

# INHALTSVERZEICHNIS

GESETZ ÜBER DIE PATIENTENVERTRETUNG .....	1
ORGANIGRAMM DER PATIENTEN- UND PFLEGEOMBUDSSCHAFT .....	3
ZAHLENMÄSSIGE ENTWICKLUNG DER GESCHÄFTSTELLE .....	4
FALLBEISPIELE AUS DEN GESCHÄFTSFÄLLEN 2004 – BEREICH KRANKENANSTALTEN .....	5
Koordinierte Entlassung .....	6
Baulicher Strukturmangel .....	6
Gesprächsvermittlung für Patienten .....	7
Organisationsabläufe und Bettenmangel .....	8
Wartezeiten in der Ambulanz .....	9
Zuweisung an Augenklinik-Ambulanz .....	10
ENTWICKLUNG DER SCHLICHTUNGSANTRÄGE .....	11
ENTWICKLUNG DER SCHLICHTUNGSSITZUNGEN .....	12
VERSCHULDENSUNABHÄNGIGE PATIENTENENTSCHÄDIGUNG .....	13
Wege der Anträge .....	14
KRITIK UND ANREGUNGEN – BEREICH KRANKENANSTALTEN .....	15
Internes Beschwerdemanagement .....	15
Schadensmanagement – Schadensmeldungen .....	16
Fallbeispiele .....	18
GEMEINSAME SCHLICHTUNGSSTELLE DER ÄRZTEKAMMER UND STMK. KRANKENANSTALTEN .....	21
Bestehende Problembereiche .....	26
Lösungsmöglichkeit .....	28
Weitere Problematik – Besetzung, Gutachtensbeischaffung .....	29
Forderungen .....	30
Zusammensetzung der Kommission .....	31
Gleichstellung der Positionen .....	32
Objektivierung und Beschleunigung des Verfahrens .....	33
Verschleppte Fälle .....	34
RÄUMLICHE UND PERSONELLE GEGEBENHEITEN .....	45
Klinische Abteilung für Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie .....	45
Ambulanz .....	46
Aufwachzimmer .....	46
Sanitäre Räumlichkeiten .....	47
OP-Bereich .....	47
Wartezeiten bei Zahnsanierungen für Menschen mit Behinderung .....	49
Anlassfälle .....	51
SONDERKLASSE-VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNGEN – SELBSTZAHLER .....	53
INTENSIVBETTENMANGEL UNIV.KLINIK FÜR CHIRURGIE .....	53

KEINE MÖGLICHKEIT DER LEISTUNGSBEZIEHUNG AUS DEM ENTSCHÄDIGUNGSFONDS .....	55
Patienten der Krankenanstalten der AUVA .....	55
<b>PFLEGEHEIME, PFLEGEPLÄTZE UND MOBILE DIENSTE .....</b>	<b>56</b>
RECHTLICHE NEUERUNGEN .....	57
ENTWICKLUNG DER GESCHÄFTSFÄLLE 2004 .....	58
BESUCHE VON PFLEGEHEIMEN UND BEHÖRDEN .....	59
FALLBEISPIELE DES BERICHTSJAHRES 2004 .....	60
Mangelnde Pflege auf Pflegeplatz .....	60
Wäschezuschlag .....	61
PEG-Sonde .....	63
Versorgung von tracheotomierten BewohnerInnen .....	64
Informationsdefizit der PflegeheimbewohnerInnen durch Hausverbot für Besucher ....	66
Mangelhafte Betreuung auf Pflegeplatz Pflegestufe 5 .....	68
PFLEGEPLÄTZE / EINSATZ VON MOBILEN DIENSTEN .....	71
KRITIK UND ANREGUNGEN .....	72
Kostenübernahme von WachkomapatientInnen .....	72
Sicherung der adäquaten Ernährung bei der Versorgung der BewohnerInnen in Pflegeheimen .....	73
Heimvertrag – Rechtsverständnis der Pflegeheimbetreiber .....	75
Leistungsverrechnung – Zuschläge bei bezuschussten BewohnerInnen .....	76
Einbett-Zimmer-Zuschläge .....	79
Einmalige Leistungen und Beiträge .....	80
Entgeltminderung .....	80
Personalstand und Überprüfung in Pflegeheimen .....	82
Betreuung von psychisch Kranken oder psychisch Behinderten .....	84
Rund-um-die-Uhr-Betreuung .....	87
Erhöhter Betreuungszuschlag .....	88
Hauptkritikpunkte .....	91
ANREGUNGEN ZUR NOVELLIERUNG DES STMK. PFLEGEHEIMGESETZES .....	95
AUSBLICK .....	101
VERANSTALTUNGEN UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT IM JAHR 2004 .....	105
ANHANG – GRAFISCHE DARSTELLUNGEN, DETAILLISTEN .....	106

---

## **§ 1 Einrichtung und Zweck**

---

(1) Zur Wahrung und Sicherung der Rechte und Interessen der Patientinnen/Patienten von Krankenanstalten, der Bewohnerinnen/Bewohner von Pflegeheimen und Pflegeplätzen und der Benutzerinnen/Benutzer mobiler Dienste wird beim Amt der Landesregierung eine Patientinnen-/Patienten- und Pflegevertretung eingerichtet.

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

(3) Pflegeheime im Sinne des Abs. 1 sind Einrichtungen gemäß § 1 des Steiermärkischen Pflegeheimgesetzes.

(4) Pflegeplätze im Sinne des Abs. 1 sind Einrichtungen gemäß § 1 des Steiermärkischen Pflegeheimgesetzes.

(5) Mobile Dienste im Sinne des Abs. 1 sind soziale Dienste im Sinne des § 16 (2) lit. a und b des Steiermärkischen Sozialhilfegesetzes - SHG.

---

## **§ 2 Aufgaben**

---

(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 Krankenanstalten, Pflegeheimen, auf Pflegeplätzen sowie durch die mobilen Dienste folgende Aufgaben wahrzunehmen:

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 der Krankenanstalten und Pflegeheime sowie die Betreiber von Pflegeplätzen, alle Organe und Dienststellen des Landes, der Sozialhilfeverbände, Gemeinden und Gemeindeverbände sowie 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, Pflegeheime und Pflegeplätze zu betreten.

---

### **§ 3 Bestellung, Funktion u. Organisation**

---

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

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

(3) Voraussetzung für die Funktion als Patientinnen-/Patienten- und Pflegeombudsfrau/-mann sind

- Kenntnisse der Grundlagen des Gesundheitswesens sowie der organisatorischen, wirtschaftlichen und rechtlichen Belange von Krankenanstalten, Pflegeheimen und -plätzen sowie von mobilen Diensten und

- praktische Erfahrung im Gesundheits- oder Krankenanstaltenwesen oder im Pflegewesen.

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

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

(6) (Verfassungsbestimmung) Die/Der Patientinnen-/Patienten- und Pflegeombudsfrau/-mann ist bei ihrer/seiner Tätigkeit an keine Weisungen gebunden.

---

### **§ 4 Tätigkeitsbericht**

---

Die/Der Patientinnen-/Patienten- und Pflegeombudsfrau/-mann hat jährlich 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.

---

### **§ 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.

## Krankenanstalten, Pflegeheime, Pflegeplätze und mobile Dienste

Berichts- jahr	Neuanliegen		Offene Geschäftsfälle aus dem Vorjahr	Gesamtsumme der Geschäftsfälle
	Kranken- anstalten	Pflege- heime		
1993	250			
1994	291		plus 138	429
1995	343		plus 163	506
1996	312		plus 94	406
1997	451		plus 46	497
1998	613		plus 119	732
1999	779		plus 217	996
2000	837		plus 261	1098
2001	817		plus 253	1070
2002	1042		plus 250	1292
2003	1004	49	plus 125	1178
2004	1034	198	plus 274	1506

**Im Gegensatz zum Berichtsjahr 2003 gab es im Jahr 2004 ein Ansteigen der insgesamt zu bearbeitenden Geschäftsfälle in der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft um 27,8 %.**

Davon offene Fälle im Berichtszeitraum 31.12.2004 274

### AUFGLIEDERUNG DER OFFENEN FÄLLE

- Laufende Schlichtungsverfahren,  
im Bereich KAGes-Schlichtungsstelle 131
- Bereich Privatkrankenanstalten + AUVA-Schlichtungsstelle 36
- In alleiniger Bearbeitung der PatientInnen- und Pflege-  
ombudsschaft stehende Geschäftsfälle 107

# Fallbeispiele aus den Geschäftsfällen des Berichtjahres 2004 - Bereich Krankenanstalten

## STANDARDISIERTE AUFKLÄRUNGSDOKUMENTATION

---

### Fallbeispiel 1:

**Jänner 2004:**

Der Gatte einer Migrantin meldete sich in der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft, da es bei der Geburt ihres Kindes zu Komplikationen kam.

Die Geburt dauerte 12 Stunden und es kam postpartal zu einer massiven Blutung, wobei in letzter Konsequenz die Gebärmutter entfernt werden musste. Da sich die Patientin noch weitere Kinder wünschte, war dies für sie eine entsprechende Schocksituation. Nach Einholen der Krankenunterlagen und Kontaktaufnahme mit einem Facharzt für Geburtshilfe wurde der Verlauf der Behandlung in der Schlichtungsstelle einer Überprüfung unterzogen und als schicksalhaft bewertet.

Im Zuge der Bearbeitung dieser Beschwerde stellte sich heraus, dass an dieser Abteilung die für eine bevorstehende Geburt üblichen DIOmed-Aufklärungsbögen nicht verwendet werden.

Nach Rücksprache der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft mit dem interimistischen Leiter der betroffenen Abteilung, erklärte dieser, dass der Einsatz der standardisierten Aufklärungsbögen aus organisatorischen und zeitlichen Gründen nicht möglich sei. Der MigrantInnenanteil würde auf der Abteilung bei ca. 80 % liegen, daher werden die Patientinnen ausschließlich mündlich aufgeklärt.

Auf Grund eines Vorstandsbeschlusses der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft vom 9. September 1997 ist die Verwendung eines standardisierten Aufklärungsbogens beschlossen worden und seit März 1998 sind diese für alle Steirischen Landeskrankenanstalten verbindlich zur Anwendung zu bringen.

In einem telefonischen Gespräch der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft mit einer Mitarbeiterin der Firma DIOmed in Deutschland, konnte in Erfahrung gebracht werden, dass der entsprechende Aufklärungsbogen für geburtshilfliche Maßnahmen in unterschiedlichen Sprachen zur Verfügung steht (französisch, russisch, serbokroatisch und türkisch) und jederzeit von den MitarbeiterInnen der Stmk. Krankenanstalten im Intranet abrufbar ist.

**Stand Mai 2005**  
ca 1,5 Jahre  
später:

Nach telefonischer Rückfrage beim ärztlichen Leiter der betroffenen geburtshilflichen Abteilung wird nach wie vor kein standardisierter Aufklärungsbogen in der Geburtshilfe verwendet.

## KOORDINIERTE ENTLASSUNG

---

### Fallbeispiel 2:

**Juni 2004:**

Die Pflegedirektorin einer Steirischen Landeskrankenanstalt schilderte der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft folgende Problematik:

Fallweise werden extramurale Betreuungsplätze für PatientInnen von deren Angehörigen organisiert, ohne die betroffenen PatientInnen zu informieren. Dadurch erfahren manche PatientInnen erst sehr spät über eine bevorstehende Heimunterbringung.

Die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft sieht hier eine wichtige Schnittstellenarbeit in der Betreuung von PatientInnen. Daher scheint es wichtig, dass das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal nicht nur die notwendige Koordination und Beratung für eine häusliche Pflege, sondern im Bedarfsfall auch die Information über einen bereits organisierten extramuralen Betreuungsplatz übernimmt. Im Sinne einer koordinierten Entlassung pflegebedürftiger PatientInnen ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen des Gesundheitsbereiches unter Einbeziehung des betroffenen PatientInnen und deren Angehörigen unumgänglich.

**§16 (3)Zif 2. GuKG**

Laut Gesundheits- und Krankenpflegegesetz umfasst der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals insbesondere:

*§16 (3)Zif 2. „Vorbereitung der PatientInnen oder pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen auf die Entlassung aus einer Krankenanstalt oder Einrichtung, die der Betreuung pflegebedürftiger Menschen dient, und Hilfestellung bei der Weiterbetreuung“.*

Es ist wichtig, dass MitarbeitInnen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege die notwendige Koordination und Beratung bei der Entlassung aus Krankenanstalten in häusliche Pflege leisten.

## BAULICHER STRUKTURMANGEL

---

### Fallbeispiel 3:

**April 2004:**

Eine Patientin berichtete der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft von ihrem geplanten, stationären Aufenthalt im Februar 2004 auf der Kieferchirurgie im LKH Graz. Obwohl die Patientin nur konservativ behandelt wurde, habe sie in der ersten Nacht im „Aufwachraum“ schlafen müssen. Den darauf folgenden Tag wäre sie in einem Bett am Gang gelegen und die anschließenden stationären Tage hätte sie in einem sehr engen Kinderzimmer gemeinsam mit einer zweiten Patientin verbringen müssen.

Die medizinische und pflegerische Leistung sei für sie sehr zufriedenstellend, doch die räumliche Situation sei sowohl für die PatientInnen als auch für das Personal sehr belastend gewesen.

Die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft leitete dieses Anliegen an die Anstaltsleitung des LKH Graz weiter und erhielt sinngemäß folgende Stellungnahme:

*Auf Grund der räumlichen und baulichen Gegebenheiten kommt es, gelegentlich, aber nicht regelmäßig, vor, dass eine „Gangbetten-situation“ entsteht. Wenn die notwendige Finanzierung gesichert ist, sind entsprechende Umbaumaßnahmen vorgesehen und in ca. zwei Jahren zu erwarten.*

Für die PatientInnen war diese Rückmeldung informativ und insofern positiv, eine Zukunftsperspektive übermittelt bekommen zu haben.

**Weitere Ausführungen über die räumlichen und personellen Gegebenheiten der Klinischen Abteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie im Bericht auf Seite 46.**

## **GESPRÄCHSVERMITTLUNG FÜR EINE PATIENTIN MIT VERANTWORTLICHEN AUS DEM ÄRZTLICHEN UND PFLEGERISCHEN BEREICH**

---

### **Fallbeispiel 4:**

#### **Mai 2004:**

Die Patientin schilderte der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft schriftlich folgenden Sachverhalt:

Im April diesen Jahres wäre sie wegen sehr starken Juckreizes stationär aufgenommen worden. Von Anfang an hätte sich die Patientin von den ÄrztInnen ignoriert gefühlt und wäre mit ihrem medizinischen Problem alleine gelassen worden. Auch bei den Visiten hätte sie nie die Möglichkeit für ein ruhiges und ausführliches ärztliches Gespräch gehabt. Immer wäre ihr und den MitpatientInnen bei der Visite vermittelt worden, dass die ÄrztInnen unter einem großen Zeitdruck stünden.

Pflegemaßnahmen wären eher widerwillig erfolgt; man hätte um jede Hilfestellung gesondert bitten müssen. Das Pflegepersonal hätte überfordert gewirkt und es herrschte ein „militärischer“ Umgangston.

Auf Grund dieses Schreibens und nach Rücksprache mit der Patientin hat die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft mit der Pflegedienstleitung telefonisch Kontakt aufgenommen, um ihr die gegenständliche Beschwerde zu schildern. Diese erklärte sich sofort bereit, ein Gespräch zwischen dem leitenden Stationsarzt, der Patientin und ihr zu organisieren und zu koordinieren.

#### **Juni 2004:**

Die Patientin meldete der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft zurück, dass das Gespräch für sie sehr wertschätzend gewesen ist und sie das Gesprächsklima als sehr angenehm empfunden hat. Auf ihre Beschwerden sind die Betroffenen zu ihrer vollsten Zufriedenheit eingegangen. Auch aus Sicht der Pflegedienstleitung und des leitenden Stationsarztes war das Gespräch konstruktiv und zielführend.

### Fallbeispiel 5:

**März/April 2004:**

In der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft gingen mehrere Schreiben ähnlicher Problematik ein:

Einerseits gehe es um die Bettensituation auf der Klinischen Abteilung für Hämatologie an der Medizinischen Universitätsklinik im LKH Graz. Dort würden PatientInnen behandelt, die auch auf einer allgemeinen medizinischen Abteilung betreut werden könnten. Dadurch käme es zu einer Bettenknappheit und zu sehr langen Wartezeiten für die hämatologischen PatientInnen, die nur in dieser Spezialabteilung behandelt werden können. Vereinbarte Termine müssten häufig verschoben werden und die Chemotherapie würde den PatientInnen liegend in Gangbetten verabreicht werden.

Andererseits wäre es nicht möglich, die PatientInnen je nach Diagnosestellung von der EBA an die jeweils dafür zuständige klinische Abteilung zu transferieren. Zusätzlich gäbe es in der EBA einen ständigen Wechsel des dienst habenden ärztlichen Personals, sodass es zu keiner Kontinuität und Qualität in der medizinischen Versorgung käme.

Die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft leitete diese Beschwerden an die ärztliche und medizinische Direktion weiter, um die Problemstellungen für die PatientInnen klären zu können.

**Mai/Juni 2004:**

Bezüglich der Hämatologie ergingen sinngemäß folgende Schreiben von der ärztlichen und medizinischen Direktion an die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft:

Es gäbe einen allgemeinen internistischen Versorgungsauftrag für akute Erkrankungen, der es notwendig macht, durchschnittlich 15 PatientInnen pro Tag an der Klinik stationär zur Behandlung aufzunehmen (an manchen Tagen können es aber bis zu 30 PatientInnen sein). Bei der Strukturierung der Medizinischen Universitätsklinik durch das Ministerium 1994 wurde eine kleine allgemeine Abteilung mit 32 Betten eingerichtet und bestimmt, dass **jede** der 9 klinischen Abteilungen generell ein Drittel der Betten für allgemein internistische Aufnahmen bereit zu stellen hat. Dieser allgemeine Versorgungsauftrag gehe mitunter auf Kosten von PatientInnen mit speziellen internen Krankheitsbildern.

Zur Entlastung und Reduzierung der täglichen Aufnahmezahl wurde vom Ärztlichen Direktor erwirkt, dass täglich 4 PatientInnen aus der medizinischen Notfallaufnahme des LKH Graz in die Ordensspitäler der Elisabethinen und Barmherzigen Brüder transferiert werden können.

Des Weiteren wurde im LKH Leoben im April 2004 ein Department für Hämato-Onkologie eingerichtet. Hier wird insbesondere eine Entlastung für den hämatologischen Bereich im LKH Graz erwartet.

Betreffend der EBA wurde aus der Ärztlichen Direktion Folgendes mitgeteilt:

Derzeit werden ca. 70 PatientInnen auf der EBA täglich behandelt und eine Normalisierung des Betriebes, in Bezug auf die Anzahl der Frequenz, sei eingetreten. Dies würde aber im Einzelfall nicht ausschließen, dass die Zügigkeit der Prozesse noch verbessert werden könnte. Daher dienen Hinweise aus den Beschwerden der PatientInnen einer weiteren Optimierungsmöglichkeit.

Bezüglich des ständigen Wechsels des Dienst habenden ärztlichen Personals wäre es sicherlich von Vorteil, wenn eine dauerhafte Kernmannschaft eingebunden werden könnte. Diesbezüglich wären noch Gespräche mit den Verantwortlichen geplant, um eine Verbesserung dieser Situation zu erzielen.

## WARTEZEITEN IN DER AMBULANZ

---

### Fallbeispiel 6:

#### **August 2004:**

Einige Beschwerden von betroffenen PatientInnen bezüglich organisatorischer Mängel an der Dermatologie-Ambulanz im LKH Graz wurden dem Klinikvorstand zur Kenntnis gebracht und veranlasste die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft zu folgenden Fragen:

- Könnte die bisherige, aus der Sicht der PatientInnen oft unbegründet lange Wartedauer durchschaubarer organisiert werden, z.B. durch eine Nummernausgabe?
- Wäre es möglich, dass die ungefähre Wartedauer den PatientInnen mitgeteilt werden könnte? Laut Angaben der PatientInnen liege diese zwischen einer bis fünf Stunden.
- Könnten die Durchsagen im Lautsprecher klarer und lauter erfolgen?
- Wäre der Ablauf am Aufnahmeschalter patientInnenorientierter organisierbar?

**September 2004:** Sinngemäß kam der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft folgende Antwort vom Klinikvorstand und vom ärztlichen Ambulanzleiter zu:

- Die dermatologische Ambulanz als allgemein öffentliche Versorgungseinrichtung für ein Einzugsgebiet von 1,5 Mio. Einwohner, betreut täglich rund 250 PatientInnen und ist 24 Stunden am Tag in Betrieb.
- Zusätzlich werden auch Studenten und Turnusärzte ausgebildet.
- Für diesen umfangreichen Betrieb gibt es genaue Prozessabläufe, die auch laufend vom Qualitätsmanagemnet-System evaluiert werden.
- Die Einführung einer Bestellambulanz habe hinsichtlich der Wartezeiten für terminisierte PatientInnen zu einer klaren Qualitätssteigerung beigetragen.
- PatientInnen, die keine echten dermatologischen Notfälle darstellen und ohne Termin in die Ambulanz kommen, müssen mit unterschiedlichen langen Wartezeiten rechnen und können oft nur eine Basisversorgung erhalten.
- Über diese eventuellen zeitlichen Verzögerungen werden alle PatientInnen vom Personal bei der Anmeldung aufgeklärt.
- Die PatientInnen werden ausnahmslos mit Angabe der Ambulanz-Zimmer-Nummer aufgerufen. Bei Desorientierung werden sie durch das Pflegepersonal unterstützt.  
Zu Engpässen auf der Dermatologie-Ambulanz käme es vor allem in der Urlaubszeit, wenn zahlreiche niedergelassene Fachkolllegen/Hausärzte für längere Zeit ihre Ordination schließen.

## ZUWEISUNG AN DIE AUGENKINIK- AMBULANZ IM LKH GRAZ \_\_\_\_\_

### Fallbeispiel 7:

**Juli 2004:**

Ein Patient informiert die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft, dass er mit der Überweisung seines Hausarztes ohne Behandlung von der Ambulanz der Augenklinik wieder nach Hause geschickt worden wäre.

- Die Recherche der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft hat ergeben, dass eine Überweisung von AugenfachärztInnen benötigt wird (ausgenommen Notfälle und wiederbestellte Nachuntersuchungen).
- **Zusätzlich** müssen PatientInnen selbst in der „**Terminkanzlei**“ der Augenklinik (Tel.Nr.: 0316/385/2216) einen Termin vereinbaren. Die Diagnose und die jeweils nötige Ambulanz sollten die PatientInnen bekannt geben können.
- Auch die niedergelassenen FachärztInnen können Termine vereinbaren. Die praktischen ÄrztInnen würden laut Qualitätsmanagement LKH Univ.-Klinikum Graz über die unterschiedlichen Zuweisungsmodalitäten Bescheid wissen, denn es gibt regelmäßige Aussendungen über die Ärztekammer, Informationen im Inter- und Intranet und Plakate. Zusätzlich könne man jedem Arztbrief entnehmen, wie die Zuweisung in eine Spezial-Ambulanz erfolgen soll.

# Entwicklung der Schlichtungsanträge für alle Steirischen Krankenanstalten

<b>Berichtsjahr</b>	<b>Summe der Neuanträge KAGes</b>	<b>Summe der Neuanträge Privatkrankenanstalten</b>	<b>Summe der Anträge in den Schlichtungsstellen GESAMT</b>
1988	154		
1989	163		
1990	54		
1991	56		
1992	50		
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	34	=157
2003	166	29	=195
2004	175	38	=213

# Entwicklung der Anzahl der Schlichtungssitzungen

	2000	2001	2002	2003	2004
KAGes	46	42	33	38	<b>45</b>
Privatkrankenanstalten	14	13	13	12	<b>10</b>
Gesamt	60	55	46	50	<b>55</b>

## **Positiv erledigte Anträge für PatientInnen 2004 - gesamt 48**

Schlichtungsstelle der Landeskrankenanstalten  
 zugesprochene Entschädigung gesamt € **195.827,--** 35

Schlichtungsstelle im Bereich der Privatkrankenanstalten  
 zugesprochene Entschädigung gesamt € **80.750,--** 13

## **AUFGLIEDERUNG**

### **Schlichtungssitzungen KAGes:**

- 45 Sitzungstermine mit
- 176 persönlichen Ladungen von AntragstellerInnen
- 385 Beratungen über den weiteren Verlauf des Schlichtungsverfahrens

Im Durchschnitt fallen somit pro persönlicher Ladung eines/einer Antragsteller/In 2,2 Beratungen über den weiteren Verlauf eines Schlichtungsverfahrens an.

### **Schlichtungssitzungen Privatkrankenanstalten:**

- 10 Sitzungstermine mit
- 55 persönlichen Ladungen von AntragstellerInnen
- 51 Beratungen über den weiteren Verlauf des Schlichtungsverfahrens

Im Durchschnitt fallen somit pro persönlicher Ladung eines/einer Antragsteller/In 0,9 Beratungen über den weiteren Verlauf eines Schlichtungsverfahrens an.

# Verschuldensunabhängige Patientenentschädigung

## Entwicklung der Anträge an den PatientInnenentschädigungsfonds

2003

Anträge	Erledigungen
80	61

2004

Anträge	Erledigungen
80	59

## Einnahmen des Fonds

2003: € 1.859.196,40  
(inkl. 2001 + 2002)  
2004: € 675.635,75

## Zahlungen des Fonds

2003: € 396.250,--  
2004: € 557.630,--

## Anzahl der Sitzungen

2003: 22 Sitzungen  
2004: 30 Sitzungen

## Wege der Anträge

80

Anträge insgesamt bis 31.12.2004

### **Es erfolgten:**

58

Erstkontakte über die PatientInnenombudsschaft mit  
vorher anhängigen Schlichtungsverfahren.

35

9

Anträge wurden von RechtsanwältInnen eingebracht

9

Anträge direkt an die Geschäftsstelle

4

Anträge gingen zuerst ohne Abklärung durch die  
PatientInnenombudsschaft an den E-Fonds

# Kritik und Anregungen Bereich Krankenanstalten

## INTERNES BESCHWERDEMANAGEMENT

---

*Bereits im Tätigkeitsbericht 2002 wurde zu Beginn des Tätigkeitsberichtes vorgeschlagen, dass eine Kostenbeteiligung der Rechtsträger am Personalaufwand der PatientInnenvertretung erfolgen soll und es wurde weiters auf Seite 27 ausgeführt, dass in der PatientInnenvertretung zunehmend der Eindruck entstehen könnte, dass in der Schadens- und Beschwerdeabwicklung mit der PatientInnenvertretung darauf gesetzt wird, dass diese die Kraft verliert und aufgibt.*

*Im Berichtsjahr 2002 musste sich die PatientInnenvertretung deshalb mehrmals schriftlich an den Vorstand der KAGes wenden.*

Es betraf dabei immer wieder mangelnde oder überhaupt nicht erfolgte Fristvorgaben und deren Überwachung beim Einholen von Krankengeschichten, Stellungnahmen oder Gutachten durch die Rechtsabteilung der KAGes für die Schlichtungsstelle. Aber auch Abteilungen und Kliniken ließen sich monatelang Zeit, ohne auf die nachweislichen Urgenzen der Rechtsabteilung zu reagieren. Der PatientInnenvertretung wurden diesbezügliche Maßnahmen bei Zuwiderhandeln für die Verantwortlichen vom Vorstand zugesichert.

Insgesamt wurde von der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft in **elf von dreizehn Kooperationsitzungen** auf diesen Missstand hingewiesen und ersucht, dies zu ändern.

### **Im Wesentlichen handelt es sich 2005 noch immer um 3 Hauptprobleme:**

- 1) Mangelhafte bis fehlende Fristvergabe und Fristenüberwachung bei Einholung von Krankengeschichten, Stellungnahmen oder Gutachten durch die Rechtsabteilung der KAGes.
- 2) Keine Benachrichtigung der Schlichtungsstelle und der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft bei Versögerungen. Für die PatientInnen als Außenstehende des Systems ist es nicht ersichtlich, worin und warum es zu diesen Verzögerungen kommt. In der PatientInnen und Pflegeombudsschaft wird viertel- bis halbjährlich der Stand der Schlichtungsverfahren überprüft und in der Ärztekammer sowie in der Rechtsabteilung wegen Verzögerungen und deren Ursachen nachgefragt.

