

III QUALITÄTSSICHERUNG

Vorbemerkung:

In diesem Abschnitt werden – gegliedert nach verschiedenen Themenbereichen – Qualitätsmängel, welche an die WPPA durch Anfragen und Beschwerden herangetragen wurden und überwiegend keine Behandlungsfehler im engeren Sinn sind, dargestellt und gegebenenfalls durch Lösungsvorschläge und Empfehlungen ergänzt. Ebenso werden Probleme aufgezeigt, die der WPPA durch Medienberichte bekannt wurden und bei denen sich in der Folge durch Recherche herausstellte, dass hier grundsätzliche Probleme vorliegen können. Auf eine breitere Darstellung von Behandlungsfehlern wurde in diesem Bericht verzichtet, weil sich die maßgeblichen Sachverhalte meist in dem Berichtsjahr vorangegangenen Zeiträumen abgespielt haben, die endgültige Aufklärung aber erst 2023 stattfand. Diese Einzelfälle sind somit wenig geeignet, aktuelle Mängel des Gesundheitssystems zu bescheinigen. Lediglich um die Arbeitsweise der WPPA zu veranschaulichen, werden einige wenige Fälle, in denen es gelang, namhafte Vergleichsbeträge oder Kostenvergütungen für die Beschwerdeführer*innen auszuhandeln, ausführlicher dargestellt (siehe Abschnitt IV. Verhandlungserfolge/ Behandlungsfehler).

Zu betonen ist, dass nicht bei allen Beschwerden, die an die WPPA herangetragen werden, aufgeklärt werden konnte, ob diese Mängel tatsächlich bestehen, weil z.B. einander widersprechende Darstellungen vorlagen. Das ist auch dann der Fall, wenn Klient*innen nach den ersten Auskünften durch die WPPA diese nicht schriftlich zu einem Tätigwerden ermächtigen oder nicht über den weiteren Verlauf der Angelegenheit (nach der Beratung) informieren. Eine Häufung von gleichartigen Beschwerdethemen rechtfertigt es allerdings nach Ansicht der WPPA trotz allfälliger Aufklärungslücken, diese als Phänomen darzustellen, mit dem man sich näher beschäftigen sollte. Weiters ist zu beachten, dass es Probleme gibt, die mehrere Ursachen haben oder „Querschnittsthemen“ sind (z.B. Personalknappheit → Kommunikationsmängel; Entlassungsmanagement → Transportwartezeiten) und daher eine eindeutige Zuordnung erschweren.

1. Intramurale Mängel

1.1 Personalmängel allgemein/Mehrklassenmedizin

Wie im vorangegangenen Jahr kam es auch im Jahr 2023 häufig zu Beschwerden, die ihre Ursache in Personalmängeln hatten. Diese Knappheit wurde erneut sowohl im ärztlichen Bereich wie auch bei den Pflegekräften von Beschwerdeführer*innen, aber auch den belangten Stellen festgestellt und als kausal für die aufgezeigten Unzulänglichkeiten beschrieben. Lange Wartezeiten, wiederholte OP-Verschiebungen, Bettensperren und Kommunikationsmängel sind eindeutige Symptome einer zu knappen Personalausstattung. Wie weit Personalmängel auch für Behandlungsfehler ursächlich sind, lässt sich naturgemäß nicht eindeutig feststellen, wenn gleich ein Zusammenhang zwischen Zeitdruck und individuellen Fehlleistungen naheliegt.

Die häufigen Beschwerden über OP-Wartezeiten, OP-Absagen und Terminverschiebungen verteilen sich auf alle Spitäler der Stadt Wien recht gleichmäßig, ebenso auch auf zahlreiche Ordensspitäler, und sie betrafen zahlreiche Fachrichtungen (Orthopädie, HNO, Augenoperationen, Onkologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Chirurgie, Urologie, Traumatologie, um die wichtigsten zu nennen). Häufig weichen Patient*innen mit Zusatzversicherung daher auf

Privatkrankenanstalten aus, sodass sich der Vorwurf der Mehrklassenmedizin auch im intramuralen Bereich wiederfindet.

Ein paar Beispiele mögen diese Schlagworte illustrieren:

- a) Einer Patientin mit Flüssigkeitsansammlung in der Bauchhöhle konnte mangels Facharzt in der Klinik, wohin die Rettung sie gebracht hatte, kein Dauerkatheter gelegt werden. Auch eine Anforderung von einer Nachbarklinik funktionierte nicht. Wegen wiederholter Flüssigkeitsansammlung musste diese dann mehrmals punktiert werden. Das Legen des Dauerkatheters dauerte mehr als eine Woche;
- b) Einem Patienten, der mit Kreislaufproblemen und blutigem Durchfall um stationäre Aufnahme in einem Spital der Stadt Wien ersuchte, sei die Behandlung im niedergelassenen Bereich empfohlen worden, weil sonst „kein Platz für die Aufnahme von Herzinfarktpatienten“ sei;
- c) Auf Grund einer personellen Unterbesetzung und erhöhten Patientenaufkommens vergaß eine Mitarbeiterin der Leitstelle den Rücktransport eines für eine kurzfristige Abklärung stationär aufgenommenen Wachkomapatienten zu bestellen, was dazu führte, dass dieser über vier Stunden unbetreut im Wartebereich für Krankentransporte liegen musste;
- d) Eine Patientin, die dringend eine Lendenwirbelsäulen-OP benötigte, sei zunächst von einer städtischen Klinik in eine andere, von dort ans AKH verwiesen worden und habe letztlich die Auskunft erhalten, dass – solange keine Blasen- und Darmfunktionsstörung vorliege – eine extramurale Schmerzinfiltration ausreiche, was jedoch die Schmerzen nicht beseitigte. Letztlich ist sie in einem Ordensspital untergekommen;
- e) Einem Kind wurde vom Hausarzt eine Mandel-OP empfohlen. Trotz Kontaktierung sämtlicher Spitäler der Stadt Wien konnte kein zeitnaher Termin vereinbart werden (z.T. keine Kinder-OP, z.T. Ankündigung von Wartezeiten von mehr als einem Jahr). Letztlich war keine Operation nötig, weil eine von einem Kinderfacharzt empfohlene Therapie die Beschwerden beseitigte;
- f) Einer Patientin, die eine Operation wegen eines Blasenkarzinoms benötigte, wurden aus Personalmangel in zwei Kliniken keine zeitnahen OP-Termine angeboten, sodass sie die Operation letztlich mit hohen Kosten in einer Privatklinik durchführen ließ;
- g) Ein Kind mit starken Bauchschmerzen erhielt im ersten Spital keine Laboruntersuchung, weil der fachlichen Einschätzung nach keine eindeutigen Anzeichen einer Blinddarm-entzündung vorlagen. Nachdem das Kind von der Mutter in ein anderes Spital gebracht worden war, wurde es am selben Tag wegen Appendizitis operiert. Die Mutter führt die Fehleinschätzung des ersten Spitals auf das hohe Patientenaufkommen in der Erstversorgungsambulanz zurück;
- h) Nach einem Finger-Sehnenriss war die konservative Behandlung fehlerhaft bzw. nicht erfolgreich. Die Korrektur-OP im Traumazentrum wurde mehrmals verschoben;
- i) Bei einem Patienten mit schmerzhafter Hodenvergrößerung wurden sowohl im ursprünglich aufgesuchten Spital der Stadt Wien wie auch danach im Ordensspital OP-Termine zwei Mal verschoben, jeweils mit der Begründung Kapazitätsmängel;
- j) Ein lange vereinbarter OP-Termin für ein Kind mit einem schmerzhaften Sakraldermoid (entzündliche Erkrankung der Gesäßfalte) wurde einen Tag vor dem Termin abgesagt, obwohl das Kind blutete und nicht zur Schule gehen konnte; über heftigen Protest kam es dann doch zu einem kurzfristigen Ersatztermin;

- k) Weitere OP-Verschiebungen betrafen Bandscheiben-Operationen (Begründung: Pflegekräftemangel), die Operation eines Tumors in der Ohrspeicheldrüse sowie eine Herzklappen-OP.

1.2 Psychiatrische Versorgung

Der Ärzt*innenmangel im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist notorisch. Allein im Jahr 2022 haben überdies acht Kinder- und Jugendpsychiater*innen die städtischen Spitäler verlassen. Auch im Berichtsjahr wurde die prekäre Situation in mehreren Fällen aufgezeigt, von denen nur zwei hervorgehoben werden sollen:

- a) Ein akut suizidgefährdeter junger Patient in einem Spital der Stadt Wien bekam tageslang weder ein Gespräch mit eine*m Psychiater*in noch – wegen Erkrankung der Psychotherapeutin – eine sonstige Therapie. Ersatz konnte nicht organisiert werden. Erst Interventionen bis zu höchsten Entscheidungsträgern führten zu einem klärenden Gespräch in der Klinik;
- b) Ein suizidgefährdeter Jugendlicher, dessen Mutter eine stationäre Aufnahme in einem Spital der Stadt Wien wünschte, wurde nicht aufgenommen, sondern mit Medikamenten nach Hause geschickt – Begründung angeblich „Platzmangel“. Danach beging er tatsächlich Selbstmord. Ein von der WPPA beauftragter Vertrauensarzt bestätigte zwar die lege-artis-Behandlung, wies allerdings auf die prekäre personelle Situation im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie hin.

Abseits der Kinder- und Jugendpsychiatrie gab es eine Häufung von Beschwerden über leichtfertige vorzeitige Entlassung aus der stationären psychiatrischen Behandlung und ein mangelhaftes Therapieangebot in der Klinik, was auf beträchtliche Kapazitätsengpässe schließen lässt.

1.3 Umgang mit älteren Menschen/würdevolles Sterben/Palliativversorgung

Die Auswirkungen des (Pflegekräfte-)Personalmangels dürften vor allem ältere Patient*innen stark zu spüren bekommen. Beklagt wurde unter anderem das stundenlange Warten ohne Essen und Trinken in Notfallambulanzen, die viermalige Änderung des Behandlungsspitals einer tumorranken älteren Patientin, weil nur tagesklinische Betreuung möglich gewesen sei (letztlich mit tödlichem Ausgang), das Fehlen einer Palliativabteilung in einem großen Gemeindespital, sodass Krebs-Patient*innen in Mehrbettzimmern der onkologischen Station versterben müssten sowie die fehlende Unterstützung von Patient*innen beim Essen, die merkbare Gereiztheit des überforderten Personals und die unzureichende Einhaltung von Hygienevorschriften.

1.4 Versorgung von Long-Covid-Patient*innen

Zahlreiche Beschwerden an die WPPA zeigten, dass Long-Covid-Patient*innen ein grob mangelhaftes Versorgungsangebot beanstanden. Da sich diese Beschwerden sowohl auf den intramuralen wie den extramuralen Bereich beziehen, werden sie im Kapitel „III.3. Sonstiges“ näher dargestellt. An dieser Stelle sei lediglich vermerkt, dass die sukzessive Schließung von Long-Covid-Ambulanzen auf großes Unverständnis stößt.

