombiniert mit erhöhten Bedarf an pflegerischen Leistungen auf der anderen Seite, die Bemühungen der MitarbeiterInnen von Krankenanstalten, dem Thema Behandlungsqualität zu entsprechen?

Problemstellung:

Die Situation der Gesundheits- und Krankenpflege im intramuralen Bereich hat sich im vergangenen Jahrzehnt durch Strukturveränderungen im Angebotssektor, durch die Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen und angesichts der steigenden Lebenserwartung der Bevölkerung kombiniert mit dem erhöhten Bedarf an Betreuungsleistungen maßgeblich verändert.

Beispielweise führt die Zusammenlegung von fachübergreifenden Stationen und die Sperre von Stationen am Wochenende (PatientInnen die weitere Betreuung benötigen werden freitags verlegt) zwar zu einer Steigerung der Auslastung, die komplexen Anforderungen an die diplomierten Fachkräfte und das damit verbundene, um ein vielfaches erhöhte, Risiko für PatientInnen werden dabei ignoriert.

Die Verkürzung der Verweildauer, sowie die Zunahme der tages- bzw. wochenklinischen Behandlung führen zusätzlich dazu, dass der administrative Aufwand für das Pflegepersonal zunimmt.

Massiv verschärft hat sich auch der Druck auf das diplomierte Fachpersonal durch die Strukturänderungen im medizinischen Sektor. Krankenanstalten – Arbeitszeitgesetz, „Ärzteausbildung – neu“ und die damit verbundenen Auflagen der Verantwortungsträger, zwangen die Pflege im Sinne der Patientenorientierung beinahe dazu, neue Tätigkeitsbereiche im Rahmen des §15 GuKG i.d.g.F. zur Gänze zu übernehmen. Ohne im erforderlichen Maße auf den damit verbundenen Mehrbedarf im Personalsektor zu reagieren, wurden dem diplomierten Personal, teils ohne ausreichende Schulung, neue Aufgabenbereiche (intravenöses Blutmanagement, Assistenz bei Operationen etc.) zugeteilt, während es im ärztlichen Bereich, aufgrund der Notwendigkeit der Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes zu einer Aufstockung des Personalstandes und der ärztlichen Gehälter kam.

Auch der Bereich der zu betreuenden PatientInnen unterliegt einem zunehmenden Wechsel:

Folgt man dem Bedarfs- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Personen - Steiermark 2025 (Stand: September 2015) so rechnet man mit einer sukzessiven Zunahme an Menschen mit erhöhtem Pflegebedarf – dieser Umstand spiegelt sich bereits jetzt im Krankenanstaltensektor wider.

Der Anteil an PatientInnen mit alterspsychiatrischen Erkrankungen (Demenz) hat sich in den vergangenen Jahren in beinahe allen Fachrichtungen erhöht. Der Umgang mit diesen PatientInnen erfordert sehr differenzierte Pflege- und Betreuungsbedarfe, einen hohen Anteil an weitergebildeten MitarbeiterInnen im Bereich Demenz (Validation, psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm, Basale Stimulation, etc.) und Zeit! Die Betreuung dementer PatientInnen ist im Vergleich zu nicht dementen PatientInnen erheblich zeitintensiver, auch im Hinblick darauf, dass diese Menschen bei der Verrichtung diverser Maßnahmen von der Pflege anzuleiten sind.

Ein bisher kaum beachtetes aber rasant zunehmendes Problem im Krankenhaussektor ist die stark gestiegene Anzahl von PatientInnen mit Migrationshintergrund, im Zusammenhang mit vorhandenen Sprachbarrieren.

Auch wenn das Thema Interkulturalität mittlerweile Bestandteil der Pflegeausbildung ist, bedeutet der Umgang mit PatientInnen ohne Deutschkenntnisse einen immensen Zeit- und Ressourcenaufwand, der vor allem am Pflegepersonal hängen bleibt! Die Organisation von Dolmetschdiensten erweist sich als oft als sehr schwierig bis unmöglich – die fachgerechte Erklärung der notwendigen Pflege- und Betreuungsmaßnahmen und deren Durchführung ist daher eine äußerst zeitaufwändige Tätigkeit. Zum Beispiel ergab die Evaluierung des Zeitaufwands für ein Aufnahmegespräch, dass der Zeitaufwand bei PatientInnen mit mangelnden Deutschkenntnissen um mindestens das Dreifache(!) steigt!

Demgegenüber stehen derzeit Personalberechnungsmodelle, die weder an die angeführten Entwicklungen noch an die, durch vermehrte Ausfallszeiten (Langzeitkrankenstände, Aus- und Weiterbildung, erhöhter Urlaubsanspruch, unterschiedliche Teilzeitmodelle) bedingten, Änderungen der Jahresnettoarbeitszeit angepasst wurden. Daraus resultiert, dass die bislang angewandten Personal- und Qualifikationsschlüssel nicht ausreichend sind, um die Pflege und Betreuung im erforderlichen Ausmaß und in einem angemessenen Zeitrahmen erbringen zu können.

Folge ist eine permanente Personalanspannung im Bereich der diplomierten Fachkräfte und in weiterer Folge die Zunahme von Krankenständen, Burnout-Erkrankungen und eine kurze Berufsverweildauer.

Handlungsbedarf:

Daher sind die Grundlagen für die derzeitigen Personalbedarfsberechnungen und die Qualifikationsschlüssel entsprechend zu modifizieren und teils starre Vorgaben der Krankenhausträger zu Jahresnettoarbeitszeiten an die tatsächlichen Ausfallszeiten der MitarbeiterInnen anzupassen. Beispielsweise sind auch Zeitaufwände für Bildungsmaßnahmen, Sonderurlaube, Projektarbeiten und qualitätssichernde Maßnahmen und sonstige Absenzen

als quantitative Fehlzeiten zu werten und entsprechend abzubilden. Veränderungen im Berufsalltag, wie die Zunahme an administrativen Tätigkeiten, neue und komplexere Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (auch im Hinblick auf die pflegewissenschaftlichen Entwicklungen) oder die aufwendige Organisation im Kontext zu oben genannten Problemen, verringern die Zeitressourcen immens – daher sind diese zusätzlichen Zeitaufwände entsprechend abzubilden.

Wichtig dabei wäre eine „krankenanstaltenträgerübergreifende“ Evaluierung und Anpassung bestehender Personalbedarfsberechnungsmodelle an die geänderten Anforderungen der Gesundheits- und Krankenpflege, um den veränderten Rahmenbedingungen adäquat gegenüber treten zu können.

Fazit:

Dieser Artikel verdeutlicht die Notwendigkeit die Personalbedarfsmodelle in der Pflege in den Akutkrankenanstalten den tatsächlichen Anforderungen anzupassen.

Diese beschriebenen fehlenden fachlichen und zeitlichen Ressourcen der Pflegefachkräfte spiegeln sich auch in vielen Beschwerderückmeldungen und Beobachtungen von Patient/inn/en und deren Angehörigen der PPO gegenüber wider.

Die Pflegebedarfsplanung muss sich individuell am tatsächlichen Pflegeaufwand orientieren und muss auch in den zukünftigen Strukturreformen von der Gesundheitspolitik und den Krankenanstaltenträgern ihre Berücksichtigung finden.

11.3 Medienarbeit zur Wahrung der Rechte und Interessen der Patient/inn/en

In Kooperation mit dem Verein für Konsumenteninformation erscheinen monatlich Artikel zu Themen und Fallbeispielen, mit denen österreichische Patientenanwältinnen und Patientenanwälte konfrontiert werden. Im Folgenden werden beispielhaft Problemstellungen aufgezeigt, die von der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft des Landes Steiermark im „Konsument“ veröffentlicht wurden und wörtlich hier wiedergegeben werden.

11.3.1 Fallbeispiel 1: Aus Fehlern gelernt – Behandlungsfehler im Spital

Behandlungs- und Pflegefehler im Spital beeinträchtigen den Gesundheitszustand eines Patienten massiv. Die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft bewirkt neben der materiellen Entschädigung für den Patienten Verbesserungen im Qualitätsmanagement des Spitals.

Der Fall:

Herr Franz S. stürzt zu Hause und zieht sich dabei eine Fraktur im Beckenbereich zu. Vor seinem Sturz war der 89-jährige Patient völlig mobil und selbstständig. Bei der Untersuchung im Krankenhaus werden allerdings Erkrankungen an inneren Organen diagnostiziert, was eine weitere Behandlung auf der internen Station des Spitals notwendig macht. Bei der Aufnahme gibt Herr S. an, dass er aufgrund von Erfrierungen an Händen und Beinen, die er sich während der Kriegszeit zugezogen hat, unter schweren Gefühlsstörungen an beiden Füßen leidet. Die Erfrierungen werden auch in der Krankenakte vermerkt. Da er nicht gehfähig ist und absolute Bettruhe einzuhalten hat, muss besonders darauf geachtet werden, dass vor allem an den Füßen keine Druckgeschwüre entstehen können. Ein dafür notwendiger Lagerungsplan wird jedoch nicht erstellt. Nach fünf Tagen treten ausgeprägte

Anzeichen chronischer Druckbelastung mit Geschwürbildung an beiden Fersen auf. Eine penible Druckentlastung wird zwar angeordnet, in der Dokumentation der Krankengeschichte wird jedoch nicht festgehalten, wie die Lagerung der Fersen zu erfolgen hat. Nach 14 Tagen wird Franz S. aus dem Spital entlassen. In den Entlassungspapieren werden Schädigungen der Haut (Dekubitus) und Geschwüre (Ulcera) an beiden Fersen, Fußballen sowie einigen Zehen beschrieben. Auf ärztliche Anordnung erfolgt die weitere Versorgung durch die Hauskrankenpflege.

Herr S. kann sich nur mit Spezialschuhen und Rollstuhl bewegen. Nachdem Beschwerden im Bauchbereich auftreten, wird er erneut in das Krankenhaus aufgenommen. Dabei wird festgestellt, dass in der Zwischenzeit Gewebe an den Fersen abgestorben ist. Diese Nekrosen bessern sich während der dreiwöchigen Behandlungsphase im Spital nur leicht. War der Patient bei der Aufnahme nur eingeschränkt geh- und stehfähig, so kann er bei seiner Entlassung mit dem Rollmobil zirka 150 Meter zurücklegen.

Für die weitere Heilung der Druckgeschwüre wäre allerdings ein mit hohen Kosten verbundener vierwöchiger Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung nötig.

Die Intervention der PPO:

Die Patienten- und Pflegeombudsschaft (PPO) des Landes Steiermark, an die Franz S. sich wendet, fordert vom Träger der Krankenanstalt Einsicht in die Patientendokumentation. Die PPO kritisiert, dass anhand der Unterlagen kein zeit-, sach- und fachgerechtes Handeln der agierenden Pflegepersonen erkennbar sei, und fordert neben einem finanziellen Ausgleich für den Patienten auch strukturelle Maßnahmen, die derartige Versäumnisse bei anderen Patienten in Zukunft verhindern. Die Pflegedirektion nimmt den Fall zum Anlass, um eine qualitätsgesicherte Pflegeplanung und -dokumentation zu erarbeiten, die auch ein Schulungsprogramm und innerbetriebliche Fortbildungen für die Pflegekräfte des Spitals einschließt. Franz S. wird für seine Aufwendungen sowie als Schmerzensgeld für die fehlerhafte Pflege einen Pauschalbetrag von € 7.000 zugesprochen.

Fazit:

Für die PPO zeigt das vorliegende Beispiel, wie idealerweise mit Behandlungs- bzw. Pflegefehlern im Spital umzugehen ist. Neben einer materiellen und finanziellen Entschädigung sind strukturelle Maßnahmen unverzichtbar, um Wiederholungsfälle zu verhindern bzw. diese vorzubeugen.

11.3.2 Fallbeispiel 2: Nicht ernst genommen – OP-Komplikation

Einer Patientin wird bei einer gynäkologischen Operation der Darm verletzt. Ihre Schmerzen und Beschwerden werden von den Ärzten nicht richtig gedeutet. Wäre die Darmverletzung zeitgerecht erkannt und behandelt bzw. operiert worden, hätten ihr viel Leid und Spätfolgen erspart werden können.

Der Fall:

Einer 50-jährigen Frau soll ein großer, gutartiger Tumor in der Gebärmutter entfernt werden. Der Eingriff ist schwierig, weil die Patientin aufgrund einer Bauchoperation in der Kindheit starke Verwachsungen im Bauchraum und Darm hat. Die Operation verläuft vorerst gut, aber bereits in der Nacht wird die Frau von krampfartigen Schmerzen mit kaltschweißigen Ausbrüchen gequält, die trotz starker Schmerzmittel nicht nachlassen. Starke Blähungen, Beklemmungen beim Atmen, niedriger Blutdruck und erhöhte Pulsfrequenz gehen mit stark erhöhten Entzündungsparametern im Blut einher.

Mehrere Ärzte - Gynäkologen und Chirurgen - untersuchen die Patientin, auch eine EKG- und Ultraschalluntersuchung wird gemacht. Diese Untersuchungen ergeben jedoch keinen Befund. Die einzige Maßnahme: Die Patientin bekommt ein anderes Schmerzmittel verabreicht.

Als die Patientin bei der Visite am Nachmittag noch immer über furchtbare Schmerzen und Beschwerden klagt, ordnet der Arzt eine Untersuchung mittels Computertomographie (CT) an, die aber an diesem Tag nicht mehr durchgeführt wird. In der folgenden Nacht – die zweite nach der Operation – kommt es unter hoher Schmerzmitteldosis vorerst am Abend zu einer Schmerzlinderung. Aber gegen Mitternacht bekommt die Patientin wieder unerträgliche Schmerzen im Bauchraum, ihr Puls rast und sie kann nicht mehr richtig durchatmen. Ohne weitere Untersuchungen werden eine Infusion und noch mehr Schmerzmittel angeordnet. Erst am folgenden Vormittag wird die CT-Untersuchung durchgeführt. Die Patientin ist bereits in einem sehr schlechten Allgemeinzustand und im beginnenden septischen Schock. Das

CT zeigt große Mengen Flüssigkeit im Bauchraum, der linke Lungenflügel ist bereits zusammengefallen. Die Patientin muss notoperiert werden, eine Darmschlinge ist bei der Erstoperation verletzt worden. Darminhalt befindet sich in der Bauchhöhle. Intraoperativ kommt es zweimal zum Herzstillstand. In der Folge muss die Patientin drei Wochen intensivmedizinisch behandelt und noch fünf weitere Male operiert werden. Es folgen fünf Wochen auf der Normalstation und eine anschließende langwierige Remobilisation und Rehabilitation. Die Patientin kann nicht mehr voll arbeiten und hat ein Jahr später erst wieder 70 Prozent ihrer normalen Lungenfunktion bzw. ihrer Leistungsfähigkeit erreicht.

Die Intervention der PPO:

Die Frau wendet sich an die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft des Landes Steiermark. Das medizinische Gutachten ergibt, dass es bei der Erstoperation zu einer mechanischen Verletzung des Darmes gekommen war, die während der OP nicht erkannt wurde. Die Krankheitszeichen nach der Operation hätten aber zeitgerecht abgeklärt und eine neuerliche Operation hätte so rasch wie möglich durchgeführt werden müssen. Nach Ansicht des Gutachters hätte sich damit der weitere Krankheitsverlauf mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit günstiger entwickelt und die Patientin hätte weniger Schaden erlitten.

Ergebnis:

Die Patientin erhält eine finanzielle Entschädigung für die erlittenen Schmerzen, die vermeidbar gewesen wären, sowie Ersatz für den dadurch entstandenen Verdienstentgang und die entstandenen Kosten für Therapien im Zusammenhang mit der Rehabilitation.

Der Krankenhausträger erklärte sich auch bereit, die Haftung für allfällige Spätfolgen anzuerkennen.

11.3.3 Fallbeispiel 3: Wer zahlt?

Wenn sich ein Patient nach einem Behandlungsfehler in einem öffentlichen Krankenhaus privat weiterbehandeln lässt, muss der Krankenhausträger die Kosten dafür unter Umständen übernehmen.

Der Fall:

Frau S. stürzt in ihrer Freizeit mit dem Fahrrad. Es wird ein Verrenkungsbruch im linken Sprunggelenk diagnostiziert. Die Operation erfolgt am selben Tag. Zur Stabilisierung des Sprunggelenks wird eine Platte mit Schrauben eingesetzt und ein Unterschenkelspaltgips angelegt. Während des folgenden siebentägigen stationären Aufenthaltes klagt die Patientin immer wieder über Schmerzen. Eine vorgenommene Gipskorrektur führt nicht zur Verbesserung. Der nächste Kontrolltermin im Krankenhaus steht erst in sechs Tagen an. Frau S. ersucht telefonisch um eine Vorverlegung. Man bietet ihr auch einen Termin an, doch dieser wäre mit einer langen Wartezeit in der Ambulanz verbunden. Da die Schmerzen inzwischen unerträglich geworden sind, wendet sich die Patientin an einen Privatarzt. Bei der Röntgenuntersuchung zeigt sich, dass der Innenknöchel nur mit einer Schraube gefasst wurde und sich verschoben hat. Der Arzt nimmt in einer Privatklinik eine operative Revision (Korrektur) vor. Neun Monate später lässt sich die Patientin die Metallplatte vom selben Privatarzt in der Privatklinik entfernen.

Am Ende erhält Frau S. eine Rechnung in der Höhe von € 7.500. Da sie keine Zusatzversicherung hat, müsste sie den Betrag aus der eigenen Tasche bezahlen.

Die Intervention der PPO:

Die Patienten- und Pflegeombudschaft (PPO) des Landes Steiermark holt ein Gutachten ein, inwieweit die aufgetretenen Komplikationen auf einen Behandlungsfehler im öffentlichen Krankenhaus zurückzuführen sind und leitet ein Schlichtungsverfahren ein.

Das Ergebnis:

Der Vertreter der Krankenanstalt argumentiert, dass es der Geschädigten zumutbar gewesen wäre, die Revisionsoperation in einem anderen öffentlichen Krankenhaus vornehmen zu lassen. Die Patientin hält dagegen, dass sie nach der Konsultation beim Privatarzt und dessen Empfehlung zur umgehenden Operation versucht habe, in einem öffentlichen Krankenhaus einen Termin zu bekommen. Auf diesen hätte sie jedoch zwei Monate warten müssen. Aufgrund der starken Schmerzen habe sie sich für den Eingriff im Privatkrankenhaus entschieden. Dass eine Operation notwendig war, belegt das unabhängige Sachverständigengutachten. Dieses konstatiert eine Fehlplatzierung einer Schraube im Innenknöchel. Der Gutachter spricht der Patientin ein Schmerzensgeld zu. Im Schlichtungsverfahren erkennt der Rechtsträger des Krankenhauses seine Schadenersatzpflicht an und übernimmt die Kosten für den Privatarzt sowie die Privatklinik.

Fazit:

Ist die Gesundheit von Patient/inn/en aufgrund eines Behandlungsfehlers beeinträchtigt, hat der/die Geschädigte in der Regel Anspruch auf Erstattung der Heilungskosten, Ersatz des Verdienstentganges sowie fallweise auf Schmerzensgeld. Durch einen Behandlungsfehler geschädigte Patient/inn/en sind allerdings gemäß der Rechtsprechung des OGH im Rahmen ihrer Mitwirkungsobliegenheit zur Schadensminimierung verpflichtet. Sie müssen sich dazu einer erforderlichen weiteren Behandlung, unter Umständen sogar einer erneuten Operation, unterziehen. Die Patient/inn/en sind dabei jedoch nicht verpflichtet, sich von jenem Arzt/jener Ärztin behandeln zu lassen, der/die für einen früheren Behandlungsfehler verantwortlich ist. Die Patient/inn/en können sich unter gewissen Voraussetzungen auch an Privatärzte/Privatärztinnen wenden, ohne dass sie sich einer Verletzung seiner Schadensminimierungspflicht schuldig machen.

11.3.4 Fallbeispiel 4: Wenn Privat zum Nachteil wird

Patient/inn/en, die sich in privaten Krankenanstalten beziehungsweise bei niedergelassenen Ärzten behandeln lassen, haben bei auftretenden Komplikationen keinen Anspruch auf Leistungen aus dem Entschädigungsfonds.

Der Fall 1:

Eine 62-jährige Patientin lässt sich in einer steirischen gemeinnützigen Krankenanstalt an der Schilddrüse operieren. Nach der OP kommt es zu einer beidseitigen Lähmung der Stimmbänder mit massiven Problemen beim Atmen, Sprechen und bei der Nahrungsaufnahme. Auch eine konsequente logopädische Behandlung bringt keine wesentliche Verbesserung. Ein Jahr nach der Erstoperation wird ein weiterer Eingriff in einer Hals-Nasen-Ohren-Abteilung vorgenommen, der zwar zu einer leichten Verbesserung der Atmung führt, die Sprechprobleme und Schwierigkeiten beim Trinken jedoch nicht beheben kann. Die Lebensqualität der Patientin bleibt stark beeinträchtigt.

Der Fall 2:

Eine 53-jährige Patientin lässt sich in einem Sanatorium von einem niedergelassenen Chirurgen wegen einer massiven, medikamentös nicht einzustellenden Überfunktion der Schilddrüse operieren. Es wird die gesamte Schilddrüse entfernt. Nach der Operation tritt eine beidseitige Störung des rückläufigen Kehlkopfnerve (Stimmbandnerve) auf. Die Patientin leidet unter ausgeprägter Atemnot bei bereits geringer körperlicher Belastung sowie bei längerem Sprechen. Aufgrund von verstärktem Speichelfluss und Verschleimung besteht ein ständiger Räusperzwang. Die Patientin neigt zu Hyperventilation (beschleunigte Atmung), dabei treten wiederholt Erstickungsangst, Herzklopfen und Schwindel auf. Durch die massive Einschränkung der Atmung ist keine körperliche beziehungsweise sportliche

Betätigung möglich. Der berufliche Alltag ist kaum zu bewältigen, das soziale Leben eingeschränkt. Die Patientin vermutet einen Behandlungsfehler.

Die Intervention der PPO:

Im **Fall 1** stellt die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft des Landes Steiermark einen Antrag beim verschuldensunabhängigen Patientenentschädigungsfonds des Landes. Die zuständige medizinische Sachverständige befindet, dass es sich bei der nach dem Eingriff beidseitig aufgetretenen Stimmbandlähmung durch die Verletzung der Stimmbandnerven um kein schuldhaftes Fehlverhalten der behandelnden Ärzte handelt. Es sei vielmehr von einer schicksalshaften, mit dem Eingriff ursächlich verbundenen Komplikation auszugehen. Der entlang der Luftröhre verlaufende Stimmbandnerv könne bereits vor der Operation trotz aller Sorgfalt überdehnt oder verletzt worden sein.

Im **Fall 2** wendet sich die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft an die Schlichtungsstelle für den niedergelassenen Bereich. Eine Intervention beim verschuldensunabhängigen Patientenentschädigungsfonds ist aussichtslos, da der operierende Chirurg im Sanatorium als Belegarzt und somit im niedergelassenen Bereich tätig war. Der zugezogene Sachverständige bewertet die beidseitige Stimmbandlähmung als seltene, jedoch typische Komplikation.

Das Ergebnis:

Im **Fall 1** wird aus dem verschuldensunabhängigen Entschädigungsfonds (PEK) ein Betrag in der Höhe von € 21.800.- zuerkannt.

Im **Fall 2** wird, da dem operierenden Arzt kein rechtswidriges Verhalten beziehungsweise Verschulden nachgewiesen werden konnte (was Voraussetzung für eine Entschädigung ist), der Schlichtungsantrag abgewiesen. Ein Antrag beim verschuldensunabhängigen

Entschädigungsfonds nicht möglich. Der Patientin bleibt nur der Gang vor ein Gericht, mit dem Risiko, eventuell anfallende Prozesskosten selbst tragen zu müssen.

Fazit:

Obwohl beide Fälle sehr ähnlich gelagert sind, werden die beiden betroffenen Patientinnen vollkommen unterschiedlich behandelt. § 27a des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG) sieht nämlich nur dann eine Zahlung durch den Patientenentschädigungsfonds vor, wenn die Behandlung in öffentlichen oder privaten gemeinnützigen Krankenanstalten (Fonds- Spitälern) erfolgt ist. Dies ist im Fall 2 nicht geschehen. Für die betroffene Patientin wirkt sich besonders nachteilig aus, dass auch Versicherungen bei fehlendem ärztlichem Verschulden keine Entschädigungsleistung zahlen. Für einen Antrag beim Patientenentschädigungsfonds fehlt der Patientin die Rechtsgrundlage.

Die PPO und die ARGE- Patientenanwaltschaft setzen sich seit Jahren dafür ein, diesen enormen Rechtsnachteil aufzuheben.

Ein Appell zur Ausweitung des Patientenentschädigungsfonds auf den niedergelassenen Bereich und Beiträge unter Umständen mit Beteiligung der Gesundheitsanbieter wurde 2014 von der ARGE-PA erneut an das Bundesministerium herangetragen.

12 Sichere Befundübermittlung

Bereits im Tätigkeitsbericht 2007 wurde von Seiten der PPO über einen Schadensfall berichtet, wo es durch organisatorische Mängel zu einer zeitlichen Verzögerung der Diagnose und Behandlung gekommen war. Es wurde seinerzeit von ärztlicher Seite verabsäumt, dem noch ausstehenden pathologischen Nebenbefund der Mammographie nach der Entlassung der Patientin aktiv nachzugehen. Seit 2009 wird die Thematik „Sichere Befundübermittlung“ im Qualitätssicherungsbeirat der KAGes und im Qualitäts,- und Risikomanagement auf Antrag der PPO (2008) behandelt. Zwischenzeitlich wurden weitere Schadensfälle bekannt.

Anlassbezogen wurde im **Tätigkeitsbericht aus den Jahren 2012/2013** der PPO erneut **auf die noch immer fehlende dringende Umsetzung einer technischen Möglichkeit einer sicheren Befundvidierung hingewiesen**. Die KAGes reagierte auf den diesbezüglichen Vorwurf der PPO mit folgender Stellungnahme:

„...Das ursprüngliche drei Krankenhäuser der KAGes umfassende Projekt ist bis 28.5.2013 unter der Federführung der OE QM³ gelaufen und wurde auf ein Pilotprojekt am LKH – Univ.-Klinikum Graz reduziert. ... Leider mussten zur Umsetzung von neuen Projekten die zur Verfügung stehenden Personalressourcen immer wieder für höher priorisierte Projekte eingesetzt werden. ...“

Im Mai 2016 (Zeitpunkt der Berichterstattung: Februar bis Juni 2016) wurde der KAGes-Vorstandsvorsitzende im Rahmen eines persönlichen Gesprächs von der PPO über alle ihr bekannten Schadensfälle durch fehlende Befundvidierung der letzten zehn Jahre informiert und dabei eine dringende Handlungsempfehlung ausgesprochen.