**Eine Kommunikation zu den PatientInnen über den Stand des Schlichtungsverfahrens bei Verzögerungen erfolgt ausschließlich über die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft**

Auch in der Geschäftsstelle in der Ärztekammer wird eine Fristüberwachung bei laufenden Schlichtungsverfahren durchgeführt und bei Verzögerungen in der Rechtsabteilung nachgefragt. Von Seiten der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft und der Ärztekammer erfolgen rege Rückfragen und Kontakte in Richtung Rechtsabteilung, um monatelange unbemerkte Verzögerungen zu vermeiden.

*Wiederholt wurde darauf hingewiesen, dass es nicht alleinige Aufgabe der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft sein kann, ständig überfällige Gutachten zu urgieren, sondern es vielmehr eine Verpflichtung der KAGes Rechtsabteilung ist, dafür Sorge zu tragen, dass Schlichtungsverfahren in annehmbarer Zeit abgewickelt werden können.*

*Kommt es zu nicht nachvollziehbaren und erklärlichen Verzögerungen, schädigt dies den Ruf der Schlichtungsstelle, der Krankenanstalten und aller Bediensteten. Am meisten aber der KAGes, da die PatientInnen dahinter Taktik und Absicht vermuten, um sie um ihre berechtigten Ansprüche zu bringen.*

### 3) Schadensmanagement - Schadensmeldungen

Wiederholt kontaktierten PatientInnen oder deren Angehörige die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft bezüglich mangelnder Transparenz bei Schadensfällen in den Steiermärkischen Landeskrankenanstalten.

Jahrelange Erfahrungen zeigen, dass das interne Schadensmanagement der KAGes bis auf wenige Häuser nicht bis zur letzten Konsequenz umgesetzt wird.

- Einerseits werden „außergewöhnliche Ereignisse“ weder an die Anstaltsleitung noch an die Rechtsabteilung gemeldet. Teilweise ermittelte bereits die Staatsanwaltschaft, ohne dass die KAGes darüber informiert war.
- Keine Informationen der Krankenanstalten an Geschädigte, dass sie Schadenersatzansprüche an die Rechtsabteilung der KAGes stellen bzw. wohin sie diese Ansprüche stellen müssen. Für viele ältere oder einfache Menschen ist in weiterer Folge ein hoher Aufwand zur Durchsetzung ihrer Ansprüche verbunden, da sie die Struktur der Steiermärkischen Krankenanstalten GesmbH nicht kennen und nicht wissen, wohin sie sich zu wenden haben.
- Aber auch von einer vielfach fehlenden und menschlich einfühlsamen Gesprächskultur bei Eintritt eines Schadens durch einen Behandlungsfehler wird berichtet. Dies führt zu großer Verunsicherung und Empörung bei Geschädigten oder Angehörigen.

Es gibt aber auch das gegenteilige Verhalten, dass in Krankenhäusern mit den geschädigten PatientInnen ein gutes Gespräch geführt und ihnen mitgeteilt wird, dass der Schaden an die Rechtsabteilung weitergeleitet wurde und sich diese melden werde – **und nichts geschieht.**

- Neben einer von der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft angenommenen nebenvertragsrechtlichen Schutz- und Sorgfaltsverpflichtung neben dem Hauptvertrag (Behandlungsvertrag) den PatientInnen gegenüber, ergibt sich auch eine ethische Fragestellung und Verantwortung.
- Auf Grund der schweren Durchschaubarkeit von medizinischen Abläufen und Behandlungen, sowie auch oft den für den Laien schwer zu erkennenden Kausalzusammenhang zwischen Behandlung und Schaden, der oft erst nach Jahren zum Vorschein kommen kann oder bewusst vom Geschädigten als Schaden erlebt wird, ist es für die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft ethisch nicht akzeptierbar, wenn, einem meist Schwächeren, vom Schädiger nicht jede Hilfestellung zur Eingrenzung bzw. Wiedergutmachung des Schadens geschaffen wird.
- Die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft sieht es als eine Verpflichtung des Kranken-anstaltenträgers an, seinen VertragspartnerInnen (PatientInnen) jegliche Hilfestellung zur Abklärung und zur Durchsetzung bei möglichen Schäden zu gewähren.

**Fallbeispiel 8:** Im Dezember 2004 bekam die Patientin im Krankenhaus eine **Hüft-totalendoprothese**. Postoperativ hatte die Patientin ständig Schmerzen und es war ein unangenehmes knarrendes Geräusch zu hören. Ein Röntgen bestätigte einen **Haarriss** und einen **Inlay-Bruch**. Die Patientin bekam ca. 10 Tage später eine neues Gelenk implantiert. Der ärztliche Leiter erklärte der Patientin, dass es sich um einen **Materialfehler** handeln würde, dies wäre jedoch **nicht beweisbar**. Er nahm telefonisch Kontakt mit der **Herstellerfirma** auf, welche zu einer **Kulanzzahlung** bereit wäre. Die Rechtsabteilung der KAGes wäre auch informiert. Die Patientin bräuchte sich keine Sorgen zu machen, sie bekäme eine Entschädigung.

Nach telefonischer Rücksprache der PatientInnen und Pflegeombudschaft in der Rechtsabteilung wurde mitgeteilt, dass eine Schadensmeldung eingegangen sei. Es wurde bereits mit der Firma Kontakt aufgenommen. Die Patientin habe jedoch keinerlei schriftliche Forderung gestellt, daher wurden auch keine weiteren Schritte unternommen.

**PatientInnen bekommen weder von den verantwortlichen ärztlichen Leitern eine Information, dass sie eine Forderung an die KAGes bzgl. Schadenersatz stellen müssen, noch meldet sich ein Mitarbeiter der Rechtsabteilung bei den Geschädigten, obwohl bereits Gespräche mit der Herstellerfirma geführt wurden und diese zu einer Kulanzzahlung bereit wäre!**

**Fallbeispiel 9:** Der Patientin wurde eine Leitung für einen ständigen venösen Zugang in der Nähe des Schlüsselbeines zur Dialyse gesetzt. Die nachfolgende Röntgenkontrolle ergab die richtige Lage des Katheters. Zwei Tage später wurde eine problemlose Dialyse durchgeführt. Bei der 2. Dialyse (4 Tage später) kam es zu Problemen. Das in weiterer Folge durchgeführte CT diagnostizierte eine falsche Lage des Katheters.

Nach Absprache mit einem Gefäßchirurgen - die Patientin war nicht OP-tauglich - einigte man sich, den Katheter manuell zu entfernen (herauszuziehen).

Daraufhin kam es zu einer **massiven Blutung**, welche für die Patientin **tödlich** endete (Notoperation, Reanimation).

*Der Staatsanwalt wurde laut telefonischer Information sofort benachrichtigt! Die Verstorbene wurde im Beisein eines Gerichtsmediziners obduziert. Die Leiche wurde freigegeben und das Begräbnis fand statt.*

- Laut Information vom Gatten der Verstorbenen, fand im Krankenhaus ein ausführliches Gespräch zwischen den Hinterbliebenen und den verantwortlichen Ärzten statt.
- Eine **Meldung an die Rechtsabteilung der KAGes wurde nicht gemacht**. (Der zuständige Arzt wusste nicht, dass eine Meldung notwendig sei).
- 2 Wochen später wurde der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft mitgeteilt, dass das Strafverfahren eingestellt wurde.

#### **Fallbeispiel 10:**

Die stationäre Aufnahme des Patienten erfolgte im Krankenhaus wegen eines trockenen Reizhustens.

Zwei Tage später verabreichte eine Turnusärztin dem 86 Jahre alten Patienten ein Inhalationsmittel intravenös (Mikronephrin).

Die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft wurde bereits einen Tag nach der Fehlinjektion von den Angehörigen kontaktiert. Grundsätzlich waren die Angehörigen auf Grund der ärztlichen Aufklärung sehr zuversichtlich, was den Genesungsverlauf des Patienten betraf. Nach intensivmedizinischer Behandlung **verstarb der Patient** jedoch an den Folgen dieser Injektion.

Nach dem Tod des Patienten waren die Angehörigen sehr verärgert, da kein ausführliches Gespräch mehr angeboten wurde und auch nicht möglich war.

**Eine Meldung an die Rechtsabteilung der KAGes wurde sehr verspätet gemacht. Sie erfolgte erst, als die Angehörigen nach Beratung durch die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft die ärztliche Leitung darauf aufmerksam machten.**

**Fallbeispiel 11:** Herr L., 88 Jahre, war für eine kardiologische Untersuchung im Krankenhaus. Er lag nach seinen Angaben ca. 1 Stunde auf einer Liege in einer Untersuchungs-koje, ohne ärztliche oder pflegerische Betreuung. Es wurde ihm übel und er stürzte von der Liege. Durch den Sturz kam es zu einer Rissquetschwunde am Kopf und zu einem Zahnausfall aus seiner Prothese.

Nach telefonischer Rücksprache mit dem Krankenhaus wurde **der Vorfall nicht an die Rechtsabteilung der KAGes** weitergeleitet. Argumentiert wurde damit, dass über diese Notwendigkeit keiner Bescheid wusste.

**Fallbeispiel 12:** 21. Jänner: Operation - Ganglionextirpation (Überbein) und Carpal-tunnelrelease. Dabei kam es zur Durchtrennung der FPL-Sehne im Handgelenksbereich.

Am 14. Februar erfolgte die Revision, Neurolyse und Sehnennaht. Am 8. April kontaktierte der Lebensgefährte der Patientin die Patient-Innen- und Pflegeombudsschaft.

**Laut Patientin hätte der Arzt den Vorfall an die Rechtsabteilung gemeldet. Sie hätte jedoch bis dato noch nichts von der Rechtsabteilung gehört.** Es hätte auch keinen Hinweis gegeben, wohin sie sich melden müsse. Der Lebensgefährte wurde von der PatientInnen- und Pflege-ombudsschaft über das weitere Vorgehen informiert. Am 17. Mai kontaktierte die Patientin selbst die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft, wobei sie sich über den langen Ablauf verwundert zeigte, da der Arzt den Fehler ihr gegenüber zugegeben und den Vorfall selbst an die Rechtsabteilung gemeldet habe.

# Gemeinsame Schlichtungsstelle der Ärztekammer und der Steiermärkischen Krankenanstalten

Wie schon in vielen Tätigkeitsberichten vorher und immer wieder Gegenstand von Besprechungen ist die Schlichtungsstelle für die Krankenanstalten der Steiermärkischen KAGes.

Die gründliche Überprüfung über behauptete Behandlungsfehler in der Schlichtungsstelle ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass PatientInnen ihre Ansprüche nicht über den Gerichtsweg oder über die mediale Öffentlichkeit geltend machen müssen.

Gerade in der Steiermark, in der die KAGes beinahe eine Monopolstellung im Krankenanstaltenbereich einnimmt, ist es außerordentlich wichtig, im Schlichtungsverfahren alle objektiven Maßstäbe eines fairen und raschen Verfahrens einzuhalten. Jeglichem Anschein eines nicht fairen Verfahrens bzw. einer Vormachtstellung den PatientInnen gegenüber ist daher entschieden entgegen zu treten.

Wie alle anderen Bereiche in unserem Leben ist auch die Schlichtungsstelle und deren Organisation einem gesellschaftlichen Wandel und veränderten Ansprüchen ausgesetzt. Seit Beginn der Tätigkeit 1987 haben sich insgesamt 1702 PatientInnen an diese Einrichtung gewandt, womit eindrucksvoll deren Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit bewiesen wird.

Im Tätigkeitsbericht 2003 wurde von der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft massivst kritisiert, dass für PatientInnen negative Gutachten, die in weiterer Folge zu einer Abweisung im Verfahren führen, nicht mehr erklärt werden, um auf diese Weise Zeit und Ressourcen zu sparen, sondern dieses sogleich, ohne mündliche Erörterung und Möglichkeit für die PatientInnen zum Gutachten Stellung zu nehmen, diese mit der abweisenden Entscheidung den AntragsstellerInnen zugestellt wird und Aufgabe der Gutachtenserklärung bzw. -erörterung in die Verantwortung der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft abgeschoben wird.

**Wahrung von  
PatientInnen-  
interessen -  
Recht auf faires  
Verfahren vor der  
Schlichtungsstelle,  
Einrichtung eines  
zweiten Senates**

Auf Grund der Forderungen der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft auf Wahrung von PatientInneninteressen, Recht auf ein faires Verfahren vor der Schlichtungsstelle und Einrichtung eines zweiten Senates kam es am 17. November 2004 zu einer Besprechung in der Steiermärkischen KAGes mit Teilnehmern aus dem Bereich Ärztekammer (Kammeramtsdirektor Hofrat Dr. Emberger, Frau Straubinger), Schlichtungskommission (Vorsitzender Sen. Präs. Dr. Schweighofer), PatientInnenentschädigungskommission (Vorsitzender Sen.Präs.Dr. Koczett), Rechtsabteilung der KAGes (HR Dr. Schweppe, Mag. Herzog, Dr. Christina Grünauer-Leisenberger), Personaldirektor Hofrat Dr. Thanner, Vorstandsdirektor DI Kehrer und Mag. Renate Skledar.

**BESPRECHUNGSPUNKTE**

---

- Von der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft wurde darauf hingewiesen, dass durch zusätzliche Schlichtungssitzungen die gesteigerte Anzahl der Neuanträge ohne Qualitätsverlust nicht kompensiert werden kann und die Einführung eines zweiten Senates gefordert wird.
- Dass die Maßnahme, den PatientInnen Gutachten, die zur Abweisung im Schlichtungsverfahren führen, ohne weitere Anhörung der Argumente der AntragstellerInnen nur das Problem in die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft bzw. im nachfolgenden Entschädigungsverfahren verschieben und nicht dem mediativen und aufklärerischen Gedanken der Schlichtungsstelle entsprechen.
- Auch die zeitlichen Ressourcen der Mitglieder, die diese Funktion neben der beruflichen Tätigkeit ausführen, scheinen mehr als ausgeschöpft zu sein. Meistens ist die Kommission erst am Ende der 1. PatientInnenladung vollzählig. PatientInnen empfinden dies als Nichtbeachtung und Nichtwertschätzung ihres Anliegen.
- AntragstellerInnen haben immer wieder das Gefühl, dass sie ihr Anliegen nicht entsprechend vorbringen können, sondern mit Erklärungen unterbrochen werden. So entsteht für sie der Eindruck und das Gefühl, dass es von vornherein feststeht, wie ihr Verfahren ausgeht. Dies wird durch ein negativ einlangendes Gutachten noch verstärkt.

- Dies ist, insbesondere aus der Sicht und dem Erleben der AntragstellerInnen, nachvollziehbar. Für Laien ist der Eintritt eines Schadens, gerade bei Auftreten von Komplikationen nicht leicht durchschaubar und erklärbar. Gerade deshalb wenden sich die Meisten an die Schlichtungsstelle, um Klarheit zu erhalten.
- Dem voraus erfolgte auch bereits eine umfassende Auf- und Abklärung durch die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft .
- Von ca. 600 Personen, die an uns herantreten und die eine medizinische Fragestellung vorbringen oder einen Behandlungsfehler vermuten, wenden sich dann 213 Personen, also ein Drittel davon, nach eingehender Beratung und Abklärung durch die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft mit der Frage oder dem Vorwurf eines Behandlungsfehlers an eine der zwei Schlichtungsstellen.
- Wird bei der Erstabklärung von der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft kein Behandlungsfehler, sondern ein Schaden auf Grund einer Komplikation vermutet, so werden diese AntragstellerInnen direkt an den Entschädigungsfonds verwiesen.
- Weiters empfinden PatientInnen auch die Größe der Kommission, mit der Schriftführerin sitzen den AntragstellerInnen 6 Personen gegenüber, als unangenehm.
- Der größte Teil der AntragstellerInnen befindet sich vor der Schlichtungskommission in einer Ausnahmesituation, während es für die Kommissionsmitglieder Alltag ist.

Je größer eine Kommission ist, umso mehr Unruhe und Nebenaktivitäten gibt es, die die AntragstellerInnen irritieren.

- Erfreulicherweise wurden die Vorstellungen der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft vom Ärztekammervertreter, Herrn Kammeramtsdirektor Dr. Emberger, unterstützt.
- Aus seiner Sicht und auch als Hintergrund bei Gründung der Schlichtungsstelle wurde insbesondere die mediative Funktion der Schlichtungsstelle und die persönliche psychologische Hilfestellung für die AntragstellerInnen angeführt. Seitens der Ärztekammer wurde Sympathie für einen zweiten Senat bekundet, jedoch unter der Bedingung der Verringerung der Anzahl der Mitglieder.
- Vom Vorsitzenden und vom Berichterstatter der Schlichtungsstelle wurde die Einführung eines zweiten Senates im Hinblick auf die Einheitlichkeit der Verfahrensführung und der Rechtsprechung als schwierig angesehen.

**Auf Grund dieser Sitzung am 17. November 2004 wurden folgende Vereinbarungen getroffen:**

Die AntragstellerInnen erhalten im Rahmen der ersten Anhörung vor der Schlichtungsstelle die Möglichkeit, sich zu ihrer Beschwerde zu äußern. In dieser ersten Verhandlung sollen seitens der ärztlichen Sachverständigen medizinische Fragestellungen soweit möglich erörtert und erläutert werden, aber noch keine umfassende gutachterliche Äußerungen vorgenommen werden, es sei denn, der Sachverhalt ist so eindeutig, dass ein Gutachten von den beisitzenden Sachverständigen bereits im Rahmen dieser ersten Verhandlung zu Protokoll gegeben werden kann.

Wird ein Gutachten eingeholt und ist dieses für die AntragsstellerInnen negativ, so wird im Rahmen einer zweiten Verhandlung vor der Kommission für eine Dauer von 15 Minuten (wie vom Vorsitzenden der Schlichtungsstelle für niedergelassene Ärzte und der PatientInnenentschädigungskommission vorgeschlagen) dieses negative Gutachten erörtert.

*Diese kurze Zeitspanne hat sich sofort als undurchführbar erwiesen, da in dieser Zeit das Gutachten gerade sinngemäß erklärt werden kann und bei weiteren Fragen der AntragstellerInnen dieser Zeitraum nicht ausreicht.*

Für die Zukunft sollen die Kosten alternativer Weiterentwicklungsvarianten des bestehenden Systems dargestellt und auch die Vorbereitung eines zweiten Senates angedacht werden. Diesbezüglich soll nach einem Jahr eine weitere Besprechung im Hinblick auf die künftige Vorgehensweise stattfinden.

**Resultierend aus den Verbesserungsvorschlägen und Forderungen der vergangenen Jahre, kann von der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft Folgendes positiv berichtet werden:** \_\_\_\_\_

- Fristverkürzungen von der Antragstellung bis zur ersten persönlichen Ladung der AntragstellerInnen zur Schlichtungssitzung von zwischenzeitlich bereits 10 - 12 Monaten auf 3 - 4 Monate.
- Auch Gutachten, die für die PatientInnen negativ sind, werden auf Wunsch der AntragstellerInnen erklärt und nicht bloß mit der abweisenden Entscheidung zugestellt.
- Verzicht der KAGes auf das Stimmrecht ihres Vertreters in der Schlichtungskommission.
- Auf Grund der wiederholten Forderungen der PatientInnen-und Pflegeombudsschaft wird den KAGes-Ärzten für ihre gutachterliche Tätigkeit bei Verfahren vor der gemeinsamen Schlichtungsstelle ein Honorar bezahlt. Diese Tätigkeit gilt als Nebenbeschäftigung und muss außerhalb der Dienstzeit durchgeführt werden. Eine Haftpflichtversicherung muss abgeschlossen werden.
- Besonders hervorgehoben werden muss die schon mehr als zehnjährige Tätigkeit des Vorsitzenden der gemeinsamen Schlichtungsstelle, Herrn Sen. Präs. Dr. Hubert Schweighofer.

Durch seine exzellente Vorbereitung in jedem einzelnen Schlichtungsfall, sowie durch seine menschliche und wertschätzende geduldige Zuwendung den PatientInnen gegenüber, leistet er Überdurchschnittliches.

## BESTEHENDE PROBLEMBEREICHE:

---

### *Stimmrecht des Landesvertreters in eigener Sache*

Es ist nicht vertretbar, wenn der Schlichtungskommission RechtsträgervertreterInnen angehören, die zu Haftungsfragen einer Institution stimmberechtigt sind, derer sie selbst auf Grund ihrer dienstrechtlichen Position angehören. Bei medizinischen Fragestellungen ist dies ohne Bedeutung, da hier medizinische Sachverständige entscheiden. Bedeutung gewinnt das Stimmrecht von RechtsträgervertreterInnen besonders bei Rechtsfragen und bei Fragen der Beweiswürdigung.

Es könnte hier nur zu leicht der Eindruck entstehen, dass Haftungsfragen verneint werden, um Zahlungen auf den von den PatientInnen finanzierten Fonds abzuwälzen.

Nach jahrelanger Forderung kam es im Jahr 2003 zu einer Neufassung der Schlichtungsvereinbarung. Durch diese Vereinbarung wurde zumindest das Stimmrecht des KAGes-Vertreters beseitigt. Noch aufrecht ist jedoch das genannte Stimmrecht des Landesvertreters.

### *Größe der Kommission: 5 Personen und 1 Sekretärin*

Den AntragstellerInnen und der PatientInnen- und Pflegeombudschaft sitzt eine zu große Gruppe gegenüber, wobei der KAGes-Vertreter direkt neben dem Vorsitzenden sitzt, und dies alleine genug negative Symbolik für die AntragstellerInnen bedeutet.

Die Größe, Zusammensetzung und Stimmrechtsverteilung in der Kommission könnte damit erklärbar sein, dass die Vorbereitungsarbeiten und Gründung der Schlichtungsstelle für die steirischen Landeskrankenanstalten im Jahre 1986 in den zeitlichen Zusammenhang mit der Gründung der KAGes als eine ausgegliederte Gesellschaft fällt.

### *In Verfahren vor den Bezirksgerichten entscheiden EinzelrichterInnen bis zu einem Streitwert von € 10.000,--.*

Sicherung von möglicher Einflussnahme bzw. Vermeidung des totalen Kontrollverlustes der Landesabteilung über die Landeskrankenanstalten, die vorher für alle Belange der Landeskrankenanstalten zuständig war, könnte einer der Gründe für die Entsendung stimmberechtigter LandesvertreterInnen in die Schlichtungskommission sein. Es entsprach aber wahrscheinlich auch dem Selbstverständnis der Verwaltung zu dieser Zeit.

In Anbetracht der sonstigen wirtschaftlichen Tätigkeiten der KAGes ist dies jedoch nicht mehr zeitgemäß.

## Personelle Zusammensetzung der diversen Kommissionen \_\_\_\_\_

<i>Steiermark:</i>	Schlichtungsstelle KAGes:	5 Personen
	Schlichtungsstelle für Privatkrankenanstalten und AUVA:	3 Personen
	Schlichtungsstelle für den niedergelassenen Bereich:	2 Personen
	Schlichtungsstelle der niedergelassenen Zahnärzte:	3 Personen
<i>Bundesländer:</i>	Schiedsstelle in Arzthaftpflichtfragen - Wien:	4 Personen
	Schiedsstelle in Arzthaftpflichtfragen -Tirol:	4 Personen
	Gemeinsame Schlichtungsstelle - Kärnten:	3 Personen
	Schiedsstelle der Ärztekammer - Niederösterreich:	3 Personen
	Schiedsstelle der Ärztekammer - Oberösterreich:	4 Personen
	Zahnärztliche Schlichtungsstelle der Ärztekammer Oberösterreich:	3 Personen
	Schiedskommission für PatientInnen- und KlientInnenschäden Vorarlberg:	3 Personen
	Schlichtungsstelle der Ärztekammer Burgenland:	4 Personen

### ***GutachterInnen- tätigkeit:***

Seit mehreren Jahren - auch in mehreren Tätigkeitsberichten meinerseits gefordert und kritisiert war der Umstand, dass die KAGes haus-eigene MitarbeitInnen zur Gutachtenserstellung beauftragt hat. Diese Tätigkeit wurde als Dienstverpflichtung gesehen und es wurde daher auch kein Honorar geleistet.

Von der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft wurde massivst kritisiert und darauf hingewiesen, dass durch diese Haltung der KAGes die Ansprüche der PatientInnen möglichst billig erledigt werden und system-immanent die Gefahr nachteiliger Folgen für die PatientInnen bestehe. Dies deshalb, da eine Gutachtenserstellung nur freiwillig erfolgen kann und nicht als Dienstverpflichtung angesehen werden kann.

Entsprechend der wiederholten Forderungen von der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft werden nun ab Mitte 2005 den KAGes ÄrztInnen Honorare gezahlt. Die GutachterInnentätigkeit gilt als eine Nebenbeschäftigung und muss diese deshalb auch außerhalb der Dienstzeit durchgeführt werden. Ebenso muss eine entsprechende Haftpflichtversicherung abgeschlossen werden.

Es bleibt dennoch die Frage ob dies zur Objektivierung in einem Schlichtungsverfahren genügt oder jedenfalls außenstehende GutachterInnen (kann meistens nur außerhalb der Stmk. sein) bestellt werden müssten. Die Argumentation des vorsitzenden Richters zur grundsätzlichen Bestellung ist, dass ein Schlichtungsverfahren kein Gerichtsverfahren sei und den PatientInnen noch immer der Rechtsweg offen stehe.

**Kosten für das Jahr 2004:** Für 45 Sitzungen wurden den 5 Kommissionsmitgliedern € 67.500,-- an Sitzungsgeldern ausbezahlt. Diesen steht bei 175 Neuanträgen eine Auszahlungssumme an die PatientInnen in der Höhe von €195.827,-- gegenüber.

- Bereits im **Tätigkeitsbericht 2001** wurden die hohen Kosten kritisiert, die unnötigerweise durch die Größe der Kommission und vermeidbare Sitzungs- und Ladungstermine entstehen.
- *Es wurde im Tätigkeitsbericht 2001 auch angeführt, dass die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft aus Personalmangel die Begleitung der AntragstellerInnen vor die Schlichtungsstellen von Anfang März bis September 2001 einstellen musste.*
- *Im Jahr 2004 wäre beinahe wieder dieser Zustand eingetreten. Der Steigerung der Aufgaben der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft bei gleichzeitiger Nichtnachbesetzung von über sechs Monaten einer JuristInnenstelle in der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft konnte nur begegnet werden, indem für den Zeitaufwand für 45 Sitzungen aus dem Budget der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft die dafür notwendigen Gelder zur Verfügung gestellt wurden, sodass diese außerhalb der Dienstzeiten erledigt werden konnten. Inklusiv der dafür notwendigen Vorbereitungen ist davon auszugehen, dass damit zusätzliche 450-500 Dienststunden geleistet werden konnten.*
- Dies ist angesichts der Tatsache, dass das Land Steiermark, zumindest bis vor kurzem, der KAGes auf Grund einer Regierungsvereinbarung die Sitzungsgelder für die nichtärztlichen Mitglieder der Schlichtungsstelle (Leiter der Rechtsabteilung der KAGes, Richter und Landesvertreter) refundiert, gegenüber den PatientInnen als SteuerzahlerInnen unvertretbar.

## LÖSUNGSMÖGLICHKEIT

---

Die Kommission besteht aus 2 Personen (Arzt, Richter), dafür jedoch 2 Senate. Verfahren können dadurch sofort bzw. rascher abgeklärt werden.

Der KAGes-Vertreter und die AntragstellerInnen sitzen sich im Verfahren als gleichberechtigte Parteien gegenüber.

Der Stand des Verfahrens, der Ablauf, Gutachtensauftrag, Gutachtenserteilung sowie Vergleichsvorschlag erfolgen ausschließlich von der Kommission ohne Einflussnahme und Beteiligung der KAGes oder eines anderen Rechtsträgervertreters.

*pro persönlicher Ladung € 300,--* Zur Zeit erfordert jeder mündliche Sitzungstermin **pro AntragstellerInnen €300,--** an Sitzungsaufwand für die Kommissionsmitglieder.

*5 AntragstellerInnen* In der Regel sind 5 AntragstellerInnen persönlich geladen und es erfolgen mehrere Beratungen.

**€ 1.500,--** **pro Schlichtungssitzungstermin** fallen somit als Sitzungsgeldaufwand an.

**Prozesskostenablöse** Eine Kostentragung durch die KAGes könnte auch bewirken, dass bei kleineren strittigen Schadenersatzbeträgen nicht Sitzungstermine produziert, sondern im Sinne einer Prozesskostenablöse diese kleineren Beträge ausbezahlt werden. Vergleichsweise findet diese Vorgangsweise in der Schlichtungsstelle für Privatkrankenanstalten, in der der Sitzungsaufwand von den Haftpflichtversicherungen der Krankenanstalten nicht unwesentlich mitgetragen wird, ständige Anwendung.