1.5 Kostenfragen/Medikamentenversorgung

Das Thema Kosten beschäftigte die WPPA im abgelaufenen Jahr immer wieder, wobei es hier häufig zu Überschneidungen des intra- mit dem extramuralen Bereich kommt. Durch die unterschiedliche

Zuständigkeit der Finanzierung entstand unter anderem der Eindruck, dass Patient*innen manchmal zum Spielball zwischen Interessen der Länder (Krankenanstaltsträger; Rettungsdienste) und der Sozialversicherung werden, weil sie vorzugsweise dem jeweils anderen Bereich zur Behandlung zugewiesen werden sollen. Eine beispielsweise Darstellung der Fälle, in denen die WPPA zu Gunsten der Patient*innen erfolgreich intervenieren konnte, umfasst folgende Themen:

- a) Die Verteuerung einer CT-Leistung innerhalb von 10 Monaten um das Dreifache stellte sich nach Intervention als Rechenfehler dar, sodass der Mehrbetrag von knapp EUR 200,- refundiert wurde;
- b) Die Verrechnung von Verunreinigungskosten wegen Wandbeschmierungen eines 13-Jährigen, der in einer Kinderpsychiatrie behandelt wurde, gegenüber seinen Eltern konnte nach Intervention rückgängig gemacht werden;
- c) Für eine schwer alkoholisierte, kaum ansprechbare 21-Jährige hatte ein Elternteil einen Rettungseinsatz angefordert. Nachdem die ÖGK vorerst einen Kostenersatz abgelehnt hatte, konnte letztlich mit dem Argument, die Patientin sei davor schon in psychiatrischer Behandlung gewesen, eine Refundierung erreicht werden;
- d) Einem HNO-Eingriff folgte eine Gesichtslähmung. Die Bewilligung der erforderlichen Psychotherapie-Einheiten durch die ÖGK erfolgte erst nach Intervention, sodass der ursprüngliche Standpunkt, das Kontingent sei erschöpft, revidiert wurde;
- e) Immer wieder kommt es zu Fällen, in denen psychisch kranke Patient*innen mit enorm hohen Spitalskosten belastet werden, weil sich herausstellt, dass sie auf Grund (nicht vorwerfbarer) Versäumung von ÖGK- bzw. AMS-Terminen ihren Versicherungsschutz verloren haben. Bislang zeigte sich der WiGev hier – auch mangels Einbringlichkeit – i.d.R. kulant und verzichtete auf seine Forderung. Eine gesetzliche Regelung wäre aber dringend erforderlich;
- f) Für ein teures neues Medikament (Faricimab-Vabysmo) zur erfolgversprechenden ambulanten Behandlung der altersbedingten Makuladegeneration (AMD) wurde die Kostenübernahme im Bereich der Spitäler der Stadt Wien – entgegen der Situation in den anderen Bundesländern – zunächst abgelehnt; erst mit beträchtlicher zeitlicher Verzögerung und nach Vorlage zahlreicher positiver Expertisen und massiven Interventionen wurde (mit gewissen Einschränkungen) der Kostenübernahme zugestimmt. Bezüglich des ebenfalls erfolgreich für Patient*innen mit „feuchter“ AMD eingesetzten Medikaments Visudyne (photodynamische Therapie) trat wiederum im Jahr 2023 eine vom Großhändler gemeldete Liefereinschränkung auf, welche zur Aufforderung der Priorisierung für bestimmte Patient*innengruppen führte;
- g) g)In seiner Entscheidung über ein deutsches Vorabentscheidungsersuchen entschied der EuGH, dass Patient*innen auf Basis der DSGVO Anspruch auf eine kostenlose Kopie ihrer Krankengeschichte haben. Der WiGev sistierte daraufhin bis zur Entscheidung eines inländischen Parallelfalles durch den OGH die bisherige Kostenersatzpflicht. Offen bleibt, ob sich die Kostenfreiheit auch auf bildgebende Untersuchungen bezieht und ob bereits entrichtete Gebühren zurückgefordert werden können.

1.6 Transgendermedizin

Transgenderpatient*innen beklagten, dass es häufig zu Verzögerungen der geplanten Operationen (Gebärmutterentfernung; Brustentfernung) und damit zu Finanzierungsproblemen mit der befristeten ÖGK-Bewilligung komme. Häufig wird den darüber klagenden Patient*innen geraten,

sich an andere Kliniken zu wenden. Während Berichten zufolge in Deutschland geschlechtsangleichende Operationen in einem Zug durchgeführt würden, werde dies in Österreich nur in Form von mehreren Operationen über einen langen Zeitraum angeboten. Insgesamt entsteht der Eindruck, dass die Versorgung von Transgenderpatient*innen, was das Behandlungsangebot betrifft, verbesserungsbedürftig ist. Darauf wurde schon im Bericht 2020 hingewiesen.

1.7 Entlassungsmanagement

Bei diesem Thema handelt es sich um ein klassisches Schnittstellenproblem zwischen intra- und extramuralem Bereich, weshalb es in die Themengruppe „Sonstiges“ eingereiht wurde.

Empfehlungen:

Ein Großteil der in den oben angeführten Beispielen zum Ausdruck kommenden Strukturprobleme wäre mit einem höheren Personalstand im Bereich der Ärzteschaft, der Assistent*innen und Pflege(fach)kräfte zu lösen. Gäbe es genug Personal, so gäbe es keine Bettensperren, es würden sich die Wartezeiten (in Ambulanzen bzw. auf OP-Termine) verringern und terminisierte Eingriffe könnten pünktlich durchgeführt werden. Könnten alle Bediensteten ihr Wünsche nach Teilzeitarbeit verwirklichen und/oder sich darauf verlassen, dass Dienstpläne verlässlich eingehalten werden, so würde die Attraktivität des Verbleibs im angestellten Bereich steigen, die Drop-out-Quote merkbar sinken.

Die andere Strategie zur Lösung der beschriebenen Probleme wäre, das Patient*innenaufkommen zu verringern, dann käme man auch mit den vorhandenen Ressourcen aus. Gäbe es im extramuralen Bereich ein ausreichendes Angebot an Kassenärzt*innen, so würden Patient*innen nicht leichtfertig in die Spitalsambulanzen stürmen, was eine beträchtliche Erleichterung für die Krankenanstalten mit sich brächte.

Da die Gründe für die Personalknappheit vielfältig sind, reicht eine einzige Maßnahme als Allheilmittel nicht aus. Auch wenn die Ende 2023 paktierte Gesundheitsreform vielversprechende Ansätze enthält, bleibt doch eines der Grundprobleme des österreichischen Gesundheitssystems – die Vielzahl der Player und damit Kostenträger – ungelöst. Es muss daher weiter intensiv diskutiert werden, wie trotz einer realistischer Weise nicht zu beseitigenden föderalistischen Struktur das Ziel der Finanzierung aus einer Hand erreicht werden kann. Dann könnten die einzelnen Sektoren nicht mehr danach trachten, möglichst viele Behandlungen (und damit Kosten) in den jeweils anderen Bereich zu verschieben. Wie weit die im Gefolge des Finanzausgleichs geschlossenen 15a-B-VG geschlossenen Vereinbarungen zwischen Bund und Ländern dieses Ziel erreichbar machen, wird kritisch zu beobachten sein.

Die nachstehenden Empfehlungen versuchen daher, ein Bündel von Maßnahmen aufzuzeigen, welche in Summe eine Entspannung der aktuellen Situation bewirken könnten:

1.) Erhöhung des Personalstandes

Häufig wird argumentiert, dass eine Erhöhung der Studienplätze nicht nötig wäre, wenn es gelänge, einen höheren Prozentsatz der Absolvent*innen des Medizinstudiums in Österreich bzw. vorerst im stationären Bereich zu halten. Angesichts der bevorstehenden Pensionierungswelle der Ärzt*innen und der steigenden

Lebenserwartung der Bevölkerung sowie deren generellen Wachstums, der strikten Arbeitszeitregelungen und des vermehrten Wunsches nach Teilzeitbeschäftigung scheint allerdings eine moderate Erhöhung der Student*innenzahlen trotz der damit verbundenen notwendigen Investitionen erforderlich. Mehr Absolvent*innen bedeuten mehr Konkurrenz, sodass zu erwarten ist, dass dann auch für Mangelfächer leichter Interessent*innen gefunden werden können, aber auch Teilzeitwünsche erfüllbar sind und Dienstplanverlässlichkeit einkehrt. Gleichzeitig müssten Maßnahmen gesetzt werden, um eine sofortige Ausbildung der Absolvent*innen in den Spitälern zu garantieren. Wartezeiten von rund 18 Monaten, wie zuletzt vom WiGev angegeben, sind angesichts des Personalmangels unakzeptabel.

Im Bereich der Pflegekräfte wurde die Zahl der Ausbildungsplätze ohnehin schon erhöht. Hier wird zu beobachten sein, ob sich für diese Ausbildungsplätze genügend geeignete Bewerber*innen finden. Zur kurzfristigen Beseitigung der Personalknappheit, aber auch auf Grund der demographischen Entwicklung, sind darüber hinaus die schon begonnenen Bemühungen, qualifizierte Pflegekräfte aus dem Ausland anzuwerben, zu verstärken, wobei aktuell vor allem die zahlreichen bürokratischen Hürden bis zur Anrechnung ausländischer Zertifikate wesentliche Bremsfaktoren sind.

2.) Reduzierung der Nachfrage

Der Bedarf nach hohen Personalständen im stationären Bereich würde sofort sinken, wäre das extramurale Angebot (insbesondere an Kassenärzt*innen) ausreichend. Dafür wird wieder entscheidend sein, ob die auszuverhandelnden neuen Leistungskataloge attraktiv genug sind, um den starken Zuwachs an Wahlärzt*innen zu bremsen. (Wenig patient*innenorientiert sind demgegenüber Gedankenspiele betreffend die Wiedereinführung einer Ambulanzgebühr oder der zwingenden Fachärzt*innen-Überweisung durch die Hausärzt*innen.)

Das Patient*innenaufkommen würde aber auch sinken, wenn es gelänge, entscheidende Fortschritte in der Prävention zu machen. Dazu gehören großzügige Impfangebote, Erhöhung der Gesundheitskompetenz, Investitionen im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde und –psychiatrie usw. Auch ein Anreiz/Belohnungssystem zur Nutzung der Vorsorgeuntersuchungen oder generell für einen gesunden Lebensstil (Reduzierung der SV-Beiträge?) ist diskutierenswert.

Schließlich kann die unter dem Schlagwort „digital vor ambulant vor stationär“ propagierte Steuerung der Patient*innenströme zum optimalen Versorgungsort die Spitäler ebenfalls entlasten. Voraussetzung dafür ist eine großzügige Anfangsfinanzierung und die Rücksichtnahme auf Patient*innen, deren digitale Kompetenz für diese Art der Betreuung unzureichend ist.

3.) Effizienterer Ressourceneinsatz

Hier drängen sich vor allem Erleichterungen durch Digitalisierung auf. Die KI sollte nicht nur die Erstellung von Diagnosen erleichtern, sondern vor allem die starke zeitliche Belastung von Ärzt*innen mit bürokratischen Aufgaben entscheidend verringern. Eine rasche Ausweitung der ELGA-Anwendungen wäre ebenfalls höchst effizienzfördernd, auch wenn erneut am Anfang beträchtliche

Investitionen notwendig sind. Ebenso dringend notwendig ist eine viel breitere Datenerhebung und ein umfassender Datenaustausch, um eine sinnvolle Strukturplanung vornehmen zu können. Schließlich bedarf es einer viel weitergehenden Nutzung der Delegierungsmöglichkeiten im Verhältnis Ärzt*innen zu Diplomierten Kranken- und Pflegekräften. Die gesetzlich möglichen Entlastungen werden den Erfahrungen der Praxis nach bei weitem nicht immer genützt; dies nicht nur, weil zu wenig qualifiziertes Personal vorhanden ist.

- 4.) Es wird dringend empfohlen, für Long-Covid-Patient*innen wieder spezialisierte Ambulanz-Behandlung anzubieten. Das vom Gesundheitsminister angekündigt nationale Referenzzentrum mag wichtige Forschungsaufgaben erfüllen, kann aber die Behandlung verzweifelter Patient*innen, die im niedergelassenen Bereich keine ausreichende Versorgung vorfinden, nicht substituieren.
- 5.) Ebenso dringend wird empfohlen, das kinderpsychiatrische Angebot bzw. das Angebot zur Behandlung von Entwicklungsstörungen zu verbessern. In diesem Bereich getätigte Investitionen rechnen sich mehrfach, weil sie mitunter lebenslange Beeinträchtigungen und Behandlungskosten ersparen können.

2. Extramurale Mängel

2.1 Mehrklassenmedizin – Mangel an Kassenärzt*innen

Ein Mangel an Ärzt*innen mit Kassenvertrag tritt mittlerweile eklatant zum Vorschein. Neben Allgemeinmediziner*innen fehlen vor allem Kinderärzt*innen, HNO-Ärzt*innen, Dermatolog*innen, Augenärzt*innen, Zahnärzt*innen, Gynäkolog*innen, Urolog*innen und Psychiater*innen. Teilweise sind selbst bei Wahlärzt*innen dieser Fächer keine Termine mehr zu bekommen. Das führt zu einer deutlich schlechteren Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Es kommt zu nachteiligen Krankheitsverläufen. Die Patient*innen müssen über längere Zeit erhebliche Schmerzen ertragen und es kommt vermehrt zu einer Überlastung der Spitäler, in die die Patient*innen notgedrungen ausweichen. Wer es sich leisten kann, weicht auf Wahlärzt*innen aus.