Dabei wurde dem Vorstandsvorsitzenden nachfolgendes Dokument ausgehändigt

³ OE QM: Organisationseinheit Qualitätsmanagement der KAGes

Schadensfälle durch fehlende Befundvidierung

2006

Patient 1 Alter: 43 Jahre	€ 20.000.- Entschädigung Verjährungsverzicht der KAGes für Spätfolgen	Abteilung für Innere Medizin	Stellungnahme Abteilungsvorstand: <i>„...aus organisatorischen Gründen wurde es 2005 verabsäumt, dem pathologischen Mammografie Befund nach der Entlassung aktiv nachzugehen...“</i>	Gutachten: Zeitlich verzögerte Diagnose und Behandlung eines Mammakarzinoms; Prognose?	PPO begleitet Patient im Schlichtungsverfahren PPO inform. Ärztli. Direktion Tätigkeitsbericht der PPO 2007: „Organisationsverantwortung als Institutionelle Sorgfaltspflicht“ wird thematisiert.
--	---	---------------------------------	--	--	---

2008

PPO informiert bei Kooperationssitzung den KAGes- Vorstand, den Med. Direktor der KAGes, den Ärztlichen Direktor des Univ. Klinikums, QM und RM (Leiter der Rechtsabteilung der KAGes) über die Problematik der sicheren Befundvidierung

PPO stellt einen Antrag an den QSB der KAGes Med. Direktion für ein QS- Projekt: „Qualitätssicherung bei der Übermittlung positiver Befunde von bereits aus der Anstaltspflege entlassener Patient/inn/en“

Tätigkeitsbericht der PPO 2008:
 Bericht über erste positive Entwicklungsschritte des Projektes „Sichere Befundübermittlung“

2010					
Patient 2 Alter: 42 Jahre	€ 20.000.- Entschädigung (Pat. wollte in der sicheren Gewissheit seines nahen Todes nur die Erstattung der Totfallskosten, da er keine nahen Angehörigen hatte))	Abteilung für Chirurgie	Stellungnahme Abteilungsmitglied: „...pathologischer histologischer Befund 2007 (Melanom) wurde nach Entlassung nicht vidiert...“	Gutachten: Durch zeitliche Verzögerung der Diagnose und Behandlung folgte ein metastasierendes Krankheitsgeschehen. Deshalb nur noch palliative Behandlung.	PPO begleitet Patient im Schlichtungsverfahren Bericht QSB am 01.12.2010: KAGes-Mitarbeiter der EDV präsentiert EDV- Konzept zur Sicherung des Prozesses einer gesicherten Befundübermittlung
Patient 3 Alter: 26 Jahre	Kein Schadenersatzanspruch von Patienten gestellt	Notaufnahme	Befund: CT des Abdomens: Perforation der Gallenblase. Befund nicht vidiert, Patient wird mit Perforation entlassen	Patient wird zu Hause verständigt und zur Operation einberufen.	
2012					
Patient 4 Alter: 67 Jahre	€ 50.000.- Entschädigung	Notaufnahme	Stellungnahme Abteilungsmitglied: „...path. CT- Befund 2011 nach Entlassung nicht vidiert...- notwendige weitere diagnostische Abklärung nicht veranlasst...“	Gutachten: Durch verzögerte Diagnostik und Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen – CA keine kurative Behandlung mehr möglich – nur Palliativtherapie.	PPO begleitet Patient im Schlichtungsverfahren PPO informiert QSB: Ärztl. Leiter, EDV und Stabstelle QM- RM werden 2013 erarbeiten „sichere Befundübermittlung Radiologie“ für Notaufnahme.

Patient 5 Alter: 39 Jahre	Kein Schadenersatzanspruch von Patienten gestellt	Abteilung für Orthopädie	Aufarbeitung PPO: Neurologischer Konsiliarbefund 2013 in Krankenbehandlung nicht berücksichtigt	Verzögerte Diagnose und Behandlung – kein Schaden	Fallbearbeitung PPO mit Vertrauensarzt Rückmeldung von PPO am 10.09.2015 an Ärztliche Leitung und KAGes-Rechtsabteilung
2013					
Patient 6 Alter: 37 Jahre 3 mj. Kinder <i>im laufenden Gerichtsverfahren verstorben</i>	Außergerichtliche Verhandlungen über €150.000.- nach einem Jahr gescheitert ZGV: KAGes bestreitet neuerlich Haftung dem Grunde nach Gutachten im ZGV bestätigt Fachmeinung des Erstgutachtens im Schlichtungsverfahren Urteil im ZGV: <u>Oktober 2015: über € 320.000.-</u> Urteil noch nicht rechtskräftig;	Abteilung für Innere Medizin	Stellungnahme Abteilungs Vorstand: <i>„...path. Thorax-Röntgenbefund 2007 wurde nicht vidiert...“</i>	Gutachten: Bei zeitgerechter Diagnose und Behandlung des Lungen- Ca. ab 2007 wäre kurative Behandlung möglich gewesen. Durch verzögerte Diagnostik und Behandlung nur noch Palliativbehandlung.	PPO begleitet Patient im Schlichtungsverfahren
Patient 7 Alter: 40 Jahre	€ 30.000.- Entschädigung	Abteilung für Orthopädie	Gutachten: Schlichtungsverfahren: Neurologischer Konsiliarbefund 2012 blieb in der Behandlung unberücksichtigt	Differenzschaden wird bewertet	PPO begleitet Patient im Schlichtungsverfahren Rückmeldung von PPO am 10.09.2015 an Ärztliche Leitung und KAGes-Rechtsabteilung

2014

Tätigkeitsbericht der PPO 2012/2013:

PPO berichtet neuerlich im Tätigkeitsbericht, dass bis dato das Projekt „Sichere Übermittlung aller Befunde“ innerhalb des Krankenhausverbundes seit 2009 noch immer nicht umgesetzt wurde.

Dazu die Stellungnahme des KAGes- Vorstandes vom 12.11.2014:

„... Das ursprünglich drei KH der KAGes umfassende Projekt ist bis 28.5.2013 unter der Federführung der OE- QM gelaufen und wurde auf eine ein Pilotprojekt am LKH- Universitätsklinikum Graz reduziert. Im Laufe der Konzeptionsarbeit hat sich gezeigt, dass die Komplexität der Einführung einer sog. Elektronischen Befund- Eingangsbox für Stationen und Ambulanzen weitaus höher einzuordnen war, als ursprünglich angenommen wurde. Leider mussten zur Umsetzung von neuen Projekten die zur Verfügung stehenden Personalressourcen immer wieder für höher priorisierte Projekte eingesetzt werden. Höher priorisierte Projekte sind z.B. die elektronische Umsetzung gesetzlicher Änderungen oder die Umsetzung des RSG, die Einführung von Tageskliniken oder das Bilden von KH- Verbänden...“

2015

Patient 8 Alter: 50 Jahre	Laufendes Schlichtungsverfahren	Abteilung für Orthopädie	Aufarbeitung PPO: Neurologischer Konsiliarbefund 2013 bei Behandlung nicht berücksichtigt		PPO begleitet Patient im Schlichtungsverfahren Rückmeldung von PPO am Sept. .2015 an Ärztliche Leitung
Patient 9 Alter: 81 Jahre	Laufendes Schlichtungsverfahren	Abteilung für Innere Medizin	Stellungnahme Ärztl. Direktor: <i>„... der histopathol. Befund mit Hinweis auf Adeno- CA wurde 2015 nicht vidiert und nicht entsprechend reagiert...“</i>	Zeitverzögerte Diagnose und Behandlung	PPO begleitet Rechtsnachfolger im Schlichtungsverfahren

<p>Patient 10 Alter: 61 Jahre (siehe dazu auch 13.2.)</p>	<p>November 2015: für KAGes Rechtsabteilung keine Haftung</p> <p>ab Dez. 2015: anwaltliche Vertretung – keine Haftungsanerkennung der KAGes dem Grunde nach</p> <p>ab März 2016: ZGV keine Haftungsanerkennung der KAGes dem Grunde nach</p> <p>derzeit laufendes Gerichtsverfahren</p>	<p>Abteilung für Unfallchirurgie</p>	<p>Stellungnahme Klinikvorstand:</p> <p><i>„...Thorax- Röntgen 2011 mit verdächtigem Rundherd im rechten Lungenunterlappen wurde nicht befundet...“</i></p>	<p>Diagnose 2015: inoperables Lungen-Ca; Nur Palliativbehandlung möglich</p>	<p>Der Abteilungsvorstand handelte vorbildhaft im Sinne eines gelebten Risk- und Schadensmanagement. Dieser offene und ehrliche Umgang war für die Patientin ausschlaggebend dafür, dass sie sich weiterhin den behandelnden Ärzten und Ärztinnen der KAGes anvertraute.</p> <p>Ein von der Patientin nicht gewolltes Gerichtsverfahren wurde erst durch das Agieren der KAGes- Rechtsabteilung initiiert.</p> <p>PPO informiert am 06.05.2016 KAGes- Vorstand</p>
--	---	--------------------------------------	--	--	--

2016

Aktuelle Rückfrage der PPO bei der MIP Medizininformatik und Prozesse der KAGes:
Ein EDV- gestütztes System zur gesicherten Befundübermittlung wurde bis dato noch nicht im System implementiert; voraussichtlich geplante Umsetzung bis Ende 2016.

Zwischenzeitlich werde laut Rückmeldung der KAGes organisatorisch vermehrt darauf hingewiesen, dass das Projekt „Sichere Befundübermittlung“ nach wie vor technisch nicht umgesetzt ist und daher besondere Sorgfalt im Umgang mit Befunden angebracht ist.

Hingewiesen werden muss an dieser Stelle, dass es neben den bekannt gewordenen Schadensfällen sicher auch eine „Dunkelziffer“ von nie transparent gewordenen Fällen gibt. Es ist davon auszugehen, dass sicher nicht nur die KAGes, sondern auch andere Krankenanstaltenträger in der Steiermark betroffen sein können, solange kein entsprechendes EDV-gestütztes System zur sicheren Befundvidierung und Befundübermittlung in den jeweiligen Krankenanstalten existiert.

Seit Jahren zeigt die PPO dem Rechtsträger KAGes einen dringenden diesbezüglichen Handlungsbedarf auf. Umso unverständlicher und kritikwürdiger ist es, dass nun wieder eine betroffene Patientin ihre Rechte vor Gericht ausstreiten muss (siehe dazu auch Fallbeispiel 12.2).

12.1 Fallbeispiel 1: Angeordnete Untersuchung nicht befundet

Der Fall:

Im Oktober 2015 meldete sich eine 61 jährige Patientin in der PPO mit folgendem Sachverhalt:

Im März 2011 wurde bei der Patientin eine geplante Knieoperation durchgeführt. Im Zuge dieses stationären Aufenthaltes wurde auch ein **Thoraxröntgen angeordnet und durchgeführt**. Eine Beurteilung dieses Röntgenbildes bzw. eine **Auswertung des Bildes in Form eines schriftlichen Befundes erfolgte nicht**. Zum damaligen Zeitpunkt war bereits ein „suspekter Rundherd“ in der rechten Lunge zu erkennen.

Im Juni 2015 wurde ein Karzinom im Unterlappen der rechten Lunge diagnostiziert. Nach umfassender diagnostischer Abklärung wurde die bösartige Erkrankung als unheilbar eingestuft und eine palliative Chemotherapie und Hormontherapie eingeleitet; eine operative Therapie war nicht mehr möglich.

Auf Befragen der Patientin nach evtl. Vorbefunden wurden nun die behandelnden Ärzt/inn/en nach Einsicht in das zentrale digitale Röntgenarchiv auf das oben beschriebene Thoraxröntgen vom März 2011 aufmerksam. In dieser Röntgenaufnahme zeigte sich zweifelsfrei der suspekte Rundherd im rechten Lungenunterlappen.

Unsere Fachrecherchen ergaben, dass, wenn die Erkrankung in ihrem Anfangsstadium 2011 erkannt und behandelt worden wäre, sich für die Patientin sicher noch andere Therapiemöglichkeiten ergeben hätten, mit hoher Wahrscheinlichkeit hätte die Krankheit sogar geheilt werden können.

Mittlerweile war der Tumor und das Krebsgeschehen unter Chemotherapie weiter vorangeschritten und die Patientin im Hinblick auf die schlechte Prognose sehr depressiv.

Der ärztliche Leiter der betroffenen Krankenanstalt und die Leiterin der Beschwerdestelle informierten die Patientin noch im Oktober 2015 sehr ehrlich und offen über den Sachverhalt und die unterschiedlichen Möglichkeiten zur Forderung allfälliger Schadenersatzansprüche sowie über die Möglichkeit der Unterstützung durch die PPO.

Die Intervention PPO:

Die PPO kontaktierte in Absprache mit der Patientin die Rechtsabteilung des betreffenden Krankenanstaltenträgers, um über allfällige Schadenersatzforderungen zu verhandeln.

Dabei wurde die PPO informiert, dass in dieser Angelegenheit die zuständige Rechtsabteilung die Entscheidung der Staatsanwaltschaft abwarten wolle, bevor über die zivilrechtlichen Schadenersatzansprüche der Patientin verhandelt werde. Für die PPO war zu diesem Zeitpunkt bereits ersichtlich, dass sich mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ein strafrechtlich relevanter Tatbestand nicht mehr verfolgbar ist, die Patientin aber einen zivilrechtlichen Schadenersatzanspruch geltend machen kann.

Im Hinblick auf das zögerliche Verhalten der KAGes und das weitere Fortschreiten der Erkrankung – verbunden mit bereits merkbaren körperlichen Einschränkungen – konnte und wollte die Patientin nicht mehr zuwarten.

Aus ihrer Sicht würde sie jetzt noch von einer Entschädigungszahlung profitieren und sich vielleicht dadurch auch Hilfen im Haushalt oder für Gartenarbeit leisten können.

Im Dezember 2015 wurde deshalb ein Rechtsanwalt einbezogen.

Die Intervention Rechtsanwalt:

Der Rechtsanwalt forderte noch im Dezember 2015 die Rechtsabteilung des Rechtsträgers der betreffenden Krankenanstalt im Hinblick auf den vorliegenden Sachverhalt zu einem schriftlichen Haftungsanerkennnis auf

und behielt sich eine Bezifferung der weiteren Ansprüche (Schmerzensgeld, Haushaltshilfe, Pflegebedarf, Fahrtkosten, etc.) vorerst noch vor.

Mitte Februar 2016 war von Seiten des Rechtsträgers der Krankenanstalt noch keine Haftung anerkannt worden.

Angesichts der Begleitumstände und der absehbaren tragischen Folgewirkungen wurden vorerst vom Rechtsanwalt Schmerzensgeldansprüche und ein täglicher dreistündiger Betreuungsaufwand samt einer monatlichen pauschalen Abgeltung vermehrter Bedürfnisse geltend gemacht. Weiteres wurde - wie bereits im Dezember 2015 - die Anerkennung der Haftung für sämtliche Spät- und Dauerfolgen gefordert.

Im März 2016 musste die Klage eingereicht werden, weil die KAGes zu keiner außergerichtlichen Einigung bereit war.

Laufendes Gerichtsverfahren:

- KAGes bestreitet im Gerichtsverfahren weiterhin eine Haftung dem Grunde nach, weil das durchgeführte Thorax- Röntgen laut Leitlinien nicht erforderlich gewesen sei.

In Unkenntnis dieser Leitlinien habe eine Turnusärztin dieses Röntgen angeordnet und mangels Erforderlichkeit sei dieses ganz bewusst nicht ausgewertet und durch keinen Radiologen befundet worden.

- Völlig unverständlich und unerklärlich ist die dabei gezogenen Konsequenz des Rechtsträgers, noch im Oktober 2015 aufgrund des Sachverhaltes eine „Selbstanzeige“ bei der Staatsanwaltschaft zu erstatten, wenn diese „Nichtbefundung“ dem damals aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprochen hat.
- Nicht unerwähnt darf an dieser Stelle bleiben, dass die zitierten Leitlinien – nach Recherchen der PPO und durch ein bereits eingeholtes

Gutachten im ZGV verifiziert – zum Zeitpunkt der Behandlung der Patientin im März 2011 noch gar nicht veröffentlicht waren, sondern erst im 2012.

- Die Erstellung der „Bundesqualitätsleitlinie präoperative Diagnostik“ erfolgte durch ein Gremium von in Gesundheitsberufen tätigen Personen. Sie wurde über einen Zeitraum von beinahe einem Jahr erarbeitet und im Jahr 2012 veröffentlicht.
- Hintergrund zur Erstellung dieser Leitlinie ist sicherlich, dass durch den Entfall, der bis dahin in österreichischen Krankenhäusern vor Operationen in Allgemein-Narkose routinemäßig praktizierten Maßnahme, Lungenröntgen durchzuführen und die Röntgenbilder befunden zu lassen, vermeintliche finanzielle Einsparungen zu erzielen.
- Weiters hat die Leitlinien-Gruppe auf entsprechende Einwände daraufhin verwiesen, dass die Konzeption der Bundesquelleitlinie eine bloße „Handlungs- und Entscheidungshilfe“ darstelle.

Wie den Mitarbeiterinnen der PPO aus eigener Tätigkeit bekannt, ist das Unterbleiben der Befundung der Röntgenbilder offenbar darauf zurückzuführen, dass diese nicht an der Universitätsklinik für Radiologie, sondern von einer der Universitätsklinik für Chirurgie angeschlossenen, im Kellergeschoss des gleichen Gebäudes wie diese untergebrachten radiologischen Einrichtung angefertigt worden waren. Die Bilder sind nach deren Anfertigung zwar zu der Krankenakte der Patientin gelangt, ohne dass aber den Ärzten, die diese Krankenakte vidiert haben, aufgefallen wäre, dass eine Befundung der Röntgenbilder unterblieben war.

- Zu dieser Zeit wurden auf der betroffenen Universitätsklinik regelmäßig im Zuge der präoperativen Abklärung der Operationstauglichkeit Lungenröntgenuntersuchungen vorgenommen und die Bilder befundet und ausgewertet.

Die PPO vertritt auch die Rechtsmeinung, dass gemäß der Strahlenschutzverordnung eine durchgeführte radiologische Untersuchung auch befundet werden muss. Auch dies wird durch das im ZGV eingeholten Gutachten bestätigt.

Aufgrund der Argumentation der beklagten KAGes und die offensichtlichen Qualitätsmängel, deren Folgen man auf die Patientin abzuwälzen versucht, sowie die besondere Berücksichtigung des Gutachtens von Aspekten des Qualitäts- und Risikomanagements im Gesundheitswesens werden hier relevante **Ausschnitte⁴ des Gutachtens des Sachverständigen aus dem Fachgebiet der Anästhesiologie und Intensivmedizin** wieder gegeben.

Jede (medizinische) Exposition mit ionisierenden Strahlen stellt ein Gesundheitsrisiko für die betroffenen Patienten dar. Daher muss jede einzelne medizinische Exposition im Voraus unter Berücksichtigung der spezifischen Ziele der Exposition und der Besonderheiten der betreffenden Person gerechtfertigt werden.

Hierbei muss sowohl die überweisende Person, als auch die anwendende Fachkraft die geplante medizinische Exposition hinsichtlich ihrer Rechtfertigung überprüfen (siehe auch Medizinische Strahlenschutzverordnung). Dies bedeutet in der (auch bereits 2011) üblichen medizinischen Praxis, dass die Indikationsstellung zu Röntgenuntersuchungen nicht nur durch den zuweisenden Arzt, sondern auch vom für die Untersuchung und Befundung verantwortliche/n Facharzt für Radiologie erfolgt bzw. bestätigt werden muss (siehe dazu im Anhang – Dokument zum Ablauf von radiologischen Untersuchungen – der derzeit im AKH Wien vorgegebene Ablauf von allen radiologischen Untersuchungen).

⁴ Hervorhebungen durch PPO vorgenommen

Konkret ermöglicht die Angabe der Indikationsstellung zu einer radiologischen Untersuchung durch den zuweisenden Arzt für Radiologie allenfalls eine alternative, aussagekräftigere oder weniger belastende Untersuchung vorzuschlagen. Daher ist es – zumindest im AKH Wien – verpflichtend auf jeder Zuweisung für eine Röntgenuntersuchung die Indikationsstellung zu vermerken. Ohne Indikation und Unterschrift des zuweisenden Arztes wird – zumindest im AKH Wien – keine radiologische Untersuchung durchgeführt (siehe auch Anhang: Zuweisungsformular Universitätsklinik Radiologie).

Eine solche bzw. analoge Zuweisung liegt der übermittelten Krankengeschichte nicht bei. Die Indikationsstellung zum Lungenröntgen am 12.03.2011 ist somit nicht unmittelbar nachvollziehbar.

Da die anästhesiologische Risikoevaluierung in aller Regel im Rahmen des Aufklärungsgespräches und zudem häufig erst am Tag vor der geplanten Operation stattfindet, kann es bei fehlenden Befunden, zu einem Verschieben der Operation kommen. Dies ist nicht nur für die betroffenen Patienten unangenehm, sondern stellt auch einen nicht unerheblichen Kostenfaktor für den Krankenhausträger dar.

Um nun nur wirklich notwendige Befunde, aber trotzdem alle individuell erforderlichen Befunde zum Zeitpunkt der anästhesiologischen Begutachtung der Patienten vorliegen zu haben wäre eine vorab Evaluierung durch „Nicht Anästhesisten“ notwendig. Hierzu existiert mittlerweile österreichweit eine Softwarelösung (PROP-Software, siehe im Anhang Reformpoolprojekt „präoperative Befunde“), im Jahr 2011 war diese jedoch im Universitätsklinikum LKH-Graz noch nicht verfügbar. Daher ist es denkbar, dass die Indikationsstellung für das Lungenröntgen durch die Stationsärztin / den Stationsarzt auf der Annahme basierte, dass bei dieser Patientin ein Lungenröntgen zur präoperativen anästhesiologischen Risiko Stratifizierung notwendig wäre.

Aus Sicht des Qualitätsmanagements, aber auch aus medizinethischer Sicht ist die Durchführung eines Lungenröntgens ohne nachfolgende Befundung auf Facharzniveau des Sonderfaches Radiologie und Strahlenschutz ein schwerer Mangel (siehe dazu auch medizinische Strahlenschutzverordnung, sowie F.Wallner Das Eigentum am Röntgenbild RdM 2010/93).

Zudem hätte – aus Sicht des Qualitätsmanagements – der Befund eines Lungenröntgenbildes auch, entweder unmittelbar im Arztbrief oder zumindest in dessen Anhang, angeführt werden müssen (Markus Unnewehr, Bernhard Schaaf, Hendrik Friederichs „Die Kommunikation optimieren“, Deutsches Ärzteblatt 2013/37). Ein solches Vorgehen würde sicherstellen, dass eine durchgeführte Diagnostik nicht unbeachtet bleibt – das heißt es würde auffallen, wenn ein Lungen Röntgenbild nicht befundet worden ist.

Radiologisches Kompetenzniveau Anästhesiologie und Intensivmedizin

Das im Jahr 2011 zu fordernde Kompetenzniveau eines Facharztes des Sonderfaches Anästhesiologie und Intensivmedizin ist in der Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt (Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006) festgelegt.

Hierbei werden Fertigkeiten und Erfahrungen im Bereich der präoperativen Untersuchung und Risikoerfassung gefordert (siehe auch Anhang Rasterzeugnis Anästhesiologie). Im Bereich der Radiologie wird lediglich eine fachbezogene (Notfall)-Diagnostik gefordert.

Das in der Ausbildungsordnung 2006 für das Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin definierte Kompetenzniveau deckt somit nicht die Befundung eines Lungenröntgens (schon gar nicht im Rahmen einer Routineoperation) ab, sondern lediglich die interimistische Beurteilung fachbezogener Veränderungen. Beispielsweise wären die Beurteilung der korrekten Lage des Beatmungsschlauches, der korrekten Lage von zentralen Venenkatheter, des Vorliegens größerer

Ansammlungen von Blut im Brustkorb (Hämatothorax) oder größerer Ansammlungen von Luft im Brustkorb (Pneumothorax) zu nennen.

Eine darüber hinaus gehende Diagnostik, wie beispielsweise das Erkennen von tumorbedingten Rundherden, liegen nicht im geforderten (zu erwartenden) Kompetenzniveau.

Da ja auch nur eine interimistische Überwachung angeführt ist, ergibt sich automatisch, dass eine Nachbefundung auf Facharzniveau des Sonderfaches Radiologie und Strahlenkunde gefordert ist. Eine finale Befundung eines Lungenröntgenbildes durch einen Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin ist demnach generell nicht zulässig, da eine solche Befundung über das definierte Kompetenzniveau hinausgeht und somit eine klare Fachüberschreibung darstellen würde.

Ergänzend ist festzuhalten, dass in der neuen Ausbildungsordnung 2015 diese Fachkompetenz gar nicht mehr gefordert wird und demnach zukünftig auch für die Akutbeurteilung ein Befund eines Facharztes aus dem Sonderfach Radiologie und Strahlenheilkunde notwendig sein wird.

Bewertung des Ablaufes

Aus rein anästhesiologischer Sicht war entsprechend der im März 2011 vorliegenden Evidenz-Lage (Anhang – Literaturdatenbank-Analyse des Zeitraumes Jänner 2001 bis Februar 2011), aber auch der Experten Empfehlung der ÖGARI die Durchführung eines Lungenröntgens zur Risiko – Evaluierung des perioperativen anästhesiebezogenen Risikos bei der Patientin für den 2011 durchgeführten Eingriff nicht notwendig.

Dieses – im März 2011 noch rein anästhesiologische Fachwissen (die BQLL präoperative Diagnostik, die fachübergreifenden Charakter hat war zum damaligen Zeitpunkt noch nicht veröffentlicht) – hätte nicht notwendigerweise auch „Nicht-Anästhesisten“ bekannt sein müssen (Eur J Anaesthesiol 2012; 29:465-470). Daher könnte es durchaus der damaligen klinischen Routine an der chirurgischen

Universitätsklinik Graz entsprochen haben bei der Patientin zur Vorbereitung auf die anästhesiologische Risikobeurteilung durch die Stationsärztin / den Stationsarzt ein Lungenröntgen anzuordnen.

Aus Sicht des Qualitätsmanagements hätten krankenhausintern klare Anweisungen, bei welchen Patienten ein bzw. kein präoperatives Lungen Röntgen benötigt wird, existieren müssen. Inwieweit solche Anweisungen zum damaligen Zeitpunkt existiert haben, ist aus der vorgelegten Krankengeschichte nicht abzuleiten.

Inwieweit vorhandene, aber für die anästhesiologische Risiko Stratifizierung nicht extra anzuordnende Untersuchungen von einem Facharzt des Sonderfaches Anästhesiologie und Intensivmedizin im Rahmen der präoperativen Evaluierung berücksichtigt werden müssen, stellt aus gutachterlicher Sicht eine Rechtsfrage dar. Dies insbesondere vor dem Hintergrund des Gesundheitstelematikgesetzes, da ja für den Fall, dass solche Befunde nicht verpflichtend zu beachten wären allenfalls in der elektronischen Krankenakte ELGA vorhandene Befunde im Rahmen der präoperativen Risiko Stratifizierung, gar nicht berücksichtigt werden müssten.

Aus Sicht des Qualitätsmanagements besteht jedenfalls die Verpflichtung des Spitalserhalters ein selbst durchgeführtes Lungenröntgen auf Facharzniveau des Sonderfaches Radiologie und Strahlenheilkunde befunden zu lassen. Neben den hierfür bereits oben angeführten Begründungen ergibt sich diese Forderung auch aus der Abrechnung der medizinischen Einzelleistung (MEL) „Röntgenuntersuchung-Thorax“.

Es kann zwar die Befundung eines auswärtig durchgeführten Röntgens verrechnet werden, nicht aber die Befundung eines selbst durchgeführten Lungenröntgens. Das heißt, dass in der Abrechnung der MEL „Röntgenuntersuchung-Thorax“ bereits die Kosten für die Befundung des Bildes mit eingerechnet sind.

Bei Ausarbeitung des Arztbriefes vom 15.3.2011 auf dem zu fordernden Qualitätsniveau hätte jedenfalls die durchgeführte Röntgenuntersuchung mit angeführt werden müssen (allenfalls auch nur im Anhang – Markus Unnewehr, Bernhard Schaaf, Henrik Friederichs „Die Kommunikation optimieren“, Deutsches Ärzteblatt 2013/37). Hierbei wäre dann notwendigerweise aufgefallen, dass die Befundung des Bildes noch ausständig war.