## **WEITERE PROBLEMATIK:** \_\_\_\_\_

**Besetzung** Da es zum Zeitpunkt der Schlichtungseinrichtung noch keine PatientInnen- und Pflegeombudsschaft gab, ist es unabdingbar, dass analog § 144 des Arbeitsverfassungsgesetzes (Errichtung und Zusammensetzung einer Schlichtungsstelle) die Besetzung des Vorsitzenden der Schlichtungsstelle einvernehmlich zwischen KAGes und PatientInnen- und Pflegeombudsschaft zu erfolgen hat (§ 144 Abs 2 ArbVG), wobei eine ausschließlich männlich dominierte Besetzung der Kommission zu vermeiden ist.

### **Gutachtens- beischaffung**

Mit der Beischaffung von Krankengeschichten bzw Gutachten ist nach Beschlussfassung in der Schlichtungskommission der Berichterstatter (Leiter der Rechtsabteilung der KAGes) beauftragt. Meistens werden in der Schlichtungssitzung GutachterInnen namentlich bestellt. Es kommt aber auch immer wieder vor, dass nur das Fachgebiet, nicht aber GutachterInnen namentlich bestellt werden. Dies erfolgt von der Rechtsabteilung. Ebenso langen Gutachten, Gutachtensablehnungen, Stellungnahmen und Krankengeschichten zuerst in der Rechtsabteilung ein, die diese dann an die Geschäftsstelle der Schlichtungsstelle weiterleitet.

- Werden GutachterInnen bestellt, so sind diese gemäß § 8 der Vereinbarung den AntragstellerInnen namhaft zu machen, was nachweislich des öfteren nicht passiert. Werden Gutachtensaufträge von Gutachtern abgelehnt, so kann es vorkommen, dass neue Gutachter direkt von der Rechtsabteilung bestellt werden.
- Es könnte der Eindruck entstehen, dass AntragstellerInnen von der KAGes Vergleichsangebote außerhalb der Schlichtungsstelle oder auch innerhalb des Verfahrens unterbreitet werden, über deren Grundlagen weder die Schlichtungsstelle noch die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft Kenntnis erlangen.

Zur Vermeidung von unnötigen Sitzungsterminen mit allen Beteiligten müsste in der Geschäftsstelle bereits mit Einlangen des Antrages von ärztlichen Sachverständigen überprüft werden, welche Krankenunterlagen benötigt werden, bei Eintreffen dieser Krankenunterlagen diese auf ihre Vollständigkeit überprüfen und bei Bedarf ohne Befassung der gesamten Kommission eingefordert werden.

## FORDERUNGEN

---

*Es ist eine absolute Trennung der Aufgaben und Tätigkeiten der Schlichtungsstelle und der KAGes durchzuführen.*

Es ist alleinige Aufgabe der Geschäftsstelle der Schlichtungsstelle Krankengeschichten, Stellungnahmen, Gutachtensaufträge einzuholen, Gutachtensablehnungen und deren Hintergründe entgegenzunehmen und an den Vorsitzenden weiterzuleiten sowie alle Außenkontakte namens der Schlichtungsstelle nach Anordnungen des Vorsitzenden wahrzunehmen.

**Weiters bleibt als Forderung beziehungsweise Weiterentwicklung der gemeinsamen Schlichtungsstelle durch die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft unter gleichzeitiger Senkung bzw. Kostenneutralität aufrecht:**

1. Größe, Stimmrechtsverteilung und Zusammensetzung der Kommission
2. Gleichstellung der Positionen der AntragstellerInnen, PatientInnen- und Pflegeombudsschaft und KAGes, in einem den rechtsstaatlichen Anforderungen genügenden Überprüfungsverfahren
3. Objektivierung und Beschleunigung des Verfahrens durch organisatorische und inhaltliche Veränderungen der Abläufe in den Tätigkeiten der Schlichtungskommission und Geschäftsstelle

## LÖSUNGSFORDERUNG UNTER GLEICHZEITIGER KOSTENNEUTRALITÄT BZW KOSTENSENKUNG

---

*Den AntragstellerInnen und der PatientInnen- und Pflegeombudschaft sitzen inklusive der protokollierenden Mitarbeiterin der Ärztekammer **sechs Personen** gegenüber.*

- Die Kommission besteht aus zwei stimmberechtigten Mitgliedern (Arzt/Ärztin und RichterIn) oder nur aus einer stimmberechtigten Person, dem Richter mit dem beisitzenden, als Sachverständigen tätigen, nicht stimmberechtigten Arzt.
- Dafür jedoch 2 Senate nach einer Geschäftseinteilung.
- Verfahren können dadurch rascher abgeklärt werden und mögliche Schadenszahlungen rascher erfolgen.
- Nur wer rasch hilft, hilft gut. PatientInnen können solange nicht mit ihren negativen Geschehen abschließen, solange die dazu gehörenden Verfahren nicht abgeschlossen sind.
- In der Regel sind 5 AntragstellerInnen pro Sitzungstermin persönlich geladen und es erfolgten, statistisch gerechnet bei 45 Sitzungsterminen im Jahr 2004 2,2 Beratungen pro persönlicher Ladung über den weiteren Verlauf des Schlichtungsverfahrens.
- Pro Schlichtungssitzungstermin sind somit für die 5 Kommissionsmitglieder bei einer pauschalierten Aufwandsentschädigung von ca €300,-- pro Beisitzer, €1.500,-- an Sitzungsgeldaufwand zu leisten.
- Zur Zeit erfordert jeder mündliche Sitzungstermin pro AntragstellerInnen € 300,-- an Sitzungsaufwand für die Kommissionsmitglieder.
- Besteht die Kommission aus 2 Personen betragen die Kosten pro mündlichem Sitzungstermin pro AntragstellerIn €120,-- und die Aufwandsentschädigung pro Schlichtungssitzungstermin für 5 Personen in der Höhe von € 1.500,-- sinken auf € 600,--.

- Sieht man sich dann einige Streitfälle an, bei denen es schon vorher feststeht, dass es nicht mehr als um 100 – 300 € geht, dann ist eine vielleicht zweimalige persönliche Ladung und mehrere Beratungen mit Einholung von Stellungnahmen mit nichts zu begründen, außer damit, dass mit einem unverhältnismäßigen finanziellen Aufwand, der von den SteuerzahlerInnen zu leisten ist, Sitzungstermine stattfinden.
- Die KAGes kommt, genauso wie die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft für ihren Aufwand an Sitzungsgeldern aus dem eigenen Budget auf, wenn die Schlichtungssitzungen von ihren MitarbeiterInnen nicht innerhalb der Dienstzeit erledigt werden können.

#### **ad 2.:**

#### **Gleichstellung der Positionen der AntragstellerInnen, PatientInnen- und Pflegeombudsschaft und KAGes, in einem, den rechtsstaatlichen Anforderungen genügenden Überprüfungsverfahren**

- Der KAGes-Vertreter und die AntragstellerInnen sitzen sich im Verfahren als gleichberechtigte Parteien gegenüber.
- Vergleichsvorschläge erfolgen ausschließlich durch die Kommission ohne Einflussnahme und Beteiligung der KAGes oder eines anderen Rechtsträgervertreter. Dies ist gegenwärtig nicht der Fall. Es kommt kein Vergleichsvorschlag ohne Zustimmung der KAGes zustande.
- Auch dies ist in der Schlichtungsstelle für Privatkrankenanstalten nicht der Fall. Die Kommission entscheidet autonom über den Vergleichsvorschlag. Der Haftpflichtversicherungsträger oder Krankenanstaltenträger kann den Vergleichsvorschlag annehmen oder ablehnen, genauso wie die AntragstellerInnen.
- Die Besetzung des Vorsitzenden der Schlichtungsstelle ist analog § 144 Arbeitsverfassungsgesetz (Errichtung und Zusammensetzung einer Schlichtungsstelle zur Entscheidung über Streitigkeiten über den Abschluss, die Änderung oder Aufhebung von Betriebsvereinbarungen) einvernehmlich zwischen KAGes und PatientInnen- und Pflegeombudsschaft und Ärztekammer vorzunehmen.
- Dies entspräche dem heutigen Rechtsempfinden und demokratischem Prinzip der Gleichberechtigung.

**ad 3.:**

**Objektivierung und Beschleunigung des Verfahrens durch organisatorische und inhaltliche Veränderungen der Abläufe in den Tätigkeiten der Schlichtungskommission und Geschäftsstelle.**

- Nach Vorprüfung des Bedarfes der erforderlichen Krankenunterlagen durch den ärztlichen Sachverständigen erfolgt die Einholung und Überprüfung auf Vollständigkeit durch die Geschäftsstelle
- Gutachtensaufträge und deren Beischaffung sowie Überwachung von Fristen erfolgen ausschließlich durch die Geschäftsstelle nach Anordnungen des vorsitzenden Richters.
- Sowohl die AntragstellerInnen, die PatientInnenvertretung wie auch die KAGes haben den gleichen Stand über Gutachten, Stellungnahmen, etc.
- Einseitige, nicht nachvollziehbare Vorinformationen der KAGes über Gutachtensablehnungen und ihre Begründungen sind dann nicht mehr möglich.
- Es ist eine absolute Trennung der Tätigkeiten und Funktionen der Schlichtungsstelle und deren Kommissionsmitgliedern von den Aufgaben der KAGes durchzuführen.

### 1. Fall

Dezember 2002

Der Patient kommt am 3.12.02 wegen seiner starken Bauchschmerzen mit Fieber und Brechdurchfall in die Erstaufnahme und wird für eine Nacht aufgenommen. Da in der Vorgeschichte eine Magengeschwüranamnese erhebbbar ist, wird der Verdacht auf ein Rezidivulcus ausgesprochen und der Patient am nächsten Morgen ohne klinische Kontrolluntersuchung entlassen.

Am gleichen Tag,

20 Stunden später, wird er mit der Rettung wegen der anhaltenden und massiv zunehmenden Schmerzen wieder in das Krankenhaus gebracht und von der Erstaufnahme an die chirurgische Abteilung weitergeleitet. Dort wird er operiert und es wird eine Bauchfellentzündung aufgrund eines Blinddarmdurchbruches festgestellt.

*Der Patient war der Meinung, dass er beim ersten Aufsuchen der Erstaufnahme sogleich hätte aufgenommen und operiert werden müssen, wodurch er einen kleineren Eingriff mit geringeren Folgezuständen durchzumachen gehabt hätte.*

Der Patient wandte sich primär wegen dieses vermuteten Behandlungsfehlers direkt an die Rechtsabteilung der KAGes, die dann im Einverständnis mit dem Patienten ein Schlichtungsverfahren im Februar 2003 einleitete. Daraufhin wurde die Rechtsabteilung von der Schlichtungskommission beauftragt, sämtliche Krankenunterlagen beizuschaffen.

5 Monate später,

im Juli 2003 wurde der Antragsteller von der Schlichtungskommission vorgeladen. Dort wurden seine Vorwürfe konkretisiert und eine Gutachtenserstellung aus dem Fachgebiet der Allgemeinchirurgie zur Klärung der offenen Fragestellungen beschlossen. Mit der Beischaftung des Gutachtens wurde wiederum die Rechtsabteilung der KAGes beauftragt.

Im Februar 2004

wurde das oben genannte Gutachten durch den Sachverständigen an die Rechtsabteilung übermittelt. Zusammenfassend stellte er fest, dass die Untersuchungen anlässlich der Erstvorstellung in der Erstaufnahme unvollständig waren und eine abschließende Kontrolluntersuchung vor der Entlassung nicht erfolgt war. Zur Diagnosefindung hätte ein ergänzendes interdisziplinärchirurgisches Konsilium eingeholt werden müssen. Es ist mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass bei früherem Erkennen und bei früherer Therapie der Appendizitis ein unkomplizierter Verlauf zu verzeichnen gewesen wäre und dem Patienten zumindest die Relaparotomie (offener Bauchschnitt) erspart werden hätte können.

März 2004

Daraufhin wurde im März 2004 über die Rechtsabteilung der KAGes von den behandelnden Ärzten des betroffenen Krankenhauses eine Stellungnahme eingeholt.

- Im April 2004* wurde diese Stellungnahme an die Rechtsabteilung der KAGes übermittelt und von dieser an die Schlichtungsstelle weitergeleitet.
- Am 22. Juni 2004* urgierte die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft, dass der Patient trotz eines vorliegenden positiven Gutachtens seit 4 Monaten noch nicht zu einer weiteren Sitzung geladen wurde.
- Im Juli 2004* beschloss die Schlichtungskommission in einer internen Beratung die Ladung des Antragstellers zur nächsten Sitzung.
- Im September 2004* wurde dem Patienten das Gutachten in einer Sitzung erläutert und der ärztliche Sachverständige der Schlichtungskommission beauftragt, das Ausmaß der Schmerzperioden und die damit verbundene Höhe des Schmerzensgeldes zu begutachten.
- Im Oktober 2004* wurde dieses Gutachten der Schlichtungskommission übermittelt. In diesem werden die Schmerztage angeführt und ausführlich begründet. Darin wird auch festgehalten, dass immer wieder Verwachsungsbeschwerden möglich sind und auch ein adhäsionsbedingter Darmverschluss drohen könnte. **Folgeschäden!** Zwischenzeitlich hat der Patient bereits den vierten Folgeeingriff hinter sich und ein operativer Verschluss eine Bruchlücke im Narbenbereich steht ihm noch bevor.
- Im November 2004* wurde in einer internen Sitzung ein Schmerzensgeld von € 8.000,-- berechnet. Die Rechtsabteilung behielt sich vor, mit dem Patienten direkt Verhandlungsgespräche zu führen und eventuelle zukünftige Schäden sofort abzugelten. Das Ergebnis dieser Verhandlung sollte der Schlichtungskommission rückgemeldet werden.
- Über diesen Beschluss wurde der Patient von der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft informiert.  
*Der Patient erklärte, dass er unbedingt einen Verjährungsverzicht des Rechtsträgers der Krankenanstalt für Folgeschäden haben möchte und ersuchte um Hilfestellung durch die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft. Der Patient war bis dahin nicht von der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft vertreten.*
- Im Februar 2005* informierte der Patient neuerlich die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft, dass er bis dato weder von der Rechtsabteilung der KAGes noch von der Schlichtungsstelle bezüglich eines Vergleichsgespräches kontaktiert wurde, er bereits in ziemlichem finanziellen Nöten wäre und einen Kredit zur Bestreitung seines Lebensunterhaltes aufnehmen müsse.
- Am selben Tag* urgierte die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft schriftlich beim Vorsitzenden der Schlichtungskommission und ersuchte im Namen des Patienten um eine Ladung vor die Schlichtungskommission.

*In weiterer Folge* hinterfragte die Schlichtungskommission den Aktenstand bei der Rechtsabteilung der KAGes.

*2 Monate später (April 2005)* erkundigte sich der Patient neuerlich in der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft warum trotz seines Ersuchens im Februar 2005 keine Ladung und keine Kontaktaufnahme von der Rechtsabteilung der KAGes erfolgte.

*Weder für den Patienten, noch für die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft war diese Vorgehensweise nachvollziehbar, denn seit Eingang des Entschädigungsantrages im Februar 2003 waren bis dahin mehr als 2 Jahre bzw. seit Einlangen des positiven Gutachtens war mehr als 1 Jahr vergangen. Die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft ersuchte daher neuerlich auf Wunsch des Patienten um eine dringende Ladung zur nächsten Sitzung.*

In einer internen Beratung am 27. April 2005 in der Schlichtungskommission legte der Vertreter der KAGes-Rechtsabteilung ein Vergleichsangebot von **€ 10.000,--** vor, *in welchem künftige Schäden sowie die Abgabe eines Verjährungsverzichtes nicht berücksichtigt waren.*

Die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft wies darauf hin, dass auf Basis des Sachverständigengutachtens künftige Schäden nicht ausgeschlossen sind und der Antragsteller daher Anspruch auf Feststellung der Haftung der Krankenanstalt bzw Verjährungsverzicht habe. Das vorgelegte Anspruchsschreiben der Rechtsabteilung der KAGes entspreche nicht diesen Feststellungen des Sachverständigen. Erst auf dieser Grundlage sollten weitere Vergleichsverhandlungen der Rechtsabteilung der KAGes mit dem Patienten geführt werden.

In der Folge wurde auf Wunsch des Patienten ein Gespräch mit einem Vertreter der Rechtsabteilung der KAGes in der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft am 13. Mai 2005 mit folgender Vereinbarung geführt:

- *Umgehende Akkontozahlung in der Höhe von € 10.000,-- für die vom Zweitgutachter festgestellten Schmerzperioden*
- *weitere Abklärung der vom Zweitgutachter angeführten aber nicht abgeklärten Leberschädigung auf Behandlungskausalität (eventuell durch starke Medikamentengabe verursacht)*
- *Verjährungsverzicht für Folgeschäden*
- *zusätzliche Bewertung einer Verunstaltungsentschädigung durch die Narben im Bauchbereich durch den Zweitgutachter*
- *Verdienstentgang (Der Patient musste, bedingt durch seinen langen Leidensweg und viele Krankenhausaufenthalte seine vom AMS bezahlte Ausbildung mit Lehrabschluss im Sommer 2003 abbrechen)*

*Im Juni 2005*  
*16 Monate später*

16 Monate nach dem ersten für den Patienten positiven Gutachten wurde in einer internen Beratung der Schlichtungskommission festgehalten, dass dem Patienten von der Rechtsabteilung der KAGes eine Schadenersatz-Akontozahlung in der Höhe € 10.000,- überwiesen wird, welche nur den Schmerzensgeldanspruch zum Gegenstand hat. Sonstige Ansprüche des Antragstellers (nicht ausgeschlossene Spätfolgen, allfällige Verdienstentgangsansprüche und ein allfälliger Anspruch auf eine Verunstaltungsentschädigung) sind von dieser Abfindung nicht erfasst. Die zusätzliche Frage, ob durch den gegenständlichen Vorfall sich allenfalls eine Leberschädigung auf Dauer ergeben hat, sollte noch ein Sachverständiger klären. Dieser Gutachter hat jedoch einen kausalen Zusammenhang mit einem medikamenteninduzierten Leberschaden ausgeschlossen. Es musste daher von einer akuten Schädigung der Leber ausgegangen werden.

*Im Juli 2005*

teilte die Referentin der Rechtsabteilung der KAGes anlässlich einer internen Beratung der Schlichtungskommission mit, dass der Antragsteller die Abfertigungserklärung von € 10.000,- unterschrieben hat und die Schlichtungskommission beschloss, dass der Antragsteller zur nächsten Sitzung mit dem Auftrag geladen wird, seine Verdienstentgangsansprüche unter Vorlage seiner Belege zu beziffern. Voraussichtlich geplanter Termin Herbst 2005.

**Wenn in der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft zunehmend der Eindruck entsteht, dass sich nur wenige darüber Sorgen machen, wie man unnötige Rufschädigungen gegenüber Krankenanstalten und Ärzten sowie Verunsicherungen der PatientInnen vermeidet und insbesondere wer dafür die Verantwortung trägt, muss vorweg festgehalten werden, dass über diesen Fall bereits 2001 und 2002 eine Berichterstattung in der Kronen-Zeitung über die schleppende Abwicklung des Verfahrens erfolgte.**

## **2. Fall**

*Im Oktober 2001*

beantragte der Lebensgefährte der am 3. 9. 2000 verstorbenen Patientin die Überprüfung eines vermuteten Behandlungsfehlers. In seinem Antrag an die Schlichtungsstelle hielt er fest, dass der sich verschlechternde Zustand seiner Lebensgefährtin nach erfolgreicher Nierentransplantation nicht ausreichend abgeklärt und adäquat behandelt wurde. Die Patientin litt an einer Glomerulonephritis und es wurde nach einem vollkommenen Nierenversagen eine Dialyse eingeleitet. Die Krankengeschichte begann im November 1988 mit Auftreten von Ödemen an Knöcheln und Unterschenkeln und setzte sich Anfang 1990 mit Ödemen an den Augenlidern fort. Ab 1995 musste sie bis zur Transplantation dialysiert werden.

- Am 24. April 1999* wurde eine Nierentransplantation vorgenommen und die Patientin in der Folgezeit stationär, vor allem aber ambulant kontrolliert.
- Im Juni 2000* wurde an der transplantierten Niere ein Tumor festgestellt und am 3.9.2000 verstarb die Patientin an einem Multiorganversagen im Rahmen eines
- lymphangioproliferativen Syndroms als einer malignen Variante eines Beta-Zell-Lymphoms.
  - Der hinterbliebene Lebensgefährte machte der Klinik zum Vorwurf, dass die befallene Transplantatiere nicht rechtzeitig entfernt wurde, um so den Tumor aus dem Körper zu entfernen und damit das Leben der Patientin zu erhalten.
- Noch im selben Monat* (13.10.01) wurde in einer internen Sitzung der Schlichtungskommission beschlossen, dass die notwendigen Unterlagen von der Rechtsabteilung der KAGes beigebracht werden müssen.
- Im Jänner 2002* wurde in einer internen Beratung der Schlichtungskommission festgestellt, dass die Krankenunterlagen unvollständig vorliegen und wurde die Rechtsabteilung der KAGes neuerlich beauftragt, die ausstehenden Unterlagen beizubringen.
- Im März 2003  
1 Jahr später* informierte die Rechtsabteilung der KAGes den ärztlichen Direktor, dass trotz zahlreicher Anforderungen und Urgenzen der Schlichtungsstelle noch immer nicht alle entscheidungsrelevanten Unterlagen vorliegen.
- Weiters wurde die Schlichtungsstelle darüber informiert, dass die Patientin an einer klinischen Studie teilgenommen hat. Die bezughabenden Unterlagen wurden jedoch der Schlichtungsstelle, trotz Urgenz durch die Rechtsabteilung der KAGes, auch noch nicht übermittelt.
- Im April 2003* teilte der Leiter der betroffenen Abteilung der Rechtsabteilung der KAGes und in weiterer Folge der Schlichtungsstelle mit, dass die Krankenunterlagen vom April 1999 bis Juni 2000 im Laufe der mehrfachen stationären Aufenthalte verloren und derzeit nicht auffindbar sind. Bruchstückhaft würden noch Reste der Krankengeschichte in den archivierten Studienunterlagen vorliegen.
- Im April 2003* erstellte der medizinische Sachverständige der Schlichtungskommission im Auftrag der Rechtsabteilung der KAGes eine Zusammenfassung der Unterlagen sowie einen Fragenkatalog an einen oder mehrere Sachverständige als Grundlage für eine allfällige Abgeltung.

*Im Juni 2003*  
**1. Ladung des**  
*Antragstellers*  
*nach 1,5 Jahren*

wurde der Antragsteller von der Schlichtungskommission das erste Mal geladen - **1,5 Jahre nach der Antragstellung!**

Die Kommission beschloss die Einholung einer Stellungnahme der behandelnden Abteilung im Hinblick auf die Vorwürfe des Lebensgefährten der verstorbenen Patientin.

*Im März 2004*

teilte die Rechtsabteilung der KAGes auf *Anfrage der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft* mit, dass bis dato noch immer keine Stellungnahme von der betroffenen Abteilung eingelangt ist und neuerlich eine Urgenz über die ärztliche Direktion erfolgen wird.

*Die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft ersuchte die Rechtsabteilung der KAGes den Lebensgefährten der verstorbenen Patientin über den Verfahrensstand zu informieren und die Verzögerungen zu begründen, da es nicht Aufgabe der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft ist, Versäumnisse, die in den Verantwortungsbereich der KAGes fallen, den PatientInnen gegenüber zu erklären und um Verständnis zu ersuchen, wenn auch in der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft das Verständnis dafür fehlt.*

*Im April 2004*

ist die Stellungnahme der betroffenen Abteilung der Schlichtungsstelle übermittelt worden.

*Im Mai 2004*

hat die Schlichtungskommission beschlossen, einen Gutachter aus dem Fachgebiet der Nierentransplantation mit der Fragestellung, ob bei der Nachbetreuung der transplantierten Niere, insbesondere nach Auftreten von Komplikationen ab Beginn 2000, die Behandlung lege artis erfolgte, zu bestellen.

Laut telefonischer Rückmeldung der Rechtsabteilung der KAGes an die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft würde ein Gutachter aus Deutschland bestellt werden, der über ausreichende klinische Erfahrungen in der Nierentransplantation verfüge. Der Name des Gutachters sei noch nicht bekannt, wird der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft aber umgehend bekanntgegeben.

*5 Monate später*  
*am 12. Oktober*  
*2004*

kontaktierte der Lebensgefährte die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft und konfrontierte diese mit dem Vorwurf, dass sich der Todestag seiner Lebensgefährtin schon zum 4. Mal jähre und es nach wie vor keine Klärung über den Behandlungsverlauf gäbe.

Die Rückfrage der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft bei der Schlichtungsstelle am 19. Oktober 2004 ergab, dass laut E-Mail vom 6. September 2004 ein Wiener Arzt mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt wurde.

**Weder der Antragsteller noch die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft wurde darüber informiert.**

Trotz zweimaliger Urgezen der Schlichtungsstelle (Oktober 2004 und März 2005) bei der Rechtsabteilung der KAGes gibt diese Auskunft, dass bis dato (Juni 2005) noch kein Gutachten eingelangt ist.

Nach mehreren erfolglosen telefonischen und schriftlichen Versuchen der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft den Lebensgefährten zu erreichen, teilte im **Juli 2005** die, mit dem Antragsteller seit 29. Dezember 2004 verheiratete Ehefrau mit, dass dieser im April 2005 verstorben ist.

Das Schlichtungsverfahren wird nun nach Beratung durch die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft von der Rechtsnachfolgerin fortgeführt werden.

Nach Angaben der Witwe des Antragstellers wäre diesem von der KAGes eine nicht unbeträchtliche Summe außerhalb des Schlichtungsverfahrens zur Beendigung des Verfahrens angeboten worden.

#### **„VERSCHLEPPTER“, schon abgeschlossener, Schlichtungsfall \_\_\_\_\_**

Wenn im Tätigkeitsbericht 2002 unter 4.1. Seite 32 angeführt wird,

**„Folgende Forderungen bleiben von der Patientenvertretung im Sinne einer wirklichen PatientInnenorientierung weiterhin aufrecht:“**

- *Knappe Budgets für Schadenszahlungen und innerbetrieblicher Nutzen bei Nichtausschöpfung dieses Budgets - gerade bei der KAGes, da nicht versichert - bergen systemimmanent die Gefahr in sich, dass im Streitfall der Stärkere und das ist immer der Rechtsträger der Krankenanstalt, diese Position auch ausnützen.*
- *Einen zweiten Problembereich bilden auch diese Fälle, die nicht im Einvernehmen abgehandelt werden können, da sich die Versicherung oder der Rechtsträgervertreter weigern, die Vorschläge auf Basis des Schadenersatzrechtes, sowohl dem Grunde als auch der Höhe nach anzuerkennen. In diesen Fällen hat die PatientInnenvertretung kein rechtliches Instrumentarium, um die Ansprüche der PatientInnen weiterzuverfolgen und es müssen die PatientInnen auf den Rechtsweg (Gerichte) mit vollem Prozesskostenrisiko verwiesen werden.*

- Zumindest für sozial bedürftige PatientInnen, die bei Gericht die Voraussetzungen für die Erlangung einer Verfahrenshilfe erfüllen oder wenn eine PatientInnenrechtsfrage von allgemeiner Bedeutung vorliegt, sollte der PatientInnenvertretung zweckgebunden ein angemessenes Budget bereitgestellt werden.

Denn auch bei Zurverfügungstellung eines kostenfreien Anwaltes bleibt für PatientInnen ein hohes Prozessrisiko erhalten, welches er/sie im Regelfall nicht einzugehen wagt, und es ihm/ihr letzten Endes, wiederum nicht ermöglicht seine/ihre Ansprüche bei Gericht durchzusetzen.

In diesen Einzelfällen wäre es aus präventiver Sicht sinnvoll, wenn die PatientInnenvertretung PatientInnen dabei unterstützen könnte; dies würde besonders in Grenzfällen die Bereitschaft des Krankenhausträgers bzw. der Versicherung steigern, doch noch einen Vergleich zur Vermeidung eines Gerichtsprozesses anzustreben.