Beispiele:

- a) Eine Patientin mit einem Lidschlussdefekt fand keine*n Augenärzt*in mit Kassenvertrag und wick deshalb auf die Augenambulanz eines Krankenhauses aus, wo sie jedes Mal von verschiedenen Ärzt*innen behandelt wird.
- b) Ein Patient suchte mit akuten Zahnschmerzen ein Zahngesundheitszentrum der ÖGK auf. Das Ausmaß der Zahnschädigung konnte aber wegen einer Abnahmeprüfung der Röntgenanlage nicht überprüft werden. Auf Grund des hohen Patient*innenaufkommens wurde ein Folgetermin für die Füllung erst mehrere Wochen später angeboten.
- c) Beklagt wurde, dass im 23. Bezirk kein*e Kinderärzt*in mit Kassenvertrag mehr Patient*innen aufnimmt. Erkrankte Kinder müssten daher in eine Spitalsambulanz gebracht werden. Kritisiert wurde auch die unterschiedliche Versorgung mit ÖGK-Ärzt*innen im Vergleich zu BVAEB-Versicherten.
- d) Ein wenige Monate alter Säugling erkrankte am Wochenende an Fieber, Durchfall und eitriger Bindehautentzündung. Wegen des Durchfalls konnten keine Fieberzäpfchen

verabreicht werden. Die Mutter entschied sich, wie empfohlen, statt eines Spitals eine der wenigen Kinderarztpraxen mit offiziellem Wochenenddienst aufzusuchen. Erst bei der dritten Praxis am anderen Ende der Stadt ergatterte sie schließlich einen Termin.

Empfehlungen:

Um dem Mangel an Kassenärzt*innen zeitnah begegnen zu können, braucht es unmittelbar wirksame Maßnahmen zur Attraktivierung der kassenärztlichen Tätigkeit in bestimmten Fächern und in bestimmten Regionen. Es bedarf einer unvoreingenommenen Analyse der Rahmenbedingungen in diesen Bereichen. Was macht es z.B. für Kinderärzt*innen, HNO-Ärzt*innen oder Augenärzt*innen so unattraktiv, als Kassenärzt*in zu arbeiten? Und welche Änderungen braucht es bei den Vertragsbedingungen für bestimmte allgemeinmedizinische Kassenärzt*innenstellen, die seit Jahren nicht besetzt werden können? Angesichts der bereits bestehenden erheblichen medizinischen Unterversorgung wird man individuellere Arbeits- und Entgeltbedingungen für diese Stellen vereinbaren müssen. Gleichzeitig wird es unvermeidbar sein, die Freiheiten von Wahlärzt*innen einzuschränken (ELGA-Anbindung zwingend und rasch, Kosteneinreichung für Patient*innen, Mindestöffnungszeiten).

2.2 Impfprobleme

Im Herbst und Winter 2023 haben sowohl das neue „Öffentliche Impfprogramm Influenza“ (Bund, Länder und Sozialversicherung) als auch die Organisation der Covid-19-Impfung für ungewohnt viele Beschwerden bei der WPPA gesorgt.

2.2.1 Zugang zur Influenza-Impfung

Es ist naheliegend, dass sich die niedrigere Durchimpfungsrate bei der Influenza-Impfung gegenüber den Vorjahren damit erklären lässt, dass zunächst Erwartungen an eine deutlich vergünstigte Grippeimpfung durch die Werbekampagne geschürt wurden. Doch dann konnten die Impffinteressierten auch mit großem Aufwand keine Impftermine bekommen. Viele Beschwerdeführer*innen bedauerten auch, dass die herkömmliche Impforganisation, wie sie bekannt war, umgestellt wurde. Die ÖGK selbst bot für vier Gesundheitszentren Impftermine an. Diese wurden in unbekanntem Abstand online zur Buchung freigeschaltet und waren binnen kürzester Zeit vergriffen. Informationen, wann neue Termine buchbar wären, gab es nicht. Es nahmen auch nicht alle Hausärzt*innen an dem neuen Programm teil. Die Teilnehmenden hatten rasch keine Termine mehr, da sie – anders als angekündigt – keine weiteren Dosen des Impfstoffes bestellen konnten. Wer keine*n Hausärzt*in hatte, war noch schlechter gestellt. Impffinteressierte konnten im Internet eine Liste der Ärzt*innen einsehen, welche die Impfung grundsätzlich anboten und mussten diese dann nach freien Terminen durchtelefonieren. Häufig mussten sie zur Kenntnis nehmen, dass diese Ärzt*innen nur Stammpatient*innen zu impfen bereit waren.

Wer keinen so langen Atem hatte und es sich leisten wollte und konnte, dem blieb nur, sich den Impfstoff zu einem Vielfachen der Kosten in der Apotheke zu kaufen. Die WPPA versuchte über Wochen darauf hinzuwirken, dass eine ausreichende Anzahl an Impfdosen und Impfterminen für Patient*innen möglichst transparent, wohnortnah und barrierefrei angeboten würde – letztlich

ohne Erfolg. Patient*innen schilderten in ihren Beschwerden, dass sie in den letzten Jahren, als das Impfprogramm von der Stadt Wien organisiert worden war, keine Probleme gehabt hätten, eine Influenza-Impfung zu bekommen, ob in Impfstraßen oder bei Hausärzt*innen.

So stellte sich die Situation für einen Apotheker dar:

Im Sommer sollten Ärzt*innen ihren Bedarf melden, beim Großhandel bestellen sowie in einem Tool der Apothekerkammer eintragen. Im September erfuhren die jeweiligen Ärzt*innen, wieviel sie zugeteilt bekommen und es wurde zu Zurückhaltung bei der Menge aufgefordert. Der Großhandel bekam plötzlich keine Ware mehr, obwohl es laut ÖGK keinen Lieferstopp gab. Auch wenn nachvollziehbar ist, welche*r Ärzt*in wieviel geliefert bekommen hat, ist nicht bekannt, wo es noch Impfstoffe gibt. Ein Tausch bzw. eine Rücknahme der nicht verimpften Dosen ist nicht vorgesehen. Spätestens anhand der Abrechnung müsste bekannt sein, wer zu viele bestellt hat. Zusätzliches Erschwernis: Die Apotheken haben auch wenige Impfdosen erhalten, da kaum über die staatliche Bestellmenge hinaus produziert wurde.

Empfehlungen:

Die WPPA appelliert an die Verantwortlichen, für 2024 die Organisation des „Öffentlichen Impfprogramms Influenza“ auf neue Beine zu stellen und bewährte Strukturen wie Impfstraßen wieder miteinzubeziehen.

2.2.2 Zugang zur Covid-19-Impfung

Auch hier wandten sich zahlreiche Bürger*innen an die WPPA, die weder bei einem*einer Hausärzt*in noch bei den Gesundheitszentren der ÖGK einen der raren Impftermine bekamen. Zwischen der offiziellen Information, dass der Covid-19-Impfstoff „im Land“ eingetroffen sei und der Vergabe der ersten Impftermine verging viel Zeit. Die Bereitstellung des Impfstoffs in 6er-Ampullen, die gekühlt und in einem engen zeitlichen Rahmen verbraucht werden mussten, stellte die niedergelassenen Ärzt*innen offensichtlich vor einen hohen organisatorischen Aufwand, weshalb einige nur für bestimmte Wochentage und sehr begrenzt Impftermine vergaben. Andere lehnten dieses Angebot für ihre Patient*innen ganz ab.

Auszug aus einer Beschwerde an die WPPA: „Impftermine sind wochenlang ausgebucht und erst dann verfügbar, wenn das Virus bereits stark zirkuliert. ... anscheinend ist die Organisation (6 Patient*innen pro Impfviole) so komplex, dass viele Ordinationen nur an bestimmten Tagen impfen oder logistisch überfordert sind. ... Nach 4 Stunden warten mit Kleinkind konnten wir endlich eine Impfung „ergattern“.“

An bettlägerige Patient*innen wurde bei der Planung im Jahr 2023 offensichtlich gar nicht gedacht. Die besondere Verpackung des Impfstoffs führte dazu, dass Hausärzt*innen die Covid-19-Impfung im Rahmen eines Hausbesuchs offenbar organisatorisch nicht bewerkstelligen konnten. Die ÖGK lehnte eine Kostenübernahme für Transporte immobiler, bettlägeriger Menschen zu den Hausärzt*innen – weil keine Krankenbehandlung – aber ausnahmslos ab. Für einige Patient*innen konnten von der WPPA mit Hilfe der MA 15 Einzelfalllösungen gefunden werden.

Empfehlungen:

Die WPPA fordert die Wiedereinführung der mobilen Impfteams, die sich in den Corona-Jahren sehr bewährt haben. Bettlägerigen und in den meisten Fällen vulnerablen Patient*innen wird sonst der Zugang zur empfohlenen Covid-19-Impfung de facto unmöglich gemacht. Sowohl die Influenza- als auch die Covid-19-Impfung sollten verpflichtend von Hausärzt*innen angeboten werden. Darüber hinaus sollten für alle Bürger*innen an mehreren zeitlich und räumlich leicht erreichbaren „Einrichtungen“ die Impfungen unbürokratisch zugänglich sein.

2.2.3 Impfschäden im Zusammenhang mit der Covid-19 Impfung:

Auch im Berichtszeitraum 2023 wandten sich Patient*innen im Zusammenhang mit vermuteten Gesundheitsschäden durch die Covid-19-Impfung an die WPPA. Betroffene Patient*innen berichteten einerseits von den Schwierigkeiten, Impfnebenwirkungen medizinisch abklären zu lassen, um die Ursache für aufgetretene gesundheitliche Folgeerscheinungen festzustellen. Darüber hinaus war auch festzustellen, dass Patient*innen häufig nicht bekannt ist, wie Entschädigungsansprüche nach einem vermuteten Impfschaden geltend gemacht werden können.

Patient*innen bzw. deren Angehörige berichteten gegenüber der WPPA, dass es nach der Impfung unter anderem zu Schlaganfällen, Lungenembolie, Herzbeutelentzündung, Herzmuskelentzündung, Rheuma, Autoimmunerkrankungen, Menstruationszyklusstörungen sowie zu Erschöpfungszuständen, Konzentrationsschwäche und/oder Brain Fog gekommen war.

Die Hilfestellung durch die WPPA erfolgte durch ausführliche Beratung über die Möglichkeiten einer Entschädigung nach dem Impfschadengesetz. Die darin vorgesehenen Entschädigungen bieten in vielen Fällen jedoch keinen adäquaten Ersatz für den erlittenen Schaden.

In einem Fall konnte auch die WPPA direkt eine Entschädigung für einen Patienten, der durch eine Impfung im Rahmen einer Arzneimittelstudie für immunsupprimierte Personen eine partielle Sehnervschädigung erlitten hatte, im Wege der Studienversicherung erreichen.

Empfehlungen:

Die WPPA regt neuerlich eine Erhöhung der Entschädigungsbeträge und eine Anpassung der einschlägigen Bestimmungen des Impfschadengesetzes an.

2.3 Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen

Versäumnisse in der medizinischen und therapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen wirken sich lebenslang negativ auf die Gesundheit der betroffenen Person sowie auf die gesamte Gesellschaft aus. Verschiedene Probleme in diesem Bereich wurden schon angerissen, sollen aber in diesem Kapitel für einen besseren Gesamtüberblick zusammengefasst werden.

Die Probleme beginnen beim andauernden Mangel an Antibiotika, Schmerzmitteln und anderen für Kinder geeigneten Medikamenten, die z.B. gerade bei respiratorischen Infekten dringend benötigt werden; auch im Winter 2023/2024 zeigte sich, dass eine Versorgung nicht gesichert ist.

Das Problem verstärkt sich durch den Mangel an Kinderärzt*innen, ob mit oder ohne Kassenvertrag. Dadurch sind Eltern gezwungen, ihre Kinder in dringenden Fällen in einer Spitalsambulanz behandeln zu lassen, wo sie, würden extramural optimale Bedingungen herrschen, nicht hingehören. Es besteht nach wie vor eine außerordentliche Unterversorgung in der Psychotherapie „auf Kassenschein“, was besonders dramatisch angesichts der Nachwirkungen der einschneidenden Corona-Jahre und der übrigen weltweiten Krisen ist.

Das Angebot an Therapieplätzen für Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie auf Kasse ist weit davon entfernt, den Bedarf zu decken. Nicht zu vergessen die steigende Zahl an Kindern und Jugendlichen mit einer Autismus-Spektrum-Störung, die – mit wenigen Ausnahmen – unversorgt sind.

Primar Dr. Klaus Vavrik, Nationaler Koordinator Kindergarantie (Programm Kinderchancen) und ärztlicher Leiter des Ambulatoriums Sonnwendviertel mit angeschlossenem Autismus-Therapiezentrum erklärte gegenüber der WPPA: „In unserer Erfahrungsrealität der Ambulatorien erleben wir tägliche echte ‚Triage‘. Wir haben Wartelisten von mehreren Monaten bis zu 1-2 Jahren für Therapieplätze und müssen deshalb vielfach Patient*innen abweisen.“

Empfehlungen:

Die WPPA vermisst bei der Kinder- und Jugendgesundheit den Willen zur Zusammenführung und Auswertung bereits verfügbarer Gesundheitsdaten zur Versorgungslage. Es braucht eine objektive und offizielle Versorgungsforschung, um darauf basierend gesundheitspolitische Ziele zu erarbeiten UND umzusetzen. Auch hier sind Mediziner*innen und Therapeut*innen, die mit Kindern, Jugendlichen und deren Angehörigen arbeiten, die Expert*innen. Sie müssten verstärkt eingebunden werden mit dem Ziel, längst vorliegende und bewährte Konzepte für eine bessere Versorgung mit angemessenen finanziellen Mitteln auszustatten. Der langfristige gesellschaftliche Schaden bei weiterer Untätigkeit käme die Gesellschaft viel teurer.