Beantwortung der Fragestellungen des Gerichtes:

1. *War für die im März 2011 bei der Klägerin durchgeführte Knieoperation die Einholung und Befundung eines Lungenröntgens indiziert?*

Aus Sicht eines Facharztes des Sonderfaches Anästhesiologie und Intensivmedizin war für die im März 2011 bei der Patientin durchgeführten Knieoperation keine Indikation zur Durchführung eines Lungenröntgens gegeben. Dies deshalb, da aufgrund der Datenlage im März 2011 zur perioperativen anästhesiologischen Risiko-Stratifizierung die Durchführung eines Lungenröntgens nur bei Patienten mit MET < 4 (siehe Anhang MET – Score) oder bei auffälligem Befund der physikalischen Krankenuntersuchung notwendig gewesen wäre. Beide Voraussetzungen lagen bei der Patientin zu diesem Zeitpunkt nicht vor.

Inwieweit eine „nicht anästhesiologische“ Indikation zur Durchführung eines Lungenröntgens vorlag oder die Durchführung aufgrund Unkenntnis der veranlassenden Ärztin / des veranlassenden Arztes zur perioperativen anästhesiologischen Risiko-Stratifizierung indiziert wurde (krankenhausinterne Vorgaben durch die Anästhesie-Klinik), lässt sich aus der vorliegenden Krankengeschichte nicht beantworten, da hierfür die zu fordernde Dokumentation fehlt.

Jedenfalls wäre aus Sicht des Qualitätsmanagements allerdings zu fordern, dass ein durchgeführtes Lungenröntgen auch auf Niveau eines Facharztes des Sonderfaches Radiologie und Strahlenheilkunde zu befunden ist.

2. *Ist es in der Organisationsstruktur der beklagten Partei als Universitätsklinik Standard, dass im Rahmen einer OP – Tauglichkeitsprüfung angeforderte Röntgenbilder von einem Radiologen befundet werden?*

Zieht man als Vergleich die Universitätsklinik Wien heran, so ist es hier Standard alle im eigenen Haus durchgeführten Röntgenbilder durch einen Facharzt für Radiologie und Strahlenheilkunde befunden zu lassen (siehe Anlage – Dokument zum Ablauf von radiologischen Untersuchungen). In speziellen Bereichen z.B. Notfallversorgung Unfallchirurgie, Kontrollröntgen nach dem Setzen von zentralvenösen Kathetern, erfolgt in der Regel eine Erstbeurteilung durch Unfallchirurgen bzw. Anästhesisten. Diese Bilder werden jedoch elektronisch gesichert und zu einem späteren Zeitpunkt durch einen Facharzt für Radiologie und Strahlenheilkunde befundet.

Die im Rahmen einer OP-Tauglichkeitsprüfung angeforderten Röntgenbilder werden an der Universitätsklinik Wien jedenfalls nicht von einem Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin sondern immer von einem Facharzt für Radiologie und Strahlenheilkunde befundet.

Da die Organisationsstruktur beider Kliniken – als Krankenhäuser der Maximalversorgung und universitären Ausbildungsstätten – unmittelbar vergleichbar ist, wären auch am Universitätsklinikum Graz die im Rahmen der OP-Tauglichkeitsuntersuchungen angeforderten Lungenröntgen durch einen Facharzt für Radiologie und Strahlenheilkunde zu befunden.

3. *Ist es in der Organisationsstruktur der beklagten Partei als Universitätsklinik Standard, dass im Rahmen einer OP – Tauglichkeitsprüfung angeforderte Röntgenbilder dem Anästhesisten oder dem Operateur weitergeleitet und von diesen befundet werden?*

Die präoperative Risiko-Stratifizierung fällt rein in das Fachgebiet Anästhesiologie und Intensivmedizin. Aufgrund des in der Ausbildungsordnung 2006 festgelegten Kompetenzniveaus auf dem Gebiet der radiologischen Beurteilung ist die Beurteilung eines Lungenröntgens durch einen Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin ausschließlich interimistisch im Rahmen der Akutversorgung zulässig.

Auch für andere Sonderfächer ist immer nur eine fachspezifische Beurteilung, nie jedoch eine globale radiologische Befundung (die ja inhaltlich über eine fachspezifische Beurteilung hinausgeht) in der Ausbildungsordnung 2006 vorgesehen.

Wie bereits oben angeführt ist es – speziell aus Sicht des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen – als Standard anzusehen, dass Röntgenbilder auf dem Facharztniveau des Sonderfaches Radiologie und Strahlenheilkunde befundet werden.

Dies gilt nicht nur für Krankenhäuser der Maximalversorgung bzw. Universitätskliniken, sondern entspricht ganz allgemein den in Österreich als selbstverständlich vorauszusetzenden Qualitätsstandards der medizinischen Versorgung.

4. Wer trifft die Entscheidung, dass ein angefordertes Röntgenbild zu befunden ist?

Wie weiter oben ausgeführt und mehrfach begründet, ist der Befund eines Röntgenbildes auf Facharztniveau des Sonderfaches Radiologie und Strahlenheilkunde der eigentliche Grund zur Durchführung der Röntgenuntersuchung. In der Praxis ist die Einsichtnahme in das Röntgenbild selbst – immer nur zusätzlich zum radiologischen Befund – allenfalls in speziellen Ausnahmesituationen (zum Beispiel präoperative Beurteilung des Operationsgebietes) üblich.

Im Allgemeinen wird daher lediglich der radiologische Befund, nicht das Röntgenbild selbst, zur Beurteilung und Ableitung von therapeutischen Konsequenzen herangezogen.

Demnach ist ein angefordertes Röntgenbild automatisch zu befunden und es bedarf hierfür keinerlei extra Entscheidung.

5. Für den Fall, dass das Lungenröntgenbild vom XX.XX.XXX im Rahmen der OP – Tauglichkeitsprüfung von einem Anästhesisten zu befunden gewesen wäre: Wäre für ihn – gemessen an einem Durchschnittsanästhesisten – das Vorliegen eines Karzinoms diagnostizierbar gewesen?

Wie oben angeführt wäre ein Lungenröntgen allenfalls im Rahmen einer Akutversorgung fachspezifisch-anästhesiologisch zu beurteilen, aber nicht zu befunden gewesen. Entsprechend dem in der Ausbildungsordnung 2006 festgelegten Kompetenzniveaus wären allenfalls fachspezifische Besonderheiten zu beurteilen gewesen, nicht jedoch radiologische Hinweise, die auf ein möglicherweise vorliegendes Karzinom hingedeutet haben.

Der Krankenanstaltenträger bestreitet im Gerichtsverfahren weiterhin eine Haftung dem Grunde nach, weil das durchgeführte Thorax- Röntgen laut Leitlinien nicht erforderlich gewesen sei. „In Unkenntnis dieser Leitlinien habe eine Turnusärztin dieses Röntgen angeordnet und mangels Erforderlichkeit sei dieses ganz bewusst nicht ausgewertet und durch keinen Radiologen befundet worden.“

Diese Behauptung steht im Widerspruch zu den wahrheitsgemäßen primären Informationen an die Patientin, dass im Oktober 2015 „ein Thoraxröntgen vom 12.3.2011 entdeckt wurde, zu dem es keinen Befund gibt“.

Völlig unerklärlich und unverständlich ist dabei die gezogene Konsequenz des Rechtsträgers noch im Oktober 2015 aufgrund dieses Sachverhalts eine „Selbstanzeige“ bei der Staatsanwaltschaft zu erstatten, wenn diese „Nichtbefundung“ dem damals aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprochen hat.

Nicht unerwähnt kann an dieser Stelle bleiben, dass die zitierten Leitlinien – nach Recherche der PPO – zum Zeitpunkt der Behandlung der Patientin im März 2011 noch gar nicht veröffentlicht waren.

Zum Zeitpunkt der Berichterstattung war eine gütliche einvernehmliche Lösung nicht in Sicht. Bei der ersten Gerichtsverhandlung blieb die KAGes weiterhin bei ihrer Meinung, dass es korrekt war, das Thoraxröntgen nicht zu befunden.

Die PPO teilt die Rechtsmeinung des Rechtsanwaltes der Patientin, wonach eine angeforderte Röntgenaufnahme nach dem ärztlichen Standard auch sachgerecht befundet werden muss. Bei Röntgenaufnahmen handelt es sich um einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit, mit den aufgrund der hohen Strahlenbelastung verbundenen Risiken.

Die Patientin habe ihre Einwilligung in diesen Eingriff nur unter der Voraussetzung erteilt und kann sich berechtigterweise darauf verlassen, dass die Röntgenaufnahme sach- und fachgerecht befundet werde.

Fazit:

Es ist für die PPO völlig unverständlich, dass bei bekannter Sach- und Rechtslage und insbesondere im Wissen des schlechten Gesundheitszustandes der betroffenen Patientin wieder durch offensichtliches Verzögern keine außergerichtliche Lösung angestrebt wird.

Die Betroffene war selbst Mitarbeiterin dieses Unternehmens und war anfangs sehr beeindruckt über den offenen Umgang der Verantwortlichen mit dem vermuteten Behandlungs-/Diagnosefehler, jedoch ist die Patientin nun extrem enttäuscht, dass nach derzeitiger Aktenlage vom Rechtsträger der Krankenanstalt weder die moralische, noch die rechtliche Verantwortung übernommen wird.

Abschließend muss angeführt werden, dass die internen Recherchen der PPO ergaben, dass es noch immer Usus sei, dass bei jeder stationären Aufnahme – Automatismus – für einen operativen Eingriff bei jedem/jeder Patienten/Patientin >40 Jahre ein Lungenröntgen durchgeführt werde. Die Zuweisung sei zwar von einem Arzt/einer Ärztin anzuordnen, es sei jedoch x-beliebig, welcher Facharzt/welche Fachärztin dieses Lungenröntgen befunde. Nur soviel sei gewiss, dass **„den Chirurgen das Lungenröntgen nicht interessiere, da diesen nur seine Knochen interessieren.“**

Es werde nicht zur Befundung an einen Radiologen weitergeleitet, ob das Röntgen von einem Anästhesisten befundet werde, sei unbekannt.

12.2 Fallbeispiel 2: Pathologischer Befund nicht vidiert

Der Fehler resultierte aus einem Zusammenwirken ärztlicher Fehlleistung und eines „Organisationsverschuldens“. Durch das „Übersehen“ eines pathologischen Befundes mit einer eindeutigen Empfehlung eines Radiologen zur Durchführung einer weiterführenden Untersuchung (CT), wurde nicht rechtzeitig die richtige Therapie eingeleitet. Die Krebserkrankung war zum Zeitpunkt des Erkennens (sechs Jahre später) massiv fortgeschritten, die Lebenserwartung zu diesem Zeitpunkt aus ärztlicher Sicht mit 1 bis maximal 1,5 Jahren beschränkt.

Der Fall:

Ein 37-jähriger dreifacher Familienvater wurde 2007 mit Magenbeschwerden in der Ambulanz einer Krankenanstalt vorstellig. Im Zuge der diagnostischen Abklärung wurde auch ein Lungenröntgen durchgeführt. Bedauerlicherweise wurde der pathologische Lungenröntgenbefund vom zuständigen behandelnden Arzt im Krankenhaus nicht gesichtet und damit auch nicht an den weiterbehandelnden Hausarzt übermittelt.

In diesem Befund wurde vom Radiologen bereits ein verdächtiges Areal am linken Lungenflügel beschrieben und die Durchführung einer CT-Untersuchung zur weiteren Abklärung empfohlen. Davon wurde der Patient nie in Kenntnis gesetzt.

In den folgenden Jahren war er immer wieder wegen verschiedener Beschwerden in ärztlicher Behandlung – ein neuerliches Lungenröntgen wurde allerdings nicht durchgeführt.

Erst 2013 – sechs Jahre später – wurde aufgrund anhaltender Wirbelsäulenbeschwerden und unklarer MRT-Befunde eine Skelettszintigraphie empfohlen. Im Zuge dieser Abklärung wurde schließlich ein Tumor im linken Lungenoberlappen mit bereits vorhandenen Knochen- und Lebermetastasen diagnostiziert.

Eine palliative Chemo- und Strahlentherapie wurde eingeleitet, eine operative Therapie war zu diesem Zeitpunkt nicht mehr möglich.

Das Schlichtungsverfahren

Am 27.9.2013 wurde vom Patienten mit Unterstützung der PPO ein Entschädigungsantrag bei der Schlichtungsstelle eingebracht.

In einer schriftlichen Stellungnahme des verantwortlichen Leiters der betreffenden Abteilung wurde klar dargestellt, dass der strittige Lungenröntgenbefund offensichtlich vom den damals behandelnden Ärzt/inn/en seiner Abteilung nicht zur Kenntnis genommen und somit die Empfehlung des Radiologen zur Durchführung eines Thorax- CTs weder an den Patienten, noch an den Hausarzt weitergegeben worden war.

Eine **gutachterliche Beurteilung aus dem Fachgebiet der Lungenheilkunde** im Rahmen eines Schlichtungsverfahrens im Februar 2014 ergab,

- dass **mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit die im Jahr 2007 im Thoraxröntgen beschriebene Verdichtung mit dem nunmehr festgestellten Tumorgeschehen ident** war und aufgrund des histologischen Befundes des Tumors davon ausgegangen werden musste,
- dass **bei rechtzeitiger Therapieeinleitung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine komplette Heilung erreicht worden wäre.**

Im Hinblick auf das Schadensausmaß wurde im Februar 2014 für weitere außergerichtliche Streitverhandlungen dem Patienten ein Rechtsanwalt beigelegt. Vor allem wegen der Schwere der weit fortgeschrittenen Erkrankung, der ungünstigen Zukunftsperspektive und der Überlegung, dass er auch persönlich noch die Möglichkeit hat von einer Entschädigungszahlung profitieren zu können, stimmte der Patient Vergleichsverhandlungen seines Anwaltes mit der KAGes parallel bzw. außerhalb der Schlichtung zu.

Ab Mitte März 2014 wurden zwischen den Rechtsanwälten der KAGes und dem Rechtsanwalt des Patienten intensive Vergleichsverhandlungen geführt, beide Parteien waren an einer außergerichtlichen Regelung interessiert.

Im April 2014 sah dann plötzlich die KAGes den Gutachter der Schlichtungsstelle als nicht „ausreichend kompetent“ an und wollte einen „geeigneten Sachverständigen“ beauftragen, obwohl auf Basis dieses Schlichtungsgutachtens seit Februar 2014 verhandelt worden war und der Sachverständige im Schlichtungsverfahren aufgrund seiner fachlichen Qualifikation vorab die Zustimmung der KAGes hatte. Der Rechtsanwalt des Patienten stimmte im Sinne einer konstruktiven außergerichtlichen Lösung aber einer Gutachtensergänzung des bisher tätigen Sachverständigen im Schlichtungsverfahren zu.

Im Mai 2014 erklärte der medizinische Sachverständige der Schlichtungskommission, dass er von der KAGes einen Auftrag zur Erstattung eines Schmerzgutachtens zur Ermittlung der Höhe der Ansprüche erhalten habe. Die Krankheit war zwischenzeitlich massiv fortgeschritten, der Patient litt unter starken Schmerzen, die palliative Chemotherapie musste abgebrochen werden.

Im Juni 2014 kontaktierte der Rechtsanwalt des Patienten neuerlich den Anwalt der KAGes und versuchte vergebens, das Schmerzgutachten zu bekommen; die KAGes reagierte nicht mehr auf Aufforderungsschreiben des Rechtsanwaltes des Patienten.

Das Gerichtsverfahren

Im August 2014 wurde der Schlichtungsantrag zurückgezogen und beim Landesgericht für Zivilrechtssachen (LG für ZRS) die Klage eingebracht. Zwei Tage nach Einbringen der Klage wurde von der KAGes ein Entschädigungsangebot über € 150.000.- gemacht. Die Vergleichsverhandlungen wurden jedoch kurz darauf durch einen Anwaltswechsel der KAGes abgebrochen.

In der ersten Streitverhandlung fragte der Richter die KAGes, ob es auf Basis der bereits vorliegenden Unterlagen eine Möglichkeit einer Einigung gäbe. Dies wurde vom Anwalt der KAGes verneint.

Im **Gerichtsverfahren** berief sich die **KAGes** im Rahmen der Klagebeantwortung darauf, **dass der auf eine Krebserkrankung hinweisende Röntgenbefund 2007 von den Ärzt/inn/en berechtigterweise nicht beachtet worden sei, weil der Patient ja als „Magenpatient“ in Spitalsbehandlung war. Deshalb wäre derzeit auch kein Anspruchsgrund gegeben.** Zusammenfassend wurde nochmals darauf verwiesen, dass **ein Fehlverhalten der Mitarbeiter/innen der KAGes im Jahr 2007 nicht vorliege** und dass das Klagebegehren des Patienten dem Grunde und der Höhe nach bestritten werde.

Im Dezember 2014 wurde im Rahmen der ersten Streitverhandlung vom **Gericht ein Gutachter aus dem Fachgebiet der Onkologie beauftragt**. Im März 2015 **bestätigte** dieser **Sachverständige eine grundsätzliche Verantwortung der KAGes:**

- *mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit lag die Krebserkrankung des Patienten bereits 2007 vor*
- *die Krebserkrankung hätte mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit 2007 erkannt werden können*
- *mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit wäre eine Heilung des Patienten möglich gewesen*

Es handelte sich laut Gutachter also um einen Behandlungsfehler, es ist dadurch zum Fortschreiten der bösartigen Erkrankung und zur Ausprägung von Metastasen in den Knochen und in der Leber gekommen, wodurch die Prognose der Erkrankung negativ beeinflusst wurde.

Die KAGes verzichtete auf eine Gutachtenserörterung.

Im August 2015 wurde zur Erhebung des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit des Patienten vom Gericht eine Sachverständige der Gesundheits- und Krankenpflege beauftragt.

Im Oktober 2015 wurde auf Basis der nun vorliegenden Gutachten das Klagebegehren auf nunmehr € 325.775.- ausgedehnt (Schmerzensgeld, vermehrte Bedürfnisse und Verdienstentgang).

Die nächste Streitverhandlung erfolgte vor dem LG für ZRS. Nach einer eingehenden Erörterung und Ergänzung der schriftlichen Gutachten des ärztlichen Sachverständigen und der Sachverständigen der Pflege sowie Einvernahmen weiterer Zeug/inn/en wurde **das Verfahren** vom Richter **geschlossen** und bekanntgegeben, dass die Entscheidung schriftlich ergehen werde. Zum Zeitpunkt der Berichterstattung war das Urteil ergangen, jedoch noch nicht rechtskräftig.

Der Gesundheitszustand des Patienten :

Der Zustand des Patienten hatte sich insbesondere nach Juni 2014 kontinuierlich verschlechtert. Der Patient litt unter massiven Schmerzen infolge seiner Knochen- und Lebermetastasen. Heftige Thoraxschmerzen im Zusammenhang mit seiner Grunderkrankung konnten trotz empfohlener intensiver Schmerztherapie kaum beherrscht werden. Der Patient war zwischenzeitlich immer wieder zur intravenösen Schmerzbehandlung in stationärer Behandlung, sonst wurde er mit Unterstützung des mobilen Palliativteams zu Hause von seiner Ehefrau gepflegt und betreut. Der tägliche Hilfs- und Unterstützungsbedarf war enorm, die psychische Belastung für den Patienten und seine Familie unbeschreiblich groß.

Nach Angaben der Ehefrau war der Lebenswille des todkranken Patienten nur deswegen noch so stark, weil er das schriftlich ausgefertigte Urteil noch erleben wollte, um seine Familie zumindest finanziell versorgt zu wissen.

Zum Zeitpunkt der Berichterstattung war der Patient bereits verstorben. Die Ausfertigung des Gerichtsurteils erlebte er leider nicht mehr.

Fazit:

Obwohl die PPO die KAGes seit Jahren mit dieser Problematik konfrontiert und zwischenzeitlich mehrere Schadensfälle in diesem Zusammenhang bekannt wurden, scheint die „sichere Befundvidierung“ und die damit verbundene Patient/inn/ensicherheit trotz gelebtem Risikomanagement nicht die entsprechende Wertigkeit zu haben.

13 OP-Häufigkeit – ein Qualitätskriterium

Bereits im Tätigkeitsbericht des **Jahres 2002 (Seite 28ff)** wurde aufgezeigt, dass geringe Fallzahlen einer bestimmten OP-Methode zum Schaden für eine/n Patienten/Patientin führen können.

2.1. EINLASSUNGS- ODER ÜBERNAHMSFAHRLÄSSIGKEIT

Ein Arzt ist im Sinne des § 1299 ABGB als „*Sachverständiger*“ zu betrachten und hat daher für das Fehlen besonderer Fachkenntnisse und des nicht gewöhnlichen Fleißes einzustehen, wenn er infolge des Mangels dieser besonderen Kenntnisse oder des besondern Fleißes jemanden schädigt.

Entweder hat er seine besonderen Kenntnisse nicht angewendet oder es fehlen ihm diese Kenntnisse und er hat sich dessen ungeachtet auf eine Behandlung (Diagnose oder Therapie) eingelassen, die besondere Kenntnisse erfordert (sog. Einlassungs- oder Übernahmefahrlässigkeit). Beides wird zu einer Haftung führen.

Fallbeispiel:

Die Patientin begab sich zur stationären Behandlung aufgrund eines bekannten Gallensteinleidens. Dieses sollte operativ beseitigt werden

Die Patientin gab an, dass der Operateur nach der stationären Aufnahme die Operationsmethoden erklärt und sie gefragt hätte, ob sie nach der herkömmlichen Methode oder nach einer modernen Methode operiert werden will. Er erklärte ihr, dass man nach der

einen Methode aufgeschnitten wird, während nach der neueren Methode nur kleine Einstiche gemacht werden.

Da sie zu diesem Arzt Vertrauen hatte überließ sie nach ihren Angaben ihm die Operationsmethode. Auf irgendwelche Risiken, die mit der einen oder anderen Methode speziell verbunden sein könnten wurde sie nicht hingewiesen.

Die Patientin betonte auch ausdrücklich keinen Aufklärungsmangel geltend zu machen, da sie ihm vertraute.

Bei der Operation kam es zu einer lebensbedrohenden Gefäßverletzung. Mit dem Hubschrauber musste die Patientin und ein Gefäßchirurg aus Graz in das nächste größere Krankenhaus transportiert werden.

Es kam zu einem längeren Krankenhausaufenthalt, wobei der Zustand der Patientin ein lebensbedrohender war.

Als Dauerfolgen blieben eine ausgedehnte Operationsnarbe. Ein Teil der Bauchspeicheldrüse sowie die Milz mussten entfernt werden. Es kam zu einer mehrere Monate dauernden Insulinpflichtigkeit.

Bei laparoskopischen Eingriffen kommt es immer wieder zu Stichverletzungen, die als definierte Risiken auch bekannt sind.

Es stellte sich in der Patientenvertretung aber die Frage, ob man alle Operationen, außer in lebensbedrohenden Situationen, auch in jedem Krankenhaus machen kann und soll.

Von der Patientenvertretung wurden deshalb Fallzahlen zu endoskopischen Cholezystektomien von 1997 bis 31.5.2001 im Vergleich LKH Feldbach, Deutschlandsberg und dem betreffenden Krankenhaus zur Fragestellung an den Gutachter vorgelegt.

Vereinfacht dargestellt hätte der erste Teil des Gutachtens keine Haftung des Rechtsträgers gebracht, da es sich bei Gefäßverletzungen um durchaus bekannte Risiken dieser Operationsmethode handelt. Wobei ein verwirklichtes und bekanntes Risiko im Einzelfall aber durchaus auch ein Fehler des Operateurs sein und zur Haftung führen kann.

Durch die spezielle und zusätzliche Fragestellung an den Gutachter, resultierend aus den von der Patientenvertretung vorgelegten Fallzahlen dieser angewandten Operationsmethode, die im LKH Feldbach 682, im LKH Deutschlandsberg 454 und im betroffenen KH 32 mal durchgeführt wurde und das in einem Zeitraum von 3,5 Jahren, kam es zu einer Haftung des Krankenanstaltenträgers aufgrund einer Einlassungs- oder Übernahmefahrlässigkeit.

Die manuelle Geschicklichkeit, die persönliche Erfahrung und die medizinischen Fachkenntnisse eines Chirurgen sind die wichtigsten Faktoren für das Ergebnis einer Operation. (Gutachter)

Als Vorschläge wurden von der PPO bereits vor 13 Jahren eine verpflichtende Aufklärung über geringe Operationszahlen oder die verpflichtende Hinzuziehung von Spezialisten, wenn in einem Krankenhaus Eingriffe durchgeführt werden, die nicht zum Leistungsstandard des Hauses gehören, genannt.

Leider zeigt ein im Jahr 2015 an die PPO herangetragen Fall, dass diese Vorschläge von Seiten des Krankenhausträgers noch immer nicht umgesetzt wurden und es dadurch zu einem großen lebenslangen Schaden an einer noch sehr jungen Patientin kam:

Bei einer 37-jährigen Patientin wurde bei einer Szintigrafie-Untersuchung und einer Sonografie der Schilddrüse die Indikation zu einer Biopsie und letztlich einer Schilddrüsenoperation gestellt.

Im Oktober 2015 wandte sich die Patientin wegen dieses medullären Schilddrüsenkarzinoms zur operativen Versorgung an ein Krankenhaus. Bei der durchgeführten totalen Thyreoidektomie (operative Entfernung der gesamten Schilddrüse) mit zentraler Lymphadenektomie (Lymphknotenentfernung) kam es intraoperativ zu einer schweren Schädigung, nämlich zur **ungeplanten Eröffnung und zum Riss der Pharynxwand** (Schlund, Rachen), welcher genäht werden musste, sowie zur **Verletzung der Recurrensnerven** (Kehlkopfnerve, Stimmnerv). Aus diesem Grund musste die Patientin postoperativ gleich wieder **reintubiert** (erneute Intubation) werden und in weiterer Folge nach erfolglosem Extubationsversuch auf Grund der unbefriedigenden Atemsituation mit Reintubation eine **Tracheotomie** (operativ angelegte Öffnung der Luftröhre nach außen und versorgt mit einer Kanüle) angelegt werden. **Diese wird die Patientin lebenslang benötigen.**

Die Recherchen der PPO ergaben, dass im Jahr 2013 in der gesamten Steiermark 103 Operationen dieser Art durchgeführt wurden. Im betroffenen Krankenhaus wurde eine einzige derartige Operation durchgeführt.

In einer Schlichtungssitzung der gemeinsamen Schlichtungsstelle der Ärztekammer und der KAGes wurde ein Gutachten zu unten angeführten Fragestellungen eingeholt.

Wobei explizit von der PPO angemerkt werden muss, dass die Fragestellung zu Punkt 2 und der vorgelegten OP-Statistik vom medizinischen Sachverständigen der Schlichtungskommission abwertend behandelt wurde, „da *Schilddrüsenoperation von jedem Chirurgen durchgeführt werden könnten und wir dann nur mehr einige Kompetenzzentren hätten.*“

Es ergeht der

B e s c h l u s s

Auf Einholung eines **Gutachtens aus dem Fachgebiet der Chirurgie** zu folgenden Fragen:

1. Ob der Eingriff vom 16.10.2013 sorgfältig, lege artis durchgeführt wurde, insbesondere betreffend OP-Technik, Darstellung der N. Recurrens beidseits, Einriss der Pharynxwand, Entfernung eines Epithelkörperchens etc.?
2. Waren allfällige Komplikationen beim gegenständlichen Eingriff vorhersehbar bzw. wäre es primär angezeigt gewesen die Antragstellerin an ein kompetentes Zentrum zu verweisen (beiliegend eingeholte OP-Statistik einzelner Häuser in der Steiermark)?
3. War die postoperative Betreuung korrekt, wäre bereits zu einem früheren Zeitpunkt der Luftröhrenschnitt notwendig geworden zur Minderung der Beschwerden der Antragstellerin?