So scheint es in der Praxis, dass in einigen Fällen sozial Schwächere mangels Durchsetzungsmöglichkeiten ihrer Rechte eher auf den Gerichtsweg verwiesen werden, da eine geringere Bereitschaft besteht, einen Vergleich in akzeptabler Höhe abzuschließen, als bei sozial Stärkeren.

Noch dazu würde die Bereitstellung einer solchen Rechtsschutzleistung auch die Gefahr mindern, dass gerechtfertigte Ansprüche aus dem Titel der verschuldensunabhängigen Haftung unzulässigerweise in den „verschuldensunabhängigen Fondsbereich“ verlagert werden.

**So mag man im folgenden Fall die Beweggründe dazu nachvollziehen:**

## **Fallbeispiel:**

- Im Februar 2002:* Im Februar 2002 wurde eine Hallux-Valgus-Operation links bei der Patientin durchgeführt. Bereits im Krankenhaus hätte sich der Drahtstift gelockert und wäre vom Operateur wieder hineingeschoben worden. 8 Tage später erfolgte die Entlassung. Bereits am nächsten Tag lockerte sich der Stift wieder. Bei der ambulanten Kontrolle im Krankenhaus wäre der Stift wieder hineingeschoben worden. Vom Hausarzt wurde eine Infektion diagnostiziert, daraufhin im Krankenhaus der Draht entfernt und ein Gipsschuh angelegt. Nach Abschluss der Therapie könne die Patientin, nun 10 Monate später, mit dem linken Fuß nicht mehr richtig auftreten und auch nicht abrollen. Sie leide an Nachtschmerzen, Überempfindlichkeit auf Wärme und die Großzehe sei außerdem um 2 cm kürzer.
- Weiters machte die Patientin noch Aufklärungsmängel über die Art und Schwere der Operation geltend.
- Nach eingehender Beratung in der PatientInnen- und Pflegeombudschaft brachte die Patientin im Februar 2003 den Schlichtungsantrag ein. Daraufhin wurde die Rechtsabteilung von der Schlichtungskommission beauftragt, sämtliche Krankenunterlagen beizubringen.
- Im Juni 2003* wurde die Patientin von der Schlichtungskommission geladen. Zur Abklärung, ob das festgestellte Zustandsbild der linken Großzehe sach- und fachgerecht operiert und nachbehandelt wurde und welche Gründe zu den nun vorliegenden Beschwerden führten, wurde ein Sachverständiger aus dem Fachgebiet der Orthopädie beauftragt. Zusätzlich wurde das betroffene Krankenhaus um eine Stellungnahme, bezüglich der präoperativen Aufklärung, ersucht. Mit der Beischaffung der Unterlagen wurde die Rechtsabteilung der KAGes beauftragt.
- Im September 2003* informierte die KAGes-Rechtsabteilung die Schlichtungskommission, dass der beauftragte Sachverständige aus persönlichen Gründen das Gutachten nicht erstellen könne. Weiters teilte die Rechtsabteilung mit, dass sie bereits einen anderen Sachverständigen beauftragt habe.
- Im Oktober 2003* teilte die Rechtsabteilung der KAGes der Schlichtungskommission mit, dass auch der von der Rechtsabteilung beauftragte zweite Gutachter die Begutachtung abgelehnt und einen anderen Sachverständigen vorgeschlagen hat. Dieser, ein Sachverständiger aus Niederösterreich wurde nun von der Schlichtungskommission mit der Erstellung des Gutachtens beauftragt.
- Im Jänner 2004* wurde das Gutachten der Schlichtungsstelle übermittelt. Darin stellte der Gutachter fest, dass die Operationstechnik korrekt gewählt war, jedoch die Operation selbst und Teile der Nachbehandlung nicht sach- und fachgerecht gewesen waren.

Die aufgetretenen Spät- und Dauerfolgen sind operationskausal und auch durch eine nachfolgende Operation und eine Einlagenversorgung nicht mehr zu beheben. Auch in Zukunft ist mit einer Zunahme dieser Beschwerden, sowie einem Auftreten von Überlastungsschmerzen der Mittelfußknochen zu rechnen. Die Infektion ist höchstwahrscheinlich auf unsachgemäßes Hantieren mit Bohrdraht zurückzuführen. Trotz Nickelallergie wurde wahrscheinlich Standardbohrdraht verwendet (nickelhaltig und begünstigt Infektionen)

Die Aufklärung entsprach nicht dem in Österreich üblichen Standard. Aufklärung und Dokumentation sind völlig unzureichend.

Die vom Gutachter erstellten Schmerzphasen ohne entsprechendem Sachaufwand und psychische Alteration wurden in der Höhe von ca. **€52.000,-** berechnet.

- Im Februar 2004* übermittelte die Rechtsabteilung der KAGes der Schlichtungskommission die Stellungnahme des Operateurs zu diesem Gutachten. Dieser bezeichnete das vorliegende Gutachten als widersprüchlich und nicht den Tatsachen entsprechend und ersuchte um Erstellung eines „Gegengutachtens“.
- Im März 2004* beauftragte die Schlichtungskommission den Gutachter um Ergänzung zur Gegendarstellung durch den Operateur.
- Im April 2004* wurde dieses *Ergänzungsgutachten der Schlichtungskommission vom Gutachter übermittelt, worin er seine Beurteilung vom ersten Gutachten voll aufrecht erhält und eine deutliche Verärgerung zum Vorgehen der Schlichtungskommission herauszulesen ist.*
- Im Mai 2004* wurde in einer internen Sitzung der Schlichtungskommission das Ergänzungsgutachten und eine weitere Stellungnahme des Operateurs vorgetragen.  
Die Kommission beschloss, die Einholung eines weiteren Gutachtens aus dem Fachgebiet der Unfallchirurgie/Orthopädie (Sachverständiger aus Deutschland) mit dem Auftrag, **das bereits erstattete Gutachten mit Ergänzung dahin zu überprüfen, ob die Operation selbst sowie die Nachbehandlung nicht korrekt bzw. lege artis durchgeführt wurden.** Mit der Beischaftung wurde die Rechtsabteilung der KAGes beauftragt.
- Im August 2004* teilte die Rechtsabteilung der KAGes der Ärztekammer mit, dass der von der Rechtsabteilung beauftragte Gutachter in Deutschland die Gutachtenserstellung auf Grund erheblicher Arbeitsüberlastung abgelehnt hatte und nun ein orthopädischer Fußchirurg in Deutschland zur Gutachtenserstellung beauftragt werde.
- Im Dezember 2004* kontaktierte die Patientin die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft, da für die Patientin erklärlicher Weise das Vorgehen der Schlichtungskommission und die lange Verfahrensdauer nicht mehr nachvollziehbar waren.

Die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft informierte die Rechtsabteilung der KAGes und den Vorsitzenden darüber.

*Dezember 2004*

Die Rechtsabteilung der KAGes teilte mit, dass bis dato noch kein neues Gutachten vorliege, sie aber zu Vergleichsverhandlungen bereit wäre. In einer internen Beratung im Dezember 2004 wurde das Angebot der Zahlung einer Prozesskostenabläse von **€35.000,-** durch die KAGes erörtert, mit den beiläufigen Erklärungen, dass es schwer sei, wegen der unterschiedlichen Rechtslage von Deutschland Gutachten zu erhalten.

Die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft erklärte sich bereit, dieses Angebot mit der Patientin zu beraten und das Ergebnis an die Schlichtungskommission zurückzumelden.

- Nach nochmaliger Durchsicht des fachärztlichen orthopädischen Gutachtens vom 5. Jänner 2004, sowie des fachärztlichen orthopädischen Ergänzungsgutachtens vom 6. April 2004 wurde das Vergleichsangebot der KAGes außerhalb des Schlichtungsverfahrens in der Höhe von € 35.000,- von der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft als zu gering betrachtet.
- Die im Gutachten vom 5. Jänner 2004 erstellten Schmerzphasen, die operationskausal späten Dauerfolgen, welche auch durch eine nachfolgende Operation oder Einlagenversorgung nicht zu beheben sind und bei einer ferneren Lebenserwartung von 2,48 Jahren, kommt man ohne entsprechenden Sachaufwand und psychische Alteration auf eine Höhe von ca. € 52.000,-.
- Die Patientin benötigt nach der Operation für ihren linken Fuss Schuhgröße 39-40, entgegen der Schuhgröße für den rechten Fuß Größe 37.
- Nach telefonischer Rücksprache mit Herrn Dr. F., Vorstandsmitglied der Deutschen Assoziation für orthopädische Fusschirurgie, bestätigte dieser, dass er mit der rechtlichen Dokumentations- und Aufklärungspflicht der österreichischen Rechtsordnung und Rechtsprechung nicht ausreichend vertraut sei und deshalb die medizinische Behandlung der Patientin nicht bewerten und begutachten könne.
- Aus der Sicht der deutschen Rechtslage liege auf Grund der ihm vorliegenden Unterlagen eindeutig ein Verschulden vor, da sowohl die Aufklärung und Dokumentation unzureichend und mangelhaft wären.
- Von der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft wurden die beiden Gutachten zur Absicherung für die Patientin einem fachärztlichen orthopädischen Vertrauensarzt vorgelegt und eine Stellungnahme eingeholt, die sich weitgehend mit den vorgelegten Gutachten deckten.
- Da sich die Patientin selbstverständlich nicht in der Lage sah, sowohl finanziell als auch psychisch, den ordentlichen Rechtsweg zu beschreiten, um ihre Ansprüche dort durchzusetzen, wurde in weiterer Folge ein Rechtsanwalt eingeschaltet und sie musste sich mit einem Betrag von **€ 38.000,-** vollkommen und endgültig zufrieden geben.

# Räumliche und personelle Gegebenheiten

## KLINISCHE ABTEILUNG FÜR MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGIE

---

Bereits Anfang des Jahres 2002 wurde die Patienten- und Pflegeombudsschaft mit der Problematik der räumlichen und personellen Gegebenheiten in dieser Abteilung konfrontiert.

Nach Schreiben des Abteilungsvorstandes handle es sich dabei hauptsächlich um PatientInnen, die eine Zahnsanierung in Narkose benötigen, das heißt, PatientInnen mit Missbildungen, mit körperlichen wie geistigen Behinderungen, aber auch Kinder und Erwachsene, die auf Grund von Verhaltensstörungen eine Behandlung beim Zahnarzt ablehnen.

Die PatientInnen werden der Abteilung in letzter Instanz zugewiesen und sind deshalb unabweisbar. Sie haben Schmerzen, Schwellungen, Infektionen und Eiterungen, die ein sofortiges Eingreifen notwendig machen. Multiple Zahnsanierungen bis hin zu operativen Eingriffen sind nötig und können ausschließlich an dieser Abteilung behandelt werden.

*Im Laufe der Zeit kam es bereits 2002 zu einer dramatischen Steigerung der PatientInnenanzahl*

Ein weiterer Zuwachs der PatientInnenzahl ohne Erhöhung und Ausweitung der personellen und räumlichen Situation werde von der Abteilung aus Gründen der Verantwortung abgelehnt.

Nach einer persönlichen Besichtigung erging im **Dezember 2002** ein Schreiben mit folgendem Zustandsbericht an den damaligen Vorstand der KAGes, die Anstaltsleitung und die Abteilungsleitung zu folgenden Problembereichen:

## Ambulanz

---

Jeden Tag (24 Stunden Betrieb), werden bis zu 80 Personen behandelt. Dafür gibt es eine kleine Wartenische für ein paar PatientInnen. Mütter mit ihren Säuglingen in Tragtaschen warten auf dem Gang, die Tragtaschen am Boden abgestellt, auf die Untersuchung. Am Vormittag herrscht hier reger Durchzug von ambulanten und stationären PatientInnen. Operierte PatientInnen werden vom OP über diesen Gang in das Aufwachzimmer geschoben.

Zwei Behandlungseinheiten sowohl für stationäre als auch ambulante PatientInnen stehen zur Verfügung. Eine Erstversorgung zum Beispiel nach Unfällen, müsste immer zuerst in der kleinen Einheit durchgeführt werden, bevor es in den OP-Saal geht.

Diese Räumlichkeiten sind jedoch so klein und beengt, dass man oft mit der Transportliege nicht hineinkommt und die Erstversorgung am Gang durchgeführt werden muss.

## Aufwachzimmer

---

Für alle, Kinder und Erwachsene, sind 4 Plätze vorgesehen, 6 Betten sind fast immer im Aufwachzimmer. Trennvorrichtungen sind nicht vorhanden. Es befinden sich PatientInnen, Kinder, Begleitpersonen, Erwachsene und Personal in einem Zimmer (schätzungsweise ca. 15 Personen).

40 – 50 Sanierungen in Narkose werden in einem Monat, verteilt auf 8 Tage, zusätzlich zum normalen OP-Programm durchgeführt. Es sind sehr viele geistig behinderte Kinder dabei, die im Aufwachzimmer ständig zumindest eine, wenn nicht sogar zwei Begleitpersonen, benötigen.

Zusätzlich kommen noch Unfälle und PatientInnen mit „akuten Abszessen“, die ebenfalls sofort versorgt werden müssen.

Der Abstand zwischen den Betten im Aufwachzimmer kann auf keinen Fall den Sicherheitsvorschriften entsprechen. Des Weiteren würden im Ernstfall bei einer Reanimation die Begleitpersonen der behinderten Kinder den Zugang versperren bzw erscheint es unmöglich, im Ernstfall in Spitzenzeiten vom rückwärtigen Teil des Raumes problemlos das Bett herauszubekommen bzw mit den entsprechenden Apparaten zu den PatientInnen zu kommen.

## Sanitäre Räumlichkeiten

---

### *Der stationäre Teil hat 20 Betten*

Es gibt kein Behinderten WC. Zwei Duschen für 17 PatientInnen, die auf Grund des allgemeinen Raummangels auch als Lagerraum dienen. Damen-WC: Vorraum dient als Lagerraum für Verbandsmaterial und diverse Hygieneartikel.

Es fehlt ein Aufenthaltsraum sowie sämtliche Rückzugsmöglichkeiten für die PatientInnen. Gerade hier bräuchten die PatientInnen mehr Rückzugsmöglichkeiten, da zum Teil für den Menschen entstellende und belastende Operationen durchgeführt werden müssen.

Besprechungszimmer steht ebenfalls keines zur Verfügung. Die Aufklärung der ambulanten Patienten muss am Gang erfolgen. Durch die großen Zimmer, zwei 6-Bettzimmer und ein 7-Bettzimmer, muss bei Aufnahmen herumgeschoben werden, da man Frauen und Männer nicht in einem Zimmer unterbringen kann. Nach Angabe der Oberschwester werden täglich bis zu zwei Stunden Betten geschoben.

Es gibt ein dunkles, kahles Kinderzimmer in welchem Kinder, bei denen eine ambulante Versorgung notwendig ist, gewickelt werden müssen. Sehr oft muss dieses Zimmer aber auch mit Erwachsenen belegt werden.

## OP - Bereich

---

Der OP– Umkleideraum ist ca 15 m<sup>2</sup> groß. In der Mitte befindet sich ein Trennkasten, vorne mit einem Vorhang abgeteilt. Der Umkleideraum ist für OP-Personal (ca. 40 Mitarbeiter und Studenten) aber auch für ambulante Patienten. Der weitere Nebenzweck ist auch hier Lagerraum.

*Es gab einen ausführlichen Schriftverkehr zwischen der PPO, Anstaltsleitung und dem damaligen Vorstand der KAGes.*

**Im Jänner 2003** gab es eine Antwort vom KAGes-Vorstand, mit der für die **Ambulanz** eine Errichtung adäquater U/B-Räume mit entsprechenden Wartebereichen, für das **Aufwachzimmer** eine Errichtung einer zusätzlichen Aufwachmöglichkeit sowie PDU (Präoperative Durchuntersuchung), für den Bereich **Pflege** die Erweiterung des Stationsbereiches und damit Reduktion der Betten in den Pflegezimmern, Stationsnebenräumen und Sanitäreinheiten und für den **Operationsbereich** die Trennung der OP-Vorbereitungszonen für ambulante und stationäre Eingriffe zugesagt wurden.

**Auf Grund dessen wähten wir dieses Problem in der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft bereits als gelöst, da nach unserer Meinung bereits 2002 die räumliche und personelle Situation eine Gefahr für die PatientInnen darstellte.**

Auch auf Grund einer Beschwerde befasste sich die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft bereits 2002 mit dieser Problematik und sie befasst sich auch noch im Jahr 2005 damit, nun gemeinsam mit dem Behindertenanwalt des Landes Steiermark, ohne dass eine Verbesserung weder in der räumlichen noch in der personellen Situation eingetreten wäre.

**Im Gegenteil, betrogen die Wartezeiten für Menschen mit Behinderungen 2002 bei operativer Zahnversorgung „nur“ 6 Monate, so sind sie bis Mitte 2005 auf 17 Monate angestiegen.**

- **Anfang Jänner 2005** wandte sich die Abteilung wieder an die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft, da wegen der noch immer anhaltenden Missstände die Versorgung der PatientInnen gefährdet sei.
- Bei einer Bettenanzahl von 20 Betten, die in der Regel mit bestellten PatientInnen belegt werden, treten im Falle einer größeren Anzahl von AkutpatientInnen Engpässe im stationären Bereich auf.
- TumorpatientInnen bleiben länger stationär, sodass bestellte Operationen abgesagt bzw. verschoben werden müssen.
- Für Notfälle wird seit Jahren in der Nacht das Aufwachzimmer der Anästhesie belegt.
- Als weiterer Problemkreis wurde die Behandlung von behinderten Kindern und Erwachsenen in Narkose angeführt.

*2004 wurden 39 mal die Belegszahlen im Aufwachzimmer überschritten.*

**Weiters mussten im Jahr 2004 stationäre PatientInnen 55 mal in das Aufwachzimmer ausweichen.**

**Durch die wenigen Betten im Aufwachraum müssen bei Akutbedarf ambulante PatientInnen vorzeitig auf Station gebracht werden (die dort eigentlich noch nicht hingehören) auf einen Platz eines Patienten, der sich gerade im OP befindet.**

*Die Wartezeiten sind nicht vorhersehbar, da sich diese PatientInnengruppe vorher ohne Narkose nicht untersuchen lässt.*

**Vor der Prämedikation werden Behinderte vorzeitig in den Hof geschickt, um ihnen Stress zu ersparen. Dies ist jedoch nur möglich, wenn Betreuer ein Handy mithaben und Schönwetter ist.**

**Ansonsten müssen die Wartezeiten auf dem Gang oder im Stiegenhaus überbrückt werden.**

## **WARTEZEITEN BEI ZAHNSANIERUNGEN FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNG**

---

***Mitte 2005 sind es  
17 Monate***

Betruhen die Wartezeiten für Menschen mit Behinderungen 2002 bei operativer Zahnversorgung „nur“ 6 Monate, so sind sie bis Mitte 2005 auf 17 Monate angestiegen.

Bei SchmerzpatientInnen können keine Sanierungen gemacht werden, sondern die Zähne müssen gezogen werden.

***ca. 230 - 240  
PatientInnen  
pro Jahr***

Im Jahr 2004 hatten ca. 230 - 240 Schwerstbehinderte eine Zahn-sanierung oder Abszessspaltung. Dies sind neben geistig Behinderten, Alzheimer-patientInnen auch KomapatientInnen.

***ca. 600 Narkosen  
pro Jahr***

Im Jahr werden ca. 600 Narkosen bei Zahnsanierungen durchgeführt, inklusive der psychisch Kranken. Dabei handelt es sich um PatientInnen, die schwere andere Begleiterkrankungen aufweisen, sodass sie von Spezialisten auf diesem Gebiet anästhesiert werden müssen.

Durch die Raumnot erfolgt eine infrastrukturelle Durchmischung zwischen prä- und postoperativ, Menschen mit geistiger Behinderung und geistig gesunden Menschen.

**Personalmangel**

Ein eigenes stationäres Zimmer für diese Kinder- und Erwachsenen sei nicht vorhanden, auch fehle das Personal, sodass nach Schließen des Aufwachzimmers diese PatientInnengruppen nach Hause entlassen werden müssen.

**fensterloser  
Gang im Keller  
als Warteraum**

**Logopädie** - Kinder mit Spalten (Gaumen, Lippen, Kiefer-spalten) sind über Jahre in logopädischer Betreuung. Ca. 20 Kinder in der Woche sitzen in einem fensterlosen Gang im Keller, der als Warteraum dient, wobei keine Türe dicht schließen würde.

**Zur Überwachung  
müssten die Patient-  
Innen auf den Gang  
gelegt werden, da  
im Aufwachzimmer  
zusätzliches  
Personal fehle.**

Frischverletzte müssten unmittelbar nach der Versorgung nach Hause entlassen werden. Da es sich dabei meist um PatientInnen mit Frakturen im Kieferbereich handle, sind diese PatientInnen nach der Operation intermaxillär mit Draht geschient, wobei postoperativ eine Erstickungsgefahr gegeben sei.

Es könne weder für die Sicherheit der PatientInnen noch für die hygienischen Zustände eine Gewähr übernommen werden.

**Im OP- Bereich sind 3 OP-Tische vorhanden, davon einer für septische Operationen. Auch dieser OP-Tisch muss regulär für aseptische Eingriffe genutzt werden. Des Weiteren sind in diesem OP-Bereich Geräte für spezielle Eingriffe abgestellt. Der Raum ist auch hier wiederum so klein, dass die ungehinderte Zugänglichkeit zum Kopfbereich bei Narkosen nicht im entferntesten gegeben ist. Die gesamten räumlichen Voraussetzungen für diese Abteilung und die Bedingungen unter denen hier gearbeitet wird, lassen berechtigte Zweifel für die Sicherheit der PatientInnen aufkommen.**

**EDV-Narkose-  
dokumentation ist  
aus Platzmangel  
nicht installierbar.**

Bei Umlagerungen von PatientInnen muss die Narkosemaschine des Nebentisches während des laufenden Eingriffes verschoben werden, wobei dabei der Chirurg gestört wird. Die dringend notwendige EDV- Narkosedokumentation ist aus Platzmangel nicht installierbar.

### 1. Fall

Sebastian H., geb. 1996, leidet an infantiler Zerebralparese und sitzt im Rollstuhl.

Aufgrund heftiger Zahnschmerzen suchte die Mutter mit Sebastian einen Zahnarzt auf. Dieser überweist sie an die Kieferchirurgie, da der notwendige Eingriff bei Sebastian nur in Narkose vorgenommen werden kann.

7. Februar 2005

Erste Untersuchung in der Kieferchirurgie. Eine kleine Läsion im zweiten Quadranten des rechten Oberkiefers wird entdeckt, da aber kein Platz für die notwendige OP vorhanden ist, wird als **frühestmöglicher Termin Februar 2006** vereinbart. Sollten die Schmerzen andauern und sich eine Schwellung zeigen, könne Frau H. jederzeit wieder kommen.

10. Februar 2005

Nachdem die Schmerzen stärker werden, sucht Frau H. mit ihrem Sohn nochmals die Kieferchirurgie auf. Diesmal werden tief kariöse Läsionen bei 2 Zähnen entdeckt.

- *Der Mutter wird ein Einschubtermin zur Extraktion angeboten. Diese lehnt verständlicherweise ab, da es sich um einen Zahn handelt, der erhalten werden kann.*
- *Da keine Kapazitäten für eine operative Sanierung vorhanden sind werden Frau H. Zahnärzte in Graz empfohlen, die einen solchen Eingriff vornehmen können. Doch auch diese können vor April keinen Termin anbieten.*

Nachdem Sebastian auf Grund der starken Schmerzen kaum noch schlafen oder etwas essen kann, kontaktiert seine Mutter die Kieferchirurgie telephonisch, wobei ihr angeboten wird, einen Zahn unter Narkose ziehen zu lassen. Da allerdings nicht eruierbar ist, welcher Zahn die Schmerzen verursacht, lehnt sie dieses Angebot ab.

9. März 2005

Dr. M. führt die Operation in einem Sanatorium durch und bestätigt die Notwendigkeit einer Behandlung unter Narkose, da ein Zahn eine eitrige Abszondierung aufweist und die Wange geschwollen ist. Weitere 7 Zähne sind tief zerstört, Schmerzmittel verschaffen keine Linderung. Neben Füllungen sind einige Extraktionen und Wurzelbehandlungen vorzunehmen.

Nach der OP kann Sebastian wieder normal essen und ist schmerzfrei. Frau H. werden allerdings ca. € 700,- in Rechnung gestellt, die sie selbst bezahlen muss.

## **2. Fall**

**Anruf einer Mutter:** Sohn Bernhard ist 31 Jahre alt, geistig behindert und auf einem Entwicklungsstand eines Drei- bis Fünfjährigen. Ständige Schmerzen, und ein dadurch erhöhtes Aggressionspotential machten eine Zahnbehandlung unter Narkose dringend notwendig.

**Behandlungsweg:** An der Kieferchirurgie wurde bereits ein Stockzahn (Scherbe) unter Narkose herausgenommen, ein weiterer Stockzahn wurde gefüllt (Plombe, keine Wurzelbehandlung). Auf Grund der terminlichen Engpässe und der Vorgehensweise, dass Zähne nicht wurzelbehandelt sondern extrahiert werden, hat sich die Mutter an ein Sanatorium gewandt.

Im Sanatorium wurde der Vorderzahn saniert, wobei die Kosten selbst getragen werden mussten. Bei der Rückverrechnung mit Kasse entstanden zudem Probleme bezüglich der Narkosekosten.

**Besonderes Anliegen der Mutter:** Die Mutter fordert Menschenwürde gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung. Auch diesen Menschen soll es möglich sein, die eigenen Zähne so lange als möglich zu erhalten. Es darf nicht sein, dass Zahnlücken vor allem im Frontbereich in Kauf genommen werden müssen.

**Wartezeiten bis zu einem Jahr!** In Graz ergeben sich auf Grund fehlender Personalressourcen und unzureichender Ausstattung Wartezeiten bis zu einem Jahr. Außerdem würden laut Auskunft bei geistig behinderten Menschen generell keine Wurzelbehandlungen gemacht werden.

An der Schulzahnklinik in Wien werden nur die Vorderzähne wurzelbehandelt, die Stockzähne werden ebenfalls extrahiert. Die Begründung liegt im Zeitaufwand.

Ein Narkosetermin ist hier immer nur zu den regulären Studienzeiten (3 Monate Sommerferien) möglich. Diese Möglichkeit konnte nicht in Anspruch genommen werden, da die Fahrtzeit für ihren Sohn nicht erträglich ist.

Letztendlich konnte ein Zahnarzt im Außenbezirk der Steiermark gefunden werden, der diese Behandlung unter Narkose durchführte. Ob sie die Narkose selbst zahlen müsse, ist noch unklar.

## **MANGELNDE TRANSPARENZ BEI SONDERKLASSE- VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG FÜR SELBSTZAHLERINNEN\_\_\_\_\_**

- Immer wieder führen PatientInnen Beschwerde darüber, dass, nachdem sie als SelbstzahlerInnen auf Sonderklasse aufgenommen worden sind, mit enormen Kosten konfrontiert werden.

### ***Zusatzkosten***

- Vielen PatientInnen ist nicht klar, dass sie nicht nur Zusatzkosten für Annehmlichkeiten wie in einem Hotel übernommen haben, sondern auch für ärztliche Leistungen privat aufzukommen haben.

### ***Nicht nur ein Problem in der Steiermark, sondern auch in anderen Bundesländern existent***

- Die entsprechenden Formulare wurden auch unterschrieben, jedoch entsprechen die Verpflichtungserklärungen nach Ansicht der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft nicht dem Konsumentenschutzgesetz, da nicht ersichtlich ist, welche Folgekosten tatsächlich entstehen.
- Seitens der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft wurde diese Thematik bereits mehrere Male gegenüber der KAGes konkretisiert und eine Adaptierung der Verpflichtungserklärungen vorgeschlagen.

## **INTENSIVBETTENMANGEL AUF DER UNIV.KLINIK FÜR CHIRURGIE\_\_\_\_\_**

### ***Engpässe im Bereich Anästhesie und Intensivbetten***

- Aus Beschwerden von PatientInnen, aus Befundberichten sowie Rückantworten von Abteilungsleitern konnte geschlossen werden, dass es im Bereich der Anästhesie und der Intensivbetten immer wieder zu Engpässen kommt.
- Operationen müssten kurzfristig in der Früh abgesagt werden, da kein Intensivbett frei ist.
- Auf eine diesbezügliche Anfrage an die ärztliche Direktion wurde uns mitgeteilt, dass folgende Maßnahmen seitens der Anstaltsleitung des LKH-Univ.Klinikums Graz und der KAGes-Zentraldirektion eingeleitet werden:
  - 1) Einstellung 6 zusätzlicher AnästhesistInnen bis März 2005, um eine personell bessere Versorgung des Intensiv- und Aufwachbereiches zu erreichen
  - 2) Verlagerung der kinderchirurgischen Herzoperationen auf die Univ.Klinik für Kinderchirurgie, um die Herzintensivstation zu entlasten.