2.4 Kostenfragen

2.4.1 Stornogebühren/Ausfallshonorare

Anfang 2023 wurde medial laut über Ausfallshonorare bzw. Stornokosten nachgedacht. Ärzt*innen, die über kurzfristig oder gar nicht abgesagte Termine verärgert waren, stellten – wohl auch „motiviert“ durch ein entsprechendes Rundschreiben der Ärztekammer - diesen Patient*innen „Ausfallshonorare“ in Rechnung. Aber auch Patient*innen, die sich (trotz Termins) über stundenlange Wartezeiten ärgerten, erkundigten sich nach Konsequenzen. Dass es sich hier juristisch gesehen um Fälle des Verzugs bzw. der Unmöglichkeit handelt, die grundsätzlich nach der „Sphärentheorie“ (d.h. zahlungspflichtig ist der, dessen „Sphäre“ es zuzurechnen

ist, dass die vereinbarte Leistung nicht erbracht werden kann) zu lösen sind, sorgt vielfach für Unverständnis. Oft gelingt es der WPPA, Kulanzlösungen zu vermitteln. Wechselseitige Rücksichtnahme, Verständnis und Kulanz wären die zielführendsten Mittel, diese Konflikte zu lösen.

Einige Beispiele:

- a) Ein Patient kam zu spät zum vereinbarten Termin und es kam zu einer „unerfreulichen“ Diskussion, woraufhin der Patient die Ordination verließ. Der Patient stellte dem Arzt eine Rechnung über die frustrierten Wegekosten. Daraufhin beehrte der Arzt ein Ausfallshonorar.
- b) Ein Patient erkrankte am Tag einer geplanten Sterilisations-OP an Covid und bat unter Nachweis seiner Krankmeldung und eines positiven Tests, den Termin zu verschieben. Dem Patienten wurde vom Wahlarzt das Honorar in voller Höhe für den nicht durchgeführten Eingriff verrechnet. Nach einer erfolglosen Intervention der WPPA beauftragte der Patient einen Rechtsanwalt.
- c) Ein Patient wurde vor der OP nicht ausreichend aufgeklärt, welche seiner Medikamente er vor dem Eingriff hätte absetzen müssen. Die OP musste daraufhin verschoben werden. Dem Patienten wurden sowohl das Honorar für die abgesagte OP wie auch das Honorar für die später erfolgte OP in voller Höhe verrechnet. Durch Intervention der WPPA wurden dem Patienten zumindest EUR 300,- refundiert.

2.4.2 Lange Wartezeit auf Pflegegeld

Patient*innen, die auf Pflege angewiesen sind, finanzieren diese Unterstützung über das Pflegegeld. Für manche dieser Patient*innen ist der Bezug dieses Pflegegeldes existenziell, da sie sonst diese Leistungen nicht zukaufen können, also keine (ausreichende) Unterstützung haben. Sehr lange Wartezeiten auf Pflegebegutachtungen, aufgrund derer über die Zuerkennung und Höhe entschieden wird, können für Betroffene daher äußerst nachteilig sein. Das Problem wird häufig an die WPPA herangetragen.

- a) Einer Patientin war wegen einer schweren Sehbehinderung bereits die Berufsunfähigkeitspension zugesprochen worden. Anfang 2023 beantragte sie, nachdem sie zusätzlich an Brustkrebs erkrankt war, Pflegegeld. Ein halbes Jahr später war sie noch nicht einmal zur Begutachtung bestellt worden, erhielt also noch immer kein Pflegegeld. Die WPPA ersuchte die Ombudsstelle der PVA um Stellungnahme. Neun Monate nach Antragstellung erhielt die Patientin Pflegestufe 4.
- b) Eine Patientin war nach zwei Covid-19-Erkrankungen seit Monaten schwerkrank. Über ihren Antrag auf Pflegegeld war auch nach einem Jahr aus Gründen auf Seiten der PVA noch nicht entschieden.

Empfehlungen:

Die WPPA ersucht dringend, Maßnahmen zur Aufstockung des Personals zu setzen. Denn die extrem langen Wartezeiten sind auch bei der PVA auf einen Mangel an begutachtenden Ärzt*innen zurückzuführen. Denkbar wäre auch, bei bestimmten, durch Befunde belegten Diagnosen spätestens drei Monate nach Antragstellung eine Voreinschätzung

des Pflegegrads und damit einhergehend eine vorläufige, nach endgültiger Einstufung (nicht rückzahlbare) Unterstützungsleistung zu zahlen, damit die Betroffenen versorgt werden können und sich nicht verschulden müssen. Die Personal- oder Organisationsprobleme auf Seiten der PVA dürfen nicht zum Schaden für Patient*innen werden.

2.4.3 Lange Wartezeit auf Wahlärztückvergütungen

Immer wieder beklagen Patient*innen, dass sie monatelang ihre Behandlungen durch Wahlärzt*innen vorfinanzieren müssen, weil die Behandlung ihrer Kostenrefundierungsanträge bei der ÖGK (und damit auch die Kostenerstattung durch eine allfällige Zusatzversicherung) viel zu lang dauere. Die Rechtfertigung der ÖGK, sie habe auch Personalengpässe, die Zahl der Refundierungsanträge für Wahlarztbehandlungen steige ständig und die Einreichungen erfolgten häufig nicht elektronisch, sind nur teilweise überzeugend. Wenn schon die kassenärztliche Versorgung unzureichend ist, so muss zumindest die Rückvergütung der privaten Finanzierung des Gesundheitssystems so rasch wie möglich erfolgen.

Empfehlungen:

Die WPPA fordert daher einerseits eine rasche Aufstockung der Personalkapazitäten der ÖGK, andererseits eine gesetzliche Verpflichtung der Wahlärzt*innen, die elektronische Einreichung für ihre Patient*innen vorzunehmen.

2.4.4 Sonstige Kostenfragen

Als Beispiele für erfolgreiche Interventionen bei der Sozialversicherung seien erwähnt:

- a) Ein ÖGK-Vertragsarzt stellte einer Patientin für das Ausfüllen eines Rehabilitationsantrages Honorar in Rechnung. Der Stellungnahme der ÖGK zufolge ist der Arzt zur „Durchführung schriftlicher Arbeiten im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit verpflichtet“ und „die Durchführung derartiger administrativer Arbeit durch eine Fallpauschale abgegolten“. Die Verrechnung eines Sonderhonorars ist somit nicht zulässig.
- b) Das Tumorboard einer Klinik hatte einem Krebspatienten eine Protonenstrahlentherapie verordnet. Die BVAEB lehnte eine Kostenübernahme ab. Durch Intervention der WPPA und Vorlage aller erforderlichen Unterlagen übernahm die BVAEB nach neuerlicher Prüfung die Behandlungskosten in der Höhe von fast EUR 40.000,-.
- c) Die ÖGK bewilligte einer Patientin eine aus gesundheitlichen Gründen notwendige Brustverkleinerungs-OP nicht, weil diese das vorgeschriebenen Zielgewicht nicht erreichte. Die Patientin konnte aber trotz Sports und gezielter Ernährung nichts abnehmen, weil sie an Lipödem, einer unkontrollierten Vermehrung der Fettzellen im Fettgewebe der Unterhaut, erkrankt war. Die WPPA konnte eine Kostenübernahme durchsetzen.

2.5 Wartezeiten auf MRT-Termine

Das Problem der langen Wartezeiten bestand auch 2023 wieder, wie die Beschwerden zeigten. Zwei Beispiele:

- a) Der Patient sollte für eine spätere Spitalsbehandlung ein MRT bei einem radiologischen Institut durchführen lassen. Er telefonierte alle Vertragsinstitute der BVAEB durch. Den nächsten freien Kassentermin bekam er in acht Wochen, privat in einer Woche. Der Patient zahlte die Leistung aus der eigenen Tasche, insgesamt rund EUR 900,-, um das MRT noch rechtzeitig vor dem Eingriff machen lassen zu können. Die Kosten bekam er nicht erstattet.
- b) Ein Patient war bereits auf einem Auge erblindet. Infolge einer Covid-19-Infektion drohte er auch am zweiten Auge zu erblinden. Seine Augenärztin überwies ihn mit dem Dringlichkeitsvermerk „AKUT“ zum MRT. Unter acht Wochen Wartezeit konnte er bei keinem ÖGK-Vertragsinstitut einen Termin ergattern. Der Patient trug die Kosten von über EUR 400,- selbst und hatte nach sieben Stunden ein MRT.

Das Gesundheitsministerium hat in einer Antwort an einen Beschwerdeführer festgehalten, dass es eigentlich eine Vereinbarung zwischen dem Dachverband der SV-Träger und den Vertragsinstituten gäbe. Diese würde vorsehen, dass Versicherte und ihre anspruchsberechtigten Angehörigen bei einem Vertragspartnerinstitut innerhalb von 20 Arbeitstagen und in dringenden Fällen innerhalb von 5 Tagen einen Termin für eine MRT-Untersuchung erhalten müssen.

Die Ist-Situation stellt sich anders dar: Spitäler lagern teilweise die MRT-Untersuchungen (aus Personalmangel?) auf den niedergelassenen Bereich aus. Damit fallen die Kosten den Krankenkassen zu, die meinen, der Bedarf müsse mit den bestehenden Geräten im Rahmen des Großgeräteplans abgedeckt werden können. Außerdem bezweifeln die Krankenkassen, ob viele dieser MRT-Untersuchungen überhaupt medizinisch notwendig seien. Die MRT-Institute behaupten, ihre Kassengeräte wären voll ausgelastet. Es gäbe kein Kontingent für weitere Untersuchungen. Verlierer sind die Patient*innen.

Die WPPA rechnet nach. Im Österreichischen Strukturgeräteplan (ÖSG) 2010 ging man von einem Bedarf von mindestens einem MRT-Gerät je 70.000-90.000 Einwohner*innen aus – vorsichtig geschätzt also von einem Bedarf an mindestens 21 Geräten in Wien bei 1.689.995 Einwohner*innen (Statistik Austria). Damals wurden im Großgeräteplan als Ziel 14 Geräte „mit Kassenvertrag“ definiert. Bis 2023 nahm die Bevölkerung Wiens um fast 300.000 Menschen zu (1.982.097, Statistik Austria). Das heißt, es müssten mindestens 25 Kassengeräte zur Verfügung stehen. Im ÖSG 2023 wurden mit Ende 2023 aber nur 18 Geräte als Ziel definiert, von denen überhaupt nur bei 17 eine volle Kostenübernahme durch die Krankenkasse für die Versicherten vorgesehen ist.

Empfehlungen:

Die WPPA fordert, dass Akut-Patient*innen wirklich akut versorgt werden und die existierende 5- bzw. 20-Tage-Regelung auch in die Praxis Eingang findet. Kontrollen dieser Fristen durch die Krankenkassen sind unbedingt notwendig. Solange eine ausreichende Versorgung mit Kassengeräten nicht möglich ist, sollten Patient*innen mit einer ärztlichen Zuweisung zumindest den Betrag vergütet bekommen, den sich die Krankenkasse zu zahlen erspart hat. Im Übrigen bedarf der Großgeräteplan dringend einer

des Pflegegrads und damit einhergehend eine vorläufige, nach endgültiger Einstufung (nicht rückzahlbare) Unterstützungsleistung zu zahlen, damit die Betroffenen versorgt werden können und sich nicht verschulden müssen. Die Personal- oder Organisationsprobleme auf Seiten der PVA dürfen nicht zum Schaden für Patient*innen werden.

2.4.3 Lange Wartezeit auf Wahlärztückvergütungen

Immer wieder beklagen Patient*innen, dass sie monatelang ihre Behandlungen durch Wahlärzt*innen vorfinanzieren müssen, weil die Behandlung ihrer Kostenrefundierungsanträge bei der ÖGK (und damit auch die Kostenerstattung durch eine allfällige Zusatzversicherung) viel zu lang dauere. Die Rechtfertigung der ÖGK, sie habe auch Personalengpässe, die Zahl der Refundierungsanträge für Wahlarztbehandlungen steige ständig und die Einreichungen erfolgten häufig nicht elektronisch, sind nur teilweise überzeugend. Wenn schon die kassenärztliche Versorgung unzureichend ist, so muss zumindest die Rückvergütung der privaten Finanzierung des Gesundheitssystems so rasch wie möglich erfolgen.