Wieder wurde wie bereits im Jahr 2002 die OP-Statistik von der PPO vorgelegt. Schließlich führte der Sachverständige in seinem Gutachten dazu folgendes aus:⁵

⁵ Hervorhebungen durch PPO

Präambel:

Die Operation an der Schilddrüse im allgemeinen ist eine nach wie vor häufige Maßnahme im Katalog der visceralchirurgischen Operation. Auch im Ausbildungskatalog (das sog. Raster-Zeugnis) ist diese Operation als Pflichtprogramm verankert. Das jährliche Patientenaufkommen lässt es auch notwendig erscheinen, eine flächendeckende Versorgung, unter Einbeziehung der kleineren Institutionen, zu gewährleisten. Ein völliges Untersagen der Durchführung von Schilddrüsenoperationen ist nicht sinnvoll.

Diese Vorgabe setzt jedoch jedenfalls voraus, dass in den bestimmten Institutionen eine entsprechende Frequenz (auch wenn diese bislang nicht expressis verbis definiert ist) und eine Limitierung auf dafür geeignete Fälle vorliegt.

Grundsätzlich erscheint der präoperative „Karzinom-Verdacht“ dafür nicht geeignet, da solch eine Operation schon das Vorhandensein einer Schnellschnitteinrichtung erfordert. Durch die relative Seltenheit von Schilddrüsenkarzinomen ist auch bei öfter durchgeführter Schilddrüsenoperation die Diagnose eines Schilddrüsenkarzinoms selten, somit eine hohe Frequenz in kleineren Institutionen nicht zu erwarten.

Die Operation eines sog. „Medullären Karzinoms“ ist eine im gesamten Ablauf außerordentliche, sehr seltene und vom perioperativen Management aufwendige und besondere Maßnahme. Die wissenschaftliche Kenntnis dieser Krankheit ist erst in jüngerer Zeit ausreichend erforscht worden

Jedenfalls ist es in Europa, sowie vor allem in Österreich, absolut Usus, Patienten mit dieser Erkrankung in eines der drei endokrinchirurgisch geschulten Zentren in Österreich zuzusenden.

Die Operation eines medullären Karzinoms ist eine auch in Zentren seltene Maßnahme, die dort jedenfalls eine hohe Frequenz und Kenntnis durch andere Schilddrüsenoperationen und Karzinome voraussetzt.

Stellungnahme zu Punkt 1 des Antrags:

Die Voruntersuchungen im Institut Dr. [] vom 23.9.2013 haben bereits, mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln, unzweideutig die Diagnose eines sog. Medullären Karzinoms ergeben. Der verdächtige Knoten wies eine Größe von 1,9cm Durchmesser auf, war somit definitionsgemäss nach chirurgischer Begutachtung klein. Die Blutwerte (Calcitonin 78 pg/ml) ließen diese Diagnose ebenfalls eindeutig stellen. Auch die Feinnadel-Punktion sprach denselben Verdacht aus. In der Sonographie war keinerlei Infiltration oder Organüberschreitung dieses Tumors nachzuweisen.

Im Falle der Entdeckung eines Medullären Karzinoms sind einige weitere Schritte zur Feststellung, ob dieses Karzinom in einer erblichen Form vorliegt oder nicht, notwendig. Außerdem, ob weitere hormonproduzierende Organe von dieser erblichen (genetisch bedingten) Tumorerkrankung befallen sind. Bei Vorliegen einer Patientin mit erhöhtem Allgemeinen Risiko hätte zumindest die Feststellung, ob ein Gewächs mit Ausschüttung blutdrucksteigernder Hormone aus der Nebenniere vorliegt, vor der Operation erfolgen sollen. Dies hätte im positiven Fall eine krisenhafte Situation bei der Operation hervorrufen können. Grundsätzlich ist aber dieses Diagnostik erst nach der Operation auch möglich und im Rahmen der Leitlinien.

Aufgrund der Komplexität der geschilderten Eigenheiten hätte zu diesem Zeitpunkt tunlichst eine Zuweisung in ein Zentrum erfolgen sollen.

Im Op-Bericht sind die erforderlichen Schritte der Operation ausdrücklich beschrieben und durchgeführt. Dies in Entsprechung der ordnungsgemäßen präoperativen Aufklärung. Das Auftreten von gleich drei schwerwiegenden Komplikationen, zweier häufiger und bekannter sowie einer sehr seltenen, erscheint bei der kaum vergrößerten Schilddrüse und dem eher kleinen Knoten des Karzinoms doch als sehr ungewöhnlich. Zumindest das Op-Ergebnis, bezogen auf die ordnungsgemäße Entfernung des Tumors und der Lymphknoten, ist gewährleistet (Stadium pT1B; NO (0/13).

Ad Punkt 2:

Die Verletzung des Pharynx ist eine bei der Größe des Knotens ansich nicht beobachtete Komplikation, wurde aber offensichtlich zur vollständigen Entfernung des Tumors notwendig. Die Versorgung dieser Verletzung erscheint aber lege artis und ohne diesbezügliche Folgen geschehen.

Die beidseitige Verletzung des Stimmbandnerven und die weiters auch erfolgten Schädigung der sog. Epithelkörperchen (der Kalzium-regulierenden Drüsen) führte zu bleibenden Schäden am Kehlkopf und im Kalzium-Haushalt.

Auch in den spezialisierten Zentren kommen ähnliche Schädigungen vor, aber der Prozentsatz dazu liegt bei jeder Schädigung für sich etwa im Bereich von 1-3%, doppelte bleibende Schädigung allerdings im Promille-Bereich. Vermutlich hätte die Planung in einem Zentrum mit hoher Karzinom-Frequenz alle drei Komplikationen, zumindest aber 1 bis 2 der genannten Schäden vermieden werden können.

Stellungnahme zu Punkt 3

Laut vorliegenden Protokollen bestand bereits in der Aufwachphase eine Atemnot, die eine neuerliche Intubation erforderlich machte. Es entspricht den Regeln, diesen Zustand etwa 1-2 Tage aufrecht zu erhalten und dann eine Re-Extubation unter HNO-fachärztlicher Kontrolle zu versuchen. Ist dann weiter Atemnot gegeben, ist eine Tracheotomie nach den Regeln der HNO-Ärztlichen Kunst erforderlich. Inwieweit diese Tracheotomie aufrecht bleiben muss, zeigt der Verlauf, im gegenständlichen Fall ist leider von einer bleibenden Maßnahme auszugehen. Weiteres Zuwarten auf Besserung unter Luft-Not-Bedingungen ist nach heutigen Erkenntnissen nicht angezeigt. Die Erholung der Patienten und auch der Kehlkopf-Situation geht unter beruhigten Atembedingungen besser und schneller vonstatten, ein Zuwarten bei Atemnot ist für den Patienten sehr bedrohlich und unangenehm. Eine aufgrund des OP-Verlaufs zu erwartenden postoperativen Komplikation der Atemwege hätte zu einer sofortigen (bzw. im Zeitraum von 48h) Durchführung der Tracheostomie führen müssen, da der Patientin eine sehr unangenehme Situation erleichtert worden wäre.

Durch dieses Gutachten werden nochmals die langjährigen Forderungen der PPO bestätigt, und dieser Patientin wäre ihr Schicksal bei früherer Umsetzung erspart geblieben.

14 Tagungen/ Veranstaltungen 2014

14.1 Aus- und Fortbildungen 2014

27. Jänner 2014: „**Ist Heilung möglich, wenn im Gesundheitsbereich immer mehr gespart werden muss?**“

Veranstaltungsort: Graz, Pfarre St. Leonhard

11. Februar 2014: „**Gewalt gegen ältere Menschen**“

Veranstaltungsort: Graz

19. März 2014: „**Standards der Öffentlichkeitsbeteiligung**“

Veranstaltungsort: Wien

21. März 2014: „**Führungskräftetagung 2014 des LKH Univ. Klinikum Graz**“

Veranstaltungsort: Loipersdorf

25. März 2014: „**Entwicklungstendenzen im Medizinrecht**“

Veranstaltungsort: Graz

27. – 28. März 2014: „**10. Gutachterworkshop - Aus Fehlern lernen**“

Veranstaltungsort: Bad Radkersburg

07. April 2014: „**Das Gespräch mit dem psychiatrischen Patienten**“

Veranstaltungsort: Graz

09. April 2014: „**IPS Jahrestagung**“

Veranstaltungsort: Graz

09. – 10. April 2014: „**Doppik kompakt – Doppelte Buchhaltung**“

Veranstaltungsort: Graz

05. Mai 2014: „**Aktuelle Entwicklung im Ausbildungs- und Berufsrecht der GuKG**“

Veranstaltungsort: Graz

07. Mai 2014: „**Referat über die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft beim Pensionistenverein**“

Veranstaltungsort: Unterpremstätten

31. Mai 2014: „**Entwicklungstendenzen im Medizinrecht**“

Veranstaltungsort: Graz

12. – 13. Juni 2014: „**ARGE Tagung in Niederösterreich**“

Veranstaltungsort: Niederösterreich

16. – 17. Juni 2014: „**Gesundheitskonferenz**“

Veranstaltungsort: Graz

11. September 2014: „**Medizinrecht**“

Veranstaltungsort: Wien

12. September 2014: „**Die richtige Dokumentation**“

Veranstaltungsort: Wien

17. – 18. September 2014: „**Medizinrechtstagung**“

Veranstaltungsort: Mondsee

24. September 2014: „**Med & Care Conference**“

Veranstaltungsort: Graz

25. September 2014: **2. Grazer Risikotag und Aktionstag: „Saubere Hände**“

Veranstaltungsort: Graz

16. Oktober 2014: „**Ambient Assisted Living**“

Veranstaltungsort: Graz

23. Oktober 2014: **Linzer Forum 2014: „Gesundheitskompetenz – der informierte und mündige Patient**“

Veranstaltungsort: Linz

27.10. - 28. Oktober 2014: „**Mehr Souveränität in schwierigen Gesprächen**“

Veranstaltungsort: Graz

04.- 05. November 2014: „**Einführung in das Gesundheitswesen**“

Veranstaltungsort: Wien

05. November 2014: „**Schmerzensgeld aktuell**“

Veranstaltungsort: Wien

06. - 07. November 2014: „**Hirntod und Organtransplantation**“

Veranstaltungsort: Wien

12. November 2014: **Risikomanagement Tagung 2014: „Medizinrechtlicher Nachmittag**“

Veranstaltungsort: Bad Waltersdorf

12. - 13. November 2014: „**Risikomanagementfachtagung**“

Veranstaltungsort: Bad Waltersdorf

25. November 2014: „**Würde am Ende des Lebens**“

Veranstaltungsort: Wien

01. Dezember 2014: „**Arzthaftung**“

Veranstaltungsort: Wien

14.2 Durchgeführte Vorträge der PPO 2014

7. Mai 2014: „**Referat über die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft beim Pensionistenverein**“

Veranstaltungsort: Unterpremstätten

15. Oktober 2014: „**Referat über die PPO**“

Veranstaltungsort: LKH Leoben

4. Dezember 2014: „**Pflege und Betreuung aus Sicht der Patient/inn/en, Bewohner/innen und Klient/inn/en**“

Veranstaltungsort: Arbeiterkammer Graz

15. Dezember 2014: „**Überblick über die Aufgaben der PPO**“

Veranstaltungsort: LKH Stolzalpe und LKH Rottenmann

14.3 Mitarbeit in Arbeitsgruppen 2014

27. Februar 2014: „**Achtung ELGA**“

Veranstaltungsort: Graz, Ärztekammer für Steiermark

17. März 2014: „**Personalisierte Medizin**“

Veranstaltungsort: Graz, IFZ

11. - 13. Juni 2014: „**ARGE Fachtagung**“

Veranstaltungsort: St. Pölten

27. Juni 2014: „**Tagung - Fakten zu ELGA**“

Veranstaltungsort: Graz

12. September 2014: „**Plattform Salus 2014**“

Veranstaltungsort: Wien

20. November 2014: „**Klausur PPO**“

Veranstaltungsort: Bad Radkersburg

15 Tagungen/ Veranstaltungen 2015

15.1 Aus- und Fortbildungen 2015

19. Jänner 2015: „**Telefontraining**“

Veranstaltungsort: PatientInnen – und Pflegeombudschaft, Graz

29. Jänner 2015: „**Altenpflegekongress vom Sozialhilfeverband Bruck-Mürzzuschlag**“

Veranstaltungsort: Kulturhaus Bruck a. d. Mur

05. März 2015: „**Sachwalterrecht aktuell**“

Veranstaltungsort: ARS Wien

26. März 2015: „**Organisatorische Rahmenbedingungen von Ombudsstellen**“

Veranstaltungsort: Bundeskanzleramt Wien

23. April 2015: „**Opferschutz – neue Herausforderungen im Gesundheitswesen**“

Veranstaltungsort: Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Wien

05. Mai 2015: „**Führungskräfte Fachtagung; PatientInnen-Sicherheit-Ergebnisqualität**“

Veranstaltungsort: Seifenfabrik, Graz

06. Mai 2015: **10. Steirische Gesundheitskonferenz: „Bewegung ist Leben“**

Veranstaltungsort: Messe Kongress, Graz

12. Mai 2015: „**Arzthaftung aktuelle Judikatur**“

Veranstaltungsort: ARS Wien

17. September 2015: „**Grundrechte**“

Veranstaltungsort: LAVAK

18. September 2015: „**Evidenzbasierung für mehr Sicherheit in der PatientInnenversorgung; Plattform Q SALUS 2015**“

Veranstaltungsort: Kongresszentrum, Graz

21. und 22. September 2015: „**Lampenfieber Ade!**“

Veranstaltungsort: LAVAK

30. September 2015: **3. Grazer Risikotag: „Sicherheit im Krankenhaus – von der Strategie zur Umsetzung“**

Veranstaltungsort: Hörsaalzentrum, LKH Graz

01. Oktober 2015: **„Pflegesymposium 2015“**

Veranstaltungsort: Kongress, Schladming

21. Oktober 2015: **„Begutachtung nach Trauma, Rechtliche Fragen in der Medizin“**

Veranstaltungsort: AUVA

1. Dezember 2015: **„ELGA“**

Veranstaltungsort: PPO Graz

15.2 Durchgeführte Vorträge der PPO 2015

11. März 2015: **„PatientInnen – und Pflegeombudschaft und Fallbeispiele aus der Pflege“**

Veranstaltungsort: Seminarzentrum LSF, Graz

18. Juni 2015: **„Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Sachwalterschaft“**

Veranstaltungsort: LKH Hochsteiermark

17. Oktober 2015: **„Die Aufgabe und Rolle der PPO im Gesundheitssystem“**

Veranstaltungsort: Karl- Franzens- Universität Graz

15.3 Mitarbeit in Arbeitsgruppen 2015

09. März 2015: **„18. Sitzung der QSK“**

Veranstaltungsort: Gesundheitsfonds Graz

30. März 2015: **„1. Sitzung des Konferenzbeirats, Plattform Salus 2015“**

Veranstaltungsort: Gesundheitsfonds Graz

13. April 2015: **„Gewalt gegen ältere Menschen“**

Veranstaltungsort: PatientInnen – und Pflegeombudschaft, Graz

15. April 2015: **„3. Jahrestagung der Initiative PatientInnensicherheit Steiermark (IPS)“**

Veranstaltungsort: Hotel Paradies, Graz

26. Juni 2015: **„1. Projektausschuss KAGes – Menschen mit Verwirrtheit im Krankenhaus und Menschen mit kognitiven Einschränkungen“**

Veranstaltungsort: Seminarraum, LKH Graz

TÄTIGKEITSBERICHT

2014 UND 2015

P
P
O

atientInnen- und

flege-

ombudsschaft Land Steiermark

II. TEIL

**PFLEGEHEIME
PFLEGEPLÄTZE
UND
MOBILE DIENSTE**



Das Land
Steiermark

Abteilung 8
PatientInnen- und
Pflegeombudsschaft
Land Steiermark



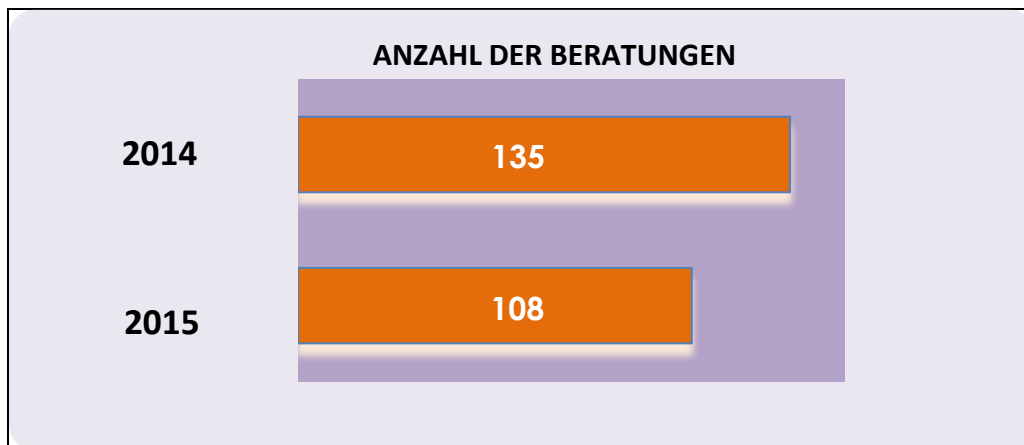
16 Entwicklung der Geschäftsfälle

16.1 Zuordnung der Vorbringen im Bereich der Pflegeheime, Pflegeplätze und Mobilen Dienste

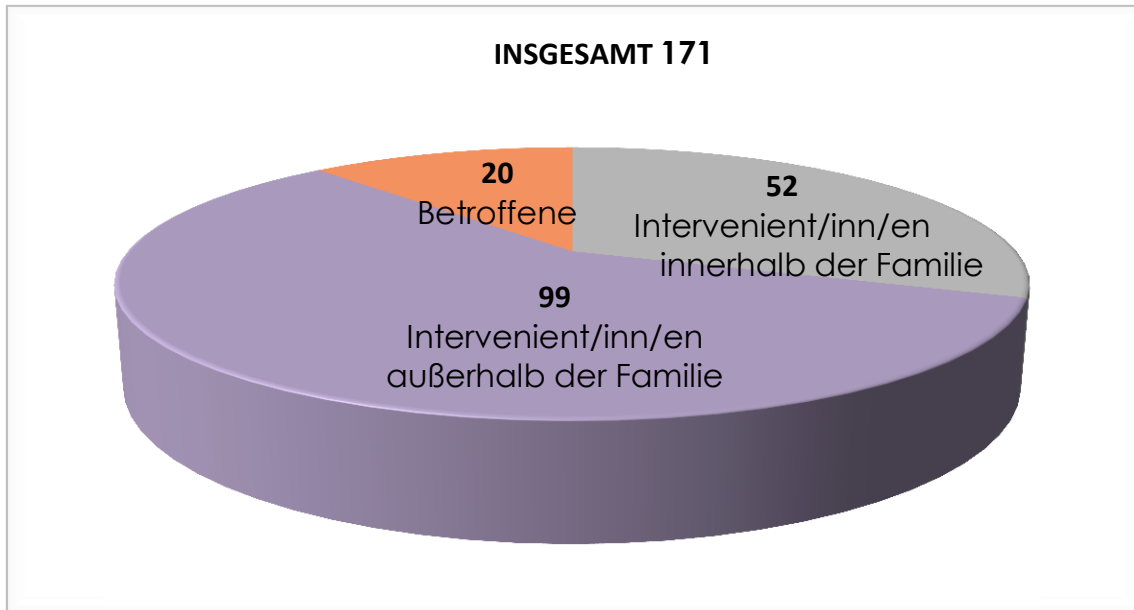
Berichts- jahr	Neuan- liegen	davon Pflege- heime	davon Pflege- plätze	davon Mobile Dienste	davon Recht/ Sonstiges/ Sprechtage
2014	171	90	2	7	72
2015	170	71	3	9	87

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

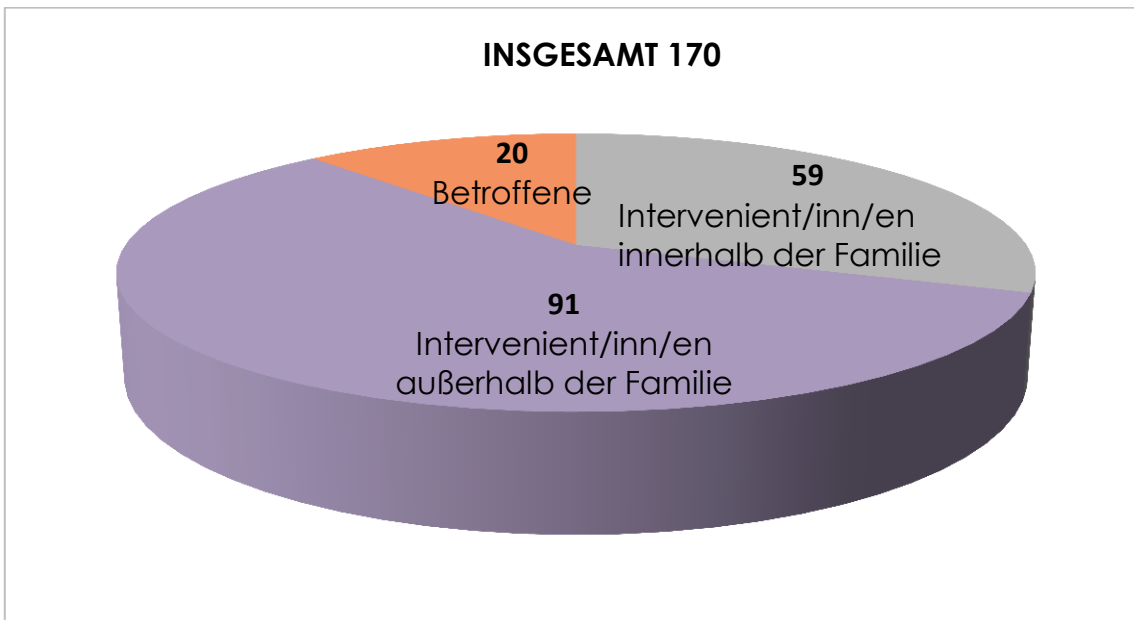
16.2 Beratungen, die keinem Geschäftsfall zugeordnet wurden



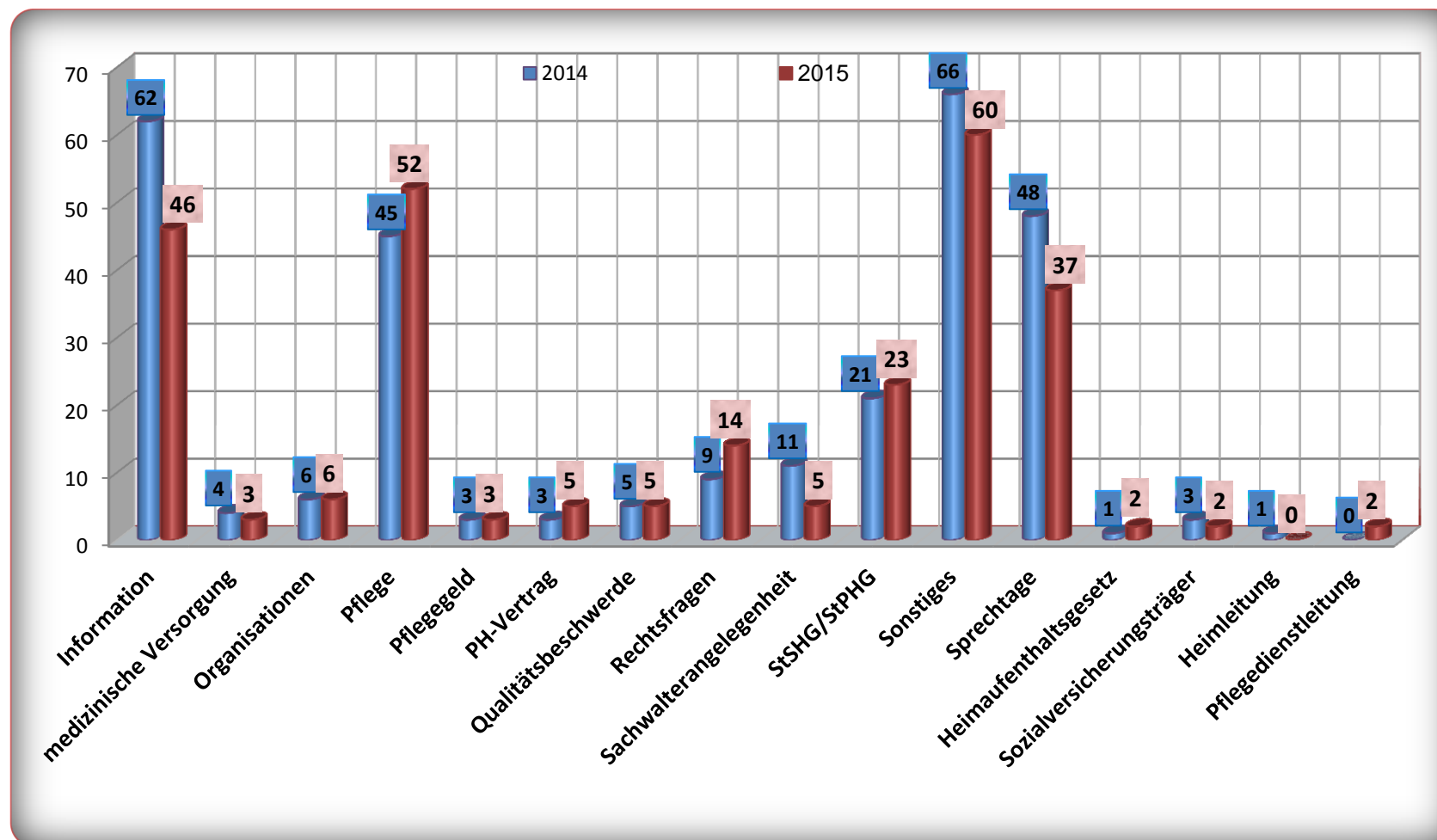
16.3 Anzahl der Antragsteller/innen 2014



16.4 Anzahl der Antragsteller/innen 2015



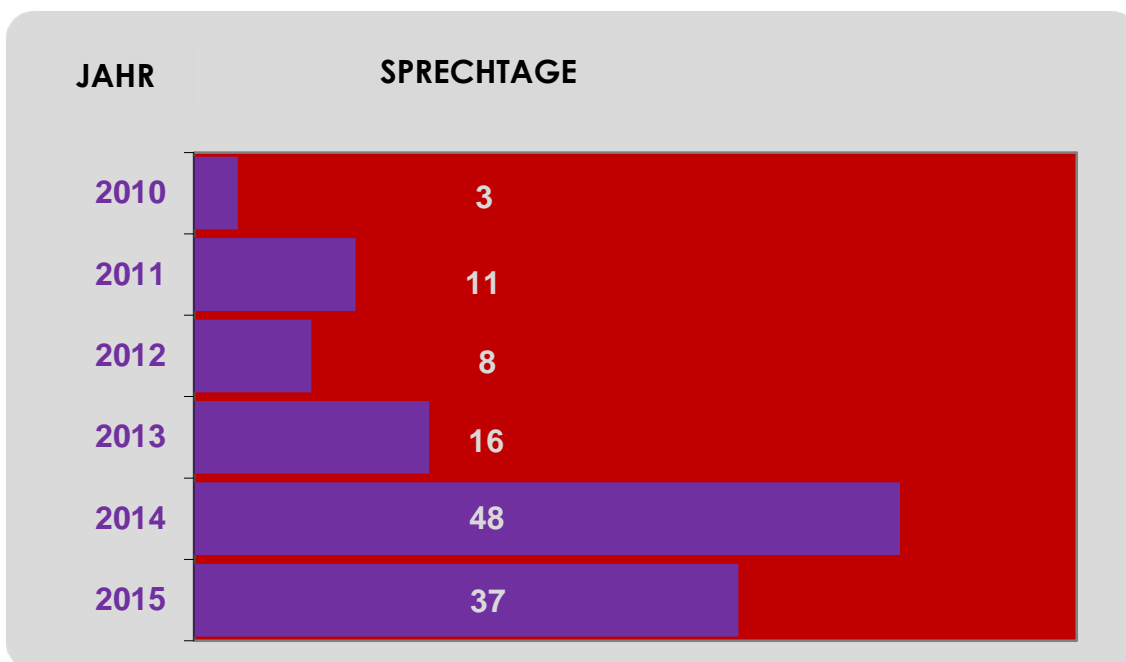
16.5 Zahlenmäßige Darstellung der Geschäftsfälle



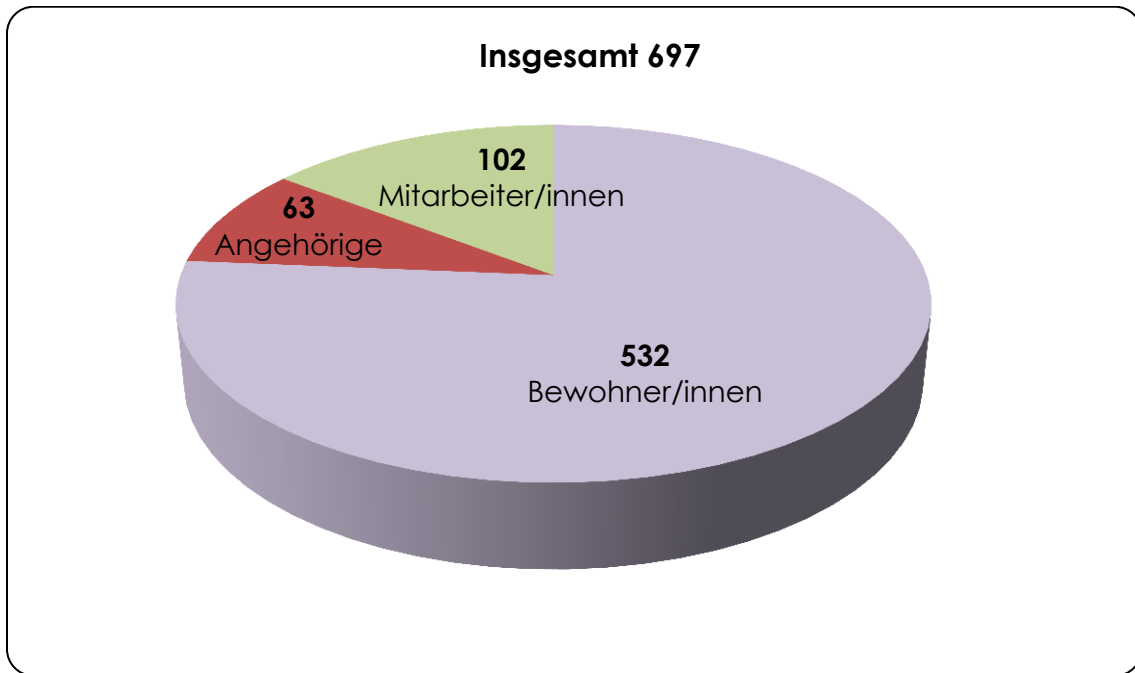
17 Entwicklung der Sprechtage

Bei den Darstellungen 16.3. und 16.4. ist zu erkennen, dass selten Betroffene ihre Anliegen selbst vorbringen. Aus Sicht der PPO hängt das auch damit zusammen, dass Bewohner/innen in Pflegeheimen oft nicht mehr mobil sind, Telekommunikationsmittel nicht mehr einsetzen können oder auch schlichtweg nicht wissen, dass es die PPO gibt. Besonders deshalb wurden Sprechtage eingeführt, um mit diesen Menschen vorort sprechen können, nämlich genau dort, wo das Problem auftritt. Mit den Sprechtagen ist ein kleiner, aber wichtiger Schritt zur niedrigschwelligen Erreichbarkeit der PPO für den/die Bewohner/in gelungen.