3) Eröffnung eines neuen Aufwachraumes, sobald die 6 neuen AnästhesistInnen da sind, um die Intensivstation zu entlasten.

- Das Projekt der mittelfristigen Adaptierung der Chirurgie (MAC I und II) versucht die neuralgischen Punkte in diesem Bereich zumindest mittelfristig zu lösen. Der erste Bauabschnitt von MAC I wurde bereits offiziell eröffnet.

- Die Finanzierung dieses Gesamtprojektes sei noch Gegenstand von Verhandlungen, die Notwendigkeit dieser Maßnahmen sei jedoch allen bewusst.

***nur 2 AnästhesistInnen  
aufgenommen***

- Die Rücksprache in einem aktuellen Anlassfall im Sommer 2005, bei dem zweimal kurzfristig in der Früh die Operation einer Patientin trotz OP-Vorbereitung abgesagt werden musste, ergab, dass nur 2 AnästhesistInnen aufgenommen wurden.

- Auch die Aufwachstation wurde nicht eröffnet.

# Keine Möglichkeit der Leistungsbeziehung aus dem Entschädigungsfonds

## PATIENTINNEN DER KRANKENANSTALTEN DER AUVA \_\_\_\_\_

*Seit Juli 2002*

ist die Einhebung des Kostenbeitrages von € 0,73,-- auch für Patienten der Sonderklasse und für Patienten in Krankenanstalten, deren Gebühren zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung getragen werden, nach § 27a KAKuG geregelt. Damit ist eine massive Ungleichbehandlung, welche zu Lasten der PatientInnen der allgemeinen Gebührenklasse bestand, die bis dahin allein zur Leistung des Kostenbeitrages verpflichtet waren, beseitigt worden.

Mangels eines Ausführungsgesetzes des Landes Steiermark, können SonderklassenpatientInnen noch immer Leistungen aus dem Fonds beziehen, jedoch ohne den Kostenbeitrag in der Höhe von € 0,73,-- entrichten zu müssen.

Außerdem besteht für jene PatientInnen, die in Krankenanstalten der AUVA behandelt werden, nach wie vor keine Möglichkeit, eine Entschädigung aus dem Entschädigungsfonds zu erhalten, und das, obwohl ein entsprechendes Bundesgesetz auch diese Ungleichheit seit Juli 2002 beseitigt hat.

Dies bedeutet für alle betroffenen PatientInnen oft eine zusätzliche soziale Härte, da die Menschen seit einigen Jahren durch Krankheitsfolgen auch sehr rasch ihre Arbeit verlieren.

Eine Leistung aus dem Entschädigungsfonds lindert für viele Menschen in unserem Land meist bereits die ärgste Not. Im Gesamten entgehen dem Fonds ca. € 200.000,-- jährlich an Einnahmen.

Im Ergebnis ist die Ungleichbehandlung erst mit dem Ausführungsgesetz auf Landesebene beseitigt.

Es wird deshalb dringend gefordert, das entsprechende Ausführungsgesetz zu § 27a KAKuG zu erlassen.

**BERICHT**  
aus dem Bereich

**PFLEGEHEIME,  
PFLEGEPLÄTZE  
und  
MOBILE DIENSTE**

## Rechtliche Neuerungen

*LGBI Nr. 19/2003  
Neufassung des  
Steiermärkischen  
Pflegeheimgesetzes  
vom 1.7.2003 mit  
Wirkung 1.11.2003*

*LBGI Nr. 63/2004  
Novellierung der  
Steiermärkischen  
Pflegeheimverordnung  
vom 27.9.2004 mit  
Wirkung 23.10.2004*

Mit 1.11.2003 ist die Neufassung des Stmk. Pflegeheimgesetzes 2003 beschlossen worden. Schwerpunkte waren unter anderem die Trennung der Vorschriften von Pflegeheimen und Pflegeplätzen, die Verstärkung des Heimstatuts (welches die Tagsätze und Leistungen beschreiben soll), die Rechte der HeimbewohnerInnen, die Pflegedienstleitung als ein wesentliches Element des Betriebes, Pflegeplatzbewilligungspflicht mit jährlicher Kontrolle, konkretere und ausführlichere Bestimmungen des Bewilligungs- und Entzugsverfahrens.

*BGBl. Nr. 12/2004 - §§  
27b-27i Konsumenten-  
schutzgesetz - Heim-  
vertragsgesetz mit  
Wirkung 1. 7. 2004*

Die HeimbewohnerInnen sind im Verhältnis zum Heimträger in aller Regel VerbraucherInnen und verfügen im Hinblick auf die besondere Situation älterer und pflegebedürftiger Menschen nicht über die Fähigkeiten und Kenntnisse, um sich dem Träger gegenüber in Streitfragen durchzusetzen. Alle diese und weitere Umstände führten zu einem Rechtsschutzdefizit, dem nicht allein durch das Verwaltungsrecht begegnet werden konnte. Es bedurfte auch zivilrechtlicher Bestimmungen, welche die Stellung der HeimbewohnerInnen als VerbraucherInnen schützen und verbessern sollten, um einem Ungleichgewicht zwischen Heimträger und HeimbewohnerInnen entgegenzuwirken.

Vom Bundesgesetzgeber wurden mit dem Konsumentenschutzgesetz spezielle Schutzbestimmungen zugunsten der HeimbewohnerInnen als Heimvertragsgesetz erlassen (§§ 27b ff KSchG).

## Entwicklung der Geschäftsfälle 2004

Berichtsjahr	Neuanliegen	davon Pflegeheime	davon Pflegeplätze	davon Mobile Dienste	Rechts/ Verwaltungsfragen
2003 (1.10.-31.12.2003)	49	25	1	1	22
2004 (1.10.-31.12.2004)	57	34	6	5	12
2004 gesamt	198	108	13	17	60

Zu bemerken ist im Pflegebereich, dass hier nicht vergleichbar mit dem Bereich der Krankenanstalten die Betroffenen BeschwerdeführerInnen sind, sondern IntervenientInnen.

**Das heißt, dass aufgrund der Altersstruktur der zu betreuenden Menschen vor allem Familienangehörige, SachwalterInnen und Vertrauenspersonen mit Anliegen an die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft herantreten.**

*Anfragen meist sehr vielschichtig*

Aufgrund der umfassenden Belange im Verhältnis zwischen Heimträger und BewohnerInnen sind die Anfragen meist sehr vielschichtig. Es werden pflegerische, organisatorische und rechtliche Fragestellungen in einem Anliegen herangetragen, denen es nachzukommen gilt.

*Der überwiegende Teil der Beschwerden erfolgte über IntervenientInnen*

Von den 198 im Jahr 2004 eingegangenen Neuanliegen im Bereich Pflege wurden lediglich 15 Beschwerden von den Betroffenen persönlich vorgebracht. Der überwiegende Teil der Beschwerden erfolgte über IntervenientInnen. Die restlichen Anfragen betreffend BewohnerInnen oder Strukturfragen wurden von Pflegeheimpersonal, PflegeheimbetreiberInnen, Trägerorganisationen der mobilen Dienste oder anderen Institutionen an die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft herangetragen.

*keine Ressourcen für die persönliche Zuwendung und Betreuung*

Inhaltlich bezogen sich die Anliegen auf alle Belange des Sozialwesens, vom Strukturellen, qualitativ Pflegerischen bis hin zum Rechtlichen. Grundtenor der pflegerischen Beschwerden war, dass das Pflegepersonal zwar sehr bemüht erscheint, jedoch keine Ressourcen für die persönliche Zuwendung und Betreuung der BewohnerInnen vorhanden sind und vermehrt qualifiziertes Personal fehlt.

*Anfragen zu den Themen Zuschläge, Entgeltminderung und Kündigungsbestimmungen*

Mitte des Jahres war ein massiver Anstieg der Anfragen im Hinblick auf die neuen konsumentenschutzrechtlichen Bestimmungen des Heimvertragsgesetzes zu verzeichnen. Hier wiederum häuften sich die Anfragen zu den Themen Zuschläge, Entgeltminderung und Kündigungsbestimmungen.

Die Aufgabe der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft ist es, diese Fragen umfassend zu bearbeiten und bei Bedarf an die kompetenten Stellen weiterzuleiten. Für diese Aufgabenerledigung ist es daher auch besonders wichtig, mit anderen Institutionen und Behörden zusammenzuarbeiten, insbesondere mit Institutionen, die ebenso die Interessen älterer und (pflege)bedürftiger Menschen vertreten.

## Besuche von Pflegeheimen und Behörden

Stand der Pflegeheime und Pflegeplätze 2004

	Anzahl	Betten
Pflegeheime	177	9.660
Pflegeplätze	221	587

*Quelle: Steir. Sozialbericht 2003/04*

*170 Heime von der PPO persönlich besucht*

In Fortführung der Besuche von Pflegeheimen konnten auch im heurigen Jahr wieder ca. 70 Heime aufgesucht werden. Insgesamt wurden bis Ende 2004 170 Heime, davon 163 persönlich von der PatientInnen- und Pflegeombudsfrau Mag. Skledar, besucht.

Besucht wurden auch die Bezirkshauptmannschaften in der Steiermark. Auch hier war das Ziel, die persönliche Vorstellung der PatientInnen- und Pflegeombudsfrau und ein Erfahrungs- und Informationsaustausch mit den Bezirkshauptmännern, den AmtsärztInnen und den ReferentInnen, die mit der Vollziehung der Gesetze betraut sind.

Im Ergebnis hat sich gezeigt, dass sich bei der Vollziehung der Gesetze immer wieder Probleme in der Anwendung und Auslegung ergeben.

Aufgrund der engen Personalsituation im Jahre 2004 war es nicht möglich, weitere Besuchstermine in Angriff zu nehmen, da sich ansonsten die Wartezeiten der laufend einlangenden Fälle massiv erhöht hätten.

Mit dem neuen Pflegeheimgesetz ergab sich, dass es Sinn macht, die Besuche der Pflegeplätze auf das nächste Jahr zu verschieben. Es wurde eine neue Bestimmung geschaffen, wonach die nur anzeigepflichtigen Pflegeplätze bewilligungspflichtig wurden und diese Verfahren noch bis Mitte des nächsten Jahres im Laufen sind. Bis dahin werden voraussichtlich die bewilligten Pflegeplätze bekannt sein und die Besuche können wieder gezielt fortgesetzt werden.

## Fallbeispiele des Berichtjahres 2004 aus dem Bereich Pflegeheime und Pflegeplätze

### Fallbeispiel 1:

#### **Mangelhafte Pflege auf einem privaten Pflegeplatz – Schließung des Pflegeplatzes**

*Die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft wurde vom Krankenhaus informiert, dass ein Patient mit mehreren Dekubitalgeschwüren (Druckgeschwüre) aufgenommen worden ist, welcher auf einem privaten Pflegeplatz gepflegt und betreut worden sei.*

Von der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft wurde umgehend die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde als Überprüfungsbehörde verständigt. Von dieser wurde eine unangemeldete Überprüfung des Pflegeplatzes im Beisein der Amtsärztin und einer Sachverständigen für Pflege durchgeführt. Die ortsaugenscheinliche Überprüfung hat ergeben, dass die erforderliche Pflege des Betroffenen aus mehreren Gründen nicht sichergestellt wurde und der Betroffene dadurch gesundheitliche Schäden erlitten hat. Die Angehörigen wurden über das Ergebnis informiert und gemeinsam wurde ein Pflegeheim gesucht, um die erforderliche Pflege und Versorgung nach der Krankenhausentlassung sicherzustellen.

Bei der Kontrolle wurde auch auf die Versorgung und Pflege der weiteren am Pflegeplatz betreuten BewohnerInnen eingegangen. Auch hier kam es zu Beanstandungen (z.B. keine Dekubitusprophylaxe, verschiedene Pflegeprobleme wurden nicht erkannt, Medikamentengabe ohne ärztliche Anordnung, freiheitsbeschränkende Maßnahmen etc.), sodass auch zum Schutz der BewohnerInnen umgehende Maßnahmen aufgetragen wurden, wie z.B. das Einhalten der Grundprinzipien in der Hygiene.

Letztendlich hat die Bezirksverwaltungsbehörde darüber informiert, dass der Pflegeplatz auf Wunsch des Betreibers geschlossen wurde, da die vorgegebenen Maßnahmen für ihn zu umfangreich gewesen seien.

*Durch Kontrollen und genaue Vorgaben der Bezirksverwaltungsbehörde als Überprüfungsbehörde wurde vom Pflegeplatzbetreiber der Pflegeplatz aufgelassen, da die vorgegebenen Maßnahmen nicht erfüllt wurden und somit keine qualitativ einwandfreie Pflege sichergestellt werden konnte.*

## Fallbeispiel 2:

### Wäschezuschlag

*Einer Bewohnerin eines Pflegeheimes, welche Anspruch auf Restkostenübernahme durch den Sozialhilfeverband (bezuschusst) hat, werden monatlich € 21,30 Euro für die Wäscheversorgung verrechnet.*

In der Tagsatzobergrenzenverordnung des Landes Steiermarks wird in § 1 Art und Umfang des Leistungsangebotes wie folgt geregelt:

*(1) Die in dieser Verordnung geregelten Obergrenzen der Leistungsentgelte umfasst die Kosten für die Unterkunft, Verpflegung sowie Pflege und Betreuung.*

*(2) Leistungen, die darüber hinaus dem persönlichen Bedarf der BewohnerInnen dienen, wie z.B. professionelle Fuß- und Haarpflege, Massagen, therapeutische Leistungen, sowie die Teilnahme an externen Veranstaltungen und die Beschaffung von Bekleidung sind mit dem im § 2 festgesetzten Beträgen nicht abgegolten.*

- Aufgrund der unscharfen Definition der Verordnung, insbesondere ob damit auch die Wäscheversorgung umfasst ist, wurde an die Fachabteilung 11A eine rechtliche Anfrage gestellt. In der Beantwortung wurde eindeutig festgehalten, dass darin das Waschen der „Leibwäsche“ enthalten ist und dazu all jene Kleidungsstücke gehören, die die HeimbewohnerInnen täglich tragen (normal waschbare Oberbekleidung wie Hemden, Blusen).
- Nicht inkludiert sind die Kosten einer chemische Reinigung.

- Auch mit dem Heimvertragsgesetz konnte diese Auslegungslücke nicht geschlossen werden. In § 27 KSchG (HVerG) wird von der Wäscheversorgung gesprochen, die nach Rückfrage im Bundesministerium dahingehend interpretiert wird, dass damit auch die täglich mit der Waschmaschine zu waschende Oberbekleidung gemeint ist.

**StPHG § 4 Abs 2 Z 4.**

*Angaben über die Höhe der Tagsätze und deren Veränderung oder die verbindliche Erklärung, dass für SozialhilfeempfängerInnen jeweils durch Verordnung verfügte Obergrenzen gelten.*

Dennoch konnte für die BewohnerInnen keine positive Erledigung erzielt werden, da durch ein Urteil des Oberlandesgerichtes Graz (GZ 7 R 106/04s) festgestellt wurde, dass ein Wäschezuschlag gerechtfertigt sei. Die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft hält das Urteil jedoch insofern für eine Fehlentscheidung, da keineswegs auf die Bestimmung einer verbindlichen Erklärung nach § 4 StPHG eingegangen wurde.

Ebenso wenig wurde auf den gesicherten Verbleib eines Taschengeldes nach dem Sozialhilfegesetz eingegangen, der zur Abdeckung persönlicher Bedürfnisse dienen muss.

*Den BewohnerInnen haben 20 % seiner Pension und die Sonderzahlungen zu verbleiben, sowie 10 % der Pflegegeldstufe 3*

Nach dem Sozialhilfegesetz gebührt den BewohnerInnen zur **Sicherung des Aufwandes der persönlichen Bedürfnisse ein Taschengeld**. Den BewohnerInnen haben 20 % ihrer Pension und die Sonderzahlungen zu verbleiben, sowie 10 % der Pflegegeldstufe 3 (derzeit € 41,35, dies jedoch nur bei Bezug eines Pflegegeldes).

Besteht eine begründete Kostenübernahme durch den Sozialhilfeträger, so ist davon auszugehen, dass auf Grund der niedrigen Pension auch die 20 % keine große Summe bedeuten.

**Wäschewaschen kann unserer Ansicht nach kein persönliches Bedürfnis im Sinne des Sozialhilfegesetzes, sondern nur eine Notwendigkeit sein, deren Kosten nicht auf die BewohnerInnen abgewälzt werden können, sondern verpflichtend im Leistungsangebot des Pflegeheimes enthalten sein müssen.**

### Fallbeispiel 3:

#### **Perkutane endoskopische Gastrostomie, PEG-Sonde oder Zusatznahrung**

Die perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) ist das Setzen einer Ernährungssonde, somit PEG-Sonde, die mit Hilfe eines Endoskops durch die Bauchwand in den Magen eingeführt wird.

*Die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft wurde von einem Pflegeheim informiert, dass eine Bewohnerin seit einiger Zeit Schluckbeschwerden hat. Es wurde eine entsprechende Nahrungsform verabreicht, um die Funktion der oralen Nahrungsaufnahme zu erhalten. Die Bewohnerin habe an Gewicht verloren und wurde deswegen von der Hausärztin in das Krankenhaus zum Legen einer PEG-Sonde eingewiesen. Im Krankenhaus sei jedoch keine Indikation zur PEG-Sonde festgestellt worden, die Bewohnerin wurde wieder in das Pflegeheim zurückgeschickt. Die Hausärztin hat in Folge eine spezielle Trinknahrung verordnet, die von der Bewohnerin gut angenommen wurde und womit die Nahrungsaufnahme auch ausreichend war. So war es möglich, die orale Ernährungsform mit zusätzlicher spezieller hochkalorischer Trinknahrung zu erhalten. Die Trinknahrung wurde jedoch von der Sozialversicherung nicht bewilligt. Begründet wurde dies damit, dass nur bei gelegter PEG-Sonde die dazu erforderliche Sondennahrung bezahlt wird.*

*Eine weitere Gewichtsabnahme der Betroffenen veranlasste die Hausärztin neuerlich zu einer Krankenhauseinweisung. Vom Krankenhaus wurde wiederum festgestellt, dass ausreichende Flüssigkeitszufuhr gegeben sei und es wurde der Vorschlag gemacht, Nahrungsergänzungen mit verschiedenen Geschmacksrichtungen zu verabreichen.*

**Grundsätzlich gilt wann immer es möglich ist:  
Die Ernährung soll über den normalen oralen Verdauungstrakt erfolgen!**

Als Erstmaßnahme wurde mit dem Pflegeheim vereinbart, dass von der Familie nur ein Unkostenbeitrag für die Trinknahrung geleistet wird. Einige Tage später wurde die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft verständigt, dass die Kosten für die Essensversorgung komplett rückverrechnet werden und von der Familie nur der monatliche Überhang der „besonderen“ Trinknahrung übernommen werden muss. Die Angehörigen drückten mit Unmut aus, dass sie gänzlich verunsichert seien, da trotz zweimaliger Einweisung keine PEG-Sonde gelegt wurde.

**Die Indikationen für eine PEG-Sonde ist dann gegeben, wenn**

- die BewohnerInnen unter Schluckstörungen leiden
- bei Bewusstseinsstörungen die orale Nahrungsaufnahme nicht mehr möglich ist
- bei Tumorerkrankungen im Verdauungstrakt oder schwere Magen- oder Darmerkrankungen vorliegen
- Zustandsbilder der BewohnerInnen, die eine Nahrungsaufnahme nicht ermöglichen, z.B. Verwirrtheit, schwere Demenz, schwere depressive Zustandsbilder, etc.

*Die Ernährung im Wege einer PEG-Sonde bedeutet für jeden Menschen eine gravierende Änderung seiner Lebensführung. Allen an der Entscheidung Beteiligten kommt daher ein hohes Maß an Verantwortung zu und darf diese niemals ohne entsprechende medizinische Indikation im Sinne einer Pflegeerleichterung oder Pflegeökonomie erfolgen.*

*Genauere Abklärung im interdisziplinären Team. Nach Möglichkeit mit den BewohnerInnen selbst, Hausarzt, DGKS, AltenfachbetreuerInnen, DiätassistentInnen- und Ernährungsberatung, PhysiotherapeutInnen, Angehörige, Vertrauenspersonen etc., ob das Setzen einer PEG-Sonde erforderlich ist oder ob diese durch entsprechend andere Maßnahmen verhindert werden kann.*

*Vorhalten von Zusatz- und Ergänzungsnahrungen durch das Pflegeheim, da eine Mangel- oder Fehlernährung einen eigenständigen Risikofaktor für die Entstehung von Dekubiti (Druckgeschwüre) darstellt.*

**Fallbeispiel 4:**

**Versorgung von tracheotomierten BewohnerInnen trotz fehlender Fachpflege**

Darüber wurde bereits im Bericht 2003 informiert und nach mehreren Interventionen der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft wird folgendes Resultat berichtet:

*Eine Pflegedienstleitung hat die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft dahingehend informiert, dass in „ihrem“ Pflegeheim die Pflege von tracheotomierten BewohnerInnen (Luftröhrenschnitt mit Einbringen einer Kanüle) übernommen wird. Da im Pflegeheim jedoch qualifiziertes Personal fehle, sie die Verantwortung dieser problematischen Personalstruktur neben anderen unrechtmäßigen Verhältnissen nicht übernehmen könne und wolle, nimmt sie von ihrer Leitungsfunktion Abstand und verlässt das Pflegeheim im Probe-monat.*

Die Rückfrage bei der zuständigen Behörde ergab,

dass im **Jahr 2002 zweimal und im Jahre 2003 auf Grund mangelnder Personalressourcen keine behördliche Überprüfungen im Pflegeheim stattgefunden haben.**

Im Überprüfungsbericht der Behörde 2002 wurden keine Mängel erhoben, auch der Personalstand wurde mit „erfüllt“ angegeben. Aus dem Aktenvermerk der Amtsärztin ergaben sich ebenfalls keine größeren Beanstandungen, lediglich Empfehlungen in Form von Verbesserungsvorschlägen wie z.B. Gebarung der Reinigungs- und Dienstpläne wurden abgegeben.

*Ein ausführliches Überprüfungsprotokoll sollte die Amtspflegefachkraft anfertigen, welches jedoch nach mehrmaliger Urgenz bei der Überprüfungsbehörde nicht einlangte, was mit einem Datenverlust beim Überspielen auf einen PC begründet wurde.*

Anstelle dessen wurde von der Amtshandlung beiwohnenden Amtsärztin die abschließende Feststellung getroffen, dass keine Mängel zur Schließung bzw. Einleitung eines Strafverfahrens vorliegen.

Die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft informierte die Bezirksverwaltungsbehörde auch schriftlich über die aktuelle Beschwerde, dass zur Versorgung tracheotomierter BewohnerInnen kein ausreichend qualifiziertes Personal zur Verfügung stehen solle. Es wurde zur Sicherheit der HeimbewohnerInnen und des Pflegepersonales um umgehende Überprüfung ersucht.

**Es musste 4 Wochen gewartet werden, bis eine Amtspflegefachkraft diese zur Verfügung stand.**

Von der Bezirksverwaltungsbehörde wurde sofort eine Amtspflegefachkraft bei der Landesregierung angefordert.

**In qualitativer Hinsicht fehlten 2 PflegehelferInnen, wobei nach Angabe des Betriebsleiters zwei Pflegefachkräfte in den nächsten 14 Tagen ihren Dienst aufnehmen sollten.**

In vorläufigen Überprüfungsbericht wurde von der Behörde festgehalten, dass der umfassende Bericht durch die beigezogene Amtspflegefachkraft noch einige Zeit in Anspruch nehmen werde, da vom Pflegeheimbetreiber noch einige Unterlagen benötigt werden. Vorweg wurde angeführt, dass der Personalschlüssel in **quantitativer** Hinsicht erfüllt sei, jedoch zum Teil die notwendigen Fachkräfte durch Hilfspersonal ersetzt werden.

Ebenfalls solle eine Rufbereitschaft des diplomierten Pflegepersonals eingerichtet werden, um die Versorgung der BewohnerInnen in der Nacht mit einem Trachostoma sicherzustellen.

**Durch die Intervention der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft wurde von der Behörde im Dezember 2004 - 1 Jahr später - mitgeteilt, dass keine tracheotomierten BewohnerInnen mehr im Pflegeheim untergebracht sind.**

Wieder dauerte es mit der Protokollübermittlung, sodass nach Rücksprache mit der Behörde eine andere Amtspflegefachkraft eingesetzt wurde. **Diese stellte fest, dass die Versorgung der tracheotomierten BewohnerInnen eine dauernde Anwesenheit (24 Stunden) einer diplomierten Pflegefachkraft erfordert.**

Diese Anforderung widersprach der mündlichen Vereinbarung einer Rufbereitschaft mit der vorangegangenen Amtspflegefachkraft, welche weder von der neubeauftragten Amtspflegefachkraft noch von der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft mitgetragen werden konnte. Dies wurde auch an die Behörde weitergemeldet.

*Im Laufe des 12-monatigen Verfahrens sind zwei Bewohner verstorben, bei einem Bewohner hatte sich der Allgemeinzustand verbessert, sodass die Tracheotomie verschlossen werden konnte. Ein weiterer Bewohner wurde in ein anderes Pflegeheim verlegt, in welchem die sach- und fachgerechte Pflege sichergestellt werden konnte.*

#### **Fallbeispiel 5:**

**Informationsdefizit der PflegeheimbewohnerInnen durch „Hausverbot“ für BesucherInnen**

*Ein Heimbetreiber hatte die Absicht den Betreibervertrag mit der Gemeinde zu lösen, um in das eigene, neuerbaute Pflegeheim in einem anderen Bezirk umzuziehen und die PflegeheimbewohnerInnen mitzunehmen. Aufgrund eines Zutrittsverbotes seitens des Heimbetreibers an den Bürgermeister hatte dieser keine Möglichkeit auf das Recht der freien Heimwahl und auch auf den Fortbestand des bisherigen Pflegeheimes hinzuweisen.*

Die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft hatte in diesem Pflegeheim bereits in einem anderen Fall persönlich erfahren müssen, dass nicht alle Personen Zutritt zum Pflegeheim erhielten. Erst nach einem Hinweis, dass BewohnerInnen ein Recht auf Vertrauenspersonen und Besucher haben, konnte eine Einigung gefunden werden. Damals ging es um BewohnerInnen, die vom Vinzidorf kamen und dahin wieder zurück wollten. Unterschiedliche Sichtweisen, insbesondere vom Personal und Heimbetreiber bestanden darin, dass diese Menschen nicht entscheiden könnten, was für sie das Beste sei und ihnen auch nicht das Recht zustehe, ihren Aufenthalt selbst zu bestimmen.

**Für die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft war es wichtig, gemeinsam mit der Bezirksverwaltungsbehörde vor Ort über das Selbstbestimmungsrecht aufzuklären, wobei festgehalten wurde, dass es jedem Menschen vorbehalten ist, sein Leben frei zu gestalten, auch wenn dies nicht den Idealvorstellungen der Gesellschaft entspricht.**

Zwischen Heimbetreiber und den Vertrauenspersonen der 2 Heimbewohner konnte von der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft eine Klärung und Beruhigung herbeigeführt werden. Die Bewohner konnten in einem Gespräch mit der Behörde und der Ombudsschaft eine freie Wahl treffen und sie haben sich entschieden, das Pflegeheim zu verlassen.

Da der Heimbetreiber eine lokale Zeitung zur Berichterstattung vor Ort informierte und die Heimleitung dabei die Namen der zwei Bewohner nannte, wurde auf Anregung der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft ein Strafverfahren eingeleitet.

*Bürgermeister der Gemeinde  
Zutritt zum Pflegeheim vom  
Betreiber verweigert*

Nachdem dem Bürgermeister der Gemeinde der Zutritt zum Pflegeheim vom Betreiber verweigert wurde und dieser die BewohnerInnen nicht informieren konnte, dass das Heim von der Gemeinde weitergeführt und sie nicht zu übersiedeln bräuchten, wurde die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft aktiv.