Empfehlungen:

Die WPPA fordert daher einerseits eine rasche Aufstockung der Personalkapazitäten der ÖGK, andererseits eine gesetzliche Verpflichtung der Wahlärzt*innen, die elektronische Einreichung für ihre Patient*innen vorzunehmen.

2.4.4 Sonstige Kostenfragen

Als Beispiele für erfolgreiche Interventionen bei der Sozialversicherung seien erwähnt:

- a) Ein ÖGK-Vertragsarzt stellte einer Patientin für das Ausfüllen eines Rehabilitationsantrages Honorar in Rechnung. Der Stellungnahme der ÖGK zufolge ist der Arzt zur „Durchführung schriftlicher Arbeiten im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit verpflichtet“ und „die Durchführung derartiger administrativer Arbeit durch eine Fallpauschale abgegolten“. Die Verrechnung eines Sonderhonorars ist somit nicht zulässig.
- b) Das Tumorboard einer Klinik hatte einem Krebspatienten eine Protonenstrahlentherapie verordnet. Die BVAEB lehnte eine Kostenübernahme ab. Durch Intervention der WPPA und Vorlage aller erforderlichen Unterlagen übernahm die BVAEB nach neuerlicher Prüfung die Behandlungskosten in der Höhe von fast EUR 40.000,-.
- c) Die ÖGK bewilligte einer Patientin eine aus gesundheitlichen Gründen notwendige Brustverkleinerungs-OP nicht, weil diese das vorgeschriebenen Zielgewicht nicht erreichte. Die Patientin konnte aber trotz Sports und gezielter Ernährung nichts abnehmen, weil sie an Lipödem, einer unkontrollierten Vermehrung der Fettzellen im Fettgewebe der Unterhaut, erkrankt war. Die WPPA konnte eine Kostenübernahme durchsetzen.

2.5 Wartezeiten auf MRT-Termine

Das Problem der langen Wartezeiten bestand auch 2023 wieder, wie die Beschwerden zeigten. Zwei Beispiele:

Adaptierung. Das Interesse verschiedener radiologischer Institute, einen Kassenvertrag (erstmalig oder über ein weiteres Gerät) zu erhalten, ist gegeben.

3. Sonstiges

3.1 Entlassungsmanagement:

Wie schon in den vergangenen Berichten aufgezeigt, gibt es immer wieder Kritik an – aus der Sicht der Betroffenen – vorzeitigen Spitalsentlassungen. Das Spannungsverhältnis entsteht durch die Personal- und damit Bettenknappheit in den Krankenanstalten sowie den Zwang zur Vermeidung kostenintensiver, überlanger stationärer Behandlung einerseits und die Knappheit an jeweils geeigneten Pflegeplätzen bzw. Heimbetreuung andererseits. Dazu kommt noch die Erwartungshaltung von Patient*innen und Angehörigen, dass bis zur Klärung einer adäquaten Versorgung und Betreuung in einem Pflegeheim oder zu Hause ein Anspruch auf stationären Aufenthalt besteht, die oft enttäuscht werden muss, weil aus medizinischer Sicht kein Grund für eine weitere Spitalbehandlung besteht. Auch wenn Entlassungen sachlich gerechtfertigt sind, ließe sich aus Sicht der WPPA mit einem vorausschauenden und professionellen Entlassungsmanagement so mancher Härtefall vermeiden.

Folgende besonders markante Beispiele seien hier erwähnt:

- a) Ein alleinlebender 77-jähriger Patient mit COPD wurde nach seinem 2. Selbstmordversuch innerhalb von sechs Jahren ins Krankenhaus eingeliefert und nach nur zwei Tagen wegen einer Covid-19-Infektion in die pulmonologische Abteilung überstellt. Nach raschen Behandlungsfortschritten sollte er nach Hause entlassen werden, obwohl die in NÖ lebende Tochter ersuchte, ihren Vater wegen des Suizidversuchs länger zu behandeln. Ein Anspruch auf einen Heimplatz hätte eine Erhöhung der Pflegestufe auf 4 erfordert, was in der Kürze der Zeit nicht zu bewerkstelligen war. Erst nach Intervention der WPPA im Spital und beim FSW gelang es, den stationären Aufenthalt bis zur Bereitstellung eines betreuten Wohn- und Pflegeplatzes zu verlängern.
- b) Ein alleinstehender Patient wurde mit Liegegips nach Hause entlassen, wo er sich aber nicht selbständig versorgen konnte, sodass er drei Tage lang keine warme Mahlzeit erhielt.
- c) Für eine 93-jährige Patientin, die nach Sturzverletzungen klinisch sehr gut behandelt worden war, war weder ein Bett in einer geförderten Pflegeeinrichtung zur Kurzzeitpflege noch eine Betreuung in einem Geriatrischen Tageszentrum umzusetzen. Da auch der Sohn wegen einer dringenden Reha nicht als Betreuer zur Verfügung stand, konnte nur eine Betreuung durch soziale Dienste dreimal täglich bei der Patientin zu Hause organisiert werden. Wegen einer raschen Verschlechterung des Allgemeinzustandes musste sie schließlich nach wenigen Tagen in eine dauerhafte Pflegeeinrichtung aufgenommen werden.
- d) Da für eine onkologische Patientin nach ihrer stationären Behandlung weder ein Platz in einer Remob-Station zur Verfügung stand noch eine geförderte Pflegeeinrichtung freie Kapazitäten hatte, musste sie auf eine private Pflegeeinrichtung ausweichen, wo aber das angesparte Vermögen nur für einen Monat Betreuung reichte. Danach konnte über den FSW ein Platz in einer geförderten Einrichtung gefunden werden, aber noch immer ohne Remobilisierung.

Empfehlungen:

Wie schon im Vorjahr gefordert, sollten die Kliniken durch verstärkten Einsatz von Sozialarbeiter*innen die Entlassung aus der stationären Behandlung intensiv begleiten. Dafür scheint es zweckmäßig, schon vor oder zumindest ab dem Beginn der Behandlung das soziale Umfeld der Patient*innen zu erkunden, damit rechtzeitig die erforderlichen Anträge gestellt bzw. mit Angehörigen die Betreuung im häuslichen Umfeld abgeklärt werden kann. Für viele Fälle wäre außerdem die Einrichtung einer großzügig ausgestatteten Übergangspflege sehr zweckmäßig. Das diesbezügliche Angebot scheint zu knapp bemessen.

3.2 Medikamentenmangel

Die Liste der Liefereinschränkungen von Arzneimitteln im BASG erreichte im Berichtsjahr ein erschreckendes Ausmaß. Schließlich wurden weder die Pläne des Gesundheitsministers, eine Wirkstoffverschreibung gesetzlich vorzusehen noch die sonstigen angekündigten Maßnahmen gegen Medikamentenknappheit in der Wintersaison 2023/24 umgesetzt, sodass es in mehreren Fachbereichen immer wieder Probleme gab, verschriebene Medikamente in Apotheken aufzutreiben. Dies betraf sowohl gängige Antibiotika wie auch das Covid-19-Spezialmedikament Paxlovid. Trotz gegenteiliger Beteuerungen des Gesundheitsministeriums war es am Höhepunkt der Covid-19 Ansteckungswelle im Spätherbst/Winter 2023 nicht möglich, in Wiener Apotheken dieses äußerst effiziente Medikament zu erhalten. Wohin die vom Bund gekauften 180.000 Packungen, die über den Großhandel an öffentliche Apotheken, Hausapotheken und Spitalsapotheken ausgeliefert worden sein sollen, letztlich verschwunden sind, konnte mangels eines effizienten Monitoring- und Reportingsystems nicht geklärt werden. Ähnliche Versorgungsengpässe zeigten sich beim Covid-19 und Influenza-Impfstoff (siehe dazu das Kapitel III.2.2). Auch hier konnten weder das Gesundheitsministerium noch die Ärzteschaft und die für die Impfabwicklung zuständige Sozialversicherung noch die Apothekerkammer genau angeben, wo allfällige Restbestände von Medikamenten oder Impfstoffen noch erhältlich waren.

Im gesamten Berichtsjahr, aber speziell gegen Jahresende gab es Lieferengpässe bei dem zur Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2-Patient*innen benötigten Medikamenten Ozempic und Trulicity. Dazu trug wesentlich die medial breit unterstützte, aber auch von einzelnen Schönheits-Ärzt*innen propagierte Modeerscheinung, rasche Gewichtsabnahmen mit diesen Medikamenten („Abnehmspritze“) zu unterstützen, bei. Dieser Engpass dehnte sich schließlich auch auf das vergleichbare Medikament Victoza aus. Von der WPPA angeregte Abhilfemaßnahmen konnten weder von der Apothekerkammer (Beschränkung der Abgabe nur an Diabetes-Patient*innen) noch von der Ärztekammer (Abstandnahme von nicht indikationskonformer Verschreibung) in ausreichendem Ausmaß gesetzt werden. Teilweise konnte den Patient*innen über Intervention der WPPA im Wege stationärer Behandlung geholfen werden. Erst im ersten Quartal 2024 besserte sich die Versorgungssituation.

Empfehlungen:

Die Medikamentenknappheit ist kein rein nationales Problem, sondern beschäftigt die gesamte EU. Die Produktion wieder verstärkt nach Europa zu holen, ist ein (wünschenswertes) Langzeitprojekt, aber kann kurzfristig keine Lösung bringen. Allerdings fällt auf, dass auch die Verteilung vorhandener, wenn auch knapper Medikamente oder Impfstoffe völlig intransparent ist. Es wird daher empfohlen, die Verfügbarkeit von Arzneimitteln durch eine entsprechende Datenvernetzung zu fördern und Meldepflichten für die einzelnen Apotheken einzuführen. Es muss den großen Zahlern (BMSGPK, Sozialversicherung), letztlich aber auch den verschreibenden Ärzt*innen binnen kurzer Frist möglich sein, vorhandene Restposten zu ermitteln und allenfalls auch Umverteilungsaktionen zu veranlassen. Es ist zu hoffen, dass mit der Anfang 2024 angekündigten ApoScout-App endlich eine verlässliche Übersicht für die jeweilige Verfügbarkeit eines Medikaments erzeugt werden kann. Schließlich muss in Zeiten knapper Medikamentenversorgung jeder Medikamenten-„Missbrauch“ (Abnehmspritze) mit allen logistischen Möglichkeiten unterbunden werden.

3.3 Umgang mit älteren Personen im Pflegeheim

Nicht nur die hohe Belastung des (überwiegend ausreichenden) Pflegepersonals in Langzeitpflegeeinrichtungen führt öfters dazu, dass der Umgang mit älteren Bewohner*innen von An- und Zugehörigen kritisiert wird. Zum Teil sind auch Gedankenlosigkeiten und Gleichgültigkeit als Ursachen für diese Situationen festzustellen. Als Beispiele für erfolgreiche Interventionen der WPPA sind zu erwähnen:

- a) Die Neugestaltung des Vertragstextes einer Zuliefer-Apotheke, die sich zur Absicherung restlicher Medikamentenkosten im Falle des Ablebens der Bewohnerin einen Freibrief zum Einbehalt einer beträchtlichen Kautionsunterfertigen hatte lassen. Dies hätte zu einer Gläubigerbevorzugung in der Verlassenschaft geführt und wäre nach Ansicht der WPPA auch seitens der Heimleitung im Rahmen ihrer Fürsorgepflicht zu unterbinden gewesen;
- b) Die Unsicherheit, ob pflegebedürftige Bewohner*innen bei Ausflügen mitgenommen werden dürften, wenn als Begleitperson nur Altenbetreuer*innen, nicht aber eine diplomierte Pflegeperson zur Verfügung stünde – eine Beratung durch die WPPA konnte das Problem lösen;
- c) Die Verwirklichung des dringenden Wunsches eines Bewohners mit Tracheostoma und PEG-Sonden-Ernährung, seine Nahrung wieder oral aufnehmen zu dürfen. Dies war von der Heimleitung vorerst abgelehnt worden, weil die Gefahr einer „stillen Aspiration“ bestünde. Nach einer Fallbesprechung unter Beiziehung einer Logopädin, von Ärzt*innen und Pflegepersonen konnte mit der Sondennahrung pausiert und eine logopädische Essensbegleitung implementiert werden;
- d) Die Angehörige eines in einem Wohn- und Pflegeheim untergebrachten jungen Epilepsiepatienten fiel immer wieder durch distanzloses und aggressives Verhalten gegenüber dem Pflegepersonal auf, sodass sich die Direktorin an den FSW und die WPPA wandte. Nach Erlassung eines von der WPPA empfohlenen vorübergehenden Hausverbotes besserte

sich der Umgang, sodass derzeit nach einer geeigneteren Unterbringungsmöglichkeit gesucht werden kann;

- e) Aus Verrechnungsfehlern seitens des FSW ergaben sich für eine Bewohnerin hohe Nachforderungen, die mit ihrem „Taschengeld“ nicht bezahlbar gewesen wären. Da die Tochter sich diese Nachforderungen auf Grund der korrekt ausgefüllten Antragsunterlagen nicht erklären konnte, wurde schließlich im Kulanzweg eine Reduzierung der Forderung und Ratenzahlung vereinbart.