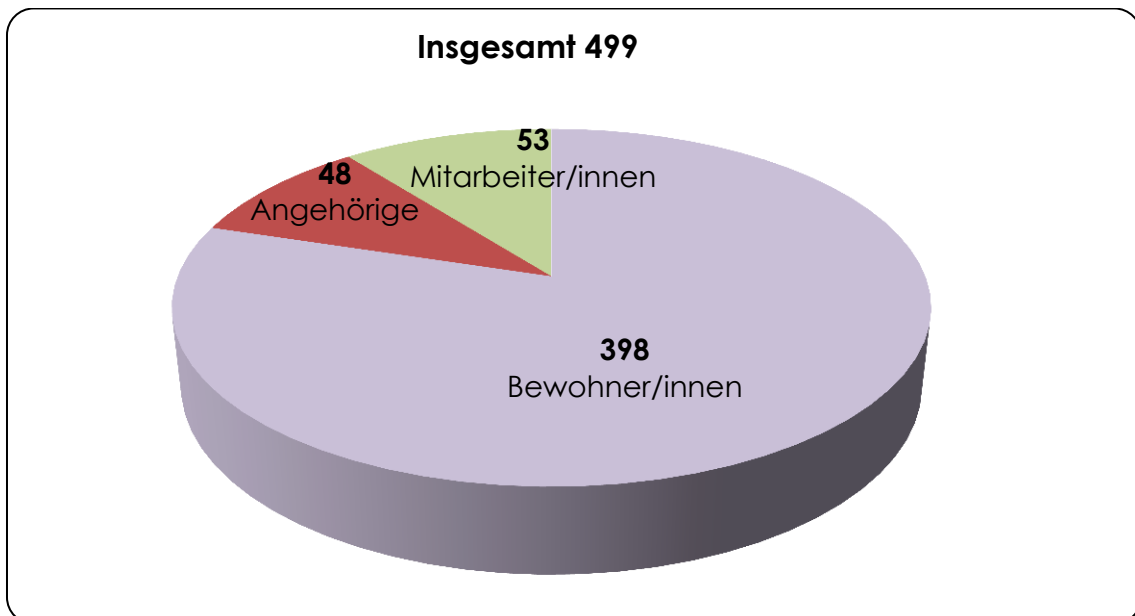
17.1 Anzahl der durchgeführten Sprechtage



17.2 Geführte Gespräche bei Sprechtagen 2014



17.3 Geführte Gespräche bei Sprechtagen 2015



18 Sprechtag

Bereits Ende 2010 begann die PPO mit der Umsetzung der Sprechtag. Bisher wurden 130 Sprechtag für Bewohner/innen in den steirischen Pflegeheimen durchgeführt und in den Tätigkeitsberichten darüber berichtet. Die Durchführung wurde bisher sowohl von Bewohner/innen, als auch von Betreiber/innen als sehr positiv angenommen.

Bei drei Einrichtungen, die alle Mitglieder im Verband Steirischer Alten-, Pflege- und Betreuungsheime (VAB) sind, stieß die PPO allerdings bereits bei Ankündigung der Sprechtag auf Widerstand.

Nachfolgend ein Beispiel, das sich 2015 ereignet hat:

Wie üblich kündigte die PPO vorab einen für Juni 2015 geplanten Sprechtag in einem Pflegeheim telefonisch und schriftlich an. Es kam vorerst aus organisatorischen Gründen zu einer Terminverschiebung. Bei der zweiten Terminvereinbarung für August 2015 wurde die PPO an den Geschäftsführer verwiesen. In einem drei Tage später von der Heimleitung ergangenen Schreiben an die PPO brachte diese zum Ausdruck, **dass in Ermangelung einer gesetzlichen Grundlage von der Abhaltung eines Sprechtages Abstand genommen werde.** In diesem Brief wurde außerdem angeführt, dass der VAB im Vorfeld eine rechtsgutachterliche Stellungnahme einer Rechtsanwaltskanzlei eingeholt habe und in diesem Zusammenhang überprüfen ließ, inwiefern die Sprechtag der PPO in den einschlägigen gesetzlichen Grundlagen Deckung finden und zulässig seien.

Ein derartiges Verhindern eines Sprechtages der PPO ist nicht nur kostenintensiv, sondern vor allem deswegen unverständlich, da schon zu diesem Zeitpunkt den Beteiligten bekannt war, dass bereits 2014 die Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft des Landes Steiermark dazu folgende Rechtsmeinung verfasst hatte:

„...dass die in der Anfrage dargestellte Abhaltung von Sprechstunden in den vom gesetzlichen Auftrag der Pflegevertretung voll und ganz gedeckt ist und die Rechtsträger bzw. Betreiber der Pflegeeinrichtungen sie bei der

Erfüllung dieser Tätigkeit im Rahmen des zumutbaren Aufwandes zu unterstützen haben.“

Natürlich entstehen bei so viel Widerstand gegen die Sprechstage, wobei auch Kosten für Anwälte in Kauf genommen werden, berechnete Fragen zu den Beweggründen solchen Handelns.

Die PPO informierte in diesem Zusammenhang den zuständigen Landesrat Herrn Mag. Drexler und den Verfassungsdienst.

Auch die Medien (Kleine Zeitung vom 03.10.2015) berichteten in folgendem Artikel über diese Causa:

Betreiber, Gesundheitslandesrat Christopher Drexler, Beamte und Bünde verhandeln seit Monaten konstruktiv über die neue Pflegefinanzierung. Noch 2012 stand man sich am Zivilgericht gegenüber. „Spart anderswo“, hat Anwalt Guido Held damals die Landesvertreter angefahren – vergebens.

Nun sorgt ein Schreiben seiner Kanzlei für Irritationen im Landhaus: Im Auftrag des „Verbands Steirischer Alten-, Pflege- und Betreuungsheime“ prüften Anwälte die Sprechstunden der Patienten- und Pflegeombudsschaft (Renate Skledar) in Heimen. Sie meinen, dass die Ombudsstelle kein Recht auf generelle Sprechstunden hätte.

Bei Skledar bestätigt man, dass Termine abgesagt worden sind. Sprechstunden würden eigentlich seit 2011 abgehalten – im Sinne der Patienten und des Personals. Nun aber hat der Verfassungsdienst des Landes die Rechtslage zu untersuchen.

Ein neuer Pflegekonflikt? Walter Dolzer, Heimbetreiber und Verbandsobmann, verneint entschieden. Es sei nur darum gegangen, die rechtliche Grundlage der Sprechstunden zu prüfen. Die Termine sollten vorher ausgemacht sein und nicht unangekündigt. „Wir kommen mit der Ombudsstelle aber gut aus.“

THOMAS ROSSACHER

Nach dem Erscheinen dieses Artikels in der Zeitung meldete die PPO erneut einen Sprechtag im selben Pflegeheim an. Wieder erfolgte ein Schreiben des VAB an die PPO, wobei erneut auf eine mangelnde gesetzliche Grundlage zur generellen Abhaltung von Sprechtagen hingewiesen wurde. Dies nahm die PPO zum Anlass, den VAB telefonisch zu kontaktieren. Von Seiten des VABs wurde der PPO mitgeteilt, dass sie zwar ihren Sprechtag in diesem Pflegeheim abhalten könne, jedoch Einzelgespräche mit den Bewohner/inne/n nur in

Begleitung der Pflegedienstleitung und nach Vorinformation mit den Sachwalter/inne/n oder Angehörigen möglich sei.

Kritik:

Ein Sprechtag unter den geforderten Rahmenbedingungen, bei denen vertrauliche Gespräche mit Bewohner/inne/n nicht möglich sein können, führt den Charakter des Sprechtages ad absurdum und wird unter diesen Voraussetzungen von Seiten der PPO nicht durchgeführt. Es liegt in der freien Entscheidung von Bewohner/inne/n, mit wem sie sprechen möchten. Es kann nicht sein, dass vertrauliche Gespräche mitgehört werden, unter dem Deckmantel, dies zum Schutz des Bewohners/der Bewohnerin tun zu wollen.

Ergebnis:

Letztendlich kam es seitens des VABs zu einem Einlenken und Ende Oktober konnte schließlich der Sprechtag stattfinden.

18.1 Rückmeldungen bei den Sprechtagen

18.1.1 Rückmeldungen der Bewohner/innen

Auszugsweise werden nachfolgend ein paar Aussagen der zahlreichen Gespräche mit den Bewohner/innen in den steirischen Pflegeheimen (PH) aufgeführt. Die geschilderten Erlebnisse, positive sowie negative, sollen einen kleinen Einblick in den Alltag der Bewohner/innen geben.

Was gefällt:

- ✓ *„...hier bin ich gut integriert, hier habe ich alles...“*
- ✓ *„...wir haben hier ein Mitspracherecht bei allem, auch wie unsere Feiern gestaltet werden...“*
- ✓ *„...es gibt nichts Schöneres, als dass es dieses Heim gibt, ich wollte sterben, aber jetzt im PH habe ich keine Zeit mehr zu sterben...“*
- ✓ *„...ich habe hier meine Freunde. Ich bin glücklich hier. Mit meiner Zimmernachbarin war ich zwei Jahre zusammen, sie hat zu mir gesagt, dass das die zwei besten Jahre ihres Lebens waren und dass ich dazu einen großen Beitrag geleistet hätte. Ihre Angehörigen kommen mich noch immer besuchen...“*
- ✓ *„...die Pflegerinnen sind immer für mich da, es wird nie auf mich vergessen, sogar in der Nacht, wenn nur einer da ist, bekomme ich, wenn ich es brauche: einen Blasentee...“*
- ✓ *Ein Ehepaar berichtete: „...wir konnten uns so schwer entscheiden, jetzt sind wir sehr froh, dass wir diesen Schritt gewagt haben, zuhause hatten wir keine Infrastruktur mehr, wie ein Geschäft, einen Arzt etc. – die Nachbarn waren gestorben. Es waren nur mehr junge Menschen im Haus, die tagsüber arbeiten und abends dann gerne ihre Ruhe haben...“*
- ✓ *„...wenn ich gewusst hätte, wie gut es mir hier geht, wäre ich schon früher gekommen...“*

Was nicht gefällt:

- „...wenn das Personal jammert, hat man das Gefühl, dass man nur geduldet ist, die wollen nur raus - man fühlt sich nicht gut dabei, man bekommt das Gefühl, dass es gar nicht schön ist hier zu arbeiten...“
- „...ich muss meiner Nachbarin zuschauen, wenn sie sauber gemacht wird...“
- „...es gibt zu wenige Pflegepersonen. Am Abend sind die, die noch hier sind, einfach fertig, da geht dann alles nur noch schnell, schnell...“
- „...wenn ich läute, dauert es oft lange, bis jemand kommt. Es wird mir gesagt - ich komme gleich - aber für mich hat es zu lange gedauert. Ich konnte es (den Harn) nicht mehr halten. Jetzt heißt es: Sie haben eine Windelhose an, da kann nichts passieren – jetzt muss ich noch länger warten...“
- „...ich brauche mehr Ansprache. Wir haben zwei Kriege erlebt. Wir haben viel mitgemacht und jetzt ist uns alles egal, sagen meine Mitbewohner/innen. Die sind alle altersbedingt hier. Ich brauche aber mehr. Mir ist nicht alles egal. Vor allem brauche ich mehr Ansprache ...“
- „... um 16:30 gibt es Essen und um 17:30 muss man schon im Zimmer sein, weil die Pflege fertig sein will. Dasselbe ist beim Mittagessen. Es gibt so viel Stress...“
- „...heute kann mich niemand beim Spazieren gehen begleiten, die Praktikantin ist nicht da...“
- „...hier bin ich - da eine Mauer - und dort die Schwester...“
- „...das Essen könnte schöner aussehen, es wird nur so draufgeklatscht...“
- „...es bleibt so wenig Taschengeld übrig. Man braucht doch auch Kleidung oder Freude...“

Zur Sachwalterschaft als häufiges Thema:

- ✓ „...Ich habe großes Glück mit meinem Sachwalter, er führt mich immer wieder auch mit dem Auto aus, damit ich auch einmal wo anders hinkomme...“

- „...wieso brauche ich einen Sachwalter, wenn ich sowieso nur mehr wenig Taschengeld bekomme?...“
- „...ich bekomme in der Woche 30 Euro Taschengeld, warum muss ich da noch extra darum fragen?...“
- „...mein Sachwalter kümmert sich nicht um mich, wenn ich ihn anrufe, hebt er nicht einmal das Telefon ab...“

18.1.2 Rückmeldungen der Angehörigen

- „...meine Mutter kam mit einer funktionierenden Blase ins Pflegeheim. Kaum eine Woche später trug sie ständig Inkontinenzhöschen...“
- „...wir haben den Eindruck hier fehlt es an Fachlichkeit...“
- ✓ „...wir sind sehr zufrieden. Unsere Mutter ist gut versorgt. Wir gehen sie fast täglich besuchen...“

18.1.3 Rückmeldungen der Pflegedienstleitungen und Heimleitungen

- „...die Pflegeintensität steigt und damit auch der Bedarf an Pflegehilfsmitteln, wie Verbandsmaterialien. Für Pflegeeinrichtungen ist es teilweise sehr aufwändig vernünftige Pflegehilfsmittel für die Bewohner bewilligt zu bekommen. Auch der sogenannte Verbandskoffer ist teilweise gestrichen worden. Erprobte Verbandsmaterialien sind entweder ersetzt oder gestrichen worden...“
- „...es gibt viele Aufnahmen von nicht urteils- und einsichtsfähigen Bewohnern, die auch keine Vertrauensperson haben, bzw. nennen können. Das ist schwierig. Eine Vertragserrichtung ist nicht möglich. Viele dieser Bewohner waren vorher in mehreren Krankenanstalten, und es gibt keine Ansprechperson – hier wäre das Entlassungsmanagement gefragt, etwas zu tun...“
- „...trotz vorheriger Krankenhausaufenthalte wird im Krankenhaus oft kein Antrag auf Pflegegeld gestellt, sondern erst im Pflegeheim. Dadurch kommt es zu finanziellen Verzögerungen, die nicht notwendig wären...“

- ✓ „...Pflegeübergaben funktionieren gut...“
- „...Diagnose „Exsikkose⁶“ ist fast wie ein Selbstläufer in der Diagnose. Auch wenn Bewohner nachweislich genügend Einfuhr haben, steht bei Krankenhausdiagnosen fast immer „Exsikkose“. Die Angehörigen vermuten dann oftmals, dass die Bewohner im Pflegeheim verdursten. Es ist nicht notwendig, diese Ängste zu schüren...“

Kritik:

Die PPO kann ihrem gesetzlichen Auftrag nur dann nachkommen, wenn Gespräche mit Bewohner/inne/n in vertraulicher Umgebung stattfinden können.

Ergebnis:

Die vielen Rückmeldungen der Bewohner/innen an die PPO führen oft nach Gesprächen der PPO mit der Heimleitung/Pflegedienstleitung zu positiven Veränderungen in den Pflegeheimen und sind daher ein wichtiger Bestandteil der Qualitätssicherung.

⁶ Austrocknung

19 Pflege Zuhause

19.1 Mobile Pflege- und Betreuungsdienste

Im TB **2012/2013** wurde ausführlich über die Mobilen Dienste und deren Finanzierung berichtet. Anhand der Fallbeispiele zeigte die PPO auf, wie unterschiedlich die Bedingungen für Klient/inn/en von mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten sein können.

Grund für viel Unmut unter den Klient/inn/en war in den Jahren **2012/2013** der Anteil an der Finanzierung der Mobilen Dienste der Gemeinden – der sogenannte „**Gemeindeanteil**“.

Der „**Gemeindeanteil**“ wird jährlich zwischen den Gemeinden und den Trägerorganisationen vereinbart. Die Vertragsvereinbarungen sind steiermarkweit äußerst unterschiedlich.

Es wurde im TB **2012/2013** von einer Gemeinde berichtet, in der das jährliche Stundenkontingent des „Gemeindeanteils“ bereits im Herbst verbraucht war und die Klient/inn/en aufgefordert wurden, den Gemeindezuschuss für das restliche Jahr selbst zu übernehmen.

Die PPO fragte bei den Trägerorganisationen (TO) nach, ob es diesbezüglich in der Zwischenzeit in der betreffenden Gemeinde zu Veränderungen gekommen war:

Laut TO habe sich an der Situation in der betreffenden Gemeinde nichts geändert. Die Dienste für Heimhilfen werden folgendermaßen verrechnet: der Gemeindezuschuss für Heimhilfen wird ausschließlich vom Klienten/der Klientin selbst getragen (sogenannter Heimhilfe-Selbstträgerarif). Somit kommen die TOs mit dem von der Gemeinde bezogenen Budget aus. Eine solche Verrechnung bei z.B. diplomiertem Personal durchzuführen (z.B. DGKP-

Selbstträgertarife) sei undenkbar, denn dann könne sich die mobile Pflege zu Hause niemand mehr leisten.

In der Vergangenheit hat sich demnach nichts verändert. Was ist für die Zukunft geplant?

Wie die PPO erfuhr, wird in dieser Gemeinde ab 2016 für den Gemeindeanteil ein einkommensabhängiges Tarifmodell eingesetzt werden.

Es zeichnet sich bereits bei Fertigstellung dieses Berichtes ab, dass viele Klient/inn/en aufgrund ihres Einkommens keinen Gemeindegzuschuss erhalten werden und diesen Anteil selbst tragen müssen.

Gemäß dem Steiermärkischen Sozialhilfegesetz (SHG) haben die Gemeinden die Mobilen Pflege- und Betreuungsdienste zu gewährleisten, und die Trägerorganisationen erbringen diese Dienste. Ob diese Regelung der Gemeinde daher gesetzeskonform ist, wird von der zuständigen Abteilung des Landes geprüft.

Kritik:

Weiterhin orientiert sich die Finanzierung der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste nicht vorrangig am Pflege- und Betreuungsbedarf der Menschen, sondern an Kontingenten. Die Vereinbarungen zwischen Trägerorganisationen und Gemeinden gehen oftmals zu Lasten der Betroffenen. Diese werden von der öffentlichen Hand im Stich gelassen, wenn bereits während des laufenden Jahres der Gemeindeanteil aufgebraucht ist.

Empfehlung:

Es ist dringend notwendig steiermarkweit Lösungen zu finden. Zusätzliche Tarifmodelle einzelner Gemeinden sind abzulehnen.

19.2 Familiäre Pflege

19.2.1 Fallbeispiel: Alltag eines pflegenden Angehörigen

Der folgende Sachverhalt veranschaulicht stellvertretend für viele andere Angehörige die Schwierigkeiten in der stationären und mobilen Langzeitpflege für Menschen, die einer speziellen Pflege und Betreuung bedürfen:

Nach einem schweren Arbeitsunfall Ende 2013 und vielen darauffolgenden Monaten im Krankenhaus wurde der 60jährige Betroffene in ein Pflegeheim transferiert.

Der Betroffene war in der Pflegegeldstufe (PGSt) 7 eingestuft, auf eine Beatmungsmaschine angewiesen und hatte nicht behandelbare Keime, die er im Krankenhaus erworben hatte. Die Versorgung im Pflegeheim gestaltete sich sehr schwierig. An Wochenenden und in der Urlaubszeit gab es des öfteren Personalengpässe. Immer wieder musste der Betroffene wegen einer schweren Sepsis ins Krankenhaus eingeliefert werden. Laut Familie des Betroffenen war das Pflegeheim sehr bemüht, aber die Versorgung ihres Angehörigen sei einfach zu komplex gewesen.

Da eine adäquate Pflege durch die Personalstruktur des Pflegeheimes nicht gegeben war und auch die ärztliche Betreuung dort fehlte, entschloss sich die Familie für eine Versorgung zuhause.

Als der Betroffene zuhause von seiner Familie aufgenommen wurde, war folgende Pflege notwendig:

- Beatmung über eine Beatmungsmaschine
- regelmäßiges Absaugen über die Luftröhre
- Ernährung über eine Ernährungssonde durch die Nase in den Dünndarm
- wegen Gehörlosigkeit verständigte der Betroffene sich hauptsächlich schriftlich
- Gehen mit Hilfe und Rollator
- Blasenverweilkatheter-Versorgung

Im Folgenden wird dargestellt, wie die Familie auf die Pflege ihres Angehörigen zu Hause vorbereitet wurde:

Für die Bedienung der Beatmungsmaschine bekam **nur ein einziges** Familienmitglied im Krankenhaus eine Einschulung. Es wurde in weiterer Folge dieser Person übertragen, weitere Angehörige darin einzuschulen.

Ein Familienmitglied schilderte der PPO den Pflegealltag des Betroffenen zuhause wie folgt:

- „Wir sind eine Intensivstation - aufgrund des hohen Infektionsrisikos haben wir bekleidungstechnische Schutzmaßnahmen. Neulich ging um zwei Uhr nachts der Sauerstoff für die Beatmungsmaschine aus - an der Beatmungsmaschine leuchteten alle Knöpfe und alle Alarmer gingen los, die Sättigung ging auf zehn hinunter und mein Bruder sah mich mit weit aufgerissenen Augen an - ich handelte instinktiv und wir haben im Krankenhaus angerufen, dass wir sofort Sauerstoff brauchen und die Rettung brachte ihn - es ging gut aus!“

- „Einmal bekam mein Bruder keine Luft mehr und alle Lichter an der Maschine leuchteten - die Trachealkanüle war verstopft - wir riefen den Notarzt - meine Schwägerin und ich haben meinen Bruder 50 Minuten lang mit dem Ambubeutel beatmet und reanimiert - **der Notarzt war verwundert, dass so ein Patient zuhause ist** - meine Schwester wechselte im Beisein des Arztes die Kanüle selber, denn er sagte, dass er es nicht könne.“

- „**Man kann sich nicht vorstellen, wie es einem geht, wenn plötzlich alle Lichter bei der Beatmungsmaschine leuchten** – so etwas mutet man den Angehörigen zu, man fühlt sich so alleine gelassen. **Mein Bruder wird aufgrund der multiresistenten Keime nicht bei allen Ärzten oder Ambulanzen genommen - diese Keime hat er aber aus dem Krankenhaus.**“

Die Pflege zuhause wird von der gesamten Familie sowie von Personenbetreuer/inne/n und wochentags je drei Stunden von einer diplomierten Pflegeperson über einen Verein geleistet. Die medizinische Versorgung findet durch einen Hausarzt statt, der sogar den Trachealkanülenwechsel durchführt, sowie einem Lungenfacharzt, der die Blutgasekontrollen zuhause macht.

Seit der Betroffene zuhause ist, gibt es Kontakt zu einem Pflegedienstanbieter der häusliche Intensivpflege und Beratung anbietet. Der Anbieter wurde über das Internet gefunden. Die Leistungen erfolgen auf Honorarbasis, die meisten Leistungen wurden jedoch vom Pflegedienstanbieter freiwillig geleistet.

Den Intensivpfleger beschreibt die Familie so:

- *„Er war unsere Rettung - die Pflege Hotline, die wir anrufen konnten. Er hat einige Änderungen bei der Pflege vorgeschlagen und durchgeführt, z.B. hatte mein Bruder eine unpassende Trachealkanüle - der Intensivpfleger hat die vorhandene Kanüle mit einem anderen System ausgetauscht - seither ist die Pflege der Kanüle viel leichter und es kommt nicht mehr so oft zu Verstopfungen durch Sekret.“*

Was braucht die Familie um die Pflege zuhause sicher leisten zu können? Eine Frage, die die Familie aufgrund ihrer Erfahrungen für sich so beantwortete:

- *„Eine ideale Betreuung wäre z.B. wenn die Angehörigen zu Beginn der Betreuung zuhause zwei Monate intensiv betreut und praktisch geschult werden könnten. Man würde sich viel sicherer fühlen. Eine intensivere Betreuung wäre erst wieder nötig, wenn sich irgendetwas gravierend ändert, z.B. bei der Entwöhnung von der Beatmungsmaschine.“*

Zusammenfassend bräuchte die Familie daher fachgerechte intensivmedizinische und intensivpflegerische Betreuung und Anleitung zuhause, sowie die Finanzierung dafür. Lt. Familie würden sich in unmittelbarer Umgebung noch drei weitere Menschen mit ähnlichem Pflegaufwand und

Langzeitbeatmung befinden, die von ihren Familien zuhause gepflegt und betreut werden.