**Der Pflegeheimbetreiber wurde umfassend über das Hausrecht von der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft aufgeklärt.**

Eine Einschränkung zugunsten des „Hausrechtes“ ist nur dann zulässig - allerdings nur dann - wenn die Betreuung und Pflege der BewohnerInnen nachweislich beeinträchtigt werden würde, das heißt, dass es hier zweifellos zu „pflegehemmenden“ Einflüssen kommen müsste.

**Die Bestimmungen des Hausrechts lassen jedoch nicht zu, dass die Persönlichkeitsrechte der BewohnerInnen mit unangemessenen Mitteln beeinträchtigt werden.**

Das Heimvertragsrecht des Bundes verbietet den HeimbewohnerInnen die Entfaltung des Persönlichkeitsrechtes in § 27d Abs 3 HVerG, wie auch die Achtung der Privat- und Intimsphäre. Dazu regelt das Steiermärkische Pflegeheimgesetz in § 5 Abs 1 Z 9 das Besuchsrecht, wobei diesem der *Informationsgedanke* neben familiären und freundschaftlichen Beziehungen *immanent* ist. Somit bestimmen ausschließlich die HeimbewohnerInnen selbst - die Selbstbestimmungsfähigkeit vorausgesetzt - den Umgang mit ihren Mitmenschen. Eine Einschränkung ist daher nur dann zulässig, wenn HeimbewohnerInnen selbst, die von ihnen benannten Personen nicht empfangen wollen.

*Recht auf Versammlung und auf Bildung von Vereinigungen*

Ein weiteres Persönlichkeitsrecht, welches den BewohnerInnen einzuräumen ist, ist das Recht auf Versammlung und auf Bildung von Vereinigungen. Dieses Persönlichkeitsrecht kommt den BewohnerInnen auch ohne vertragliche Vereinbarung zu.

Im vorliegenden Fall wurden den HeimbewohnerInnen der informative Zugang verwehrt, nämlich, dass die Möglichkeit besteht, weiterhin in der gewohnten und vertrauten Umgebung verbleiben zu können. Erst mit dieser Information kann das freie Wahlrecht durchgesetzt werden.

*einvernehmliche Lösung*

Der Bürgermeister hat schlussendlich dahingehend informiert, dass er auf Grund mehrfacher Erfahrungen mit dem Betreiber eine einvernehmliche Lösung gefunden hat. Insgesamt haben jedoch 15 von 18 BewohnerInnen das Haus verlassen, wobei bei 10 BewohnerInnen ein Sachwalter bestellt war.

#### **Fallbeispiel 6:**

**Mangelhafte Betreuung einer Bewohnerin mit Pflegestufe 5 auf einem Pflegeplatz**

*Die Tochter der Sachwalterin einer Bewohnerin eines Pflegeplatzes gab an, dass die von ihrer Mutter als Sachwalterin betreute Wahl tante auf diesem Pflegeplatz ohne Einfühlungsvermögen gepflegt und betreut werde. Die Wahl tante hätte einige Schlaganfälle gehabt, sei inkontinent, wolle aber trotzdem die Toilette aufsuchen. Dies wurde von der Pflegeplatzbetreiberin mehrfach abgelehnt, da sie ja eine Windel hätte. Auch die körperliche Reinigung erfolge immer nur am Waschbecken, sie werde weder gebadet noch geduscht. Alle BewohnerInnen müssten stets ab 17.00 Uhr strengste Bettruhe einhalten. Die Betreiberin fühle sich stets persönlich angegriffen, wenn sie auf die Versorgung angesprochen werde und würde dabei sei sehr laut. Mit der Zeit ergab sich der Eindruck, dass über die BewohnerInnen „drübergefahren“ wird. Man hätte der Betreiberin angekündigt, sich um einen neuen Platz umzusehen. Weiters hätte man ihr, der Tochter der Sachwalterin, das Lösungswort für ärztliche Auskünfte anlässlich eines Krankenhausaufenthaltes der Wahl tante nicht mitgeteilt.*

*Ihre Mutter als Sachwalterin kündigte sodann den Vertrag und wurde die Wahlante noch am selben Tag auf den neuen Pflegeplatz transferiert. Im Vertrag war jedoch eine Kündigung von einem Monat vereinbart. Ein Brief eines Anwaltes, das Entgelt für dieses Monat zu begleichen sei, lag der Sachwalterin bereits vor. Dazu wurde vorgebracht, dass die Pflegeplatzbetreiberin das Entgelt einseitig erhöht hätte, obwohl sich die Sachwalterin dagegen ausgesprochen hat.*

**Die Bezirksverwaltungsbehörde wurde von der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft in Kenntnis gesetzt und wurde eine Überprüfung bezüglich der behaupteten Pflegemängel veranlasst.**

- Waschgewohnheiten, wie Baden oder Duschen, sind nach den üblichen Lebensumständen und den persönlichen Gepflogenheiten zu richten.
- Bei Zutreffen von Pflegemissständen wäre auch an eine Entgeltminderung zu denken gewesen.
- Bei der Inkontinenzpflege ist es besonders notwendig und wichtig, Toilettentraining zu betreiben, um die Inkontinenz zu vermeiden oder zu verbessern.

Bezüglich der fehlenden Vertragserfüllung in der Pflege und Versorgung wurde Kontakt mit der Konsumentenschutzsektion beim Bundesministerium aufgenommen. Auch hier sah man eine gezielte Prüfung in Richtung Pflegemangel und Verletzung der Menschenwürde als angezeigt, um eine Entgeltminderung anzustreben.

***Eine Unterstützung im Falle des Gerichtsweges wurde angeboten.***

Da es sich beim Heimvertrag um ein Dauerschuldverhältnis handelt, sind die Kündigungsbestimmungen anzuwenden, die zum Zeitpunkt der Sachverhaltsverwirklichung gelten. In diesem Falle war deshalb die Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten. Diese Übergangsvorschrift des Heimvertragsgesetzes entspricht den allgemeinen Grundsätzen der Auswirkungen auf Dauerschuldverhältnisse durch neue rechtliche Bestimmungen.

Hinsichtlich der Herausgabe des Lösungswortes wurde die Tochter der Sachwalterin dahingehend aufgeklärt, dass dieses aus Datenschutzgründen nur der Sachwalterin ausgehändigt werden darf.

Aus dem Anwaltschreiben konnte ein außerordentlich persönliches Zerwürfnis der Parteien entnommen werden. Zu den Vorwürfen wurde einzeln Stellung bezogen und damit bestätigt, dass sie bestehen. Die Toilettengänge seien zu gefährlich, die Nachtruhezeit könne durch Fernsehen verlängert werden, etc. Im Gespräch mit der Pflegeplatzbetreiberin wie auch mit der Anwältin wurde beharrlich mit sachgerechtem Verhalten argumentiert und wurden weitere erbschaftsrechtliche Recherchen gegenüber der Sachwalterin angekündigt.

Nach weiterer Abklärung beim Amtstag des zuständigen Gerichts hat die Sachwalterin nach Abzug der „Überzahlungen“ und Abzug der Anwaltskosten das aushaftende Entgelt beglichen.

Auf eine Entgeltminderung bei entsprechendem Ergebnis der Überprüfung wollte die Sachwalterin nicht eingehen, da sie sich keinesfalls auf ein Gerichtsverfahren einlassen wollte.

**Verständnis der „Pflege“ in menschlicher Hinsicht fehlt.**

*Die Amtspflegefachkraft hat bei der Pflegeüberprüfung festgestellt, dass die körperliche und leibliche Versorgung auf dem gegenständlichen Pflegeplatz zwar in Ordnung ist, es jedoch am Verständnis der „Pflege“ in menschlicher Hinsicht fehlt. Es wird auch von „PatientInnen“ und nicht von „BewohnerInnen“ gesprochen. Bestätigt hat sich auch das fehlende Verständnis für Toilettentraining.*

*Die Betreiberin fühlte sich auch bei der Überprüfung persönlich angegriffen, wobei jedoch auch hier ein Einvernehmen hergestellt werden konnte.*

**Das Pflegeverständnis liegt vielmehr in einer strengen Reglementierung der Aktivitäten, die als Qualität der Pflege angesehen wird. Individualität als Ziel der Pflege wird nicht erkannt, weshalb auch Einschränkungen in der individuellen Alltagsgestaltung der betreuten BewohnerInnen vorliegen.**

Vereinbart wurde, dass zur Verbesserung der Versorgungssituation die Betreiberin bei der Entwicklung zur bedürfnisorientierten Versorgung für die BewohnerInnen entsprechend unterstützt wird. Hinsichtlich der Nachtruhezeit bzw. der festgestellten mangelnden Besuchszeitenregelung sowie der mangelhaften Dokumentation erging ein Mängelbehebungsauftrag.

## PFLEGEPLÄTZE

---

### **Bewilligung auf Grund neuer gesetzlicher Grundlagen**

Pflegeplätze dürfen nach den neuen Bestimmungen des Pflegeheimgesetzes nur mit Bewilligung der Bezirksverwaltungsbehörde eingerichtet werden, wobei für bestehende Pflegeplatzbetreiber eine Übergangsbestimmung aufgenommen wurde, die es ermöglicht, innerhalb eines Jahres nach Kundmachung des Gesetzes (Oktober 2004) um eine Bewilligung anzusuchen. Bestehende Pflegeplätze dürfen bis zur rechtskräftigen Entscheidung weitergeführt werden.

*BewohnerInnen bis zur Pflegestufe 7 werden auf Pflegeplätzen betreut.*

Vorzustellen ist die Feststellung, dass die Ausbildung des Heimhelfers zum Betrieb eines Pflegeplatzes eine zu niedrig qualifizierte Anforderung darstellt. Zum anderen sollte die Bestimmung, dass Tätigkeiten, die nur durch die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe ausgeübt werden dürfen auch sicherzustellen sind, klarer formuliert werden. Dazu ist es notwendig, eine Einschätzung der Pflegebedürftigkeit durch dazu qualifiziertes Personal vorzusehen. Wie bekannt ist, werden auch auf Pflegeplätzen BewohnerInnen bis zur Pflegestufe 7 betreut.

Im Sinne eines einheitlichen Verfahrensablaufes und zur Kenntnis der Rechtslage für PflegeplatzbetreiberInnen hat die Bezirkshauptmannschaft Deutschlandsberg eine Informationsbroschüre für die BetreiberInnen und einen Leitfaden zur Durchführung der Verfahren für Pflegeplätze herausgegeben. Diese hervorragende Anleitung wurde den Bezirksverwaltungsbehörden steiermarkweit zur freien Adaptierung zur Verfügung gestellt. Inwieweit dieses Angebot angenommen wurde, ist noch nicht bekannt.

**Vorgeschlagen wird, dass diese Leitfaden verpflichtend als standardisiertes Verfahren für die Steiermark zu verwendet werden muss.**

## EINSATZ VON MOBILEN DIENSTEN

---

Beschwerden über MitarbeiterInnen der Mobilen Dienste oder über die Trägerorganisationen liegen der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft nicht vor.

## Kostenübernahme von WachkomapatientInnen

---

Die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft wurde mit dem Anliegen kontaktiert, dass die Kosten für WachkomapatientInnen am Geriatrischen Gesundheitszentrum Graz (GGZ) vom Sozialhilfeverbänden nicht immer übernommen werden. In diesen Fällen fallen die Kosten auf die Betroffenen bzw. auf die Angehörigen zurück.

**Eine Strukturerhebung hat ergeben, dass neben der Wachkomastation im Geriatrischen Gesundheitszentrum Graz auch in sehr vielen Pflegeheimen Menschen im Wachkoma versorgt und betreut werden.**

Hilfeempfänger haben nach § 13 des Sozialhilfegesetzes das Recht, die für Sie in Frage kommende Einrichtung zu wählen. Damit verbunden ist eine Obergrenze des Tag-satzes.

### § 13 (1) StSHG:

Anspruch auf Übernahme der Kosten oder Restkosten der Unterbringung in einer stationären Einrichtung haben jene Personen, die ihren Lebensbedarf aufgrund ihrer Pflege oder Betreuungsbedürftigkeit sonst nicht in zumutbarer Weise ausreichend decken können. Die HilfeempfängerInnen sind berechtigt, unter den für ihre Bedürfnisse in Frage kommenden Einrichtungen zu wählen; die Übernahme der Kosten erfolgt aber nur im Rahmen der festgelegten Obergrenzen.

**Die Kosten für die spezielle Versorgung von Menschen im Wachkoma auf der Wachkomastation belaufen sich derzeit auf rund €6.500 Euro monatlich (täglich €214,70).**

Im Gegensatz dazu beträgt das Pflegegeld der Pflegestufe 7 monatlich € 1.531,50 und kostet im Vergleich dazu ein Pflegeheim der Kategorie I bei einer Pflegestufe 7 monatlich rund 2.900,-- Euro (ohne jegliche Zusatzleistungen, wie Ergotherapie, Pysiotherapie, Wäscheversorgung etc.).

Alternativ eine kostengünstigere Versorgung über die Anstaltspflege zu sichern, ist ebenfalls nicht möglich. Damit die Sozialversicherungsträger die Kosten bei Betroffenen im Wachkoma übernehmen, müsste Anstaltsbedürftigkeit nach § 144 ASVG gegeben sein. Liegt diese nicht mehr vor, stellt sich die Frage der Versorgungsalternativen: GGZ, Pflegeheim oder zu Hause. Die Sozialversicherungsträger tragen nur dann die Kosten bei Menschen mit Wachkoma, wenn ein Akutgeschehen, welches ansonsten eine Aufnahme in einem Krankenhaus bedingt, dazukommt. Diese Tage der medizinisch indizierten Versorgung werden dann von den Sozialversicherungen auch im GGZ übernommen.

**Nach Informationen der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft werden von einigen Sozialhilfeverbänden die erhöhten Kosten nach dem Tarif der Landesverordnung für das GGZ sehr wohl übernommen. Eine Begründung des unterschiedlichen Zuganges zur Kostenübernahme konnte nicht gefunden werden.**

## **Sicherstellung der adäquaten Ernährung bei der Versorgung der BewohnerInnen in Pflegeheimen**

---

Zum Thema Sicherstellung einer adäquaten Ernährung in Pflegeheimen wurden über ein Projekt 418 BewohnerInnen in 5 Pflegeheimen in der Steiermark analysiert. Das Projekt dauerte 6 Monate und wurde von Herrn Prim. Dr. Stoisser, Ärztlicher Leiter vom Geriatrischen Gesundheitszentrum Graz in Zusammenarbeit mit einer Fremdfirma geleitet. Im Ergebnis wurde festgestellt, dass zum Zeitpunkt der Analyse 27 % der BewohnerInnen mangelernährt waren.

Waren BewohnerInnen mit Ernährungsproblemen vor einigen Jahren noch PatientInnen eines Krankenhauses, ist es heute Standard, diese Betreuung und Versorgung im Pflegeheim durchzuführen. Es ist daher unumgänglich, dass eine Professionalisierung und Systematisierung sichergestellt werden muss. Die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft hat dazu eine Fachmeinung eingeholt.

*bedarfsgerechte  
Kalorien- und Nährstoff-  
zufuhr*

Eine bedarfsgerechte Kalorien- und Nährstoffzufuhr ist Voraussetzung, um die Pflege und Betreuung sicherzustellen. Zum Ausgleich von Defiziten müssen Ernährungsprobleme rechtzeitig erkannt werden. Um diesen entgegenzuwirken müssen diplomierte DiätassistentInnen und ernährungsmedizinische BeraterInnen (EMB) miteinbezogen werden.

- Wichtig sind Beobachtungen im Pflegealltag, um durch Vorsorgemaßnahmen einer **Mangelernährung** entgegenzuwirken.
- Routineerfassungen des Ernährungszustandes, das sind einfache Parameter wie **Gewichtskontrolle und Verlaufsbeobachtung**.
- Zu bedenken ist, dass die Mangelernährung neben anderen Komplikationen auch einen eigenständigen **Risikofaktor für Dekubitus** darstellt. Chronische Wundpatienten weisen einen deutlich höheren Verbrauch an Energie, vor allem an Eiweiß, Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen auf.
- **Beobachtungen und Aufzeichnungen**, ob verringerte und unzureichende Nahrungsaufnahme gegeben ist; diese können entstehen durch:
  - einseitige Essgewohnheiten, nachlassender Appetit
  - Probleme beim Kauen, Schlucken und Verdauen
  - Krankheiten, Medikamente
  - altersbedingte psychologische Veränderungen
  - geistige und psychische Beeinträchtigungen
  - Defizite in der Mobilität

Zur Prävention von Mangelernährung sind auch **ernährungstherapeutische Maßnahmen** notwendig:

- Optimierung des Nahrungsangebotes (leicht verdaulich)
- Steigerung der Mahlzeitenfrequenz (5-6 Mahlzeiten pro Tag)
- Veränderungen der Konsistenz (weich, breiig, gemixt...)
- Appetitfördernde Maßnahmen (Vorlieben, appetitlich angerichtet, Zuwendung, orale Stimulation)
- Kalorien- und Eiweißanreicherung des herkömmlichen Speisenangebotes

*Kann der Nährstoff- und Kalorienbedarf nicht mehr durch die übliche Ernährungsform sichergestellt werden, sind **flüssige Zusatznahrungen** notwendig.*

*Gezielte und rechtzeitige Interventionsmaßnahmen können das Risiko einer Mangelernährung verringern, wobei darauf zu achten ist, dass bei Pflegebedürftigen in schlechtem Ernährungszustand interdisziplinäre Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation getroffen werden müssen.*

*Schulungen für das Pflegepersonal, Schulungen für Köche, Sicherstellung verschiedener Zusatz- und Trinknahrungen durch das Pflegeheim, interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Dipl. DiätassistentInnen und ernährungsmedizinischen BeraterInnen.*

Die Gewährung stationärer Versorgung in einem Pflegeheim beruht auf privatrechtlichen Vereinbarungen zwischen den BewohnerInnen und den jeweiligen Heimträgern. Da die rechtlichen Bestimmungen nicht immer klar und bestimmt formuliert sind, gestaltet sich die Beziehung zwischen Heimträgern und HeimbewohnerInnen nicht immer konfliktfrei und sind häufig Gründe für Anfragen an die PatientInnen- und Pflegeombudschaft.

### **Rechtsverständnis der PH-Betreiber**

Viele Heimbetreiber sind mit den rechtlichen Grundlagen überhaupt nicht vertraut. Wenn sie zumindest über die Existenz des Heimvertragsgesetzes Bescheid wissen, fehlt es oft an den inhaltlichen Kenntnissen. Im Besonderen trifft dies auf die Schriftlichkeit des Vertrages zu, obwohl dies bereits durch das Pflegeheimgesetz reglementiert ist.

Die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft hat daher eine Umfrage an die Bezirksverwaltungsbehörden gestellt, ob von den Behörden der Vertrag auf seine Schriftlichkeit und seinen Inhalt geprüft wird. 12 Bezirksverwaltungsbehörden haben rückgemeldet, dass sie stichprobenartig prüfen, teilweise inhaltlich oder sich Musterverträge zukommen lassen. Drei davon haben die Prüfung für das kommende Jahr geplant, eine Behörde hat aufgrund der widersprüchlichen Bestimmungen eine Anfrage an die Fachabteilung 11 A gerichtet, wobei die Antwort noch ausständig ist. Von vier Behörden wurde der Vertrag auf Grund fehlender Personalressourcen zumindest in diesem Jahr nicht geprüft.

Von der Stadt Graz wurde auch rückgemeldet, dass der vorgelegte Musterheimvertrag nicht immer mit dem individuell abgeschlossenen Heimvertrag übereinstimmt, vor allem in Bezug auf zusätzliche Leistungsentgelte (Zuschlägen).

### **Überprüfungsmöglichkeiten des Heimvertrages neben der PatientInnen- und Pflegeombudschaft**

- kostenlose Beratung beim Konsumentenschutz
- Überprüfung auf Ersuchen über die Bezirksverwaltungsbehörde in Zusammenarbeit mit dem Konsumentenschutz
- ordentlicher Gerichtsweg

Eine weitere Variante der Überprüfung ist gegeben, wenn die Vertragsprüfung durch die Behörden im Vertrag zwischen Land Steiermark und Heimträgern als vereinbart gilt.

*Durch die vielen Anfragen zum Vertragsrecht wurde festgestellt, dass unzählige Varianten an Verträgen kursieren, von denen weder der eine noch der andere den Mindestanforderungen entspricht.*

*Die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft hat diese Feststellungen an den zuständigen Landesrat weitergegeben und in Zusammenarbeit mit der zuständigen Fachabteilung sowie einem Zivilrechtsexperten einen einheitlich gültigen Musterheimvertrag ausgearbeitet, der den bundesrechtlichen Vorgaben entspricht.*

## **Leistungsverrechnung – Zuschläge bei bezuschussten BewohnerInnen**

---

*Einbett-Zimmer-Zuschläge, Wäschezuschläge u. sonstige Einmalzahlungen lösen viele Beschwerden aus.*

Die **finanzielle Situation von bezuschussten PflegeheimbewohnerInnen** stellt sich wie folgt dar. Nach dem Sozialhilfegesetz gebührt den BewohnerInnen eines Pflegeheimes:

- *bei Anspruch auf (Rest)Kostenersatz zur Sicherung des Aufwandes der persönlichen Bedürfnisse ein Taschengeld.*
- *das heißt, den BewohnerInnen haben 20 % der Pension und die Sonderzahlungen zu verbleiben.*
- *dazu kommen monatlich 10 % der Pflegegeldstufe 3 (derzeit € 41,35), dies allerdings nur dann, wenn die BewohnerInnen PflegegeldbezieherInnen sind.*

### **Wäschezuschläge**

Wäschezuschläge sind nach Meinung mancher Heimbetreiber nicht vom Tagsatz erfasst und müssen von den BewohnerInnen von ihrem Taschengeld abgedeckt werden. Die rechtlichen Grundlagen dazu wurden bereits im Fallbeispiel 2 aufgezeigt.

Wie bereits ausgeführt, konnte auch das Heimvertragsgesetz die Lücke nicht schließen. Die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft hält jedoch daran fest, dass mit der Wäschevorsorgung nur gemeint sein kann, dass das Waschen der den üblichen Lebensverhältnissen angepassten Alltagskleidung - wie auch zu Hause üblich - dazugehört. Jede andere Vereinbarung ist als nichtig anzusehen.

Diese Auslegung wurde auch beim zuständigen Bundesministerium für Justiz hinterfragt und bestätigt, dass mit der Wäscheversorgung die Unter- wie auch die Oberbekleidung gemeint ist.

Dennoch findet man im Musterheimvertrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz ein Widerspruch zu dieser Auslegung. Hierin wird eine Zusatzleistung mit „Waschen und Bügeln der Privatwäsche des Bewohners“ angeboten. Die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft hat diese Unstimmigkeit an das Bundesministerium weitergegeben und es wurde zugesagt, diesen Widerspruch bei der nächsten Novellierung zu bereinigen.

Das Landesgericht für ZRS Graz als Berufungsgericht hat mit seiner Entscheidung GZ: 7 R 106/04s nunmehr festgelegt, dass ein Wäschezuschlag zulässig sei.

Leider konnte kein Ansatz gefunden werden, welche Auswirkungen es hat, wenn der Heimträger eine verbindliche Erklärung nach dem Pflegeheimgesetz abgegeben hat, dass die, für SozialhilfeempfängerInnen, jeweils durch Verordnung verfügten Obergrenzen gelten. Damit verpflichten sich die HeimbetreiberInnen, dass diese Leistung zur Deckung des Lebensbedarfes gehört und nach Ansicht der zuständigen Behörde als abgedeckt gilt.

Wenn das Heimstatut, wie dem Urteil zu entnehmen ist, nur jeweils im laufenden Kalenderjahr gilt und jährlich den wirtschaftlichen Gegebenheiten angepasst werden kann, kann dieser Ansicht gefolgt werden. Allerdings lässt diese Anpassungsklausel keinen Raum für eine Interpretation, dass dadurch jedwede Vertragsänderung zur separaten Verrechnung von Leistungen gedeckt sei.

Die Ansicht des Gerichtes, dass es im Übrigen den HeimbewohnerInnen jederzeit frei stünde, die Inanspruchnahme kostengünstigerer Einrichtung zu wählen, geht weit fehl. Das Gericht hätte sich wohl darüber zu informieren gehabt, welche Pflegeheimstruktur in der Steiermark gegeben ist und dass ca. 60 % der BewohnerInnen von den Sozialhilfeverbänden bezuschusst werden.

**Aufgrund der Recherchen der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft ist davon auszugehen, dass nur „einige wenige“ Pflegeheime die Tagessatzobergrenzenverordnung und die damit verbundene verbindliche Erklärung auch einhalten. Von einer Wahlfreiheit kann dabei nicht mehr gesprochen werden.**

*Die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft sieht jedoch ein Versäumnis der Behörde, die zur Vollziehung der Gesetze und Verordnungen auch die dazu notwendigen Erlässe und Durchführungsbestimmungen vorzugeben hätte. Aufgrund dieser Versäumnisse sind dem Ideenreichtum der zusätzlichen Tarifierfindungen Tür und Tor geöffnet, welche nunmehr auf dem Rücken der älteren Menschen ausgetragen werden.*

Als einen weiteren Ansatz bringt die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft vor, dass das Pensionstaschengeld, welches von den bezuschussten BewohnerInnen derzeit für zusätzliche Leistungsabgeltungen herangezogen werden muss, nach § 13 Abs. 3 und 4 des Sozialhilfegesetzes (LGBl. 29/1998) eindeutig zur Sicherung des Aufwandes für persönliche Bedürfnisse zweckgebunden wurde.

Das bedeutet, dass die HilfeempfängerInnen nicht verpflichtet werden dürfen, ihr Pensionstaschengeld oder die Pensionssonderzahlungen zur Bedeckung der Unterbringungs- und Grundverpflegungskosten einzusetzen.

Der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft ist aber auch verständlich, dass das Gericht sich auf die zivilrechtliche Ebene zurückziehen hat und sozialpolitische Bewertungen außer Betracht lassen muss.

Weder HeimbewohnerInnen noch deren Angehörigen sind langwierige zivilrechtliche Verfahren mit den Heimträgern zuzumuten. Aber auch in Österreich wurde mit dem Heimvertragsgesetz die Klagslegitimation auf Verbände oder Institutionen ausgedehnt worden. Diese wären im Sinne des § 26 KSchG zur Verbandsklage berechtigt, was den Vorteil hätte, dass Mustervertragsbestandteile, Tariflisten, etc. einer neuerlichen gerichtlichen Kontrolle unterzogen werden könnten. Aus Sicht der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft ist dieser Weg im Interesse alter und pflegebedürftiger Menschen notwendig.

*Bis zu einer eindeutigen Regelung muss auch von der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft hingenommen werden, dass Wäschezuschläge verrechnet werden.*

## Einbett-Zimmer-Zuschläge

---

*Auch bei den Einbett-Zimmer-Zuschlägen verhält sich die Kostentragung ähnlich.*

Auch hier ist die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft der Meinung, dass nach den Bestimmungen der Tagsatzobergrenzenverordnung des Landes Steiermark diese, zumindest zum größten Teil, bereits berücksichtigt sind.

§ 3 der Verordnung regelt das Leistungsentgelt, bei deren Ermittlung auch das Einbett-Zimmer berücksichtigt wird. Für die Bewertung eines Einbett-Zimmers sind höhere Punkte anzusetzen, woraus wiederum die Festlegung der Kategorie eines Pflegeheimes resultiert. Im Ergebnis bedeutet dies, höhere Punkteanzahl ist gleich bessere Kategorie und damit verbunden höheres Leistungsentgelt für den Pflegeheimbetreiber.

Von der Ombudsschaft wurde quer durch die Steiermark recherchiert, ob und in welcher Höhe Einbett-Zimmer-Zuschläge verrechnet werden. Bei 49 befragten Pflegeheimen kamen wir zum Ergebnis, dass 11 Heime keinen Zuschlag verrechnen. Bei den restlichen Heimen belaufen sich die monatlichen Zuschläge jedoch auf 90 bis 300 Euro.

Mitte 2005 haben auch die bis dahin keine Einbett-Zimmer-Zuschläge verrechnenden Heimbetreiber an die BewohnerInnen ein Schreiben ausgeschickt, dass sie im Hinblick ihrer wirtschaftlichen Lage gezwungen sind, Einbett-Zimmer-Zuschläge zu verrechnen. Begründet wurden die Zuschläge damit, dass die Tag- und Pflegesätze seit 1998 nicht mehr erhöht wurden und die laufend steigenden Kosten ein Überleben eines Pflegeheimes unmöglich machen. Zwischenzeitlich wird fast in allen Heimen ein Zuschlag verrechnet.