Empfehlungen:

Die beispielhaft angeführten Fälle beinhalten Verbesserungspotential betreffend Kommunikation und Beschwerdemanagement. Die WPPA empfiehlt daher, auch bei ungewöhnlichen Einzelfällen die Anliegen zu prüfen und bewohner*innenorientiert Lösungen bzw. Kulanzlösungen herbeizuführen.

3.4 Probleme für Rehabilitations-Patient*innen

Wiederholt wandten sich Patient*innen an die WPPA, weil ihnen seitens der ÖGK oder der PVA notwendige Reha-Maßnahmen nicht bewilligt wurden. So beklagte ein Patient, dass er die weiten Wege zu den Therapien in der Station nur mit Hilfe eines elektrischen Rollstuhls bewältigen könne. Die Organisation eines solchen bzw. die Finanzierung konnte von der ÖGK nicht angeboten werden, sodass der Patient die Reha abbrechen musste. Ein anderer Patient mit massiven Zwangsstörungen beklagte die fehlenden Spezialangebote psychiatrischer Natur in Österreich, weshalb er um Genehmigung einer Reha in einer Spezialklinik in Deutschland ersuchte. Die PVA genehmigte allerdings nur einen Reha-Aufenthalt in Österreich, weil mit der deutschen Einrichtung kein Vertrag bestehe. Schließlich wurde einer 85-jährigen Patientin, die nach einer Covid-19-Erkrankung (mit Long Covid) und der operativen Entfernung eines Kolonkarzinoms (Darmkrebs) auf ihren fix terminisierten Reha-Antritt in einer betreuten Wohn- und Pflegeeinrichtung wartete, der Covid-19-Rehabilitationsaufenthalt am Tag des Antritts storniert, weil die ursprüngliche Bewilligung nicht auf die Darmkrebserkrankung abgezielt habe. Da ein Weiterverbleib in der Pflegeeinrichtung wegen der Befristung des Vertrages nicht möglich war und ihre eigene Wohnung erst barrierefrei gemacht werden musste, musste sie froh sein, von einem Angehörigen vorübergehend aufgenommen zu werden. In diesem Zusammenhang wurde auch die äußerst schwierige Erreichbarkeit des chefarztlichen Dienstes der PVA beklagt.

3.5 Covid-19 – Integration einer neuen Erkrankung in das Gesundheitsmanagement

3.5.1 Paxlovid nicht verfügbar

Nach den erwähnten Hürden im Herbst/Winter 2023 beim Zugang zur Covid-19-Impfung schien auch das weitere Pandemiemanagement mehr als unvorbereitet. In einer Aussendung Mitte Dezember forderte der Wiener Pflege- und Patient*innenanwalt, nachdem das einzige Covid-Medikament, Paxlovid, seit Wochen noch immer kaum verfügbar war, daher dringend Abhilfemaßnahmen. Die Welle war nicht überraschend gekommen, da alle Infektionsschutzmaßnahmen fallen gelassen worden waren und das Abwasser-Monitoring seit Wochen

klare Anzeichen für einen starken Anstieg gegeben hatte. Die WPPA erreichten zahlreiche Beschwerden von verzweifelten Patient*innen, teilweise mit schweren Vorerkrankungen, die in ganz Wien und NÖ kein Paxlovid finden konnten, um einen schweren Verlauf zu verhindern.

Ein Beispiel: Ein 82-jähriger Hochrisikopatient erkrankte an Covid-19. Die Angehörigen telefonierten unzählige Wiener Apotheken durch, fragten bei der Gesundheitshotline, dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen, der WPPA und dem Gesundheitsministerium an, wo sie für den Patienten Paxlovid bekommen könnten. Schließlich konnten sie im Waldviertel eine Packung auftreiben.

3.5.2 Allgemein mangelhafte Schutzmaßnahmen

Während die Infektionszahlen stark zunahmen, liefen die Maßnahmen zum Schutz vor Ansteckung nur zögerlich an und entsprachen weitestgehend nur Empfehlungen. Die Werbung für bewährte Schutzmaßnahmen wie die Maske war unzureichend. Tests waren hochpreisig und mussten zu Beginn der Covid-19-Welle aus eigener Tasche bezahlt werden, bis Patient*innen schließlich – aber nur bei eindeutigen Krankheitssymptomen – Covid-19-Tests bei Hausärzt*innen auf Kassenkosten machen lassen konnten. Die seit Jahren diskutierten Pläne für Luftfilteranlagen für eine gesunde Luftqualität in Kindergärten und Schulklassen wurden nicht umgesetzt. Und selbst in Ordinationen und Spitälern wurde erst spät das Tragen einer Maske empfohlen. Trotz der Öffentlichkeitsarbeit und der Warnungen zahlreicher Mediziner*innen und Forscher*innen zu den langfristigen Auswirkungen des Virus hielt man in der Gesundheitspolitik am Mythos der „Herdenimmunität“ fest. Dabei erklärte z. B. der Lungenfacharzt Prim. Priv.-Doz. Dr. Arshang Valipour wiederholt in den Medien, dass es ein Irrglaube sei, dass Mehrfach-Infektionen mit dem Coronavirus zu einer Stärkung des Immunsystems führen würden. Im Gegenteil, das Virus würde die Schleimhaut von Bronchien und Lungengewebe so stark schädigen, dass es oft zu Zweitinfektionen komme. Außerdem würden fünf bis sieben Prozent aller Covid-19-Erkrankten Long-Covid entwickeln. Expert*innen sprechen von einer systemischen, gefäßschädigenden Erkrankung.

Die ARGE PA forderte deshalb Gesundheitsminister Johannes Rauch auf, dringend die Bevölkerung für Schutz- und Vorsichtsmaßnahmen zu sensibilisieren und damit auch das Gesundheitssystem vor Überlastung zu schützen. Die zögerliche Umsetzung von Schutzmaßnahmen führte nicht nur zu Rekordzahlen an Erkrankten, sondern auch dazu, dass sich Patient*innen wieder während eines Spitalaufenthalts mit Covid-19 ansteckten.

3.5.3 Mangelnde Schutzmaßnahmen im Spital

- a) Eine Patientin musste mitten in der Covid-19- und Grippe-Welle zwecks Voruntersuchung rund vier Stunden in der Augen-Abteilung eines städtischen Spitals warten – mit gut 200 weiteren Patient*innen. Sowohl das Personal als auch die übrigen Patient*innen trugen überwiegend keine Maske. Die Patientin erkrankte kurz darauf und ihre Operation musste verschoben werden.
- b) Ein multimorbider Patient wurde insgesamt vier Wochen in einem städtischen Spital stationär behandelt. Kurz nach seiner Entlassung wurde er aufgrund von Symptomen

positiv auf Covid-19 getestet. In der kurzen Zeit zuhause hatte sich auch seine Frau, die ihn pflegt, bei ihm angesteckt. Der Patient muss wieder in Spitalsbehandlung. Die Ehefrau vermisste einen ausreichenden Infektionsschutz und Tests vor der Entlassung.

- c) Ein Patient äußerte am Tag vor seiner Operation die Bitte, einen Covid-19-Test durchzuführen, da er Erkältungssymptome hatte und soeben erfahren hatte, dass er Kontakt mit einer Covid-19-positiven Person hatte. Sowohl die Nachtschwester als auch der Narkosearzt lehnten eine Testung ab. Nach der Operation ging es dem Patienten sehr schlecht. Mithilfe einer Angehörigen konnte bei ihm mittels Test eine Covid19-Erkrankung festgestellt werden. Erst jetzt wurde der Patient endlich von seinem betagten Zimmerkollegen isoliert

Empfehlungen:

Es ist zu betonen, dass die Ernsthaftigkeit einer Infektionswelle nicht nur an den Belagszahlen von Intensivstationen zu bemessen ist, sondern auch an den volkswirtschaftlichen Kosten von massenhaften Krankenständen und den noch nicht abschätzbaren Langzeitfolgen weiterer Long-Covid-Patient*innen. Krankenstände, die die Personalprobleme in den Spitälern weiter verschlimmern, sollten unbedingt vermieden und Patient*innen in Spitälern durch konsequentes Masketragen geschützt werden.

3.5.4 Umgang mit Covid-19-Langzeitfolgen

Genauere, öffentlich verfügbare Zahlen zu in Österreich an Long-Covid erkrankten Patient*innen gibt es nicht.

Expert*innen betonen, dass mit jeder weiteren Infektion mit dem Coronavirus das Risiko, an Long-Covid zu erkranken, steigt. Manche Menschen erkranken so schwer, dass sie auf dauerhafte Pflege und Hilfe angewiesen sind, um ihren Alltag bewältigen zu können. Laut Untersuchungen waren bereits vor Covid-19 26.000-80.000 Menschen in Österreich an ME/CFS (Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue Syndrom) erkrankt (Quelle: J Transl Med 18, 100 (2020)). Ihnen sind die einfachsten Tätigkeiten nicht mehr möglich. Seit Covid-19 hat die Zahl dieser Patient*innen sehr zugenommen.

Während in Österreich durch engagierte Mediziner*innen und Forscher*innen in wenigen Jahren sehr viel Expertise zur Diagnose und Behandlung von Covid-19-Langzeitfolgen aufgebaut wurde, findet sich diese noch nicht in der Ausgestaltung der medizinischen Versorgung dieser (zunehmend) wachsenden und teils sehr schwer erkrankten Patient*innengruppe wieder. So stellt auch Univ.Prof.ⁱⁿ Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Kathryn Hoffmann, Leiterin der Abteilung Primary Care Medicine am Zentrum für Public Health der Medizinischen Universität Wien, fest, dass alle bisherigen öffentlichen Anlaufstellen zu Long-Covid im Osten Österreichs geschlossen wurden oder einen Aufnahmestopp haben. Eine Handvoll Ärzt*innen im privaten Sektor versuche, die Versorgung zu leisten, stoße aber durch die Masse an Patient*innen an ihre Grenzen und könne kaum mehr neue Patient*innen aufnehmen, so die Covid-19-Expertin.

Das aktuelle gesundheitspolitische Ziel ist es, Patient*innen im niedergelassenen Bereich zu behandeln. Aber vielen der Patient*innen ist es nicht oder nur mit großen, gesundheitlichen Nachteilen möglich, Ärzt*innen aufzusuchen. Long-Covid-Patient*innen sind häufig multimorbid und bräuchten verschiedene Fachärzt*innen mit Long-Covid-Expertise, die eng zusammenarbeiten. Das auf den niedergelassenen Bereich abzuwälzen, anstatt schon bestehende Long-Covid-Ambulanzen auszubauen, steht im Widerspruch zu der Expertise und den Empfehlungen von Forscher*innen und Fachärzt*innen.