Ein Wunsch der Angehörigen an die Politik ist es, beim Ausbau der mobilen Pflege auch die Pflege von Menschen mit besonderem Pflege- und Betreuungsaufwand zu berücksichtigen und beschreiben dies wie folgt:

- *„Wenn Menschen, wie mein Bruder, mit professioneller Unterstützung zuhause gepflegt und betreut werden, sind aus unserer Erfahrung weniger Krankenhausaufenthalte notwendig. Das ist eine „win-win“ Situation für beide – „die öffentlichen Hand“ und meinen Bruder. In einem Pflegeheim ist für diese speziellen Aufgaben zu wenig Pflegepersonal mit speziellem intensivmedizinischen Fachwissen vorhanden und die ärztliche Betreuung (z.B. ein Hausarzt) fehlt. Bewohner, wie mein Bruder, brauchen im Idealfall eine 1:1 pflegerische Betreuung und durchgehende ärztliche Betreuung. Die Pflege dieser Bewohner erfordert hohe Fachkompetenz. Es braucht Kontinuität in der Behandlung und Betreuung, da häufiger Zwischenfälle vorkommen, bei denen eine rasche Reaktion möglich sein muss.“*

Die Recherchen der PPO zur Pflege und Betreuung durch Mobile Pflegedienste

von Menschen mit speziellem Pflegeaufwand wie z.B. Langzeitbeatmung haben unter anderem folgende Probleme erkennen lassen:

Es kommt selten vor, dass es zur Übernahme solcher Fälle durch Mobile Dienste kommt. Wenn doch, sind die Sonderregelungen lt. Tätigkeits- und Kompetenzkatalog für die Mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in der Steiermark einzuhalten und die Rahmenbedingungen müssen passen, wie z.B. ein aufgeschlossener und gut erreichbarer Hausarzt, gut anleitbare Angehörige, sehr gute Hygiene im Haushalt etc. Außerdem muss von der Trägerorganisation ein eigens nominiertes Team aus Diplompflegerpersonen eine Spezialschulung in einem Krankenhaus absolvieren. Erst dann kann mit der Betreuung begonnen werden. Eine ad hoc Übernahme ist lt. Mobile Dienste de facto nicht möglich.

Die Recherche in der stationären Langzeitpflege ergab, dass es auf den Einzelfall und die Kapazitäten (Personal, Bettenanzahl, Ausstattung...) in den einzelnen Pflegeheimen ankommt, ob ein/e Bewohner/in mit speziellem Pflegeaufwand wie z.B. Langzeitbeatmung aufgenommen werden kann.

Kritik:

Die Vorbereitung auf die Pflege zuhause oder in einem Pflegeheim von Menschen mit speziellen Pflege- und Betreuungsbedürfnissen, wie in diesem Beispiel die Langzeitbeatmung, muss bereits im stationären Bereich beginnen. Bevor diese Menschen in die häusliche Pflege entlassen werden können, muss bereits das gesamte Umfeld darauf vorbereitet und die Finanzierung der Pflege- und Betreuung gesichert sein.

Empfehlung:

Eine schrittweise Begleitung des Betreuungsteams zuhause vom Personal des Krankenhauses als sogenanntes „Outreach“ und ein gut funktionierendes Case Management (Fallebene) ist für diese Betroffenen unumgänglich. Im Fall der Langzeitbeatmung, aber auch in anderen speziellen Fällen, bedarf es einer Zusammenarbeit mit bereits bestehenden Strukturen und speziell ausgebildeten Professionalist/inn/en im Sinne eines Care Managements (Systemebene).

19.3 24-Stunden-Betreuung

Bereits seit 2008 berichtet die PPO über Menschen, die sich mit ihren Anliegen, die 24h Betreuung betreffend, an sie wenden. Wie in den letzten Jahren auch, wird der vorliegende Tätigkeitsbericht neuerlich zum Anlass genommen, um dahingehend einige Punkte aufzuzeigen, da es weder für die PPO noch für andere Organisationen einen gesetzlichen Auftrag zur Bearbeitung derartiger Beschwerden gibt.

19.3.1 Fallbeispiel 1: Personenbetreuung - Anforderungsprofil

Der Angehörige einer Betroffenen schildert seine Erfahrungen mit Personenbetreuer/inne/n, die über die Vermittlungsagentur einer großen Trägerorganisation vermittelt wurden:

Die Betroffene leidet an einer chronischen Krankheit und wird zuhause von mehreren Menschen (u.a. Therapeut/inn/en, Mediziner/inne/n, Personenbetreuer/inne/n, Haushaltshilfen) gepflegt und betreut. Die Patientin braucht Unterstützung bei pflegerischen Tätigkeiten, wie Unterstützung bei der Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Aufstehen, Niederlegen, Niedersetzen, Gehen und beim Wechsel der Inkontinenzprodukte. Diese Tätigkeiten sollen hauptsächlich von den Personenbetreuerinnen durchgeführt werden. Mit dieser Form der Unterstützung ist der Betroffenen ein durchaus selbstbestimmtes Leben zuhause möglich.

Die genaue Diagnose der Betroffenen sowie die Anforderungen an die Personenbetreuer/innen wurden der Vermittlungsagentur für Personenbetreuung von der Familie mitgeteilt und die Agentur sollte entsprechend geeignete Personenbetreuer/innen auswählen.

Der Familie wurden von der Agentur sogenannte „Krankenschwestern“ vermittelt. Es stellte sich jedoch oft heraus, dass die „Krankenschwestern“ in

ihrem Herkunftsland entweder in einem anderen Berufsfeld, wie z.B. in einem Kindergarten, gearbeitet hatten oder eine völlig andere Vorstellung von der Tätigkeit einer „Krankenschwester“ hatten. Manche Personenbetreuer/innen hatten zum Beispiel noch nie zuvor Körperpflege durchgeführt, sondern verstanden die Tätigkeit einer „Krankenschwester“ u.a. als Blutdruckmessen, Injektionen verabreichen, EKG schreiben oder Ähnliches.

Trotz Einschulungen war es oft schwierig für die Personenbetreuer/innen die von ihnen erwarteten pflegerischen Unterstützungstätigkeiten durchzuführen. Zudem kam es auch immer wieder zu sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten, die mitunter zu kritischen Situationen führten.

Die Personenbetreuer/innen schienen laut Familie zumeist überfordert, obwohl sie von den Vermittlungsagenturen für diese Tätigkeiten ausgewählt wurden.

Die gesetzlichen Voraussetzungen für die pflegerischen Tätigkeiten durch Personenbetreuer/innen sind im GuKG folgendermaßen geregelt:

Nach § 3b. (1) GuKG sind Personen, die betreuungsbedürftige Menschen als Betreuungskräfte nach den Bestimmungen des 1. Hausbetreuungsgesetzes, BGBl. I Nr. 33/2007, oder 2. Im Rahmen des Gewerbes der Personenbetreuung nach den Bestimmungen der Gewerbeordnung 1994, unterstützen, befugt einzelne pflegerische Tätigkeiten an der betreuten Person im Einzelfall nach Maßgabe der Abs. 2 bis 6 durchzuführen, sofern sie zur Ausübung dieser Tätigkeiten nicht ohnehin als Angehöriger eines Gesundheits- und Krankenpflegeberufs oder eines Sozialbetreuungsberufs berechtigt sind.

Kritik:

Es ist nicht nachvollziehbar, nach welchen Kriterien die fachlichen Kompetenzen und das tatsächliche Wissen der Personenbetreuer/innen vorab von den Vermittlungsagenturen überprüft werden.

19.3.2 Fallbeispiel 2: Insulinpflichtige Diabetikerin

Ein Angehöriger schilderte der PPO einen Sachverhalt, der zu dem Zeitpunkt der Kontaktaufnahme mit der PPO bereits in der Vergangenheit lag. Die Betroffene sei insulinpflichtige Diabetikerin und seit ein paar Monaten im Rahmen der 24-h-Betreuung von unterschiedlichen Personenbetreuerinnen zuhause betreut worden:

- die erste Personenbetreuerin war für sechs Wochen bei der Betroffenen, zur vollen Zufriedenheit der Angehörigen,
- die zweite Personenbetreuerin konnte kein Wort Deutsch und wurde sofort wieder ausgetauscht,
- bei der dritten Personenbetreuerin kam es zu folgenden Problemen: Der Gatte der Betroffenen lebte nebenan in einer eigenen Wohnung und kam täglich mehrmals zu Besuch. Auch die Tochter der Betroffenen kam jeden zweiten Tag zu Besuch. Das regelmäßige Spritzen des Insulins wurde von der Personenbetreuerin durchgeführt und stellte kein Problem dar. Eines Tages ließ die Personenbetreuerin den Gatten nicht mehr in die Wohnung und schließlich, als die Tochter doch Zugang zur Wohnung erhielt, fand sie die Betroffene nackt im Nassen liegend vor und die Personenbetreuerin schien völlig überfordert. Die Betroffene hatte eine Unterzuckerung erlitten und musste in weiterer Folge medizinisch versorgt werden.

Im Nachhinein stellte sich heraus, dass die Personenbetreuerin zwar das regelmäßige Insulinspritzen beherrschte, jedoch Kenntnisse über Grundtechniken der Pflege, wie die Körperpflege, Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme und Mobilisation kaum vorhanden waren. Sie hatte der Betroffenen kaum zu essen gegeben und auch den Blutzuckerspiegel nicht kontrolliert.

Als Folge musste die Betroffene stationär behandelt werden und die dritte Personenbetreuerin wurde von der Familie gekündigt.

Die PPO riet der Familie zur Strafanzeige. Ob die Familie dies veranlasste, ist der PPO nicht bekannt.

Kritik:

Auch in diesem Beispiel stellt sich die Frage, wie und durch wen die Kompetenzen der Personenbetreuerin vorab überprüft wurden.

Positive Entwicklungen:

Ein wichtiger Schritt in Richtung klarer Regeln zwischen Personenbetreuer/innen, Vermittlungsagenturen und Betroffenen ist die am 1. Dezember 2015 veröffentlichte Verordnung zu Rahmenbedingungen für Vermittlungsagenturen über Standes- und Ausübungsregeln für die Organisation von Personenbetreuung.

Aufgrund der gewerberechtlichen Trennung von „Personenbetreuern“ und „Vermittlungsagenturen“ („Organisation von Personenbetreuung“) werden rechtliche Rahmenbedingungen für die Tätigkeit der Vermittlungsagenturen geschaffen.

Diese klare Trennung zwischen Standes- und Ausübungsregeln für Leistungen der Personenbetreuung einerseits und für die Organisation von Personenbetreuung andererseits dient der für alle Betroffenen erforderlichen Transparenz.

Die Verordnung trat mit Jänner 2016 in Kraft.

Die PPO begrüßt, dass einige Trägerorganisationen Qualitätskriterien für die 24-Stunden-Betreuung festgelegt und sich gemeinsam zur Einhaltung dieser verpflichtet haben. „Das Wohl der zu betreuenden Person, sowie der Angehörigen steht dabei ebenso im Zentrum, wie die Fairness gegenüber Personenbetreuer/innen“ erklären die Trägerorganisationen (Fürst, 2016).

Fazit:

Da in den Qualitätskriterien Punkte wie Aufnahme und Auswahl der Personenbetreuer/innen, Beginn der Betreuung, Qualitätssicherung und Fallbegleitung durch qualifiziertes Fachpersonal genau beschrieben sind, könnten sich dadurch die oben genannten Fallbeispiele in Zukunft vermeiden lassen.

20 Betreutes Wohnen

Laut Bedarfs- und Entwicklungsplan (BEP) für die Steiermark standen 2013 an 96 Standorten alternative Wohnformen mit insgesamt 1.411 Plätzen zur Verfügung. Es wurde hochgerechnet, dass bis zum Jahr 2025 insgesamt 2.238 Plätze benötigt werden, was einen Mehrbedarf von 827 Plätzen bedeuten würde.

Die Menschen, die derzeit in Betreutem Wohnen leben, repräsentieren nicht nur eine große Gruppe von älteren Menschen in der Steiermark, sondern es ist auch zu erwarten, dass es zu einem Anstieg der Pflegegeldbezieher in dieser Gruppe kommen wird.

Betreutes Wohnen zeichnet sich dadurch aus, dass ein Fördervertrag mit dem Land Steiermark vorliegt und neben der Wohnform ebenso diverse Grundserviceleistungen vertraglich geregelt werden und die Vermittlung mobiler Sozial- und Gesundheitsdienste nach individuellem Bedarf organisiert wird. Diese Rahmenbedingungen, sowie deren Überprüfung für Betreutes Wohnen, sollen im neuen Pflege- und Betreuungsgesetz geregelt werden.

Lt. Rechnungshof des Landes Steiermark werden beträchtliche Mittel zum Auf- und Ausbau von Betreutem Wohnen verwendet. Aus diesem Grund wird es jetzt und künftig wichtig sein, diese Leistungen, die Bewohner/innen des Betreuten Wohnens erhalten, zu erfassen und umfassend zu überprüfen.

Kritik:

Keinesfalls darf es sein, dass nach dem Aufbau des Betreuten Wohnens keine oder zu wenig Mittel für die Kontrolle verwendet werden. Es versteht sich von selbst, dass die Kontrollen analog zum Steirischen Pflegeheimgesetz (StPHG) durchgeführt werden müssen.

Kritisch betrachtet wird vor allem die lange Entstehungsdauer des in Arbeit befindlichen Pflege- und Betreuungsgesetzes.

20.1 Betreubares Wohnen

Während das Pflege- und Betreuungsgesetz noch nicht einmal verlautbart ist, entstehen zwischenzeitlich bereits wieder neue Geschäftsfelder wie „Betreubares Wohnen“ oder sogenannte „Mietverhältnisse für pflegebedürftige Menschen“.

„Betreubares Wohnen“ kann von jeder privaten Person ohne besondere Bewilligung und Kontrolle des Landes angeboten werden. Bei dieser Wohnform gibt es für die Bewohner/innen keine von öffentlicher Hand vorgegebenen Tarife oder Tagsätze.

20.1.1 Fallbeispiel 1: Hoher Pflegeaufwand

Die PPO wurde mehrmals durch Angehörige oder den zuständigen Sachwalter der betroffenen Person darüber informiert, dass diese Person mit einem bestehenden hohen Pflegeaufwand in einem „Betreubaren Wohnen“ versorgt werde. Als die betroffene Person über keine Geldmittel mehr verfügte, sei eine Verlegung in ein Pflegeheim (mit Antrag auf Restkostenübernahme) initiiert worden.

Es entstand damit der Eindruck, dass eine Betreuung bei einer Person mit hohem Pflegeaufwand in „Betreubarem Wohnen“ nur solange möglich ist, solange genügend Geldmittel vorhanden sind. Sobald dies nicht mehr der Fall ist, wird die Verlegung in ein Pflegeheim angestrebt mit der Argumentation, dass der Pflegeaufwand zu hoch sei.

Kritik:

Alternative Wohnformen sind zu begrüßen. Unkontrollierbare, intransparente Organisationsformen sind allerdings abzulehnen. Fehlende Rahmenbedingungen eröffnen Möglichkeiten, die nicht immer dem Wohl der betroffenen Bewohner/innen dienen.

20.1.2 Fallbeispiel 2: Eine Betrugsgeschichte

Ende 2013 nahm eine Exekutivbedienstete Kontakt mit der PPO auf, um Informationen über pflegerechtliche Regelungen in der Steiermark einzuholen, damit sie folgenden Sachverhalt bearbeiten konnte:

Im Zuge einer polizeilichen Ermittlung in einer Betrugssache wurde bekannt, dass ein Verdächtiger als Sachwalter tätig war. Dies wurde von der Polizei dem Pflegschaftsgericht mitgeteilt. Das Pflegschaftsgericht initiierte sodann eine Umbestellung der Sachwalterschaft bei zwei Obsorge bedürftigen Personen.

Die daraufhin Neubestellte Sachwalterin prüfte die Finanzgebarung dieser Obsorge bedürftigen Personen und brachte Folgendes zur Anzeige:

Es handelte sich um zwei Personen (Pflegegeldstufe vier und fünf), welche seit mehreren Jahren in einer Pflegeeinrichtung wohnten, wo einerseits ein Pflegeheim und andererseits Betreutes Wohnen (BW) in unmittelbarer Nähe durch einen gemeinsamen Träger angeboten und organisiert wurde.

Weder deren Versorgung (welche Organisationsform) noch die Abrechnung der jeweiligen Versorgung war klar nachvollziehbar. Es gab Abrechnungen aus denen ersichtlich war, dass monatlich pro Person seit Jahren € 5.900.- (!) abgerechnet worden waren.

Weiters war unklar, ob es sich bei der Wohnform „Betreutes Wohnen“ tatsächlich um ein vom Land Steiermark gefördertes „Betreutes Wohnen“ oder um das Geschäftsfeld „Betreubares Wohnen“ handelte, da der zur Geltung gebrachte Abrechnungsbetrag weder mit den Tarifen des Pflegeheims noch des BW übereinstimmte.

Weder Aufzeichnungen noch Aussagen der inzwischen befragten Pflegepersonen seien diesbezüglich schlüssig. Teilweise seien die Aussagen widersprüchlich und nicht nachvollziehbar. Andere Personen in diesem BW wären monatlich mit nur € 2.200.- abgerechnet worden.

Zur Unterstützung bei der Klärung dieses Sachverhaltes holte die Sicherheitsbehörde die pflegerechtliche Expertise der PPO zu folgenden Themen ein:

- StPHG/ LEVO- Pflegeheimkosten (Tagsatzobergrenzen)
- Landesvereinbarung-Vertragsregelung (Land-Pflegeheim)
- KSchG-Selbstzahler (dürfen gegenüber bezuschussten Bewohnern nicht benachteiligt werden), Abrechnung
- Betreutes Wohnen vs. Betreubares Wohnen (mit/ohne Fördervereinbarungen)
- BPGG-Pflegegeldstufen (durch die Höhe der Pflegegeldstufen kann der Rückschluss gezogen werden in welcher Pflegeorganisation jemand versorgt werden sollte)
- GuKG- Berufspflichten zB. Dokumentation

Die PPO brachte in Erfahrung, dass es sich im gegenständlichen Fall um die Organisationsform „Betreubares Wohnen“ und nicht um ein durch das Land Steiermark gefördertes und geregeltes „Betreutes Wohnen“ handelte.

Eine der beiden Geschädigten sei in der Zwischenzeit verstorben. Auf deren Kosten sei noch ein sehr großer Fernseher angekauft und im Gemeinschaftsraum aufgestellt worden. Die Betroffene habe diesen allerdings wegen ihrer fortgeschrittenen Demenz nie nützen können. Auch eine zweite Sterbeversicherung sei für diese Frau vorhanden gewesen.

Im Februar 2014 wurde die PPO darüber in Kenntnis gesetzt, dass der entthobene Sachwalter in den letzten Jahren an die hundert (!) Personen betreut haben soll.

Aufgrund dieser Information richtete die PPO ein Schreiben an die Justiz-Ombudsstelle. Eine Überprüfung, ob weitere Menschen in den letzten Jahren durch den Verdächtigten geschädigt wurden, sollte veranlasst werden.

Von Seiten der Justiz-Ombudsstelle wurde bekannt gegeben, dass man Kontakt mit der Landeskriminalstelle aufnehmen und die Staatsanwaltschaft alle Pflegschaftsakten prüfen werde.

Die PPO machte des Weiteren die zuständige Abteilung des Landes Steiermark auf die Vorwürfe aufmerksam, da im gegenständlichen Fall eine Vertragsverletzung im Rahmen der Landesvereinbarungen vorliege.

Im Oktober 2015 kam es zur Gerichtsverhandlung. Laut Kenntnis der PPO waren mehrere Personen angeklagt und Gegenstand der Verhandlung war u.a. Untreue, Fälschung von Beweisen und falsche Beweisaussagen.

In der Kleinen Zeitung vom 02.10.2016 war die Schlagzeile „*Sachwalter nahm Pfleglinge aus: 24 Monate Haft*“ zu lesen. Das Urteil wurde von den Medien so interpretiert, dass man bewusst folgendes Signal senden wollte:

„Man bereichert sich nicht auf Kosten seiner Schützlinge.“

Ergebnis:

Laut dem Wissensstand der PPO zum Zeitpunkt der Berichterstattung habe der Sachwalter ihm anvertraute Personen zu überhöhten Tarifen ins Pflegeheim gebracht und dafür € 1.000.- von den Heimbetreibern kassiert. Gleichzeitig haben sich die Verantwortlichen der Pflegeeinrichtung durch die überhöhten Tarife bereichert. Insgesamt soll ein Schaden von € 258.000.- für beide Betroffenen entstanden sein. Zusätzlich habe sich der Sachwalter bei Lebens- und Sterbeversicherungen, die er für seine ihm anvertrauten Personen abschloss, bereichert. Auch Sparbücher und Wertsachen seien verschwunden.

Das Schöffengericht verurteilte den Sachwalter zu 24 Monaten Haftstrafe (davon acht auf Bewährung) und die Mitangeklagten (Leitung des Pflegeheims) zu 18 Monaten (davon sechs auf Bewährung).

Zum Zeitpunkt der Berichterstattung war das Urteil noch nicht rechtskräftig, die Angeklagten gingen in Berufung.

Schließlich wurde mitgeteilt, dass es inzwischen von Seiten des Trägers für den Zeitraum von 2007 bis 2012 eine **finanzielle Wiedergutmachung an eine der beiden betroffenen Personen in der Höhe von € 112.000.- gegeben habe.**

Da es Verträge zwischen dem Land Steiermark und dem Träger des Pflegeheims gibt, ist durch das Land zu prüfen, wie sich eine Verurteilung auf die weitere Vertragsgestaltung auswirken soll.

20.1.3 Fallbeispiel 3: Vergabe von Wohnungen

Eine betagte Dame wandte sich mit folgendem Anliegen an die PPO:

Seit einigen Monaten lebte sie bereits in einer Einrichtung des Betreuten Wohnens. Diese Einrichtung befand sich aber nicht in ihrer Heimatgemeinde, in der sie ihr ganzes Leben verbracht hatte, und daher war es von Anfang an ihr Wunsch in dieser Gemeinde nur vorübergehend zu wohnen, bis im Betreuten Wohnen ihrer Heimatgemeinde eine Wohnung für sie frei werde.

Als die Zusage ihrer Heimatgemeinde über das Freiwerden einer Wohnung übermittelt wurde, war ihre Freude groß. Sie konnte die Wohnung sofort besichtigen und war von dieser begeistert. Die äußerst hohe Ablöse für das Mobiliar durch die Erbin der Vormieterin bezahlte die Betroffene sofort, da sie die Wohnung unbedingt haben wollte. Sie wurde auch noch beim Bürgermeister vorstellig, welcher ihr auch die Zusage für die Wohnung erteilte. Trotz all der Zusagen und der bereits bezahlten Ablöse teilte die zuständige Siedlungsgenossenschaft der Betroffenen jedoch mit, dass sie den Kriterien des förderbaren Wohnens nicht entsprechen würde. Die jährliche Einkommensobergrenze liege bei € 34.000.- und sie habe bis dato ein zu hohes Einkommen bzw. nicht die richtigen Unterlagen vorgelegt.

Diese Nachricht erhielt sie drei Wochen vor dem geplanten Umzug, ihre vorübergehende Wohnung im Betreuten Wohnen (!) der anderen Gemeinde hatte sie bereits gekündigt.

Die Betroffene befand sich im Ausnahmezustand, da nun einerseits die alte Wohnung bereits gekündigt war, ihre „neue“ für sie aber nicht verfügbar war. Die völlig verzweifelte Frau bat die PPO um Hilfe.

Die PPO kontaktierte die zuständige Siedlungsgenossenschaft. Die fehlenden Unterlagen konnten vorgelegt werden. Nach genauer Prüfung und Durchsicht der Unterlagen kam man zu dem Ergebnis, dass ihr Einkommen

unter der Einkommensobergrenze lag. Die Wohnung wurde ihr letztendlich doch zugeteilt.

Für die Betroffene konnte die Angelegenheit zu ihrer Zufriedenheit erledigt werden. Der hohe Druck, der dadurch bei der Betroffenen verursacht worden war, veranlasste die PPO, das Vorgehen bei der Vergabe der Wohnungen nochmals genauer zu hinterfragen.

Die Recherchen der PPO ergaben, dass in der Heimatgemeinde die Gemeinde der Grundeigentümer ist, welche auch mit dem Land den Fördervertrag für Betreutes Wohnen hat. Bauerrichter und Vermieter sind eine Siedlungsgenossenschaft, welche die Mietverträge mit den Bewohner/inne/n errichtet. Die Betreuungsverträge errichtet die zuständige Trägerorganisation.

Wohnungssuchende wenden sich an die Stadtgemeinde, welche als Anlaufstelle und Schnittstelle zwischen Siedlungsgenossenschaft und Trägerorganisation zu sehen ist. Entscheidungen über die Wohnungsvergabe laufen laut Gemeinde in enger Zusammenarbeit zwischen Siedlungsgenossenschaft und Trägerorganisation.

Die Gemeinde entscheidet nicht, sondern erteilt nur Vorinformationen und vermittelt zwischen interessierten älteren Menschen und Trägerorganisation. Die Trägerorganisation gibt an, erst bei Einzug der Bewohner/in zuständig zu sein. Sobald die Menschen im Betreuten Wohnen leben, würde der Betreuungsvertrag beginnen. Für alle Vorentscheidungen sei die Trägerorganisation nicht zuständig. Die Entscheidungsträger, in diesem Fall die Siedlungsgenossenschaft und Gemeinde, haben die Kriterien für Betreutes Wohnen des Landes Steiermark aufliegen und würden diese berücksichtigen.

Es gibt für Betreutes Wohnen die unterschiedlichsten Ausführungen: so gibt es beispielsweise Trägerorganisationen, die gleichzeitig Vermieter sind oder

Gemeinden, die festlegen, dass die Wohnungen nur an einkommensschwache Menschen vergeben werden.

Empfehlungen der PPO

Innovation und alternative Wohnformen sind grundsätzlich zu unterstützen. Die Bedingungen müssen für alle Betroffenen gleich sein und Transparenz steht als oberste Bedingung bei der Vergabe von Wohnungen.

Unkontrollierbare sowie intransparente Organisationsformen sind abzulehnen.

Förderrichtlinien dazu werden derzeit vom Land überarbeitet.

21 Pflegeplätze

In Hinblick auf die Neugestaltung des Pflege-und Betreuungsgesetzes befasste sich die PPO mit dem Thema Pflegeplätze u.a. in einem Schreiben an den zuständigen Landesrat des Landes Steiermark Ende 2014 und nahm 2015 an einem vom Referat Pflegemanagement des Landes Steiermark organisierten „Round-Table“ teil.