### Es wurden insgesamt 49 Pflegeheime befragt:

45 Pflegeheime Kat. I

10 PH haben keinen Zuschlag

35 PH Zuschlag i.d.H.v.

tgl. von 4,-- bis 10,-- Euro	Durchschnitt tgl.:	€ 5,23
mon. von 90,-- bis 300,-- Euro	Durchschnitt mon.:	€ 153,20

4 Pflegeheime Kat. II

1 PH hat keinen Zuschlag

3 PH Zuschlag i.d.H.v.

tgl. von 3,-- bis 4,13 Euro	Durchschnitt tgl.:	€ 3,38
mon. von 90,-- bis 123,90 Euro	Durchschnitt mon.:	€ 101,00

Detailliste siehe Anhang

Führt man den Gedanken wiederum darauf zurück, dass die zusätzlichen Verrechnungen bei BewohnerInnen, die einen Anspruch auf (Rest)kostenübernahme haben zu Lasten des Taschengeldes gehen, sollte man sich bewusst machen, wieviele Zuschlagsarten es gibt und wie viel an Taschengeld wohl tatsächlich zur Abdeckung der persönlichen Bedürfnisse verbleibt.

Auch wenn die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft den wirtschaftlichen Aspekten der Heimbetreiber folgen kann, muss dazu die Argumentation zum Thema Wäschezuschlag wiederholt werden.

**Fazit:**

*Bis zu einer eindeutigen Regelung muss auch hier hingenommen werden, dass Einbett-Zimmer-Zuschläge verrechnet werden.*

Angesichts der gesamten Sachlage sollen auch die SelbstzahlerInnen nicht völlig unerwähnt bleiben. Es ist davon auszugehen, dass bei PflegeheimbewohnerInnen, die gerade noch für ihre Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit selbst aufkommen können, eine vergleichbare knappe finanzielle Situation vorherrscht.

## Einmalige Leistungen und Beiträge \_\_\_\_\_

**Eintrittsgelder und Gelder, denen keine begründete Gegenleistung gegenüberstehen, sind gemäß § 27d KSchG gesetzeswidrig.**

Dazu ist grundsätzlich festzuhalten, dass Gelder, die ohne Gegenleistung verrechnet werden, rechtswidrig sind. Besonders beliebt sind jene einmaligen Beträge, die so manche HeimbewohnerInnen vorab schon bezahlen mussten, um überhaupt einen Platz im Heim ihrer Wahl zu bekommen. Diese Beträge können jedoch zurück verlangt werden!

Gleiches gilt für **Renovierungs- oder Sanierungskostenbeiträge**, für welche HeimbewohnerInnen nicht aufzukommen haben.

## Entgeltminderung \_\_\_\_\_

- **bei Abwesenheit von HeimbewohnerInnen von mehr als drei Tagen**
- **dann ex lege Entgeltminderung ab dem ersten Tag der Abwesenheit**
- **bei Krankenhausaufenthalten, Kuraufenthalten aber auch bei Urlaub.**

Die Entgeltminderung muss in dem finanziellen Ausmaß erfolgen, was sich der Heimträger durch die Abwesenheit von BewohnerInnen erspart. Zu beachten ist hierbei jedoch, dass Heimbetreiber gewisse Leistungen weiterhin anbieten müssen und der Ausfall eines Bewohners keine wesentlichen Änderungen bewirkt. Dies betrifft vor allem die Pflegeleistungen, die in der Zeit auch anderen BewohnerInnen zukommen müssen. Solche Fixkosten für Pflegepersonen können regelmäßig nicht gemindert werden. Haben HeimbewohnerInnen in Unkenntnis jedoch das volle Entgelt bezahlt, so kann der überschüssende Betrag zurückgefordert werden. (1431 ABGB).

**Die mangelnde Regelung bei Entgeltminderung wirkt sich vor allem unmittelbar bei SelbstzahlerInnen aus, da diese im Falle der Abwesenheit zu Doppelzahlungen herangezogen werden.**

Wenn der Pflegeheimbetreiber im Abwesenheitsfall die Entgeltforderung nicht auch an das Ruhen des Pflegegeldanspruches anpasst (das Pflegegeld wird bei Aufnahme in ein Krankenhaus oder bei einem Kuraufenthalt ruhend gestellt), bedeutet dies für die BewohnerInnen, dass sie, obwohl sie keine Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, neben den Unterkunfts- auch die Pflegekosten abzüglich der Entgeltminderung bezahlen müssen. Dazu kommt, dass diese BewohnerInnen auch den Kostenbeitrag gemäß § 35 a KALG für den Krankenhausaufenthalt zu begleichen haben.

*Entgeltminderungen werden in der Höhe von 1 Euro bis zu einem Minus von 10 % des Entgeltes (Grundentgelt und Pflegeentgelt) gewährt.*

Auf Grund der gehäuften Beschwerden in diesem Punkt wurde von der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft eine Rechtsmeinung von Prof. Dr. Ganner, Institut für Zivilrechtssachen in Innsbruck eingeholt und in einer Expertise für die RichterInnenvereinigung folgendes festhält: „Die Berechnung der Abwesenheitsvergütung muss grundsätzlich für jede Einrichtung im Einzelnen erfolgen, weil aufgrund der Größe der Einrichtung, der Organisationsstruktur, allenfalls auch der Dienstverträge die tatsächlichen Einsparungsmöglichkeiten differiert werden. Eine Pauschalierung pro Einrichtung wird aber sicherlich zulässig sein. Zumindest für die Kostenkategorien „Unterkunft“ und „Verpflegung“ können hier wohl hilfsweise die Österreichischen Hotelvertragsbedingungen herangezogen werden. Dort heißt es für den Fall der Nichtinanspruchnahme der vereinbarten Leistung oder Stornierung:

*„Die deutsche Rechtsprechung spricht bei vergleichbarer Rechtslage eine tägliche Preisminderung für HeimbewohnerInnen zwischen 4 bis 25 Euro zu.“*

„Der Beherberger muss jedoch in Abzug bringen, was er sich infolge Nichtinanspruchnahme seines Leistungsangebots erspart oder was er durch anderweitige Vermietung der bestellten Räume erhalten hat. Erfahrungsgemäß betragen in den meisten Fällen die Einsparungen des Betriebes infolge des Unterbleibens der Leistung 20 Prozent des Zimmerpreises sowie 30 Prozent des Verpflegungspreises“.

Aus diesem Zusammenhang heraus lässt sich erkennen, wie wichtig es ist, Pflege- und Betreuungskosten, Grund- und Sonderleistungen im Detail aufzulisten, um zu einer seriösen, der Kostenwahrheit entsprechenden Entgeltminderung zu kommen.

*Auch hier fehlt der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft eine einheitliche Regelung durch die zuständige Behörde. BewohnerInnen haben einen Rechtsanspruch auf Entgeltminderung, auf die rechtsgültig auch nicht im Vorhinein verzichtet werden kann.*

## Personalstand und Überprüfung in Pflegeheimen

Massive Beschwerden werden an die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft hinsichtlich der personellen Ausstattung von Pflegeheimen herangetragen. Insbesondere geht es zum einen darum, dass zu wenig Personal vor Ort sei bzw. dass „ausländisches“ nostrifiziertes, der deutschen Sprache kaum mächtiges Personal in einigen Heimen da sei und die alten Menschen diese nicht verstehen könnten.

Die derzeitige Situation aufgrund der Personalschlüsselverordnung ist nicht zufriedenstellend. Nicht nur, dass der festgelegte Personalschlüssel aus Gründen der Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation sowie aufgrund besonderer regionaler Verhältnisse um 10 % unterschritten werden darf, finden keine Ersätze für Abwesenheiten wie Urlaub, Abbau von Überstunden, etc. Berücksichtigung. Es wird auch nicht auf die Mindestanzahl an Dienstposten zur Sicherstellung des Dienstes bei verpflichtender Rund-um-die-Uhr Betreuung eingegangen.

Zu unterscheiden ist aber auch zwischen öffentlich/- oder privatgemeinnützigen Heimen, die meist mehr als 20 % an Personal über den Personalschlüssel vorhalten, und privat/gewinnorientierten Pflegeheimen, die sich eher an der unteren Grenze der Personalausstattung bewegen, sodass sich in der Praxis eine Differenz in der Personalausstattung von ca. 20 – 30 % ergibt.

*Die Personalschlüsselverordnung regelt das Verhältnis der Pflegebedürftigen nach deren Pflegebedürftigkeit zur Anzahl des Pflegepersonales.*

**Nach der Personalschlüsselverordnung fehlen die zusätzlichen Ressourcen aus Zeitausgleich für geleistete Nachtdienste, Vertretungen für abwesendes Personal aus Urlaub, Krankenstand, Nebenbeschäftigung, etc.**

**Ebenso unberücksichtigt sind die Personalansätze, die dazu notwendig sind, um jederzeit genügend geeignetes Personal für den „sonstigen Heimbetrieb“ nach § 8 (5) StPHG 2003 zur Verfügung zu stellen.**

Die PersonalschlüsselVO gibt lediglich ein Mindestpersonalerfordernis für Pflege und Betreuung vor. Dass es sich nur um Personal für die Pflege handelt, ergibt sich daraus, dass bei Hilfskräften (Mischdienst) nur die tatsächlich erbrachten Stunden in der Pflege und Betreuung zu berücksichtigen sind.

- Kommt es zu keiner Überprüfung des Personalstandes für den „sonstigen Heimbetrieb“, besteht systemimmanent die Gefahr, dass dieses Personal zu dem für die Pflege und Betreuung vorgeschriebenen „Personalschlüssel“ hinzugerechnet werden kann.
- Bei fehlender qualitativer und quantitativer Personalbesetzung wird dies in den Prüfberichten der Pflegesachverständigen aufgenommen und mit Auflagen und Fristen versehen. Dennoch wird, oft zukünftig ausgesprochen und bescheinigt, dass keine Gefahr für Gesundheit oder Leben gegeben sei.

Die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft ist jedoch der Ansicht, dass bei organisatorischen und pflegerischen Struktur(mängeln), sehr wohl einen Missstand gegeben ist und daher diese Aussage, dass keine Gefahr für Gesundheit oder Leben gegeben sei, erst nach Erfüllung der Mängel ihre Berechtigung hat.

In Wahrheit kann mit dem Mindestfordernis nach der PersonalschlüsselVO der Heimbetrieb nicht immer sichergestellt werden, besonders in kleineren Heimen, in denen aufgrund der Pflege-Abhängigkeit der BewohnerInnen, z.B. bei Pflegestufe 6 oder 7, eine Rund-um-die-Uhr Betreuung lt. Pflegegeldgesetz erforderlich ist.

## Fallbeispiel 7:

**Betreuung von psychisch Kranken oder psychisch Behinderten:**

**Aufgrund eines Anlassfalles wird eingehend auf den Zweck des Zuschlages für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Behinderung eingegangen.**

**Ausgehend von einem Beschwerdebrief** des Sachwaltervereines vom 22.11.2004 über das Pflegeheim Gerontopsychiatrie B.V. mit den Hauptbeschwerdepunkten

- verschlossener Eingangsbereich
- Lage des Pflegeheimes, das sich direkt an der Gemeindestraße befindet ohne Sicherung durch einen Zaun
- Besorgnis erregend geringer Personalstand
- anscheinende Nebenbeschäftigung der Heimbetreiberin (Pflegedienstleitung) und deren häufige Abwesenheiten ohne Stellvertretung
- Zuschläge für psychisch Kranke, denen keine wahrnehmbare Gegenleistung gegenübersteht

wurde von der **PatientInnen- und Pflegeombudschaft ein Fragenkatalog** an die Behörde mit dem Ersuchen um Klärung übermittelt. Von der Behörde hat am 20.12.2004 eine unangemeldete Überprüfung stattgefunden, wobei festgestellt wurde, dass der Eingangsbereich versperrt und die Pflegedienstleitung nicht anwesend war. Für Auskünfte stand der Gatte der Betreiberin, Herr P. zur Verfügung. Insgesamt haben sich sämtliche **Hauptbeschwerdepunkte** des Sachwaltervereines bestätigt und darüber hinaus noch **weitere Mängel** und Unzulänglichkeiten ergeben:

- Medikamentenlagerung
- Verschlossener Eingangsbereich
- ungeeignete Außenanlage und damit verbundene freiheitsbeschränkende Maßnahmen
- kein eigentlicher Therapieraum
- fehlende Personalbesetzung, sowohl qualitativ als auch quantitativ
- Nebenbeschäftigung, Stellvertretung
- kein nachvollziehbares Pflege- und Betreuungskonzept
- lückenhafte und teilweise nicht nachvollziehbare Pflegedokumentation
- fehlende fachärztliche Versorgung und fehlende unterzeichnete ärztliche Anordnungen.

Im Anlassfall handelt es sich um ein gerontopsychiatrisches Pflegeheim, welches aufgrund seiner Lage (vor dem Haus führt die Gemeindestraße vorbei, hinter dem Haus führt ein steiler Abhang zur höchsten Absturzgefahr) und der nicht vorhandenen Sicherheitsmaßnahmen für das sensible Klientel, die an einer psychiatrischen Erkrankung leiden, als äußerst gefährlich erscheint und aufgrund dieser Gegebenheiten von der Betreiberin der Eingangsbereich verschlossen gehalten wird. Mit dem Verschlossenhalten des Eingangsbereiches ist eine freiheitsbeschränkende Maßnahme verbunden, welche rechtswidrig ist, da es nicht angehen kann, dass BewohnerInnen das Haus aufgrund der Steillage nicht verlassen können bzw. RollstuhlfahrerInnen nur in Begleitung die Möglichkeit haben sich außer Haus zu bewegen.

**Es ist unumgänglich, die gesamte Außenanlage durch einen Sachverständigen bezüglich der Sicherheit begutachten zu lassen.**

Nach Rücksprache mit der Behörde und Einsichtnahme in die Erstbewilligung musste festgestellt werden, dass das Augenmerk lediglich auf die Lage der Zimmer gelegt wurde. Für BewohnerInnen, die an einer psychischen Krankheit oder geistigen Behinderung leiden und daher eine besonders qualifizierte Pflege und Betreuung brauchen, sind aber auch besondere Schutz- und Sicherheitsmaßnahmen unabdingbar. Nach Ansicht der Patienten- und Pflegeombudsschaft wäre daher das Pflegeheim auf Grund der Lage des Hauses überhaupt nicht bewilligungsfähig gewesen.

*Gleichermaßen fehlt eine gleichwertige Stellvertretung bei Abwesenheiten der Pflegedienstleitung. Diese wurde von der Behörde durch eine Auflage bei der Überprüfung am 20.12.2004 eingefordert.*

Was die **Personalsituation** im Pflegeheim betrifft, wurden mit Überprüfungstag vom 20.12.2004 2,5 Dienstposten zur Betreuung von 10 Bewohnern angegeben, die der rein rechnerischen Berechnung nach der PersonalschlüsselVO entsprechen. Dabei sind jedoch weder Abwesenheiten durch Nebenbeschäftigung, Überstunden, Urlaub, Krankheit etc. berücksichtigt und somit abgedeckt. In der Personalberechnung nach der PersonalschlüsselVO scheint auch von der Behörde ein Gedankenfehler vorzuliegen, denn diese Berechnung dient ausschließlich der Ermittlung des Personals für Pflege und Betreuung. Nicht abgedeckt ist hier das Personal für den sonstigen Heimbetrieb gemäß § 8 StPHG. Im Gegenteil, die Betreiberin gibt in ihrer Stellungnahme sogar an, dass sie weder eine Küchenhilfe noch eine Pflegehilfskraft habe.

*Bei der Überprüfung konnten auch keine Dienstpläne vorgelegt werden.*

Völlig offen bleibt im gegenständlichen Fall auch die Frage, wer alle anderen Arbeiten, die zu einem normalen Betrieb eines Pflegeheimes gehören, wie waschen, kochen, putzen der Räume, einkaufen, Bürotätigkeiten, Renovierungsarbeiten und Sonstiges erledigt. § 8 Abs. 5 StPHG verlangt, dass der Träger dafür zu sorgen hat, dass jederzeit geeignetes Personal für die Pflege und für den sonstigen Heimbetrieb zur Verfügung steht.

*Die Verordnung gibt Auskunft darüber, wie viele HeimbewohnerInnen maximal auf einen Bediensteten des Pflegepersonals fallen dürfen.*

Die PersonalschlüsselVO dient lediglich als Anhaltspunkt für eine Überprüfung der Anzahl des Pflegepersonals im Rahmen der Aufsicht. Der Schlüssel berücksichtigt eben nicht den zusätzlichen erforderlichen Zeitausgleich für geleistete Nachtdienste und die nötige Vertretung für abwesendes Personal aus Urlaub, Krankenstand, Nebenbeschäftigung, etc. Diese Ausführungen hat auch das Bundesland Vorarlberg in ihrer Personalverordnung ausdrücklich ausgeführt.

*Nach § 4 Bundespflegegeldgesetz sind für BewohnerInnen der Pflegestufe 5 „Bereitschaftsdienste“ und für BewohnerInnen der Pflegestufe 6 sogar eine „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ vorzuhalten, für welche eine Mindestbesetzung von 5,34 Dienstposten im Vollzeitäquivalent notwendig wäre.*

Im gegenständlichen Pflegeheim werden für 10 Bewohner 2,5 Dienstposten vorgehalten. Auch im genannten Pflegeheim wird eine Bewohnerin der Pflegestufe 6 betreut. Daraus ergibt sich, dass das gesetzliche Versorgungsausmaß mit den angegebenen Personalstand nicht gewährleistet werden kann. Auch wenn, wie die Betreiberin angibt, ihr Arbeitspensum bei 180 % liegt, lässt sich dies, vor allem auch aufgrund ihrer angegebenen Nebenbeschäftigungen nicht durchführen. Ein Einsatz ohne Regenerationsmöglichkeit scheint äußerst bedenklich zu sein. Obwohl die Betreiberin mehrfachen Nebenbeschäftigungen nachgeht, fehlt es an einer gleichwertigen Vertretung. Auch diese Tatsache unterstreicht, dass eine jederzeitige und geeignete Versorgung gemäß dem StPHG nicht gegeben ist. Nebenbei zu bemerken ist auch, dass das Arbeitszeitgesetz bei 2,5 Dienstposten für die geforderte gesetzliche Versorgung nicht eingehalten werden kann, worüber das Arbeitsinspektorat zu informieren ist. Weiters ist festzustellen, dass im gegenständlichen Heim die Betreuung ausschließlich durch Familienangehörige abgedeckt wird. Die anfallenden Pflege- und Betreuungsarbeiten werden scheinbar von allen Beteiligten in Personalunion durchgeführt. Hinzu kommt, dass es sich beim Sohn um einen Schüler handelt, der neben der Schulausbildung am Abend nebenberuflich tätig sein soll. Es ist abzulehnen, dass 10 Bewohner von 2,5 Dienstposten im Familienverband betreut werden, noch dazu wenn auch die therapeutische Betreuung wie hier durch die Betreiberin erfolgt. Eine Befragung der Bewohner, ob sie mit ihrer Versorgung im Heim zufrieden sind, scheint daher alles andere als objektiv zu sein.

Das hier vorliegende **Jahresstundenausmaß der 2,50 Dienstposten mit 4.100 Stunden** könnte wohl auf einem Pflegeplatz als ausreichend angesehen werden, um BewohnerInnen im Rahmen der familiären Pflege eine gute Versorgung zu bieten, nicht jedoch für eine stationäre Einrichtung. Wie angeführt ist in stationären Einrichtungen, in denen eine Versorgung bis zu den Pflegestufen 6 und 7 angeboten wird, eine Rund-um-die-Uhr Betreuung (24 Stunden an 365 Tagen) wegen der Wahrscheinlichkeit einer Selbst- oder Fremdgefährdung vorzuhalten. Bereits aus dieser Versorgungsnotwendigkeit heraus, ist ein höherer und entsprechend qualifizierter Personalbedarf erforderlich.

## Rund-um-die-Uhr Betreuung

---

	Tag	Woche	Monat	Jahr	
<b>VZÄ*) ohne Angabe einer Qualifikation</b>	8,00	40,00	160,00	1.640,00	ohne Berücksichtigung von Urlaub, Krankenstand oder sonstiger Abwesenheiten
<i>Tagesbesetzung = 12 Std. Tag / 12 Std. Nacht (fiktiv: 1 Person) = 24 Stunden</i>	24,00	168,00	720,00	8.760,00	Der Heimträger hat nach dem StPHG dafür zu sorgen, dass für die Pflegeheimbewohner- Innen jederzeit genügend geeignetes Personal für die Pflege und für den sonstigen Heimbetrieb zur Verfügung steht.

### **Stundenabdeckung Vollzeitäquivalent (VZÄ) bzw. Tagesbesetzung in Stunden**

*Rein rechnerisch bedarf es dazu **8.760 Jahresarbeitsstunden.***

Für eine Rund-um-die-Uhr Betreuung bedarf es 8.760 Jahresarbeitsstunden unter Annahme eines Vollzeitäquivalent. Für die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft ergibt sich daraus, dass ein Pflegeheim eine **Mindestheimgröße an BewohnerInnen** haben muss, um Synergien in der Versorgung bei gleicher BewohnerInnenstruktur zu erwirken (es macht keinen nennenswerten Unterschied ob 1 Bewohner der PG 6 einen Nachdienst braucht, oder ob dies 30 BewohnerInnen brauchen).

**Das Bundespflegegeldgesetz sieht für BewohnerInnen der Pflegestufe 5 „Bereitschaftsdienste“ und für BewohnerInnen der Pflegestufe 6 sogar eine „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ vor, für welche eine Mindestbesetzung von 5,34 Dienstposten im Vollzeitäquivalent notwendig wäre.**

### ***Erhöhter Betreuungszuschlag***

Was die Abgeltung des Leistungsangebotes eines Pflegeheimes nach der TagsatzobergrenzenVO betrifft, leistet der Sozialhilfeverband im gegenständlichen Fall für 3 BewohnerInnen jährlich **€33.901,20** als **Betreuungszuschlag für psychisch Kranke oder psychisch Behinderte**. Dies sind um rund **€22.000,-** mehr als für 3 BewohnerInnen, deren Pflege und Betreuung nach den jeweiligen Pflegestufen abgegolten werden.

*Insgesamt werden im gegenständlichen Heim 10 BewohnerInnen versorgt.*

Anzunehmen ist auf Grund der Bezeichnung „Gerontopsychiatrie B.V.“, dass auch für die restlichen BewohnerInnen Zuschläge verrechnet werden, was der Überprüfungsbehörde jedoch nicht vorliegt, da diese Zuschläge mit jenen Sozialhilfeverbänden verrechnet werden, in denen die BewohnerInnen ursprünglich ihren Wohnsitz hatten. Insgesamt ergibt sich daher der Anschein, dass die jährliche Differenz von **€22.000,-** durch die Betreiberin als Mehreinnahme verbucht werden kann.

*keine nennenswerte Gegenleistung*

Der Betreuungszuschlag für psychisch Kranke oder psychisch Behinderte nach § 5 PersonalschlüsselVO bedarf jedoch einer qualitativen und/oder quantitativen Gegenleistung, welche den erhöhten Zuschlag rechtfertigt. Eine nennenswerte Gegenleistung konnte nach den Recherchen im gegenständlichen Fall aber nicht festgestellt werden. Im Gegenteil, es mangelt an erforderlicher Fachpflege, an organisatorischen und personellen Ressourcen und an einer gesetzmäßigen Aufzeichnung der Versorgung in der Pflegedokumentation. Es steht auch keine psychiatrische Diplomkrankenschwester zur Versorgung der BewohnerInnen zur Verfügung, um von einer qualitativ geeigneten Versorgung sprechen zu können. Die Betreiberin hält zudem in ihrer Stellungnahme fest, dass sie eine Psychotherapieausbildung habe und ihre BewohnerInnen daher selbst betreuen kann. Diese Angabe wurde geprüft und festgestellt, dass keine Eintragung in der Psychotherapeutenliste vorliegt, welche Grundvoraussetzung für eine selbstständige Arbeit ist. Dieser Umstand wurde zur Prüfung an das Bundesministerium für Frauen und Generationen weitergegeben.

*Ein Strafverfahren wurde in der Zwischenzeit eingeleitet*

**Aus unserer Sicht ist der MIsstand daher in der Form zu bereinigen, dass ab sofort dafür Sorge zu tragen ist, dass in den Pflegeheimen für den erhöhten Pflege- und Betreuungszuschlag auch die erforderliche Pflege und Betreuung qualitativ wie auch quantitativ für die BewohnerInnen sicherzustellen und von der Behörde nachvollziehbar zu kontrollieren ist.**

*Bei der Überprüfung wurde von der Amtspflegefachkraft festgestellt, dass die Pflege scheinbar nur mangelhaft gegeben ist.*

Hintergrund des erhöhten Zuschlages bildet jedoch der qualitative und quantitative Mehrbedarf der BewohnerInnen. Das heißt, wenn die BewohnerInnen auch in einer niedrigeren Pflegestufe sind, gebührt ihnen bei Nachweis der psychischen Erkrankung der erhöhte Zuschlag. Der durch die nachgewiesene Krankheit erhöhte Pflege- und Betreuungsbedarf (Mehrbedarf) ist durch entsprechend qualifiziertes und vermehrtes Pflegepersonal abzudecken. Die tarifliche Höhe für die Pflege und Betreuung von psychisch Kranken/ Behinderten beträgt gemäß § 5 **TagsatzobergrenzenVO täglich 30,96 Euro**. Dieser Zuschlag liegt finanziell etwas über der Pflegestufe 5, für welche gemäß PersonalschlüsselVO ein Pflegepersonal im Verhältnis 1:2,8 (Personal zu BewohnerInnen) vorzuhalten ist. Es kann daher schon aus Vernunftgründen nur gemeint sein, dass mit dem „psychiatrischen“ Zuschlag, der dem Tagsatz der Pflegestufe 5 entspricht, auch der erhöhte Pflegebedarf für die besonders zu betreuenden BewohnerInnen abgegolten wird. Im Ergebnis ist daher bei der Personalberechnung für psychisch Kranke/Behinderte zumindest der Personalschlüssel für die „Pflegestufe 5“ anzusetzen. Auch wenn in der damaligen Durchführungsbestimmung zu § 5 TagsatzobergrenzenVO vom 18. Mai 1998 nur eine vage und unzureichende Formulierung der Voraussetzungen gefunden wurde, wurde sicher nicht beabsichtigt, Pflegeheimbetreibern eine legale Bereicherungsmöglichkeit zu bieten.

Zur geprüften **Pflegedokumentationen** wurde festgehalten, dass Pflegeprozesse nur teilweise nachvollziehbar sind, dass jegliche Aufzeichnungen einer ordnungsgemäßen Pflegeplanung gemäß GuKG i. d. g. F. § 14, fehlen. Es geht auch nicht klar hervor, ob und wann eine fachärztliche Versorgung in Anspruch genommen wird und es fehlt an ärztlicher Abzeichnung der Medikationen. Insgesamt wurde die gesamte Pflegedokumentation als sehr lückenhaft bezeichnet. Dennoch ergibt sich im Überprüfungsbericht der Amtspflegefachkraft ein Widerspruch in den Ausführungen. Dieser Widerspruch wurde auch von Frau P. mit dem Ersuchen um Klärung angeführt. Einerseits spricht die Amtspflegefachkraft von einer mangelnden Pflege, andererseits hält sie fest, dass die Pflege und Betreuung für die Pflegestufen 6 und sogar 7 gewährleistet wird und offensichtlich keine Gefahr für Leben und Gesundheit der BewohnerInnen besteht. Dies steht jedoch im krassen Widerspruch zu den 2,5 Dienstposten, die nachweislich keine Rund-um-die-Uhr-Betreuung gewährleisten können, obwohl sich eine Bewohnerin mit der Pflegestufe 6 im genannten Pflegeheim befindet. Des Weiteren fehlt es an qualitativ geeignetem Personal, welches für die BewohnerInnen, die einen erhöhten Pflege- und Betreuungsaufwand brauchen, notwendig ist.