Beispiele für Langzeitfolgen und den Umgang mit Betroffenen:

- a) Eine Patientin hatte nach ihrer zweiten Covid-19-Infektion mit schweren gesundheitlichen Folgen zu kämpfen: Fatigue (außerordentliche Müdigkeit und Erschöpfung), Post-Exertional Malaise (PEM - Verschlimmerung der Symptome schon nach geringer körperlicher, geistiger oder emotionaler Anstrengung), permanente, zeitweise krampfartige Kopfschmerzen, kognitive Dysfunktion, Schlafstörungen, Bluthochdruck etc. Sie versuchte monatelang, telefonisch in der Long-Covid-Clearingstelle der ÖGK Mariahilferstraße einen Termin zu bekommen und wurde Woche für Woche getröstet. Nach Ersuchen der WPPA um eine Stellungnahme teilte die ÖGK mit, dass es im September zu einer reduzierten medizinischen Besetzung und im Dezember zu krankheitsbedingten Ausfällen gekommen sei. Bei ihrem Termin im Jänner sei die Patientin „sehr verständnisvoll“ gewesen.
- b) Eine Patientin war nach zwei Covid-19-Infektionen (März 2022 und Feb. 2023) seit Monaten schwerkrank. Sie hatte Lungenprobleme, neurologische Probleme, ausgeprägte Fatigue, Gedächtnisstörungen und war zeitweise auf den Rollstuhl angewiesen. Ihre Anträge auf Pflegegeld wie auf Zuerkennung einer Berufsunfähigkeitspension wurden nach jeweils beträchtlicher Verfahrensdauer und Einholung diverser SV-Gutachten abgelehnt, wogegen die Patientin jeweils Klage erhob. Eine besondere Erschwernis ergab sich für die Patientin daraus, dass sie nach der Covid-19-Infektion für sechs Monate arbeitsunfähig war. Danach versuchte sie, stundenreduziert ihren Job weiter zu erfüllen, bis sie infolge der gesundheitlichen Einschränkungen diesen zumindest temporär aufgeben musste. In der Hoffnung, später wiedereinsteigen zu können, vereinbarten ihr Arbeitgeber und sie eine Karenzierung ohne fortlaufendes Gehalt. Was die Patientin nicht wusste: Damit endete automatisch ihr Krankenstand, ihr Bezug von Krankengeld und auch ihre Krankenversicherung. Da sie vom AMS in der Karenz nicht vermittelt werden konnte, bestand auch kein Anspruch auf Arbeitslosengeld und Krankenversicherung. Um weiter krankenversichert zu sein, musste sie sich vorerst selbstversichern.
- c) Eine EU-Bürgerin, die seit fast 20 Jahren in Österreich lebt und arbeitet, erkrankte Ende 2022 an Covid-19. Im Juni verschlechterte sich ihr Zustand so dramatisch, dass sie für drei Monate stationär behandelt werden musste. Sie kann seither nicht mehr arbeiten und wird daheim gepflegt. Ihre Symptome wurden vom Neurologen als ME/CFS eingestuft. Die Bearbeitung des von ihr gestellten Pflegegeld-Antrages erfordert eine Aufenthaltsbescheinigung. Als sich die Patientin im November 2023 an die WPPA wandte, war die Aufenthaltsbestätigung noch immer nicht erteilt. Erst weitere drei Monate später konnte die WPPA bei der PVA die Aufenthaltsbescheinigung zur Klärung des Pflegegeldanspruchs vorlegen. Der FSW unterstützte dankenswerterweise unbürokratisch mit Heimhilfe.

Empfehlungen:

Die WPPA begrüßt den Aufbau eines nationalen Referenzzentrums für postinfektiöse Erkrankungen zur Schaffung einer besseren Datenlage. Aber es braucht gleichzeitig dringend angesichts der steigenden Zahl der Erkrankten einen Ausbau der Versorgung durch Long-Covid-Ambulanzen, an denen die Patient*innen interdisziplinär versorgt werden. Außerdem sollten die Forschungsergebnisse den Gesundheitsberufen und Patient*innen zur Verfügung gestellt werden.

3.6 Verständliche Sprache UND einfache Sprache

Sowohl im medizinischen als auch im sozialversicherungsrechtlichen Bereich bewegen sich die Akteure im Spannungsfeld zwischen fachlich bzw. rechtlich korrekten Formulierungen und der Notwendigkeit, ihre „Texte“ für die Adressat*innen verständlich zu formulieren, die überwiegend fachliche Laien sind.

3.6.1 Ärztliche Befunde

Ärztliche Befunde dienen nach Ansicht der WPPA nicht nur der Information an weiterbehandelnde Ärzt*innen, sondern sehr wohl auch der Information der Patient*innen. Sie sollen verstehen, welche Behandlung erfolgte, welche Diagnose gestellt wurde und wie der weitere Behandlungsverlauf und eine eventuelle Medikamenteneinnahme zu erfolgen haben. Gerade angesichts des Personalmangels ist das Zeitbudget für ausführliche Patient*innengespräche immer knapper. Auch ist die Menge der Informationen im Gespräch oft mehr, als sich die Patient*innen merken können. Besonders betagte oder demente Personen sind dann darauf angewiesen, dass Angehörige oder Pflegekräfte durch den Patient*innenbrief umfassend informiert werden, um unterstützen zu können.

Ein besonderes Augenmerk sollte auf die erwähnte Gruppe der an Demenz erkrankten Menschen gelegt werden. So äußerte die Selbsthilfegruppe Demenzerkrankter, also Betroffene persönlich, gegenüber der WPPA den Wunsch nach Befunden in einfacher Sprache, um einen Informationsverlust zu vermeiden.

Empfehlungen:

Die WPPA hält fest: Nur, wenn die Patient*innen verstanden haben, wie die Medikamente einzunehmen sind und wie sie selbst zu ihrer Genesung beitragen können, ist die Behandlung erfolgversprechend. Patient*innen haben ein Recht darauf, diese Informationen für Laien verständlich zu bekommen und damit aufgeklärt zu werden. Eine für Laien verständliche Sprache in Befunden, aber auch im Patient*innengespräch, sollte der Standard sein. Bei besonderen Patient*innenbedürfnissen wie z.B. Demenzpatient*innen, sollten Befunde außerdem in einfacher Sprache formuliert werden. Eine entsprechende Automatisierung durch Textbausteine, wie sie vereinzelt z.B. schon in Deutschland Anwendung findet, würde die Erstellung dieser Befunde zusätzlich erleichtern.

3.6.2 Verständliche Sprache im Sozialversicherungsbereich

Ein Beispiel: Die Mutter eines Kindes mit Behinderung und Pflegestufe 6 bekam für die Pflege ihres Kindes und die damit verbundenen eingeschränkten Erwerbsmöglichkeiten vom Bund (Ausgleichsfonds für Familienbeihilfe) einen anteiligen Pensionsversicherungsbeitrag eingezahlt („Selbstversicherung in der Pensionsversicherung für die Pflege eines behinderten Kindes“). Die Pensionsversicherung informierte sie Mitte des Jahres 2023 mittels Bescheid, dass die Selbstversicherung bereits mit Ende 2022 beendet wurde. Der Bescheid zitierte diverse Paragraphen und erklärte diese wieder mit der Aufzählung weiterer Paragraphen. Die Kindesmutter, die selbst Juristin ist, konnte nicht verstehen, aus welchem Grund diese Versicherung nicht mehr möglich sein sollte, da sich am Pflegeaufwand und der Lebenssituation nichts geändert hatte. Mithilfe der WPPA konnte aufgeklärt werden, wie die Mutter weiterhin pensionsversichert werden konnte.

Empfehlungen:

Die WPPA empfiehlt deshalb, dass Bescheide mit einem Beilagentext in einfacher, laienverständlicher Sprache ergänzt werden. Adressaten wird sonst das Recht genommen, im Bedarfsfall gegen Bescheide vorzugehen. Es ist nicht zumutbar, dass sich pflegende Angehörige mit jedem Bescheid vorsorglich an auf Sozialrecht spezialisierte Jurist*innen wenden müssen, um diese verstehen zu können.

3.7 Philips Respironics Heimbeatmungsgeräte

Wie schon in den vergangenen beiden Jahren war die WPPA 2023 noch immer mit dem schlep-penden Austausch der Heimbeatmungsgeräte der Firma Philips Respironics befasst. Mitte 2021 hatte diese eine „freiwillige Sicherheitsmeldung“ veröffentlicht, weil der Verdacht aufkam, dass kleine Partikel sowie Chemikalien des in den Beatmungsgeräten verbauten Schaum-stoffs eingeatmet werden können. Das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) veröffentlichte daraufhin folgende Meldung: „Diese Probleme können schwere Verletzungen nach sich ziehen, die lebensbedrohlich sein, bleibende Schädigungen hervorrufen oder eine medizinische Maßnahme erforderlich machen können, um eine dauerhafte Behinderung zu verhindern.“ Über 30.000 Patient*innen benutzen bzw. benutzten alleine in Österreich die betroffenen Geräte.

Wie die WPPA auch in der ORF-Sendung „Bürgeranwalt“ kritisiert hatte, überließ das BASG bis-her den Zeitplan und das Management für den Austausch der Geräte vollends Philips Respiro-nics. Das hat zur Folge, dass laut offizieller Homepage von Philips mit Ende des Berichtsjahres noch immer nicht alle Patient*innen ein neues, mangelfreies Gerät erhalten hatten. (Quelle: Philips Respironics Geräte für die Schlaf- und Atemwegstherapie | Philips) Da diese aber - ohne gesundheitliche Schäden davonzutragen oder gar zu ersticken - nicht auf die Benützung eines Beatmungsgerätes verzichten können, leben sie seit über zweieinhalb Jahren Nacht für Nacht mit der Angst und dem Risiko, krebserregende Stoffe und Schaumstoffpartikel einzuatmen.

Die WPPA hält fest:

- Mit Ende 2023 wurden von Philips noch immer keine Angaben dazu gemacht, wann der Austausch der Heimbeatmungsgeräte abgeschlossen sein wird.
- Keine*r der Patient*innen, die sich an die WPPA wandten, hat Informationen zum Zustand des Altgerätes erhalten oder dazu, ob dieses überhaupt einer Untersuchung unterzogen wurde.
- Patient*innen wird es dadurch erschwert zu beweisen, dass bestehende oder mögliche zukünftige Erkrankungen auf den Gebrauch mangelhafter Geräte zurückzuführen sein könnten.
- Das BASG hat trotz wiederholter Hinweise der WPPA auf die potentielle Gesundheitsgefahr für die Benutzer*innen keine unabhängige Prüfung der retournierten Geräte vorgenommen oder veranlasst und auch keine Vorgaben dazu gemacht, bis wann der Austausch abgeschlossen sein muss.
- Gutachten zur gesundheitlichen Gefährdung wurden nur von Philips selbst veranlasst, nicht von einer unabhängigen Stelle in Österreich. In Frankreich und in Italien gibt es (nicht öffentliche) Gutachten, welche die Tauglichkeit der eingesetzten Untersuchungsmethoden und die Ergebnisse deutlich anzweifeln.
- Ende 2023 erhielten Kund*innen von ihrem Gerätehändler ein Schreiben, wonach die retournierten Geräte laut der „unabhängigen Tests“, die Philips veranlasst hatte, wahrscheinlich zu keinen nennenswerten Gesundheitsbeeinträchtigungen führen.

Für die WPPA ist nicht nachvollziehbar, warum sich das BASG auf ein reines „Monitoring“ zurückzieht und nicht von seinem Recht auf „Marktüberwachung“ und „Inspektionen“ Gebrauch macht. Potentiell Geschädigten bleibt nur der Klagsweg.

3.8 Krankentransporte

3.8.1 Übernahme der Kosten

Der Mangel an Hausärzt*innen hat zunehmend negative Folgen für bettlägerige Patient*innen. Nicht nur, dass sie erschwert Zugang zu Impfungen im Rahmen eines Hausbesuchs haben, auch sonst verschlechtert sich für sie durch den Mangel die medizinische Versorgung.

Ein Beispiel: Eine schwer gehbehinderte Dame kontaktierte die WPPA, nachdem eine Kostenübernahme für den Krankentransport zu ihrem Hausarzt durch die ÖGK abgelehnt worden war. Sie hatte darum angesucht, weil ihr Hausarzt keinen Hausbesuch mache. Die WPPA kontaktierte die Ombudsstelle der ÖGK. Es wurde mitgeteilt, dass Krankentransporte zu Hausärzt*innen nicht finanziert werden, weil diese verpflichtet seien, Hausbesuche zu machen. Die ÖGK wisse Bescheid, dass viele Hausärzt*innen aufgrund der hohen Patient*innenanzahl de facto kaum bis gar keine Hausbesuche mehr machen, könne aber nichts unternehmen.

3.8.2 Qualitätsmängel beim Transport

Im Berichtsjahr gab es mehrere Beschwerden wegen unsachgemäßer Manipulation bei Krankentransporten. In den betreffenden Fällen wurden die auf der Sanitätsliege festgeschnallten Patient*innen fallengelassen und trugen teils schwere, bleibende Schäden davon. In einem Fall

musste der verletzte Patient in der Folge eine extrem belastende Operation über sich ergehen lassen, von der er sich nicht mehr erholte und verstarb. Die WPPA konnte für die Hinterbliebenen sowie weitere Beschwerdeführer*innen im Berichtsjahr eine Entschädigung ausverhandeln.

Empfehlungen:

Die WPPA sieht angesichts der Häufung der Unfälle beim Krankentransport einen dringenden (Nach-) Schulungsbedarf bei den Sanitäter*innen.