Folgende Themen wurden besprochen:

- Derzeit können in der Steiermark auf Pflegeplätzen bis zu sechs pflegebedürftige Menschen im Rahmen eines Haushaltsverbandes ohne Berücksichtigung vom Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegeldstufen PGSt) mit behördlicher Bewilligung gepflegt und betreut werden.
- Die Praxis zeigt, dass die Pflege und Betreuung im Haushaltsverband meist von einer einzigen Person, 365 Tage im Jahr, Tag und Nacht durchgeführt wird. Eine Vertretung für diese Person muss zwar genannt werden, wird aber möglicherweise aus finanziellen Gründen selten in Anspruch genommen.
- Im Bundespflegegeldgesetz (BPGG) ist nachzulesen, dass bei den PGSt. 1 bis 4 ausschließlich der zeitliche Betreuungsaufwand die Anspruchsvoraussetzung darstellt. Unterschiedlich dazu ist die Voraussetzung für die PGSt. 5 bis 7. Hier gilt ein Pflegeaufwand von mehr als 180 Stunden im Monat und zusätzlich ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand. Das bedeutet, dass zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen erforderlich sind und diese regelmäßig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind.

Kritik:

Es ist unerklärlich, wie sechs Bewohner/innen teilweise rund um die Uhr von einer einzigen Betreuungsperson (365 Tage im Jahr, Tag und Nacht) ohne der Gefahr eines Nachteils für die Bewohner/innen, betreut werden können. Dies insbesondere deswegen, weil fast die Hälfte der Bewohner/innen mehrmals täglich und auch in der Nacht einen Pflegebedarf benötigen können.

Laut Recherche bei der zuständigen Abteilung im Land Steiermark betrug die durchschnittliche Pflegegeldstufe auf Pflegeplätzen 4,64. Ungefähr die Hälfte aller Bewohner/innen auf Pflegeplätzen (49%) haben die Pflegestufen fünf bis sieben.

Das stellt sowohl qualitativ als auch quantitativ einen hohen Pflegebedarf dar. Das StPHG nimmt in der derzeitigen Version eben nicht Bedacht darauf, dass hochgradig Pflegebedürftige und zusätzliche pflegebedürftige Personen auf Pflegeplätzen wegen des zu erwartenden und teilweise zeitlich unkoordinierbaren Pflegebedarfs von nur einer Person nicht adäquat versorgt werden können.

In den Bundesländern Oberösterreich, Salzburg, Wien, Tirol und Vorarlberg räumt der Landesgesetzgeber Privatpersonen keine Möglichkeit ein, Pflegeplätze einzurichten.

In Niederösterreich, Burgenland und Kärnten sind Pflegeplätze, die nicht alle Voraussetzungen eines Pflegeheimes erfüllen, für maximal vier Personen zulässig. Es gibt strenge Bewilligungsbeschränkungen, die u.a. den Grad der Pflegebedürftigkeit (max. bis zur PGSt. vier) von künftigen Bewohner/innen regeln.

Kritik:

Seit Jahren weist die PPO in ihren Tätigkeitsberichten daraufhin und wiederholt die Empfehlung, das StPHG dahingehend zu novellieren, dass grundsätzlich maximal vier Bewohner/innen mit der Beschränkung bis auf die PGSt.4 auf Pflegeplätzen betreut werden dürfen. Werden Personen mit einer höheren Pflegebedürftigkeit auf einem Pflegeplatz betreut, sollte dies zwangsläufig zur Reduzierung der Anzahl der Bewohner/innenanzahl führen. In diesem Zusammenhang ist es unabdingbar, dass auch Pflegeplätze, analog den Pflegeheimen, zwei Mal jährlich, behördlich kontrolliert werden müssen.

21.1 Unbewilligte Pflegeeinrichtung - Fortführung aus TB 2006/2007

In den Tätigkeitsberichten **2006** und **2007** berichtete die PPO sehr ausführlich über einen Pflegeplatz, der lt. Ankündigung des Betreiber geschlossen werden sollte und wo dennoch über ein Jahr lang weiterhin bis zu sechs Personen betreut wurden. Bei einer der betreuten Personen wurde außerdem ein grober Pflegeschaden vermutet, der erst durch Recherche der PPO offensichtlich und von der PPO bei der Staatsanwaltschaft zur Anzeige gebracht wurde.

Die Behörde führte ein Verwaltungsstrafverfahren durch. Der Betreiber wurde im Verfahren nach dem StPHG zu einer Geldstrafe von € 4.000.- und im Verfahren nach dem Ausländerbeschäftigungsgesetz zu einer Geldstrafe von € 2.000.- verurteilt.

Das Ermittlungsverfahren bei der Staatsanwaltschaft bzgl. §92 StGB (Quälen oder Vernachlässigen unmündiger, jüngerer oder wehrloser Personen) wurde im September 2014 teilweise eingestellt.

Dennoch wurde 2015 der Betreiber zu einer Freiheitsstrafe von 18 Monaten wegen schweren Betruges verurteilt. Er hatte durch Verschweigung der Tatsache, dass eine Bewohnerin verstorben war, und durch die Vorgabe, dass die Geldleistungen dieser Person zugutekommen, die PVA um ca. € 102.000.- und das Bundessozialamt um ca. € 7.600.- betrogen.

Kritik:

Anhand dieses Falles wurde damals ersichtlich und von der PPO aufgezeigt, dass Behörden zu wenig personelle Ressourcen für Überprüfungen gemäß §14 StPHG haben, Amtssachverständige (ASV) zu wenig Aus-, Fort-, und Weiterbildungen haben und zu wenig Zeit in der Einrichtung verbringen können, um eine ausführliche Befunderhebung und Gutachtenserstellung durchführen zu können. Eine geeignet-qualifizierte Referatsleitung fehlte.

Ergebnis:

Es folgten Überprüfungen, Stellungnahmen, Auf- und Nachschulungen, sowie eine Personalaufstockung bei den ASVs.

Im Rahmen der Umstrukturierung des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung (Abteilung Gesundheit und Abteilung Soziales) wurden die ASV in die „Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft“ und in die dort neugeschaffene „Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement“ eingegliedert und mit einer qualifizierten Leitung ausgestattet.

21.2 Fallbeispiel: Pflegemängel und illegaler Pflegeplatz

Gemäß § 2 StPHG sind Pflegeplätze (PP) stationäre Einrichtungen, die eine organisatorische und betriebliche Einheit bilden, in der bis zu sechs nicht haushaltsverbandsangehörige Personen im Rahmen eines Haushaltsverbandes gepflegt und betreut werden.

Immer wieder werden an die PPO Fälle herangetragen, wo Menschen in Einrichtungen gepflegt und betreut werden, die nicht nach dem StPHG bewilligt sind, sondern wo der Aufenthalt der Menschen durch ein reines Mietverhältnis begründet wird.

Ein solcher Sachverhalt und die sich daraus ergebenden Herausforderungen werden nachfolgend dargestellt:

In einem Nebengebäude eines für vier Personen bewilligten Pflegeplatzes wurden für einen Bewohner die Dienste der Hauskrankenpflege (HKP) angefordert.

Von der diplomierten Pflegeperson der beigezogenen HKP wurde der Bewohner im Nebengebäude des PP in einem Krankenbett, ausgestattet mit einer Antidekubitus Matratze, liegend vorgefunden. Der Bewohner wies mehrere, zum Teil massive Hautschädigungen am ganzen Körper auf und hatte einen liegenden Dauerkatheter.

Die Recherchen der PPO ergaben, dass der Bewohner aus diesem Grund in einem Krankenhaus zur chirurgischen Versorgung der Hautschäden stationär aufgenommen werden musste und eine Anzeige durch das Krankenhaus an die Bezirksverwaltungsbehörde erfolgte.

Der Bewohner wurde nach dem stationären Krankenhausaufenthalt in ein Pflegeheim verlegt, und seine Hautschädigungen wurden dort weiter mittels einer speziellen Wundtherapie versorgt.

Es wurde der PPO ebenso zur Kenntnis gebracht, dass sich an diesem Pflegeplatz inklusive Nebengebäude insgesamt zehn Menschen aufhalten würden. Unseren Informationen nach lebten zu diesem Zeitpunkt vier Personen im bewilligten PP und sechs Personen im Nebengebäude bei einem Familienmitglied der Pflegeplatzbetreiberin. Tagsüber hielten sich auch diese sechs Personen in einem großen Aufenthaltsraum des bewilligten Pflegeplatzes auf, sodass insgesamt zehn, anstatt nur die vier bewilligten Personen, am Pflegeplatz anwesend waren.

Laut Auskunft der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde (BezVerBeh) wurden in der Vergangenheit bereits mehrere Verwaltungsstrafverfahren gegen das Familienmitglied der Pflegeplatzbetreiberin wegen der Führung eines illegalen Pflegeplatzes durchgeführt. Zu diesem Zeitpunkt wurde aufgrund von §18 (1) 2 StPHG – Führen eines nicht bewilligten Pflegeplatzes - erneut ein Verfahren eingeleitet.

Ein Pflegeplatzverhältnis begründet sich lt. §16 (2) StPHG durch die Aufnahme zum Zweck der Pflege und Betreuung im Haushaltsverband des Betreuers. Der Bewohner, bei dem die massiven Hautschädigungen vorgefunden wurden, wohnte laut unserer Information als entferntes Familienmitglied zur Miete bei der genannten Adresse.

Ein reines Mietverhältnis ist hier allerdings zweifelhaft, wenn - wie im Falle des Betroffenen - derartige Hilfsmittel (Krankenbett, Antidekubitusmatratze) erstens vorhanden sind und zweitens auch verwendet werden.

Für die PPO bestand Klärungsbedarf, ob bei dem Bewohner eine Vernachlässigung mit beträchtlicher körperlicher Schädigung stattgefunden hatte und ob sich weitere Menschen auf diesem Pflegeplatz oder im Nebengebäude befanden, deren Pflege und Betreuung ebenso mangelhaft war, sodass Gefahr für Leben oder Gesundheit bestand.

Weiter wurde vermutet, dass es sich bei der Konstellation Vermietung von Zimmern im Nebengebäude durch ein Familienmitglied und gemeinsames Benützen der Räumlichkeiten des bewilligten Pflegeplatzes um eine Umgehung des steirischen Pflegeheimgesetzes handelte.

Die Vernachlässigung mit beträchtlicher körperlicher Schädigung und Pflege und Betreuung ohne Bewilligung in einem Nebengebäude des bewilligten Pflegeplatzes durch ein Familienmitglied wurde von der PPO bei der Staatsanwaltschaft zur Anzeige gebracht.

Im Zuge der Fertigstellung des Tätigkeitsberichtes war das Ermittlungsverfahren wegen §92 StGB (Quälen oder Vernachlässigen unmündiger, jüngerer oder wehrloser Personen) eingestellt worden. Hinsichtlich des Familienmitgliedes der Pflegeplatzbetreiberin wurde lt. Staatsanwaltschaft Strafantrag beim Landesgericht für Strafsachen Graz eingebracht.

Kritik

Obwohl von der BezVerBeh bereits mehrere Verwaltungsstrafverfahren bzgl. des illegalen Pflegeplatzes eingeleitet wurden, zeigen sich die Grenzen der Durchsetzbarkeit der Behörden deutlich. Wird nämlich von Betreiber/in und Bewohner/in als Grund der Aufnahme Zimmervermietung angegeben, besteht kein Pflegeplatzverhältnis nach §16 (2) StPHG. Das heißt auch, dass alle weiteren Bestimmungen nach StPHG (wie z.B. Entzug der Bewilligung) für die Bezirksverwaltungsbehörde nicht zur Geltung kommen.

Es kommt Artikel 8 „Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens“ der Europäischen Menschenrechtskonvention zur Anwendung, der besagt:

„...Der Eingriff einer öffentlichen Behörde in die Ausübung dieses Rechts ist nur statthaft, insoweit dieser Eingriff gesetzlich vorgesehen ist und eine Maßnahme darstellt, die in einer demokratischen Gesellschaft für die nationale Sicherheit, die öffentliche Ruhe und Ordnung, das wirtschaftliche Wohl des Landes, die Verteidigung der Ordnung und zur

Verhinderung von strafbaren Handlungen, zum Schutz der Gesundheit und der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer notwendig ist.“

Empfehlung:

Aus Sicht der PPO muss die Umgehung des StPHG mit der Begründung von Mietverhältnissen in illegalen Pflegeeinrichtungen, wo pflegebedürftige Menschen versorgt werden, unterbunden werden. Rechtliche Regelungen sind notwendig, damit diese Einrichtungen von den zuständigen Behörden kontrolliert werden und um bei Notwendigkeit mit ausreichenden Sanktionsmöglichkeiten reagieren zu können.

21.3 Psychiatrische Familienpflege

2015 trat der Leiter der Psychiatrischen Familienpflege (PSFP) an die PPO mit dem Anliegen heran, dass aus seiner Sicht mehrere Reformen notwendig seien:

- Die PSFP würde im landesweiten Gesamtangebot von Pflege und Betreuung weitaus kostengünstiger sein als stationäre Aufenthalte. Es müssten zusätzliche Regelungen für eine verbesserte Positionierung der PSFP geschaffen werden. Das Konzept der PSFP würde näher an die Lebensnormalität für psychiatrisch erkrankte Menschen herankommen.
- Einheitliche Regelungen (z.B. Taschengeld) bei Kostenberechnungen müssten geschaffen werden. Manche Betroffene würden nach dem Steiermärkischen Pflegeheimgesetz und andere nach dem Steiermärkischen Behindertengesetz abgerechnet werden. Es sei durchaus kein Einzelfall, dass Bewohner/innen wenn sie in einem Pflegeheim leben, ein höheres Taschengeld beziehen, als wenn sie in der Psychiatrischen Familienpflege betreut werden.
- Pflegefamilien würden eine höhere/fairere finanzielle Abgeltung benötigen.
- Ein möglicher Grund für die geringe Inanspruchnahme der PSFP könne deren geringer Bekanntheitsgrad innerhalb der Krankenanstalten sein.

Aufgrund der komplexen Problematik hat die PPO ein „Round-Table“ Gespräch angeregt, welches mit Vertreter/inne/n des Referates Pflegemanagement, Behindertenanwaltschaft, Psychiatriekoordination, KAGes, Mitarbeiter/innen der Psych. Familienpflege und einem Mitarbeiter des zuständigen Landesrates Mag. Drexler durchgeführt wurde. Das Ziel war, eine bessere Implementierung und gleichwertige Positionierung der psychiatrischen Familienpflege im Steirischen Pflege- und Betreuungsangebot zu erreichen.

Offen blieb:

- ob die durchaus gängige Vorgangsweise der Restkostenübernahmen von Psych. Bewohner/innen analog der Regelung des StPHG anzuwenden ist, oder das StBHG gilt.
- wie eine Kostenregelung in allen Bezirksverwaltungsbehörden nach gleichen Kriterien erreicht werden kann (mittels Gesetzesänderung oder Erlass?).
- wie eine einheitliche Taschengeldregelung erreicht werden kann (der/die Bewohner/in eines PH erhält 14 x Mal Taschengeld, Bewohner der PFP erhalten das Taschengeld 12 oder 14 Mal je nach Auslegung der BH).
- eine transparente Kostenaufstellung der KAGes als Grundlage für eine mögliche Tarifgestaltung (Tagsatzregelung bei drei unterschiedlichen Kategorien).

Zusätzlich sah die KAGes die Bewerbung der Psychiatrischen Familienpflege aus Haftungsgründen problematisch. Nach StPHG wurde die Bewilligungspflicht der PSFP eingeführt, die Behandlung und Betreuung durch das Team der Psychiatrischen Familienpflege am Wohnort des Betreuten wurde im StKALG gesetzlich nicht verankert. Es gab zwar eine Absichtserklärung der Politik, aber dieser Punkt war zu diesem Zeitpunkt im Gesetz nicht umgesetzt.

Zwischenzeitlich gibt es die erwünschte gesetzliche Änderung in §72 (1) StKAG:

„Die Leistungen der Z.1, 2, 4 und 6 können auch im Rahmen von Hausbesuchen im jeweiligen Einzugsgebiet erbracht werden. Die beabsichtigte Durchführung von Hausbesuchen ist der Landesregierung anzuzeigen.“

Die Inanspruchnahme der Psychiatrischen Familienpflege ist weiterhin rückläufig. Nach Rückfrage der PPO gab es 2015 keine einzige Aufnahme aus den Psychiatrischen Krankenhausabteilungen in ein PSFP.

Kritik:

Es ist nicht erklärbar, dass landesweit der Bedarf an Psychiatrischen Betten derart hoch sein soll, dass eine neue stationäre Großeinrichtung geschaffen werden musste, während bestehende Strukturen nicht genutzt werden.

Empfehlung:

Aus Sicht der PPO ist es notwendig die Psychiatrische Familienpflege bedarfsgerecht weiterzuentwickeln, um für psychisch erkrankte Menschen diese alternative Wohn- und Betreuungsform zu sichern.

22 Pflegeheime

22.1 Amtssachverständige (ASV) des Landes Stmk.: Mehr Aufgaben – dafür weniger Mitarbeiter/innen

Diverse Rückmeldungen von Pflegedienstleitungen (PDL), dass ihre Einrichtungen nicht den gesetzlichen Vorgaben entsprechend geprüft werden, nahm die PPO wie schon im Tätigkeitsbericht **2008** erneut zum Anlass, zu diesem Thema zu recherchieren.

2012 wurden im Rahmen der Strukturreform alle Amtssachverständigen (ASV) für Gesundheits- und Krankenpflege des Landes zur Überprüfung von Pflegeeinrichtungen – insgesamt 5,5 Vollzeitäquivalente (VZÄ) – in die Abt. A8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft/Fachabteilung für Gesundheit und Pflegemanagement eingegliedert.

Im Jahr 2012 wurde dem Referat Pflegemanagement zusätzlich der Bereich „Sanitäre Aufsicht“ zugeordnet, ohne gleichzeitig auch den Personalstand der ASVs zu erhöhen.

Obwohl die Abteilung 8 bereits 2013 aufzeigte, dass auch im Hinblick auf die Aufgaben, die sich aus der sanitären Aufsicht ergeben, mindestens sechseinhalb VZÄ DP benötigt würden, wurde zwar bestätigt, dass diese Aufgabe zu übernehmen sei, aber einer Personalerhöhung durch die Abteilung 5 Personal wurde nicht zugestimmt.

2015 standen über mehrere Monate wegen Personalwechsel überhaupt nur mehr vier VZÄ DP für Überprüfungen zur Verfügung. Die längeren Einschulungsphasen von ASV aufgrund des komplexen Aufgabengebietes wurden nicht berücksichtigt. Letztendlich wurden die ASV sogar auf fünf Dienstposten reduziert.

Unter diesen personell angespannten Bedingungen konnten im Jahr 2015 statt 438 nur 331 Pflegeheimkontrollen routinemäßig durchgeführt werden. 36

zusätzliche Kontrollen waren anlassbezogen notwendig (es lag ein aktueller Grund einer Kontrolle vor).

44 von 61 Pflegeplätzen wurden überprüft, zusätzlich gab es 10 anlassbezogene Überprüfungen. Nachdem Pflegeplätze ohnehin nur einmal jährlich geprüft werden müssen, wäre es so also möglich, dass bei dem einen oder anderen Pflegeplatz die Behörde zwei Jahre nicht geprüft hat.

2014 wurden allein für die stationäre Pflege 136 Mio € und 2015 wurden 145 Mio € vom Land Steiermark aufgebracht.

Kritik:

Obwohl nicht alle Pflegeeinrichtungen entsprechend kontrolliert werden konnten, wurde der Personalstand der ASV trotz zusätzlicher Aufgabenübernahme von der Abteilung 5 Personal reduziert!

Ein Einsparen der Kontrollorgane ist unverständlich. Die kontrollierenden Abteilungen müssen mit ausreichend qualitativen und quantitativen Personalressourcen ausgestattet werden.

22.1.1 Fallbeispiel: Wundversorgung

Im Mai 2014 meldeten sich Angehörige bei der PPO mit folgendem Sachverhalt:

Jahrelang sei die Mutter (in der Folge NN) zuhause gepflegt worden. Nach Auftreten einer Druckwunde sei sie auf Empfehlung der Hauskrankenpflege ins Pflegeheim (PH) verlegt worden.

Die Angehörigen berichteten, dass die Wunde am Steißbein handtellergroß sei und NN sich im Pflegeheim ständig aufkratze. Auf einen Overall zum Schutze der Haut warte man schon lange. Das Pflegepersonal zeige sich zwar bemüht, aber es würde alles schleppend funktionieren und der Gesundheitszustand von NN verschlechtere sich zunehmend. Eine Pflegeperson habe den Angehörigen Fotos von der Wunde gezeigt. Das Ausmaß der Wunde schockierte diese sehr. Auch bei den Füßen hatte NN offene Stellen. Für die Angehörigen machte es den Anschein, als würde im PH keine adäquate Hautpflege und Wundversorgung durchgeführt werden.

Weiters berichteten sie, die Wunde von NN müsse alle zwei bis drei Tage in einem Krankenhaus (KH) versorgt werden. Dazu müsse sie immer einen für sie beschwerlichen Krankentransport auf sich nehmen und käme jedes Mal ganz erschöpft vom KH zurück. Die Transporte von und zum Krankenhaus, wie auch das Warten in der Ambulanz seien für sie sehr belastend.

Die behandelnden Ärzte im Krankenhaus hätten den Verdacht geäußert, NN würde im Pflegeheim nicht ausreichend und ohne Spezialmatratze gelagert werden.

Durch diese Aussagen ging das Vertrauen in das Pflegeheim letztendlich verloren.

Verzweifelt wandten sich die Angehörigen an eine Bekannte, die selbst ein Pflegeheim betreibt. Diese habe ihnen versichert, NN in ihre Einrichtung zu

übernehmen. Sie wies sie darauf hin, dass bei NN dringend eine chirurgische Versorgung der Wunden notwendig wäre.

Daraufhin kontaktierten die Angehörigen die PPO.

Die PPO empfahl den Angehörigen ein sofortiges Gespräch mit dem Hausarzt. Zeitgleich wurde vereinbart, dass die PPO Kontakt zur Pflegedienstleitung aufnehmen werde.

Das Gespräch mit der Pflegedienstleitung ergab, dass NN nachweislich bereits mit drei Wunden an Ferse und Gesäß im Pflegeheim aufgenommen worden war. NN sei zweistündlich auf einer Spezialmatratze umgelagert worden. Um die Wunde am Gesäß trocken zu halten, war laut ärztlicher Anordnung ein Dauerkatheter vorhanden. Die Wunden wurden drei bis vier Mal täglich verbunden. Trotzdem kam es zu einer Verschlechterung der Wundsituation (Taschenbildung am Gesäß). Kontakte der Angehörigen mit dem Hausarzt würden fast täglich stattfinden. Aus Sicht der Pflegedienstleitung werde alles unternommen um den Zustand von NN zu verbessern.

Obwohl die Pflegedienstleitung in die medizinische Behandlung des bisherigen Krankenhauses Vertrauen gehabt hatte, wurde aufgrund der schlechten Wundheilung eine Behandlung in einem Kompetenzzentrum gemeinsam mit der PPO überlegt. Diesbezüglich sollte sofort mit dem Hausarzt Kontakt aufgenommen werden.

Kurze Zeit später berichteten die Angehörigen, dass noch am selben Tag ein Gespräch mit dem Hausarzt stattgefunden hatte und NN in einem Kompetenzzentrum stationär aufgenommen wurde und schließlich an eine Plastische Chirurgie transferiert wurde. Die dort zuständige Oberärztin vermutete einen Pflegefehler. Auch Laborwerte und Abstriche würden fehlen.

Die Wunde sei 17,5x7 cm groß und das Rückgrat liege frei. Die unmittelbare Aufnahme sei lebensnotwendig für NN gewesen.

Etwa ein Monat später wurde die PPO darüber informiert, dass nach einer erfolgten Operation die Wunde zu heilen beginne. NN ging es wieder gut und sie wurde in das Pflegeheim der Bekannten verlegt. Die Angehörigen hatten zwischen dem KH und dem neuen PH den Kontakt hergestellt, um die für NN beschwerlichen wöchentlichen Kontrollen der Wunde im KH zu vermeiden. Es wurden zu diesem Zweck Fotos vom PH ins KH zur Kontrolle und von dort wiederum direkt Anordnungen zum Wundmanagement ans PH geschickt.

Die PPO begleitete in dieser Zeit die Angehörigen mit beratenden Gesprächen, holte die Pflegedokumentation ein und beriet die Angehörigen über rechtliche Möglichkeiten.

Offen blieb für die Angehörigen, ob NN entsprechend dem aktuellen medizinischen Stand versorgt wurde und ob es im Schnittstellenbereich oder bei der Durchführung von Anordnungen Mängel gegeben habe. Ob eine Klärung dieser Fragen in einem Verfahren erfolgte, ist der PPO nicht bekannt.

Empfehlung:

Unabhängig von ihrem Alter haben Menschen in Pflegeeinrichtungen das Recht auf eine optimale Pflege und Betreuung sowie medizinische Behandlung unter Berücksichtigung ihrer Gesamtsituation.

22.2 Psychiatrische Bewohner/innen in Pflegeheimen

Ende 2015 kam es zur Schließung vom Pflegezentrum Schwanberg. In diesem Zusammenhang gab es Bekenntnisse zur adäquater Pflege und Betreuung von psychiatrisch erkrankten Menschen, da eine Großeinrichtung keine adäquate Wohnform und Versorgung für diese Menschen darstellt. Aber noch bevor es zur endgültigen Schließung kam, wurden fünfzig neue psychiatrische Pflegebetten in einer anderen stationären Großeinrichtung bewilligt, wie nachfolgender Medienbericht zeigt:

Rückkehr in Alltag

Kleine Zeitung Steiermark, West, S. 25

16.07.2015

Gerade erst wurde das Pflegezentrum in Schwanberg geschlossen -unter anderem, weil es als Großeinrichtung nicht mehr zeitgemäß war. Und jetzt das: Im Margarethenhof wurden die Psychiatrie-Betten aufgestockt. Das sorgt für Unverständnis, denn der Steirische Aktionsplan beinhaltet die Enthospitalisierung, sprich, die Abschaffung der dauerhaften, stationären Betreuung von Menschen mit seelischen Erkrankungen. Das Bemühen, Betroffene alternativ in kleinen Wohngruppen unterzubringen, ist bei Betreuungsorganisationen groß. Klar ist bei schweren Fällen eine stationäre Behandlung unverzichtbar. Trotzdem sollte versucht werden, diese stationäre Betreuung auf Dauer nicht zu praktizieren. Denn nur im ständigen Austausch mit der Gesellschaft besteht die Chance, das eigene Leben in den Griff zu bekommen - samt Rückkehr in den Alltag.

Kritik:

Die zusätzliche Neubewilligung von 50 psychiatrischen Pflegebetten in einer Großeinrichtung mit insgesamt 140 Betten steht nicht nur im groben Widerspruch zum steirischen Aktionsplan, sondern ist auch nicht geeignet für Menschen, die in einer geeigneten Tagesstruktur Selbständigkeit und Reintegration entwickeln und erfahren sollen.

Betten in Pflegeheimen können bestenfalls als befristete Übergangslösung dienen, große Institutionen sind nicht als Wohnort für psychiatrisch erkrankte (meist jüngere) Menschen geeignet.

22.2.1 Fallbeispiel: Recht auf ein normales Leben?

Die folgende Alltagsbeschreibung eines 40jährigen Bewohners eines Pflegeheims, der nach einer schweren Alkoholerkrankung auf einen Rollstuhl angewiesen ist, soll dessen speziellen Betreuungsbedarf skizzieren:

„Ich bin zu jung um hier zu bleiben. Ich habe niemanden zum Reden. Alle sind dement. Ich werde schon richtig zornig, wenn mich Frau NN anspricht und immer wieder das Gleiche fragt. Sie kann nichts dafür, aber ich halte das nicht aus. Seit langem bin ich jetzt trocken, ich muss wieder ins Leben hinaus. Meine Familie, Frau und Kinder, möchten mit mir nichts zu tun haben. Ich weiß nicht, wo ich hin soll. Ich muss hier raus, im Betreuten Wohnen gibt es keinen Platz für mich. Ich kann doch nicht den Rest meines Lebens im Pflegeheim verbringen!“

Dieses Beispiel zeigt, dass es an adäquaten und alternativen Wohn-Betreuungsstrukturen für psychiatrisch erkrankte Menschen fehlt und hier das Pflegeheim derzeit als einzig mögliche Option für einen sehr langen Lebenszeitraum zur Verfügung steht.