*Des Weiteren wurde bei der Überprüfung festgestellt, dass kein nachvollziehbares Pflege- und Betreuungskonzept aufliegt und dass Medikamente falsch gelagert werden.*

Für die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft ergibt sich die Frage, ab wann **Gefahr im Verzug** gegeben ist. Es kann nicht sein, dass diese erst dann eintritt, wenn sich BewohnerInnen aufgrund der Steillage des Hauses verletzt haben. Desgleichen wird darin eine Gefahr gesehen, wenn Medikationen ohne ärztliche Anordnungen verabreicht werden bzw. deren Anordnung nicht nachvollziehbar ist. Auch fehlendes qualitatives wie quantitatives Personal stellen eine Gefährdung für die BewohnerInnen dar. Es gilt daher die Summe der Mängel, die in ihrer Gesamtheit eine ernsthafte Gefährdung für die BewohnerInnen darstellen. Die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft ist nicht der Ansicht, dass abzuwarten ist, bis es zu einer Schädigung kommt, um Gefahr in Verzug feststellen zu können. Gleichzeitig wird diesbezüglich auch auf die Amtshaftung verwiesen.

Als Konsequenz der Beschwerde und Kontrolle wurde von der Betreiberin versucht, eine Bewohnerin zu kündigen. Auch diese Vorgehensweise kann von der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft nicht toleriert werden.

Insgesamt liegen andauernde Nichterfüllungen der Auflagen bereits seit der Erstbewilligung vor. Die ordnungsgemäße Führung der Pflegedokumentation, ein versperrbarer Pflegestützpunkt und eine qualifizierte und erhöhte Personalbesetzung nach §§ 8, 9, 10 StPHG und §§ 5, 14, 15 GuGK sind nicht gegeben. Trotz mehrmaliger Fristen und Auflagen bei den jeweiligen Überprüfungen durch Behörde konnte keine Besserung erreicht werden. Es sollte daher der Betreiberin eine nunmehr endgültige Frist zur Bereinigung der rechtswidrigen Zustände gesetzt werden. Bei Nicht- bzw. Teilerfüllung sollte als „ultima ratio“, die Schließung des Pflegeheimes ins Auge gefasst werden.

- Im Besonderen sind fehlende Gegenleistungen bei der Verrechnung des erhöhten Pflege- und Betreuungszuschlages für psych. Kranke/Behinderte nach § 5 der TagsatzobergrenzenVO aufgefallen. Gemäß der Verordnung gebührt ein erhöhter Zuschlag dann, wenn die psychische Krankheit oder psychische Behinderung nachgewiesen wird und in der Einrichtung die der Erkrankung oder Behinderung entsprechende Pflege und Betreuung sichergestellt wird. Die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft vertritt die Rechtsmeinung, dass diese Sicherstellung eine quantitative und qualitative Gegenleistung zur Abdeckung des erhöhten Pflegeaufwandes bedeutet. Ein vages Erfüllungserfordernis wurde zwar mit den Durchführungsbestimmungen im Mai 1998 vorgegeben. Dieser Erlass ist den Informationen nach nicht mehr gültig, da Erlässe nach den Bestimmungen der Steiermärkischen Landesregierung automatisch nach 3 Jahren ihre Gültigkeit verlieren, sofern sie nicht wiederverlautbart werden. Die Ombudsschaft hält jedoch fest, dass dieser solange als richtungsweisend gilt, bis es zu einer Neuregelung kommt.
- Insgesamt betreut das Pflegeheim 10 BewohnerInnen. Der zuständigen Behörde des Pflegeheimes ist bekannt, dass für drei BewohnerInnen ein Pflege- und Betreuungszuschlag für psych. Kranke und psych. Behinderte (von uns kurz „psychiatrischer Zuschlag“ genannt) mit dem Sozialhilfeverband verrechnet wird.
- Da die Höhe des **psychiatrischen Zuschlages mit 30,96 Euro** in etwa mit der Pflegegeldstufe 5 in Höhe von 28,08 Euro gleichzuhalten ist, hat die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft den Pflegepersonalberechnungen zumindest als quantitative Gegenleistung die Pflegestufe 5 für die 3 BewohnerInnen zugrundegelegt. Für das genannte Pflegeheim ergibt dies einen Personalbedarf von insgesamt 3 Dienstposten und einen quantitativen **Mehrbedarf von 0,5 Dienstposten**.
- Im gegenständlichen Fall werden von der Betreiberin aber lediglich 2,5 Dienstposten für 10 BewohnerInnen, wovon jedoch 3 BewohnerInnen einen erhöhten Pflegeaufwand haben, vorgehalten. Als einzige Gegenleistung gibt die Betreiberin an, dass sie Psychotherapeutin in Ausbildung sei und sie daher besser geeignet sei, ihre BewohnerInnen zu betreuen, als jede psychiatrische Schwester. Die intransparente Darstellung der eigenständigen Berufsausübung in Ausbildung unter Supervision sei nur nebenbei erwähnt.

Aufgrund der Anregung durch die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft wurde darüber in der Zwischenzeit von der Bezirksverwaltungsbehörde ein Strafverfahren eingeleitet.

- Allein aus dem erhöhten psychiatrischen Zuschlag gegenüber der Grundeinstufung nach dem Pflegegeldgesetz ergeben sich für 3 BewohnerInnen bereits **Mehreinnahmen für die Betreiberin** von **jährlich 22.253,60 Euro**. Diese **22.253,60 Euro** werden jährlich vom Sozialhilfeverband und somit aus öffentlicher Hand geleistet, wobei der Summe im gegenständlichen Fall weder eine quantitative noch eine qualitative Gegenleistung für die BewohnerInnen gegenübersteht.
  
- **Ob auch für die restlichen 7 BewohnerInnen ein Zuschlag verrechnet wird, entzieht sich der Kenntnis der zuständigen Behörde, da diese Verrechnung mit dem jeweiligen Sozialhilfeverband des ursprünglichen Wohnbezirkes verrechnet wird. In Folge dessen ergibt sich aus dem Nichtwissen, dass eine Kontrolle über die ausreichende qualitative und quantitative Personalbesetzung durch die Überprüfungsbehörde nicht möglich ist.**
  
- Dass dem erhöhten Pflege- und Betreuungszuschlag für psych. Kranke/Behinderte eine ausreichende quantitative und qualitative Gegenleistung gegenüberstehen müsste und diese Gegenleistung aufgrund der vergleichbaren Höhe zur Pflegegeldstufe 5 mit dem entsprechenden Personalschlüssel abzudecken ist oder diese mit sonst einem nachvollziehbaren qualitativen oder quantitativen Gegenwert anzusetzen wäre, wurde seitens der Behörde überhaupt nicht angedacht. **Die Überprüfungsbehörde kontrolliert den Personalbedarf ausschließlich nach dem Personalschlüssel, nicht jedoch nach den erforderlichen Kriterien für den Zuschlag. Dieses Ergebnis haben die Recherchen bei fünf Bezirksverwaltungsbehörden gezeigt.**
  
- Des Weiteren wurde festgestellt, dass die Personalbesetzung insgesamt lediglich rein rechnerisch nach der PersonalschlüsselVO erfolgt. Im gegenständlichen Heim gibt es außer den 2,5 Dienstposten keinerlei weiteres Personal für kochen, waschen, putzen, Bürotätigkeiten, etc. Das Steiermärkische Pflegeheimgesetz normiert jedoch in § 8 StPHG, dass der Träger eines Pflegeheimes auch dafür Sorge zu tragen hat, das **jederzeit genügend geeignetes Personal** für die Pflege **und für den sonstigen Heimbetrieb** vorzuhalten hat.

- Die PersonalschlüsselVO ist grundsätzlich nur ein Anhaltspunkt einer Mindestpersonalbesetzung in der Pflege und Betreuung und geht weder auf die individuellen Bedürfnisse der BewohnerInnen noch auf Abwesenheiten wie Vertretungen, Zeitausgleich für geleistete Nachtdienste, Urlaub, Krankenstand, noch Rund-um-die-Uhr Betreuung, etc. ein.

Dies wird nach Auskunft der Behörde in der Form auch nicht berücksichtigt und daher auch nicht geprüft.

Die Recherchen zu diesem Pflegeheim hat die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft veranlasst eine vergleichbare Berechnung auch für ein weiteres Heim, welches **134 BewohnerInnen** versorgt, anzustellen. Für alle 134 BewohnerInnen wird der erhöhte Zuschlag geleistet.

- Auch hier wurden die „normalen“ Pflegegeldstufungen (Pflegestufe 1-7 von € 4, 85 bis 51,05) dem psychiatrischen Zuschlag in der Höhe von € 30,96 für die in diesem Heim befindlichen 134 BewohnerInnen gegenübergestellt.
- Die Verrechnung des **psychiatrischen Zuschlages für alle BewohnerInnen** gegenüber der „normalen“ Pflegegeldstufe 1-7 ergibt einen **täglichen Mehrbetrag** in Höhe von **2.817,89 Euro, monatlich 84.536,70 Euro** und **jährlich** in Höhe von **1.028.529,85 Euro**.
- Gemäß der **PersonalschlüsselVO** sind im Pflegeheim für **die 134 Bewohner 23,2 Dienstposten** vorzuhalten.
- Vorgehalten werden nach Angaben laut Behörde **29,8 Dienstposten**. Das ergibt, dass das genannte Heim mit **zusätzlich 6,6 Dienstposten** (jährliche Personalkosten ca. 243.550,40 Euro) über dem Personalschlüssel nach der PersonalschlüsselVO für Pflege und Betreuung liegt.
- Dass den genannten Mehrbeträgen, welche von der öffentlichen Hand geleistet werden (Sozialhilfeverband), im gegenständlichen Fall **monatlich 84.536,70 Euro** und **jährlich 1.028.529,85 Euro** als einzige, zumindest für uns erkennbare **Gegenleistung** für die BewohnerInnen lediglich **6,6 Dienstposten** gegenüberstehen, ist für die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft nicht nachvollziehbar.

- Geht man von einer Personalberechnung für alle BewohnerInnen auf der Grundlage des „**psychiatrischen Zuschlages**“ aus, welche in etwa der Pflegestufe 5 mit 28,08 Euro entspricht, **müssten es 47,94 Dienstposten** sein. Es fehlen somit quantitativ **18,14 Dienstposten**.
- Es muss daher bewusst gemacht werden, dass eine Gegenleistung für die BewohnerInnen nicht nur quantitativ in Personal sondern vor allem auch qualitativ sein muss, um den Bedürfnissen dieser speziellen BewohnerInnengruppe gerecht zu werden.

Auf den ersten Blick scheinen die errechneten Zahlen kaum nachvollziehbar. Es wurde daher um Überprüfung und Rückmeldung ersucht, sollte sich die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft auf Grund der komplexen Materie auf Irrwegen befinden. Bleiben die Berechnungen jedoch nachvollziehbar, sind wir der dringenden Ansicht, dass den Pflegeheimen eine umgehende Bereinigung in der Personalbesetzung aufzutragen ist.

Die derzeitigen rechtlichen Bestimmungen sind aus Sicht der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft sehr vage und ungenau ausgeführt und haben Unsicherheiten und unterschiedliche Vorgangsweisen sowie Unzulänglichkeiten bei den Kontrollvorgängen herbeigeführt.

Auf Grund der gegenwärtigen rechtlichen Lage, scheint es derzeit möglich zu sein, dass findige Betreiber von Pflegeheimen missbräuchlich, am Rande der Legalität, diese Mehrleistungen der öffentlichen Hand für sich vereinnahmen.

# Anregungen zur Novellierung des Stmk. Pflegeheimgesetzes

## **Mindestgröße**

Die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft sieht es als notwendig an, dass Pflegeheime bei der Betreuung von BewohnerInnen mit höherer Pflegebedürftigkeit eine Mindestgröße haben müssen, um Synergieeffekte in der Pflege und Versorgung zu erreichen und eine Rund-um-die-Uhr Betreuung gewährleisten zu können.

## **Einsichtnahme in Pflegedokumentation und Dienstpläne, Anfertigung von Kopien**

Bei Überprüfungen in Pflegeheimen wird den Behörden immer wieder die Herausgabe von Dienstplänen, Pflegedokumentationen, etc. verweigert, was die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft als unzulässig erachtet, da die Einsichtnahme im Kontrollauftrag erfasst ist. Eine Verweigerung ist nur dann zulässig, wenn die Herausgabe willkürlich verlangt wird. Auch Rechtsexperte Prof. *Dr. M. Ganner* (Institut für Zivilrechtssachen in Innsbruck) stimmt dieser Ansicht vollinhaltlich zu und hält fest, dass Behörden in ihrem Wirkungskreis ein gesetzliches Einsichtsrecht zusteht. In der Novellierung sollte daher klar formuliert werden, dass der Behörde die erforderlichen Unterlagen zur Erfüllung ihrer Kontrollaufgaben in Kopie auszuhändigen sind bzw eine kostenlos Kopie zur Verfügung zu stellen ist.

Von der Stadt Graz wurde ebenso um Berücksichtigung dieser Problematik in der geplanten Novellierung ersucht. Auch hier wurde begründet, dass allfällige Unterlagen in Kopie unabdingbar sind, da eine Einsichtnahme vor Ort eine seriöse Auswertung von exakten Analysen oder Bewertungen von Pflegedokumentationen unmöglich machen.

## **Ausbildungsvoraussetzungen für Heimleitung, Pflegedienstleitung und deren StellvertreterInnen**

Gemäß § 8 Abs. 3 StPHG ist von Heimträgern für den Aufgabenbereich Pflege eine Fachkraft aus dem gehobenen Dienst (DGKS) zur Pflegedienstleitung, sowie eine Stellvertretung zu bestellen. Daneben sind aber auch HeimleiterInnen für Organisation, Qualitätssicherung und Leitung zu bestellen.

Auch wenn im Landesgesetz nicht explizit das Ausbildungserfordernis erwähnt wird, kann nur von einer **im GuKG ausgebildeten Leitung** ausgegangen werden. § 26 GuKG beschreibt u.a. die Führungsaufgaben des Pflegedienstes an Einrichtungen, die der Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen. Die darin aufgezählten Führungsaufgaben, insbesondere die Überwachung, Sicherung und Verbesserung der Pflegequalität und der Pflegeorganisation, Führung und Einsatz von Personal wird in § 17 GuKG als ein erweiterter und spezieller Tätigkeitsbereich beschrieben, der eine entsprechende Sonderausbildung gem. §§ 71 und 72 GuKG voraussetzt.

**Das Land Oberösterreich hat ein Pilotprojekt gestartet, eine auf Pflegeheime abgestimmte PflegedienstleiterInnen- und HeimleiterInnenausbildung für Pflegeheime anzubieten. Der Lehrgang für die Pflegedienstleitung wurde im vergangenen Herbst aufgrund fehlender Rechtskonformität mit dem GuKG eingestellt.** Die HeimleiterInnenausbildung wird aber nach wie vor über die ARGE der Alten- und Pflegeheime Oberösterreichs angeboten. Eine fachspezifische Ausbildung erscheint als eine Bedingung, da neben der Pflege und Betreuung auch die Bereiche Administration, Technik und Wirtschaftlichkeit, sowie das Erkennen und Verstehen der Bedürfnisse und Notwendigkeiten dieser besonderen KundInnengruppe in Pflegeheimen sichergestellt werden muss.

Die Frage der qualifizierten Stellvertretung in kleinen Einrichtungen konnte durch eine Rechtsexpertise der Fachabteilung 8A beantwortet werden. Unter Heranziehung vergleichbarer Bestimmungen des Stmk. Krankenanstaltengesetzes, den Bestimmungen des Pflegeheimgesetzes und der Personalschlüsselverordnung wurde festgelegt, dass die Vertretung auch in kleineren Einrichtungen nur durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ausgeübt werden kann. Diese Information wurde dem Dachverband für Alten- und Betreuungsheime weitergeben.

### **Ausbildungsvoraussetzungen für PflegeplatzbetreiberInnen und deren Stellvertretung**

Die Voraussetzungen, einen Pflegeplatz bis zu 4 BewohnerInnen zu betreiben, regelt § 17 StPHG. Als berufliche Voraussetzung ist die Ausbildung zu HeimhelferInnen, oder eine gleichwertige Ausbildung gefordert.

Die Erfahrungen der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft zeigen, dass PflegeplatzbetreiberInnen oft überfordert sind, dies vor allem dann, wenn BewohnerInnen aller Pflege-stufen betreut werden. Es ist allgemein bekannt, dass PflegeplatzbetreiberInnen, BewohnerInnen bis zur Pflegestufe 7 betreuen und damit auch Tätigkeiten, die die Bestimmungen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes berühren, durchführen.

### **geforderte Ausbildungsvoraussetzung für Pflegeplätze**

Ein Pflegeplatz sollte nur dann betrieben werden dürfen, wenn zumindest eine **PflegehelferInnenausbildung** vorliegt und eine DGKS als Aufsicht entweder freiberuflich oder aus den mo-bilen Diensten gesichert ist. Die Stellvertretung muss eine gleichwertig qualifizierte Ausbildung haben.

### **Suchtgift im Pflegeheim**

BewohnerInnen von Pflegeheimen müssen auf Anordnung von Ärzten auch mit Suchtgift versorgt werden. Von den Pflegeheimen ist dazu ein hinlänglicher Vorrat an Medikamenten für BewohnerInnen, die nicht mehr selbstbestimmt sind, zu beschaffen und zu verwahren. Eine Regelung der Kontrolle fehlt jedoch im Pflegeheimgesetz.

#### *Anregung*

- analoge Regelung hinsichtlich des Arzneimittelvorrates aus dem KALG
- Überprüfung der vorschriftsmäßigen Aufbewahrung und Beschaffenheit mindestens einmal jährlich durch den Amtsarzt
- Einbeziehung des Hausarztes
- Vorschreibung von Sicherungsmaßnahmen
- zusätzlich Inhalt des Überprüfungsumfanges der Bezirksverwaltungsbehörde

### **Informationsveranstaltung**

Einen besonderen Stellenwert hat für die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft die Aufklärung und Information aller Beteiligten, die mit den Gesetzen und Verordnungen zum Schutze der Menschen, die auf fremde Pflege und Versorgung angewiesen sind, zu tun haben.

Es wird daher angeregt, regelmäßig verpflichtende Informationsveranstaltungen für Bezirksverwaltungsbehörden und PflegeheimbetreiberInnen zu organisieren, in denen ein Forum des Informationsaustausches geboten werden kann. Viele Fragen und Probleme ließen sich durch einheitlich gesetzliche Interpretationen einfacher und schneller lösen.

## Weitere, zusätzliche, aber unabdingbare Qualitätsanforderungen für ein Pflegeheim

---

### Personal

- Erfüllung des Personalsschlüssels
- Berücksichtigung aller Abwesenheiten wie Urlaub, Zeit ausgleich, Krankheit, etc.
- Ausreichend Personal für Büroarbeiten, Reinigung, Küche, Wäsche, Einkauf
- Ausreichend für den „sonstigen Heimbetrieb“ qualitatives und quantitatives Personal tagsüber wie nachts

Für „nicht ausreichend“ ist jedenfalls eine Pflegeorganisation in der Nacht zu qualifizieren, wenn nachvollziehbar keine ständige Aufsicht und Obsorge durch qualifiziertes Personal gegeben ist, obwohl die Pflegebedürftigkeit und die Pflegeeinstufung dies verlangen würde.

RechtsträgerInnen, die eine Pflege- und Betreuungseinrichtung betreiben, haben für die BewohnerInnen im Pflegebereich einen „**State of the art**“ bereit zu stellen.

Fehlt es an Personal und ist mangelhafte Pflegeorganisation nachvollziehbar, wie zB hinsichtlich der Diensterteilung, regel- bzw. rechtswidrigen Einsatz von Hilfskräften, Dokumentationsdefizite im eigen- und mitverantwortlichen und interdisziplinären Tätigkeitsbereich (§§ 14-16 GuKG), so liegt **Organisationsverschulden** vor. In der Regel werden Rechtsträger von Pflegeheimen im Rahmen des Organisationsverschuldens zur Haftung herangezogen (§ 1299 ABGB).

Der fehlende Personaleinsatz bzw. die Umsetzung einer mangelhaft personellen Strukturqualität entlässt aber auch die Heim- bzw. Pflegedienstleitung nicht aus der Verantwortung, sondern bedingt ein einlassungsfahrlässiges Verhalten. **Den Führungskräften ist aufgrund ihrer fachlichen und organisatorischen Kenntnisse zuzumuten, dass sie über die rechtlichen Grundlagen informiert sind und deshalb auch in der Mitverantwortung stehen.** Um aus der Haftung entlassen zu werden, ist es notwendig, eine Strukturmängelanzeige oder Überlastungsanzeige schriftlich an den Rechtsträger zu richten, um sich vor einer potentiellen Überwälzung eines Organisationsverschuldens im Haftungskonflikt zu schützen.

## Notfallausstattung

Um die Pflege und Betreuung in einem Pflegeheim sicherzustellen, sind nicht nur bauliche Gegebenheiten und diverse Ausstattungen wie Pflegebetten wichtig, sondern es ist ebenso wesentlich, ein **Depot mit diversen Heilbehelfen und Hilfsmittel kostenfrei für die BewohnerInnen zur Verfügung zu haben**, damit vom Pflegepersonal eine sichere Pflege erreicht werden kann.

### *Dringend notwendig ist eine Erst-Notfallausstattung.*

- zumindest ein fahrbares Absauggerät
- eine fahrbare Sauerstoffflasche mit Nasenbrille und/oder verschiedenen Masken
- Ambubeutel mit verschiedenen Masken

## Vermeidung von Pflegeschäden

- eine ausreichende Anzahl von Lagerungskissen
- Antidekubitusmatratzen als Dekubitusprophylaxe- und therapie
- Inkontinenzartikel, Katheter und dazugehörige Ablaufsysteme
- fahrbare PatientInnenstühle
- PatientInnenlifter
- diverse Zusatz- und Sondennahrung zur Überbrückung bis zur Bewilligung durch die Kasse

Die Anzahl der erforderlichen Notfall- und Pflegehilfsmittel sind von den Pflegestufen und dem Allgemeinzustand der zu versorgenden BewohnerInnen abhängig zu machen.

## Kontrollbehörden

---

Die Qualität der Überprüfung ist hinsichtlich der rechtlichen wie auch pflegerischen Ergebnisse auch abhängig von der Anzahl der einzusetzenden Kontrollorgane bzw. Sachverständigen.

### *StPHG (2003) § 14 Kontrolle*

*(1) Die Überwachung der Einhaltung dieses Gesetzes und der aufgrund dieses Gesetzes erlassenen Verordnungen obliegt den Bezirksverwaltungsbehörden. Das notwendige und für die Aufgabenerfüllung qualifizierte Personal ist von der Landesregierung zur Verfügung zu stellen.*

## Kontrollumfang nach dem Pflegeheimgesetz: \_\_\_\_\_

*Stmk PHG 1995*

Pflegeheime und Pflegeplätze unterliegen keinen Kontrollintervallen, diese wurden jedoch mit Erlass der FA 11 A von 1998 und 2000 vorgegeben:

Es sind 2 x jährlich unangemeldete Kontrollen in Pflegeheimen und auf Pflegeplätzen durchzuführen.

*Stmk PHG 2003*

*Pflegeheime unterliegen keinen Kontrollintervallen (§ 14)  
Pflegeplätze hingegen sind gesetzlich 1 x jährlich zu kontrollieren (§ 17 Abs. 6)*

**Personalressourcen  
Amtspflegefachkräfte  
Land Steiermark:**

**3 Sachverständige** der Pflege (seit 1. Juli 2005 – 4 Sachverständige) sind steiermarkweit zuständig für:

- **161 Pflegeheime** mit **8.326 Betten** und
- **215 Pflegeplätze** mit **562 Betten**

**Stadt Graz:**

**2 Sachverständige** der Pflege sind zuständig für

- **19 Pflegeheime** mit **1.396 Pflegebetten** und
- **6 Pflegeplätze** mit **12 Pflegebetten**

Die Daten der Pflegeheime und der Pflegeplätze wurden aus der Sozialdatenbank der FA 11 A am 19. Juli 2005 entnommen, Ausnahme Pflegeplätze Graz, diese Daten wurden am 21. Juli 2005 per E - Mail von der Stadt Graz an die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft übermittelt.

### **Einrichtung einer Schlichtungsstelle**

Aufgabe der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft ist es, BewohnerInnen und Angehörige im Beschwerdefall zu beraten, zu unterstützen und über ihre Rechte zu informieren. Stellt sich in der Bearbeitung der Beschwerde ein vermuteter Mangel heraus, fehlt es an einer möglichen risikoarmen Durchsetzung und Entschädigung.

Aufgrund des steigenden Beschwerdeaufkommens sollte daran gedacht werden, für den Pflegeheimbereich eine privatrechtliche Schlichtungsstelle einzurichten. Bezüglich der näheren Ausgestaltung wie Rechtsform, Finanzierung, etc. bedarf es umfassender weiterer Gespräche. Was die Finanzierung betrifft, wird an eine Übernahme durch die Haftpflichtversicherer gedacht. Der Stand der derzeit bestehenden Haftpflichtversicherungen von gemeinnützigen Pflegeheimen wurde bereits ermittelt.

Zur Absicherung, dass für möglichst viele Betroffene ein Instrumentarium zur Verfügung steht, ist es unumgänglich, die PflegeheimbetreiberInnen zu verpflichten, der noch einzurichtenden Schlichtungsstelle beizutreten. Diese Option sollte auch im Vertrag zwischen Land Steiermark und Heimträgern aufgenommen werden.

## VERANSTALTUNGEN UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT IM JAHR 2004

Neue deutsche Rechtschreibung  
Feber/März 2004  
Fortbildung der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft

Telefontraining  
3.5.2004  
Fortbildung der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft

Patientenvertretungstreffen in Linz  
31.3.2004 – 2.4.2004  
Weiterbildende Tagung

„Schweigepflicht vs. Informationspflicht“  
19.4.2004  
weiterbildendes Seminar bei ARS

Seniorenmesse St. Peter am Ottersbach Steir. Seniorenbund  
4.6.2004  
Öffentlichkeitsarbeit

PatientInnenrechte LKH Stolzalpe  
13.5.2004  
Referat, Öffentlichkeitsarbeit

Tagung der Gerichtsmedizin Alpen-Adria im LSF  
21.5.2004 – 22.5.2004  
Mitveranstaltung

Das Spital in der Zukunft Enquete der Ärztekammer Steiermark  
26.5.2004  
Weiterbildende Tagung

Pressekonferenz im Steir. Presseklub, Bürgergasse 2  
8.6.2004  
Öffentlichkeitsarbeit

Diskurstag GEN-AU – Genomforschung und Medizin:  
Was habe ICH davon? Stadthalle Graz  
17.6.2004  
Öffentlichkeitsarbeit

1.Steir. Hospiz- und Palliativtag  
19.6.2004  
Mitveranstaltung

LSF Aktuelles von der PatientInnen-Ombudsfrau in der Fortbildung für Multiplikatoren  
28.6.2004  
Referat

Vortrag im Pflegeheim Perisutti, Eibiswald  
Aufgaben der steirischen PatientInnen- und Pflegeombudsschaft  
2.7.2004  
Referat

Rotary-Klub „Aufgaben der steirischen PatientInnen- und Pflegeombudsschaft“  
2.9.2004  
Referat

Vortrag zum Thema Patientenverfügungen und Stellvertretung in  
Gesundheitsangelegenheiten von der Offiziersgesellschaft Stmk. Referat Senioren  
Belgierkaserne Strassgangerstrasse 171, Graz  
14.9.2004  
Referat

Aufbau und Erstellung einer österreichweiten Qualitätsberichterstattung im  
Gesundheitswesen Seminarzentrum LSF  
29.9.2004  
Weiterbildende Tagung

Die Gesundheitsreform, Wünsche und Realität  
5.10.2004  
Weiterbildende Tagung

Gutachterworkshop in Bad Waltersdorf  
21.10.2004 u. 22.10.2004  
Mitveranstalter

FGZ Graz, Joanneumring 3, 1. Stock, Aufgaben der PatientInnen- und  
Pflegeombudsschaft  
10.11.2004  
Referat, Öffentlichkeitsarbeit

Ernährungszustand der Pflegeheim-Bewohner in der Steiermark  
10.11.2004  
Weiterbildende Tagung

Führungskräfte tagung Bad Gleichenberg  
11.11.2004 bis 12.11.2004  
Weiterbildende Tagung

ÖGB Frauenservicetag Kosakengasse Fragestunde  
15.11.2004  
Öffentlichkeitsarbeit

Telefontraining  
17.11.2004  
Fortbildung der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft

VAB Arbeitssitzung in Frohnleiten  
3.12.2004  
Öffentlichkeitsarbeit