3.9 Sterbeverfügung

Wie zu erwarten war, ist die Zahl der telefonischen und schriftlichen Anfragen zu diesem Thema gegenüber dem Jahr 2022 gestiegen (2023: 81/2022: 53). Dementsprechend ist der Beratungsaufwand für die Mitarbeiter*innen der WPPA gestiegen. Weiterhin ungelöst war zunächst die Frage, ob den Patient*innenvertretungen vom Gesundheitsministerium die Mittel zur Verfügung gestellt werden, um auch die Errichtung von Sterbeverfügungen zu ermöglichen. Schließlich erfolgte dann um die Jahresmitte ein erstes Angebot über eine finanzielle Vergütung gegenüber der ARGE der Patient*innenanwälte Österreichs, welches nach gewissen Modifikationen geeignet erschien, den zu erwartenden personellen Mehraufwand zu finanzieren. Da sich die rechtliche Konstruktion einer Vereinbarung zwischen dem Bundesministerium und den bei den Ländern angesiedelten Patient*innenanwaltschaften als relativ komplex herausgestellt hat, beschränkte sich das Angebot letztlich auf die Abgeltung der Beratungstätigkeit 2023, während eine dauerhafte vertragliche Lösung dieser Frage für das Jahr 2024 angekündigt wurde. Es ist zu hoffen, dass damit eine tragfähige Basis geschaffen wird, um nach mehr als zwei Jahren seit Inkrafttreten des Gesetzes diese Lücke im Gesetzesvollzug zu schließen und eine kostenlose Errichtung von Sterbeverfügungen zu ermöglichen. Gleichzeitig ist festzuhalten, dass auch die – quasi als Gegengewicht angekündigten – Mittel und Maßnahmen zum Ausbau der Palliativbetreuung keineswegs in dem Ausmaß zur Verfügung stehen, wie dies notwendig wäre, um allen betroffenen Personen ein schmerzfreies und würdevolles Lebensende zu ermöglichen.

Wie sich aus den Anfragen von Personen, die sich für eine Beratung zum Thema Sterbeverfügung interessierten, ergibt, ist es weiterhin schwierig herauszufinden, welche Ärzt*innen für die erforderliche zweifache Beratung zur Verfügung stehen. Auch die sehr offen zur Schau gestellte Ablehnung des Institutes der Sterbeverfügung durch einige Heimträger, sowohl was das Tolerieren von Beratung als auch von Suiziden in den Räumlichkeiten von Wohn- und Pflegeheimen betrifft, macht es den Betroffenen oft schwierig, die praktischen Hürden für die Umsetzung ihres Sterbewillens zu überwinden.

3.10 Seltene Erkrankungen – Unzureichende Versorgung von Patient*innen mit seltenen Erkrankungen

Patient*innen mit seltenen Erkrankungen sind mit einer Vielzahl an Herausforderungen konfrontiert. Wie das Beispiel einer Patientin mit dem Wolfram Syndrom zeigt, kommt es nicht nur häufig erst nach vielen Jahren und nach einem langen Leidensweg zu einer Diagnose: so

bekam die hier beschriebene Patientin erst mit über 30 Jahren die Diagnose der genetisch bedingten Erkrankung Wolfram Syndrom. Patient*innen mit seltenen Erkrankungen sind oft auch multimorbid. Das heißt, sie haben mehrere Symptome, die bei jedem*r Betroffenen unterschiedlich ausgeprägt sind und die sich über die Lebenszeit verändern können.

Im Fall des Wolfram Syndroms sind die Hauptmerkmale besondere Formen von Diabetes, schwere Augenerkrankungen und Taubheit. Erschwerend kommt hinzu, dass es bei seltenen Erkrankungen manchmal nur eine Handvoll Betroffener in Österreich gibt. Im Fall des Wolfram Syndroms, einer hoch komplexen, progressiven und neurodegenerativen Erkrankung, gibt es in Österreich geschätzt 10-15 Betroffene. Dadurch sind viele dieser seltenen Erkrankungen Ärzt*innen unbekannt. Was das Leben dieser Menschen zusätzlich erheblich erschwert: es gibt in Österreich nur für wenige seltene Erkrankungen Expertisezentren. Für das Wolfram Syndrom gibt es keines.

Was heißt das für die Patientin, die mittlerweile schwer an mehreren Merkmalen des Syndroms erkrankt ist? Sie braucht regelmäßig spezialisierte, medizinische Versorgung im Bereich der Diabetologie, der Augenheilkunde, der Neurologie und der Urologie. Es gibt aber keine*n „übergeordnete*n Expert*in“, keine sogenannten case manager, die sich mit dieser genetischen Erkrankung auskennen und für die Patientin die Vernetzung, den Informationsaustausch und vor allem die Abstimmung der Therapien und der Medikation zwischen den verschiedenen Fachrichtungen übernehmen. Die Patientin ist zwangsläufig die case managerin, die zwischen den Ärzt*innen Informationen und Befunde hin und herträgt und die sich zusätzlich mit internationalen Expert*innen des Syndroms vernetzt, um Kenntnisse von neuen Therapieansätzen zu gewinnen und diese dann den behandelnden Ärzt*innen zu überbringen. Dadurch ist der Zugang zu Medikamenten und Therapien, die in anderen Ländern womöglich schon mit gutem Erfolg eingesetzt werden, erschwert.

Empfehlungen:

Die WPPA erkennt die Bemühungen der letzten Jahre um den Aufbau von Expertisezentren für seltene Erkrankungen an. Aber noch immer sind schwer kranke Patient*innen mit komplexen Erkrankungen und Verläufen auf sich gestellt. Das Merkmal der seltenen Erkrankungen ist zwar, dass jede Erkrankung für sich selten ist. Österreichweit sind jedoch fast eine halbe Million Menschen von einer seltenen Erkrankung betroffen und in ihrer Lebensqualität zum Teil schwer beeinträchtigt. Ärzt*innen in ihrer Ausbildung für diese seltenen Erkrankungen zu begeistern und eine bessere Zusammenarbeit der verschiedenen Fachrichtungen zum Wohle der Patient*innen zu fördern, wäre wünschenswert. Bei case manager und Expert*innen für die jeweilige seltene Erkrankung – wie es schon in anderen Ländern praktiziert wird – könnten alle für die Patient*innen relevanten, medizinischen Informationen zusammenlaufen und koordiniert werden. Diese Aufgabe kann nicht auf Hausärzt*innen und schon gar nicht auf Patient*innen abgewälzt werden. Auch der Ausbau von Expertisezentren für seltene, auch multisymptomatische Erkrankungen

musste der verletzte Patient in der Folge eine extrem belastende Operation über sich ergehen lassen, von der er sich nicht mehr erholte und verstarb. Die WPPA konnte für die Hinterbliebenen sowie weitere Beschwerdeführer*innen im Berichtsjahr eine Entschädigung ausverhandeln.

Empfehlungen:

Die WPPA sieht angesichts der Häufung der Unfälle beim Krankentransport einen dringenden (Nach-) Schulungsbedarf bei den Sanitäter*innen.

3.9 Sterbeverfügung

Wie zu erwarten war, ist die Zahl der telefonischen und schriftlichen Anfragen zu diesem Thema gegenüber dem Jahr 2022 gestiegen (2023: 81/2022: 53). Dementsprechend ist der Beratungsaufwand für die Mitarbeiter*innen der WPPA gestiegen. Weiterhin ungelöst war zunächst die Frage, ob den Patient*innenvertretungen vom Gesundheitsministerium die Mittel zur Verfügung gestellt werden, um auch die Errichtung von Sterbeverfügungen zu ermöglichen. Schließlich erfolgte dann um die Jahresmitte ein erstes Angebot über eine finanzielle Vergütung gegenüber der ARGE der Patient*innenanwälte Österreichs, welches nach gewissen Modifikationen geeignet erschien, den zu erwartenden personellen Mehraufwand zu finanzieren. Da sich die rechtliche Konstruktion einer Vereinbarung zwischen dem Bundesministerium und den bei den Ländern angesiedelten Patient*innenanwaltschaften als relativ komplex herausgestellt hat, beschränkte sich das Angebot letztlich auf die Abgeltung der Beratungstätigkeit 2023, während eine dauerhafte vertragliche Lösung dieser Frage für das Jahr 2024 angekündigt wurde. Es ist zu hoffen, dass damit eine tragfähige Basis geschaffen wird, um nach mehr als zwei Jahren seit Inkrafttreten des Gesetzes diese Lücke im Gesetzesvollzug zu schließen und eine kostenlose Errichtung von Sterbeverfügungen zu ermöglichen. Gleichzeitig ist festzuhalten, dass auch die – quasi als Gegengewicht angekündigten – Mittel und Maßnahmen zum Ausbau der Palliativbetreuung keineswegs in dem Ausmaß zur Verfügung stehen, wie dies notwendig wäre, um allen betroffenen Personen ein schmerzfreies und würdevolles Lebensende zu ermöglichen.

Wie sich aus den Anfragen von Personen, die sich für eine Beratung zum Thema Sterbeverfügung interessierten, ergibt, ist es weiterhin schwierig herauszufinden, welche Ärzt*innen für die erforderliche zweifache Beratung zur Verfügung stehen. Auch die sehr offen zur Schau gestellte Ablehnung des Institutes der Sterbeverfügung durch einige Heimträger, sowohl was das Tolerieren von Beratung als auch von Suiziden in den Räumlichkeiten von Wohn- und Pflegeheimen betrifft, macht es den Betroffenen oft schwierig, die praktischen Hürden für die Umsetzung ihres Sterbewillens zu überwinden.

3.10 Seltene Erkrankungen – Unzureichende Versorgung von Patient*innen mit seltenen Erkrankungen

Patient*innen mit seltenen Erkrankungen sind mit einer Vielzahl an Herausforderungen konfrontiert. Wie das Beispiel einer Patientin mit dem Wolfram Syndrom zeigt, kommt es nicht nur häufig erst nach vielen Jahren und nach einem langen Leidensweg zu einer Diagnose: so

sollte vorangetrieben werden, um noch mehr Wissen über internationale Forschungsergebnisse und Therapieansätze nach Österreich zu holen und um die Patient*innen nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft behandeln zu können.

3.11 Umgang mit Mitgliedern der Zeugen Jehovas

Schon gegen Ende des Jahres 2022 traten Vertreter des Krankenhaus-Verbindungskomitees der Zeugen Jehovas an die WPPA heran, weil sie Probleme ihrer Mitglieder bei der Behandlung in städtischen Krankenanstalten aufzeigen wollten. In dem dann Anfang 2023 stattgefundenen Gespräch übergaben sie ein Rechtsgutachten zum Thema „Behandlungspflicht von Mitgliedern der Zeugen Jehovas“ von Univ-Prof. Dr. Kopetzki und Univ-Prof. Dr. Stöger und beklagten, dass entgegen der darin klar begründeten Rechtsgrundsätze Mitglieder der Zeugen Jehovas in städtischen Spitälern immer wieder auf Unverständnis stoßen würden. Zum Teil ginge der Widerstand so weit, dass ihnen die Durchführung elektiver Eingriffe verweigert würde, wenn sie auch im Notfall nicht bereit seien, Bluttransfusionen zuzulassen.

In der daraufhin vom Rechtsbüro des WiGev eingeholten Stellungnahme wurde betont, dass hier oft Einzelfallentscheidungen zu treffen seien. Der Wunsch des*der Patient*in, ohne Bluttransfusion behandelt zu werden, könne aber nicht prinzipiell zu einer Behandlungsverweigerung führen (ausnahmslos nicht, wenn sich der*die Patient*in in einem lebensbedrohlichen Zustand befinde, aber auch in anderen Fällen dann nicht, wenn alternative Behandlungen zur Verfügung stünden und eine lege artis-Behandlung auch ohne Verwendung von Blutkonserven möglich sei). Dies widerspreche dem Grundrecht der Glaubens- und Gewissensfreiheit. In diesem Sinne würden auch die Direktor*innen der städtischen Spitäler instruiert.

Ungeachtet dieser recht klaren Haltung wurde die WPPA im Berichtsjahr mit einem Beschwerdefall konfrontiert, in dem eine schwangere Zeugin Jehovas erst unmittelbar vor der Geburt informiert wurde, dass die Geburtsbetreuung in dem von ihr ausgewählten städtischen Spital nur erfolgen könne, wenn die Patientin im Bedarfsfall die Gabe einer Bluttransfusion akzeptiere. Die Patientin wechselte - in den Wehen befindlich - das Spital und brachte ihr Kind letztlich mit Kaiserschnitt zur Welt. Für die mit dem Klinikwechsel verbundenen Unannehmlichkeiten erhielt sie vom WiGev eine finanzielle Abfindung.

Im Berichtsjahr stellte sich schließlich auch das Problem der Errichtung von Patientenverfügungen durch ukrainische Interessent*innen und die damit verbundenen Dolmetschanforderungen. Diese Frage konnte letztlich einvernehmlich im Interesse aller Beteiligten kostengünstig gelöst werden.