22.2.2 Forensisch-psychische Bewohner/innen in Pflegeheimen

Es fiel in den letzten beiden Jahren auf, dass in den Pflegeeinrichtungen häufiger jüngere Menschen mit offensichtlicher psychiatrischer Erkrankung angetroffen werden. Augenscheinlich ist, dass in der Steiermark zunehmend Personen mit psychiatrischem Betreuungsbedarf im Rahmen von „Unterbrechung der Unterbringung nach Strafvollzugsgesetz (UdU)“ in Pflegeheimen betreut werden und von der Bundesjustiz vermittelt und finanziert werden.

Laut BMJ-Vollzugsdirektion gäbe es für die Länder keine Abnahmepflicht, die Zahl an diesen UdU sei in den letzten Jahren allerdings sehr gestiegen. Im direkten Ländervergleich übernehme dabei die Steiermark sehr viele dieser Bewohner/innen. Es falle auf, dass es eine große Nachfrage von forensisch psychiatrischen Bewohner/innen der Trägerorganisationen in der Steiermark gäbe. Laut der zuständigen Abteilung des Landes Steiermark sind derzeit ca. 100 Personen in steirischen Pflegeheimen untergebracht.

Grundsätzlich prüft das Gericht, ob die Entlassung in eine Pflegeeinrichtung möglich sei. Der Aufenthalt selbst wird über das BMJ finanziert. In den Pflegeheimen werden diese Personen als Selbstzahler/innen geführt.

Die Bezirkshauptmannschaft bekommt erst bei der Pflegeheimüberprüfung eine Bewohnerstandsliste und wird dabei über den Aufenthalt von Selbstzahler/innen in Kenntnis gesetzt.

Das StPHG gibt weder eine Meldungspflicht für die Aufnahme von Menschen mit besonderem Betreuungs- und Pflegebedarf vor, und auch nicht, ob dem Aufenthalt eine gerichtliche Verfügung vorangegangen war.

Pflegeeinrichtungen nach dem StPHG sind aufgrund des speziellen Betreuungsbedarfs ungeeignet zur Unterbringung dieser Menschen und sollten nur als Zwischenlösung dienen, bis eine geeignete Unterbringung vorhanden ist.

Empfehlung:

Um die Unterbringung von forensisch-psychiatrischen Bewohner/inne/n besser steuern zu können, müssen im neuen Pflege- und Betreuungsgesetz unbedingt rechtliche Grundlagen geschaffen werden.

Zusätzlich sind kleine sozialpsychiatrische Strukturen notwendig, um diesen Menschen ein Leben in adäquater Wohn- und Betreuungsform zu ermöglichen.

22.3 Therapeutische Versorgung

Immer wieder fällt auf, dass regional verschieden teilweise zu wenig Physio-, Logo- und Ergotherapeut/inn/en im ländlichen Raum für Menschen in Pflegeeinrichtungen zur Verfügung stehen. Entweder sind diese Dienste gar nicht verfügbar, oder für den mobilitätseingeschränkten alten Menschen schwer erreichbar.

Diätolog/inn/en sind in den PH ebenfalls selten verfügbar. Teilweise gibt es zwischen PH und privaten Firmen eine Vereinbarung, dass Pflegeheime auf Diätolog/inn/en zurückgreifen können, müssen dafür aber bei Bedarf deren Firmenprodukte verpflichtend verwenden.

22.4 Kosten für Wäscheversorgung

Wie bereits in dem TB **2008** erwähnt, bemerkt die PPO bei den Sprechtagen, dass es vereinzelt noch immer üblich ist, von Bewohner/inne/n einen zusätzlichen pauschalen Beitrag für die Wäscheversorgung, Bügeln und Nähleistungen einzuheben.

Die Bewohner/innen in den steirischen Pflegeeinrichtungen haben lt. taxativer Aufzählung der Wäscheversorgung in der Leistungsverordnung des Landes Steiermark (LEVO) ein Recht auf das Waschen von Trainingsanzügen, T-Shirts, Hemden, Blusen und Hauskleidern sowie Nachtwäsche und Unterwäsche.

Das Waschen von z.B. Jeans ist bereits nicht mehr in der Vereinbarung enthalten.

Kritik:

Diese Vereinbarung ist aus Sicht der PPO nicht mehr zeitgemäß, da es sich bei der üblicherweise verwendete Kleidung von Bewohner/innen um leicht waschbare Kleidung handelt, die mit handelsüblichen Waschmaschinen gewaschen werden kann. Bekleidung, die in einer Putzerei gereinigt werden muss, findet man eher selten vor. Als besonders kritisch wird das Verrechnen eines solchen Pauschalbetrages in Pflegeeinrichtungen mit Psychiatriezuschlag gesehen, wo Teile der Wäscheversorgung als Funktionsdienste von den Bewohner/inne/n selbst ausgeführt werden. Dies dient der Unterstützung ihres psychosozialen Genesungsprozesses.

Empfehlung:

Es ist notwendig, dass die taxative Aufzählung der Wäscheversorgung in der LEVO Anlage 1 II 3.1 in eine demonstrative abgeändert wird. Ein Hauskleid ist aus Sicht der PPO als Alltagskleidung nicht mehr zeitgemäß, wohl aber das Tragen einer Jeans.

23 Entwicklungen aus dem NutritionDay 2012



Folgeprojekte „NutritionDay“ in der Steiermark

23.1 Folgeprojekt 1: Qualitätskriterien zur Ernährungsversorgung

Im Jahr 2014 wurde in 201 steirischen Pflegeheimen über einen Zeitraum von 12 Monaten mittels Fragebogen untersucht, ob sich die Qualität der Ernährungsversorgung beeinflussen bzw. verbessern lässt. Es wurde zwei Mal im Abstand von sechs Monaten von den Amtspflegekräften der Stadt Graz, des Landes Steiermark und von Studierenden der FH Joanneum erhoben, ob diese Befragung zu den ausgewählten Qualitätskriterien ausreicht, um den steigenden Anforderungen in puncto Ernährung gerecht zu werden.

Im Rahmen dieses Projektes (Projektdauer: 2014/2015) der FH JOANNEUM, Studiengang Diätologie, in Zusammenarbeit mit der PPO als Projektpartnerin wurden die Ergebnisse der Befragung in einer Bachelorarbeit von Julia Kobold und Annemarie Perl ausgearbeitet.

Kobold und Perl 2015 zeigten auf, dass im Bereich der Ernährungsversorgung Handlungsbedarf besteht, und trotz aller Maßnahmen oder Möglichkeiten die bisher zum Einsatz kamen, ist Mangelernährung das Gesundheitsproblem alter Menschen. Des Weiteren wurde erkannt, dass eine Kluft zwischen Theorie und Praxis besteht.

An dieser Stelle möchte sich die PPO bei den Mitarbeiter/inne/n der Pflegeheime, den Amtspflegekräften und den Studierenden für die Mitarbeit an der Erhebung bedanken.

23.2 Folgeprojekt 2: Der Einfluss unterschiedlicher Schulungsmodelle auf das Ernährungswissen von Mitarbeiter/inne/n in Pflegeheimen in der Stmk.

Im internationalen Vergleich gibt es in Österreich nur wenige Initiativen, die sich mit der Ernährungssituation von Bewohner/inne/n in Langzeitpflegeeinrichtungen beschäftigen. Dieser Problematik haben sich Student/inn/en der FH JOANNEUM, Studiengang Diätologie in Bad Gleichenberg angenommen. Im Rahmen des Wahlpflichtfaches Gerontologie wurde unter Anleitung der Lehrveranstaltungsleiterin und Diätologin Frau Daniela Gmeindl-Tscherner, sowie in Zusammenarbeit mit dem Land Steiermark, der steirischen PatientInnen- und Pflegeombudsschaft und der Medizinischen Universität Graz ein Projektkonzept erstellt, welches von der Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz bewilligt wurde.

Mittels zweier eigens für dieses Pilotprojekt (Projektdauer: 2014/2015) konzipierten Schulungskonzepte wurden Mitarbeiter/innen in steirischen Pflegeheimen geschult. Ziel war es, deren Ernährungswissen, vor allem rund um die Mangelernährung, und somit den Ernährungsstatus der Bewohner/innen der Pflegeheime optimal zu erheben, prophylaktische Maßnahmen zu setzen und gegebenenfalls zu verbessern.

Die durch ein standardisiertes Randomisierungsverfahren in zwei Gruppen geteilten Pflegeheime erhielten entweder eine Schulung in Form eines Vortrages, welcher das Thema „Ernährung im Alter“ aufbereitete, oder kamen in den Genuss eines Problem-Based-Learning-Beispiels, womit ein/e Bewohner/in gemeinsam mit den Schulungsteilnehmer/innen anhand ernährungsrelevanter Fragen aufgearbeitet wurde. Durchgeführt wurden beide Schulungen von den Student/inn/en und Frau Gmeindl-Tscherner.

Der Startschuss für die Reihe an Vorträgen und Problem-Based-Learning-Beispielen fiel im Juni 2014 und endete nach elf Schulungen quer durch die gesamte Steiermark einen Monat später. Insgesamt wurden 137

Mitarbeiter/innen erfolgreich geschult, darunter sowohl Köche und Köchinnen, als auch diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Pflegehelfer/innen, Heimleiter/innen und Pflegedienstleiter/innen. Das Interesse in allen Pflegeheimen war überaus groß und das Bewusstsein für die Relevanz der Ernährung im höheren Alter durchwegs gegeben. Viele Pflegedienstleitungen waren auch an einer weiteren Zusammenarbeit mit Diätolog/inn/en interessiert.

Um den Wissenszuwachs von Schulungsteilnehmer/inne/n auch überprüfen und statistisch auswerten zu können, wurde im Vorfeld ein Fragebogen erstellt, welcher vor der Teilnahme an der Schulung und im Abstand von drei und sechs Monaten danach von den teilnehmenden Mitarbeiter/inne/n auszufüllen war .

Die Ergebnisse wurden von Gmeindl-Tscherner in ihrer dazu erstellten Masterthesis 2015 wie folgt interpretiert:

...,die Ergebnisse zeigen klar, dass...ein signifikanter Wissenszuwachs hinsichtlich Ernährung bei beiden Schulungsmethoden bewirkt und (z.B. bei 14 von 16 Fragen) bis zum dritten Messzeitpunkt gehalten werden konnte.

Dennoch muss festgehalten werden, dass bei einigen Fragen ein niedriges Ausgangsniveau zu beobachten war. Das Wissen speziell bei Themen, die im Berufsalltag Tag täglich benötigt werden, wie das Anreichern von Speisen, oder der Flüssigkeitsbedarf der Heimbewohner, müssten häufiger richtig beantwortet werden.“

Eine Betreuung der Häuser durch Diätolog/inn/en mit regelmäßigen Schulungen, einer gleichzeitigen Umsetzung und Anwendung des Erlernen im Berufsalltag, sowie Evaluierung und Monitoring wäre anzustreben.

Für ein Schnittstellenmanagement wird ein multiprofessionelles Ernährungsteam, zusammengesetzt aus Ärzt/inn/en, Pflegepersonal,

Berufsangehörige aus dem gehobenen medizin-technischen Dienst und dem Küchenpersonal, benötigt (Gmeindl-Tscherner, 2015).



23.3 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 entwickelt. Start der Fortbildung ist 2016.

Hier eine kurze Vorschau: Mit „DAMIA — Der alte Mensch is(s)t anders“ ist es gelungen, ein multiprofessionelles Schulungskonzept für Pflegeheime in der Steiermark zu entwickeln. Es hat zum Ziel, die Ernährungsversorgung von Bewohner/inne/n eines Pflegeheimes, durch gezielte professionelle Schulung von Mitarbeiter/inne/n aus allen Bereichen des Pflegeheims zu optimieren und gegebenenfalls zu verbessern. Das Kernthema „Interdisziplinäres Ernährungsmanagement“ zielt darauf ab, die Mitarbeiter/innen auf die Besonderheiten und die speziellen Bedürfnisse, bezogen auf eine optimale Ernährungssituation bei älteren Menschen zu sensibilisieren und damit in weiterer Folge das Mangelernährungsrisiko für Bewohner/innen zu reduzieren.

Der interdisziplinäre Ansatz des Schulungskonzeptes ist als besonders innovativ hervorzuheben, da Teilnehmer/innen dieser Fortbildung von der Expertise und fachlichen Kompetenz von Diätolog/inn/en, Ergotherapeut/inn/en und Logopäd/inn/en profitieren. Diese drei Berufsgruppen sind aufgrund ihrer praktischen Berufstätigkeit maßgeblich mit der Zielgruppe der älteren Menschen konfrontiert. Es werden Vortragende aus dem Bereich „Diätologie“ Fachwissen und Erfahrungen hinsichtlich Ernährung des alten Menschen unter

Berücksichtigung von Besonderheiten einbringen, Vortragende aus dem Bereich „Ergotherapie“ Komponenten in Bezug auf die Ess-Umgebung, Lagerung etc. zur Sicherstellung einer optimalen Ernährungsversorgung des alten Menschen beitragen sowie Vortragende aus dem Bereich „Logopädie“ spezielle Komponenten aus logopädischer Sicht bei Schluckstörungen im Alter einbringen.

Die praxisorientierte Fortbildung direkt im Pflegeheim soll die interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern, es ermöglichen auf ernährungsrelevante Probleme aufmerksam zu werden und gemeinsam mit anderen Berufsgruppen Lösungen finden. Sie kann des Weiteren dazu beitragen, sich in Bezug auf Qualität und Professionalität von anderen Einrichtungen abzugrenzen. Im Rahmen der Qualitätssicherung und Weiterentwicklung wird diese Fortbildung in einem zweistufigen Prozess evaluiert werden.

Die PPO ist überzeugt davon, dass damit eine Initiative gestartet wird, die das Niveau um das Ernährungswissen weiterhin heben wird und hat alle Pflegeeinrichtungen darüber informiert.

Empfehlungen zum Thema Ernährung in Pflegeheimen:

Verpflichtende Einbindung von Leitlinien, Richtlinien wie zB „Ernährung im Alter in verschiedenen Lebenssituationen- Setting Langzeitpflege“, entwickelt im Rahmen der österreichweiten Vorsorgestrategie, finanziert aus Mitteln der Gesundheitsagentur.

Weiters die Einbindung der derzeit vom Gesundheitsfonds-Steiermark entwickelten „Mindeststandards in der Gemeinschaftsverpflegung für Senior/inn/en“

Aus Sicht der PPO, wird eine verpflichtende Einbindung von Diätolog/inn/en in den Pflegeheimbetrieb empfohlen. Ernährungsteams in Pflegeheimen sollten installiert und gefördert werden.

24 Tagungen und Veranstaltungen 2014

24.1 Aus- und Fortbildungen 2014

23. Jänner 2014: „**Health Perception LAB**“

Veranstaltungsort: Graz

06. Februar 2014: „**Der berührte Mensch**“

Veranstaltungsort: Bruck an der Mur

27. – 28. Februar 2014: „**Pflege-Management-Forum**“

Veranstaltungsort: Wien

07. April 2014: „**Das Gespräch mit dem psychischen Patienten**“

Veranstaltungsort: Graz

5. Mai 2014: „**Aktuelle Entwicklungen der Ausbildungen nach GuKG**“

Veranstaltungsort: Graz

04. Juni 2014: „**Pflege und Recht**“

Veranstaltungsort: Graz

22. September 2014: „**Gibt es zu viele Pflegebedürftige oder gibt es zu viele Pflegestrukturen**“

Veranstaltungsort: Wien

02. Oktober 2014: „**Grenzgänge**“

Veranstaltungsort: Schladming

05. November 2014: „**Dokumentation – NEIN DANKE!**“

Veranstaltungsort: Frohnleiten

24.2 Vernetzungstreffen 2014

11. Februar 2014: „**Gewalt gegen ältere Menschen**“

Veranstaltungsort: PPO, Graz

24.3 Mitarbeit in Arbeitsgruppen 2014

26. Februar 2014: „**Folgeprojekt Nutrition Day**“

Veranstaltungsort: Graz

07. April 2014: „**Folgeprojekt Nutrition Day**“

Veranstaltungsort: Graz

13. Mai 2014: „**Aktion saubere Hände**“

Veranstaltungsort: Graz

20. November 2014: „**Klausur PPO**“

Veranstaltungsort: Bad Radkersburg

24.4 Durchgeführte Sprechtage in Pflegeheimen 2014

03. April 2014: „**Pflegeheimsprechtag – Pflegeheim Laetitia**“

24. April 2014: „**Pflegeheimsprechtag – Pflegeheim Ulmenhof**“

29. April 2014: „**Pflegeheimsprechtag – Pflegeheim Margarethenhof**“

08. Mai 2014: „**Pflegeheimsprechtag – Pflegeheim Haus Weinitzen**“

22. Mai 2014: „**Pflegeheimsprechtag – Pflegeheim Haus Mariatrost**“

22. Mai 2014: „**Pflegeheimsprechtag – Seniorenzentrum Leoben**“

27. Mai 2014: „**Pflegeheimsprechtag – Seniorenresidenz Waldhof**“

05. Juni 2014: „**Pflegeheimsprechtag – Seniorenzentrum Wagner**“

11. Juni 2014: „**Pflegeheimsprechtag – Sozialzentrum Senecura**“

26. Juni 2014: „**Pflegeheimsprechtag – Seniorenhaus Kamille**“

24. Juni 2014: „**Pflegeheimsprechtag – Seniorenzentrum Wetzelsdorf**“

30. Juni 2014: „**Pflegeheimsprechtag – Seniorenzentrum Lassnitzhöhe**“

09. Juli 2014: „**Pflegeheimsprechtag – Seniorenhaus Verbena**“

16. Juli 2014: „**Pflegeheimsprechtag – Caritas Pflegewohnhaus Eggersdorf**“

23. Juli 2014: „**Pflegeheimsprechttag – Seniorenzentrum Vordernberg**“
23. Juli 2014: „**Pflegeheimsprechttag – Seniorenzentrum Eisenerz**“
07. August 2014: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegewohnheim Fernitz**“
13. August 2014: „**Pflegeheimsprechttag – Seniorenzentrum Fohnsdorf**“
20. August 2014: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegewohnheim Graz**“
25. August 2014: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegewohnheim Sommersgut**“
28. August 2014: „**Pflegeheimsprechttag – Seniorenzentrum Liezen**“
04. September 2014: „**Pflegeheimsprechttag – Seniorenzentrum Bad Aussee**“
12. September 2014: „**Pflegeheimsprechttag – Bezirksaltenpflegeheim Schladming**“
16. September 2014: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegeheim Eschenhof**“
18. September 2014: „**Pflegeheimsprechttag – Haus der Senioren Föhrenhof**“
24. September 2014: „**Pflegeheimsprechttag – Sozialzentrum Gratkorn**“
09. Oktober 2014: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegeheim Gräfin-Anna-Lamberg**“
15. Oktober 2014: „**Pflegeheimsprechttag – Seniorenkompetenzzentrum Weidenhof**“
22. Oktober 2014: „**Pflegeheimsprechttag – Bezirkspflegeheim Birkfeld**“
30. Oktober 2014: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegeheim Lindenhof**“
06. November 2014: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegeheim Sommersgut Vorau**“
07. November 2014: „**Pflegeheimsprechttag – Volkshilfeheim Deutschlandsberg**“
11. November 2014: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegeheim Neubauer**“
13. November 2014: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegeheim Zirbenland**“
14. November 2014: „**Pflegeheimsprechttag – Seniorenzentrum Steinkellner**“
17. November 2014: „**Pflegeheimsprechttag – Altenheim Oberwölz**“
17. November 2014: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegeheim Compass**“

18. November 2014: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegeheim Eggenberg**“

25. November 2014: „**Pflegeheimsprechttag – Seniorenheim Lärchenhof**“

28. November 2014: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegeheim Caritas Wies**“

04. Dezember 2014: „**Pflegeheimsprechttag – ASB Ahornhof**“

11. Dezember 2014: „**Pflegeheimsprechttag – SZ Senecura Vasoldsberg**“

16. Dezember 2014: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegewohnhaus Caritas**“

18. Dezember 2014: „**Pflegeheimsprechttag – Volkshilfeheim Landl**“

25 Tagungen und Veranstaltungen 2015

25.1 Aus- und Fortbildungen 2015

29. Jänner 2015: „**Altenpflegekongress, Sozialhilfeverband Bruck a. d. Mur**“
Veranstaltungsort: Kulturhaus Bruck a. d. Mur

27. und 28. April 2015: „**Akademie für Recht, Steuern und Wirtschaft; Jahrestagung Pflege**“
Veranstaltungsort: Wien

05. Mai 2015: „**Einführung Share-Point**“
Veranstaltungsort: Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft, Graz

12. Mai 2015: „**Internationaler Tag der Pflegenden**“
Veranstaltungsort: Möllbrücke

11. Juni 2015: „**Österr. Gesundheits- und Krankenpflegeverband – Das Bleibende Andere**“
Veranstaltungsort: Graz

24. Juni 2015: „**Jahrestagung Pflege und Recht 2015**“
Veranstaltungsort: Austria Trend Hotel, Graz

Seit 08. September 2015: „**Univ.-Kurs Sachverständige für GuKG**“
Veranstaltungsort: Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft / Uni for Life

07. Oktober 2015: „**Vorsorgedialog**“

Veranstaltungsort: Geriatrisches Gesundheitszentrum, Graz

14. Oktober 2015: „**Vorsorgedialog**“

Veranstaltungsort: Geriatrisches Gesundheitszentrum, Graz

24. November 2015: „**DAMIA – Der alte Mensch is(s)t anders**“

Veranstaltungsort: Fachhochschule Joanneum, Graz

26. November 2015: „**Altersarmut entgegenwirken**“

Veranstaltungsort: GEFAS

14. Dezember 2015: „**Demenzstrategie**“

Veranstaltungsort: BM

25.2 Durchgeführte Veranstaltungen 2015

20. Mai 2015: „**Info-Messe für pflegende Angehörige**“

Veranstaltungsort: AK, Graz

29. Oktober 2015: „**PatientInnen- und Pflegeombudschaft stellt sich vor**“

Veranstaltungsort: Heilandskirche, Graz

18. November 2015: „**Caritas Vernetzungstreffen**“

Veranstaltungsort: PatientInnen- und Pflegeombudschaft, Graz

30. November 2015: „**Info-Messe für pflegende Angehörige**“

Veranstaltungsort: Feldbach

25.3 Mitarbeit in Arbeitsgruppen 2015

05. Februar 2015: „**Case-Care-Management-Expertenrunde**“

Veranstaltungsort: Universitätsklinikum Graz

24. März 2015: „**Folgeprojekte / Ernährung mit FH**“

Veranstaltungsort: PatientInnen- und Pflegeombudschaft, Graz

13. April 2015: „**Gewalt gegen ältere Menschen**“

Veranstaltungsort: PatientInnen – und Pflegeombudschaft

04. Mai 2015: „**Roundtable, Psych. Familienpflege**“

Veranstaltungsort: Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft, Graz

12. Juni 2015: „**ÖGKV Das Bleibende Andere**“

Veranstaltungsort: Kongress, Graz

13. Juli 2015: „**Personalschlüssel Verordnung**“

Veranstaltungsort: Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft, Graz

22. Juli 2015: „**Vernetzungstreffen – Verein Weiz**“

Veranstaltungsort: PatientInnen- und Pflegeombudschaft, Graz

30. September 2015: „**BEP**“

Veranstaltungsort: Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft, Graz

29. Oktober 2015: „**Gesundheit hat kein Alter**“

Veranstaltungsort: Paulinum Caritas

02. November 2015: „**Projekt Damia**“

Veranstaltungsort: Fachhochschule Joanneum, Graz

09. November 2015: „**Bewohnervertretung**“

Veranstaltungsort: Graz

11. November 2015: „**BEP**“

Veranstaltungsort: Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft, Graz

10. Dezember 2015: „**Demenz in Krankenhäusern**“

Veranstaltungsort: PatientInnen- und Pflegeombudschaft, Graz

25.4 Durchgeführte Sprechtage in Pflegeheimen 2015

14. Jänner 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegeheim Gnesaha**“

14. Jänner 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegeheim Jauschowitz**“

14. Jänner 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegeheim Volkshilfeheim Thörl**“

21. Jänner 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegeheim Senecura Pöfing Brunn**“

11. Februar 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegeheim Seniorenhaus Viola**“

11. Februar 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegeheim Gepflegt Wohnen Allerheilig.**“

11. Februar 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegeheim Gepflegt Wohnen Gamlitz**“

27. Februar 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Landespflegeheim Radkersburg**“

10. März 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Seniorenkompetenzzentrum Zirbenhof**“
17. März 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Landespflegeheim Knittelfeld**“
01. April 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Landespflegezentrum Kindberg**“
14. April 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Seniorenwohnheim Tatzl**“
14. April 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Senioren- und Pflegewohnhaus Hirschgraben**“
14. April 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Landespflegezentrum Mautern**“
13. Mai 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegeheim Marienhof**“
13. Mai 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Seniorenpflegeheim Am Rosenberg**“
29. Mai 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Betreuungs & Pflegeheim Lasata**“
02. Juni 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegeheim Gröbming**“
02. Juni 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegeheim Altaussee**“
02. Juni 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Senioren/Wohn- und Pflegeheim Gerisan**“
08. Juni 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegeheim St. Veit am Vogau**“
09. Juni 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegeheim Compass Leibnitz**“
15. Juni 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegeheim Irnding**“
16. Juni 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegeheim Bezirksaltenpflegeheim Lassing**“
23. Juni 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegeheim Compass Heiligenkreuz am W.**“
26. Juni 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegeheim Compass Lankowitz**“
20. Juli 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegeheim Haus am Ruckerlberg**“
21. Juli 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegeheim Waldhaus**“
14. August 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegezentrum St. Peter i. Sulmtal**“
19. Oktober 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Volkshilfe Seniorenzentrum Pöllau**“
19. Oktober 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Pflegezentrum Schutzengel Heimschuh**“
03. November 2015: „**Pflegeheimsprechttag – Gepflegt Wohnen Sinabelkirchen**“

03. November 2015: „**Pflegeheimsprechtage – Pflegewohnheim Caritas Preding**“

06. November 2015: „**Pflegeheimsprechtage – Sozialhilfeverband Schladming**“

13. November 2015: „**Pflegeheimsprechtage -Pflegeheim Seniorenpens. Hohenburg**“

13. November 2015: „**Pflegeheimsprechtage – Pflegeheim Caritas Lannach**“

26 Literatur

BGBI. I Nr. 108/1997, idF. vom 27.05.2016 Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG)

BGBI. Nr. 110/1993, idF. vom 27.05.2016, Bundesgesetz, mit dem ein Pflegegeld eingeführt wird (Bundespflegegeldgesetz — BPGG)

BGBI. Nr. 210/1958, idF. vom 27.05.2016, Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten

BGBI. 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/innen 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, Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Abteilung 8 - Wissenschaft und Gesundheit, 2015

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

LGBI. 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)

LGBI. 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)

LGBI. 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)

Rückkehr in Alltag, 16.07.2015, Kleine Zeitung, Autor unbekannt;

Sachwalter nahm Pfleglinge aus: 24 Monate Haft, Kleine Zeitung, 02.10.2015
Rossacher,

Ohne Titel, 03.10.2015, Kleine Zeitung, Autor unbekannt

